

ІННОВАЦІЙНИЙ МЕХАНІЗМ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ЄВРОІНТЕГРАЦІЇ УКРАЇНИ

Визначено комплекс засад управління обсягом медичної допомоги в державі. Розроблено стратегію й тактику успішного розв'язання найважливіших завдань галузі охорони здоров'я.

Ключові слова: державне управління, економічна доцільність, інновації, контекст євроінтеграції, медичні послуги, організаційно-економічний механізм, система охорони здоров'я.

Определен комплекс основ управления объемом медицинской помощи в государстве. Разработано стратегию и тактику успешного разрешения важных задач в сфере охраны здоровья.

Ключевые слова: государственное управление, экономическая выгодность, инновации, контекст евроинтеграции, медицинские услуги, организационно-экономический механизм, система здравоохранения.

Defined set of principles of Medical care in the state. A strategy and tactics of successful settlement's most important tasks of health care.

Key words: state administration, economic advantage, innovations, context of european integration, medical services, organization and economic mechanism, system of health protection.

Вступ. Основна вимога до сучасної системи державного управління системи охорони здоров'я у контексті євроінтеграції – це організація раціональної медичної допомоги населенню адміністративної території, заснованої на принципах медичної й економічної доцільності. Необхідна система управління, що давала б змогу надати кожному найбільш раціональний (з медичного погляду) та найменш затратний (з економічного погляду) обсяг медичної допомоги на будь-якому рівні її надання.

Аналіз останніх наукових досліджень. Методологічні та прикладні питання багатоаспектної проблеми державного управління у системі охорони здоров'я в контексті євроінтеграції України були і залишаються об'єктом постійних наукових розробок. Різні актуальні проблеми у зазначеній сфері знайшли відображення в роботах С. Антонока, А. Базилевича, Я. Базилевича, М. Білинської, О. Виноградова, Ю. Вороненка, З. Гладуна, Н. Гойди, А. Голунова, О. Голяченка, Д. Джафарової, В. Журавля, В. Загороднього, Д. Карамішева, О. Киричук, О. Коваленка, С. Я. Малика, О. Мартинюк, В. Мегедя, В. Москаленка, А. Нагорної, З. Надюка, Т. Педченка, Б. Пліша,

О. Поляк, І. Рожкової, Є. Романенко, Я. Радиша, В. Рудого, І. Сенюти та ін. дослідників.

Постановка завдань:

– визначити комплекс засад управління обсягом медичної допомоги в державі;
– розробити стратегію й тактику успішного розв'язання найважливіших завдань галузі охорони здоров'я.

Виклад основного матеріалу дослідження. Перехід до сімейної медицини (СМ) і розвиток економічних методів управління вимагає впровадження сучасних механізмів розподілу фондів та обсягів медичної допомоги за рівнями її надання з урахуванням пріоритету первинної ланки як основної, найменш затратного рівня. Необхідно запровадити механізм управління собівартістю та якістю медичних послуг, змінити систему оплати праці медичних працівників. При цьому важливо, що фінансується – діяльність лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ) або медична допомога населенню. Утримання ЛПЗ, постатейний бюджет і розподіл фінансових ресурсів на основі потужності (кількості ліжок і посад) ЛПЗ, без урахування обсягу й якості послуг, які надаються, призводить до нівелювання важелів раціонального використання ресурсів [5, с.160].

На сучасному етапі важливо еволюційно запровадити організаційно-економічний механізм управління фінансуванням діяльності у сфері охорони здоров'я відповідно до обсягу і якості наданих медичних послуг незалежно від джерел фінансування з функціональним розділенням їх вартості й ризиків за рівнем надання медичної допомоги та організаційною інтеграцією управління ЛПЗ з пріоритетом первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) та ЛЗП-СМ як організаторів первинного рівня.

Сутність пропонованого підходу полягає у фінансуванні надавачів медичних послуг з розрахунку на кількість мешканців сімейно-територіальних дільниць та підвищенні економічної ефективності діяльності ЛПЗ через управління собівартістю медичних послуг, а не нарощуванням їх кількості, як у методиці «гонорар за послугу». Запровадження персоналізованого підходу управлінського обліку й аналізу витрат стосовно управління собівартістю медичних послуг диктує зниження їх вартості за збереження якості медичної допомоги та задоволення нею пацієнта. За таких умов ЛПЗ робитимуть все для належного забезпечення здоров'я населення, а у випадку необхідності надання медичної допомоги вона буде надаватись у найменш «високовартісних» ЛПЗ.

Запровадження персоналізованої оплати медичних послуг вимагає чіткої системи персоналізованого обліку й управління обсягами медичної допомоги за рівнями її надання на основі інтеграції ресурсів ЛПЗ регіону. При цьому надавачі медичних послуг повинні мати змогу керувати медичною допомогою ефективно й уміло, хоча сучасні ЛПЗ не в стані ефективно забезпечити той спектр медичних послуг, необхідних конкретному пацієнтові. Запровадження цього підходу вимагатиме від місцевої мережі ЛПЗ інтеграції та координації зусиль стосовно надання всього наявного спектру медичних послуг усіх рівнів на засадах медико-економічної їх доцільності. У зв'язку з цим потрібно реорганізувати роботу на основі єдиного переліку медичних процедур із застосуванням їх єдиних кодифікаторів і класифікаторів, формувати потоки пацієнтів до ЛПЗ різних рівнів з урахуванням пріоритету ПМСД, а також реальних можливостей (матеріально-технічних, кадрових, технологічних, фінансових ресурсів) кожного з них. До ключових умов запровадження пропонованої моделі керованої медичної допомоги належить управління собівартістю медичних послуг як медико-економічної категорії [4, с. 6].

Такий підхід дає змогу раціонально застосовувати поособові й персоналізовані тарифи, розподіляючи медичні процедури між ЛПЗ не лише за медичними показами, а й за собівартістю. Запровадження пропонованої системи

управління допоможе отримувати фінансово-економічні розрахунки і з ЛПЗ, і з конкретних пацієнтів, медичних працівників, діагностично-розрахункової групи (ДРГ) і загалом за будь-який відтинок часу з детальним аналізом. Причому збільшення кількості ЛПЗ з керованою медичною допомогою вони будуть неухильно конкурувати і за ціною, і за якістю, і за ступенем задоволення пацієнтів. Цим ЛПЗ доведеться надавати дані про свою роботу для того, щоб пацієнти могли з чого вибирати. Уведення поособових нормативів фінансування та персоналізованих методів управлінського обліку розгортає логіку управління охороною здоров'я населення в належному ракурсі ще й тим, що зосереджує турботу про здоров'я пацієнта не на лікуванні, а на підтримці здоров'я. Це вимагає оцінки ефективності профілактичних послуг, а також розширення їх асортименту.

У пропонованій системі управління надавачі медичних послуг повинні мати змогу постійно відстежувати й обліковувати персоналізовані їх обсяги, надані пацієнтові впродовж усього його життя. Ця інформація має бути «під рукою» і під час первинного візиту пацієнта, і при скеруванні до «вузких спеціалістів», і в процесі виконання амбулаторних процедур та при повторних візитах до «спеціалістів», госпіталізації, надання допомоги вдома чи при наступних оглядах лікуючим лікарем та ін. Важливо, щоб дані про використання ресурсів і результати лікування можна було застосовувати для інформування пацієнтів стосовно медичної допомоги, яку вони отримують, зокрема, коли ці дані порівнюються з даними про важкі захворювання тієї самої групи, що лікуються тими самими лікарями. Лікарі ж матимуть можливість розробляти довідники та методичні рекомендації для удосконалення результатів і процесів надання меддопомоги своїм пацієнтам.

Логічна послідовність елементів управління повною мірою стосується управління СОЗ, що відображено в пропонованій моделі. Від діяльності ЛЗП-СМ як організатора значною мірою залежить рівень надання медичної допомоги населенню сімейно-територіальної дільниці. Це стосується як безпосередньо роботи з пацієнтами, зокрема планування, обліку, організації динамічного спостереження, так і співпраці з ЛПЗ. Наприклад, його робота з планування, формування потоків пацієнтів у районні й обласні ЛПЗ, організація контролю за поверненням виписок і консультативних заключень. Важливо запропонувати організаційно-фінансові механізми управління охороною здоров'я населення регіону новостворюваним, на вимогу Бюджетного кодексу, відділам охорони здоров'я РДА [6, с. 285].

В основі вдосконалення механізмів державного управління СОЗ в контексті євроінтеграції України з метою підвищення доступності медичної допомоги, має бути принципово нова організація

надання ПМСД, головна мета якої – підвищення рівня здоров'я населення і залучення громадськості до управління. Критерії досягнення мети – позитивна динаміка показників профілактики, захворюваності, інвалідизації, смертності та життя відповідно до стратегії євроінтеграції. Для досягнення головної мети слід підвищити ефективність і збільшити обсяг ПМСД. Унаслідок підвищення ефективності ПМСД посилюється роль медичної, медико-генетичної, соціально-гігієнічної та соціальної профілактики; підвищується якість діагностування та лікування; створюються системи економічного управління ПМСД. Шляхи збільшення обсягу ПМСД: розширення профілактичної (медичної, медико-генетичної, соціально-гігієнічної) й діагностичної, лікувальної та реабілітаційної медичної допомоги, а також медичних послуг на рівні ПМСД. Шляхи забезпечення доступності ПМСД: диференціація інвестиційних потоків стосовно видів допомоги, класів медичного ризику та верств населення; наближення ПМСД до місць проживання людей; створення нової нормативної бази ПМСД; організаційних інтегрованих комплексів ПМСД [2, с. 269-271].

Успішна програма впровадження в ЛЗП СМ пов'язана з розробленням принципово нової моделі системи фінансування СОЗ оплати праці її працівників, що відповідає стратегії євроінтеграції України [6, с. 285].

Оптимальною формою фінансування СМ, незалежно від її організаційної моделі, особливостей функціонування та форми власності, є поособове нормативне (фондове) фінансування за кількістю прикріпленого населення – мешканців регіону обслуговування. За таких умов поособовий норматив фінансування СМ може здійснюватись на основі нормативу фінансування територіальної програми (з урахуванням віково-статевої структури населення, демографічних та інших особливостей) і диференціюватись на поособовий норматив СМ для оплати стаціонарної медичної допомоги; поособовий норматив СМ на надання лікувально-консультативної допомоги лікарями-спеціалістами та лікувально-діагностичної допомоги параклінічними відділеннями (кабінетами, підрозділами) ЛПЗ; поособовий норматив СМ, скерований на забезпечення господарської діяльності й оплати праці спеціалістів ЗЛП. Удосконалення служби ПМСД в Україні має отримати правову основу. Проблеми її розвитку мали б відобразитись як в окремому Законі «Про первинне медико-санітарне забезпечення», так і в усіх інших прийнятих законах, що розробляються в контексті євроінтеграції держави загалом та галузі зокрема. Законодавчо варто закріпити такі положення: визначення ПМСД; права громадян на безкоштовне отримання доступної для кожного громадянина ПМСД незалежно від місця проживання, професії,

національної чи майнової приналежності (за збереження права на отримання платних послуг); гарантії держави щодо здійснення права громадян на ПМСД; рівень, обсяг, якість, форми надання ПМСД; організаційна структура ПМСД у сільській місцевості та в місті; права й обов'язки, мета, завдання, функції окремих суб'єктів служби ПМСД: фельдшера, медичної сестри, соціального працівника, ЛЗП-СМ тощо, сертифікація закладів ПМСД; розробка та порядок впровадження державних стандартів якості надання ПМСД, державних сертифікаційних вимог стосовно медичного та немедичного персоналу служби ПМСД, а також стосовно закладів, які її надають; визначення зв'язків між суб'єктами ПМСД і ЛПЗ, що надають спеціалізовану медичну й соціальну допомогу, та громадськості [6].

У сучасних умовах євроінтеграції важливо спрямувати діяльність організаторів охорони здоров'я на перегляд зв'язків між державою, населенням і ЛПЗ, а також рівнями медичної допомоги через собівартість медичних послуг.

Для цього варто розробити стратегію й тактику успішного розв'язання найважливіших сьогоденних завдань галузі:

- поліпшення стану здоров'я внаслідок реалізації політики здоров'я;
- підвищення оперативності надання медичної допомоги через забезпечення доступу до сучасних лікувально-діагностичних засобів;
- раціональніше використання наявних ресурсів шляхом впровадження інформаційно-управлінської системи на основі персоніфікованих розподілених банків даних, що зробить прозорим «тіньовий» ринок медичних послуг;
- запровадження медичної послуги як основної медико-економічної категорії, що визначає ефективність, економічність, результативність, якість, рівність, солідарність і справедливість в охороні здоров'я населення [3, с. 288].

Медичні послуги, котрі надають державні й комунальні ЛПЗ, оплачує суспільство, яке складається з окремо взятих громадян. Надання медичної допомоги слід законодавчо узгодити за двома принципами: справедливості за оплати медичних послуг і рівності за необхідності їх отримання. Тобто, «доступне для всіх громадян» медичне обслуговування не може тлумачитись у відриві від принципу рівності, зокрема, рівної доступності. Забезпечення медичної допомоги лише коштами державного бюджету України варто розглядати з урахуванням вимог Закону України про охорону здоров'я, де передбачено, що державна політика охорони здоров'я забезпечується бюджетними асигнуваннями в розмірі, який відповідає її науково обґрунтованим потребам, але не менше 10 % ВВП [1, с. 63].

Невиконання окремих законодавчих положень, скажімо, положень ст. 12 згаданого закону,

об'єктивно тягнуть за собою необхідність визначення та законодавчого оформлення інших (позабюджетних) джерел фінансування медичних послуг, що надають державні та комунальні ЛПЗ. Однак у будь-якому випадку всі канали фінансування такої медичної допомоги повинні узгоджуватись з конституційними нормами. Гарантований рівень безоплатного медичного обслуговування всіх верств населення можна розглядати лише через призму законодавчо-визначених стандартів якості медичних послуг на різних рівнях надання медичної допомоги.

Створення благодійних фондів, лікарнях кас й інших організацій, що мобілізують додаткові ресурси для задоволення потреб у СОЗ населення України, має відбуватись відповідно до вимог чинного законодавства держави, що регулює питання створення й діяльності таких організацій. Не можна позбавляти громадян можливостей здійснювати благодійну діяльність, а доцільно її заохочувати. Діяльність благодійних організацій необхідно оцінювати на предмет її відповідності вимогам закону, однак у будь-якому випадку така діяльність не може слугувати засобом примусу громадян до оплати медичних послуг. Ст.18 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» передбачає, що всі ЛПЗ мають право використовувати для підвищення якісного рівня своєї роботи кошти, добровільно передані підприємствами, установами, організаціями й окремими громадянами [1, с. 65].

У цьому сенсі повчальний досвід РФ, коли значне збільшення фінансування із запровадженням ОМС не привело до істотних позитивних зрушень ані в збільшенні обсягів медичної допомоги, ані в поліпшенні її якості й доступності. Основна причина ситуації, що склалася, – відсутність системи управління та механізмів, які допомогли б довести фінансування до конкретного споживача. Проводячи реформу СОЗ, спеціалісти намагаються порівнювати кінцеві підсумки з витратами, розробляючи оптимальну модель розвитку галузі, яка дасть змогу, за відносно невеликих витрат ресурсів, отримати якнайкращі результати якості, доступності медичної допомоги, поліпшення, врешті-решт, показників здоров'я населення. У цьому складному процесі не може бути готового рецепту, єдиної уніфікованої моделі. Кожна держава вибирає власний механізм державного управління охороною здоров'я, з урахуванням своїх особливостей, економічних можливостей, структури охорони здоров'я, традицій, менталітету населення тощо. Простежуються ключові тенденції, на які орієнтовано багато національних СОЗ, що використовує різні моделі на таких принципах:

1. Медична й економічна доцільність розбудови системи управління охороною здоров'я населення

з врахуванням вартості медичних послуг на різних рівнях медичної допомоги.

2. Мінімізація витрат при забезпеченні необхідної якості та рівної доступності медичної допомоги.

3. Спрямованості зусиль СОЗ на розв'язання медичних проблем конкретної людини, а не середньостатистичного громадянина.

Висновки

Головна мета реформи полягає в тому, щоб кожен громадянин зміг отримати медичну допомогу у потрібний час, в потрібному місці, в необхідному обсязі й з мінімальними витратами. Дотримуючись цих принципів, слід вибирати ту чи іншу модель. Збереження бюджетного фінансування галузі або перехід до моделі ОМС? Який з цих підходів буде переважати за реорганізації української СОЗ? Безперечно, кожен має свої переваги і недоліки. Так чи інакше, яка б модель не пропонувалася – бюджетна чи ОМС, – необхідно буде розв'язувати проблеми в класичному трикутнику, в основу котрого покладено обсяги медичної допомоги, витрати на її надання, а також якість і доступність.

Тобто, йдеться про якісну, доступну і своєчасну медичну допомогу, організовану на засадах медичної й економічної доцільності. У світовій практиці основу такого підходу становить інститут ЛЗП-СМ, де фахівець виконує свою ключову функцію – «диспетчера», тобто формує і координує найоптимальніший маршрут обстеження та лікування пацієнтів. Саме ця функція ЛЗП-СМ багато в чому визначає ефективність роботи всієї СОЗ, вигідно відрізняє його від дільничного терапевта. Виділяють дві головні ролі «диспетчера». Насамперед, контроль за зверненнями до фахівців у лікарні або за іншими дорогими медичними послугами, що дає змогу скоротити чи обмежити витрати СОЗ. Отже, ЛЗП-СМ слугують механізмом регулювання витрат. По-друге, завдяки координуючій ролі, вони поліпшують або підтримують якість медичних послуг. У такий спосіб ЛПЗ-СМ розглядаються як координатори комплексних пакетів послуг, які отримують пацієнти, що покращує безперервність їхнього спостереження. Якщо розглядати «диспетчера» на негативному тлі, можна зазначити, що це механізм обмеження доступу до іноді вигіднішого для пацієнта лікування у фахівців вузького профілю, а також скорочення витрат СОЗ за рахунок пацієнта. Однак більшість сучасних експертів вважають, що пацієнтові необхідно призначати лише компетентну медичну допомогу, а СОЗ має відповідати конкретним потребам індивіда. Тенденції розвитку моделей управління в різних державах ЄС пов'язані з побудовою гнучкої системи управління, яка передбачає:

1. Задоволення потреб охорони здоров'я конкретного пацієнта.

2. Інтеграцію можливостей первинної і спеціалізованої медичної допомоги населенню на принципах медико-економічної доцільності.

3. Чітке розділення функцій між медзакладами адміністративної території, що надають послуги пацієнтам, їх загальної відповідальності за кінцевий підсумок.

4. Створення стандартів і протоколів надання медичної допомоги.

5. Визначення загального пакету медичних послуг з розрахунком необхідних фінансових витрат (керована медицина).

6. «Диспетчерську» функцію ЛЗП-СМ.

7. Організацію чіткої наступності та координації в роботі ЛЗП-СМ і профільних фахівців на основі сучасних комунікаційних і управлінських систем.

8. Запровадження елементів інтегрованої медицини в освітні програми і програми підвищення кваліфікації медичних працівників.

ЛІТЕРАТУРА

1. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – №4. – С.59-83.
2. Автоматизована система управління охороною здоров'я / [Базилевич А. Я., Голунов А. І. та ін.] // Ефективність державного управління в контексті європейської інтеграції : Матеріали щорічної Наук.практ. конф. 23 січ. 2004 р. / [за заг. ред. А. О. Чемериса. – Л., ЛРІДУ НАДУ, 2004. – Ч. 1.– С. 269-271.
3. Киричук О. С. Міжнародні норми взаємовідносин пацієнта і лікаря: проблема імплементації у законодавство України / О. С. Киричук // Ефективність державного управління в контексті європейської інтеграції : Матеріали наук.-практ. конф. 23 січ. 2009 р. – Л. : ЛРІДУ НАДУ, 2009. – Ч. 1.- С. 287-291.
4. Москаленко В. Ф. Оптимальні моделі охорони здоров'я. Яку маємо обрати? / В. Ф. Москаленко // Ваше здоров'я. – 2008. – № 13(940). – С.6-7.
5. Радиш Я. Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: конституційно-правові засади / Я. Ф. Радиш, В. М. Лехан, С. М. Крюков // Вісн. Укр. академії державного управління. – № 1. – 2010. – С. 159-167.
6. Ярош Н. Державне управління якістю медичної допомоги / Н. Ярош // Вісн. Укр.академії держ. управління. – 2009. – № 2. – С. 282- 287.

*Рецензенти: Шевчук О. В. – д.політ.н., професор;
Смельянов В. М. – к.т.н., доцент*

© Галайчук Б. В., 2012

Стаття надійшла до редколегії 17.11.2011 р.