

І.І. Фуртак, І.В. Бурій, І.Ю. Гавчак, В.М. Гринаш (Львів)

## УПРАВЛІННЯ АНТИКРИЗОВИМИ ЗАХОДАМИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького

*Управління охороною здоров'я можна раціоналізувати шляхом створення системи управління, яка забезпечить виконання необхідних цілей і завдань у кризових умовах. Сьогодні слід еволюційно перебудувати діючу систему на основі широкомасштабного планового впровадження сучасних технологій, а не руйнувати її радикальними реформами.*

**Ключові слова:** система охорони здоров'я, антикризові заходи, управління охороною здоров'я.

Криза – це результат впливу невдалої економічної політики на інші сфери громадського життя, навіть у такій відносно розвинутій державі, як Україна. Постсоціалістичні держави мають специфічні системні недоліки: дефіцитні економіки, брак ринкових організацій та установ тощо. Тому успішна перебудова всіх ланок народногосподарського комплексу України потребує якісно нових підходів до вирішення проблем охорони здоров'я населення, створення гнучкої та ефективної системи управління медичними закладами, інтенсивного розвитку нової політики та сучасних моделей надання медичної допомоги всім верствам населення. Відповідно до ринкових умов господарювання та основних засад синергетичної науки, така політика і механізми, що з неї випливають, повинні привести до високоорганізованої системи, здатної ефективно розвиватись і повністю відповідати загальнонаціональним і регіональним галузевим інтересам в охороні здоров'я людини. Шляхи реформування можна розподілити на ті, що стосуються охорони здоров'я населення чи лише управлінської моделі системи охорони здоров'я (СОЗ) та інших гілок її діяльності.

Законодавство України визначає здоров'я як стан повного фізичного, душевного та соціального благополуччя, а не лише відсутність захворювань або фізичних вад. Забезпечити здоров'я населення у такому його трактуванні можна лише скоординованими зусиллями всього суспільства через міжсекторальну його координацію та міжгалузеву співпрацю всього народного господарства. Особливо складно, з одного боку, забезпечити реалізацію такої скоординованої діяльності в процесі перебудови суспільства. Хоча, з іншого боку, глибокі зміни можливі саме під час радикальних реформ, і це залежить не стільки від готовності суспільства, скільки від волі до реалізації нових технологічних можливостей.

**Мета роботи** – показати систему управління охорони здоров'я, яка забезпечить виконання необхідних цілей і завдань у кризових умовах України.

**Метод:** інформаційно-аналітичний.

### Результати дослідження та їх обговорення

Антикризові заходи СОЗ України слід проводити з еволюційною оптимізацією цієї системи, щоб радикальними кроками не розвалити її остаточно. Експеримент зі створення моделі управління інтегрованим медичним комплексом адміністративної території показав можливість такої оптимізації через залучення ресурсів соціальних служб [3]. Ця модель, розвинена в ході експерименту і поширена на соціальну сферу в цілому, за рахунок інтеграції управління потоками пацієнтів дає змогу оптимізувати кількість ліжок та посад на усіх рівнях СОЗ із залученням ресурсів структур Міністерства праці і соціальної політики (МПСП), а також служб сім'ї, молоді і дітей, відповідно до реальної потреби, що склалася на конкретній адміністративній території. В основу цієї моделі покладено орієнтацію на розвиток моделі керованої медико-соціальної допомоги на засадах сімейної медицини (СМ) з оплатою за обсягом роботи. Основні принципи, закладені в експеримент, полягають у: 1) побудові системи управління медико-соціальною допомогою населенню на засадах медичної, соціальної та економічної доцільності; 2) забезпеченні необхідної якості та рівного доступу медико-соціальної допомоги при мінімізації витрат і з оплатою обсягу роботи; 3) спрямованості зусиль на вирішення персоніфікованих проблем конкретної людини, а не на середньостатистичного громадянина. Сьогодні ці принципи використовує більшість СОЗ при організації медико-соціальної допомоги населен-

ню. При цьому кожен мешканець повинен і має змогу одержати медико-соціальну допомогу в потрібний час, в потрібному місці, в необхідному обсязі і з мінімальними витратами. В основу реалізації цих принципів покладено механізм перерозподілу функцій між первинною ланкою охорони здоров'я, госпітальними відділеннями, спеціалізованою амбулаторною допомогою й соціальними службами в рамках єдиного медичного, соціального, фінансового і правового поля. При цьому центральні районні лікарні (ЦРЛ), амбулаторії загальної практики / сімейної медицини (АЗП/СМ) й медико-соціальні заклади (МСЗ) розглядаються як єдиний медико-соціальний комплекс, в якому інтегровані зусилля всіх структур, з розподілом обов'язків і загальною відповідальністю за кінцевий результат [4;5].

При цьому медичний комплекс району доцільно перевести на принципи роботи комунального підприємства. Механізм перерозподілу функцій між АЗП/СМ, МСЗ, госпітальною і спеціалізованою амбулаторною допомогою полягає в наступному. При зміцненні матеріальної бази МСЗ, АЗП/СМ і фельдшерсько-акушерських пунктів (ФАПів), рівня підготовки сімейних лікарів (СЛ), при поліпшенні управлінських технологій зростають можливості щодо збільшення кількості послуг, які вони реально можуть надати населенню, зокрема медичних і соціальних. При цьому зменшуються потоки пацієнтів у стаціонари другого і третього рівнів, чисельність диспансерних груп вузьких фахівців поліклінік, що приводить до адекватного перерозподілу фінансових потоків на користь первинної ланки. Такий підхід дає змогу еволюційним шляхом, без радикальної перебудови структур СОЗ і МПСП, необґрунтованих витрат і соціальних ризиків, реорганізувати систему медичної допомоги й соціальних послуг населенню України в цілому, перебудувати їх на засади медичної, соціальної і економічної доцільності [2;6].

Для гнучкого управління обсягами медичної й соціальної допомоги та фінансовими потоками створюються довідники госпітальних, діагностичних і амбулаторних медичних й соціальних послуг, до яких входять послуги основного персоналу МСЗ та АЗП/СМ. Розрахунок собівартості послуг проводиться з урахуванням витрат по центрах відповідальності за витрати. Це дає змогу вже сьогодні формувати портфель послуг підрозділів ЦРЛ, включаючи АЗП/СМ і МСЗ. Для організації роботи медико-соціального комплексу в рамках єдиного правового медичного, соціального і фінансового поля, оперативного управління обсягами медичної та соціальної допомоги й фінансовими потоками створюється потужна інформаційна система, в основу якої покладено персоніфіковані бази даних населення, прикріпленого для обслуговування до АЗП/СМ й соціальних служб. На їх основі формується реєстр населення адміністративної території. Медичні

бази даних АЗП/СМ, центральна база даних соціальних служб і ЦРЛ зав'язані в єдину корпоративну медичну мережу. Таким чином, все населення внесено до бази даних. Надалі персоніфікований реєстр населення може служити основою для бази даних інших служб і страхових фондів.

Запровадження категорії «послуга», персоніфікованої медичної бази даних, комп'ютерних технологій дає змогу перейти на персоніфікований облік обсягів медичної й соціальної допомоги та витрат на її надання, оперативну оцінку якості. Це дозволяє довести медичну допомогу до кожного конкретного мешканця, співвідносити раціональність використання фондів з межами поособового нормативу, раціональність використання фонду в цілому. Така технологія роботи сприяє побудові відносин СЛ з населенням на договірній основі [1;2].

Опираючись на реальні розрахунки обсягів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) і витрат на її надання, отримуємо науково обґрунтовані підходи до нормування праці СЛ і їх помічників, системи її оплати, в основі якої – кількість пацієнтів, що уклали з СЛ угоду, наднормативні обсяги робіт і якість медичної допомоги населенню. Проблемним залишається питання розробки стандартів і протоколів надання ПМСД. Використання сучасних управлінських і комп'ютерних технологій дає можливість значно поліпшити рівень управління медичною допомогою в сільській місцевості. Так, наприклад, розроблена технологія з використанням довідника послуг і протоколу роботи фельдшерів ФАПів дає змогу оцінити обсяг послуг, виконаних на ФАПі, їх динаміку, розрахувати реальний обсяг фінансування ФАПу (трансферти). Такий підхід значно поліпшує наступність у роботі СЛ і фельдшера ФАПу як помічника СЛ. Реальне управління всім процесом надання меддопомоги населенню, перерозподіл функцій і послуг між первинною ланкою, госпітальною і спеціалізованою допомогою здійснює лікарсько-адміністративна група, до складу якої входять представники адміністрації, СЛ, завідувачі госпітальними відділеннями й фахівці поліклінік та соціальних служб. Всі вони зацікавлені в поліпшенні якості медичних, медико-соціальних, соціальних послуг і у зниженні нераціональних витрат, оскільки працюють в єдиній інтегрованій системі медико-соціальних послуг та єдиному фінансовому полі, де при чіткому розподілі функцій є загальна відповідальність за кінцевий результат. Вони щомісячно проводять аналіз потоків пацієнтів на госпітальну і спеціалізовану допомогу, оцінюють якість роботи первинної ланки, оскільки мають повну соціально-медико-економічну інформацію про кожного пацієнта. Від висновків цієї групи багато в чому залежать доплати СЛ, висновок щодо раціональності використання ліжкового фонду, роботи інших фахівців.

## Висновки

Отже, модель управління інтегрованим медичним комплексом адміністративної території дає змогу реально розраховувати розподіл трансфертів між соціальними службами, управліннями, ЦРЛ, АЗП/СМ, МСЗ і ФАПами, забезпечити адаптацію соціальних служб, первинної ланки та СОЗ в цілому до роботи в кризових умовах. Водночас, сучасні технології допомагають зробити «прозорими» фінансові потоки і потоки пацієнтів, а також будь-які інші ресурси у надзвичайно складній системі – СОЗ загалом і медичному обслуговуванні зокрема.

## Перспективи подальших досліджень

Для відповідної доорганізації запропонованої системи управління охороною здоров'я необхідні: розробка та адаптація потрібних технологій; навчання персоналу; психологічна перебудова його діяльності та психологічна адаптація, а також інтеграція усіх рівнів і служб СОЗ до діяльності в нових умовах; налагодження належних комунікативних зв'язків, що в комплексі сприяло новій якості через вищий рівень задоволення населення – споживачів за обмежених ресурсів. Ці ресурси доцільно розподіляти з розрахунку на кількість мешканців сімейно-територіальної ділянки, водночас запроваджуючи віртуальне фондотримання СМ з установами АСУ, що унеможливить надто радикальні зміни в системі, які могли б остаточно дестабілізувати її і, зрештою, зруйнувати. Сьогодні слід еволюційно перебудувати діючу систему на основі широкомасштабного планового впровадження сучасних технологій, а не руйнувати її радикальними реформами.

Результати дослідження дають змогу надати такі пропозиції:

1. Широкий розвиток мережі АЗП/СМ, де має надаватися до 80% усієї медичної допомоги населенню, та підготовка СЛ і їх помічників.
2. Перехід до управління медичною допомогою населенню та соціальною сферою через медичну і соціальну послугу як медико-економічну та соціально-економічну категорії.
3. Створення механізму розподілу поособового нормативу на засадах медичної та економічної доцільності, економічної мотивації населення щодо збереження та зміцнення здоров'я й профілактики захворювань.
4. Інтеграція можливостей лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ) регіону в єдиному медико-фінансовому просторі з організацією внутрішнього ринку медичних послуг, чітким розподілом функцій між ними і спільною відповідальністю за кінцевий результат (що дозволить з урахуванням реальних можливостей керувати ЛПЗ за собівартістю і якістю їх послуг в інтегрованому середовищі на засадах медичної та економічної доцільності).
5. Формування портфелю медичних послуг, перехід на договірну форму відносин між органами влади та ЛПЗ із закупівлі послуг з попередньою оплатою робіт (при цьому ЛПЗ беруть на себе відповідальність за фінансові ризики, пов'язані з раціональним використанням бюджету, що послужить мотивацією до оптимізації витрат, до пошуку шляхів зниження собівартості послуг та підвищення їх якості, до активізації розвитку маловитратної ПМСД, до посилення профілактичного напрямку, до впровадження ефективних високотехнологічних методів діагностики і лікування з метою оптимізації функцій, структури, кадрового складу ЛПЗ).
6. Організація управління потоками пацієнтів і їх медичними маршрутами в інтегрованому середовищі (при цьому ключовою фігурою є СЛ, який разом з іншими учасниками лікувально-діагностичного процесу несе відповідальність за надання медичної допомоги в потрібний час, у потрібному місці та в необхідному обсязі, визначеному існуючими клінічними протоколами).
7. Створення інформаційної системи на основі персоніфікованого реєстру населення, медичних баз даних, в яких накопичується медико-економічна та соціально-економічна інформація щодо кожного мешканця регіону протягом усього його життя, (ця система забезпечує всі механізми управління за рівнями надання медико-соціальної допомоги).
8. Відмова від гарантованої «вирівнюючої» системи оплати праці медичних й соціальних працівників, перехід до оплати їхньої праці з урахуванням кількості та якості виконаної роботи.
9. Реалізація права вибору соціального працівника та СЛ населенням, перехід на контрактну форму відносин, де обумовлюються права та обов'язки кожної зі сторін (насамперед формування медичного маршруту пацієнта, яке за контрактом належить виключно СЛ).
10. Міжсекторальна інтеграція і координація роботи СОЗ із суміжними галузями, які мають відношення до здоров'я населення і профілактики захворювань (насамперед це стосується служби соціального захисту населення, сім'ї та молоді, установ освіти через моніторинг здоров'я школярів і студентів, а також можливості вивчення впливу екологічних факторів на здоров'я населення, зокрема, моніторингу якості води в джерелах з урахуванням конкретних населених пунктів, бази даних медичних діагнозів).

11. Створення системи персоніфікованого обліку медичних послуг і витрат на їх надання особам, які лікуються і відпочивають, на основі єдиного реєстру населення з наступною компенсацією витрат бюджету охорони здоров'я регіону.
12. Демократизація управління соціальною сферою з можливістю надання громадськості місцевими

органами влади інформації про використання бюджету соціальної сфери та, зокрема, охорони здоров'я на ті чи інші види соціальної чи медичної допомоги, організація діалогу з населенням щодо планування та раціонального розподілу бюджетних коштів (що накладає на населення частину відповідальності за раціональне використання бюджету).

## Список літератури

1. *Баєва О. В.* Менеджмент у галузі охорони здоров'я : навч. пос. / О. В. Баєва. – К. : Центр учбової літератури, 2008. – 640 с.
2. *Страхування* в галузі охорони здоров'я : навч. пос. / І. Б. Дячук, Х. Я. Терешко, І. Я. Сенюта, І. І. Фуртак. – Львів : Вид-во ЛОБФ «Медицина і право», 2010. – 216 с.
3. *Фуртак І. І.* Адміністративна реформа в Україні та управління системою охорони здоров'я регіону / І. І. Фуртак // Актуальні проблеми державного управління : зб. наук. праць ЛФ УАДУ. – Львів, 2001. – Вип. 5. – С. 334–342.
4. *Фуртак І. І.* Удосконалення управління у сфері охорони здоров'я України в умовах євро інтеграції / І. І. Фуртак, В. М. Гринаш // Ефективність державного управління : зб. наук. праць ЛРІДУ НАДУ. – Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2005. – Вип. 8. – С. 325–332.
5. *Фуртак І. І.* Формування концепції удосконалення державного управління охорони, збереження та зміцнення здоров'я населення / І. І. Фуртак // Актуальні проблеми державного управління : зб. наук. праць ЛФ УАДУ. – Львів, 2000. – Вип. 3. – С. 344–348.
6. *Фуртак І. І.* Формування основних напрямків розвитку первинної ланки відомчої медслужби МВС України на засадах загальнолікарської сімейної медичної практики / І. І. Фуртак, В. М. Гринаш, Ю. І. Гринаш // Актуальні проблем державного управління : зб. наук. пр. ЛФ УАДУ. – Львів, 2000. – Вип. 3. – С. 309–315.

*Дата надходження рукопису до редакції: 02.04.2012 р.*

## Управление антикризисными мероприятиями в системе здравоохранения Украины

*И.И. Фуртак, И.В. Бурый,  
И.Ю. Гавчак, В.М. Грынаш (Львов)*

Управление здравоохранением возможно рационализировать путем создания системы управления, которая обеспечит выполнение необходимых целей и заданий в кризисных условиях. Сегодня необходимо эволюционно перестроить действующую систему на основе широкомасштабного планового внедрения современных технологий, а не разрушать ее радикальными реформами.

**Ключевые слова:** система здравоохранения, антикризисные мероприятия, управление здравоохранением.

## Managing of anti-crisis measures in the health care system of Ukraine

*I.I. Furtak, I.V. Buriy,  
I.Yu. Gavchak, V.M. Grynash (Lviv)*

Health care management is possible for rationalizing by creating a control management system which will provide performance of the necessary purposes and tasks in crisis conditions. Now expediently not to prang by extreme reforms, but evolutionary to reconstruct the existent system on the basis of the planned introduction of the newest technologies.

**Key words:** health care system, anti-crisis measures, health care management.

*Рецензент: д.мед.н. О.В. Любінець.*