

Моніторинг надає інформацію про діяльність, яка мала місце в минулому, а стратегічне планування спрямоване в майбутнє, тож саме результати здійсненого моніторингу слугують основою для прийняття рішень, «підказкою», чого слід очікувати в майбутньому. Головне – правильно визначити параметри, за якими відбувається процес відслідковування і збору інформації.

В процесі розробки та реалізації програм і проектів регіональних стратегій соціально-економічного розвитку системи моніторингу та оцінки слугують для виконання низки важливих завдань. Таких, як:

- коригування змісту програм і проектів;
- аналіз причин і невдач в ході їх реалізації;
- врахування помилок і невдач при розробці подібних програм;
- активізація роботи та експертиза ефективності її організації;
- інформування керівників місцевих органів влади та громадськості про досягнуті результати;
- забезпечення фінансування і використання можливостей залучення додаткових фінансів;
- аналіз можливих розбіжностей у позиціях виконавців тощо.

Крім того, ефективність системи моніторингу забезпечується тим, що вона ґрунтується на засадах партнерства, яке є одним із головних принципів для розробки та реалізації програм і проектів регіональних стратегій розвитку і полягає у тісній співпраці між зацікавленими сторонами – державою, регіональними органами виконавчої влади та місцевого самоврядування, громадськими організаціями та приватно-бізнесовим сектором. Відтак, серед інноваційних технологій вдосконалення діяльності, підвищення її ефективності, стратегічне партнерство і моніторинг є дієвими засобами на шляху підвищення якості життя населення шляхом забезпечення економічного зростання, повноцінного використання наявних ресурсів.

Моніторинг, як безупинне спостереження за ресурсами, процесами та результатами, має цілком визначену мету, алгоритм функціонування, принципи побудови, критерії оцінки, методи і технології. Моніторинг можна розглядати як могутній інструмент аналізу впливів та відносин в системі публічного управління; процедуру; інноваційну технологію. Характерною особливістю моніторингу як інструменту/процедури чи технології є його універсальність: він здійснюється за узагальненим алгоритмом у будь-якій сфері публічного управління з урахуванням її специфіки.

За своєю сутністю моніторинг надає змогу отримувати оперативну інформацію про хід виконання програм і проектів, стратегій розвитку в межах їх реалізації. Відтак, ефективність моніторингу забезпечується систематичністю проведених заходів, за умови використання як офіційної обов'язкових системи звітності, так і інших менш офіційних засобів передачі інформації. Моніторинг є необхідним як гарант того, що ресурси в процесі діяльності перетворюються на заплановані результати, сприяють отриманню ефекту. Крім того, опрацьована інформація може бути використана як для поліпшення процесу ухвалення рішення, так і для інформування громадськості – як інструмент зворотного зв'язку з метою здійснення проектів, оцінки програм чи вироблення політики.

Використання результатів моніторингу: забезпечення рівного для всіх учасників програм та проектів, стратегій розвитку, а також пересічних громадян доступу до його результатів, надає змогу оцінити діяльність, справед-

ливість та ефективність, якість отриманих послуг, що, в кінцевому підсумку, підвищує довіру до органів публічної влади. Відтак, перспективами подальших наукових розвідок у даному напрямі має бути дослідження наукового супроводу застосування моніторингу та оцінки ефективності реалізації у стратегічному партнерстві програм і проектів соціально-економічного розвитку регіону.

Література.

1. Гарри П. Хатри. Мониторинг результативности в общественном секторе : Институт экономики города. – Москва. – 2005. – 276 с.

2. Гбур З.В. Теоретико-методичні засади моніторингу в державному управлінні / З.В. Гбур // Актуальні проблеми державного управління: Збірник наукових праць ОРІДУ. Вип. 3 (31) – Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2007. – С. 281–287.

3. Гордєєв О. Практичні підходи до реалізації програм і проектів розвитку регіонів/ О.Гордєєв // Сучасна регіональна політика: формування, реалізація та розвиток публічної служби : Матеріали підсумкової науково-практичної конференції за міжнародною участю, 23 вересня 2010 року. – Одеса : ОРІДУ НАДУ, 23 вересня 2010 року. – С. 458–460

4. Постанова Верховної Ради Автономної Республіки Крим «Положення про Всекримський конкурс проектів та програм розвитку місцевого самоврядування», від 19.11.2003 р. № 736-3/03.

5. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Положення про Всеукраїнський конкурс проектів та програм розвитку місцевого самоврядування» від 18.01.2003р. № 64 <http://www.kmu.gov.ua>.

6. Приходченко Л. Роль контролю, моніторингу та оцінки у розробці та реалізації програм та проектів регіонального розвитку в контексті адаптації до євро стандартів / Л. Приходченко // Теоретичні та прикладні питання державотворення [Електронний ресурс]: Збірник наукових праць. – Вип. 1. – 2007. – Режим доступу www.library.oridu.odessa.ua. – Заголовок з екрана.

7. Стратегия экономического и социального развития Автономной Республики Крым на 2011 – 2020 годы / Утверждена Постановлением Верховного Совета Автономной Республики Крым 22 декабря 2010 года № 121-6/10 ; [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://www.ark.gov.ua/images/strategiya2011-2020new-5.pdf>.

УДК 351.77

Роман Грицко

РОЛЬ ЛІЦЕНЗУВАННЯ І АКРЕДИТАЦІЇ В ДЕРЖАВНОМУ УПРАВЛІННІ РОЗВИТКОМ РОДИННОЇ МЕДИЦИНИ

В роботі розкриті принципи внутрішнього і зовнішнього контролю та його роль у державних механізмах управління якістю медичної допомоги у закладах первинної медичної допомоги, що працюють на засадах родинної медицини.

© Грицко Р.Ю., 2012.

Ключові слова: первинна медична допомога, родинна (сімейна) медицина, якість медичної допомоги, механізми державного управління, ліцензування, державна акредитація.

Формування політики у сфері охорони здоров'я населення України часто пов'язується з фінансуванням закладів медичної допомоги та організаційним механізмом державного управління. Однак за останні роки з'явилися твердження, що свідчать про залежність стану здоров'я населення від інших чинників.

Останніми Законами України у сфері охорони здоров'я [7-9] сформульований політичний механізм державного управління щодо реформування медичної допомоги. Засадничі позиції у цьому механізмі виділені управлінню реформуванням первинної медичної допомоги (ПМД) на основі сімейної (родинної) медицини (РМ) та її подальшим розвитком. Адже РМ, за даними наукових досліджень вчених розвинутих країн, не лише успішно вирішує понад 80% всіх проблем зі здоров'ям населення, але й реалізує це з найменшими економічними витратами як з боку держави, так і з особистих фінансових можливостей громадян.

Чинний до недавнього минулого адміністративно-командний механізм управління якістю медичної допомоги, що ґрунтувався на принципах контролю, сьогодні не відповідає організаційно-правовим та економічним умовам функціонування закладів ПМД, що працюють на засадах РМ, і замінюється механізмом, який базується на мотиваційному механізмі державного управління процесом трансформації та розвитку родинної медицини.

У більшості країн Західної Європи структуру систем ПМД визначає РМ. Кількість лікарів родинної медицини становить від 30% до 50% всіх лікарів, що працюють у сфері охорони здоров'я [4].

Світовий досвід, узагальнений ВООЗ, свідчить, що розвиток ПМД на засадах РМ, є одним із найефективніших чинників підвищення якості та ефективності медичної допомоги на первинному рівні, справедливого розподілу і ефективного використання коштів у сфері охорони здоров'я [5].

Як уважає І. В. Шпак [6], проблеми забезпечення і оцінки якості медичної допомоги (ЯМД) є найважливішими для будь-якої системи охорони здоров'я. При цьому ЯМД визначається як належне проведення всіх заходів, які є безпечними, прийнятними з точки зору коштів, що використовуються в даному суспільстві, та впливають на стан його здоров'я, захворюваність, інвалідність і смертність.

Оцінка ЯМД є одним із провідних завдань державного управління діяльністю закладів ПМД, що працюють на засадах РМ, і визначає відповідність наданої медичної допомоги встановленим на даний час стандартам, очікуванням і потребам окремих пацієнтів і територіальних громад. До основних форм позавідомчого контролю ЯМД відносяться ліцензування та акредитація.

Система оцінки ЯМД у закладах ПМД на засадах РМ у наш час забезпечується поєднанням відомчого (внутрішнього) і позавідомчого (зовнішнього) контролю. При цьому внутрішня експертиза ЯМД є оцінкою роботи медичного персоналу РМ особами, які задіяні у процесі надання ПМД на засадах РМ: колегами по роботі, асоціаціями фахівців РМ, профспілковими організаціями чи адміністрацією закладу ПМД.

Якщо позавідомчому контролю та його завданням щодо діяльності закладів ПМД і фізичних осіб, які на-

дають медичну допомогу, приділяється багато уваги, то проблеми відомчого (внутрішнього) контролю у закладах РМ висвітлені недостатньо.

Основною метою цієї статті є аналіз ефективності зовнішнього контролю ЯМД у закладах ПМД, які працюють на засадах РМ, а також розгляд ефективності різних видів відомчої оцінки ЯМД фахівців РМ. При цьому особлива увага приділяється оцінці ЯМД на основі рейтингової системи оцінки кількості та якості медичної допомоги на мікрорівні (родинний лікар – пацієнт – родина). На основі оцінки ЯМД за рейтинговими показниками формуються коефіцієнт трудової участі (КТУ) кожного фахівця і підрозділів РМ у виконанні основних завдань, що ставляться перед закладом ПМД.

Коефіцієнти трудової участі стають основою для застосування як нематеріальних, так і матеріальних стимулів у мотиваційному механізмі державного управління за кількість і якість виконаної роботи.

Постановою Кабінету Міністрів України «Про порядок державної акредитації закладів охорони здоров'я» від 15. 07. 1997 р. № 765 вперше в незалежній Україні затверджена необхідність офіційного визнання статусу закладу охорони здоров'я, наявності в ньому умов для надання певного рівня медико-санітарної допомоги, підтвердження його відповідності встановленим критеріям і гарантії високої якості професійної діяльності. Для цього створена головна акредитаційна комісія МОЗ України, акредитаційні комісії при МОЗ АР Крим, управліннях охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, міських радах міст Києва і Севастополя.

Наказами МОЗ України визначені повноваження цих комісій та критерії державної акредитації закладів охорони здоров'я, затверджено склад відповідних експертів і розпочато роботу по створенню бази електронного державного реєстру акредитованих закладів охорони здоров'я (наказ МОЗ України від 28. 11. 2007р. № 755).

Кожні 3 роки всі заклади охорони здоров'я підлягають ретельній перевірці щодо їх відповідності критеріям, опрацьованим цими ж комісіями, з попередньою підготовкою до акредитації великої кількості документів у закладі охорони здоров'я, які підтверджують наявність і відповідність вимогам акредитаційних критеріїв, обладнання в закладі, рівня кваліфікації спеціалістів тощо. Усі ці документи складаються під час підготовки до акредитації закладу ПМД, що працює на засадах РМ, за відповідними формами згідно з наказом МОЗ України від 24.02.2007 р. № 92. Це вимагає значних інтелектуальних і матеріальних витрат фахівців і закладів РМ, що не передбачені жодним кошторисом.

Значно пізніше (у вересні 2002 р.) сумісним наказом Держжпприємництва і МОЗ України затверджено порядок контролю за дотриманням ліцензійних умов провадження певних видів господарської діяльності в галузі охорони здоров'я, що ліцензуються. З цього часу в Україні ліцензування стало ще одним процесом державної оцінки відповідності лікувально-профілактичної установи (у тому числі закладу ПМД, що працює на засадах РМ) мінімуму вимог щодо структури і ресурсів, яка може реалізувати безпечно надання медичної допомоги. Ліцензування закладів ПМД проводиться 1 раз на 5 років з видачею державної ліцензії, яка є однією із багатьох дозвільних документів на право здійснення медичної практики. У процесі підготовки до ліцензування також готується цілий том документації, на яку в закладі кошти не передбачені.

З визначення акредитації як офіційного визнання статусу закладу охорони здоров'я, що до наявності в ньому

умов для надання певного рівня медико-санітарної допомоги, підтвердження його відповідності встановленим критеріям і гарантії високої якості професійної діяльності та наведеного вище визначення ліцензування видно, що обидва державні процеси реалізуються з метою підвищення якості ПМД.

Отже, державні ліцензування і акредитація проводяться різними офіційними комісіями МОЗ України та в різні терміни з регулярністю в 3 і 5 років, хоч спрямовані на досягнення однієї мети-підвищення ЯМД.

У деяких країнах Європейського союзу (ЄС) (Велика Британія, Швеція, Фінляндія, Норвегія тощо), у зв'язку з домінуванням на ринку медичних послуг закладів державної форми власності, ліцензування медичної допомоги як окремо визначеного державного процесу фактично не існує. Дозволи на медичну практику видаються не спеціально уповноваженим органом держави, а професійними об'єднаннями (громадськими організаціями) медичної спільноти.

Підставою для отримання ліцензій у більшості країн ЄС виступає заява особи, яка подає необхідні документи. Термін дії ліцензії на медичну практику становить 2–3 роки. Ліцензіатами можуть виступати два суб'єкти господарювання: медичні заклади та фізичні особи.

Акредитація представляє собою систему зовнішньої професійної оцінки закладів ПМД щодо їх спроможності надавати медичні послуги високої якості. У міжнародній практиці акредитація переважно базується також на добровільності. Проте жорстка позиція страхових компаній, які не оплачують медичні послуги, надані неакредитованими медичними установами, і не укладають з ними контрактів, призвела до того, що акредитація стала фактично обов'язковою процедурою.

Враховуючи те, що реформування ПМД на засадах РМ та її подальший розвиток є пріоритетним для країн ЄС, висловлюються думки про зменшення кількості дозвільних документів для медичної практики фахівців родинної медицини.

Окрім цього, фахівці РМ у своїй повсякденній медичній практиці фактично не застосовують складної техніки та медичного обладнання, які вимагають спеціальних знань і практичних навичок для якісної роботи на цих технічних засобах. Фахівці РМ після закінчення навчання на додипломному етапі та успішної здачі державного іспиту отримали диплом спеціаліста державного зразка. Після проходження первинної спеціалізації в інтернатурі родинні лікарі були сертифіковані за спеціальністю «загальна практика – сімейна медицина», що дає їм право на самостійну професійну діяльність. Тому, на нашу думку, родинний лікар, який закінчив вищий навчальний медичний заклад та інтернатуру за спеціальністю «загальна практика – сімейна медицина» і отримав державний сертифікат з цього фаху повинен відразу одержати в МОЗ України ліцензію на право надавати ПМД в обсязі кваліфікаційної характеристики посади спеціаліста родинної медицини.

Подальше підвищення кваліфікації родинного лікаря передбачено механізмом державного управління у процесі безперервного професійного розвитку протягом усього фахового життя. З метою ефективного методичного управління процесом безперервного професійного розвитку при управліннях (головних управліннях) охорони здоров'я обласних державних адміністрацій створюються обласні навчально-практичні центри родинної медицини. Вони організують свої філіали в районах і великих містах області. Через районні (міжрайонні) навчально-практичні центри кожний фахівець родинної медицини

отримує методичну допомогу для самостійної роботи щодо підвищення своїх професійних знань і навичок.

Основні види діяльності кожного фахівця РМ у процесі безперервного професійного розвитку визначені наказом МОЗ України «Про затвердження змін до положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах» від 07.07.2009 р. № 484 [6].

У Львівській області на кінець 2011 року в закладах ПМД працювало 747 сертифікованих родинних лікарів, ними охоплено 55,4% населення області, у тому числі 70,4% – у сільській місцевості. Для методичного забезпечення їх безперервного професійного розвитку (БПР) за обласною цільовою програмою «Розвиток сімейної медицини та її профілактичної спрямованості на 2012–2014 роки», яка затверджена Львівською обласною радою 28. 02. 2012р. , заплановано створення обласного навчально-практичного центру сімейної медицини та чотирьох подібних міжрайонних центрів.

Досвід провідних закладів ПМД м. Львова, які протягом більше 5 років працюють на засадах РМ, показує, що БПР фахівців РМ можна успішно організувати за модульно-кредитною системою без відриву їх від основної роботи з тестовим контролем знань і практичних навичок. Так, у комунальній 5-й міській клінічній поліклініці протягом 5 років у процесі БПР 60 родинних лікарів 80 медичних сестер загальної практики-сімейної медицини вивчають проблеми медичної валеології та превентивної медицини. Щомісячно провідні вчені Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького читають їм лекції з названої вище проблеми. Через місяць після прочитаної лекції поглиблене самостійне вивчення теми закінчується тестовим контролем рівня набутих фахівцями РМ знань і практичних навичок.

Кредитні бали, набуті родинними лікарями та медичними сестрами у процесі БПР, у кінці року враховуються у рейтинговій системі оцінки кількості та якості роботи, виконаної конкретним фахівцем у процесі постійного підвищення ЯМД.

Опрацьована в комунальній 5-й міській клінічній поліклініці рейтингова система оцінки кількості та якості виконаної роботи щодо формування, збереження, зміцнення здоров'я здорових і відновлення здоров'я хворих людей за 25 індикаторами якості дозволяє об'єктивно і прозоро визначити лідерів колективу медичних працівників центру ПМД і центру стаціонарної допомоги поліклініки [1, 10].

На основі рейтингових індикаторів розраховуються коефіцієнт трудової участі кожного фахівця і моделі кінцевих результатів. Вони використовуються у мотиваційному механізмі державного управління ЯМД і під час планування постійного підвищення якості ПМД у закладі РМ, тому є дієвим інструментом внутрішнього контролю ЯМД.

Робота фахівців, які зайняли останні місця у рейтингу медичних працівників центру ПМД, піддається внутрішньому професійному аудиту (ВПА). Він виступає дієвим методом мотивації якісної та ефективної роботи фахівців РМ.

Фахівці РМ, які мають певні проблеми щодо високої якості професійних дій, навчаються у досвідчених наставників-аудиторів реалізації своїх знань і професійних навичок у повсякденній роботі. Професійними аудиторами головним лікарем закладу призначаються організатори охорони здоров'я, завідувачі відділень, досвідчені фахівці РМ, які добре знають технологію лікувально-профілактичної роботи на рівні закладу ПМД. Вони аналізують моделі професійного поведіння окремих фахівців, дотримання ними принципів медичної етики та

деонтології. Основним показником ефективної роботи професійних аудиторів з фахівцями РМ є підвищення рейтингу останніх у своїх колективах і поліпшення ЯМД.

Професійні аудитори у процесі вивчення принципів роботи окремих фахівців визначають, як реалізуються у щоденній медичній практиці засадничі методи підвищення ЯМД: доступність, керованість медичної допомоги з боку родинного лікаря, її профілактична спрямованість, стандартизація та доказовість медичних втручань. Останні два методи реалізуються за допомогою таких інструментів державного управління, як локальні протоколи медичної допомоги та локальні формуляри лікарських засобів, що опрацьовуються у закладах ПМД і стають нормативними документами медичної практики після затвердження головним лікарем закладу охорони здоров'я [4, 5].

Отже, внутрішній контроль ЯМД у закладах ПМД, які працюють на засадах РМ, є достатнім, щоб постійно підвищувати ЯМД пацієнтам на першому рівні медичної допомоги. При цьому він є значно ефективнішим, а саме локальні протоколи медичної допомоги (ЛПМД) у закладах ПМД безпосередньо пов'язані з організаційною структурою медичного закладу, станом матеріально-технічного забезпечення певного рівня якості ведення пацієнта і фінансовими можливостями закладу. ЛПМД поєднані при організації надання медичної допомоги хворим на певні захворювання із забезпеченням обсягу діагностичної та лікувально-профілактичної допомоги визначеної національними медичними стандартами.

Державна акредитація закладів ПМД у тому вигляді, якою вона є бюрократизованою, заформалізованою і малоефективною, може бути без шкоди для ЯМД ліквідована. Це зменшить кількість дозвільних документів для організації якісної медичної допомоги у закладах ПМД. Державна дерегуляція у сфері охорони здоров'я розвантажить державний бюджет і витрати тих фахівців, яких вона стосується, а саме це явище завжди супроводжується корупційними діями чиновників від влади.

На етапі розбудови громадського суспільства в Україні функції багатьох державних органів передаються до повноважень територіальних і професійних громад. Принципи громадської системи охорони здоров'я, щодо формування, збереження, зміцнення здоров'я здорових і відновлення здоров'я хворих людей є архіважливими. Вони повною мірою можуть бути реалізовані вже у наш час і в нашій країні.

Однак роль територіальних громад, громадських і професійних організацій, а також органів місцевого самоврядування в розвитку родинної медицини та у формуванні громадського здоров'я стане предметом подальших наших досліджень.

Література.

1. Визначення рейтингових показників роботи фахівців і підрозділів сімейної медицини (Методичні рекомендації) / [Б. Б. Лемішко, І. О. Мартинюк, Н. Б. Метелія та ін.]. – Львів, 2007. – 14 с.
2. Кризина Н. П. Первинна медико-санітарна допомога: здійснення державної політики в Україні / Н.П. Кризина // Лікарня в XXI столітті: управління та організація медичної допомоги. -К., 2008. – С. 12–15.
3. Лемішко Б. Б. Механізми державного управління розвитком сімейної медицини Львівщини /Б. Б. Лемішко. – Львів, Сполум, 2011 – 308 с.
4. Локальні протоколи надання медичної допомоги дітям в умовах комунальної 5-ї міської клінічної по-

ліклініки м. Львова / [Н. М. Громнацька, Я. М. Назар, З.Й. Остальська та ін]. – Львів, 2011. – 31 с.

5. Локальний формуляр лікарських засобів / [Б.Б. Лемішко, І. О. Мартинюк, Н. М. Громнацька та ін.]. – Львів, 2010. – 90 с.

6. Про затвердження змін до положення про проведення іспитів на акредитаційних циклах. / Наказ МОЗ України від 07. 07. 2009р. – № 484.

7. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги / Закон України від 07.07.2011 р. – № 3611-VI.

8. Про затвердження загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини до 2011 / Закон України від 22.11.2010р. №1841-VI // Управління закладом охорони здоров'я. -2010 – № 3. – С. 57–68.

9. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві / Закон України від 07.07.2011р. № 612-VI.

10. Рейтингові індикатори оцінки якості роботи фахівців центру стаціонарної допомоги комунальної 5-ї міської клінічної поліклініки м. Львова (Методичні рекомендації) / Б. Б. Лемішко, С. Й. Хабаль, І. О. Мартинюк та ін.]. – Львів, 2009. – 20 с.

11. Шпак І. В. Ліцензування медичної практики та акредитації закладів охорони здоров'я як складові управління та контролю якості медичної допомоги / І.В. Шпак // Матеріали Всеукраїнського семінару головних лікарів лікувально-профілактичних закладів «Актуальні проблеми управління галуззю Охорони здоров'я в Україні.» – Алушта, 2008. – С. 55–75.

УДК 364-7(410)

Клавдія Дубич

МЕНЕДЖЕРІАЛІЗМ У НАДАННІ ДЕРЖАВНИХ ПОСЛУГ НАСЕЛЕННЮ В СОЦІАЛЬНІЙ СФЕРІ: ДОСВІД ВЕЛИКОЇ БРИТАНІЇ ДЛЯ УКРАЇНИ

У статті на прикладі Великої Британії висвітлено генезу та наслідки впливу менеджеріалізму на надання державних послуг населенню соціальної сфері, а також проаналізовано можливості впровадження прийнятних елементів британського досвіду у вітчизняну державно-управлінську практику.

Ключові слова: надання державних послуг, соціальні послуги, менеджеріалізм, державне управління, досвід Великої Британії.

Сучасні реалії суспільного розвитку ставлять нові виклики, які потребують адекватного своєчасного адекватного реагування з боку держави. Світовий досвід свідчить, успішність розв'язання низки соціальних проблем значною мірою залежить від трансформації парадигми державного управління, основаної на широ-