

resolution 2001/9, 20 December 2001, E/CN.4/2002/WG.18/2. [Electronic source]. - Available at: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G01/164/02/PDF/G0116402.pdf?OpenElement>. Last visited at 29 May 2012.

8. Schrijver N. Many roads lead to Rome. How to arrive at a legally binding instrument on the right to development?, in Marks S. (ed.) *Implementing the Right to Development. The Role of International Law.* – Harvard School of Public Health, 2008. – 149 pp.

9. UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General comment No. 3: The Nature of States Parties Obligations (art. 2, para. 1 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), 14 December 1990, E/1991/23. [Electronic source]. - Available at: <http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/0/94bdbaf59b43a424c12563ed0052b664?Opendocument>. Last visited at 29 May 2012.

10. Hennessy R. Defining States' International Legal Obligations to Cooperate for the Achievement of Human Development: One Aspect of Operationalising a Human Rights-Based Approach to Development // *Human Rights in Development Yearbook.* – 2002. – № 71. – P. 71–98.

11. Sen A. Human Rights and Development, in Andreassen B.A. and Marks S.P. (eds.) *Development as a Human Right: Legal, Political and Economic Dimensions* – Cambridge: Harvard University Press, 2006. – 350 pp.

УДК 351.862.4:616

Роман Грицко

СІМЕЙНИЙ ЛІКАР – ЦЕНТРАЛЬНИЙ СУБ'ЄКТ РЕАЛІЗАЦІЇ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Проаналізовані основні складові механізмів державного управління, які регулюються сімейними лікарями у процесі надання первинної медичної допомоги на рівні територіальних громад щодо формування, збереження, зміцнення і відновлення індивідуального здоров'я людей різних вікових груп і громадського здоров'я.

Ключові слова: механізми державного управління, сімейна медицина, сімейний лікар, первинна медична допомога.

✎ Виключна актуальність розвитку первинної медичної допомоги в Україні на засадах сімейної медицини, як головного напрямку модернізації системи охорони здоров'я з метою поліпшення її якості та ефективності та зміцнення здоров'я кожної людини, ні у кого не викликає сумніву і закріплена на законодавчому рівні [6]. Реформування первинної медичної допомоги (ПМД) на засадах родинної (сімейної) медицини (РМ) відповідає світовим стандартам охорони здоров'я українців – це пріоритетне питання національної безпеки нашої країни, формування її трудового і оборонного потенціалу.

✎ Законом України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінни-

цькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» від 07.07.2011 р. № 3612– VI поставлені завдання відпрацювання в пілотному проекті нових механізмів державного управління системи охорони здоров'я (СОЗ), що спрямовані на підвищення ефективності та доступності медичного обслуговування населення і є необхідними для розвитку СОЗ України. [7, ст. 1].

Мотивацією процесу модернізації ПМД на засадах РМ є такі чинники:

- сімейний лікар знає найліпше проблеми зі здоров'ям населення, надійність і недоліки сучасних методів діагностики, лікування і медико-соціальної реабілітації хворих, формування, збереження і зміцнення здоров'я здорових людей різних вікових груп, тому він може найоптимальніше управляти охороною здоров'я своїх пацієнтів як посередник між хворими чи здоровою людиною і різними рівнями СОЗ;
- доступність охорони здоров'я гарантується на першому рівні, тобто на рівні ПМД, де сімейний лікар з добрими фаховими знаннями та широким професійним світоглядом найактивніше співпрацює як з конкретними пацієнтами та їх родинами, так і з лікарями різних закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), вирішуючи понад 80% всіх проблем зі здоров'ям населення;
- чим більш спеціалізована медична допомога, тим тяжче отримати її конкретному хворому, що зумовлено не лише обмеженістю технологічних можливостей, але й необхідністю хворої людини та її рідних у пошуку наявності сучасних доказових діагностичних і лікувальних методів. Тому роль сімейного лікаря у якості «воротаря» і «провідника» у складній системі охорони здоров'я незамінна [3 ст. 4–6].

До чинників, що заважають розвиткові управлінських рішень сімейного лікаря, входять:

- надмірна централізація управління і фінансування СОЗ, яка обмежує модернізаційні ініціативи фахівців родинної медицини на місцях;
- негативна динаміка основних показників здоров'я населення, що, як відомо, від системи охорони здоров'я залежить лише на 10%;
- відсутність достовірного аналізу економічної ефективності роботи фахівців родинної медицини на загальнодержавному рівні, хоч роботами Львівських вчених показана не лише її економічна, а й медико-соціальна ефективність;
- гальмування переходу на модернізаційний механізм управління розвитком ПМД на засадах РМ на рівні роздутого бюрократичного апарату управління охороною здоров'я;
- низька ефективність економічного механізму державного управління у зв'язку з нераціональною структурою медичної допомоги, обмеженістю додаткових джерел фінансування, що призводить до зрівнялівки в оплаті праці фахівців РМ та гальмує підвищення якості медичної допомоги;
- відсутність механізмів правового та інформаційного забезпечення очікуваного впливу фахівців сімейної медицини на подальший розвиток механізмів управління якістю первинної медичної допомоги та формування «моди на здоров'я» серед значної кількості населення, особливо молоді [1, ст. 64].

На сучасному етапі розвитку первинної медичної допомоги на засадах РМ в Україні якість і ефективність роботи її фахівців вважається основною функцією і вод-

ночас критерієм діяльності СОЗ від первинної її ланки – сімейного лікаря до верхньої – Міністерства охорони здоров'я України. Ефективність і чіткість функціонування комплексного механізму державного управління, до якого входять: політичний, організаційний, економічний, мотиваційний та правовий механізми, можуть спричинити модернізаційний прорив у царині охорони індивідуального та громадського здоров'я української людності. Тому керівні органи СОЗ державного, регіонального і комунального рівнів, лікарські асоціації, професійні громадські організації, навчальні заклади, які здійснюють підготовку і післядипломне навчання сімейних лікарів, лікувально-профілактичні заклади повинні керуватися єдиною стратегією і концептуальними підходами до поліпшення якості та ефективності роботи фахівців сімейної медицини.

Оскільки заклади і фахівці первинної медико-санітарної допомоги, які працюють на засадах сімейної медицини, вирішують в економічно розвинутих країнах понад 80% всіх проблем зі здоров'ям населення, то ключовою фігурою у вітчизняній системі охорони здоров'я стає сімейний лікар, який разом з кожним пацієнтом, його родиною і територіальною громадою несе відповідальність за індивідуальне і громадське здоров'я.

Визначення механізмів державного управління та їх складових методів, засобів, інструментів, важелів управління якістю і ефективністю первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини, спрямованої на створення системи медичної допомоги та опіки здоров'я населення і задоволення обґрунтованих потреб та очікувань її споживачів, які реалізуються на рівні сімейного лікаря, є метою даної статті.

Основними завданнями регулювання механізмів управління охороною індивідуального і громадського здоров'я є:

- максимальне наближення закладів ПМД і фахівців РМ до населення і поліпшення реальної доступності всім верствам населення до родинного лікаря;
- забезпечення керованості, профілактичної спрямованості, стандартизації та доказовості профілактичної, діагностичної, лікувальної та реабілітаційної медичної допомоги з боку сімейних лікарів на основі контракту із замовниками ПМД;
- суттєве підвищення впливу фахівців РМ на стан громадського здоров'я методами формування здорового способу життя різних вікових груп;
- підвищення ефективності використання кадрових і матеріальних ресурсів первинної медичної допомоги, які надходять з різних джерел;
- залучення окремих громадян, їх родин, громадських організацій до вирішення проблем індивідуального і громадського здоров'я;
- використання приватного капіталу і створення інвестиційних проектів у галузі ПМД на засадах родинної медицини;
- участь в управлінні наданням ПМД на засадах РМ громадськості та підвищення задоволеності населення якістю медичної допомоги;
- використання всіх засобів мотивації щодо підвищення якості ПМД шляхом оплати професійної праці сімейних лікарів за кількість та якість виконаної лікувально-профілактичної роботи;
- підготовка висококваліфікованих фахівців родинної медицини на додипломному та післядипломному етапах з відповідним професійним відбором і реальний безперервний професійний розвиток

лікарів і медичних сестер загальної практики – сімейної медицини протягом всього періоду роботи у галузі сімейної медицини;

- правове забезпечення модернізаційної діяльності фахівців родинної медицини на активне залучення до формування, збереження і зміцнення індивідуального і громадського здоров'я окремих осіб і територіальних громад, тобто створення системи громадської охорони здоров'я у процесі розвитку громадянського суспільства;
- захист інтересів пацієнта у процесі взаємодії з системою охорони здоров'я та інтересів фахівців родинної медицини на випадок професійного ризику.

Всесвітньою організацією охорони здоров'я і вітчизняними вченими опрацьовані такі механізми державного управління якісною роботою закладів ПМД і фахівців сімейної медицини [2, ст. 231–236; 4; 5]:

1. Політичний, що визначається вищими органами державної влади як стратегічний напрям модернізаційного розвитку ПМД на засадах РМ.

2. Організаційний, який визначає організаційно-структурну будову і функціональне навантаження всіх закладів і фахівців РМ із залученням до реалізації найскладніших завдань органів державної влади загальнодержавного, регіонального і комунального рівнів.

3. Мотиваційний, яким визначаються і реалізуються зовнішні та внутрішні спонукальні мотиви фахівців РМ щодо якісної та ефективної професійної діяльності, а також кожної людини до формування, збереження і зміцнення власного здоров'я, здоров'я родини та громадського здоров'я.

4. Економічний механізм державного управління у закладах ПМД, які працюють на засадах родинної медицини передбачає систему економічних впливів на постійне підвищення якості медичної допомоги та її ефективності.

5. Правовий механізм державного управління у сфері ПМД визначає права і обов'язки кожного медичного працівника щодо охорони здоров'я громадян, а також кожного громадянина щодо формування, збереження і зміцнення свого власного здоров'я і здоров'я територіальної громади.

Стратегія модернізаційної системи охорони здоров'я та її підсистеми – первинної медичної допомоги на засадах РМ ґрунтується на комплексному використанні всіх названих механізмів державного управління на макро- і мікрорівнях керівництва із застосуванням нових форм, методів, способів, інструментів і важелів. Вони використовуються як в діяльності державних органів, так і органів місцевого самоврядування у процесі програмно-цільового планування і реалізації заходів.

Комплексний механізм державного управління модернізаційним розвитком ПМД ґрунтується на таких принципах:

- чітке визначення цілей модернізаційного розвитку системи охорони здоров'я, основу якої складає первинна медична допомога на засадах родинної медицини;
- визначення, поширення та застосування найліпших практичних результатів діяльності родинної медицини на рівні первинної медичної допомоги;
- постійна професійна самооцінка на основі рейтингових показників роботи та внутрішнього і зовнішнього професійного аудиту і саморегулювання роботи закладів ПМД і фахівців РМ;
- активне залучення громадських організацій до всіх заходів з реалізації ПМД.

Сучасними напрямками модернізації ПМД на засадах РМ, підвищення її якості та ефективності вважаються керуваність медичної допомоги конкретному пацієнтові з боку сімейного лікаря, її профілактична спрямованість, стандартизація і доказовість його професійних дій.

Справжньої модернізації зазнає система контролю, яка замінюється на професійний аудит, що є внутрішнім і зовнішнім. Професійний аудит на відміну від звичайного контролю спрямовується не на виявлення недоліків роботи окремого сімейного лікаря, а на виявлення проблемних ланок системи надання первинної медичної допомоги, недоліків у технології лікувально-профілактичної роботи. До проведення внутрішнього аудиту залучаються кращі фахівці РМ (колеги по роботі, медичні асоціації, профспілкові активісти, представники адміністрації), які самі надають подібну медичну допомогу в таких же умовах. Внутрішній аудит включає не лише експертизу надання медичної допомоги на конкретному робочому місці сімейного лікаря, але й вивчає задоволеність пацієнтів взаємодією з системою ПМД; аналізує показники, що характеризують якість і ефективність первинної медичної допомоги; виявляє причини, які призводять до лікарських помилок, і сприяє їх усуненню; розробляє рекомендації щодо попередження помилок і недоліків в роботі окремих фахівців і цілих підрозділів закладу охорони здоров'я ПМД; вибирає найраціональніші управлінські рішення і проводить корекцію заходів, спрямованих на підвищення ефективності роботи, а також контролює їх реалізацію.

Отже, проблема модернізаційного розвитку роботи заходів і фахівців РМ вимагає комплексних державних підходів з формуванням чітких механізмів державного управління.

Основними напрямками удосконалення механізмів державного управління сімейним лікарем щодо модернізаційного розвитку ПМД на засадах РМ є такі:

- забезпечення підтримки та реалізації політичного механізму державного управління розвитком первинної медичної допомоги на засадах РМ, визначеного законами України;
- створення сучасного організаційно-функціонального державного управління індивідуальним здоров'ям кожної людини та громадським здоров'ям територіальної громади сімейно-територіальної ділянки на основі опрацьованого реєстру здоров'я населення ділянки всіх вікових груп, положення про центр ПМД і амбулаторію РМ, посадових інструкцій фахівців родинної медицини конкретного закладу охорони здоров'я;
- запровадження керуваності медичної допомоги мешканцям сімейно-територіальної ділянки з боку фахівців родинної медицини, профілактичної спрямованості в їх діяльності, стандартизації та доказовості професійних втручань на основі локальних клінічних протоколів медичної допомоги при конкретних захворюваннях і державної формулярної системи лікарських засобів, ефективність яких доказана на великій кількості міжнародних клінічних спостережень;
- створення індивідуальних програм безперервного професійного розвитку родинних лікарів і медичних сестер та їх реалізації з урахуванням якості підготовки з різних розділів медичної науки та практики охорони здоров'я на додипломному і післядипломному етапах згідно з кваліфікаційною характеристикою лікаря за спеціальністю «загальна практика – сімейна медицина» і конкрет-

них завдань поліпрофільної професійної діяльності у закладі ПМД;

- забезпечення мотивації як фахівців ПМД, так і широких верств населення щодо формування, збереження і зміцнення індивідуального здоров'я територіальних громад, на основі економічного механізму державного управління системою охорони здоров'я з використанням сучасних медичних та інформаційних технологій;
- удосконалення інструментів позавідомчого контролю і зовнішнього професійного аудиту, а також запровадження внутрішнього професійного аудиту;
- створення умов для пацієнтів і громадських організацій вільного доступу до професійної медичної інформації, що дозволить їм брати активну участь у прийнятті і виконанні рішень, які стосуються індивідуального і громадського здоров'я;
- активна міжнародна співпраця фахівців ПМД щодо проведення наукових досліджень і обґрунтування практичних заходів, спрямованих на забезпечення модернізаційних напрямів розвитку родинної медицини;
- раціоналізація сучасної фармакотерапії на основі фармакоеконіміки та державної формулярної системи лікарських засобів.

⇒ Упровадження державного регулювання у сфері первинної медичної допомоги, основним менеджером якого стає родинний лікар, дозволить:

- сформувати комплексний механізм державного управління модернізаційним розвитком первинної медичної допомоги, що надається на засадах родинної медицини;
- поліпшити реальну доступність, якість і ефективність ПМД, спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги населенню;
- створити систему керуваної медичної допомоги з боку фахівців сімейної медицини, профілактичної спрямованості та соціальної відповідальності, стандартизації та доказовості всіх медичних технологій, які застосовуються з метою формування, збереження, зміцнення і відновлення здоров'я населення;
- вплинути на зниження показників смертності, захворюваності та інвалідності за рахунок запровадження ефективної профілактики найпоширеніших захворювань і підвищення якості та ефективності медичної допомоги;
- підвищити цільове використання і ефективність фінансових ресурсів на розвиток системи ПМД;
- удосконалити професійну підготовку фахівців РМ на додипломному та післядипломному етапах, а також безперервний професійний розвиток родинних лікарів і медичних сестер продовж усього періоду їх професійної діяльності, як того вимагає Всесвітня федерація медичної освіти.

Література.

1. Лемішко Б.Б. Механізми державного управління розвитком сімейної медицини Львівщини / Б.Б. Лемішко. – Львів: Сполум, 2011. – 308 с.
2. Лемішко Б.Б. Мотиваційний менеджмент в сімейній медицині / Б.Б. Лемішко, І.І. Мартинюк // Ефективність державного управління. – Львів: ЛРІДУ НАДУ. – 2010. – Вип. 21. – С. 231–236.
3. Ординський В.А. Переваги реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної ме-

дицини / В.А. Ординський // Сімейна медицина. – 2007. – №3. – С. 4–6.

4. Пітко Я.М. Державне управління розвитком сімейної медицини Львівщини / Я.М. Пітко, Б.Б. Лемішко. – Львів, 2007. – 12 с.

5. Пітко Я.М. Роль державних органів управління у місцевого самоврядування в механізмі реформування первинної медико-санітарної допомоги: автореф. дис. на наук. ступеня канд. наук з державного управління: Спец 25. 00. 02 – механізми державного управління / Я.М. Пітко. – Львів, 2010. – 22 с.

6. 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.

7. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві Закон України від 07.07.2011 р. № 3612–VI.

УДК 351.82:622.276

Геннадій Рябцев

ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА РОЗВИТКУ РИНКУ НАФТОПРОДУКТІВ В УКРАЇНІ: ПРОБЛЕМА ФОРМУВАННЯ ТА ВИКОРИСТАННЯ ЗАПАСІВ НАФТИ І НАФТОПРОДУКТІВ

Проаналізовано причини відсутності в Україні запасів нафти і нафтопродуктів. Щоб гарантувати енергетичну безпеку держави та забезпечити сталий розвиток паливного ринку, запропоновано сформуванню в країні гнучкий стратегічний енергетичний резерв і стабілізаційний запас нафтопродуктів.

Ключові слова: державна політика, енергетична безпека, стратегічний резерв нафти, стабілізаційний запас нафтопродуктів.

✎ Президент і Прем'єр-міністр України неодноразово доручали органам виконавчої влади створити запас нафти й нафтопродуктів у червні і грудні 2004 ., липні 2005 р., січні, березні і листопаді 2006 р., січні й лютому 2007 і 2008 рр. Але відповідні документи встановлювали нереальні строки виконання й не передбачали виділення коштів на придбання відповідних ресурсів. Наприклад, у січні 2006 р. уряд зобов'язав Держрезерв до 1 листопада сформувати запас бензину й дизельного палива в обсязі 10% від їхнього споживання, «забувши» виділити для цього 2,5 млрд грн, не передбачених бюджетом. Не було виділено кошти й на створення стабілізаційного резерву, обсяг якого «на початковому етапі» мав становити 300...400 тис. т. Придбану під час найменшого попиту (листопад-лютий) сировину передбачалося заливати в резервуари ВАТ «Укртранснафта», переробляти на Кременчуцькому нафтопереробному заводі (НПЗ), а одержані 80...110 тис. т бензину і 100...130 т ди-

зельного палива продавати сільськогосподарським виробникам та іншим споживачам з мінімально можливою націнкою і лише під час сезонного подорожчання. Не отримавши необхідного для придбання нафти кредиту, Мінпаливенерго спробувало залучити до формування запасу ЗАТ «Укргазенерго». Проте цей крок призвів до появи ознак дестабілізації українського паливного ринку [1, с. 22]. Неєфективні рішення компанії про закупівлю сировини наприкінці 2006 р. сприяли заторваренню Кременчуцького НПЗ нафтопродуктами, вартість яких виявилася набагато вища за ринкову. Не виправдалися й сподівання зберігати одержане паливо в резервуарах ДП «Укртранснафта» [2, с. 7]. Згадане підприємство виявилось неспроможним приймати необхідні обсяги палива. Внаслідок цього бензин і дизельне паливо, вироблені із закуплених ВАТ «Укртранснафта», вже під час підвищення цін (нагадаємо, спочатку планувалося придбати 300–400 тис. т), 100 тис. т сировини зберігалася в резервуарах Лисичанського НПЗ на комерційних умовах. При цьому без відповіді залишалися питання ефективності закупівель, не було методик використання коштів, відновлення запасів й врахування ризиків, пов'язаних з кредитуванням резерву за значної мінливості цін на нафту.

✎ Якщо такі проблеми виникли при формуванні незначного за обсягом стабілізаційного запасу, чого ж очікувати від створення на порядок більшого стратегічного резерву? Крім того, пропонувані Енергетичною стратегією України на період до 2030 р. шляхи залучення коштів приватних інвесторів є нереальними, а нестабільність економічного розвитку України не дозволяє сподіватися на її повноцінне державне фінансування. Між тим, за розрахунками автора, створення «з нуля» тримісячного запасу сировини в цінах 2007 р. вимагатиме 10 млрд грн капітальних і 0,2...0,3 млрд грн/рік операційних витрат, аналогічного резерву нафтопродуктів – 0,5...1,0 млрд грн на підготовку відповідної інфраструктури, 2...3 – на формування самого запасу і 0,1...0,2 млрд грн/рік, аби забезпечити необхідні умови його зберігання й відновлення. За наявності цих коштів резерв може бути створено за 4...6 років, протягом яких на його формування потрібно буде виділяти до 1,5% видатків державного бюджету або близько половини від суми, що йде на розвиток усієї вітчизняної промисловості й будівництва.

Не дивно, що рішення щодо державної політики в цій сфері не виконуються, хоча відсутність енергетичного маневру робить нашу країну вразливою до змінення ринкової кон'юнктури і залежності від експортерів паливно-енергетичних ресурсів, насамперед, від Російської Федерації як основного їх постачальника.

✎ Протягом останніх 20 років у світі опубліковано велику кількість праць, присвячених питанням державного регулювання нафтового комплексу, а також формування й використання стратегічного резерву нафти й нафтопродуктів, зокрема: О. Антипіною, В. Бушуєвим, О. Брагінським, С. Гошалом, А. Гуцалом, А. Коноплянником, А. Конторовичем, І. Корніловим, Д. Куїнном, Г. Мінцбергом, М. Портером, Д. Прейгером, Б. Тіппі, Л. Уніговським, М. Харисовою, Ю. Шафранником. Різним науково-теоретичним і практичним аспектам розвитку державного резерву присвячені праці: В. Войтенка, Дж. Вумека, П. Дейвіда, В. Демінга, Д. Джонса, А. Григор'єва, В. Покровського та ін. Разом із тим, у вітчизняній науці державного управління відчувається брак методичних розробок щодо формування державних резервів вуглеводневої сировини та управління ними.

© Рябцев Г.Л., 2012.