

РОЗДІЛ I. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ В СИСТЕМІ СОЦІАЛЬНОГО ТА ЕКОНОМІЧНОГО РОЗВИТКУ УКРАЇНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА

УДК 351: 614.2

Л.В. Бондарева

ІНТЕГРАЦІЙНИЙ ПІДХІД ДО ПРОБЛЕМИ ДЕРЖАВНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСТУПНОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ НА БАЗОВОМУ РІВНІ

Анотація. У статті розглянуто шляхи удосконалення діючого державного механізму забезпечення доступності медичної допомоги населенню через запровадження інтеграційного підходу до кооперації та узгодженості дій усіх суб'єктів, що задіяні в процесі організації надання медичної допомоги на базовому рівні. Сформульовано основні концептуальні положення розвитку державного механізму інтегрованого управління організацією надання доступної медичної допомоги.

Ключові слова: доступність медичної допомоги населенню, інтеграційний підхід, координація, саморегулювання, державний механізм організації надання доступної медичної допомоги на базовому рівні.

Annotation. The article highlights the ways of improvement of the existing mechanism of public provision of accessible medical care to population through the implementation of integration approach to cooperation and agreement of actions of all actors participating in the process of arrangement of medical care on the basic level. It has been formulated the main conceptual statements of the development of public mechanism of the integrated management to arrange provision of accessible medical care.

Keywords: accessibility of medical care to population, integrated approach, coordination, self-regulation, public mechanism of arrangement of provision of accessible medical care on the basic level.

Постановка проблеми у загальному вигляді. У новій європейській політиці в охороні здоров'я "Здоров'я - 2020" визначається, що успішно діючі уряди досягнуть реального поліпшення рівня громадського здоров'я і благополуччя населення, якщо будуть дотримуватися загальнодержавного підходу і забезпечать інтегрування дій в основних стратегічних напрямках з дотриманням принципів загального охоплення населення медичним обслуговуванням, соціальною справедливістю та рівністю [1]. У практичній діяльності для досягнення вищевказаної мети одним із найбільш актуальних завдань для усіх країн є удосконалення управлінської діяльності щодо державного забезпечення доступності та якості медичної допомоги населенню на базовому рівні.

Медико-демографічні процеси в Україні упродовж останніх десятиріч набули досить серйозних негативних тенденцій, що свідчить про низьку ефективність діючої системи державного управління та регулювання організацією надання доступної та якісної медичної допомоги населенню.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Дослідженню проблем державного забезпечення доступності медичної допомоги населенню присвячені праці вітчизняних вчених О.В. Басвої, З.С. Гладуна, Д.В. Карамішева, О.Д. Корвешького, В.М. Лехан, З.О. Надюка, Т.П. Попченко, І.В. Рожкової, В.М. Рудого, Г.О. Слабкого, М.В. Шевченко а також російських дослідників Т.М. Демурова, Т.І. Фролової, В.І. Шевського, Н.Ф. Шильникової. Питанням застосування інтеграційного підходу в практиці державного управління та регулювання різними сферами економіки присвячені праці С.А. Астаф'єва, В. Д. Бондаренка, І. В. Валентюка, Р.Г. Кхаль, О.М. Руденка, Т.Ю. Шафранської, А. Шипка.

Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми. Проте, незважаючи на наукову і практичну цінність опублікованих праць, прийнятих останнім часом нормативно-правових актів з цього питання, слід зазначити, що теоретичні та практичні аспекти державного управління та регулювання доступності медичної допомоги населенню, особливо на базовому рівні, досліджені недостатньо. Потребує удосконалення діючий державний механізм забезпечення організації надання медичної допомоги на базовому рівні у напрямку запровадження певних організаційних та управлінських інновацій з організації координованості та злагодженості дій суб'єктів прийняття рішень щодо ефективного планування заходів та раціонального використання ресурсного потенціалу медичної галузі.

Метою статті є розкриття особливостей державного механізму організації надання доступної медичної допомоги на базовому рівні та його удосконалення.

Виклад основного матеріалу дослідження. Одним із важливих елементів державного механізму організації надання медичної допомоги на базовому рівні є забезпечення доступності послуг. При цьому доступність розуміється не лише як фізична можливість пацієнта отримати відповідну його потребам медичну послугу завдяки зручному місцю розташування, організації та часу обслуговування, а зрозумілість та ефективність порядку і процедур отримання послуг. Відповідність потребам зацікавлених сторін, модифікація стандартних послуг для задоволення потреб специфічних груп, повнота спектра послуг, надання мобільних і дистанційних послуг, позитивне і партнерське ставлення персоналу, дотримання стандартів послуг тощо – усе це складові забезпечення доступності медичних послуг, що мають бути регламентовані з боку держави.

Оскільки основні причини, що обумовлюють досліджувану нами проблему, можуть значною мірою змінюватися залежно від поведінки зацікавлених осіб, вважаємо за доцільне розглядати доступність медичної допомоги населенню на базовому рівні як інтегральний результат двох регулятивних механізмів: системи державного управління та системи соціального саморегулювання.

Інтегральний результат – це інтеграція різноманітних аспектів в єдину сукупність, яку можна характеризувати як систему, що володіє ознаками (властивими системним утворенням взагалі): цілісність, наявність внутрішньої структури, стійкість, автономність.

В узагальненому вигляді трактування поняття "інтеграція", як деякого результату, означає поглиблення співробітництва суб'єктів управління, їхнє об'єднання, поглиблення взаємодії і взаємозв'язків між компонентами системи управління.

Державне управління фактично виникає за умов необхідності інтеграції суспільства в цілому, спрямовуючи свої основні функції на підтримку його цілісності та забезпечення процесу стабільного розвитку всіх підсистем суспільства. В останньому випадку йдеться про такий основний інституціональний механізм інтеграції суспільства, як державна влада, що, в свою чергу, розуміється як інтегративна характеристика державного управління, яке забезпечує цілісність та стабільність процесів суспільного розвитку в цілому та кожної підсистеми суспільства зокрема.

Питання саморегулювання в системі охорони здоров'я актуалізувалося за причин погіршення стану ліцензу-

вання медичної діяльності, сертифікації / атестації медичних кадрів, невідомості державного нагляду за відповідністю медичних послуг вимогам галузевих стандартів та не контрольованості процесу ціноутворення на ліки. Наголосимо, що одним із механізмів саморегулювання в соціальних системах є соціальний контроль.

Вищезазначене підкреслює об'єктивність удосконалення діючого державного механізму через запровадження інтеграційного підходу до кооперації та узгодженості дій усіх суб'єктів (по вертикалі та по горизонталі), що задіяні в процесі організації надання медичної допомоги на базовому рівні. При цьому важливим є забезпечення ефективної комунікації між суб'єктами та чітка регламентація взаємодії суб'єктів у процесі організації надання доступних медичних послуг.

Така постановка питання має два вектори: 1) процесний: управління інтеграцією в процесі здійснення відповідними органами влади державно-управлінських функцій в організації надання доступної медичної допомоги; 2) системний: забезпечення інтегрованості дій усіх зацікавлених осіб з акцентом на знаходження компромісів між цілями та альтернативами, що перетинаються.

Таким чином, пріоритетним напрямом удосконалення діючого державного механізму забезпечення організації надання медичної допомоги на базовому рівні є формування системи інтегрованого управління, що передбачає об'єднання всіх функціональних процесів в єдине ціле на загальній інформаційній основі.

З точки зору управління, під інтеграцією розуміється об'єднання суб'єктів управління для посилення взаємодії всіх елементів системи управління [3].

При такому підході з'являються більш міцні зв'язки між окремими підсистемами. Процеси інтеграції забезпечують: поглиблення співпраці, об'єднання; взаємодію і взаємозв'язок між компонентами; конкретизацію взаємозв'язків між окремими підсистемами, їх щільність, що дозволяє отримати відповідну реакцію на зміни.

Принциповими характеристиками методології інтеграційного підходу є: концепція "тотальної інтеграції" із наголосом на персональній звітності та відповідальності; використання багаторівневого підходу, але з поєднанням планування і контролю.

Застосування інтеграційного підходу в державному механізмі організації надання доступної медичної допомоги на базовому рівні – це не тільки планування спільного використання ресурсів (наприклад, інтеграція можливостей закладів охорони здоров'я регіону в межах існуючого фонду з розподілом обов'язків (функцій) і загальної відповідальності), але й особливі форми і технології управління.

Інтеграційний підхід передбачає:

- узгодженість цілей діяльності. Проблема, мета і цілі співпраці, що плануються на відповідному рівні управління (галузевому, державному, регіональному, місцевому), повинні бути узгоджені (інтегровані) зі стратегічними пріоритетами відповідного та вищих рівнів управління;
- інтеграцію планування з ресурсами і видатками у розрізі результатів. Для здійснення різних видів заходів (закупка медичного обладнання, ремонт дороги чи будівлі, кадрове забезпечення, розширення спектру медичних послуг тощо) необхідно чітко визначити потребу в ресурсах і коштах для їх виконання;
- інтеграцію планування заходів з організаційною структурою. Необхідним є закріплення відповідальних виконавців, які будуть здійснювати дії, спрямовані на підтримання постійної зацікавленості в узгодженості напрямів діяльності, забезпечення "вплетення" даного заходу в поточні дії виконавців, в їх робочі та стратегічні плани;
- інтеграцію планування заходів і моніторингу; об'єднання і координацію всіх інформаційних систем в єдину систему.

Взаємодія і міжсуб'єктна координація мають стати провідною ланкою державного механізму організації надання доступної медичної допомоги та її отримання.

Головним акцентом концепції інтегрованого управління є інтегрування суб'єктів державного управління, галузевих суб'єктів (ЗОЗ різного рівня підпорядкування), спеціалізованих ринкових суб'єктів та суб'єктів соціального саморегулювання у складній системі взаємодії виробництва (надання медичної допомоги) та споживання (отримання медичної допомоги). Провідна роль в організації взаємодії виробництва та споживання належить суб'єктам публічної влади спеціальної компетенції.

Проте, відсутність у структурі районних державних адміністрацій управлінь (відділів) охорони здоров'я є домінуючим фактором, що стримує розвиток взаємодії та міжсуб'єктної координації на місцевому рівні. Так, до періоду створення центрів первинної медико-санітарної допомоги, як окремих юридичних осіб на базовому рівні, загальне керівництво охороною здоров'я здійснював орган виконавчої влади загальної компетенції – районна державна адміністрація до об'єктів управління якої, через делегування повноважень районною радою, належали районні лікарні з структурними підрозділами (фельдшерськими та фельдшерсько-акушерськими пунктами, сільськими лікарськими амбулаторіями, дільничними лікарнями). У регіонах, за виключенням м. Києва та Вінницької області завдання та повноваження районних управлінь (відділів охорони здоров'я) було покладено на головного лікаря центральної районної лікарні, який, виконуючи їх паралельно з роботою з керівництва вказаної лікарні, набуває статусу керівника підрозділу районної державної адміністрації та іменується головним лікарем району [4, с. 156].

У результаті здійснення етапів реформування, на базовому рівні надання медичної допомоги, крім головного лікаря центральної районної лікарні, з'являється головний лікар центру первинної медико-санітарної допомоги та головний лікар станції екстреної медичної допомоги (станція – є структурним підрозділом обласного територіального центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф). Враховуючи підпункт 20 пункту 1 статті 43 глави 4 Закону України "Про місцеве самоврядування в Україні" [5] серед питань, які вирішуються районними радами є вирішення в установленому законом порядку питань щодо управління об'єктами спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст, районів у містах, що перебувають в управлінні районних і обласних рад. Відповідно, головний лікар кожного закладу на власний погляд здійснює повноваження щодо забезпечення доступності та якості медичної допомоги на цьому рівні, що на практиці порушує порядок взаємодії між закладами у частині здійснення функцій охорони громадського здоров'я.

Отже, зруйновано існуючу до реформи модель управління сферою охорони здоров'я району, що сприяє неузгодженості та виникненню конфлікту інтересів у сфері управління охороною здоров'я, а відтак, впливає на рівень забезпечення населення доступною та якісною медичною допомогою.

Зазначене обумовлює розвиток інтегруючої функції державного механізму, здатної забезпечити координацію всіх процесів і підвищити ефективність взаємодії всіх цілеспрямованих дій кожного суб'єкта медичної допомоги для досягнення з найбільшою ефективністю ключового результату - задоволення споживачів і забезпечення синергетичного ефекту від партнерства.

У державному управлінні координація розглядається як одна з основних управлінських функцій, зміст якої полягає у забезпеченні впорядкування взаємозв'язків і взаємодій між учасниками процесу державного управління з метою узгодження дій та об'єднання зусиль на вирішення загальних завдань і здійснюється на всіх рівнях управління

керівниками відповідних державних органів або спеціальними координаційними підрозділами [6].

Аналіз координаційної діяльності системи охорони здоров'я на всіх рівнях вказує на складний організаційний механізм, представлений розгалуженою мережею консультативно-дорадчих органів: колегія Міністерства охорони здоров'я України (далі МОЗ); Громадська рада при МОЗ; Всеукраїнське лікарське товариство; проблемні комісії; координаційні ради, наприклад з впровадження сімейної медицини та ін.

Саме питання розвитку інституту первинної медико-санітарної допомоги, забезпечення рівності та доступності медичної допомоги для жителів сільської місцевості потребує чіткої регламентації міжвідомчої координації та міжсекторальної взаємодії діяльності органів влади й інститутів соціального саморегулювання та контролю на всіх рівнях. Адже як показує практичний досвід, інтеграція зусиль зацікавлених осіб у забезпеченні взаємодії дає очікуваний результат.

Виходячи з вищезазначеного сформулюємо основні концептуальні положення розвитку державного механізму інтегрованого управління організацією надання доступної медичної допомоги населенню.

1) Існуючі інституційні форми об'єднання галузевих суб'єктів (інститути первинної медико-санітарної допомоги, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, відомчі медичні служби та недержавні інституції) по-різному визначають механізм їх внутрішньосистемної взаємодії, але основним критерієм при обранні найбільш доцільної форми взаємодії з метою вирішення стратегічно важливої

проблеми – надання населенню України доступної та якісної медичної допомоги – є збереження їх юридичної самостійності за наявності координаційного органу, що забезпечує тісну взаємодію суб'єктів та довготривалість їх зв'язків (рис.1).

2) Визначальною умовою ефективності функціонування інтеграційного утворення є забезпечення відповідності між сформованими потребами усіх груп суб'єктів та ступенем їхньої задоволеності. При цьому результативність функціонування об'єднання в цілому залежить від частки кожного учасника в справі реалізації його стратегічних цілей, від взаємного доповнення їх діяльності в інтересах більш ефективного використання ресурсів, знань та організації управлінських, виробничих, інноваційних та інших процесів. Пріоритетними принципами формування та функціонування інтеграційного утворення на базовому рівні надання медичної допомоги мають стати міжсекторальна взаємодія та створення горизонтальних мереж співпраці.

3) У ракурсі розвитку державного механізму інтегрованого управління організацією надання медичної допомоги на базовому рівні, статичний аспект інтеграції необхідно розглядати як ступінь зв'язаності: по-перше, суб'єктів внутрішнього середовища медичної допомоги (ЗОЗ різного рівня підпорядкування) з приводу надання доступних, прийнятних та якісних медичних послуг; по-друге, суб'єктів внутрішнього середовища з суб'єктами, що належать до його зовнішнього середовища (суб'єкти державного управління, спеціалізовані ринкові суб'єкти, суб'єкти споживання, суб'єкти соціального саморегулювання) (рис.2).

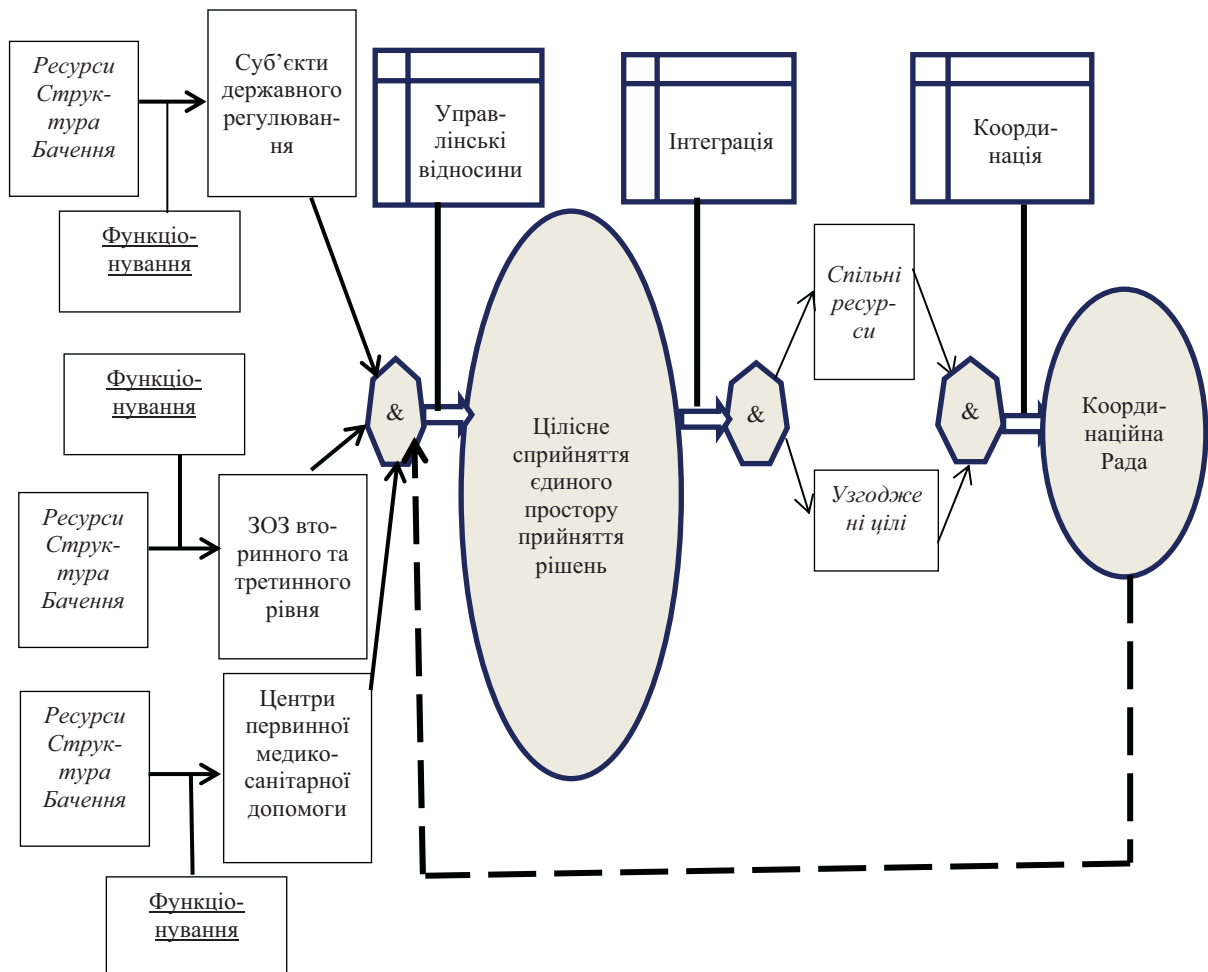


Рис.1. Інтеграційна форма внутрішньосистемної взаємодії суб'єктів надання медичної допомоги населенню

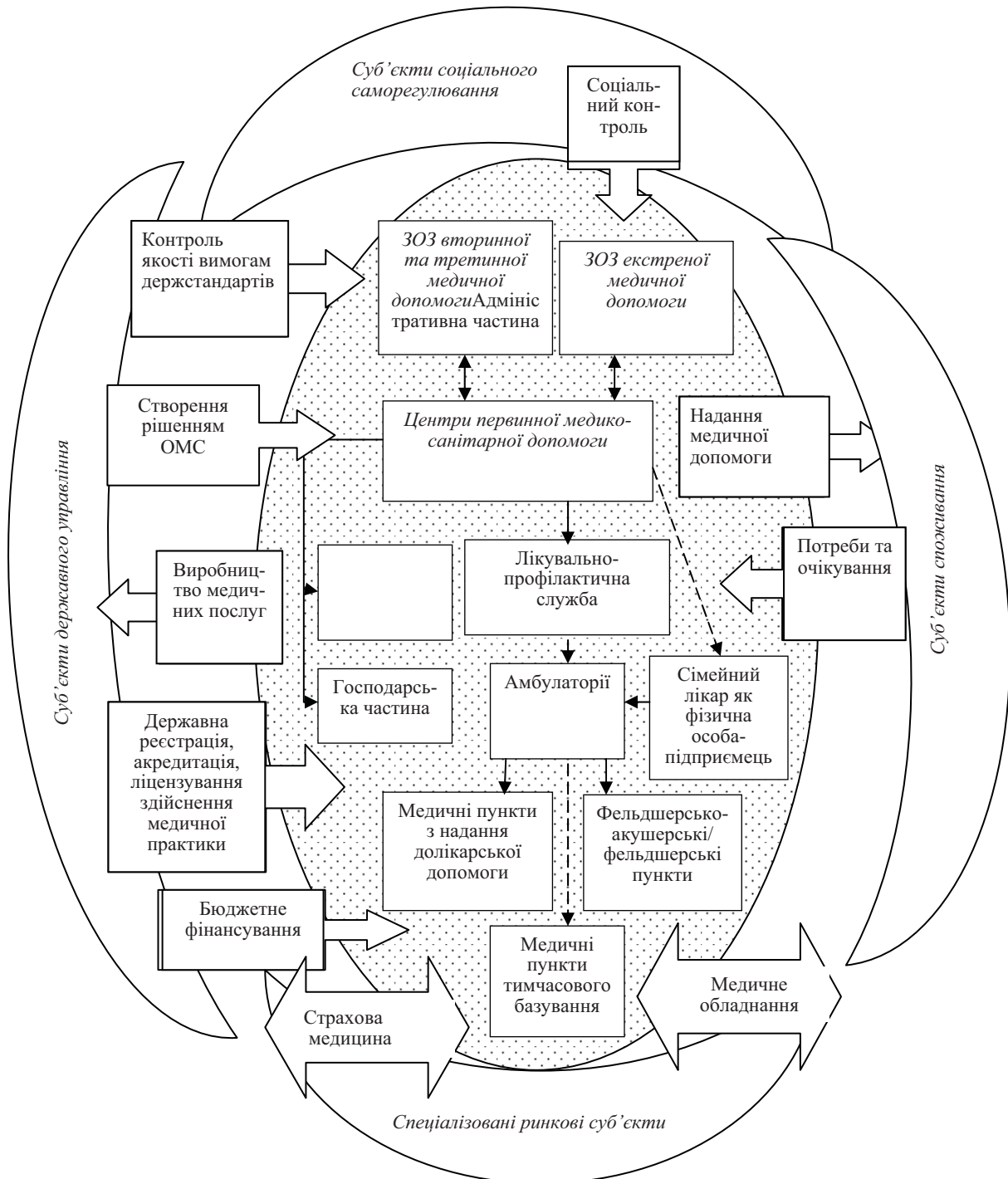


Рис.2. Статичний та динамічний аспекти інтеграції суб'єктів зовнішнього та внутрішнього середовища організації надання медичної допомоги на базовому рівні

Динамічний аспект інтеграції в ракурсі проблеми, що розглядається, виявляється у формуванні механізму взаємодії суб'єктів, що дозволяє встановити баланс їх інтересів, оптимізувати рух ресурсів та отриманих результатів, тобто організувати процес, що призводить до самодостатності елементів кожної групи щодо реалізації власних цілей. При цьому внутрішній контур інтеграції є областю, де взаємодіють і поєднуються можливості та спроможності суб'єктів надання медичної допомоги, що реалізують цілі охорони здоров'я; зовнішній контур інтеграції – областю, де взаємодіють та поєднуються можливості та спроможності суб'єктів надання медичної до-

помоги та зовнішніх суб'єктів, що реалізують цілі забезпечення доступності якісних медичних послуг.

4) Головним суб'єктом інтеграційного утворення з надання медичної допомоги на базовому рівні є держава, яка через інституційний та правовий механізми встановлює організаційно-господарський режим, використовуючи засоби регуляторного впливу на відносини і поведінку господарюючих й негосподарюючих суб'єктів, передбачені ст.12 Господарського кодексу України: державне замовлення, ліцензування, сертифікація і стандартизація, надання інвестиційних, податкових та інших пільг, цільових інвестицій тощо.

Належна реалізація господарської компетенції суб'єктами державного управління (зокрема, щодо управління комунальними ЗОЗ) залежить від комплексності правового регулювання відповідних суспільних відносин.

У цьому контексті важливою є взаємодія суб'єктів державного управління з суб'єктами соціального саморегулювання – самоврядними органами. Система правових регуляторів діяльності комунальних ЗОЗ неможлива без активної участі цих структур. Впровадження стратегії саморегулювання передбачає наявність делегованих державою повноважень, що дозволяють певним фізичним чи юридичним особам встановлювати норми професійної поведінки для своїх працівників. Зазначена система може мати як приватну, так і державну форму.

5) Ключовим питанням інтегрованого управління забезпеченням доступності медичної допомоги на базовому рівні є оптимальне співвідношення державного регулювання і ринкових механізмів. Модель регульованого ринку передбачає, що пряме підпорядкування закладів охорони здоров'я відповідному органу державного управління поступається місцем їх взаємодії на основі ринкової угоди та цивільно-правових відносин (наприклад, інститут сімейної медицини). Держава, як сторона, що фінансує, звільнюється від функцій представника інтересів ЗОЗ і стає покупцем медичної допомоги в інтересах населення.

Утверджується принцип “гроші йдуть за пацієнтом”: населення отримує право вибору лікаря та місця надання медичної допомоги; держава сплачує не витрати, а кінцевий результат діяльності медичних працівників, активно впливаючи на обсяг, якість та структуру медичної допомоги шляхом цільового фінансування.

Модель фінансування з незалежним посередником (державою, страховою компанією) між ЗОЗ і пацієнтами створює сприятливі умови для реалізації регульованої конкуренції. Оскільки модель бюджетного фінансування, також як і система страхової медицини, в рівній мірі дозволяє реалізувати принцип розподілу фінансування і надання медичної допомоги, ефективна взаємодія замовника та виконавця залежить не від принципу фінансування, а від того, як будується система економічних відносин між всіма суб'єктами (пацієнтами, медичними організаціями, державою, господарюючими структурами) і як вона реалізується [7].

Так, якщо в інтегрованій системі, що виключає ринкові відносини, органи управління являються собою єдине ціле з підлеглими їм медичними організаціями і в реальній практиці, насамперед, захищають відомчі інтереси, то в інтегрованій системі за ринкових умов можливий принцип розподілу функцій покупця медичних послуг (суб'єкти державного управління) та їх постачальника/виробника (заклади охорони здоров'я).

Висновки з даного дослідження. Отже у даному дослідженні обґрунтовано, що доступність медичної допомоги населенню на базовому рівні доцільно розглядати як інтегральний результат двох регулятивних механізмів: системи державного управління та системи соціального саморегулювання. Зазначене підкреслює об'єктивність

удосконалення діючого державного механізму через запровадження інтеграційного підходу до кооперації та узгодженості дій усіх суб'єктів, що задіяні в процесі організації надання медичної допомоги на базовому рівні, за двома векторами: процесний - управління інтеграцією в процесі здійснення відповідними органами влади державно-управлінських функцій в організації надання доступної медичної допомоги; системний - забезпечення інтегрованої дій усіх зацікавлених осіб з акцентом на знаходження компромісів між цілями та альтернативами, що перетинаються.

Інтеграція суб'єктів надання медичної допомоги на базовому рівні в єдине утворення ускладнює управління ним, як об'єктом державного регулювання. Це вже не процеси окремої інституції, а процеси групи інституцій, між якими виникають зв'язки різного характеру та взаємовідносини, а тому завданням державного механізму інтегрованого управління є планування, організація, регулювання функціональних процесів з позиції єдиного цілого, що формується при об'єднанні суб'єктів.

Перспективи подальших розвідок. Перспективами подальших наукових розвідок з окресленої проблематики є побудова функціональної структури державного механізму інтегрованого управління забезпеченням доступної медичної допомоги на базовому рівні та вивчення питання розширення цього інтеграційного утворення шляхом створення організаційно-господарських умов для залучення зовнішніх суб'єктів – спеціалізованих ринкових інститутів та саморегулюючих організацій.

Список використаних джерел:

1. Грузєва Т. С. Забезпечення рівності і справедливості в охороні здоров'я – стратегічна мета нової Європейської політики “Здоров'я - 2020” / Т. С. Грузєва // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. - № 2-3 (18-19). - С. 87-91.
2. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2012 рік / за заг. ред. Р. В. Богатирьової. - К., 2013. – 464 с.
3. Стерлигова А. Н. Анализ значения термина “интеграция” в контексте управления организацией / А. Н. Стерлигова // Логистика и управление цепями поставок. - 2005. – № 6. - С. 70-79.
4. Гладун З. В. Державне управління в галузі охорони здоров'я / З. С. Гладун. - Тернопіль : Укрмедкнига, 1999. – 312 с.
5. Про місцеве самоврядування в Україні [Електронний ресурс] : Закон України № 280/97 - ВР від 21.05.97. - [чинний] / Верховна Рада України // Відомості Верховної Ради України. – 1997. – № 24. – Ст. 170. із змінами внесеними згідно з Законом N 563-VII від 17.09.2013. – (Нормативно-правовий документ ВРУ. Закон). - Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80>. - Назва з титул. екрана.
6. Кубко С. Б. Координація / С. Б. Кубко // Юридична енциклопедія : У 10 т. Т. 3 : К – М. : К. : Вид-во “Українська енциклопедія” імені М. П. Бажана, 2001. – С. 235.
7. Шарабчиев Ю. Т. Рыночные отношения в здравоохранении и возможные механизмы их реализации в условиях государственного регулирования / Ю. Т. Шарабчиев // Медицинские новости. – 2006. – №3. – С. 83-88.

УДК 351:37.0(477)

В.А. Бут

ДЕРЖАВНІ ЗАСАДИ ВПРОВАДЖЕННЯ КОНЦЕПЦІЇ НЕПЕРЕРВНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ

Анотація. У статті розкривається сутність неперервної освіти як основного принципу функціонування освітніх систем в сучасному світі, що має людиноцентричну спрямованість та вимагає принципово нового підходу до суб'єктів системи освіти та їх взаємовідносин. Визначено основні міжнародні документи, які поклали початок еволюції системи неперервної освіти та дали поштовх до розвитку основ її впровадження в Україні. Проаналізовано основні вітчизняні законодавчі та нормативні акти з питань впровадження концепції неперервної освіти в Україні наприкінці XX ст. – початку XXI ст. Окреслено останні кроки уряду, які було зроблено щодо стимулювання процесів навчання впродовж усього життя. Обґрунтована необхідність подальшого унормування законотворчої бази із зазначеної проблеми.