

УДК 351.77

В. П. Мегедь,
к. держ. упр., доцент, заслужений працівник охорони здоров'я
України, Державна прикордонна служба України
А. Я. Радиш,
Львівський клінічний госпіталь Державної прикордонної
служби України
Я. Ф. Радиш,
д. держ. упр., професор, Національна академія державного
управління при Президенті України

МОДЕЛЮВАННЯ ПРОЦЕСУ УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДЕРЖАВНОЇ ПРИКОРДОННОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ: ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ

У статті обґрунтовується професійна модель сучасного фахівця з управління системою охорони здоров'я та запропоновані напрями формування сучасної моделі управління системою охорони здоров'я Державної прикордонної служби України.

In this article the health care modern specialist professional model is grounded. The directions of modern model forming of health care management in the Government boundary service of Ukraine are offered.

Ключові слова: професійна модель, сучасний фахівець, модель управління, система охорони здоров'я, Державна прикордонна служба України.

Key words: professional model, modern specialist, management model, health care system, Government boundary service of Ukraine.

Оглядатися варто тільки для того,
щоб узяти корисні уроки з минулого
і скористатися гірким досвідом
Джордж Вашингтон

ВСТУП

З набуттям Україною із 1991 року незалежності нагальною проблемою стала реалізація принципів територіальної цілісності, а одним з першочергових завдань — забезпечення охорони державного кордону, утворення й розбудова власної системи прикордонної безпеки.

Відомо, що Державна прикордонна служба України (далі — ДПСУ) після розпаду СРСР отримала військово-медичну службу, яка була фактич-

но фрагментом медичної служби колишнього Комітету Державної безпеки і, звичайно, не відповідає ні завданням, ні потребам ДПСУ.

У результаті проведення низки організаційних заходів, здійснених впродовж останніх років, медичні ресурси ДПСУ стали невід'ємною складовою національної системи охорони здоров'я України. Посідаючи провідне місце у загальній моделі реформування медичної галузі держави, система охорони здоров'я прикордонного

відомства потребує її вдосконалення відповідно до сучасних вимог.

Про важливість наукових досліджень щодо оптимізації системи медичного забезпечення відомчих структур Воєнної організації України¹ свідчать праці: М.І. Бадюка (2005—2007), В.Я. Білого (2006), М.П. Бойчака (2005—2008), Л.А. Голика (2004), А.С. Котузи (2004—2007), В.В. Паська (2003) та ін. Проте, незважаючи на широкий їх спектр, теоретичні та практичні аспекти управління охороною здоров'я ДПСУ та створення її сучасної моделі досліджені недостатньо. Водночас власні наукові нароби (2005—2010) свідчать про наявність протиріч між потребою в застосуванні підходів до управління охороною здоров'я ДПСУ і відсутністю теоретико-методологічного і науково-прикладного підґрунтя для їх реалізації.

Мета дослідження — науково-теоретичне обґрунтування, розробка та впровадження нової моделі системи охорони здоров'я особового складу Державної прикордонної служби як важливої складової національної системи охорони здоров'я України.

ВИКЛАДЕННЯ МАТЕРІАЛУ

Досягнення мети та вирішення завдань дослідження потребувало розробки спеціальної програми, складеної з використанням системного підходу, застосування відповідних методів та обґрунтування обсягу досліджень, які забезпечували б можливість отримання достовірної інформації.

Дослідження проводилося у сім етапів. Перший з них присвячувався обґрунтуванню актуальності теми дослідження; дослідженню змісту діяльності системи охорони здоров'я ДПСУ; аналізу умов діяльності лікувально-профілактичних і оздоровчих установ та перспектив їх розвитку. Метою другого етапу стало узагальнення сукупності суперечностей та формулювання наукової проблеми; визначення мети і завдань; обґрунтування методів та обсягу дослідження; аналіз та обґрунтування понять, що складають категорійно-понятійний апарат системи охорони здоров'я ДПСУ.

На третьому етапі здійснено комплексний аналіз стану здоров'я особового складу ДПСУ у процесі їх службової діяльності. Четвертий етап був присвячений проведенню функціонально-структурного аналізу ресурсів охорони здоров'я ДПСУ з виявленням перспектив їх розвитку. П'ятий етап був присвячений науковому обґрунтуванню професійної моделі сучасного фахівця у сфері медичного забезпе-

¹ Воєнна організація держави — сукупність органів державної влади, військових формувань, утворених відповідно до законів України, діяльність яких перебуває під демократичним цивільним контролем з боку суспільства і безпосередньо спрямована на захист національних інтересів України від зовнішніх та внутрішніх загроз.

ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ

Таблиця 1. Консолідоване фінансування системи охорони здоров'я Державної прикордонної служби України

Бюджетне фінансування 82,4 %	Позабюджетні джерела фінансування, не заборонені законодавством України 17,6 %					
У тому числі: - грошове забезпечення і заробітна плата 65,2 % - комунальні послуги 8,9 % - харчування 7,6 % - медикаменти 8,8 % - медичне обладнання 0 % - інші витрати 9,5 %	+	Медичні послуги особам, які не мають права на лікування у військових закладах за рахунок коштів ДПСУ 91,8 %	Благодійна допомога 3,5 %	Господарська діяльність згідно з Постановою КМ України від 25.07.2000 №1171 2,4 %	Договір про надання медичних послуг страховим компаніям (добровільне страхування) 2,1 %	Договір про надання медичних послуг організаціям державної та недержавної форм власності 0,2 %
100,0%						

чення ДПСУ. На шостому етапі здійснено наукове обґрунтування та апробацію якісно нової моделі системи охорони здоров'я особового складу ДПСУ. Завданнями сьомого етапу стали впровадження якісно нової моделі системи охорони здоров'я ДПСУ, визначення її ефективності (соціальної, медичної та економічної) та обґрунтування практичних рекомендацій щодо удосконалення організації медичного забезпечення особового складу Державної прикордонної служби України.

Невід'ємною складовою обґрунтування, розробки та впровадження нової моделі системи охорони здоров'я ДПСУ стала й наукова розробка шляхів її фінансування.

Як свідчить аналіз (табл. 1), впродовж 2005—2009 рр. питома вага бюджетного фінансування у складі консолідованого фінансування медичної служби прикордонного відомства була рівною 82,4 %.

У розділі доводиться, що 65,2 % коштів бюджетного фінансування витрачалося на заробітну плату та грошове забезпечення військовослужбовців; 8,9% склали витрати на оплату комунальних послуг; 7,6 — оплата харчування пацієнтів стаціонарних відділень; 8,8% бюджетних коштів витрачено на придбання медикаментів, ще 9,5% склали інші витрати.

У процесі дослідження встановлено, що на придбання та оновлення медичного обладнання за досліджуваний період із бюджетного фінансування кошти не виділялися.

З метою неухильного дотримання принципу збалансованості обсягу гарантованого державою рівня надання медичної допомоги українським прикордонникам та покриття дефіциту з бюджетного фінансування підрозділів медичної служби, управлінням охорони здоров'я ДПСУ за наших пропозицій впроваджено організаційні заходи, які спрямовувались на активне залучення позабюджетних коштів. У основу послідовної роботи щодо запровадження у відомстві багатоканальної форми фінансування амбула-

торно-поліклінічної та стаціонарної медичної допомоги була покладена консолідована участь у фінансуванні медичної діяльності держави (82,4%) та позабюджетних коштів від підприємств, організацій, благодійних фондів, страхових компаній, які займаються добровільним медичним страхуванням, а також громадян, які не мають права на лікування у військових закладах за рахунок коштів ДПСУ (17,6%).

Найвагоміша частка грошових коштів, що отримані медичною службою ДПСУ впродовж досліджуваного періоду від надання медичних послуг за плату, залишається основним джерелом у структурі позабюджетних надходжень закладів охорони здоров'я ДПСУ. Так, загальний обсяг грошових коштів за платні послуги склав 91,8% від загальної суми позабюджетних джерел фінансування.

Важливою частиною дослідження став аналіз фінансово-економічної діяльності ЛПЗ, у процесі якого оцінювались коефіцієнти покриття, швидкої ліквідності, абсолютної ліквідності та чистого оборотного капіталу. Встановлено, що впродовж 2008 — 2009 рр. коефіцієнт покриття зріс у середньому на 0,04, що свідчить про збільшення активів ЛПЗ для погашення поточних зобов'язань. Зниження за ці ж роки коефіцієнта швидкої ліквідності з 1,58 до 1,15 означає, що на кожну гривню поточних зобов'язань ЛПЗ зменшили на 0,43 грн. ліквідність активів на кінець наступного року. Результати аналізу показників платоспроможності (фінансової стійкості) ЛПЗ за 2008 — 2009 рр., які характеризують структуру джерел фінансування, ступінь фінансової стійкості та незалежності медичної діяльності від зовнішніх джерел її фінансування, дозволяє зробити висновок про те, що сумарний середній коефіцієнт платоспроможності — 0,53 є дещо вищим за оптимальне значення (0,5).

У розділі робиться висновок про те, що запропоновані й впроваджені медико-організаційні заходи дозволили знизити рівні захворюваності та по-

казники звільнення за станом здоров'я військовослужбовців ДПСУ, розширити спектр надання медичної допомоги з використанням стаціонарних технологій, досягти стійкої тенденції до скорочення терміну перебування хворих на лікарняному ліжку, а головне — забезпечити гарантований обсяг якісної та доступної медичної допомоги.

На наступному етапі дослідження встановлено, що в системі охорони здоров'я органів ДПСУ працюють майже 1,5 тисячі осіб, з яких 29,3% становлять лікарі та 58,5% середній і молодший персонал; решта (12,2%) — допоміжний персонал.

Аналізуючи кадрову політику в системі охорони здоров'я ДПСУ, був оцінений показник стабільності особового складу за період 2005—2009 рр. Встановлено, що показник "постійно працюючих" за період з 2005 р. до 2009 р. становив у середньому 98,2% і коливався від 96,8% (2006 р.) до 98,8% (2009 р.), тоді як показник числа звільнених — відповідно 1,8%, 3,2% та 1,2%. Ці дані переконливо доводять про відносну стабільність кадрового потенціалу в системі, що підтверджує послідовність і виваженість кадрової політики відомства та комплексний підхід до цього розділу роботи.

Обґрунтовано, що охоплення медичного персоналу ДПСУ навчанням у системі післядипломної освіти щорічно в середньому становить 99,8 чоловік, або 6,5% від загального числа працівників. Такий показник не відповідає відомчим вимогам щорічного охоплення післядипломною освітою медичних працівників, нормативний показник яких дорівнює 25,0%. Грунтуючись на отриманих результатах соціологічного опитування, виявлені певні недоліки наявної системи оцінювання персоналу у відомстві: відсутня система поточного оцінювання персоналу; велика частина службовців і медичних працівників сприймає атестацію як непотрібну бюрократичну формальність, яка дає лише статичну картину результатів роботи; не передбачений опитувальний лист особи, яка атестується, й анкета "Атестація", яка заповнюється як безпосереднім керівником, так і співробітником, що не дозволяє оцінити особистісні та ділові якості співробітника за бальною шкалою; при проведенні основної процедури атестації на професійну категорію комісія вислуховує тільки виступ його безпосереднього керівника про досягнуті результати в роботі.

Дослідженням виявлено позитив-

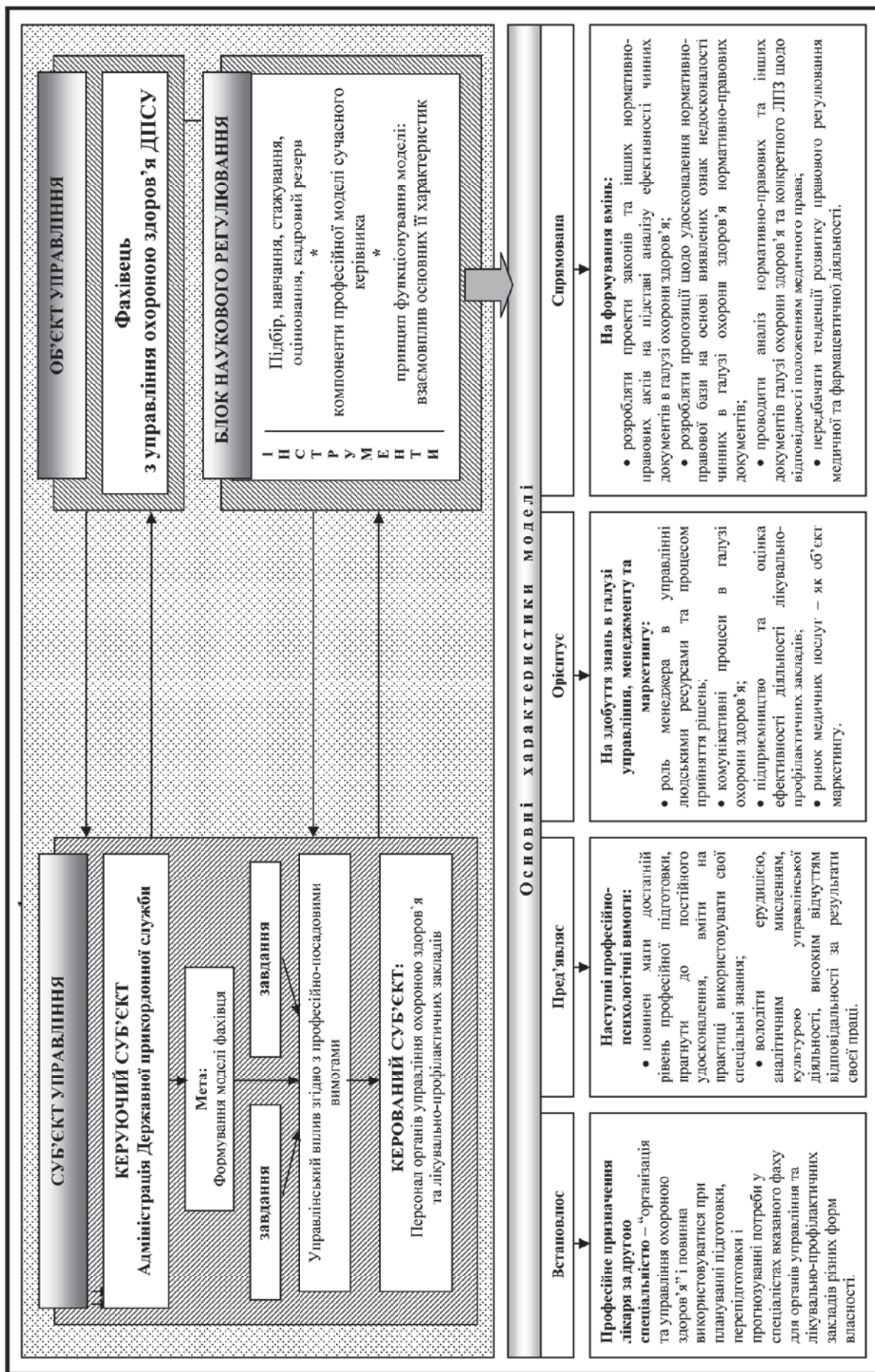


Рис. 1. Професійна модель фахівця з управління охороною здоров'я ДПСУ

ну тенденцію щодо зростання кількості медичного персоналу в системі охорони здоров'я ДПСУ: з 1428 у 2005 р. до 2448 у 2009 р., таким чином, зростання становило 71,4%. Таке значне зростання кількості медичного персоналу пояснюється удосконаленням структури ЛПЗ — відкриття нових відділень, кабінетів та розширення існуючих структур. Однак, як встановлено дослідженням, серед військових лікарів прикордонного відомства 39% лікарського складу немає відповідної категорії. Такий стан пояснюється великою кількістю молодих лікарів, які, відповідно до вимог, ще не мають права на отримання відповідної категорії.

Доведено, що серед лікарського складу із цивільних осіб — 71% мають відповідні категорії. Саме завдячуючи їм, у загальній кількості лікарського складу системи охорони здоров'я ДПСУ 61% лікарів мають ту чи іншу лікарську категорію. Однак наявність 39% лікарів, які не мають лікарської категорії, свідчить про значні резервні можливості щодо зростання професійної майстерності лікарського складу ДПСУ.

Виявлено, що на кінець 2009 р. у медичних пунктах ДПСУ працювали здебільшого молоді військові лікарі — 46% і досвідчені цивільні лікарі — 28%. У лікувально-профілактичних закладах (клінічні госпіталі, медико-санітарні частини, санаторно-оздоровчі заклади) працює 23% лікарів із стажем практичної роботи до 20 років і 22% цивільних лікарів із загальним стажем роботи 20 і більше років. У цей же період у лікувально-профілактичних закладах (клінічні госпіталі, медико-санітарні частини, санаторно-оздоровчі заклади) прикордонного відомства працювало 25 докторів та 28 кандидатів медичних наук.

З метою удосконалення процесу оцінювання медичного персоналу запропоновано використовувати комплексний показник оцінки працівника не як штатної одиниці, а як стратегічної компетенції медичної служби, який можна розраховувати за формулою [3]:

$$K = KB \times a_1 + ЯП \times a_2 + ДС \times a_3 + АК \times a_4,$$

де K — інтегральний показник, що дозволяє всебічно оцінити працівника; KB — кваліфікаційні вимоги (характеризують обсяг виконуваної роботи); $ЯП$ — якість виконуваної роботи (рівень професіоналізму); $ДС$ — дисциплінованість, відповідальність; $АК$ — лояльність до колективу; a_1 — a_4 — вагові коефіцієнти кожного з обраних показників в інтегральному.

Досліджуючи зміст, принципи і шляхи формування кадрової політи-

ки здоров'я особового складу ДПСУ в контексті реформування відомства, визначені основні компоненти професійної моделі сучасного керівника: наявність системи професійних знань, вмій і навичок; навчання впродовж всього життя; виховання загальнолюдських цінностей через вивчення гуманітарних дисциплін; психологічна готовність до виконання управлінської діяльності. Доведено, що вказані вище характеристики універсальні та абсолютно необхідні для майбутнього керівника системи охорони здоров'я служби в єдиному медичному просторі України.

Обґрунтовано авторський варіант професійної моделі сучасного фахівця з управління системою охорони здоров'я ДПСУ. В основу моделі покладено принцип взаємовпливу її основних елементів — професійного призначення, професійно-психологічних вимог, орієнтації на здобуття знань у сфері управління та менеджменту і спрямування на формування відповідних вмій і навичок (рис. 1).

Визначено, що підготовка нової генерації керівників медичної служби має бути багатодисциплінарною і забезпечувати набуття знань з широкого спектра складних управлінських проблем. Дослідженням обґрунтовано, що саме такий підхід забезпечить прихід до керівництва медичною службою відомств Воєнної організації України адміністративно-політичної еліти — прашарку, який, будучи носієм найхарактерніших політико-управлінських якостей та функцій, буде спроможним результативно вирішувати складні питання виводу галузі з глибокої системної кризи.

Виявлено, що основними цілями державної кадрової політики охорони здоров'я ДПСУ повинні бути: створення оптимальної професійної та ефективної організаційно-штатної структури медичної служби відомства; залучення до реформування медичного забезпечення та створення ефективної системи охорони здоров'я військовослужбовців найбільш досвідчених фахівців охорони здоров'я України; комплектування лікувально-профілактичних закладів ініціативними та компетентними кадрами, які визнають необхідність якісних і структурних змін у медичному забезпеченні та можуть впровадити їх у життя; забезпечення безперервного удосконалення та оновлення кадрового складу медичної служби, підвищення професіоналізму та відповідальності керівного складу системи охорони здоров'я Державної прикордонної служби України.

Наступним етапом здійснення оцінки персоналу є визначення вагових коефіцієнтів кожного складового елемента у комплексному показнику для кожної конкретної посади в даному відомстві. Це є досить відповідальний момент, тому встановлення рівних ваг, на наш погляд, є невірним. Доцільним є використання експертного опитування методом попарних порівнянь, тобто експерти попарно порівнюють важливість для даної посади тієї чи іншої характеристики.

Попарні порівняння виконуються у математичній формі — у вигляді квадратної таблиці у термінах домінування одного з елементів над іншими. Ці оцінки потім виражаються у цілих числах з використанням шкали відносної важливості. При цьому слід керуватися таким правилом: якщо характеристика "А" домінує над характеристикою "Б", то клітинка, що знаходиться на перетині рядка "А" і стовчика "Б", заповнюється цілим числом, а клітинка, симетрична даній щодо головної діагоналі, заповнюється числом, оберненим до нього. Наприклад, за обраними характеристиками слід здійснити попарне порівняння для медичного працівника. Оцінювання слід здійснювати за такою шкалою: 5 — вагома перевага; 4 — наявна перевага; 3 — наявна недостатність цієї ознаки; 2 — значна недостатність і 1 — рівна вага.

Якщо в оцінці показників бере участь група експертів, то необхідно перемножити відповідні числові значення оцінок і обчислити корінь K -го ступеня (де K — кількість експертів), тобто знайти середнє геометричне значення. Очевидно, що попарні порівняння призводять до формування квадратної матричної форми з рівною кількістю рядків і колонок, яка має властивість зворотної симетричності. Однакова вага впливу позначається одиницею. Тому по діагоналі матриць попарних порівнянь завжди будуть одиниці.

Матриці попарних порівнянь можуть бути заповнені або на основі консенсусу між суб'єктами в процесі обговорення проблеми, або кожним експертом окремо з наступним зведенням на основі середнього геометричного. При визначенні власної оцінки експерт повинен керуватися лише власними судженнями відносно запропонованої проблеми, не враховуючи вагомості чисел.

Після заповнення експертами матриць попарних порівнянь, переходять до другого етапу цієї методології — розрахунку вектора її пріоритетів, що визначають вплив кожної харак-

теристики другого рівня на інтегральну оцінку персоналу. Ступінь пріоритетності кожного показника можна розрахувати за формулою [3]:

$$K_{i_{ni}} = \frac{d_i}{\sum_{i=1}^n d_i}$$

де d_i — компонент, власного вектора за i -тим показником;

n — кількість порівнюваних показників

$$d_i = \sqrt[n]{a_{i1} \cdot a_{i2} \cdot \dots \cdot a_{in}}$$

де a_{ij} — числове значення бальної оцінки, що визначає ступінь значущості іншого показника порівняно з j -м показником ($i, j = 1 \dots n$).

У процесі дослідження здійснено наукове обґрунтування та апробацію якісно нової моделі системи охорони здоров'я особового складу ДПСУ, яка базується на синтезі основних механізмів оптимізації управління охороною здоров'я ДПСУ — організаційно-правового, ресурсного і технологічного (рис. 2).

Особливістю запропонованої моделі стало включення існуючих елементів (комплектування відомства здоровими військовослужбовцями, збереження та зміцнення здоров'я особового складу, пріоритетність первинної медико-санітарної допомоги, широке використання можливостей диспансеризації персоналу, забезпечення пріоритетності профілактичної спрямованості у діяльності системи охорони здоров'я) та нових, а саме — механізмів оптимізації управління системою охорони здоров'я, що надало моделі нових якостей із сприяння досягнення мети дослідження. Нові елементи — сучасні механізми оптимізації управління системою охорони здоров'я ДПСУ: технологічні, ресурсні та організаційно-правові.

1. Технологічні механізми, що спрямовувалися на безперервне підвищення якості медичної допомоги: запровадження в ЛПЗ ДПСУ доказової медицини; запровадження якісно нової загальнодержавної системи контролю якості (наказ МОЗ України від 26.03.2009 р. № 189 "Про Порядок контролю та управління якістю медичної допомоги"); запровадження у повсякденну діяльність відділень ЛПЗ інформованої згоди пацієнта на медичне втручання; акредитація ЛПЗ ДПСУ за вимогами загальнодержавних стандартів; запровадження системи телемедичних консультацій.

2. Ресурсні механізми, які спрямовувалися на:

а) удосконалення кадрового забезпечення: запровадження в якості критерію оцінки роботи лікарського

персоналу ЛПЗ ДПСУ "циклу управління кадрами"; безперервна післядипломна підготовка керівників ЛПЗ та співробітників органів управління охорони здоров'я ДПСУ з менеджменту в медичній галузі; стажування лікарів з різних фахів на військово-медичних базах зарубіжних країн; комплектування посад головних фахівців-начальників клінік госпіталів та начальників відділень клінічного санаторію "Прикордонник" лікарями-спеціалістами з науковим ступенем "кандидат медичних наук"; забезпечення співвідношень кількості лікарів до середнього медичного персоналу в ЛПЗ ДПСУ рівному 1:4; ефективне використання кадрових ресурсів;

б) удосконалення матеріально-технічного забезпечення: постійний моніторинг запровадження формулярної системи забезпечення лікарськими засобами; переоснащення ЛПЗ перспективними зразками медичної апаратури; оновлення парку медичної техніки (санітарні та реанімаційні автомобілі); фінансовий супровід: формування керованого ринку платних медичних послуг; удосконалення системи отримання власних грошових надходжень; розширення економічної діяльності засобами раціоналізації та збільшення переліку медичних послуг.

3. Організаційно-правові механізми, які спрямовані:

а) на удосконалення управління: виведення клінічних госпіталів з підпорядкування регіональних управлінь у підпорядкування управління охорони здоров'я — органу управління службою; перегляд організації роботи діючої системи управління відомчими оздоровчими закладами; безперервне удосконалення нормативно-правової бази з регулювання медичної діяльності;

б) на оптимізацію структурної перебудови: інтеграція системи охорони здоров'я ДПСУ у загальнодержавну систему охорони здоров'я — формування єдиного медичного простору України; створення клінічного центру медицини та реабілітації шляхом об'єднання Одеського клінічного госпіталю та санаторію "Аркадія", м. Одеса; поетапне скорочення посад військовослужбовців і заміна їх працівниками за трудовим договором; визначення оптимальної структури, функцій, мережі та потужності лікувально-профілактичних, санітарно-епідеміологічних і санаторно-курортних закладів.

У процесі дослідження автором впроваджено якісно нову модель системи охорони здоров'я ДПСУ, визначено її ефективність (соціальну, ме-

дичну та економічну) (рис. 3) та обґрунтовано практичні рекомендації щодо удосконалення організації медичного забезпечення особового складу Державної прикордонної служби України.

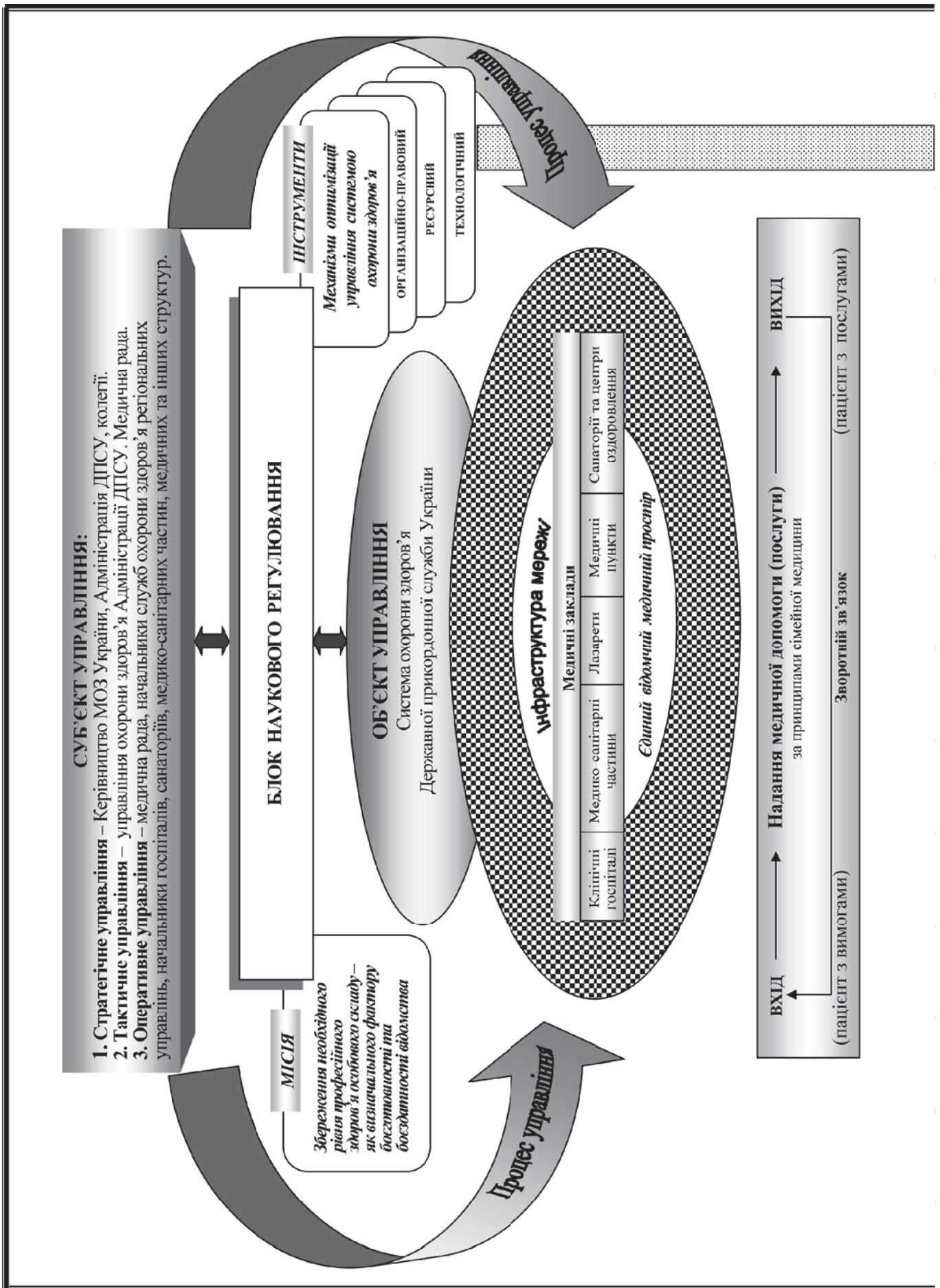
Ефективність нової моделі системи охорони здоров'я ДПСУ вивчалася з використанням рекомендованих ВООЗ критеріїв оцінки діяльності сфери охорони здоров'я (доступність, ефективне використання ресурсів, соціальна прийнятність, задоволення потреб пацієнтів) та основних критеріїв якості, визначених Мерилендською асоціацією госпіталів США (госпітальна та операційна летальність, повторна госпіталізація в межах 31 доби, незаплановані повернення у відділення спеціалізованого лікування), а також відповідно до нової концепції реформування медичної служби прикордонного відомства та за результатами експертних оцінок.

З метою оцінки ефективності управлінської діяльності в медичній службі прикордонного відомства, здійснено спеціальне соціологічне опитування з вивчення думки 200 медичних працівників ДПСУ, МОУ, МВС, СБУ та МОЗ України за спеціально розробленою анкетною.

Серед опитаних із запропованою для аналізу проблемою виявилися пов'язаними як за родом теоретичної, так і за родом практичної діяльності — 50% учасників, тільки теоретичної — 20%, тільки практичної — 30%. Опитування мало анонімний характер.

Компетентність експертів оцінювалася коефіцієнтом компетентності (k), який обчислювався на основі висновку експерта про ступінь своєї інформованості щодо проблеми та подання типових джерел аргументації власних суджень. Для визначення коефіцієнта компетентності нами використана спеціальна методика: $k = 0,5(k_i + k_a)$, де k_i — коефіцієнт інформованості щодо проблеми, який отримується на основі самооцінки експерта за десятибальною шкалою та помноження цієї оцінки на 0,1; k_a — коефіцієнт аргументації, який отримується в результаті підсумування балів за еталонною таблицею (табл. 2).

Експерту надається ця таблиця без цифр. Джерела аргументації він оцінював за градаціями В, С, Н. Після накладання таблиці експерта на еталонну таблицю підраховувалася кількість балів під відмітками за всіма джерелами аргументації. При цьому враховувалося, якщо $k_a = 1,0$, то ступінь впливу усіх джерел великий; якщо $k_a = 0,8$, то — середній, якщо k_a



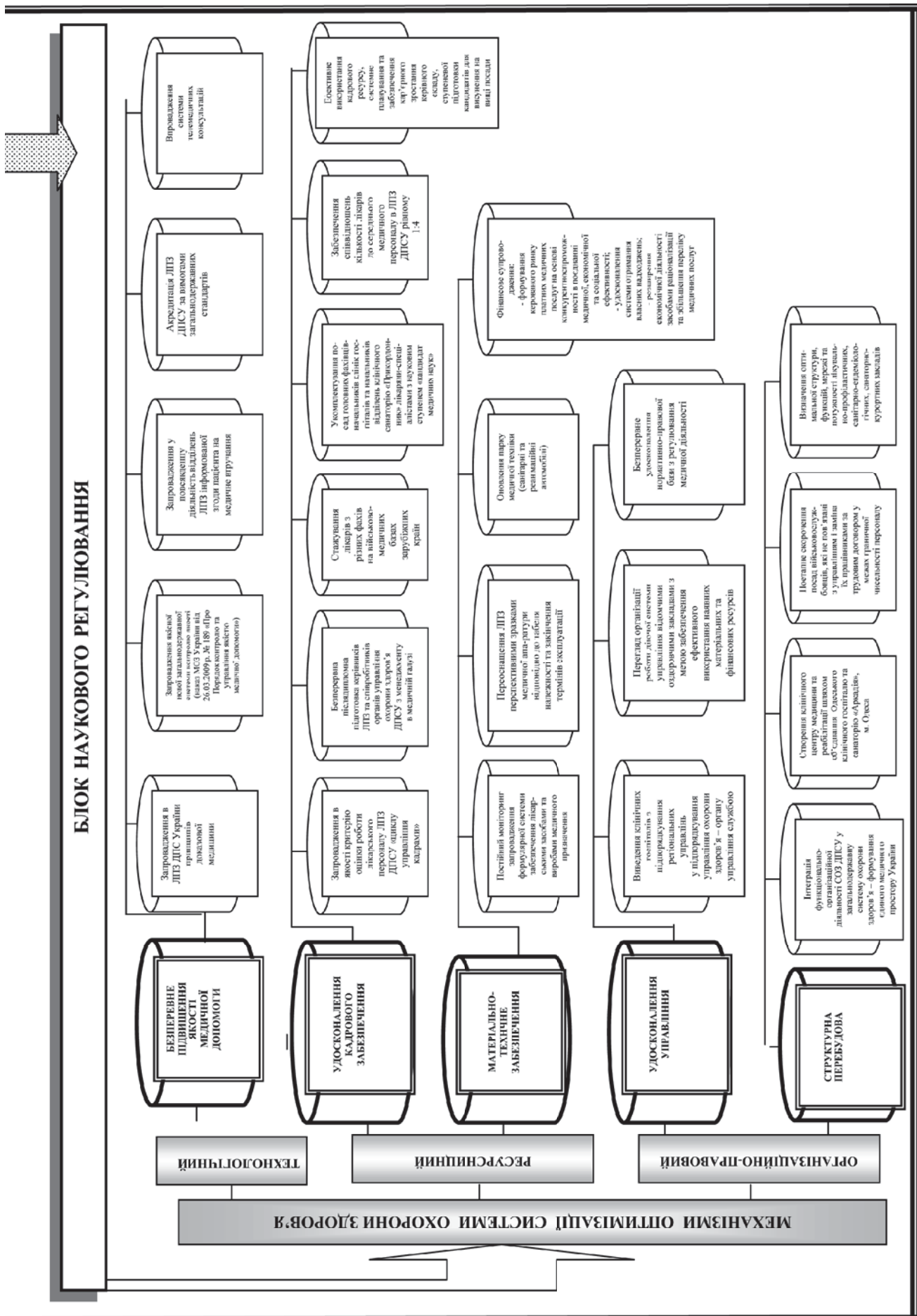


Рис. 2. Модель системи охорони здоров'я Державної прикордонної служби України

$= 0,5$, то ступінь джерела аргументації низький. Таким чином, коефіцієнт компетентності $0 < k < 1$.

Достовірність групової експертизи є монотонно зростаюча функція середньої групової самооцінки компетентності, яка визначається як середнє арифметичне значення самооцінок груп експертів. Остання величина (k_a) у нашому дослідженні дорівнювала $0,65$, що дозволило, враховуючи наведений вище склад групи експертів, оцінити достовірність групової експертизи як високу.

Експертна оцінка свідчить про ефективність запропонованих заходів (табл. 3). Так, найвищої оцінки $9,9 \pm 0,07$ балів отримали: функціонально-організаційна модель системи охорони здоров'я та соціальна ефективність.

Достатньо високу оцінку — $9,5 \pm 0,15$ — балів виставлено за професійну модель фахівця з управління медичним забезпеченням. Модель консолідованого фінансування медичної діяльності отримала $8,9 \pm 0,20$ бали.

Основними результатами запровадження якісно нової моделі системи охорони здоров'я ДПСУ, які вказують на поступальний розвиток системи медичного забезпечення прикордонного відомства, є такі: удосконалення системи управління медичною службою, її фінансування та правового супроводу; подальший розвиток профілактичної спрямованості; раціональне використання ресурсів; удосконалення системи контролю за станом здоров'я особового складу шляхом запровадження 4-х рівневої вертикалі сил і засобів служби охорони здоров'я, що забезпечує необхідну результативність вказаного процесу на центральному та регіональному рівні.

На відміну від попередніх моделей системи охорони здоров'я ДПСУ, запропонована модель дає можливість комплексно впливати на всі сфери діяльності медичної служби, що в кінцевому результаті забезпечує зниження рівня захворюваності, зменшення показника звільнень військовослужбовців за станом здоров'я, скорочення терміну перебування хворих на лікарняному ліжку, розширення мережі денних стаціонарів і стаціонарів вдома.

Стратегічним напрямом запропонованої якісно нової моделі системи охорони здоров'я особового складу ДПСУ є удосконалення системи медичного забезпечення прикордонного відомства.

Тактичним напрямом є поліпшення стану здоров'я особового складу та пенсіонерів прикордонного відомства, покращення якості медичної

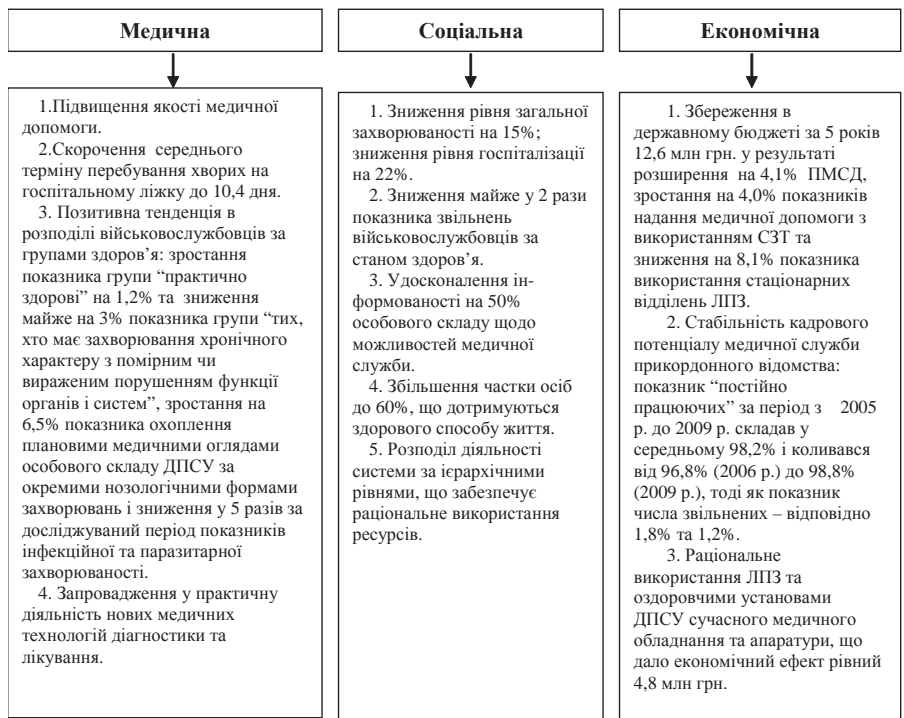


Рис. 3. Ефективність сучасної системи медичного забезпечення Державної прикордонної служби України

допомоги та розширення її доступності, зниження питомої ваги звільнень військовослужбовців за станом здоров'я.

Центральним елементом запропонованої моделі є синтез основних механізмів оптимізації управління охороною здоров'я ДПСУ — організаційно-правового, ресурсного і технологічного з доведеною її ефективністю.

Запровадження даної моделі дозволяє при концентрації ресурсів забезпечити їх раціональне використання за рахунок диференціації ліжкового фонду в залежності від потреб пацієнтів, активного використання сучасних технологій діагностики та лікування, безперервної професійної підготовки медичних працівників та сприятиме за оптиміальних затрат усуненню керованих факторів ризику захворюваності та летальності в умовах повсякденної діяльності особового складу.

ВИСНОВКИ

1. Обґрунтовано професійну модель сучасного керівника системи охорони здоров'я Державної прикордонної служби України, в основу якої покладено принцип взаємовпливу її основних елементів — професійного призначення, професійно-психологічних вимог, орієнтації на здобуття знань у сфері управління і менеджменту, спрямування на формування відповідних вмінь і навичок; встановлено, що одним із перспективних підходів до оптимізації управління медичною діяльністю через оцінку результатів

праці медичного персоналу може бути використання в якості критерію оцінки його роботи циклу управління кадрами.

2. Розроблено якісно нову модель системи охорони здоров'я особового складу Державної прикордонної служби як складової національної системи охорони здоров'я України, яка базується на синтезі основних механізмів оптимізації управління охороною здоров'я ДПСУ — організаційно-правового, ресурсного і технологічного з доведеною її ефективністю.

Особливістю запропонованої моделі стало включення існуючих елементів та нових, а саме — механізмів оптимізації управління системою охорони здоров'я, що надало моделі нових якостей із спрявання досягнення мети дослідження.

На відміну від попередніх моделей системи охорони здоров'я ДПСУ, запропонована модель дає можливість комплексно впливати на всі сфери діяльності медичної служби, що в кінцевому результаті забезпечує зниження рівня захворюваності, зменшення показника звільнень військовослужбовців за станом здоров'я, скорочення терміну перебування хворих на лікарняному ліжку, розширення мережі денних стаціонарів і стаціонарів вдома.

Стратегічним напрямом запропонованої якісно нової моделі системи охорони здоров'я особового складу ДПСУ є удосконалення системи медичного забезпечення прикордонного відомства.

Таблиця 2. Еталонна таблиця визначення коефіцієнта аргументації експертів

Джерело аргументації	Ступінь впливу джерела аргументації на Ваше судження		
	високий (В)	середній (С)	низький (Н)
Проведений Вами теоретичний аналіз	0,3	0,2	0,1
Ваш досвід як фахівця	0,5	0,4	0,2
Узагальнення робіт зарубіжних авторів	0,05	0,05	0,05
Особисте ознайомлення зі станом проблеми за кордоном	0,05	0,05	0,05
Ваша інтуїція	0,05	0,05	0,05

Таблиця 3. Експертна оцінка системи охорони здоров'я ДПСУ

№ п/п	Аспектні оцінки	Середній бал за 10 бальною шкалою $M \pm m$
1	Функціонально організаційна модель системи охорони здоров'я	9,9 ± 0,07
2	Модель консолідованого фінансування	8,9 ± 0,20
3	Професійна модель фахівця з управління медичним забезпеченням	9,5 ± 0,15
4	Соціальна ефективність	9,9 ± 0,07

Тактичним напрямом є поліпшення стану здоров'я особового складу та пенсіонерів прикордонного відомства, покращення якості медичної допомоги та розширення її доступності, зниження питомої ваги звільнень військовослужбовців за станом здоров'я.

Запровадження даної моделі дозволяє при концентрації ресурсів забезпечити їх раціональне використання за рахунок диференціації ліжкового фонду в залежності від потреб пацієнтів, активного використання сучасних технологій діагностики, лікування, безперервної професійної підготовки медичних працівників та сприятиме за оптимальних затрат усуненню керованих факторів ризику захворюваності та летальності в умовах повсякденної діяльності особового складу.

3. Визначено, що основними результатами запровадження нової моделі системи охорони здоров'я ДПСУ, які вказують на поступальний розвиток системи медичного забезпечення прикордонного відомства, є такі: удосконалення системи управління службою, її фінансування та правового супроводу; подальший розвиток профілактичної спрямованості; раціональне використання ресурсів через розробку механізмів удосконалення діяльності лікувально-профілактичних закладів амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної та спеціалізованої медичної допомоги; удосконалення системи контролю за станом здоров'я особового складу шляхом запровадження 4-х рівневої вертикалі сил і засобів служби охорони здоров'я, яка забезпечує необхідну результативність вказаного процесу на центральному та регіональному рівнях.

4. У результаті експертної оцінки доведена медична, соціальна та економічна ефективність запропонованої мо-

делі системи охорони здоров'я Державної прикордонної служби України.

Література:

1. Вороненко Ю.В., Мегадь В.П. Кваліфікаційні вимоги та професійна модель сучасного керівника військово-медичної служби // Український медичний часопис — 2009. — № 1. — С. 1—6.

2. Вороненко Ю.В., Мегадь В.П. Моделювання процесу управління системою охорони здоров'я Державної прикордонної служби України // Український медичний часопис. — 2009. — № 3. — С. 77—79.

3. Дрешер Ю.Н. Информационное обеспечение системы здравоохранения: учеб.-метод. пособие. — Казань: Медицина, 1999. — С. 50.

4. Князевич В.М., Мегадь В.П. Місце і роль медичної служби прикордонного відомства у зміцненні національної системи охорони здоров'я України // Україна. Здоров'я нації. — 2009. — № 1. — С. 48—52.

5. Кризина Н.П., Мегадь В.П. Державна політика як організаційно-нормативна система владних дій та управлінських рішень, основний регулятор життєдіяльності суспільства (теоретико-методологічні засади) // Україна. Здоров'я нації. — 2008. — № 3—4 (7—8). — С. 258—262.

6. Левченко Ф.М., Мегадь В.П., Радиш Я.Ф. До проблеми державного управління військовою медициною // Лікарська справа. — Врачебное дело, 2005. — № 7. — С. 79—87.

7. Мегадь В.П. Медичне забезпечення особового складу Державної прикордонної служби України: стан і перспективи розвитку // Лікарська справа — Врачебное дело. — 2006. — № 5—6. — С. 73—75.

8. Мегадь В.П. Кадрова політика в системі охорони здоров'я Держав-

ної прикордонної служби України // Український медичний часопис. — 2008. — № 5. — С. 94—100.

9. Мегадь В.П., Курічко О.М., Радиш Я.Ф. Правові та економічні засади створення клінічних лікувально-профілактичних закладів у системі медичного забезпечення особового складу Державної Прикордонної служби України // Охорона здоров'я України. — 2005. — № 1—2 (16—17). — С. 40—43.

10. Мегадь В.П., Куц С.І., Радиш Я.Ф. Специфіка змісту підготовки сучасного керівника системи охорони здоров'я України // Лікарська справа — Врачебное дело. — 2006. — № 8. — С. 96—99.

11. Мегадь В.П., Радиш Я.Ф. Єдиний медичний простір — нова парадигма розвитку системи охорони здоров'я України // Лікарська справа — Врачебное дело. — 2009. — № 7—8. — С. 113—119.

12. Мегадь В.П., Радиш Я.Ф. Роль і місце системи охорони здоров'я особового складу Державної прикордонної служби у зміцненні національної безпеки України // Україна. Здоров'я нації. — 2008. — № 1 (5). — С. 73—79.

13. Радиш Я.Ф., Мегадь В.П., Бадюк М.І. Наукові здобутки українських військових лікарів та провізорів (огляд дисертаційних досліджень) // Лікарська справа — Врачебное дело. — 2006. — № 1—2. — С. 87—108.

Стаття надійшла до редакції 16.09.2010 р.

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

ІНВЕСТИЦІЇ.

ПРАКТИКА ТА ДОСВІД

ЖУРНАЛ ВИХОДИТЬ 24 РАЗИ НА РІК

Через редакцію передплата проводиться з будь-якого місяця!

Передплатний індекс: 23892

Свідоцтво КВ № 127/8-1062 ПР від 11. 01. 2007 року

www.investplan.com.ua

Журнал включено до переліку наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук з

ЕКОНОМІКА

ЗАСНОВНИКИ:

- Рада по вивченню продуктивних сил України
- Національної академії наук України,
- ТОВ "ДКС Центр"

вул. Дорогожичська, 18, к. 29
(044) 458 10 73, 537 14 33, 223 26 28
e-mail: dks@kiev.rel.com
economy_2008@ukr.net