

ІНДУСТРІАЛЬНА СИСТЕМА НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

Гринаш В. М., Паробецька І. М., Ходор О. С.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Служба охорони здоров'я перебуває на часі системної реорганізації, коли разом з державною (бюджетною) системою медичної допомоги як альтернативних систем починає працювати економічне господарювання, ринкові відносини, страхова, приватна, змішана моделі системи охорони здоров'я. Незалежно від форми господарювання, слід визначити основні принципи, на основі яких буде з кращим ефектом працювати та або інша система.

Науковцями, фахівцями з організації і управління охороною здоров'я, практичними лікарями, індустріальна система надання медичних послуг є зразковою моделлю нової системи медичної допомоги. Будучи основою перетворення в окремі спеціальності, вона являє собою зразок нової системи організації охорони здоров'я в цілому. У свою чергу, індустріальна система, заснована на передових конвеєрних технологіях і є підставою успішної реалізації національних програми, зокрема, в ранньому виявленні, профілактиці та лікуванні.

Одним з напрямів в діагностиці і лікуванні являється проблема раціонального використання устаткування як одного із найбільш важливих питань економічної ефективності. Щоб виправдати високу вартість сучасної медичної техніки, як основу підвищення якості діагностики і лікування, необхідно виключити дублювання в її використанні і забезпечити максимальну інтенсивність експлуатації. При такому вирішенні питань ефективного використання медичного обладнання необхідно сумістити із пошуками шляхів більш раціональної організації діагностичного процесу і підвищення продуктивності праці медичних працівників, впровадження завершених циклів діагностичного обстеження і лікування. Це дасть нам змогу розглядати діагностику не тільки з позицій, що визначають ефективність різноманітних методів обстеження, а як виробничий процес, заснований на конкретних технологічних циклах. Все це неминує приводить до необхідності системного аналізу діагностики, пошуку методів зменшення витрат на діагностику, що може бути здійснено через розробку науково-організаційних принципів підходів до інтеграції основних засобів та ресурсів різноманітного виду діагностики, а також індустріалізації діагностичного процесу [1, с. 16—22].

Наукове обґрунтування, щодо сучасних підходів і принципів в питанні технології організації управління системами, зокрема, індустріальної трьох-етапної системи надання медичних послуг, раннього виявлення патології, профілактики та лікування.

Науковою новизною є обґрунтоване розмежування організації охорони здоров'я і клінічної дисципліни, як двох самостійних напрямів, що розвиваються кожна по своїх законах, та потребує чіткого розмежування функцій і повноважень відповідно організаторів і клініцистів в межах компетенції кожного.

Недосконала існуюча практика ухвалення рішення в системі охорони здоров'я, коли рішення, вимагають знань в області організації охорони здоров'я, віддаються на відкуп головним фахівцям — клініцистам які, як правило, не володіють знаннями в області організації процесів і систем. Це породжує насамперед невиконання наказів і інструкцій. Із цієї причини директивні документи, які стосуються питань системи надання медичної допомоги, профілактики, лікування не були виконані в повному обсязі [2, с. 1—12; 3, с. 8—9].

Практично всі елементи, що складають наказ, спеціалістами економічно не прораховуються, юридично не обґрунтовані, що і робить їх абсолютно непридатними в існуючій системі охорони здоров'я. Суть і зміст таких наказів містить багато позитивного, проте виконати їх без зміни в організації галузі неможливо. Незадоволеність організаційною побудовою існуючої системи надання медичної допомоги, заснованої на екстенсивному механізмі розвитку, породила необхідність реформування існуючої системи.

Нова система організації виробництва в охороні здоров'я, орієнтована на конвертному принципі, має підвищити високу економічну ефективність, тому вона взмозі працювати і успішно конкурувати в умовах страхового медичного обслуговування [2, с. 1—12; 3, с. 8—9; 4, с. 135—193].

Крім того, нова модель організації повинна стати інструментом, алгоритмом для здійснення загальної диспансеризації в окремо взятій спеціальності, ця модель при вмілому управлінні має можливість реалізувати ідею загальної диспансеризації, яка ні яким чином не може бути здійснена в неіндустріальній системі. Тільки так ми інтенсивним шляхом досягнемо профілактичної медицини, про яку постійно говоримо і яка значно менш затратна, ніж ця, яка є в даний час.

Професіонально-ділова кваліфікація управлінських кадрів виконує важливу роль в успішному перетворенні і функціонуванні медичних закладів будь-яких організаційно-правових форм. Високий рівень управлінської підготовки допомагає керівникам і менеджерам медичних закладів громадського (державно-муніципального) і приватного секторів системи охорони здоров'я, глибше осмислювати і ефективніше вирішувати завдання, що стоять перед ними. Проблеми, що є в цьому відношенні, зокрема стратегії зміцнення і розширення управлінського потенціалу, стають все більш актуальними, особливо для медичних закладів. Планування, організація та контроль в цій діяльності по наданню медичних послуг населенню є предметом пильної уваги багатьох вітчизняних і зарубіжних дослідників. Ринки економічно розвинених країн

насичені різноманітною інформацією по підвищенню ефективності управління. Проте зараз лише незначна її частина реально використовується в медичних закладах [5, с. 37—46.].

Дуже не просто змінити, скоректувати управлінське мислення керівників та менеджерів медичних закладів, їх прийоми і способи управління. Тому не доводиться дивуватися, що разом з радикальними політичними і соціально-економічними перетвореннями зі всіма загальновідомими потрясіннями та проблемами охорони здоров'я безперервно виникають значні труднощі, суперечності, спори і розбіжності в справі оновлення філософії і стратегії організації надання медичної допомоги, управління і економіки лікувально-профілактичних закладів в процесі їх перетворень згідно до нових вимог. При цьому нерідко забувається, що реформаторські настрої не повинні закривати об'єктивну необхідність збереження позитивних рис, властивих колишній системі охорони (охоплення організованих груп населення плановими заходами, щодо (санації порожнини рота та ін.) здоров'я, що будь-яке послідовне проведення ґрунтованих реформ, а саме впровадження індустріальної системи надання медичних послуг вимагає, перш за все, організації спеціальної підготовки та залучення в лікувально-профілактичні заклади кваліфікованих управлінських кадрів.

Останніми роками колективами лікувально-профілактичних закладів активно освоюються ринкові механізми, удосконалюється і розвивається їх діяльність, з'являються нові, ефективніші стимули до роботи. Спостерігається зростання регулюючої і об'єднуючої ролі держави і професійних (лікарських) асоціацій, все більший вихід лікарського активу із стану попередньої ізоляції від своїх колег з економічно розвинених країн, зростання професійної майстерності управлінського персоналу.

Проте відомі проблеми ринкових перетворень в охороні здоров'я позначається і на системі надання медичної допомоги. При цьому нерідко мають місце, з одного боку, гіперболізація значення і потенційні можливості ринкових механізмів, а, з іншого, ігнорування деяких негативних наслідків їх дії на надання медичної допомоги, особливо недостатньо уваги приділяється ранньому виявленню та профілактиці захворювань підростаючого покоління та матеріально малозабезпеченої частини населення. Робляться спроби дати концептуальне пояснення причин, щодо деколи нефективного функціонування медичних закладів в ринковому середовищі (недостатнє фінансування, відсутність системи медичного страхування, вилучення в дохід бюджетів засобів від платних медичних послуг лікувально-профілактичних закладів, нерозвиненість галузевої нормативної бази і т. д.). Пропонуються конкретні шляхи зміни такого положення, наголошуються ускладнення і збої в роботі ринкових механізмів, способи їх подолання [6, с. 67—73].

Аналіз сильних і слабких сторін системи охорони здоров'я, практики надання медичної допомоги населенню в різних її секторах продовжується аналізом ключових

чинників, що забезпечують успіх лікувально-профілактичних закладів, стратегії і тактики їх перетворення і розвитку, визначенням пріоритетних напрямів в політиці і управлінні ними на найближчу і віддалену перспективу.

Найважливіший, на наш погляд, урок, який слід витягнути з недавнього минулого, полягає у тому, що регулююча і направляюча участь держави в охороні здоров'я, зокрема в медичному забезпеченні населення, дуже бажана і навіть необхідна. В результаті цього, наприклад, в системі охорони здоров'я вдалося:

- подолати «медичну дискримінацію»;
- створити організаційно єдину мережу лікувально-профілактичних закладів з досить розвиненою інфраструктурою і матеріально-технічною базою;
- недостатньо, але відносно рівномірно розподілити фінансові і інші ресурси серед медичних закладів;
- з певними обмеженнями, щодо забезпечення територіально і економічно доступної медичної допомоги для більшої частини міського і сільського, дорослого, підліткового і дитячого населення в амбулаторно-поліклінічних та стаціонарних умовах. [5, с. 264—287].

Проте існуюча система охорони здоров'я все ж таки працює в екстенсивному режимі, недостатньо використовує інтенсивну індустріальну систему надання офтальмологічної допомоги, і тому не виконує багатьох економічних і соціальних обіцянок, виявляється в цілому недостатньо ефективною.

Концепція відповідальності кожного за стан свого здоров'я в умовах становлення ринкових відносин за відсутності ознак загального поліпшення добробуту населення, при всій її коректності, вельми вразлива. Ці міркування, на нашу думку, також необхідно мати на увазі в ході формування нової політики, стратегії і тактики розвитку кожного лікувально-профілактичного закладу і системи охорони здоров'я в цілому.

При цьому необхідно мати на увазі, що деякі медичні проблеми неминучі, детерміновані природою самої людини. Ніяке реформування соціально-економічної системи, системи охорони здоров'я населення не зможе вирішити проблеми, зв'язані, наприклад, з віком, природженими дефектами, рядом інших захворювань, що мають першо-причину в дефектах спадковості, бідності і соціальної незахищеності.

Подібні проблеми існували повсюдно і спрадавна, ймовірно, матимуть місце і надалі, незалежно від переважаючого типу економіки. Економічна і територіальна доступність медичної допомоги, максимізація охоплення населення якісними медичними послугами, що саме по собі вкрай важливе, дозволяють лише частково зняти гостроту цих проблем.

Суть реформ, що проводяться державою в охороні здоров'я, поки що не тільки не зрозуміла, але навіть чітко не сформульована, належним чином не доведена до широкого громадянства. На наш погляд, ці реформи повинні включати, у тому

числі і, перш за все, фундаментальний перегляд ролі держави в даній сфері, справедливішому розподілі відповідних ресурсів на основі дії ринкових механізмів, наданні громадянам більшої свободи вибору, розширенні реальних можливостей суб'єктів медичної діяльності, децентралізації і перерозподілі відповідних повноважень і відповідальності, управлінських функцій.

До основних рушійних сил реформ, зокрема у сфері охорони здоров'я, як з'ясувалося в ході їх проведення, можна віднести наступні характерні чинники, дію і значення яких необхідно усвідомлювати і враховувати в управлінні лікувально-профілактичними закладами будь-яких організаційно-правових форм:

- політичні (ідеологія, формація, влада, правління);
- економічні (моделі, форми власності, фінансування, ціни, заробітна плата, виробництво, ринки, стимули);
- управлінські (право, функції, кваліфікація персоналу).

Досвід економічної лібералізації і реформ систем охорони здоров'я в країнах Центральної і Східної Європи (Албанія, Болгарія, Угорщина, Польща, Румунія, Словаччина, Чехія, Югославія і ін.) показав, що відмова від централізованого державного управління і швидкий перехід до ринкових відносин має ряд побічних ефектів, може спричинити вельми відчутні, зокрема негативні наслідки. Так, домінування товарно-грошових відносин, передача прав власності місцевим властям, приватизація значної частини медичних та фармацевтичних установ природно приводять до виникнення в системі охорони здоров'я приватного сектора. Багато лікарів, як і їх колеги-лікарі інших медичних спеціальностей, починають бачити себе підприємцями, вести гонитву за прибутком. Громадяни (пацієнти) починають вважати себе лише споживачами медичних послуг, які повинні являтися ними для сплати податків і страхових внесків [8, с. 32—41; 2, с. 8—9].

Конструктивної співпраці між суспільним і приватним секторами охорони здоров'я, без об'єднуючого і координуючого впливу держави, не виходить. Лібералізація цін і заробітної платні викликає різкий стрибок вартості медичних послуг і ліків. Виникнення перекосів при переході від нормативної системи оплати праці до оплати по його результатах загострює проблему вартості медичних послуг. Соціально-економічні потрясіння, пов'язані з переходом до ринкової економіки, погіршують стан здоров'я населення і демографічні показники, збільшують потребу в медичній допомозі при крайній обмеженості ресурсів для її надання та отримання. Зняття багатьох обмежень і розширення можливостей вибору виконавців медичних послуг в цих країнах привело до того, що пацієнти, а також ті, хто покликаний їх обслуговувати, закрутилися в круговерті вседозволеності, бездарно розтрачуючи і без того мізерні ресурси.

Різко знизилася ефективність управління. Видання законодавчих актів регулюючих реформування даної сфери, не встигає за змінами, що відбуваються в ній. Відмова

від колишніх принципів організації охорони здоров'я, надмірна ставка на автономію і самозабезпечення відтіснили на задній план питання соціального захисту населення. Кінець кінцем, слабкість управління процесами, що відбуваються, на всіх рівнях національних систем охорони здоров'я призвели до організаційної і соціально-економічної кризи.

Основні напрямки рішень, що приймаються в цьому відношенні на всіх рівнях управління, ймовірно, можна об'єднати в трьох основних пакетах:

Націлений на поліпшення стану здоров'я населення як одного з найважливіших чинників духовного і матеріального благополуччя, особистої свободи громадян (заходи по підвищенню життєвого рівня, пропаганда здорового способу життя, захист навколишнього середовища, підвищення якості і ефективності надання медичних послуг).

Орієнтований на відновлення макро- і мікроекономічного балансу, економічний розвиток, оскільки саме ці два параметри виконують найважливішу роль в підвищенні рівня життя і поліпшенні стану здоров'я населення, діяльності лікувально-профілактичних закладів (заходи заборони державних витрат, перехід до переважно позабюджетних медико-страхових і інших джерел фінансування, доплат населення і працевдавців за медичні послуги). Даний пакет припускає проведення низки заходів, направлених на:

- скорочення витрат (втрат) за рахунок формування нових, ефективніших медичних послуг;
- надання споживачам все більш широкого вибору, більшої різноманітності медичних послуг;
- створення нових форм стимулювання;
- мінімізацію медичних ризиків і захист населення в системі обов'язкового і добровільного медичного страхування.

Перехід охорони здоров'я на інтенсивний шлях розвитку визначається п'ятьма факторами:

1. Прискоренням науково-технічного прогресу.
2. Інвестиційною політикою.
3. Структурною політикою.
4. Зв'язків з організаціями та закладами, як всередині держави так і за кордоном.
5. Вдосконаленням системи організації наукових, промислових та економічних методів господарювання.

Основним напрямом розвитку охорони здоров'я повинен бути профілактичний.

Система індустріальної медицини — нова форма організації охорони здоров'я, передбачає збільшення продуктивності праці медпрацівника. Відмінною особливістю цієї системи є збільшення кількості обслуговуючих одним медичним працівником

пацієнтів без зниження якості. Інтенсивні технології привели до ідеї створення в системі надання медичної допомоги конвеєра, чому сприяли наступні моменти:

1. Науково-технічний прогрес і індустріалізація медицини в цілому.
2. Високі можливості і вимоги до сучасного діагностичного лікувального і операційного обладнання.
3. Необхідність рентабельної експлуатації дуже дорогого, та морально застарілого обладнання.
4. Раціоналізація роботи висококваліфікованих лікарів різних напрямків.
5. Розробка і впровадження єдиної оптимальної системи надання медичних послуг.

Звідси одним з напрямів в діагностиці і лікуванні являється проблема раціонального використання устаткування як одного із самих серйозних питань економічної ефективності. Щоб виправдати високу вартість сучасної медичної техніки, як основу підвищення якості діагностики і лікування, необхідно виключити дублювання в її використанні і забезпечити максимальну інтенсивність експлуатації. При такому вирішенні питань ефективного використання медичного обладнання необхідно сумістити із пошуками шляхів більш раціональної організації діагностичного процесу і підвищення продуктивності праці медичних працівників, впровадження завершених циклів діагностичного обстеження і лікування. Це заставить розглядати діагностику не тільки з позицій, що визначають ефективність різноманітних методів обстеження, а як виробничий процес, заснований на конкретних технологічних циклах. Все це неминуче приводить до необхідності системного аналізу діагностики, пошуку методів зниження витрат на діагностику, що може бути здійснено через розробку науково-організаційних принципів підходів до інтеграції основних засобів та ресурсів різноманітного виду діагностики, а також індустріалізації діагностичного процесу, направлений на структурну модернізацію системи охорони здоров'я в цілому, а також впровадження індустріальної системи надання медичної допомоги, як найважливішого із елементів системи соціального захисту громадян (прийняття нових законів, зміцнення ресурсної бази охорони здоров'я, підготовка кваліфікованого персоналу, зокрема управлінського).

Література

1. Дембський Л. К. Інтенсивні технології в системі охорони здоров'я — К., 1999. — 137 с.
2. Про затвердження Програми подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги: Постанова Кабінету Міністрів України від 11 лип. 2002 р., №955 // *Стоматолог*. — 2002. — № 8(52). — С. 8—9.
3. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я: Посібник // Під заг. ред. Ю. В. Вороненка, Ф. Москаленка. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2000 — 680 с.
4. Журавель В. И. Основы менеджмента в системе здравоохранения. — К., 1994. — 335 с.

5. Задачи по достижению здоровья для всех: Европейская политика здравоохранения. — Копенгаген: ВОЗ. Европейское региональное бюро, 1993. — 322 с.
6. Пономаренко В. М., Ціборовський О. М., Польченко В. І. та ін. Концепція реформування первинної медико-санітарної допомоги // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. — 1999. — № 1. — С. 67—73.
7. Голяченко О. М., Сердюк А. М., Приходський О. С. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я. — Тернопіль—Київ—Вінниця, 1997 — 328 с.
8. Европейская политика по достижению здоровья для всех на двадцать первое столетие / Рабочий документ для консультаций. — ВОЗ. — 1997. — 216 с.
9. Основи організації та управління системою охорони здоров'я / А. В. Підаєв, В. М. Пономаренко, Ю. В. Вороненко, Б. П. Криштопа, О. М. Ціборовський // Панорама охорони здоров'я населення України. — К.: Здоров'я, 2003. — С. 100—115.
10. Лехан В. М; Іпатов А. В., Борвінко Е. В. Та ін. Організація роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря). — Д.: АРТ-ПРЕС, 2.002. — 370 с.
11. Криштопа Б. П., Андреева И. М. Менеджер в системе здравоохранения. — К., 1995. — 180 с.
12. Основи Законодавства України про охорону здоров'я // Голос України. — 15 грудня 1992р. — № 238.