

МЕХАНІЗМИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Фуртак І. І.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького; ЛРІДУ НАДУ

Державне управління системою охорони здоров'я (СОЗ) України здійснюється відповідно до підписаних уповноваженими особами міжнародних угод і договорів, Конституції, законів країни, насамперед Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», який визначає діючу модель СОЗ та нормативно-правових актів, виданих уповноваженими для цього органами в системі державного та галузевого управління, починаючи від КМУ і МОЗ, а також судових органів, що стосуються охорони здоров'я населення як на рівні держави, так і на рівні областей, районів та окремих населених пунктів, зокрема міст, селищ, сіл, тобто адміністративних територій і громад, а також медичних служб, визначених законодавством для окремих відомств.

Система дії такого комплексу нормативно-правових актів, які динамічно доповнюються як законами України, так і підзаконними актами на усіх рівнях державного та галузевого управління, зокрема наказами, розпорядженнями і вказівками в лікувально-профілактичних, санаторно-курортних закладах і їх підрозділах в комплексі забезпечує дієздатність цілісного державноуправлінського адміністративно-правового механізму охорони здоров'я населення України.

Ефективність цього механізму залежить від повноти, збалансованості, впорядкованості складових нормативно-правового поля СОЗ України.

Чинне законодавство декларує модель «Беверіджа» як основну схему формування і діяльності СОЗ України. Це передбачає чітку систему органів державного управління та пріоритет бюджетного фінансування охорони здоров'я населення, проте «Основи законодавства України про охорону здоров'я» на відміну від радянської моделі «Семашко» дозволяє залучення позабюджетних коштів, розвиток медичного страхування, створення приватних медичних закладів, декларує у ст. 18 принцип поособового фінансування «на жителя» та у ст. 35 надання первинної медико-санітарної допомоги «сімейними лікарями або іншими лікарями загальної практики».

Разом з тим ці принципи потребують нині більш детального законодавчого врегулювання, через відсутність якого вони не реалізуються вже півтора десятиліття з моменту прийняття вищезазначеного закону. Автором розроблено і пропонується проект Закону України «Про первинне медико-санітарне забезпечення» як адміністративно-правовий механізм реалізації засад задекларованих «Основами...».

Окремим неврегульованим питанням залишається статус ЛПЗ як самоврядних конкуруючих суб'єктів господарювання як це є в Канаді чи Великій Британії, де функціонує класична для СОЗ «модель Беверіджа». Дуже поміркований темп реформування

СОЗ України нині все ж ставить на порядок денний необхідність законодавчого вирішення цієї проблеми. Наразі листом МОЗ пропонується ЛПЗ самим змінювати свій статус. Однак при цьому перейменовані на некомерційні комунальні медичні підприємства стають вразливими, оскільки місцеві ради та адміністрації, як правило, скорочують їм обсяги бюджетного фінансування на своєму рівні на суму залучених в попередній звітний період позабюджетних коштів, посилаючись власне на їх новий статус.

Отже, новий статус ЛПЗ має бути комплексно врегульований законодавчо, тобто отримати повноцінне нормативно-правове поле, причому не вибірково, а назагал уся мережа державних і комунальних медичних закладів. Новий статус дасть ЛПЗ нові шанси і нову місію. Передусім це дозволило задіяти реальні механізми легалізації наявного тіньового ринку медичних послуг, зробити прозорими і легальними фінансові потоки, що на думку багатьох дослідників досягають обсягів одного порядку з консолідованим бюджетом галузі охорони здоров'я України. Такий підхід в перспективі дозволив би суттєво знизити рівень хабарництва і корупції у сфері охорони здоров'я вцілому, що позитивно вплинуло б як на оздоровлення стану справ в СОЗ, так і показників здоров'я населення, що є нині деформованими. На загал це дозволило б оптимізувати навну мережу ЛПЗ та усунути негативні чинники, які СОЗ успадкувала від попередньої системи, що не дають здійснювати реальне реформування галузі.

Державноуправлінський інформаційно-організаційний механізм охорони здоров'я в Україні складається з системи уповноважених для цього суб'єктів — органів державного і галузевого управління та системного інформаційно-аналітичного забезпечення їх діяльності.

Законодавством України визначається перелік як суб'єктів управління, так і їх функції, починаючи з загальнодержавного рівня — Президент України, ВРУ, КСУ, ВСУ, КМУ, МОЗ і до органів місцевого самоврядування, громадських організацій та закладів охорони здоров'я на рівні адміністративних територій і громад до міської, селищної, сільської ради та лікарської амбулаторії чи фельдшерського пункту, а також відомчих медичних служб включно.

Ефективність і результативність дії інформаційно-організаційного механізму охорони здоров'я населення залежить від якості, інтегрованості, технологічного рівня системи інформаційно-аналітичного забезпечення управлінських рішень (УР) та фаховості і компетентності працівників вищезазначених органів управління, а також інформаційно-аналітичних і організаційно-методичних центрів і підрозділів, зокрема існуючої їх мережі в СОЗ України як складової загальнонаціональної системи, до якої можуть входити і громадські організації.

Залучення громадськості до загальнонаціонального інформаційно-аналітичного механізму державного управління охороною здоров'я дозволить забезпечити зворотній

зв'язок, як виключно необхідний інструмент громадянського суспільства у сфері охорони здоров'я населення.

Інформованість громадян у визначених законодавством межах, а також можливість їх впливу і участі в прийнятті УР щодо охорони їх здоров'я є абсолютно необхідним чинником дієвості сучасного європейського громадянського суспільства та необхідною складовою демократичної країни. Належним чином сформований, доконструйований, структурований державноуправлінський інформаційно-організаційний механізм охорони здоров'я населення має бути дієвим чинником реалізації прав як окремих громадян, так і народу України вцілому на здоров'я як «повне фізичне, соціальне і духовне благополуччя».

Автором отримано низку авторських свідоцтв та організовано з колегами експеримент з впровадження автоматизованої системи інформаційно-аналітичного забезпечення прийняття УР з охорони здоров'я у визначених МОЗ регіонах. З цього приводу видано накази як МОЗ, так і на місцях, а також укладено угоду між Львівською та Херсонською обласними державними адміністраціями про співпрацю, яка була основою подальшої співпраці з вищезазначеної діяльності науковців ЛРІДУ НАДУ при Президентові України, Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького та ХНТУ.

Особливістю функціонування державноуправлінського фінансово-економічного механізму охорони здоров'я є певна неврегульованість, нескоординованість нормативно-правового поля, тобто неефективність дії державноуправлінського адміністративно-правового механізму охорони здоров'я в Україні. Так, ст. 12 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», який діє з 1992 року, стверджує в Ст. 12, що «державна політика охорони здоров'я забезпечується бюджетними асигнуваннями в розмірі, що відповідає її науково обгрунтованим потребам, але не менше десяти відсотків національного доходу», проте в жодному Законі України про бюджет з 1993 по нинішній рік цю норму не дотримано.

З прийняттям Конституції України у 1996 році це аргументується дією її ст. 95 «виключно законом про Державний бюджет України визначаються будь-які видатки держави на загальносуспільні потреби, розмір і цільове спрямування цих податків», що не забороняє бюджетувати охорону здоров'я населення «в розмірі, що відповідає її науково обгрунтованим потребам, але не менше десяти відсотків національного доходу».

Такий рівень бюджетування демонструється низкою країн з різними моделями СОЗ і киче необхідний практично вимираючому народу України, здоров'я якого характеризується показниками зверхсмертності чоловіків працездатного віку, високими рівнями дитячої та материнської смертності, захворюваності і смертності від цілої низки захворювань, показники яких вказують на наявність півтора десятка епідемій чи

передепідемічних станів в різних регіонах та делікатно і завуальовано формулюється в урядових документах як «негативний приріст» чи «депопуляція» населення.

Подолати кризові явища в структурі здоров'я населення можна лікувальними та профілактичними заходами, для надання яких функціонує розвинена мережа лікувально-профілактичних (ЛПЗ), санаторно-курортних та оздоровчих закладів, що становить національне багатство України.

Проблема полягає як у належному рівні фінансування заходів та програм з охорони здоров'я населення «на мешканця», так і у ефективному використанні виділених коштів консолідованого бюджету.

Державноуправлінський фінансово-економічний механізм охорони здоров'я викликає мабуть найбільше нарікань з усіх сторін як в Україні, так і за кордоном. І йдеться як про загальну тенденцію усіх урядів до скорочення витрат консолідованого бюджету на охорону здоров'я, так і проблеми ефективно-економного, отже економічного використання наявних ресурсів.

Автором пропонується без радикального реформування наявного в Україні державноуправлінського адміністративно-правового і інформаційно-організаційного механізмів чи моделі охорони здоров'я провести удосконалення діючого фінансово-економічного механізму шляхом запровадження «віртуального фондотримання» на рівні первинної ланки та оплати за обсяг і якість роботи в межах інтегрованого поособового фонду охорони здоров'я з прозорим механізмом фінансування за рівнями надання медичної допомоги.

Для відповідного при цьому врегулювання державноуправлінського адміністративно-правового механізму охорони здоров'я при цьому пропонується прийняти пропонування Закон України «Про первинне медико-санітарне забезпечення» і відповідні директиви МОЗ на його виконання (хоча при достатній вольовій ініціативі достатньо власних рішень МОЗ, підтриманих підзаконними актами КМУ, при належних діях Координаційної ради з охорони здоров'я при КМУ для забезпечення необхідної співпраці в межах органів виконавчої гілки влади та відомчих медичних служб тощо).

Для доорганізації дії державноуправлінського інформаційно-організаційного механізму охорони здоров'я в Україні пропонується сформувати як місцеві, регіональні, так і глобальні — загальнонаціональну та в перспективі ЄС, континентальну чи планетарну комп'ютерну систему інформаційно-аналітичної підтримки УР, яка об'єднала б мережу автоматизованих робочих місць (АРМ) з єдиним інтегрованим програмним забезпеченням та розподіленими базами даних щодо охорони здоров'я населення відповідного регіону.

Така система потребуватиме поточної підтримки в плані як підготовки кадрів користувачів (операторами можуть бути особи з середньою медичною чи базовою комп'ютерною освітою 1—2 місяці), так і технічного супроводу, а також розробки

та періодичного оновлення загальнонаціональних класифікаторів медичних послуг (в межах компетенції інститутів Національної Академії медичних наук).

За таких умов у співпраці МОЗ з Мінфіном, Мінекономіки, Мінпраці, Мінюстиції та іншими зацікавленими сторонами за участі фахівців комітету ВРУ з охорони здоров'я, материнства і дитинства, Координаційної ради з охорони здоров'я КМУ та Національної ради з охорони здоров'я при Президентові України стане можливим подаліше (поетапне — за економною «стратегією малих кроків») удосконалення державноуправлінського механізму охорони здоров'я на виконання вимог як чинних законів, так і указів Президента України та підзаконних актів КМУ, які стосуються реалізації поособового фінансування «на мешканця», оплати праці «за обсягом і якістю роботи» (а не на утримання «наявної мережі»).

Такими малими кроками, що не потребують значних ресурсів, буде:

— запровадження «віртуального фондотримання» лікаря загальної практики-сімейної медицини як первинного фондотримача і організатора охорони здоров'я, що не вимагає створення нового рівня юридичних осіб на базі структурних підрозділів ЦРЛ, міських лікарень і поліклінік в особі амбулаторій чи інших закладів сімейної медицини (що може радикально дезінтегрувати наявну мережу ЛПЗ різних рівнів і СОЗ України вцілому);

— створення «віртуального фонду охорони здоров'я населення регіону», в межах якого інтегрувалась би інформація про консолідований бюджет з різних рівнів фінансування на охорону здоров'я населення певного регіону з віртуальним поділом коштів поособово — «на мешканця» в єдиній комп'ютеризованій інформаційно-аналітичній системі управління охороною здоров'я на базі мережі АРМів в лікувально-профілактичних закладах і органах управління;

— запровадження оплати праці медпрацівників «за обсягом роботи», що обліковується АРМ за класифікаторами медичних і інших послуг відповідними програмним забезпеченням, та з подальшим аналізом якості, результативності і ефективності цих лікувально-профілактичних заходів із залученням громадськості для ефективного прийняття УР.

— організація навчання користувачів вищезазначених технологій як в органах управління та закладах охорони здоров'я, так і громадських організаціях.

Вищезазначені та інші необхідні заходи доречно скоординувати та відповідно спланувати для реалізації в системі виконавчої влади Координаційним комітетом з охорони здоров'я КМУ під егідою Національної ради з охорони здоров'я при Президентові України. Поточну практичну роботу по розробці директив, заходів, планів і графіків виконання і контролю слід доручити робочій групі фахівців, яку можна створити при МОЗ, Мінфіні, Мінекономіки чи КМУ залежно від політичної волі керівництва зазначених органів виконавчої гілки влади.

Запровадження сучасних управлінських, інформаційних, фінансово-економічних технологій з новітніми методиками «віртуального фондотримання», поособового фінансування «на мешканця» та оплати «за обсягом роботи» разом зі зміною статусу ЛПЗ при відповідному комплексному врегулюванні нормативно-правового поля дасть підґрунтя для дієвої зміни статусу як медичних працівників, так і пацієнтів. Це дозволить реалізувати принцип «кошти йдуть за пацієнтом», що зацікавить пацієнтів берегти своє здоров'я, розглядаючи його і як економічну категорію. А медики отримають стимули до розвитку профілактичної діяльності з реальною оплатою профілактичних послуг, оскільки суспільству вигідніше фінансувати профілактику і ПМСД, які на порядок дешевше вартості медичних послуг другого і третього рівня. Медики при цьому не втрачатимуть, бо оплата праці «за обсягом роботи» дозволить їм отримувати гідну оплату за відповідну працю згідно реально облікованого мережею АРМ обсягу за стандартами, затвердженими національними класифікаторами медпослуг. Потрібен лише спеціальний вишкіл задіяних фахівців.

Такий підхід дозволить розвивати участь громадськості як медичної, так і пацієнтів та пересічних громадян, як отримають реальний доступ до інформації через місцеві, регіональні та глобальні інформаційні мережі щодо стану справ в національній та регіональних чи місцевих СОЗ і кожному конкретному ЛПЗ в межах, визначених законодавством про лікарську таємницю. Причому це дозволить користуватись якісно опрацьованою достовірною інформацією в режимі «on line» навіть з кількох незалежних джерел одночасно. При належному законодавчому забезпеченні такий підхід дасть змогу формувати громадянське суспільство у дуже чутливій сфері — охорони здоров'я, а пересічним громадянам реально і свідомо залучатись до охорони свого власного здоров'я, знаючи обсяги коштів, які виділяються з бюджетів усіх рівнів на охорону навіть його власного здоров'я і як та ким вони викорисовуються на кожен момент часу, на що заплановані і ким, а також хто зобов'язаний контролювати доцільність, прозорість і правильність їх використання.