

В. Д. Долот,
кандидат наук з державного управління, докторант,
Національна академія державного управління при Президентові України
В. В. Дудка,
здобувач, Національна академія державного управління
при Президентові України
Л. А. Ляховченко,
головний спеціаліст, Національна академія державного управління
при Президентові України

ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ КЕРОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ (ЗА МАТЕРІАЛАМИ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ)

У статті на основі аналізу літературних джерел висвітлюється роль державного регулювання керованої медичної допомоги на регіональному рівні в умовах трансформаційних змін.

In the article on the basis of literary sources examination light up the role of the guided medicare government control at the local level in transformation conditions changes.

Ключові слова: здоров'я, керована медична допомога, державне регулювання, регіональний рівень..
Key words: health, guided medicare, government control, local level.

Немає справи, упорядкування якої було б складнішим, ведення небезпечнішим, а успіх — сумнівнішим, аніж заміна старих порядків новими.

Нікколо Макіавеллі

Для удосконалення необхідні зміни; для досягнення досконалості необхідні часті зміни.

Вінстон Черчилль

ВСТУП

Демократичні перетворення, що відбуваються в сучасному українському суспільстві, супроводжуються складними й суперечливими процесами, трансформацією влади, економічних основ держави, соціальної структури, суспільного устрою, що призвело до зростання ролі державних інститутів у регулюванні суспільних відносин [10].

У період докорінних перетворень у суспільно-економічній сфері України, реформування галузі охорони здоров'я, адаптації лікувально-профілактичних закладів до умов ринкової економіки зростає роль і значення механізмів державного управління перебудовою здоров'я охоронної сфери як на національному, так і на регіональному рівнях відповідно до суспільних потреб [2; 3; 7; 11].

Специфіка феномена здоров'я як складової людського розвитку полягає в тому, що його водночас можна розглядати, з одного боку, як безцінний та незамінний спосіб для досягнення всього розмаїття цілей індивіда, а з другого — як найнеобхіднішу умову для його повно-

цінного розвитку. Здоров'я, таким чином, сприймається не тільки і не скільки як здатність до фізично благополучного існування, скільки як здатність до виконання соціально-трудова функцій, відтворення сукупності людських здібностей та потреб взагалі [9].

Ефективність державної політики з охорони суспільного здоров'я визначається кількома базовими критеріями, а саме [1, 10]:

- станом суспільного здоров'я (зокрема; середньою очікуваною тривалістю життя);
- ефективністю механізмів фінансового захисту громадян на випадок захворювання;
- економічною ефективністю діяльності галузі;
- задоволенням потреб громадян щодо послуг з охорони здоров'я та медичного забезпечення.

Основою організаційних змін у сфері охорони здоров'я є відхід від принципу епізодичного лікування гострих захворювань до надання координованого континууму інтегрованих послуг, які будуть покращувати стан здоров'я конкретних груп населення. Зміни вимагають нових та відмінних від старих способів організації та уп-

равління системою охорони здоров'я. Основними з них є такі [8, с. 5]:

- управління ринком чи мережею послуг (управління, орієнтоване на задоволення потреб населення або на досягнення заданих результатів);
- управління медичним обслуговуванням з виходом за межі організацій;
- всеохоплююче безперервне управління якістю послуг з охорони здоров'я і постійне вдосконалення діяльності.

У контексті викладеного вище, автори поділяють думку тих дослідників, які вважають, що обов'язковими елементами такого підходу є оцінка потреб хворого та його сподівань. Виходячи з такої оцінки, необхідними є реорганізація ролі медичного персоналу у процесі догляду за хворими; підготовка медичного персоналу до надання допомоги в континуумі: допомога в гострому стані — приймальня лікаря — домівка хворого; надання допомоги відповідно до клінічних протоколів; використання даних про результати лікування та задоволення потреб хворого для покращення лікування та розробка інформаційної системи, яка допомагає проводити зазначену допомогу [6].

Одним із можливих шляхів оптимізації системи медичного забезпечення може бути широке впровадження у практику здравоохоронної сфери України керованої медичної допомоги.

ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ

Сутність керованої медичної допомоги, як відомо, полягає в тому, що на зміну класичній страховій моделі, характерними рисами якої були гонорарна система оплати (тобто сплати за кожну послугу), що призводить до збільшення вартості медичної допомоги; страхування, при якому оплачується вартість послуг за лікування хворих; повна свобода вибору надавачів медичних послуг, фрагментарна і непідзвітна система надання медичної допомоги, — швидкими темпами йде становлення керованої медичної допомоги, що базується на принципах конкурентності, інтегрованості, підзвітності й комплексного підходу [4; 5].

При цьому авансування (попередньо оплачена керована медична допомога) постачальникам медичних послуг здійснюється на основі подушного нормативу. А оскільки подушний норматив за своєю сутністю є тарифом, то фінансування буде фіксованим. У такій системі організації та фінансування медичної допомоги вирішальну роль набуває управління собівартістю послуг на підставі законів внутрішнього ринку в рамках єдиного медичного комплексу, який інтегрував свої можливості й уклав договір зі страховою компанією. Таким чином, подушний норматив повертає логіку нинішньої системи "оплати на послугу" у протилежну сторону. Фінансова зацікавленість надавачів послуг полягає у правильному управлінні їх собівартістю, а не в наданні більшої кількості послуг, як це відбувається при системі "сплати за послугу". При системі подушного нормативу управління собівартістю вимагає зниження обсягу послуг і їх вартості на одного пацієнта, однак при цьому повинні зберігатися якість допомоги та задоволення пацієнта.

Здійснений авторами системний аналіз літературних джерел свідчить, що для досягнення поставлених завдань у системі керованої медичної допомоги, окрім інтеграції можливостей, широко практикується "диспетчерські" функції лікаря загальної практики, який визначає найраціональніший медичний маршрут, контролюючи потоки пацієнтів. Адже саме він — лікар загальної практики/родинний лікар, — контролюючи і регулюючи потоки пацієнтів, направляє останніх на стаціонарне (госпітальне) лікування або ж віддає перевагу спеціалізованому амбулаторному лікуванню. Слід наголосити на тому, що,

окрім "диспетчерських" функцій, лікар загальної практики ще й формує наступність в організації медичної допомоги, адже медична допомога при цьому фактично планується. Наприклад, родинний лікар планує для своїх пацієнтів стаціонарну допомогу, замовляючи при цьому необхідну кількість ліжко-днів. Страхові компанії при роботі за принципом керованої медичної допомоги зможуть вибірково укладати контракти з тими надавачами медичних послуг, які зуміли забезпечити кращу її якість при мінімальних витратах [4; 5].

Автори глибоко переконані в тому, що в системі керованої медичної допомоги акцент зусиль лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ) у роботі зі збереження здоров'я пацієнта зміщується з лікування захворювань на їх профілактику, оскільки їх фінансовий стан прямо залежить від здоров'я зведеного на облік населення.

Загальні принципи керованої медичної допомоги зводяться до наступного [5]:

- підвищення відповідальності виробників медичних послуг за управління медичною допомогою прикріпленому контингентові;
- відповідальність виробників медичних послуг за якість допомоги, витрати на її надання та отриману від страхової компанії оплату за подушним нормативом, розмір якого ніяк не залежить від обсягу наданої допомоги;

— стимулювання організації керованої медичної допомоги до зниження обсягу необгрунтовано наданих медичних послуг на підставі отриманого прибутку у вигляді засобів, зекономлених за рахунок зниження обсягу необгрунтованих послуг.

Існує багато різних варіантів та організаційних моделей керованої медичної допомоги. В їх основі — інтеграція зусиль лікувально-профілактичних закладів, яка може проявлятися навіть у розвитку величезних мереж медичних закладів. Однак найбільш перспективною та визнаною моделлю інтеграції, яка почала з'являтися в західних системах здравоохорони впродовж останніх років, є лікарсько-лікарняні організації (ЛЛО). Вони включають в себе об'єднання лікарів загальної практики/сімейної медицини і багатопрофільних лікарень, які пропонують застрахованим повний набір медичних послуг на основі авансової подушевої оплати.

Як стверджують зарубіжні автори, для того, щоб досягти успіху в умовах керованої медицини, медичне підприємство повинно вміти нести фінансовий ризик як невід'ємну частину загальної подушної оплати. При цьому слід наголосити, що загальний фінансовий ризик буде розподілено серед лікарів первинної ланки, профільних спеціалістів поліклінік і госпітальних відділень.

Управління в умовах керованої медичної допомоги відбувається з врахуванням [5]:

- аналізу діяльності (включаючи фінансову) кожної ланки, кожної служби;
- визначення раціональних маршрутів руху хворих;
- пошуку ресурсозберігаючих технологій і відповідного стимулювання;
- встановлення контрольних цифр, тобто цілей щодо обсягу медичної допомоги;
- розробки і впровадження протоколів (керівництв, стандартів) лікування;
- оцінки виконання фінансових планів і заохочення за економію.

Найефективнішим органом управління в такій моделі може бути лікарсько-адміністративна група, до складу якої входять представники усіх зацікавлених сторін, зокрема представники адміністрації, сімейні лікарі, завідувачі госпітальними та поліклінічними відділеннями. Вказані категорії медичного персоналу однаковою мірою зацікавлені у підвищенні якості ме-



Рис. 1. Схема алгоритму створення системи керованої медичної допомоги як варіанту механізму управління медичним забезпеченням

дичної допомоги і зниженні нераціональних витрат, адже працюють в єдиній інтегрованій системі, де при чіткому розподілі функцій відбувається спільна відповідальність за кінцевий результат. На рис. 1 представлено схему алгоритму створення системи керованої медичної допомоги як одного з варіантів механізму управління медичним забезпеченням.

Працюючи в єдиному медичному, фінансовому та інформаційному полі, члени лікарсько-адміністративних груп мають повну медико-економічну інформацію щодо пацієнтів та їх потоків, що спрямовуються в госпітальні та поліклінічні відділення; знають обсяги робіт, що виконуються в кожному структурному підрозділі, а також добре інформовані щодо затрат, включаючи амбулаторії сімейної медицини. Прозора, системна інформація дає можливість коректувати обсяги медичної допомоги і фінансові потоки між структурними підрозділами з врахуванням медичної та економічної доцільності.

Як стверджують експерти [4], така система управління дозволяє оптимізувати обсяги медичної допомоги, функцію та структуру лікувально-профілактичних закладів регіону, їх кадровий склад, виключити нераціональні витрати і, в кінцевому рахунку, визначитися з реальною величиною подушного нормативу, необхідного для організації повноцінної медичної допомоги населенню в будь-якій моделі системи охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ

1. Обґрунтовано, що модель керованої медичної допомоги, організованої в межах адміністративної території, інтеграції зусиль лікувально-профілактичних закладів із чітким розподілом обов'язків і спільною відповідальністю за кінцевий результат дозволяє на якісно новому рівні організувати систему управління як при переході до моделі обов'язкового медичного страхування, так і при бюджетній медицині.

2. Доведено, що в основу запропонованого підходу закладено принцип доцільності, тобто відбувається раціональний розподіл обсягів медичної допомоги та ефективне використання наявних ресурсів (фінансових

і людських), тобто використовуються наукові підходи сучасного менеджменту та логістики.

3. Використання принципу керованої медичної допомоги:

а) забезпечує прозорий розподіл ресурсів на усіх рівнях — від подушного нормативу до ресурсів адміністративної території;

б) дає можливість оцінити реальні потреби населення в різних видах медичних послуг;

в) сприяє оптимізації функції, структури та кадрового складу лікувально-профілактичних закладів регіону.

4. Модель керованої медичної допомоги дає можливість сімейним лікарям реально управляти обсягами медичної допомоги і потоками пацієнтів, піднімаючи їх до рівня базових менеджерів, а організатори охорони здоров'я усіх рівнів при даній моделі можуть оперативно аналізувати якість медичної допомоги та раціонально використовувати наявні ресурси.

Література:

1. Карамішев Д.В. Стратегічне управління інноваційними процесами в системі охорони здоров'я: державні механізми: монографія / Д.В. Карамішев. — Х.: Вид-во ХарПІ НАДУ "Магістр", 2006. — 304 с.
2. Мельниченко О.А. Підвищення рівня та якості життя населення: механізм державного регулювання: монографія. — Х.: Вид-во ХарПІ НАДУ "Магістр", 2008. — 232 с.
3. Надюк З.О. Державне регулювання ринку медичних послуг в Україні: монографія / З.О. Надюк; предмова проф. В.М. Огаренка. — Запоріжжя, 2008. — 296 с.
4. Портер М. Конкурентна стратегія: методика аналізу і конкурентів / М. Портер. — М.: Альпіна Бизнес Букс, 2005. — 247 с.
5. Портер М. Переосмислення системи здравоохранения. Как создать конкуренцию, основанную на ценности и ориентированную на результат / М. Портер, Э. Айсберг. — К.: Издательство Алексея Капусты (подразделение "Агенства "Стандарт"), 2007. — 620 с.
6. Рожкова І.В. Децентралізація управління у сфері охорони здоров'я на місцевому рівні: монографія / І.В. Рожкова, І.М. Солоненко. — К.: Фенікс, 2008. — 160 с.
7. Рожкова І.В. Розвиток конкурентоспроможності регіонального управління у сфері охорони громадського здоров'я: монографія. — К.: Фенікс, 2009. — 384 с.
8. Солоненко І.М. Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров'я: монографія / І.М. Солоненко, І.В. Рожкова. — К.: Фенікс, 2008. — 276 с.
9. Федько О.А. Перспективи управлінського впливу на формування та збереження здоров'я населення з урахуванням ціннісно-світоглядної трансформації українського суспільства в умовах соціальної нестабільності: монографія / О.Ф. Федько. — К.: НАДУ, 2012. — 384 с.
10. Управління охороною здоров'я територіальної громади: монографія / Авт. кол: І.В.Рожкова, Л.І. Жаліло, Ю.В. Давидова та ін.; за ред. В.М. Вакулєнка, М.К. Орлатого. — К.: НАДУ, 2009. — 152 с.
11. Урсол Г.М., Скрипник О.А., Бугро В.І. Стратегія реформ. Регулювання фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я: від державного до приватного сектора. — Кіровоград: ТОВ "Імекс-ЛТД", 2009. — 404 с.

Стаття надійшла до редакції 27.01.2012 р.