

**Беркій Остап Любомирович, магістрант,
Синиця Світлана Михайлівна, к.е.н., доцентка,
доцентка кафедри управління та адміністрування**

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

Система охорони здоров'я певної країни повинна відповідати встановленим універсальним критеріям: ієрархічна будова; налагоджені управлінські комунікації між суб'єктами та об'єктами управління. Також при побудові системи охорони здоров'я мають враховуватися особливості стану здоров'я населення, рівень його захворюваності.

Система охорони здоров'я перебуває у виключному контролі з боку держави, тобто це її безальтернативна функція, оскільки вона є визначальною. Управлінням та координацією даної системи займається Міністерство охорони здоров'я України через Департаменти охорони здоров'я при обласних державних адміністраціях.

Система охорони здоров'я України має трьохрівневу структуру: національний, регіональний та субрегіональний рівні. Національний рівень системи охорони здоров'я представлений Міністерством охорони здоров'я України та закладами охорони здоров'я державної форми власності, які підпорядковані безпосередньо МОЗ. Регіональний рівень системи охорони здоров'я представлений Департаментами охорони здоров'я при обласних державних адміністраціях та державні заклади охорони здоров'я, які передані їм в управління відповідними рішеннями вищих органів державної влади, та заклади охорони здоров'я, які перебувають у спільній власності територіальних громад. Субрегіональний рівень системи охорони здоров'я представляють районні державні адміністрації, районні, міські, районні у містах, селищні та сільські органи місцевого самоврядування та заклади охорони здоров'я, які підпорядковані цим органам на правах комунальної власності [1].

Безпосередньо охорону здоров'я забезпечують санітарно-профілактичні, фізкультурно-оздоровчі, санаторно-курортні, аптечні, науково-медичні та інші заклади охорони здоров'я. Спеціально уповноваженим центральним органом державної виконавчої влади в галузі охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України. Функції спеціально уповноважених органів державної виконавчої влади в адміністративно-територіальних одиницях України покладаються на органи місцевої державної адміністрації.

Основою національної системи охорони здоров'я є первинна лікувально-профілактична допомога, яка надається переважно за територіальною ознакою лікарями загальної практики. Світовий досвід, свідчить, що розвиток первинної допомоги на засадах сімейної медицини є найефективнішим засобом досягнення справедливого розподілу і раціонального використання коштів, підвищення результативності роботи галузі охорони здоров'я.

У більшості країн світу первинна медико-санітарна допомога при ефективній її організації забезпечує до 90 % загального обсягу медичної допомоги. Кількість лікарів загальної практики – сімейної медицини становить 30-50 % кількості всіх лікарів, що працюють у галузі охорони здоров'я [2].

Держава створює умови для ефективного та доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності.

Управління закладами первинної ланки національної системи охорони здоров'я здійснюють: Департаменти охорони здоров'я виконавчих комітетів міських рад; та головні лікарі районів. Первинна медико-санітарна допомога в Україні охарактеризована роздробленими структурами, які організаційно, фінансово та функціонально, зв'язані із спеціалізованою амбулаторною допомогою. Протягом досить тривалого часу увага більшою мірою приділялася розвитку дорогих видів спеціалізованої та швидкої медичної допомоги. Фінансова складова забезпечення первинної медико-санітарної допомоги складає менше ніж 10 % фінансових ресурсів, які виділені з бюджету на охорону здоров'я і це не дає змогу досягти максимально оптимального розподілу обсягів діяльності між рівнями медичної допомоги. На первинному рівні в Україні починають і завершують лікувальний процес лише до 30 % пацієнтів у містах і до 50 % пацієнтів у сільській місцевості [3].

Недостатнє фінансування та нераціональна організація первинної допомоги мали наслідком втрату комплексності та наступності в наданні медичної допомоги, формального підходу до здійснення профілактики та диспансерної роботи. Наслідком цього процесу є зростання показників пізнього виявлення важких хвороб та ускладнень хронічних захворювань. Як наслідок, це спричиняє зростаючу потребу в спеціалізованому дорогому лікуванні.

Застосування економічних важелів управління первинною медико-санітарною допомогою в існуючих умовах є практично неможливим.

Причинами не функціональності первинної медико-санітарної допомоги є: інфраструктура охорони здоров'я є нераціональною; доступність первинної допомоги для населення є досить низькою, особливо це відчутно в сільській місцевості; якість первинної медико-санітарної допомоги перебуває на недостатньому рівні і є наслідком відсутності мотивації працівників, технологічної відсталості лікувально-профілактичних закладів, невідповідності сучасним умовам; кадрове забезпечення перебуває на неналежному рівні; система управління первинною медико-санітарною допомогою є неефективною; нормативно-правова база є недостатньо наукового обґрунтована та для ефективного функціонування і сталого розвитку первинної медико-санітарної допомоги [4].

Принципами надання первинної лікувально-профілактичної допомоги є: високий ступінь кваліфікованості; значна оперативність; широка доступність.

В Україні первинна допомога представлена роздробленими структурами, що функціонально, організаційно та фінансово поєднані зі спеціалізованою амбулаторною допомогою. Упродовж тривалого часу увага в основному приділялася розвитку дорогих видів спеціалізованої та швидкої медичної допомоги. Фінансове забезпечення первинної допомоги становить менше ніж 10 % коштів, виділених на охорону здоров'я, що не дозволяє досягти оптимального розподілу обсягів роботи між рівнями медичної допомоги. В Україні на первинному рівні починають і закінчують лікування лише до 30 % пацієнтів у містах і до 50 % пацієнтів у сільській місцевості.

Нераціональна організація первинної допомоги та її недостатнє фінансування призвели до втрати комплексності та наступності в наданні медичної допомоги, формального підходу до здійснення профілактики та диспансерної роботи. Як наслідок, спостерігаються високі показники пізнього виявлення тяжких хвороб та ускладнень хронічних захворювань, що зумовлює надмірну потребу в дорогому спеціалізованому лікуванні.

Вторинна лікувально-профілактична допомога надається вузькоспеціалізованими лікарями, що мають необхідну відповідну освіту та здатні здійснити більшого ступеню кваліфіковане консультування, діагностику, профілактику і лікування, на відміну від лікарів загальної практики. Надається спеціалізована лікувально-профілактична допомога в спеціалізованими лікарняним відділеннями міських, центральних, районних, а також частково в обласних лікарнях [5].

Здійснюють управління закладами вторинної ланки національної системи охорони здоров'я такі служби: головний лікар району; відділ (управління) охорони здоров'я виконавчого комітету міської Ради; Департамент охорони здоров'я обласної державної адміністрації.

Третинна лікувально-профілактична допомога здійснюється лікарем або командою лікарів, що мають необхідний рівень підготовки в сфері важких для діагностики і лікування захворювань, у випадку лікування захворювань, які потребують спеціальних методів діагностики та лікування, а також з метою встановлення діагнозу і проведення лікування захворювань, що рідко трапляються.

Здійснюють управління закладами третинної ланки національної системи охорони здоров'я: управління охорони здоров'я виконавчого комітету міської Ради; департамент охорони здоров'я обласної державної адміністрації; Міністерство охорони здоров'я України. До національної системи охорони здоров'я також відносять відомчі медико-санітарні служби, які представлені закладами охорони здоров'я та відповідними органами, що здійснюють управління.

Сьогодні керівниками всіх рівнів у системі охорони здоров'я є лікарі, як правило — без спеціальної управлінської освіти. Останню тезу можна заперечити: мовляв, усі закінчують спеціальні курси підвищення кваліфікації в

системі медичної післядипломної освіти. Не вдаючись до аналізу змісту та особливостей перепідготовки й удосконалення лікарів, слід підкреслити: трансформації системи охорони здоров'я, що відбуваються вимагають фахівців іншої якості, котрі мають спеціальну освіту.

Аби ефективно управляти галуззю, потрібно знати специфіку дії економічних законів. Наприклад, відомий «закон Рьомера»: «Створене лікарняне ліжко не залишиться незайнятим». Або ж «закон Банкера»: «Збільшення числа хірургів та зростання вартості хірургічних процедур призводять до збільшення хірургічних операцій». Ідеться про провоковане надавачами послуг штучне створення попиту на медичні послуги. Хіба часто пацієнти відмовляються від призначень та порад лікаря?

Охорона здоров'я — галузь особлива, адже попит на медичні послуги ніколи не вичерпується, натомість ресурсів бракує завжди.

Отже, сучасна управлінська парадигма ґрунтується на аксіомі, що «суперсистеми» часто мають більше значення, ніж «суперлюди», і управлінські проблеми є породженням не поганих людей, а слабких систем. Управлінці повинні сконцентруватися передусім на показниках діяльності системи охорони здоров'я в цілому та конкретних закладів зокрема. Головними результатами діяльності системи охорони здоров'я, її підсистем та окремих закладів є показники здоров'я населення, якість послуг, зосередженість на пацієнтах та інших споживачах, фінансові показники, людські ресурси, рівень соціальної відповідальності.

Щоб оцінити названі показники потрібно обрати кілька ключових для закладу індикаторів і визначити певні цілі досягнення конкретних значень цих індикаторів за певний період. Вибір показників має віддзеркалювати стратегію закладу. Персонал, будучи носієм цієї стратегії, щоденно її реалізує. Коли мета діяльності чітка й усім зрозуміла — легше ухвалювати рішення в кожній конкретній ситуації.

Сучасне управління передбачає зосередженість системи на клієнті, а саме можливість для пацієнта контролювати лікування, очікування, розгубленість клієнта, а також замученість до процесу лікування значущих для пацієнта інших осіб. Рівність, зменшення витрат часу та інших ресурсів також слід віднести до ключових параметрів якості охорони здоров'я. Очевидно, що зазначені параметри не пов'язані безпосередньо із тривалістю життя пацієнта чи поліпшенням його функціонального статусу, проте вони є індикаторами дієвості системи. Тож управління передбачає постійне вимірювання результатів діяльності, їх аналіз та оцінку. Такий підхід називають «доказовим менеджментом». Тим часом управлінці зазвичай вдаються до спонтанних рішень. Справді, інформації для ухвалення щоденних рішень постійно бракує, та й доказів завжди недостатньо.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Гук А. В. Стратегічні напрямки забезпечення якісної медичної допомоги / А. В. Гук // *Главный врач*. – 2002. – № 8. – С. 55–60.

2. Пальчук В. Реформування галузі охорони здоров'я в Україні : створення госпітальних округів у регіонах / В. Пальчук // Україна : події, факти, коментарі [Електронний ресурс]. – 2017. – №4. – С. 39-50. – Режим доступу : goo.gl/XDwGbK.
3. Панчишин Н. Я. Оцінка ефективності управління в системі охорони здоров'я / Н. Я. Панчишин, В. Л. Смірнова // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2012. – № 3 (53). – С. 57–59.
4. Пашков В.М. Державне регулювання діяльності в галузі охорони здоров'я Спеціалізований медичинський сайт. Щотижневик «Аптека» № 26 (547) от 3.7.2006.
5. Перетяка О. Медична допомога та ринкове регулювання. Медична газета України «Ваше здоров'я», медичне видання: точка зору № 12 (789) – С. 185-189.

Крет Олег Петрович, магістрант,
Жекало Ганна Іванівна, к.пол.н,
доцентка кафедри управління та адміністрування

ОСМИСЛЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ СПРАВЕДЛИВОСТІ В КОНТЕКСТІ СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ

Питання про справедливе суспільство – це досить умовне поняття. Адже у різних соціальних груп в суспільстві може бути різне уявлення про справедливість, різні цінності, блага, цілі.

Як правило, справедливою називають таку систему відносин, в якій розподіл життєвих благ, на думку більшості, здійснюється справедливо. Іншими словами, соціально справедливою може бути названа така система яка об'єктивно відповідає інтересам (і перш за все економічним) здебільшого даного, історично сталого суспільства. А

бо в суспільстві складаються такі відносини (наприклад, розподілу), які суб'єктивно сприймаються більшістю громадян як справедливі. А це означає, що ці відносини розглядаються більшістю громадян країни як природні і адекватні для кожного в його розвитку і розвитку інших. Відповідно до вище зазначеного, сприйняття соціальної справедливості як системи загальноприйнятого для більшості розподілу благ – це ще один підхід у розумінні цього концепту.

Виходячи з подібних міркувань, зазначимо, що розуміння справедливості завжди вбудовано в політику, воно пов'язане з політичним вибором і політичним рішенням. Знову ж таки політичні рішення різняться як по структурі, рівню впливу, характеру, об'єктивно-предметній чи суб'єктивній складових. Здавалося б, подібні питання можуть мати різну політичну реакцію.

Тому і розуміння справедливості в цьому відношенні буде відрізнятися. Ці різні інтерпретації – яскраве свідчення того, що рішення про те, що є в суспільстві «справедливо», неминуче є політичним чи навіть управлінським рішенням.

Зусилля щодо просування соціальної справедливості зазвичай спрямовані на різні демографічні показники, зокрема, расу, етнічну приналежність та національність, стать, вік, релігійну приналежність, фізичні якості, інвалідність