



**СТВОРЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ
АДМІНІСТРАТИВНИХ ТА ОСВІТНІХ ПОСЛУГ:
ТЕОРІЯ ТА ПРАКТИКА**

**Матеріали науково-практичної конференції
19 квітня 2012 р., м. Луганськ**

УДК [354:(33.021.8:61)](477)

О. П. Перетяка

ГОСУДАРСТВО КАК СУБЪЕКТ МЕДИЦИНСКОЙ РЕФОРМЫ

*„Медицина – это та отрасль,
которая должна идти впереди,
как дым от паровоза”*

В. Янукович, Президент Украины

За двадцатилетний период независимости Украины медицинская отрасль фактически осталась вне рыночных отношений, без серьезной трансформации управленческих, экономических и структурных основ функционирования здравоохранения. Проводимые „оптимизации”, „реорганизации” и прочие „новации” отрасли никогда не меняли базовых основ ее существования, суть которых состояла в жесткой привязке к бюджетному финансированию, к управлению „сверху”, к администрированию и другим принципам советского здравоохранения.

Несомненно, роль государства как регулятора социальных отношений была и остается доминирующей в формировании

социальной политики. Оно формально несло и продолжает нести особую ответственность за сохранение и укрепление здоровья населения, за эффективную реализацию профилактической, лечебной и других видов деятельности в сфере здравоохранения. Многие специалисты обоснованно полагают, что медицину следует рассматривать как отрасль экономики, более того, как отрасль социальной сферы экономики. Поэтому здравоохранение должно занимать исключительное место в социально ориентированной рыночной экономике, функционировать как медико-производственный комплекс наряду с агропромышленным, топливно-энергетическим, военно-промышленным комплексами.

Цель статьи – рассмотреть основные вопросы медицинской реформы в Украине.

Современная организационная структура системы здравоохранения представлена на рис. 1.

В этой структуре принято выделять три основных уровня управления: 1) национальный, 2) региональный и 3) уровень районов и территориальных громад [1]. До настоящего времени сохраняется прежняя вертикаль государственного управления, где доминирует национальный уровень над региональным, а региональный – над местным уровнем управления. В такой структуре, к сожалению, не оказалось места для реализации управленческой деятельности на уровне лечебного учреждения, т.е. того места, которое является центральным и определяющим в сфере медицинских отношений – между врачом и пациентом.

Как показывает опыт прошедших лет, попытки реформировать отрасль в нашей стране проводятся исключительно „сверху“, меняя управленческие механизмы на трех указанных уровнях управления. Причем данный процесс осуществляется лишь в рамках „централизации“ и „децентрализации“ полномочий в существующей отраслевой вертикали власти. Практически в таких трансформациях роль субъекта выполняли органы и должностные лица пресловутой „управленческой вертикали“, а в качестве объекта управленческих манипуляций выступали лечебные учреждения, медицинские коллективы, где их непосредственные интересы учитывались меньше всего. Говорить же о потребностях, правах и интересах пациентов в „реформаторских“ схемах даже не было принято. Декларируя „бесплатность“ медицинской помощи, чиновники от медицины всегда предполагали наличие и использование „внебюджетных“ средств,

основным источником которых являлся кошелек пациента.

Государство как субъект правоотношений фактически не является таковым. Оно не имеет статуса юридического лица, которое бы взаимодействовало с другими физическими и юридическими лицами, несло бы ответственность перед Законом. Это образование (т. е. государство), по сути, фикция, мираж, которое, якобы, „наделило“ (уполномочило) правом представлять себя органам разных „ветвей“ власти перед другими субъектами права. В итоге в сфере здравоохранения (и не только в ней) сложилась парадоксальная ситуация: государство планирует, финансирует, организует и оказывает медицинскую помощь, контролирует себя и отвечает перед собой за реализацию всех указанных выше процессов. По сути, теперь государство для себя же и проводит (или делает вид, что проводит) затянувшееся на десятилетия реформирование медицинской отрасли.

Только лишь известный литературный герой – барон Мюнхгаузен был способен вытащить себя за волосы из болота. Нынешняя ситуация с системой государственного здравоохранения, пытающейся трансформировать саму себя, напоминает действия того же барона. Опыт прошедших десятилетий красноречиво свидетельствует, что существующая система не может себя реформировать. Поэтому нужно искать совершенно другие пути и механизмы трансформации медицинской отрасли.

Вся реформаторская деятельность существующей отраслевой организационной структуры направлена на самосохранение действующей системы. Современная система здравоохранения представляет собой „отрасль-центрированную“ модель, центральным звеном является государственная медицина (отрасль) (рис.2).

Данная модель направлена на реализацию интересов государства за счет игнорирования потребностей пациентов и медицинских работников. В ней четко работают механизмы жесткой управленческой вертикали, остаточного распределения бюджета, экстенсивного развития отрасли, бесправия пациентов и медработников, уравниловки в оплате труда, информационной закрытости и т.д. и т.п. В действующей модели практически отсутствуют экономические механизмы регулирования и общественного контроля, справедливого перераспределения общественных благ и защиты интересов, как пациентов, так и медицинских работников.

Очевидно, что современная „отрасль-центрированная“ – модель здравоохранения в условиях рыночных отношений, не может

действовать эффективно, т. к. рынок ее разрушает, активно включает в „теневой” сектор экономики, в ней смещены приоритеты прав граждан на интересы „вертикали власти”. Не могут себя реформировать и существующие структуры отраслевого управления. Примером тому может служить двадцатилетняя история упадка отечественного здравоохранения, когда каждые 1,5–2 года менялись отраслевые министры, периодически перетряхивалась вся вертикаль управления, а здравоохранение в целом деградировало. Ранее предлагаемые пути реформирования отрасли „сверху” имели целью адаптировать систему здравоохранения к реальным возможностям бюджета через закрепление уровня медицинской помощи.

К сожалению, и нынешний подход к трансформации здравоохранения имеет старую философию модернизации „отрасль-центрированной” медицинской модели. По мнению одного из авторов, проводимой очередной реформы отрасли, профессора В. Н. Лехан [2], сделавшей программный доклад на 2-й международной конференции главных врачей Украины (29.09.2010, г. Киев), в системе здравоохранения Украины существует много проблем: 1) чрезмерная децентрализация и фрагментация финансовых потоков; 2) неэффективное использование ресурсов и как следствие неэффективность структуры медицинского обслуживания; 3) низкое качество медицинской помощи; 4) низкая доступность и качество лекарств и др. Решение этих проблем отечественные реформаторы видят в структурной реорганизации первичного звена отрасли, формировании госпитальных округов на вторичном уровне с последующей автономизацией медицинских учреждений. Однако в данной схеме нет механизма для удовлетворения потребностей граждан и защиты их интересов.

Особенностью проводимых новаций в отечественном здравоохранении является то, что планируется лишь модернизация существующей „отрасль-центрированной” модели, построенной на старых подходах: оптимизации сети, переоснащении медицинских учреждений, концентрации финансовых потоков на областном уровне (для вторичной медицинской помощи) и на районном (городском) уровне (для первичной медицинской помощи). Отсутствие изменений в отношениях „врач – пациент” в данной системе ставит под сомнение эффективность проведения качественных преобразований в медицинской сфере, ведь от участия этих субъектов зависят результаты планируемых трансформаций в отрасли.

Проведение „пробной медицинской реформы” в нескольких регионах страны лишь подтверждает то, что нужно менять базовые принципы трансформации отрасли. И негативные результаты „реформы” здравоохранения уже очевидны не только в пилотных регионах: „участковые” врачи не стали „семейными” доступность к медицинской помощи еще более снизилась, нарастает активное сопротивление насаждаемым „сверху” изменениям как со стороны пациентов, так и медицинских работников. Например, по результатам анкетирования жителей Днепропетровской области (пилотный регион) с помощью СМИ абсолютное большинство анкетированных (более 90 %) дали негативную оценку реформе [3].

Первые результаты „пилотных проектов” свидетельствуют, что реализуется чиновничья реформа „сверху” медицинская вертикаль работает на самосохранение с концентрацией финансовых и прочих ресурсов; „оптимизация” (сокращение) коечного фонда определяется не потребностями граждан (т. е. рынком), а желанием управлять процессом чиновников; централизация управленческой вертикали подменяет экономическую и хозяйственную самостоятельность медицинских учреждений; полностью проигнорированы интересы пациентов и работников отрасли.

Как показывает практика, проводимые реформы здравоохранения и новые законы [4: 5] пока лишь вызывают непонимание, как у населения, так и у медработников. Поэтому, прежде чем проводить трансформации в отрасли, следовало бы в первую очередь подумать о том, как новые преобразования отразятся на людях, в том, хотят ли они таких нововведений. По нашему мнению, сутью эффективного реформирования украинской медицины должна стать смена модели „отрасль-центрированного” здравоохранения на модель „пациент-центрированного” здравоохранения (рис. 3). Только изменение принципиальных основ, формирование новой философии и парадигмы проведения преобразований в отечественной медицине может стать залогом успеха реформ в отечественном здравоохранении.

Сутью новой модели здравоохранения является то, что в ней приоритетными выступают не интересы государства (отрасли), а интересы гражданина (пациента). Именно тогда коренным образом изменится и организация, и финансирование, и управление медицинской отраслью. Фактически система здравоохранения должна быть перевернута „с головы на ноги”.

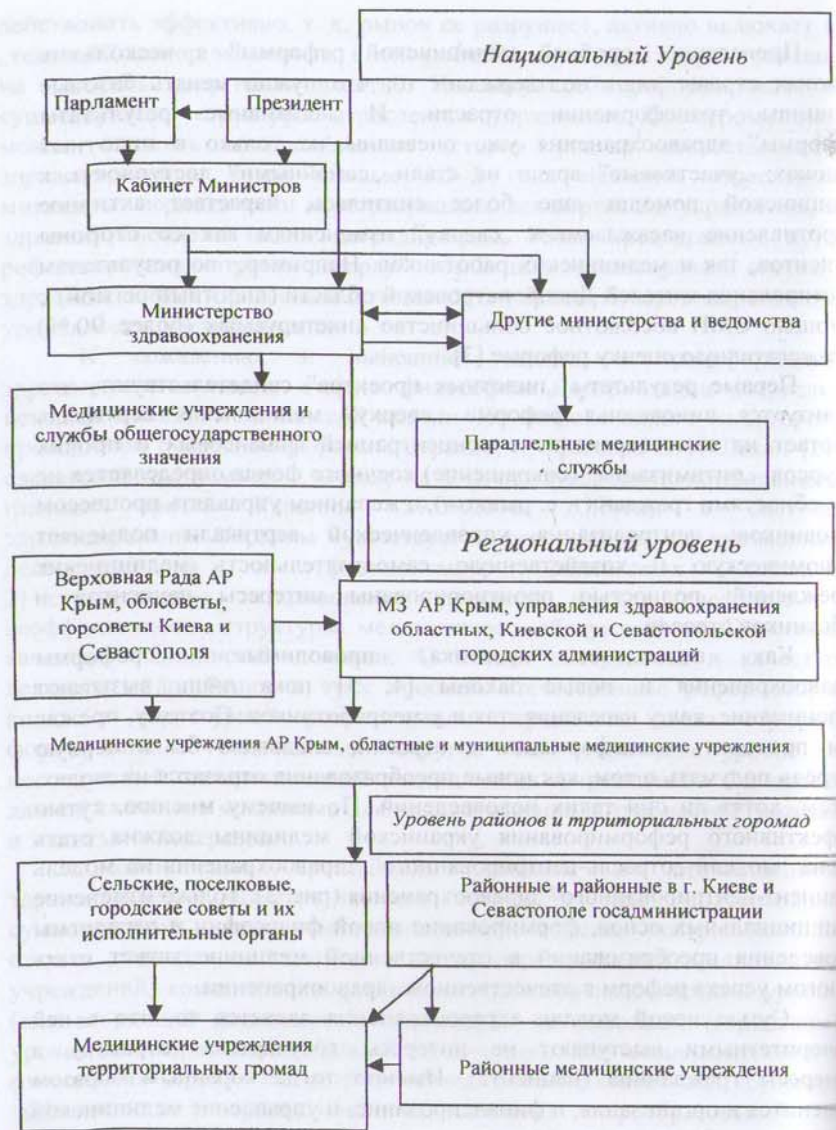


Рис.1. Современная организационная структура системы здравоохранения



Рис. 2 Отрасль-центрированная модель здравоохранения

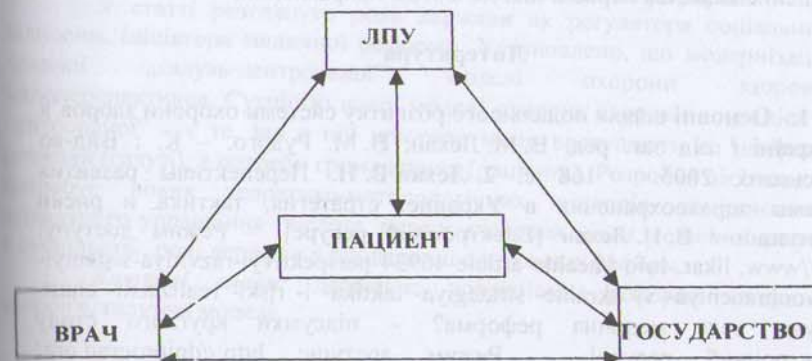


Рис. 3. „Пациент-центрированная“ модель здравоохранения

В такой системе органично будет реализован принцип „душевого“ финансирования отрасли с идеей „деньги идут за пациентом“, мотивация медицинских работников к эффективному труду, а пациентов к сохранению собственного здоровья. В новой модели обязательное медицинское страхование будет рассматриваться не как дополнительный источник финансирования отрасли, а как механизм реализации экономических отношений в здравоохранении с учетом базовых интересов гражданина (пациента).

Философия „пациент-центрированного“ здравоохранения делает государство равноправным участником договорных отношений с медицинским работником и лечебным учреждением в достижении интересов пациента. Это – не просто государственный заказ на

основании договоров между заказчиком и аккредитованным поставщиком медицинских услуг, исходя из потребностей населения в определённых видах медицинской помощи, а четкие экономические и правовые отношения между субъектами, участвующими в предоставлении и финансировании медицинских услуг: между органами отраслевого управления, страховыми организациями, медицинскими учреждениями, медицинскими работниками и гражданами.

Разработка принципов, путей реализации „пациент-центрированной” модели отрасли требует новых теоретико-методологических подходов к системе государственного управления отраслью, переосмысления места медицинской отрасли в обществе, роли государства в проведении социальных реформ. Настоящее сообщение является первым шагом в этом направлении.

Литература

1. **Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / під заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого.** – К. : Вид-во Раєвського, 2005. – 168 с. 2. **Лехан В. Н.** Перспективы развития системы здравоохранения в Украине: стратегия, тактика и риски реализации / В. Н. Лехан [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.likar.info/health/article-46934-perspektivy-razvitiya-sistemyi-zdravoohraneniya-v-ukraine-strategiya-taktika-i-riski-realizatsii-chast>.
3. **Куди веде медична реформа?** – підсумки круглого столу [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://dniprograd.org/ua/articles/society/2471>.
4. **Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві:** закон України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb_n/webproc4_1?id=&pf3511=40538.
5. **Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги:** закон України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/3611-17>.

Перетьяка О. П. Государство как субъект медицинской реформы

В статье рассмотрена роль государства как регулятора социальных отношений, инициатора медицинской реформы. Установлено, что модернизация существующей „отрасль-

центрированной” модели здравоохранения малоперспективна. Сутью новой модели здравоохранения – „пациент-центрированной” – является то, что в ней приоритетными выступают не интересы государства (отрасли), а потребности гражданина (пациента). Разработка этой модели требует новых теоретико-методологических подходов к системе государственного управления отраслью, переосмысления места медицинской отрасли в обществе, роли государства в проведении социальных реформ.

Ключевые слова: государственное управление, реформа здравоохранения, отраслевые модели.

Перетьяка О. П. Держава як суб'єкт медичної реформи

У статті розглянуто роль держави як регулятора соціальних відносин, ініціатора медичної реформи. Установлено, що модернізація наявної „галузь-центрованої” моделі охорони здоров'я малоперспективна. Сутністю нової моделі охорони здоров'я – „пацієнт-центрованої” – є те, що в ній пріоритетними виступають не інтереси держави (галузі), а потреби громадянина (пацієнта). Розробка цієї моделі потребує нових теоретико-методологічних підходів до системи державного управління галуззю, переосмислення місця медичної галузі в суспільстві, ролі держави в проведенні соціальних реформ.

Ключові слова: державне управління, реформа охорони здоров'я, галузеві моделі.

Peretyaka O. P. The state as a subject of medical reform

The article considers the role of the state as a regulator of social relations, the initiator of medical reform. It is established that the existing “industry-centered” model of healthcare is unpromising. The essence of the new “patient-centered” model of healthcare is the fact that its priorities are not given to the interests of the state (industry), but to the interests of an individual (patient). The development of this model requires new theoretical and methodological approaches to the public administration system, the rethinking of the role of medical industry in society, the role of the state in carrying out social reforms.

Key words: public administration, healthcare reform, industry models