

Наталія ФОЙГТ
 Національна академія державного управління
 при Президентіві України

РОЛЬ ПЛАНУВАННЯ В СИСТЕМІ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я

Розкривається сутність головних принципів планування охорони здоров'я. Аналізується політичний, соціально-економічний і гуманітарний розвиток України, що базується на певних принципах планування.

Ключові слова: державне управління, охорона суспільного здоров'я, планування, управлінська функція.

Наталія Фойгт. Роль планирования в системе государственного управления охраной здоровья

Раскрывается сущность главных принципов планирования охраны здоровья. Анализируется политическое, социально-экономическое и гуманитарное развитие Украины, которое базируется на определенных принципах планирования.

Ключевые слова: государственное управление, охрана общественного здоровья, планирование, управленческая функция.

Nataliia Foygt. The role of planning in the system of public administration of health protection

Essence of main principles of planning of health protection are considered. Political, socio-economic and humanitarian development of Ukraine that is based on certain principles of planning is analysed.

Key words: public administration, protection of public health, planning, management function.

Історично планування охорони здоров'я характеризується рухом від ресурсорозподільчого процесу до процесу прогнозування та оцінки результатів діяльності галузі охорони здоров'я. Такий історичний поступ відображає декілька важливих тенденцій. По-перше, зміни в політиці охорони здоров'я від екстенсивного збільшення стаціонарних закладів до усвідомлення потреби в раціоналізації існуючих ресурсів з урахуванням обсягу відновленого здоров'я на одиницю інвестицій. По-друге, зміна контексту політичного простору між домінуючими професійними інтересами та інтересами суспільства. По-третє, перехід від розуміння планування як технічної аналітичної функції до перетворення його на інтегральну складову управління, більше того, на підхід до управління загалом. У цьому контексті теоретичні та практичні підходи до планування діяльності держави у сфері охорони здоров'я мають сприйматися парадигмально й спиратися на ряд базових, світоглядних за змістом системоутворюючих принципів.

Проблеми планування як виду управлінської діяльності та засобу державного управління мають давню наукову традицію і в українській науковій літературі з теоретичних проблем державного управління широко освітлені в роботах А. І. Семенченко, В. Ю. Богдановича [1; 7],

В. М. Вакуленко, В. В. Мамонової, Ю. П. Шарова [2], Л. А. Васейчук [3], В. В. Тертички [8] та ін. Основні принципи та підходи до стратегічного планування в управлінні охороною здоров'я сформульовані й висвітлені в роботах Д. В. Карамішева [4; 5] й А. В. Підасва [6]. Проте парадоксом сучасного стану планування діяльності охорони здоров'я як одного з базових процесів управління є те, що за наявності революційних стратегій реформування рутинна процедура планування діяльності галузі охорони здоров'я досі залишається доволі консервативною, що гальмує інтеграцію суто технічного й політичного процесів.

Метою статті є розкриття сутності головних принципів планування охорони здоров'я, а також аналіз оснований на цих принципах планування як політичної функції в сучасних умовах політичного, соціально-економічного й гуманітарного розвитку України.

Планування охорони здоров'я відбувається у складному середовищі, яке постійно змінюється. Воно може бути високотехнологічним або суто політичним, реалізовуватись як щоденне прийняття рішень або як радикальний перегляд усієї майбутньої системи. За існуючої домовленості між політиками й суспільством про рівність усіх людей у доступі до охорони здоров'я планувальники охорони здоров'я можуть і повинні визначати, яка система медичного та пов'язаного з ним обслуговування є оптимальною для підтримки суспільно бажаного статусу здоров'я населення. Тут ідеться не тільки про технічний дизайн системи охорони здоров'я. Оскільки ця система відображає соціетальні норми й очікування, як і доступні ресурси, планування охорони здоров'я в сучасних умовах набуває якості політичного процесу й вимагає широкого спектра інструментів та сфер упровадження.

Головними принципами планування охорони здоров'я є рівність, доступність, продуктивність, якість і ефективність. **Рівність** у плануванні охорони здоров'я часто визначається як *рівність доступу*. Це означає, що індивід матиме рівні можливості в отриманні медичного обслуговування безвідносно до будь-яких його статусних характеристик – доходу, гендеру, релігійної або етнічної приналежності, місця проживання тощо. Рівність досягається через урахування особливостей цільової групи, методів забезпечення організаційного й територіального доступу. Важливим альтернативним концептом є *рівність результату*, який належить до справедливості результатів застосування якогось конкретного медичного втручання або процедури. Цей підхід до рівності враховує широке коло соціальних, економічних та інших чинників, які можуть негативно вплинути на однаковість шансів збереження здоров'я. Рівність результату значно важче забезпечити на етапі планування, оскільки її забезпечення вимагає такого перерозподілу ресурсів, за якого нові та додаткові засоби й кошти спрямовуються на подолання нерівності.

Доступність – це можливість або потенціал отримання послуги чи блага здоров'я. У термінології галузі охорони здоров'я доступність медичного обслуговування має декілька аспектів: географічний (наприклад, транспортний маршрут та час, необхідний для поїздки до медичного закладу); культурний (наприклад, доступність перекладача для іммігрантів, пристосованість середовища для прийому молоді, представників сексуальних меншин або маргінальних груп тощо); фізичний (наприклад, підйомники для інвалідів, поруччя для літніх пацієнтів та ін.); організаційний (наприклад, зручність розкладу роботи медичних фахівців, час очікування прийому, забезпечення доступу для працюючого населення тощо). Останнім часом для українських споживачів медичних послуг чи не найважливішим став фінансовий аспект доступності, коли бар'єром до використання медичної послуги стає її вартість.

Продуктивність концентрується на максимізації загальної користі, отриманої на певну кількість використаних ресурсів. *Технічна продуктивність* передбачає максимізацію результатів реалізації стратегії або надання послуг за мінімізації витрат. Тут ідеться не про результати здоров'я, а про досягнення певних цільових параметрів медичного обслуговування, закладених у стратегії його реалізації. Технічна продуктивність конкретної медичної послуги або стратегії може бути запланована чи оцінена в різний спосіб, наприклад порівнюючи з показниками минулих періодів або з параметрами подібної послуги іншого провайдера та ін. *Розподільча продуктивність* стосується максимізації охорони здоров'я і добробуту громадян шляхом ефективного розподілу медичного обслуговування. Тут особливо важливим є баланс інвестування між стаціонарною і позастанціонарною медичною допомогою, між профілактичними й лікувальними послугами, між професійним лікуванням та діяльністю волонтерів з підтримки і самопомоги. *Динамічна продуктивність* – це економічна категорія, яка означає планування та забезпечення гнучкості й адаптивності системи в часі. Цей принцип планування поки що не застосовується у сфері охорони здоров'я, але очевидно, що перспективність цього виду продуктивності набуватиме дедалі ширшого вжитку.

Якість вимірює ступінь, у якому медичний персонал або надані послуги відповідають визначеним стандартам. Принцип якості передбачає планування виміру процесу, тобто переліку дій, з яких складається певна послуга, та виміру результату від реалізації цих дій. Зазвичай застосовуються обидва ці виміри. У медицині якість можна визначити за широким переліком параметрів: кількістю ускладнень, медичних помилок, переведень до вищого рівня медичного обслуговування, ушкоджень і дефектів під час лікування, повторних госпіталізацій, рівнем задоволеності пацієнтів тощо. У межах системи охорони здоров'я України запроваджено ряд загальних і спеціальних стандартів лікування, які являють собою критерії оцінки якості.

Ефективність – це рівень блага здоров'я, отриманого внаслідок надання послуги, здійсненої в стандартних обставинах типовим лікарем для типового пацієнта. Її не слід плутати з *ефектом*, який вимірює очікуваний обсяг блага під час надання послуги в ідеальних умовах. Результатом здоров'я вважається позитивна зміна у здоров'ї індивідуума або групи людей, яка повністю або частково стосується медичного втручання або серії втручань. Ключовим завданням тут є визначення індикаторів або вимірів обсягу блага для здоров'я. Адже такі індикатори або виміри результату мають бути безпосередньо пов'язані як з потребою у здоров'ї, так і з застосованою оздоровчою інтервенцією. У популяційній моделі планування такий зв'язок легше передбачити, оскільки тут ефективність профілактичної або промоційної діяльності легко обчислюється порівнюванням захворюваності цільового населення та нецільових контингентів (наприклад, імунізованого та неімунізованого населення).

У ресурсній моделі планування важче визначити вимір результату здоров'я від конкретної інтервенції, оскільки лікування в стаціонарних закладах охорони здоров'я має комплексний характер і являє собою командну діяльність. Тут, очевидно, необхідно збирати та аналізувати дані про стан здоров'я, отримані від конкретного медичного втручання, з урахуванням потреб пацієнтів та їх оцінки щодо ступеня задоволення цих потреб унаслідок лікування.

Отже, на тлі основних аспектів планування охорони здоров'я визначення його політичної функції в сучасних умовах політичного, соціально-економічного й гуманітарного розвитку України набуває особливого значення. Головним політичним завданням планування охорони здоров'я є формування такого розподілу коштів і ресурсів охорони здоров'я, який би забезпечував як доступ кожного громадянина до високоякісного медичного обслуговування, так і найбільш сприятливий для здоров'я результат медичного втручання. Центральним елементом у контексті цього завдання є цілковите забезпечення рівності, інструментальними визначеннями якої в цьому випадку можна вважати рівність як мінімальний стандарт, рівність як ступінь доступу, рівність результату здоров'я тощо. У першому визначенні (рівність як мінімальний стандарт) ідеться про ступінь забезпечення медичним обслуговуванням найменш захищених верств населення. Друге визначення (рівність як ступінь доступу) стосується ступеня рівності медичного обслуговування для всіх категорій населення безвідносно до їх статусних характеристик – доходу, гендеру, етнічної приналежності або місця проживання. При цьому рівність тут передбачає не однаковість, а приведення медичного обслуговування пацієнтів з особливими потребами до стандартної процедури шляхом застосування необхідних заходів. Третє визначення (рівність результату здоров'я) передбачає ступінь рівності розподілу позитивного результату здоров'я, отриманого в ході будь-якого медичного втручання – міжсекторального, профілактичного, лікувального або

паліативного, – між індивідуумами та популяційними групами. Якщо перші два виміри рівності стосовно здоров'я та охорони здоров'я регулюються існуючим законодавством, підзаконними актами та існуючою практикою всередині галузі охорони здоров'я, то третій вимір залишається нерегульованим через його тісний зв'язок зі ступенем рівності розподілу суспільних ресурсів поза системою охорони здоров'я – житлових, освітніх, матеріальних та ресурсів політичного впливу.

У контексті наведеного подальшими напрямками теоретичних і практичних розвідок є: з'ясування доцільності застосування в процесі планування охорони суспільного здоров'я широкого міжсекторального підходу на противагу зосередженості на регулюванні та розподілі ресурсів усередині галузі; вирішення дилеми, чи має планування охорони здоров'я передбачати підтримку (або поліпшення) статусу здоров'я середнього українця, чи спрямовувати та розподіляти існуючі та нові ресурси для підвищення статусу здоров'я найбільш вразливих верств населення.

Список використаних джерел

1. **Семенченко А. І.** Методологія стратегічного планування у сфері державного управління забезпеченням національної безпеки України : монографія / А. І. Семенченко. – К. : Вид-во НАДУ, 2008. – 428 с.

2. **Богданович В. Ю.** Спосіб формалізації стратегічного планування у сфері державного управління забезпеченням національної безпеки держави / В. Ю. Богданович, А. І. Семенченко // Економіка України. – 2007. – № 2. – С. 13–26.

3. **Вакуленко В. М.** Стратегічне планування на місцевому та регіональному рівні : навч. посіб. / В. М. Вакуленко, В. В. Мамонова, Ю. П. Шаров. – Ужгород : Патент, 2004. – 198 с.

4. **Васейчук Л. А.** Регіональні особливості стратегічного планування / Л. А. Васейчук // Децентралізація державного управління та розвиток місцевого самоврядування в контексті європейської практики : матеріали наук.-практ. конф., Луцьк, 2–3 жовт. 2008 р. – Луцьк, 2008. – С. 123–126.

5. **Тертичка В.** Планування як стратегічний ресурс аналізу державної політики / В. Тертичка // Вісн. НАДУ. – 2004. – № 1. – С. 47–56.

6. **Карамішев Д. В.** Стратегічні дослідження у державному управлінні системою охорони здоров'я / Д. В. Карамішев // Держ. упр.: теорія та практика. – Режим доступу : www.academy.gov.ua/ej/ej2/txts/galuz/05kdvsoz.pdf.

7. **Карамішев Д. В.** Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоров'я (державно-управлінські аспекти) : монографія / Д. В. Карамішев. – Х. : Магістр, 2004. – 304 с.

8. **Підаєв А. В.** Діяльність системи охорони здоров'я України / А. В. Підаєв. – К. : МОЗ України, 2003.

Надійшла до редколегії 25.05.11