

В Україні створюється нова медична система

26 березня новий міністр охорони здоров'я України Олег Мусій підписав Указ № 28 «Про створення робочої групи з удосконалення політики управління людськими ресурсами системи охорони здоров'я й оновлення (актуалізації) профілів посад МОЗ України та опрацювання ефективної моделі функціонування медичної системи». За місяць плідної праці робоча група презентувала перші пропозиції системних змін.

Від локальних реформ до системної побудови

Обговорення щодо реформування вітчизняної системи охорони здоров'я (СОЗ) тривало в незалежній Україні в усі часи, а в останні роки лише набуло особливого суспільного резонансу, часто з негативним відтінком. Недавні політичні експерименти з медичною галуззю зумовили виникнення загострень професійної та громадської критики. Спроби реформ було названо не інакше як «геноцид українського народу». Виникло резонне питання: «Навіщо і для кого все це робити взагалі?»

Частину цих невдоволень уже спрямовано на адресу нового міністра охорони здоров'я та його колег. Проте навряд чи можна критикувати те, чого не було і немає. Оскільки як такої системної реформи галузі охорони здоров'я в Україні не проводилося, а попередні зміни стосувалися лише деяких аспектів надання медичної допомоги. Але те, що робилося і навіть було необхідним, не завжди ставало ефективним через брак комунікацій, неврахування особливостей конкретних регіонів та позицій місцевих громад. До того ж новопризначений кабінет працює лише 2 міс, що безперечно замало для істотних змін у суперконсервативній галузі.

Разом з тим, обійнявши нову посаду, Олег Мусій заявив: «Я буду приносити до уряду свою позицію про скасування медичної реформи. Буду наполягати на проведенні в галузі аудиту та аналізу того, що відбулося, з тим, що планувалося. Тільки після цього будуть зроблені висновки щодо доцільності та напрямів продовження реформування. За цей період (кілька місяців) будуть утілені всі інші напрацювання, які потрібні для створення в Україні нової СОЗ. Однозначно акцент буде зроблено на первинну ланку; профілактику, яка поки що не прописана взагалі; роздержавлення управління СОЗ із поширенням самоврядування та залученням у систему студентів і молоді».

На підтвердження цих слів та за поданням свого радника Ігоря Найдю міністр охорони здоров'я ініціював створення робочої групи при Міністерстві охорони здоров'я (МОЗ), до якої належали провідні фахівці стратегічного та системного планування, державного управління та управління персоналом, правознавства, бізнесу, освіти й науки та охорони здоров'я. Серед них: Р. Салютін, І. Найда, З. Черненко, Т. Бебешко, І. Сінчалова, А. Шаповал, В. Махнюк, І. Грищенко, Т. Калита та ін. Їх завданням стало удосконалення політики управління персоналом галузі, а отже, і напрацювання підходів до створення нової моделі СОЗ.

«Життя доводить, що системні зміни будь-якої організації мають бути спрямовані на якісне задоволення потреб споживача і можуть бути проведені саме із залученням фахівців концептуального та стратегічного планування, спеціалістів із системним баченням,

компетенціями проактивності та комунікативності, здатністю інноваційно мислити та знаходити порозуміння». Так І. Найда пояснює підхід формування команди реформаторів.

Пріоритети нової системи

В основу нової СОЗ України покладемо так званий принцип трьох «Д»:

- директивність та наскрізність регламентів охорони здоров'я;
- децентралізація системи управління з поетапним переходом до державно-громадського співуправління;
- диверсифікація джерел фінансування.

Перша позиція передбачає формування базових напрямів надання послуг з охорони здоров'я (державних, державно-приватних та ін). Це дасть змогу розмежувати їх та створити ефективні механізми обслуговування населення із залученням до ринку медичного сервісу нових дієздатних осіб із укладанням партнерських відносин між ними.

Децентралізація — один із найважливіших пріоритетів запропонованої СОЗ, оскільки передбачає делегування повноважень низовим та регіональним ланкам медичної системи із залученням громадського сектору для висування ініціатив та контролю над усіма процесами. Важливою новацією стане Національна рада охорони здоров'я, яка являтиме собою виборний колегіальний орган прийняття політичних та стратегічних рішень у медичній царині. Пропонується до її складу вводити представників МОЗ України, державних та недержавних зацікавлених сторін та делегатів із госпітальних округів.

Відтак міністерство вже перестане бути командно-адміністративним органом, перетворюючись на управління та чинний виконавчий комітет галузі. На нього покладатиметься передусім узгодження інтересів усіх зацікавлених сторін медичної сфери з підготовкою за необхідності проєктів тих чи інших рішень та винесення їх на розгляд Національної ради; здійснення моніторингу та аналізу політики охорони здоров'я; визначення пріоритетів медичної стандартизації (схема).

«Наше завдання перетворити міністерство з установи із закупівель спочатку на заклад охорони здоров'я, а в подальшому — на міністерство здоров'я», — новопризначений міністр поділився власним баченням на очолюване ним державне відомство.

Говорячи про диверсифікацію джерел фінансування, відзначимо, що нова система передбачає паралельне функціонування різних форм та джерел фінансування медицини: державного, приватного та змішаного (на основі публічно-приватного партнерства). Це дасть змогу залучати як зазвичай кошти з Державного бюджету України, так і ресурси із джерел публічно-приватного партнерства, від страхової медицини, фондів та грантів, приватних пожертв

та інших надходжень. Отже, заклади охорони здоров'я матимуть можливість вирішувати поточні проблеми, залучаючи гроші з альтернативних джерел, не чекаючи на бюджетні надходження, яких завжди бракує.

Не менш важливою новацією є застосування компетентнісного підходу щодо державних службовців усіх рангів, керівників і спеціалістів у галузі охорони здоров'я. Тобто при прийомі на державну службу, підборі персоналу відповідно до нових функцій, а також у рамках процесу люстрації державних службовців запропоновано використовувати метод оцінки та атестації співробітників згідно з базовою моделлю компетенцій (табл.). Матриця передбачає відповідність працівника трьом групам компетенцій: особистість, корпоративність, державність.

Запропоноване коментує президент ГО «Асоціація бізнес-тренерів, консультантів, коучів України» Ірина Сінчалова: «Компетентнісний підхід — це базовий принцип, на якому ґрунтуються системи підбору, адаптації, оцінки й розвитку персоналу у світі. Розроблена модель чітко описує вимоги до знань та ціннісних характеристик особистості, що претендує на ту чи іншу посаду. Її застосування в державній службі сприятиме підбору висококваліфікованого персоналу, готового ефективно досягати поставлених цілей».

Повноваження регіонів

На думку робочої групи при МОЗ України, важливим надбанням нової СОЗ повинні стати госпітальні округи та госпітальні ради. **Госпітальні ради** — це виборні органи, що будуть займатися всіма питаннями послуг з охорони здоров'я на певній території. Склад **госпітальних округів** пропонується формувати самостійно самими ж радами незалежно від чинного адміністративно-територіального устрою. Допоки триває перехідний період формування госпітальних округів і госпітальних рад, їх функції можуть виконувати тимчасові робочі групи у шести регіонах України: на півночі, сході, півдні, заході, у центрі та м. Києві.

Поява новоутворень зумовлена насамперед необхідністю наближення медицини та відповідних профільних послуг до населення. Як резонно вважає один із авторів зазначеної концепції, експерт з економіки Тарас Бебешко, наразі в Україні медицина віддалена від людей, а протягом останніх років робилося все для того, щоб дистанція між лікарем і пацієнтом збільшувалася. «Якщо кожна дрібниця у функціонуванні СОЗ вирішується згори: які послуги потребують люди, де вони їх отримають та в якому об'ємі (наприклад, територіальне розміщення лікарень, забезпечення їх лікарськими засобами тощо). Якщо все це визначається без урахування думки місцевих громад, самих пацієнтів — то важко робити висновки про якість, ефективність і взагалі адекватність такої системи. Ми ж пропонуємо людям самим вирішувати,



О.С. Мусій

як користуватися цими послугами», — говорить експерт.

Навіть, більше — якість та рівень надання медичних послуг повинні бути однаковими і доступними для всіх громадян незалежно від того, живуть вони у столиці чи іншому розвиненому мегаполісі, чи у маленькому віддаленому селі.

Запропонована нами система надає повноваження госпітальним радам підписувати контракти із закладами охорони здоров'я. Таким чином вони самі здатні визначати, хто і як буде обслуговувати мешканців того чи іншого госпітального округу. Це також дасть змогу їм оцінювати рівень наданих послуг конкретним закладом чи лікарем із подальшим продовженням контракту — в разі належної медичної допомоги, з перериванням його — в разі незадовільної роботи.

Не менш важливою опцією госпітальних рад буде можливість впливати на політику щодо заробітної плати медичного персоналу на місцях. Зараз вона є фіксованою, тоді як при переході на контракт та впровадженні критерії оцінки роботи заробітну плату медичному персоналу можна буде регулювати, стимулюючи таким чином кращих працівників, і навпаки.

«Основний критерій оцінки лікаря — всі здорові пацієнти на його госпітальному окрузі! Тобто весь його річний бюджет залишається у нього ж. Якщо є хворі, він має ці гроші спрямувати на їх лікування. Чим більше таких, тим менше залишається йому», — пояснює міністр охорони здоров'я Олег Мусій.

Як зазначають учасники робочої групи при МОЗ України, процес формування госпітальних округів та госпітальних рад пропонується довірити органам місцевого самоврядування та громадам, яких спочатку будуть підтримувати тимчасові регіональні робочі групи, що надаватимуть методичні рекомендації та консультації усім, хто цього потребуватиме і долучиться до процесу реформування регресивної медичної системи. Відтак попереду велика роз'яснювально-інформаційна кампанія у регіонах, збір та аналіз усієї конструктивної критики і спільне подолання «гострих кутів».

«Звісно, ми готові до сценарію, коли запропоновані підходи не сприймуть та розкритикують. Проте ми чітко усвідомлюємо всі ризики. Тому пропонуємо збалансовані зміни, без крайнощів: із побудовою суворого управлінської вертикалі чи передачі усіх повноважень на місця та поширення горизонтального управління. Розвиваємо систему партнерських відносин: «держава — недержавні інституції — громада»; співуправління з чітким розподілом повноважень

та відповідальності», — впевнений в успішній реалізації запропонованої концепції Т. Бебешко.

Медичне самоврядування: з людьми та до людей

Важливою ознакою запропонованих інновацій є зосередження уваги на ролі, інтересах та потребах людини в новій СОЗ: не міністра, не адміністративного апарату, не керівників лікувальних закладів чи іншого чиновництва, а саме пересічної людини: лікаря, медичної сестри та й, що є найважливішим, самого пацієнта. Тобто медична громадськість та споживачі відповідних послуг отримають значні повноваження щодо впливу на створення та функціонування системи. Навіть, більше — передбачено їх максимальну інтеграцію в нову медичну формацію.

«Застосуванню будь-яких змін обов'язково передуватиме інформаційно-роз'яснювальна робота. Зміни відбудуться лише тоді, коли з'являться одностайні серед людей та працівників системи, коли кожен із них зрозуміє, що отримає від цих змін через місяць, півроку, рік», — наголошує О. Мусій.

Його підтримує учасниця вищезазначеної робочої групи при МОЗ України, медичний експерт та доктор права Зоряна Черненко: «У такій великій країні, як наша, нова СОЗ має створити умови, де б найбільша кількість людей із низових ланок брала на себе повноваження і тягар відповідальності. Максимальне залучення цих людей, детальне прописування і пояснення нюансів їх подальшої роботи, вироблення спільного бачення функціонування системи дадуть змогу убезпечитися від викривлених розуміння та дій, натомість досягти потрібного результату. Здоров'я — це велика цінність! Коли про нього турбуються не лише міністр та кілька чиновників із центру, а суспільство в цілому — позитивні зрушення неминучі».

Практика зарубіжних країн, коли представники громади залучаються до роботи у наглядових чи громадських радах лікувальних установ, дає можливість усім учасникам процесу набагато серйозніше ставитися до власного здоров'я та надання послуг з його охорони.

З іншого боку, в нових умовах медичний персонал має перетворитися з пасивного виконавця наказів згори, на рушій змін в охороні здоров'я. Тобто навіть рядові працівники галузі матимуть право голосу з тих чи інших питань, отже, зможуть вплинути на прийняття чи блокування певних рішень.

Скажімо, увесь трудовий колектив лікарні (а не лише вища ланка) зможе впливати на кадрові рішення, аж до обрання головного лікаря та керівництва; на їх професійне оцінювання та висловлення недовіри — за потребою. Відтак змінюється і система відносин між адміністрацією та підлеглими. Перша вже не орієнтується на чиновників з центру, а змушена проявляти лояльність до найближчих колег, з якими потрібно йти на діалог та спільно вирішувати локальні проблеми, не чекаючи розпорядження згори.

Іншим прикладом може стати створення фахових медичних асоціацій з існуючими повноваженнями (як наприклад, Асоціація лікарів, медичних сестер, фармацевтів) щодо відстоювання своїх трудових прав, визначення кваліфікації спеціалістів, впливу на рівень фінансової

винагороди, розвитку та покращання професійної кваліфікації, активного залучення до адміністрування та громадського життя лікарні і т. д.

«Подібні нововведення щодо медичних сестер (і не тільки) — життєво необхідні!», — переконана Зоряна Черненко. — «Оскільки нині престижність цієї професії нульова. Бачимо професійне й емоційне вигорання у цієї категорії медичних працівників. Відсутність соціального забезпечення, якісного відпочинку і безліч інших недоліків, яким давно варто приділити увагу».

Натомість Т. Бебешко завбачливо прораховує появу різних проблем, конфліктів, непорозуміння у медичному самоврядуванні: «Зміни на краще не відбудуться відразу, оскільки в Україні відсутні саме громадянське суспільство і досвід подібної самоорганізації. Але міністерство вперше створює умови для формування подібних спільнот у медицині. Передбачено й перехідний період, який буде використано для роз'яснення та навчання медичного персоналу. Всі суперечливі моменти, що виникатимуть, буде оприлюднено та винесено на розгляд громадського активу, експертів, преси, кожної зацікавленої особи».

Регулювати ситуації та вирішувати вищеперераховані питання спочатку будуть тимчасові регіональні групи із додатковим залученням тих чи інших фахівців, у т. ч. за потребою — експертів робочої групи МОЗ України. Але ця діяльність одразу передбачає спрямування медицини на місцях на рейки самостійності та самоорганізації.

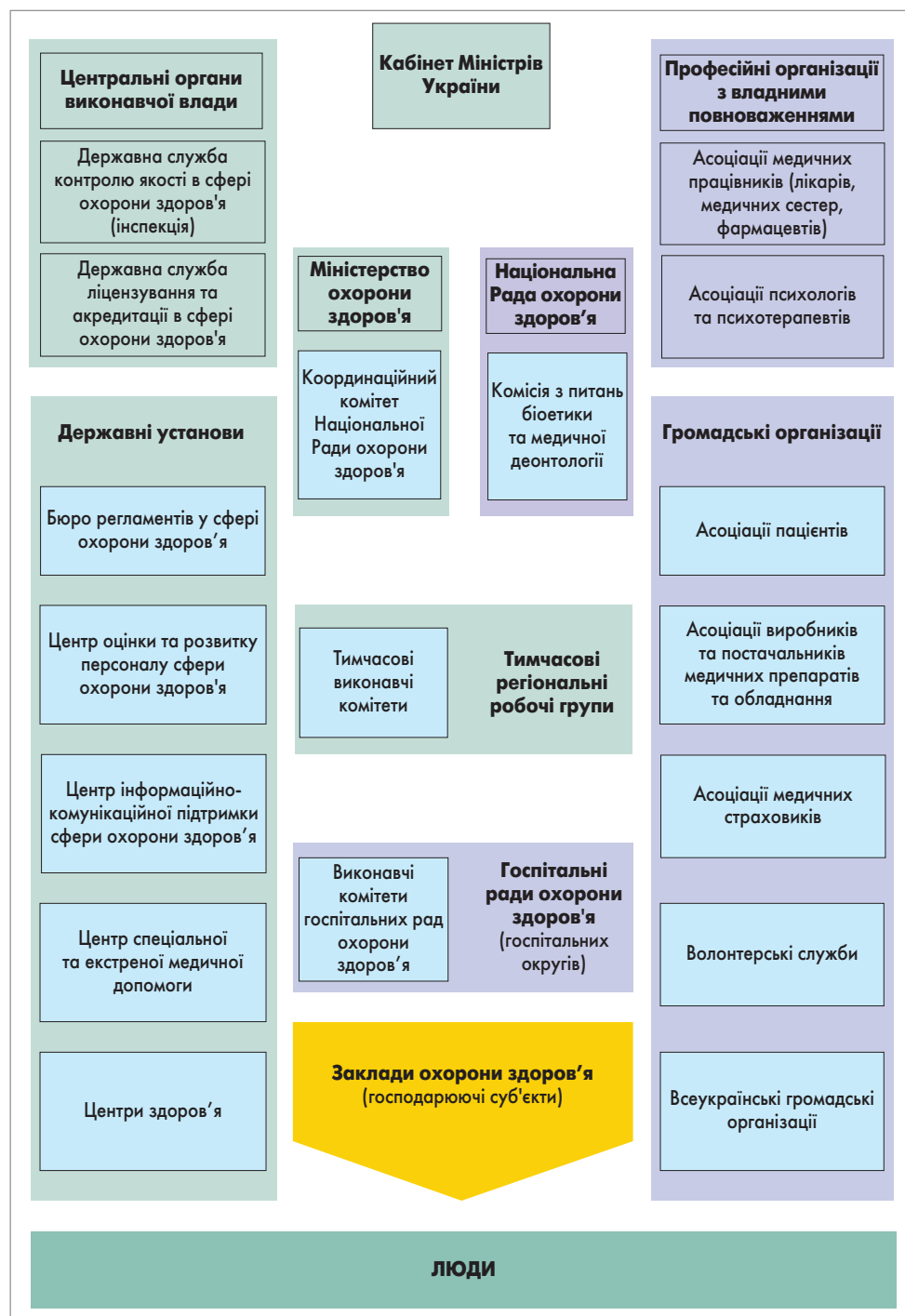
Допоки тривають узгодження концепції СОЗ та її презентація у засобах масової інформації та серед медичної громадськості, залишається відкритим питання: «Де відбудеться апробація висунутих пропозицій?». На думку робочої групи, хорошим варіантом може стати поява ініціативних медичних закладів, які самі погодяться прийняти нову модель та допомогу з її втілення на практиці. Іншим апробаційним майданчиком можуть стати ті регіони, в яких уже було запущено процеси реформування та які висловили багато скарг щодо цього.

Радник міністра Ігор Найда вважає, що актуальним є створення міжекспертної групи з обговорення та остаточного узгодження концепції формування нової СОЗ із представників різних професійних та соціальних груп з метою опрацювання запропонованих варіантів змін та розробки спільного бачення та плану дій щодо зазначеного уже у найкоротші терміни (2-3 міс).

Сьогодні маємо чудову нагоду досягти максимально позитивного ефекту від бажаних і давно назрілих перетворень у вітчизняній медичній сфері. Цьому, як ніколи, сприяють відкрита діалогова компетентна позиція нового міністра та його апарату; бажання самих медичних працівників бути почутими та визнаними; потреби суспільства, які все частіше перетворюються на суворі вимоги — мати якісне медичне обслуговування та належне ставлення до себе людей у халатах і чиновників від медицини, а також право на чисте довкілля, здорову їжу та психологічний комфорт. Тож ми просто не маємо права не використати цей шанс змін на загальне благо!

Підготував Андрій Сніжко

Графіка Тараса Бебешка



Схема

Таблиця. Модель компетенцій державного службовця України

Таблиця. Модель компетенцій державного службовця України	
ОСОБИСТІСТЬ	ПОРЯДНІСТЬ Керується у повсякденному житті ustalеними етичними нормами (чесність, моральні правила суспільної та професійної спільнот) Дієво формує повагу та довіру до себе Виконує свої обіцянки і зобов'язання
	САМОРОЗВИТОК Прагне до нових знань та досвіду Здійснює послідовні кроки з реалізації власного життєвого шляху Формує умови й обставини для розвитку, враховуючи державні інтереси
	ЦІЛЕСПРЯМОВАНІСТЬ Уміє визначати цілі та механізми їх досягнення Вірить у власні сили та можливості Уміє досягати результату
КОРПОРАТИВНІСТЬ	ПРОФЕСІОНАЛІЗМ Володіє фаховими знаннями та навичками відповідно до займаної посади та сфери діяльності Глибоко розуміє та аналізує вузькопрофільні питання Уміє ефективно управляти фаховими процесами
	КОМУНІКАТИВНІСТЬ Здатен ефективно налагоджувати та підтримувати ефективні взаємовідносини Уміє аргументовано формулювати та доносити свою позицію Уміє чути і розуміти інших людей та гармонійно вирішувати питання в державних інтересах
	ЗАЛУЧЕНІСТЬ Вважає своїм обов'язком зробити власний внесок у процвітання держави та галузі Небайдуже ставиться до поставлених цілей та завдань Виступає ініціатором конструктивних дій
ДЕРЖАВНІСТЬ	ПАТРІОТИЗМ Самоідентифікує себе з українською політичною нацією Свідомо співвідносить особистісні, корпоративні та державні інтереси Знає та пишається досягненнями культури та традиціями України
	ПРИНЦИПОВІСТЬ Послідовно дотримується та обстоює певні державні принципи Стабільний у своїх моральних і політичних принципах Схильний відмовитися від власних інтересів заради державних
	ДЕРЖАВНИЦТВО Дотримується принципів верховенства права Усвідомлює та поважає розмаїття політичних, етнічних, соціальних та культурних спільнот в Україні Виконує чинні закони та законодавчі акти України