

Список використаних джерел:

1. Андреева Д.А. О понятии адаптации. Исследование адаптации студентов к условиям учебы в вузе. В кн.: Человек и общество. Вып. 13. 197 с.
2. Абабков В., Перре М. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. СПб.: Речь, 2004. 166 с.
3. Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита. *Психол. журн.* Т. 15. 1994. № 1. С. 318.
4. Вісник Львівського університету. Сер. «Філософські науки». 2003. С. 433–442.

Щиріна К.В.

аспірантка;

Гбур З.В.

доктор наук з державного управління, професор;

Михальчук В.М.

доктор медичних наук, професор;

Толстанов О.К.

доктор медичних наук, професор,

*Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика*

ОСНОВНІ АСПЕКТИ ЕФЕКТИВНОГО РЕФОРМУВАННЯ ШКІРНО-ВЕНЕРОЛОГІЧНОГО ДИСПАНСЕРУ

Шкірно-венерологічний диспансер є медичною установою (закладом) державної або комунальної форм власності. Кількість диспансерів і їхня потужність визначаються з урахуванням особливостей і потреб населення регіону обслуговування в наданні спеціалізованої, зокрема високотехнологічної дермато-венерологічної, допомоги хворим. Диспансер виконує такі функції [3]: надання високоспеціалізованої медичної допомоги хворим дермато-венерологічного профілю; диспансерне спостереження за хворими зі шкірними захворюваннями, інфекціями, що передаються статевим шляхом, і заразними шкірними

хворобами; виявлення джерел венеричних та заразних захворювань шкіри, залучення до оглядів членів сімей хворих та статевих контактів з дотриманням етичних норм спілкування з хворими та їхніми статевими партнерами; проведення періодичних і профілактичних медичних оглядів; організаційно-методичне керівництво з раннього виявлення й відбору в медичних закладах регіону хворих дермато-венерологічного профілю, які потребують надання спеціалізованої, зокрема високотехнологічної медичної допомоги, щорічне прогнозування й облік кількості хворих, які потребують високотехнологічної медичної допомоги з приводу дермато-венерологічних захворювань; проведення заходів, спрямованих на вдосконалення профілактики й раннього виявлення хворих дермато-венерологічного профілю; аналіз стану і якості надання спеціалізованої медичної допомоги хворим дермато-венерологічного профілю, ефективності профілактичних заходів, діагностики, лікування й диспансерного спостереження.

Між тим, проблеми розвитку шкірно-венерологічних диспансерів вказують на необхідність негайного пошуку шляхів реформування медичної галузі: 1. Нестача ресурсного забезпечення, зокрема низька частка витрат на охорону здоров'я відносно валового внутрішнього продукту (ВВП) України. Вона за останні п'ять років коливається у межах 3-4%, що є нижчим від середньосвітових витрат на медико-санітарну допомогу майже у 3 рази [10]; 2. Недоліки механізмів державного фінансування сфери охорони здоров'я, зокрема: – загальний обсяг фінансування охорони здоров'я з державного та місцевих бюджетів щорічно збільшується. Так, у 2010 році загальний обсяг фінансування становив 41,7 млрд грн, з яких: загальний фонд (бюджетні кошти) становили 39,4 млрд грн, що на 9,4 млрд грн (31,5%) перевищує показник 2009 року (2009 р. – 29,9 млрд грн), у тому числі: місцеві бюджети сплачують в обсязі 32,1 млрд грн із зростанням на 30,6%, державний бюджет – в обсязі 7,3 млрд грн із зростанням на 35,8%; спеціальний фонд (власні кошти закладів, установ, Стабілізаційний фонд) – 2,3 млрд грн. Питома вага видатків на охорону здоров'я в загальному обсязі ВВП складає 3,6% (2009 р. – 2,9%) [4]; 3. Вирішення назрілих проблем розвитку ринку медичної допомоги можливе шляхом запровадження комплексу заходів державного регулювання, а саме [2]: подолання існуючого до цього часу залишкового принципу фінансування галузі охорони здоров'я; введення фінансування медичної допомоги, відповідного до затрат; удосконалення механізмів державного

управління системою охорони здоров'я; упровадження економічних методів управління з жорсткою функцією контролю з боку держави; підвищення структурної та соціально-економічної ефективності медичних закладів; формування бюджету лікувально-профілактичних закладів на нових засадах; розробка і впровадження нових методів організації й оплати праці медичних працівників; удосконалення державного управління якістю медичних послуг; створення системи моніторингу й оцінки діяльності лікувально-профілактичних закладів у цілому та медичних працівників зокрема. Відповідно до проведеного дослідження методів та інструментів стратегічного управління закладом охорони здоров'я можна зробити висновок, що більшість з них мають доволі незначний характер використання, а їх застосування не зважаючи на такі обмеження може зумовити отримання викривлених інформаційних даних, а в результаті – прийняття неправильних управлінських рішень.

Серед проблем фінансування шкірно-венерологічного диспансеру виділяємо: 1. Нераціональне використання наявних ресурсів. Дублювання медичних послуг на різних рівнях надання медичної допомоги, яка проявляється в концентрації високоспеціалізованих медичних установ на певній адміністративній території. Це, з одного боку, створює регіональну диспропорцію медичного забезпечення, а з іншого – призводить до неефективного використання потужностей медичних ресурсів на обмеженій території [4]. Відсутня система маршруту пацієнта з боку лікаря первинної ланки (лікаря-терапевта, педіатра, сімейного лікаря) – пацієнти, як правило, самостійно напрому звертаються до лікарів-спеціалістів, що, з одного боку, створює умови для зловживань в медичній галузі, а з іншого – надмірний, в переважній більшості, не обґрунтований попит на спеціалізовану (більш витратну) медичну допомогу [4]; 2. Низька доступність до якісних послуг з охорони здоров'я. Диспропорція в забезпеченні якісними послугами з охорони здоров'я сільського і міського населення України. Висока вартість ліків, неконтрольована система ціноутворення на лікарські засоби та відсутність державного забезпечення ліками. Наслідком вищезазначеного є те, що більша половина населення України не в змозі придбати необхідні ліки з причини їх високої вартості [4]; 3. Низька якість кадрового забезпечення. Дільничні лікарі, праця яких оплачується по ставках і не залежить від якості їх роботи та обсягу наданих послуг, не зацікавлені в підвищенні своєї кваліфікації. Негативний кадровий

баланс: постаріння працівників і; низька якість підготовки медичних кадрів; недостатній приплив у медицину кваліфікованих молодих спеціалістів [4]. Для зменшення необґрунтованих витрат на медичну допомогу населенню органам виконавчої влади та місцевого самоврядування доцільно активізувати запровадження стаціонаро-замінних технологій, що за розрахунками експертів, дають змогу зекономити 50–70% загальних витрат на лікування одного хворого без погіршення якості медичних послуг. Пояснюється це тим, що лікування в умовах цілодобового стаціонару коштує значно дорожче, ніж у денному стаціонарі поліклініки [1].

На наш погляд, для того, щоб вдосконалити планування і фінансове забезпечення доцільна пропозиція наступних заходів: 1. Проведення детального аналізу роботи продовж останніх трьох років в динамічній площині за параметрами: обсягу і структури видів медичних діяльності послуг закладу загалом, а також його структурних одиниць співвідносно з плановим показником потужності; обсягів медичних послуг закладу, які були надані за кошт окремих фінансових джерел; того, як співвідносяться планові і фактичні надходження асигнувань з держбюджету; повноти задіяння потужності, зокрема пов'язаної з недостатнім бюджетним фінансуванням; кадрового складу, чисельності працівників, штатної укомплектованості; рівня заробітної платні співробітників; того, наскільки забезпечені фонди, в якому стані активні основні фонди, наявності і використання медичних технічних засобів, устаткування, обчислювальних засобів, ступеня зносу, забезпеченості інструментами, засобами догляду, омеблювання, інвентарем господарського плану тощо; забезпеченості площами, того, в якому стані пасивні основні фонди, враховуючи вартість, строки майбутніх ремонтних робіт у будівлях (поточних і капітальних), спорудах, комунікаціях; 2. Удосконалення програмного забезпечення, що спричинить скорочення втрат робочого часу під час оформлення документації, зменшення черг; 3. Через те, що посилюється контроль і фінансові санкції, запроваджені страховими організаціями, наказом заборонити видачу історій хвороби, які є застрахованими через добровільне медичне страхування, оскільки вони – первинний документ, що є підтвердженням обґрунтованості і правильності призначень; 4. Оскільки зростає дебіторська заборгованість і витрати на надання медичних послуг, здійснити запровадження передоплати за кожен випадок госпіталізації до стаціонару за договором на оплатне надання

медичних послуг; 5. Формування бізнес-плану позабюджетних дій, в згідно з яким треба буде: провести маркетингові дослідження і дослідити ринок платних медичних послуг; рекламувати платні медичні послуги; надати додаткові сервісні послуги, що сприятимуть підвищенню конкурентоспроможності платних послуг (квитки іногороднім, доставка харчування, перукарня). Щоб здійснити ці заходи, можливе укладення договорів зі рядом сторонніх організацій щодо оренди приміщень.

Список використаних джерел:

1. Загорський В.С. Управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я [текст]: монографія / В.С. Загорський, З.М. Лободіна, Г.С. Лопушняк. – Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2010. 276 с.
2. Основи менеджменту і маркетингу в медицині: навч. посіб. Ред. кол. Т.В. Єрошкіна, О.П. Татаровський, Т.М. Полішко, С.С. Борисенко. Д.:РВВ ДНУ, 2012. 64 с.
3. Сибурина Т.А. Управление здравоохранением: о путях перехода к инновационно-стратегической модели развития. *Менеджмент и бизнесадминистрирование*. 2007. № 1. С. 95-107.
4. Як підвищити ефективність роботи державних та комунальних закладів охорони здоров'я (Policy Paper). URL: <http://euinfocenter.rada.gov.ua/upl28837.pdf>