

РЕАЛІЗАЦІЯ ДЕРЖАВНОЇ ГУМАНІТАРНОЇ ПОЛІТИКИ У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ПЕРІОД ЦИФРОВОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ: ІНФОРМАЦІЙНІ ТА СТАТИСТИЧНІ АСПЕКТИ

IMPLEMENTATION OF STATE HUMANITARIAN POLICY IN THE HEALTH CARE SYSTEM IN THE PERIOD OF DIGITAL TRANSFORMATION: INFORMATION AND STATISTICAL ASPECTS

Встановлено, що міністерство охорони здоров'я щорічно публікує збірки про стан здоров'я населення, ресурси та діяльність системи охорони здоров'я. За ідеєю, цей бюджетний повинен був забезпечувати всю методичну роботу з даними та інформацією в охороні здоров'я, удосконалювати методи збору первинних даних, їх обробку, подання та аналіз. До того ж до медичних організацій надходять запити щодо подання звітів від численних контролюючих органів та громадських організацій. Все це призводить до відволікання медичного та управлінського персоналу від основної діяльності.

Доведено, що факт поділу медичної допомоги на оплачувану із коштів бюджетів усіх рівнів і, як наслідок, окремого обліку цих обсягів у різних звітних формах явно нелогічний, вона могла б бути лише одна – за обсягами допомоги із зазначенням джерела фінансування. Одночасно було встановлено середні нормативи кількості цих видів відвідувань та їх фінансового забезпечення, а також організовано контроль за їх виконанням. Цей захід у ситуації дефіциту медичних кадрів в амбулаторно-поліклінічних установах та відсутності можливості окремо займатися профілактикою при величезному потоці хворих пацієнтів, природно, призвело до формального відображення цих показників у статистичній звітності.

Проаналізовано, що часті спотворення статистики знижує управлінську цінність інформації та має своєчасно виявлятися та виправлятися центральними органами охорони здоров'я. Ще одним негативним чинником є неузгодженість інформації у різних звітних формах. За статистичними формами враховується обсяг госпіталізацій за певним профілем на ліжка відповідного профілю, а з іншого боку обсяг госпіталізацій за певним класом захворювань на ліжках усіх профілів. У зв'язку з цим за цими двома формами є розбіжності фактично наданих обсягів медичної допомоги з різних профілів.

Обґрунтовано, що для оцінки діяльності установ, що працюють в амбулаторних умовах, було б простіше і корисніше відслідковувати розширену динаміку показників здоров'я населення на ділянці, які сьогодні не враховуються в жодному разі. Але при цьому, звичайно, важливо розуміти, що досягнення позитивних результатів за названими показниками можливе лише за умови, коли медичний персонал має час на повноцінне виконання своїх функцій. Також не менш важливим є той факт, виснена інформація може бути недостовірною.

Ключові слова: формування та реалізація, механізми, система охорони здоров'я, взаємодія, державна політика, етап, соціаль-но-гуманітарні чинники.

According to the idea, this budget was supposed to ensure all methodical work with data and information in health care, to improve the methods of primary data collection, their processing, presentation and analysis. In addition, medical organizations receive reporting requests from numerous regulatory bodies and public organizations. All this leads to the distraction of medical and management personnel from their main activities. It is established that the Ministry of Health annually publishes collections on the health of the population, resources and activities of the health care system.

At the same time, the average standards for the number of these types of visits and their financial support per 1 resident were established, and control over their implementation was also organized. This measure, in the situation of a shortage of medical staff in outpatient polyclinic institutions and the lack of an opportunity to separately engage in prevention with a huge flow of sick patients, naturally led to the formal display of these indicators in statistical reporting. It has been proven that the fact of dividing medical care into that paid from the funds of budgets of all levels and, as a result, separate accounting of these amounts in various reporting forms is clearly illogical, it could be only one – by the amount of care with an indication of the source of funding.

Another negative factor is the inconsistency of information in different reporting forms. Statistical forms take into account the volume of hospitalizations for a certain profile on beds of the corresponding profile, and on the other hand, the volume of hospitalizations for a certain class of diseases on beds of all profiles. In this regard, there are discrepancies in the actually provided volumes of medical care from different profiles for these two forms. It was analyzed that frequent distortions of statistics reduce the managerial value of information and should be detected and corrected by central health care authorities in a timely manner.

But at the same time, of course, it is important to understand that achieving positive results according to the mentioned indicators is possible only if the medical staff has time to fully perform their functions. Equally important is the fact that the entered information may be inaccurate. It is justified that in order to evaluate the activity of institutions working in outpatient conditions, it would be easier and more useful to monitor the extended dynamics of the health indicators of the population in the area, which today are not taken into account in any case.

Key words: formation and implementation, mechanisms, health care system, interaction, state policy, stage, social and humanitarian factors.

УДК 351.84:35.072.2:342.5 (477)
DOI <https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2023.38.6>

Бобак А.І.,
к. мед. наук,
директор
Комунальне некомерційне підприємство
«Центр первинної медико-санітарної
допомоги Самбірської міської ради»

Постановка проблеми у загальному вигляді з важливими науковими і практичними завданнями. Неповна звітність що надходить до центральних науково-дослідних установ міністерства охорони здоров'я України не веде оцінки фінансових показників у прив'язці до наданих обсягів медичної допомоги. Зазначене дозволяє зробити лише затверджена форма або аналіз реєстрів рахунків за базовою програмою страхової медичної системи, яких у відкритому доступі немає. Відсутність аналізу даних підтримки управлінських рішень є найсерйознішим недоліком у роботі міністерства охорони здоров'я. Інформація про ресурси та діяльність системи охорони здоров'я не супроводжується жодним зіставленням даних у динаміці відповідними висновками та рекомендаціями [13]. Державні органи не проводять порівняльних показників з міжнародними та не аналізують кількісні зв'язки між показниками здоров'я населення та факторами, що його визначають, повноцінно не будують прогнози розвитку галузі та не роблять розрахунків необхідних ресурсів для виконання національних цілей.

Аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання проблеми. Аналіз зазначеного аспекту, заснований на фактологічних даних, вкрай важливий, оскільки зазначені показники не відповідають міжнародним, відповідно неможливо провести коректні порівняння. Закритість даних та інформації що надходить в центральні органи охорони здоров'я не публікує у відкритому доступі жодної форми статистичної звітності, а також збірники за роками, де ці форми узагальнюються. Для отримання доступу до збірників державних інституцій потрібен спеціальний дозвіл, а доступ до форм взагалі отримати неможливо, відповідно, експертам неможливо розрахувати деякі показники, які не представлені у збірниках [11]. Відсутність потрібних показників для оцінки стану здоров'я є найяскравішим прикладом щодо цього є показники якості та безпеки медичної діяльності.

Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, яким присвячена стаття. Зазначені істотні недоліки міністерство охорони здоров'я повинне усунути найближчим часом до початку масової цифрової трансформації галузі. Якщо цього не буде зроблено, всі ці проблеми, незважаючи на впровадження міністерством охорони здоров'я спільно з міністерством цифрової трансформації, як і раніше залишаться і спотворюватимуть інформацію, а значить, знижуватимуть якість прийняття управлінських рішень у охороні здоров'я. Впровадження

цифрової інфраструктури – необхідна умова цифрової перебудови, яку сьогодні передбачено в рамках державного проекту інформаційної інфраструктури. Однак, для отримання результату знадобляться додаткові умови, створити які потрібно міністерству охорони здоров'я [9]. Необхідне створення функціональної системи управління інформацією в охороні здоров'я, що передбачає збір достовірних первинних даних, їхню правильну систематизацію, усунення дублювання облікових та звітних форм, розробку міжнародно-прийнятих показників для кожного рівня охорони здоров'я, відкритість джерел інформації знеособлених даних для аналізу.

Мета статті полягає в обґрунтуванні реалізації управлінських підходів з цифровізації державної політики щодо діяльності закладів системи охорони здоров'я із реформування системи подачі статистичних даних та їх контролю.

Виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів. Сьогодні необхідно передбачити додаткове фінансування на капітальні та операційні витрати з впровадження та утримання цифрової інфраструктури в медичних організаціях та органах управління охороною здоров'я [8]. Ці витрати на закупівлю та оновлення технічного обладнання та програмного забезпечення, придбання видаткових матеріалів, оплату праці та постійне навчання технічного персоналу, навчання медичних працівників та іншого персоналу лікарні тому, як користуватись системою.

Також, що потрібно зробити в міністерстві та в кожній медичній організації, це те, що знадобляться фахівці, які візьмуть на себе управління процесом цифровізації та її покращення [1]. Поки що таких фахівців лічені одиниці. За кордоном у медичних організаціях сьогодні передбачено посаду віце-президента з медичної інформатики або, як прийнято, заступника головного лікаря. Як правило, це фахівець із медичним освітою, яка отримала додаткову технічну освіту або освіту у сфері медичної інформатики та цифрової трансформації [10].

Працівники центру медичної цифровізації та інформатики відповідають за виконання таких функцій: навчання користувачів, медичних працівників та іншого персоналу, роботі з медичними цифровими системами; впровадження найкращих практик; взаємодію із зовнішніми організаціями та партнерами з технічних питань; розгляд проблем із впровадженням та використанням систем підтримки прийняття рішень; роботу з персоналом щодо

попередження медичних дефектів; роботу з адміністраторами медичної організації для підвищення фінансової ефективності.

Ці додаткові кошти мають бути розраховані для кожного рівня медичної організації в залежності від її потужності та передбачені окремим рядком за кошторисним принципом фінансування, тобто не в структурі тарифу з оплати медичної допомоги, а окремим рядком [3]. Сьогодні в державі для медичних організацій таких окремих засобів не передбачено, навіть є дефіцит фінансування. Необхідно запровадити навчання з дисципліни медична інформатика у всіх медичних вишах та училищах, як у рамках програм вищої та середньої професійної освіти, так і програм ординатури. Цей процес має супроводжуватися прискореною підготовкою та підвищенням кваліфікації викладачів, розробкою навчальних програм, навчально-методичних матеріалів за прикладом найкращих зарубіжних університетів у цій сфері.

Сьогодні масово відкриваються кафедри медичної інформатики, що як правило, організовані на базі медико-біологічних факультетів і готують спеціалістів – лікарів-кібернетиків. Для того, щоб вони могли приступити до роботи, наприклад у рентгенології, радіології, функціональній діагностиці, їм необхідно пройти відповідну ординатуру [15]. Під час навчання студенти лікувального та педіатричного факультетів також вивчають дисципліну медична інформатика. У зв'язку з цим нами рекомендовано ввести програму за спеціальністю «Біомедична інформатика» для випускників лікувальних та педіатричних факультетів.

Слід додати, що в державній стратегії цифрової трансформації охорони здоров'я справедливо зазначено, що її головні завдання – підвищення доступності та якості медичної допомоги [6]. Це вимагає розробки не тільки суто технічних документів та електронний внутрішньо та міжвідомчий документообіг, а також методичного супроводу, створення, оцінки та впровадження медичних баз знань, систем підтримки прийняття лікарських рішень, електронних освітніх ресурсів, а також навчання головних лікарів та їх заступників вмінню ефективно використовувати нові технологічні можливості.

У розвинених країнах заступники головних лікарів розробляють стратегічні плани, які включають такі завдання: забезпечення високої якості медичної допомоги; зниження внутрішньо лікарняної летальності; зниження кількості ускладнень при наданні медичної допомоги; підвищення задоволеності пацієнтів; підвищення фінансової ефективності

діяльності медичної організації, у тому числі зниження непотрібних призначень; зниження незадоволеності медичного персоналу питаннями; навчання персоналу найкращим практикам у сфері застосування баз знань; забезпечення зв'язку з громадським середовищем, де розташована медична організація, та допомога населенню у реалізації профілактичних програм; проведення науково-дослідних робіт для покращення профілактичної та медичної допомоги [5].

Дослідження основних трендів розвитку цифровізації охорони здоров'я на глобальному та локальному рівнях показало, що світовий технологічний прогрес забезпечує медицину різними апаратними та софтверними засобами, що полегшують роботу фахівців та знижують витрати надання медичної допомоги. Очевидно, що цифрові технології – це не самоціль, а новий і дієвий інструмент вирішення низки галузевих завдань, тим більше що сама по собі цифрова трансформація не зможе вирішити тих глибоких і системних проблем, які сьогодні склалася в охороні здоров'я [7]. Однак, освоївши цей новий інструмент, досвідчений керівник зможе з користю для наших пацієнтів та медичних працівників застосувати його практично.

Внаслідок комплексного аналізу впливу процесів цифровізації на сферу охорони здоров'я виявлено її значну роль у підвищенні соціально-економічного життя населення, що зумовлює наукову та практичну значимість дослідження, виражену в необхідності активної участі держави в інноваційній діяльності у сфері охорони здоров'я, яка орієнтована створення нових інноваційних цифрових систем охорони здоров'я, заснованих на нових технологіях та способах управління, що відповідають сучасним світовим умовам [14]. Стратегія розвитку цифрової трансформації державної охорони здоров'я передбачає формування оптимальних умов для майбутньої трансформації принципів організації охорони здоров'я та надання медичної допомоги на базі сучасні цифрові технології.

Модернізація існуючої системи охорони здоров'я на основі процесу цифровізації спрямована перш за все на підтримку прийняття лікарських рішень, ефективне використання наявних ресурсів, підвищення якості надання медичних ресурсів. Цифрова медицина здійснюється за дієвому регулюванні та підтримці держави. Вже впроваджуються кілька помітних за світовими масштабами інформаційно-аналітичних проєктів. Проте відчувається явна нестача фінансування державних проєктів у сфері інформатизації охорони здоров'я на регіональному

рівні [2]. Державна стратегія інформатизації охорони здоров'я реалізується поступово та здійснюється на регіональному рівні.

В сучасних умовах посилюється роль великих державних ІТ-корпорацій у цифровізації охорони здоров'я, які дозволили компаніям сфери інформаційних технологій перейти до запуску телемедичних систем, що відображає позитивну тенденцію у розвитку цифрової трансформації охорони здоров'я. Крім того, сформовані тенденції цифровізації охорони здоров'я створюють необхідність створення і впровадження інструментів для більш точної і швидкої діагностики пацієнтів, підвищення умов підготовки кадрів, удосконалення нормативної бази в галузі охорони здоров'я, збільшення фінансової складової цифровізації з боку держави як основного фактора підвищення якості медичних послуг [12].

Формулювання висновків і перспектив подальших досліджень в даному напрямку. Незважаючи на серйозні позитивні трансформації у сфері цифровізації охорони здоров'я, повноцінного впровадження цієї практики на всій території держави необхідно подолати низку перешкод: брак фінансових ресурсів, нестача кадрів за спеціальностями, що забезпечують, трансформацію цифровізації медицини, недостатньо розвинена інфраструктура цифрової охорони здоров'я, загрози інформаційній безпеці та низький рівень розвитку інтелектуальності експертних медичних систем. Таким чином, цифровізація охорони здоров'я розглядається державною владою як один із пріоритетів його розвитку, який, однак, вимагає додаткового та ретельного управлінського опрацювання для прийняття конкретних рішень [4]. Тим не менш, очевидні позитивні тенденції та нововведення перейдуть з розряду експериментальних інновацій і впроваджуються у сферу охорони здоров'я для нормального його функціонування в період цифрової трансформації.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Батиргарєєва В.С. Основні напрями протидії поширенню дезінформації (на прикладі пандемії COVID-19). *Інформація і право*. № 2 (33). 2020. С. 121–131.
2. Бернс Л. Інновації у сфері охорони здоров'я URL: <http://www.management.com.ua/interview/int021.html> (дата звернення: 09.01.2021)
3. Блінов А. Вірус рецесії: чим обернеться епідемія COVID19 і хто постраждає найбільше. URL: <https://www.slovoidilo.ua/2020/03/18/pogljad/ekonomika/virus-recesiyi-chymobernetsya-epidemiya-covid-19-xto-postrazhdaye-najbilshe> (дата звернення: 22.01.2024).

4. Бугайчук К.Л. Питання вдосконалення положень чинного законодавства України щодо запобігання виникненню і поширенню коронавірусної хвороби COVID-19. *Право і безпека*. 2020. №2 (77). С. 147–155. DOI: <https://doi.org/10.32631/pb.2020.2.20>.

5. Бутник О.О., Немирівська О.Я. Особливості публічного управління в умовах світової пандемії. *Право та державне управління*. 2020. № 2. С. 142–148.

6. Великодна М.С. Моделі і методи надання психологічної допомоги під час пандемії COVID-19: зарубіжний досвід. *Психологічний часопис*. 2020. Т. 6. Вип. 4. С. 229–237. DOI: 10.31108/1.2020.6.4.

7. Вороненко Ю., Радиш Я. Медичне право в системі права України: стан і перспективи розвитку. *Український медичний часопис*. URL: <https://www.umj.com.ua/article/371/medichne-pravo-v-sistemi-prava-ukrainistan-i-perspektivi-rozvitku> (дата звернення: 17.12.2023).

8. Впровадження медреформи без розбудови інфраструктури первинної ланки неможливе. URL: <http://www.minregion.gov.ua/press/news/vprovadzhennya-medreformi-bezrozbudovi-infrastrukturi-pervinnoyi-lanki-nemozhlive-zubko/> (дата звернення: 19.12.2023).

9. Деякі питання реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік: Постанова Кабінету Міністрів України від 18 грудня 2018 р. № 1117. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1117-2018-%D0%BF> (дата звернення: 18.12.2023).

10. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 р. № 411 / Кабінет Міністрів України. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/deyaki-pitannya-elektronnoyi-sistemi-ohoronizdorovya> (дата звернення: 30.12.2023).

11. Лаврентій Д. Механізм державно-приватного партнерства в процесі реформування сфери охорони здоров'я в Україні : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр.: спец. 25.00.02 «Механізми держ. упр.»; М-во освіти і науки України, ПАТ «Вищ. навч. закл. «Міжрегіон. акад. упр. Персоналом». Київ, 2019. 20 с.

12. Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах: позитивні наслідки, проблеми та можливі шляхи їх вирішення. *Україна. Здоров'я нації*. 2015. № 3. С. 67–86.

13. Лобас В.М., Шутов М.М., Вовк С.М. Методологія реформування систем охорони здоров'я, за кластерними підходами. *Україна. Здоров'я нації*. 2013. № 2 (26). С. 84–88.

14. Мартякова О.В., Трикоз І.В. Перспективи модернізації охорони здоров'я. *Вісник Бердянського університету менеджменту і бізнесу*. 2015. № 4 (32). С. 23–30.

15. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-19 / Верховна Рада країни. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> (дата звернення: 29.12.2023).