

СТРАТЕГИЧЕСКОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПО УЛУЧШЕНИЮ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ

Охорона здоров'я є однією з найважливіших функцій держави. Визначені три види лікувально-профілактичної допомоги. Передбачається розвиток державно-комунальної моделі надання медичної допомоги. Запропонована концептуальна модель системного аналізу медичних технологій, яка також включає положення, що стосуються формування здорового способу життя. Запропоновано ряд комплексних заходів щодо необхідності докорінного реформування системи охорони здоров'я України.

A health protection is one of the major functions of the state. Three types of medical and preventive help are determined. Development of the state and communal model of medical services is foreseen. The conceptual model of system analysis of medical technologies, which also includes ideas about healthy life, is offered. The range of complex measures in relation with the necessity of reformation of the system of health care in Ukraine is offered.

В настоящее время в Украине в значительной степени ухудшились показатели общественного здоровья населения: остаются высокими показатели смертности, резко падает рождаемость, снижается продолжительность жизни, растут сердечно-сосудистая, онкологическая заболеваемость, инвалидизация трудоспособного населения, общая и младенческая смертность, резко снизилась профилактическая направленность мероприятий здравоохранения. Здравоохранение является одной из важнейших функций государства. Оно направлено на достижение психосоциального, эмоционального, физического и экономического благополучия общества, сохранение и укрепление индивидуального и популяционного здоровья граждан, их трудовой активности.

Гражданам Украины предоставляется лечебно-профилактическая помощь (ЛПП) поликлиниками, больницами, диспансерами, клиниками научно-исследовательских институтов и другими аккредитованными учреждениями здравоохранения, службой скорой медпомощи, а также отдельными медицинскими работниками, которые имеют соответствующее разрешение (лицензию). Для обеспечения ЛПП граждан Украины, которые имеют соответствующие льготы, установленные законодательством, создаются специальные лечебно-профилактические органы [1, ст. 33].

В законодательном порядке [1, с. 35] определены три вида ЛПП. **Первичная** ЛПП предоставляется преимущественно по территориальным признакам семейными врачами или другими врачами общей практики. **Вторичная** (специализированная) ЛПП предоставляется врачами, имеющими соответствующую специализацию и обеспечивающих более квалифицированную диагностику, профилактику и лечение, чем врачи общей практики. **Третичная** (высокоспециализированная) ЛПП предоставляется врачом (группой врачей), имеющих соответствующую подготовку в области сложных для диагностики и лечения заболеваний, в случае лечения болезней, которые нуждаются в специальных методах диагностики и лечения, а также с целью установления диагноза и проведение лечения редко встречаемых заболеваний.

Дальнейшее развитие трех видов ЛПП получило в “Концепции развития здравоохранения населения Украины” [2]. Предполагается развитие **государственно-коммунальной модели** предоставления медпомощи. Для рационального распределения средств, оптимального использования материальных ресурсов сферы здравоохранения, повышение эффективности медицинского обслуживания в пределах государственно-коммунальной модели будут четко разграничены первичный, вторичный и третичный уровни предоставления медпомощи. Вместе с тем предполагается, что основная часть медицинских услуг населению должна предоставляться на первичном уровне [3].

Государственно-коммунальная модель предусматривает создание двух секторов медпомощи: сектора общедоступной медпомощи и сектора дополнительных возможностей в сфере здравоохранения. **Сектор общедоступной медпомощи** будет обеспечивать охрану, укрепление и восстановление здоровья населения с использованием технологий, которые определяются базовым стандартом качества общедоступной медпомощи, снабжение населению наиболее необходимых лечебных средств и изделий медицинского назначения, пребывание в стационаре. **Сектор дополнительных возможностей** будет оказывать содействие удовлетворению нужд граждан в здравоохранении, которые предусматривают использование технологий, превышающих общедоступные стандарты.

Предусмотрено, что государство будет реализовывать единую политику в сфере здравоохранения, будет устанавливать базовый стандарт качества общедоступной медпомощи [3]. Это соответствует требованиям систем менеджмента качества [4, с. 7] и Приказа МОЗ от 12.03.2003 р., № 103 [5], который развивает направления по усовершенствованию системы информационного обеспечения области здравоохранения на основе широкого развития информационных сетей, реорганизации медико-статистической службы [6, разд. 2].

В общих положениях Межотраслевой комплексной программы “Здоровье нации” на 2002–2011 годы в п. 11 указано: “Ухудшение состояния здоровья обусловлено, прежде всего, комплексом не медицинских, а социально-экономическими и экологическими факторами, несовершенным образом жизни населения. Поэтому улучшение здоровья невозможно без важных социально-экономических перемен”. Сегодня 60-летний рубеж не преодолевает почти треть населения. По наблюдениям ученых вероятность умереть, не дожив до пенсионного возраста, для последующих поколений все больше увеличивается. Экономика должна работать на здоровье людей.

В соответствии с Указом Президента Украины “О дополнительных мероприятиях относительно улучшения медицинской помощи населению” определены цели и основные задачи улучшения медицинской помощи [7]: оптимизация организации медико-санитарной помощи населению, обеспечение ее высокого качества и эффективности; приоритетное развитие *первичной* медико-санитарной помощи на основе семейной медицины; приведение в порядок сети медицинских учреждений; усовершенствование структуры и функций органов здравоохранения согласно потребности населения городской и сельской местности; внедрение эффективной системы многоканального финансирования, увеличение бюджетных ассигнований на здравоохранение; повышение эффективности использования имеющихся кадровых, финансовых и материальных ресурсов здравоохранения; проведение перспективных научных исследований для создания центров высоких медицинских технологий (ЦВМТ).

Центр высоких медицинских технологий – как сложная производственно-экономическая система должна включать развитую инфраструктуру медицинских модульных блоков, оснащенная перспективным медицинским оборудованием и предназначенная для повышения доступности населению Украины в дорожающей высокотехнологичной медицинской помощи.



Рис. 1 – Концептуальная модель системного анализа медицинских технологий (разработана автором)

По мнению ВОЗ, медицинские технологии, и также высокие медицинские, в числе ключевых рычагов могут трансформировать медицину, подняв её из сегодняшнего разбитого состояния до такого, в котором искусство врачевания будет умножено на науку, коммерческие вопросы станут решаться не хуже, чем в торговых компаниях, и каждый пациент действительно станет центром внимания [8, с. 201].

Применение медицинских технологий в охране здоровья условно можно объединить в несколько блоков. **Первый блок** охватывает проблемы охраны, поддержания и развития здоровья населения на основе его воспроизводственного механизма. **Второй блок** проблем отражает процессы формирования хозяйственного механизма, прогрессивные технологии управления объектами здравоохранения. **Третий блок** проблем требует решения финансово-экономических задач отрасли в условиях рынка и ценообразования на услуги здравоохранения.

На рис. 1 представлена концептуальная модель системного анализа медицинских технологий.

Технологическую оснащенность отрасли здравоохранения можно разбить на три уровня. На **первом, базовом уровне** так называемое “нетехнологическое” медицинское обслуживание связано с лечением больных и уходом за ними. На **втором (среднем) уровне** предполагается возможность устранения неблагоприятных последствий заболеваний. На **третьем (высшем) уровне**, связанном с использованием высоких технологий, имеет место всестороннее понимание механизма заболевания. Опираясь на три уровня технологий, можно сказать, что одни службы действуют без использования технологий, другие используют их частично, а третьи действуют на основе высоких технологий.

В модели выделены количественные методы системного анализа, применяемые в клиническом менеджменте – математические методы и модели, компьютерные технологии, ориентированные на оценивание расходов и динамики затрат, планирование и управление ресурсами.

Приведенная концептуальная модель системного анализа медицинских технологий была бы неполной, если бы в неё не были включены положения, касающиеся формирования здорового образа жизни (ЗОЖ). За предстоящие полвека число людей в мире в возрасте старше 60 лет почти утроится и достигнет примерно двух миллиардов в 2050 году. В настоящее время число людей в возрасте старше 60 лет составляет около 705 миллионов человек.

Согласно данным ВОЗ, от медицины здоровье человека зависит только на 10 %, остальные же 90 % определяют другие факторы: 17 % – экология, 20 % – наследственность и 50–30 % – условия и образ жизни. 3,2 млрд чел. из 6,5 млрд населения земли проживают в городах. К 2030 г. цифра возрастет до пяти миллиардов и составит 61 % от всего населения. Согласно докладу ООН, средняя продолжительность жизни человека увеличилась с 46 лет в 1950–1955 годах до 64 лет в 2000–2008 годах. Ожидается, что к 2050 году средняя продолжительность жизни будет 75 лет, а в развитых странах – 82 года.

Особенно высокий уровень смертности наблюдается в Украине, что вызвано недостаточной системой организации здравоохранения в стране. Необходимо коренное реформирование системы здравоохранения Украины путем проведения таких комплексных мероприятий как:

- создание специальной государственной структуры, которая отвечает за формирование ЗОЖ;
- разработка и проведение специальных программ исследований, информирование населения и специалистов-медиков, просвещение населения в отношении проблем здоровья и формирование ЗОЖ;
- охват практическими мероприятиями по формированию ЗОЖ всё большего количества населенных пунктов.

Далее необходимо сосредоточиться на четырех направлениях.

Первое – ориентировано на выявление тех слоев населения, которым необходима первоочередная помощь в просвещении и информации в отношении проблем здоровья, когда усилия не распыляются глобально, а локализуются к прослойкам общества, которые доказаны исследованиями.

Второе – включает в себя программы финансирования локальных проектов формирования ЗОЖ в местных территориальных условиях с участием общественных организаций – в региональных ЦВМТ.

Третье – лоббирование “здоровой” государственной политики, как на уровне правительства, так и уровне регионов.

Четвертое – направлено на повышение уровня образованности различных слоев населения в отношении проблем здоровья, на пропаганду ЗОЖ не как самоцели, а как общенациональной ценности.

Основой формирования ЗОЖ является положение о том, что сохранение здоровья населения можно обеспечить при условии совместной скоординированной деятельности всех заинтересованных сторон: правительства, органов здравоохранения, других сфер и отраслей общественно-экономической жизни общества, негосударственных организаций, местных органов самоуправления, промышленности, средств массовой информации и т.п. Отечественная медицина при желании достичь здоровья вкладывает деньги в болезнь, а не на её предотвращение.

Клинико-экономическая эффективность применения высоких медицинских технологий существенно повысится при внедрении менеджмента в сфере здравоохранения в Украине. Управлять процессом невозможно, не имея информации об управляемом объекте. Собирая информацию о признаках болезни, врач планирует управляющие действия в отношении болезни. Однако устранение признаков болезни еще не есть возвращение здоровья, ибо при низком его уровне болезнь возникает вновь. Требуется новая стратегия здравоохранения, в основе которой – управление здоровьем (жизнеспособностью) индивида. “Управление здоровьем индивида” – суть стратегии третьей противоэпидемической революции, основы которой были заложены в Украине в рамках нового научного направления, названного валеологией. В Украине возникает необходимость подготовки специа-

листов по сохранению и укреплению здоровья человека. В самом деле: “специалисты по болезням” (врачи) – есть, а специалистов по здоровью у нас нет [9].

Концептуальные основы развития медицинских технологий должны быть ориентированы на оптимизацию причинно-следственных связей по организации финансирования здравоохранения и формирования ЗОЖ населения, на внедрение системы мониторинга за деятельностью органов исполнительной власти и местного самоуправления по контролю над состоянием общественного здоровья и реализации мероприятий по его укреплению. Органы исполнительной власти всех уровней из держателей социальной сферы должны превратиться в стратегического заказчика услуг в области здравоохранения в интересах территориальной громады. Как следствие – здоровая нация, повышение рождаемости, увеличение продолжительности жизни.

Литература

1. ЗУ “Основи законодавства України про охорону здоров’я” / Затв. Верховною Радою України от 19.11.1992 р., № 2801–XII // ВВР України, 1993. – № 4.
2. Національний план дій на виконання Указу Президента України “Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України” / Дорожня карта реформування системи охорони здоров’я // Мир здоров’я. – 2006. – № 4. – С. 6–11.
3. Концепція розвитку охорони здоров’я населення України. Затв. Указом Президента України від 7.12.2000 р., № 1313/2000 // Офіційний Вісник України, 2000. – № 49.
4. ДСТУ ISO 9001–2001. (Видано ISO в 2000). Системи управління якістю. Вимоги. (ISO 9001:2000, IDT). – 23 с. Чинний від 2001-10-01.
5. Про створення державного підприємства “Центр інформаційних технологій”. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 12.03.2003 р., № 103 // Зб. нормат.-директивних док. з охорони здоров’я. – Берез., 2003. – К., 2003. – С. 99–107.
6. Міжгалузева комплексна програма “Здоров’я нації” на 2002–2011 роки. Затв. постановою КМУ від 10.01.2002 р., № 14 // Офіційний Вісник України. – 2002. – № 9, ст. 403.
7. Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України. Указ Президента України від 8.08.2000 р., № 963/2000 // Офіційний Вісник України, 2000. – № 32, ст. 1344.
8. Оброблення клінічних і експериментальних даних у медицині / О.П. Мінер, Ю.В. Вороненко, В.В. Власов. – 2003. – 350 с.
9. Сивченко В.В., Сивченко В.И. Правовая защита жизни и здоровья человека. Обзор законодательства. – Донецк, 2002. – 320 с.

УДК 658.7.012.6:656.7.072.6(045)

Ю. М. ЧИЧКАН-ХЛІПОВКА

Національний авіаційний університет

І. Б. ХОМЕНКО

ЗАТ “АероСвіт, Українські авіалінії”

ПРОГНОЗУВАННЯ ВИТРАТ АВІАКОМПАНІЙ НА ЗДІЙСНЕННЯ ТЕХНІЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ ПОВІТРЯНОГО СУДНА ПРОТЯГОМ ЖИТТЄВОГО ЦИКЛУ

Проаналізовано особливості життєвого циклу повітряних суден, що дозволило визначити точки прийняття рішень, які є стратегічно важливими для прогнозування та управління витратами на здійснення технічного обслуговування авіаційної техніки. Розглянуто основні методичні підходи до прогнозування витрат на технічне обслуговування та детерміновано фактори, що визначають розмір цих витрат. Запропоновано логічну схему прогнозування витрат на технічне обслуговування при прийнятті рішення про придбання повітряного судна.

The specific features of aircraft life cycle are studied, which allow to define strategically important decision points for forecasting and management of aircraft maintenance cost. The main methodical approaches for maintenance cost estimates are considered and key factors for size of the costs are determined. A logical scheme of aircraft maintenance cost planning is offered while taking decision about aircraft purchase and further operation.

Постановка проблеми. Здійснення технічного обслуговування (ТО) парку повітряних суден (ПС), що експлуатується, як правило, не належить до безпосередньої бізнес-діяльності авіатранспортного підприємства, а є виробничою необхідністю, що зумовлює значні витрати на підтримку льотної придатності авіаційної техніки (АТ). Фінансування процесів ТО ПС авіаперевізника формує одну із основних статей прямих експлуатаційних витрат підприємства, що можуть сягати до 30 % від загальної суми витрат для провідних закордонних авіакомпаній [8]. Для вітчизняних авіапідприємств, як свідчить практика лідерів ринку, частка витрат на ТО становить близько 25 %. Прогнозування рівня та структури витрат на ТО ПС протягом ЖЦ машини є важливою науково-практичною за-