

Едвард Льюїс

Довірчі фонди («Трасти») державної служби охорони здоров'я в Великобританії.

До 1990р. медичні послуги в Великобританії були організовані у відповідності до географічних областей, на кожній з яких існував власний орган системи охорони здоров'я, який ніс відповідальність за лікарні і соціально спрямовані медичні послуги. Крім того, у кожній області діяв Комітет Сімейних Лікарів, який відповідав за послуги сімейних лікарів, окулістів та аптек. До 1990р. ці організації в деяких частинах Великобританії (наприклад, в Уельсі) об'єдналися з місцевими органами системи охорони здоров'я, а в інших її частинах перетворилися на представництва з надання послуг сімейної медицини (наприклад, в Англії). Національна система охорони здоров'я пройшла основні зміни своєї організаційної структури в 1989-1991рр. за урядування Консерваторів, а потім в 1997р. – вже з Лейбористами.

Перший раунд реформ було ініційовано у відповідь на наростаюче незадоволення рівнем надаваних послуг. По суті, внутрішній ринок був спробою Уряду вирішити таку проблему, як зростаючі черги в записах на прийом до лікарів, яка постала в 1980х в результаті скорочення фінансових ресурсів, в той час як попит неухильно зростав. Було розроблено пропозиції задля підвищення швидкості надання послуг споживачам, сприяння введенню інновацій та стосовно зміни монополістичного впливу лікарень на медичні послуги, значення яких в суспільстві було завжди високим. Витрати на послуги скорочували, тоді як демографічний та технологічний розвиток підвищував попит. Дані реформи було запропоновано в 1989р., а впроваджено - в 1991р. За мету ставилось збереження вільного доступу до системи охорони здоров'я, загалом, за рахунок податків (більше трьох чвертей від загальної суми) та національних страхових внесків (більше одної восьмої), але змушуючи при цьому постачальників спеціалізованих послуг конкурувати на «квазі-» чи «внутрішньому» ринку, відділивши їх від споживачів та зобов'язавши їх укладати з ними контракти.

Даний метод спирався на становлення ДСОЗ трастів. Такі медичні організації мали значно вищий авторитет, ніж незалежні від лікарень організації з власним керівництвом, які постійно конкурували одна з одною. Перша хвиля з 57 ДСОЗ

трастів з'явилась в 1991р. До 1995р. вже всі медичні послуги надавались ДСОЗ трастами. Так з'явився Внутрішній ринок в системі охорони здоров'я, а це означало, що органи даної сфери мали можливість керувати власними бюджетами та закуповувати медичні послуги в лікарнях і інших медичних закладах, які стали називатись «постачальниками». За той же проміжок часу багато сімейних лікарів отримали бюджети на придбання медичних послуг в ДСОЗ трастах (та приватному секторі) по схемі, яка називалась «власністю фондів». Щороку до даної схеми долучалось все більше сімейних лікарів. Для тих, хто не мав бюджету, послуги закуповувались органами системи охорони здоров'я, які могли придбати їх в ДСОЗ трастах «оптом» (шляхом «гуртових закупівель»). Пацієнти власників фондів часто отримували необхідні послуги значно швидше за інших. Це призвело до дворівневої цінової політики, яка дещо відрізнялась від основоположних принципів ДСОЗ щодо справедливого та рівноправного доступу до всіх медичних послуг.

ДСОЗ трасти несли повну відповідальність за власність та управління лікарнями чи іншими установами і закладами, які раніше керувались регіональними, окружними чи спеціалізованими органами в системі охорони здоров'я. Їм передавалась влада щодо забезпечення та керування лікарнями та іншими медичними установами чи закладами. Законодавство вимагало громадського обговорення перед створенням подібних нових автономних органів.

Кожний ДСОЗ траст – це корпоративна організація з власною радою директорів, яка складається з Голови (призначається Міністром), виконавчих та не-виконавчих директорів (тобто, директорів, які не входять до найманого штату трасту), що керує організацією медичних послуг, які надаються їй в законодавчому порядку. Відбір на такі посади проходив через публічний конкурс та за відкритої конкуренції. Незалежна експертна організація проводила співбесіди та пропонувала свої рекомендації Міністру, який потім проводив призначення на посади. Виконавчі директори призначались не-виконавчими членами правління та Головою.

ДСОЗ трасти за своїм складом спроможні виконувати свої функції через комітети та підкомітети (які можуть включати членів правління чи ні), зберігаючи за собою право на загальні принципи використання влади. Задля впровадження ДСОЗ трастів було прийнято закон, який визначав основні принципи переходу

медичного та цивільного персоналу до таких нових організацій. Це надало можливість персоналу братися за роботу ще до дати запуску ДСОЗ трасту в роботу з автоматичним правом переходу до нової організації. Їх трудові угоди передавались до ДСОЗ трасту в день початку його роботи.

Другий раунд реформ пропонував усунення внутрішнього ринку та певних організаційних структур, залишаючи при цьому поділ на постачальників/споживачів, але з наголосом на відносинах співпраці, хоча споживачі залишали за собою право змінити постачальника послуг. Постачальники повинні були стати Групами первинної медичної допомоги на чолі з сімейними лікарями. Поступово вони перетворились на Трасти первинної медичної допомоги. Трасти мали залишитись і тепер мали право утримувати надлишок прибутку. В свою чергу, органи системи охорони здоров'я втратили свою роль в закупівлях послуг і стали інструментом підзвітності вищезгаданих груп. Нарешті, в експлуатацію було введено поняття інфраструктури ефективності роботи. Воно складалось з 37 показників ефективності та двох нових органів: Національного інституту клінічної кваліфікації (NICE), який займався встановленням стандартів, та Ради з питань оздоровлення (CHIMP), яка відповідала за впровадження даних стандартів в дію.

Однак, на практиці конкуренція чи принаймні дух змагання все ще лишався через збереження поділу на постачальників та споживачів послуг. Дана реформа врахувала певні моменти з попередніх спроб реформування, проте проблеми все ще залишались. Якщо трасти первинної медичної допомоги завеликі, може виникнути ризик, що витрати на закупівлі будуть становити значну частину прибутку місцевих трастів, обмежуючи можливості змінити дану ситуацію. І навпаки, в результаті злиття кількох організацій, трасти первинної медичної допомоги на місцях не мали достатньо впливу, щоб змінити систему надання послуг. Більше того, значною кількістю мінімально необхідних послуг довелось пожертвувати заради децентралізації, хоча структура правління лишалась централізованою, тобто такою, де уряд може скорочувати ринкові механізми.

Докази доводять підвищення ефективності ДСОЗ реформ, не зважаючи на надзвичайне підвищення вартості трансакцій. Існували проблеми

рівноправності доступу до послуг, хоча подібне можна було передбачити. Для пацієнтів існувало лише незначне збільшення кількості альтернативних варіантів, люди не хотіли їздити на значні відстані навіть за наявності негайного доступу до послуг. Такі явища залишались частково через хибну віру в те, що багато хто міг отримувати кращі послуги в лікарнях «за місцем проживання», хоча це і не завжди було так. Напевно, суттєвих змін було здійснено небагато через обмежений характер конкуренції, брак мотивації та значний вплив існуючих обмежень.

Які ж було отримано результати? До позитивних можна віднести розвиток незалежності медичних трастів. Це дозволило окремим з них розробляти послуги так, як вони вважали за потрібне, та впроваджувати інновації. Незалежність, за якої трасти отримали право на збереження надлишків з прибутків, мотивувала до пошуку та впровадження ефективних заходів. Це стосувалось не лише таких сфер, як комунальні послуги, але і методу організації послуг. Люди стали більш поінформованими щодо процесу стратегічного планування та розробки бізнес-планів, оскільки Уповноважені представників чи Споживачів (трасти первинної медичної допомоги) бажали мати переконливі докази щодо переваг, які може запропонувати траст. Для лікарень також особливого значення набула якість надаваних послуг, і на покращення клінічного лікування та робочих умов в медичних закладах було затрачено значні зусилля.

В процесі становлення ДСОЗ трастів досягли також і деяких неочікуваних результатів. По перше, кожний орган прагнув до повної незалежності, але при наданні певних допоміжних послуг існували власні тарифи (наприклад, дорогими були інформаційні послуги), а також існувала потреба в національних стандартах. Перша хвиля трастів не звертала на це уваги, тож вони мали певні проблеми з обладнанням та сумісністю систем. Свобода на встановлення місцевих схем витрат та контрактів з персоналом вимагала додаткової кваліфікації, яка необов'язково була доступною, що і створювало нові проблеми. Конкуренція між медичними (лікарняними) трастами в деяких сферах була жорсткою, а це означало наявність, як переможців, так і переможених. Менш успішні трасти зіткнулись із значною плінністю кадрів: так термін перебування на керівній посаді в трасті міг становити в певних випадках лише 22 місяці. Нарешті, завжди забагато уваги приділялось локальним потребам, а

не національним. З цього стало зрозумілим, що для забезпечення найнеобхіднішими ресурсами знадобиться добре організоване, регіональне стратегічне планування в сфері охорони здоров'я.

Де ми тепер?

Перш за все, існує ряд моделей ДСОЗ трастів, всі з яких працюють, а також – більш витончений спосіб укладання контрактів на надання медичних послуг. Не зважаючи на помилки, з них було зроблено належні висновки. Значно збільшилась вартість грошей, а в результаті і вартість якісних послуг в багатьох місцях. Існування регіональних урядових організацій в Великобританії призвело до того, що асортимент надаваних послуг не всюди однаковий: в Англії, Уельсі, Шотландії та Північній Ірландії існують різні підходи до організації та надання послуг.

Все ще існує система запису на прийом та черги до лікарів – найкоротшими вони вважаються в Англії, оскільки тут це пріоритет системи охорони здоров'я. По всій Великобританії все ще існує значний рівень тиску на бюджет системи охорони здоров'я. Визнаним фактом є непотрібне дублювання послуг на місцях. Однак, для політиків буває складно виносити раціональні рішення, а якщо такі рішення і приймаються, то лише після проведення виборів, а не до них.

Продовжується процес злиття кількох трастів в більші організації задля підвищення їх ефективності та раціоналізації способу організації послуг на тих географічних територіях, де вони працюють. Очевидним також є процес зменшення кількості лікарень, закриття невеликих та спеціалізація великих на певних видах лікування (а не надання повного спектру послуг) через постійний прогрес медичних технологій.

І нарешті, можна впевнено констатувати, що процес структурних змін в послугах системи охорони здоров'я буде продовжуватись в найближчому майбутньому на території всієї Великобританії і навряд чи колись зупиниться.