

Дейкун М. П. Наукове обґрунтування деяких напрямків розвитку медичної допомоги на сучасному етапі соціально – економічних реформ / М. П. Дейкун // Лікарська справа (Врачебное дело). – 1999. – №6. – С. 131-134.

М.П. Дейкун

НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ДЕЯКИХ НАПРЯМІВ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ СОЦІАЛЬНО- ЕКОНОМІЧНИХ РЕФОРМ

Чернігівська міська лікарня №4

Історичні дані свідчать, що лікарні виникли у віддаленому епоху, а їхні завдання, система організації та характер діяльності змінювались залежно від рівня економічного та соціального розвитку, політичної структури суспільства тощо [6].

Узагальнюючи історичний досвід, можемо зазначити, що у минулому в нашій країні велику увагу приділяли проблемі розробки науково обґрунтованих нормативів та методичних підходів до забезпечення потреб населення в медичній допомозі залежно від згаданих вище умов [1-3]. Тому не випадково, що сучасний етап розвитку держави та суспільства, зміна соціально-економічного устрою, перехід до ринкових відносин тощо, на наш погляд, повинні ініціювати активність наукових досліджень щодо проведення реформ у галузі охорони здоров'я та медичної допомоги, сприяти переходу від екстенсивного до інтенсивного розвитку, удосконалення методів управління та оцінки діяльності медичних закладів [5-7]. На жаль, дані аналізу наукової літератури останніх років та наш досвід свідчать, що якість й ефективність діяльності медичних закладів в період соціально-економічних реформ останнім десятиріччям недостатньо обґрунтовуються проведенням узагальнюючих комплексних наукових досліджень щодо реформування окремих підсистем галузі та управління ними. В сучасних значно змінених умовах порівняно з минулим здебільшого використовуються результати досліджень 60-70-х років, що, зрозуміло, себе не виправдовує.

Слід підкреслити, що Конституція України, Основи законодавства України про охорону здоров'я гарантують кожній людині право на медичну допомогу, де до цього часу не опрацьовані правові документи, що регламентують механізми реалізації вищеназваних документів державного значення, і тому реалізація їх основних положень під великим сумнівом.

Вивчення з позиції теорії систем (історичний, функціональний, компонентний, структурний, інтегративний та інші аспекти), урахування вимог сучасного менеджменту, аналіз досвіду та ситуації, що склалась нині в системі медичної допомоги, свідчать про необхідність реформування системи з метою, перш за все, усунення недоліків, які негативно впливають на ефективність забезпечення населення медичною допомогою. Зокрема, спостерігається необґрунтовано високий рівень госпіталізації населення (24,9%), значне продовження середнього перебування хворих на стаціонарному лікуванні (16-19 днів), застарілість нормативної бази системи

медичної допомоги, нераціональне використання коштів на охорону здоров'я (близько 80% витрачається на фінансування стаціонарної медичної допомоги), зниження загального рівня медичної допомоги при значному відставанні рівня первинно медико-санітарної допомоги, багаторазове дублювання рівнів та видів, відсутність законодавчо затверджених стандартів надання медичної допомоги [8], нераціональне використання матеріально-технічної бази медичних закладів, практично не розвивається мережа медичних закладів інших форм власності та індивідуальна медична трудова діяльність тощо.

Враховуючи діяльність систем медичної допомоги економічно розвинених країн в сучасних умовах, їх структуру, взаємовідносин між деякими медичними закладами різних форм власності, можна дійти висновку про необхідність розподілу медичних закладів за рівнем надання медичної допомоги та одночасно усунення необґрунтованості розподілу їх за територіальним принципом (республіканські, обласні, міські, районні, сільські). Розмежування повноважень кожного медичного закладу шляхом визначення саме рівня медичної допомоги, впорядкування медичних закладів, зменшення медичного дублювання. Цього можна досягти проведенням державної акредитації та ліцензування діяльності мережі медичних закладів.

Нашими дослідженнями встановлено, що певна роль в досягненні достатньої якості та рівня медичної допомоги у багатьох країнах відіграють стандарти медичної допомоги (СМД). СМД сприятимуть єдиному підходу до тактики лікарів при окремих захворюваннях та загалом лікувально-діагностичного процесу, покращенню взаємозв'язку між амбулаторно-поліклінічними і лікарняними закладами на перших та між лікарняними і амбулаторно-поліклінічними закладами на кінцевих етапах лікування та реабілітації хворих.

Нині основними напрямками реформування системи медичної допомоги, що проводиться Міністерством охорони здоров'я України, передбачається, перш за все, обмеження фінансування, скорочення ліжкового фонду, вивільнення медичних кадрів, введення нових нормативів, які на 99% не мають достатнього наукового обґрунтування та практичного апробування, майже не враховують досвіду реформування систем в країні, розвиток яких мав аналогічні періоди соціально-економічних перетворень, тому вони не можуть забезпечити досягнення бажаного кінцевого ефекту діяльності системи в цілому. Ми вважаємо, що навіть досвід Росії майже не використовується.

Безперечно, кінцевою метою реформування повинна стати інтенсифікація лікувально-діагностичного процесу, перш за все в закладах, в яких медична допомога потребує значних фінансових затрат, завдяки чіткому розмежуванню етапів та рівнів надання медичної допомоги, виключення надмірного їх дублювання і т.п.

Руйнівною характерною ознакою є й те, що використовуються однакові підходи до «реформування» як стаціонарної, так і амбулаторно-поліклінічної

ланки. Як свідчать наукові дослідження та практичний досвід, скорочення однієї ланки системи повинно стати відправним мотивом для зміцнення іншої. Крім того, зазначені «реформи» спрямовані на скорочення потужностей державних медичних закладів і зовсім не передбачають розвитку мережі закладів з альтернативними формами власності.

Децентралізація фінансування охорони здоров'я значно сприяла послабленню управлінської вертикалі, що склалась минулими десятиріччями. За таких умов логічним є розширення прав регіонів у формуванні регіональних систем медичної допомоги [9]. Це стосується розробки та затвердження нормативів фінансування, штатних нормативів, мережі та структури комунальних медичних закладів.

Важливою проблемою ефективного функціонування системи медичної допомоги є те, що протягом багатьох десятиріч медичні заклади виконували багато функцій, які не підкріплювались ні фінансово, ні структурно, ні кадрово. Йдеться про зниження захворюваності, інвалідності, смертності; виконання плану щодо донорства, забезпечення медичною допомогою у місцях відпочинку; робота в військкоматах; профогляди працівників промислових підприємств, тощо. На значну увагу заслуговує покладене на систему медичної допомоги вирішення ряду соціальних проблем. Особливо це стосується лікарняних та дитячих амбулаторно-поліклінічних закладів. На сучасному етапі розвитку системи медичної допомоги медичні заклади повинні бути вивільнені від необґрунтованих і фінансово не підкріплених видів діяльності, адже діяльність кожного медичного закладу – це, насамперед, система медичної допомоги, оцінка стану здоров'я людини, своєчасне виявлення хвороби та відновлення втраченого здоров'я шляхом надання медичної допомоги і використання підходів до медичної профілактики, закладеної в медичних технологіях.

Досвід свідчить, що скорочення ліжкового фонду в лікарняних закладах обов'язково повинно сприяти розвитку мережі денних стаціонарів та організації прийомів спеціалістів відповідних профілів в амбулаторно-поліклінічних закладах.

Вивчаючи обґрунтованість рівня госпіталізації та порівнюючи його з аналогічними показниками в економічно розвинених країнах (Франція – 140%), ми впевнилися, що є реальні резерви для його зниження в нашій країні. До речі, з метою досягнення зрушень в цій проблемі у деяких країнах прийняті закони про госпіталізацію.

Економічна ситуація в системі медичної допомоги нині вимагає перегляду підходів до обґрунтованості госпіталізації. Основним критерієм госпіталізації повинна стати необхідність чи потреба проведення пацієнтові лікувано-діагностичних втручань та нагляду медичного персоналу протягом всієї доби. Дослідженнями встановлено, що необґрунтованість госпіталізації з окремих профілів становить від 30 до 60% і більше.

Терміни лікування в умовах стаціонару значно перевищують реальні. Це обумовлено, перш за все, психологічним фактором. Лікарі намагаються проводити лікування в умовах стаціонару до повного одужання хворого.

Аналогічна і психологія хворого. По-друге, в державі недостатньо розвинена мережа та пробільність денних стаціонарів при поліклініках. По-третє, рівень надання медичної допомоги в умовах поліклініки з об'єктивних причин в значній більшості амбулаторно-поліклінічних закладів нижчий, ніж у стаціонарі. Крім того, рівень кваліфікації та економічна зацікавленість лікарів амбулаторно-поліклінічних закладів не завжди сприяють зміцненню акцентів у забезпеченні відновлення здоров'я пацієнта шляхом найменших фінансових затрат. Важливою проблемою є значна обмеженість розвитку мережі медичних закладів. Зайнятих відновним лікуванням, а переважна більшість санаторно-курортних закладів не входить до структури системи медичної допомоги. Це призводить до того, що лікарняні ліжка використовуються не тільки для інтенсивного лікування, а й для проведення реабілітації.

Таким чином, проведені дослідження та аналіз зарубіжного досвіду реформування системи госпітальної медичної допомоги свідчать про наявність багатьох проблем, які слід вирішувати на сучасному етапі. На найбільшу увагу заслуговують перетворення, пов'язані із зміною стаціонарної медичної допомоги, регламентації діяльності медичних закладів щодо усунення не отриманих таким закладам функцій тощо. Важливо те, що в умовах дефіцитного фінансування про успіх реформ не може бути й мови. Будь-яка реформа вітчизняної охорони здоров'я нині повинна ґрунтуватись, перш за все, на науковій основі, з використанням зарубіжного досвіду, в першу чергу Російської Федерації, Казахстану та країн Прибалтики.

Список літератури.

1. Богатырев И.Д., Ярулина Р.А., Корольков Т.А. // Сов. Здравоохранение. – 1973. - № 12. – С. 14-21.
2. Жук А.П. Планирование здравоохранения в СССР. – М.: Медицина, 1964. – 35 с.
3. Кант В.И., Кучеренко В.З. // Здравоохранение Рос. Федерации. – 1985. - № 8. – С. 9-13.
4. Некрасова Л.С. // Медицина Украины. – 1995. - № 3. – С. 10-11.
5. Самин М.П., Остапюк С.Ф. // Сов. Здравоохранение. – 1989. - № 9.- С. 25-29.
6. Стационарная медицинская помощь. / Под ред. А.Г. Сафронова, Е.А. логиновой. – М.: Медицина, 1989. – 352 с.
7. Хамитова А.М., Ковалевская Р.А., Марданова Р.А., Миронова Л.В. // Мед. Журн. Узбекистана. – 1986. - № 8. – С. 3-5.
8. Pineault R., Lamarche P.A., Champagne F. et al. // I. Publ. Hlth Policy. – Vol. 14, N 2. - P. 198-219

N.P. Deikun (Chernigov)

SCIENTIFIC SUBSTANTIATION OF SOME TRENDS OF
DEVELOPMENT OF IN-PATIENT MEDICAL SERVICES AT THE PRESENT
STAGE

Systematic scientific-and-practical investigation in spheres of health care system and medical services conducted during the period of social-and-economic reform suggest that at the present stage of development of the state and society there have arisen problem in providing the population with adequate medical service including the in-patient facilities. Substantiated in the article on the basis of studying transformations in the Ukrainian health care system and that of economically developed states are some, we believe, promising, trends and ways of development of patient medical services.