

УДК: 614.2 – 001.8

## КОНЦЕПТУАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ РЕФОРМИ СІЛЬСЬКОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (оглядова стаття)

Рогач І.М.

Ужгородський національний університет, м. Ужгород

**Ключові слова:** організація охорони здоров'я, охорона здоров'я сільського населення, етапність, реформування

Системна розбалансованість існуючої моделі української охорони здоров'я з переходом держави на ринкову економіку, деструктивні процеси, що продовжуються з погрожуючими для суспільства і відомства наслідками, зумовлені багатьма об'єктивними причинами. До них відносять недосконалість законодавчої і нормативної бази, нестачу фінансових засобів, технологічне відставання від світових медичних стандартів, зайву чисельність окремих ресурсних компонентів (кадри, ліжка, мережа медичних закладів та ін.) і їх нерациональне використання [1].

Безперечно, частка істини в цих твердженнях має місце. Проте вищезгадані причини і чинники уже другорядні, тобто мають наслідковий характер. Гносеологічні корені кризи галузі знаходяться в іншій площині – неадекватність організаційної моделі системи охорони здоров'я і управління ринковими відносинами, що формуються.

До цього призводять і невідповідності між потребами, які склалися на сьогодні в охороні здоров'я і медичній допомозі (МД) сільського населення, з одного боку, і можливістю їх задоволення, з іншого [3, 4].

Реалізація основних положень при моделюванні оптимізаційної інфраструктури і медико-організаційних етапів системи медичної допомоги сільському населенню (СМДСН) потребує розробки цільової адаптаційної програми, яка повинна передбачити механізми, строки, послідовність, умови і вимоги з реалізації реорганізаційних заходів. При цьому в якості вимог і умов слід визначити наступні.

Основний обсяг МД повинен забезпечуватися державою на підставі соціальної справедливості, як щодо доступності, так і щодо її видів для всіх прошарків населення. Тобто, СМДСН має зберегти переважно державний характер і забезпечуватись (з наданням рівноправних умов розвитку і іншими системам – громадським, відомчим, муніципальним чи приватним) органами місцевої влади [2, 6];

Сприяння становленню та розвитку медичних систем здійснювати наданням пільг та інвестицій;

Конкурентноздатність та спроможність медичних установ визначати тільки через цивілізовані та реальні механізми ліцензування та акредитацій [1];

Забезпечити відпрацювання взаємозв'язку в роботі амбулаторно-поліклінічних і медичних закладів на всіх медико-організаційних етапах;

Забезпечити максимальну самостійність в наданні первинної медичної та частково лікарняної допомоги лікарями дільничної служби з розширенням об'єму та технологій в діагностиці захворювань;

Надання первинної медичної допомоги перевести поступово на принципи родинної медицини, а не тільки сімейного лікаря (це принципово!).

Такий підхід змусить на етапі розробки адаптаційної програми з реорганізації існуючої системи охорони здоров'я (СОЗ) переглянути окремі організаційні принципи радянської СОЗ і їх можливість застосування в особливих сучасних умовах діяльності нової СМДСН. Це закономірно, тому що на фоні респонсивних системних якостей проходить поступове розуміння нагальної необхідності внесення змін у всі сфери діяльності організацій і закладів медичного спрямування.

За організаційну основу СМДСН може бути взята чорирьохетапна модель змішаного типу (бюджетно-страхового), в функціонування якої слід внести суттєві корекції в порівнянні з існуючою СОЗ.

При цьому, з метою зміцнення, підвищення значення і якості первинної медичної допомоги передбачити організацію сільської дільничної служби (СДС), замість сільської лікарської дільниці (СЛД), із гнучкою організаційно-правовою структурою в залежності від місцевих умов і обслуговуваного контингенту.

У завдання і функції СДЛ, як першого етапу, входить організація і надання первинної (переважно позалікарняної, в т.ч. і вдома) і невідкладної МД населенню, проведення амбулаторного клініко-діагностичного обстеження, диспансеризація хворих і проведення медико-профілактичних заходів. У випадку необхідності здійснюється скерування пацієнтів на консуль-

тацію до лікарів-спеціалістів медичних закладів (МД) районного рівня.

Опорним медичним закладом СДС, із функціями головного СУ, стає дільнична лікарська амбулаторія (ДЛА), замість сільської дільничної лікарні (СДЛ), з 35-40 амбулаторними ліжками. При цьому ліжковий фонд переводиться безпосередньо з стаціонарної на позалікарняну МД.

На базі ДЛА організуються три денні стаціонари: терапевтичний на 20 ліжок (по 10 чоловічих і жіночих ліжок), хірургічний на 10 ліжок (по 5 чоловічих і жіночих ліжок) і педіатричний на 5 ліжок. Передбачається і функціональний ліжковий фонд до 5 ліжок для надання ургентної МД.

Структурно до складу СДС входить 2-3 лікарських амбулаторій (ЛА), в т.ч. і пересувна ЛА, 5-7 ФАП-ів і мікродіагностичний центр (МДЦ) з набором необхідного обладнання за затвердженим табелем. За СДС закріплюються 2 одиниці санітарного автотранспорту.

Кадровий склад дільничної служби складає 35-40 штатних посад (залежно від умов діяльності району), з яких: а) 7 одиниць основного медичного персоналу (лікарського з п'яти профілів) – 3 терапевта, педіатр, хірург, акушер-гінеколог, стоматолог; б) 22-27 одиниць допоміжного медичного персоналу – 6-8 фельдшерів, санітарний фельдшер, 12-15 медичних сестер, медичний статистик, лаборант, фармацевт; в) 6 одиниць додаткового персоналу – секретар-діловод, диспетчер-оператор, 2 санітарки, 2 водія.

Загальнокоординуюче і методичне керівництво діяльністю СДЛ покладається на райполіклініку, служби та апарат управління ЦРЛ.

Етап первинної (позалікарняної) МД може бути колективно приватизованим (повністю або частково). У випадку приватизації першого етапу медичної допомоги взаємини останнього з вищими етапами будуються з елементами ринкових умов. Наприклад, при направленні пацієнтів на консультацію до лікарів-спеціалістів МЗ районного рівня здійснюється підтвердження його обгрунтованості (на підставі висновку групи експертів).

Обгрунтовані направлення для додаткового обстеження пацієнтів на вищих медичних етапах здійснюється на безкоштовній основі. В протилежному випадку – за рахунок направляючого. Аналогічно відбувається і виклик бригади швидкої медичної допомоги (ШМД). Якщо звернення в районні (обласні) медзаклади, як і виклик карети ШМД (крім екстрених випадків), були здійснені з ініціативи пацієнта – оплата медичних послуг проводиться за його рахунок.

Другий етап МД “Кваліфікована амбулаторна допомога” зорієнтований на служби і МЗ позалікарняної допомоги районного рівня – поліклініки, диспансери і інші. При цьому організація первинної амбулаторної допомоги і її механізмів для жителів районних центрів

здійснюється за принципом СДС. В якості структурної одиниці первинної амбулаторної допомоги (II-A підетап) організовується територіальна дільнична служба (ТДС), замість терапевтичної дільниці (ТД), при загальнокоординаційному і методичному керівництві районної поліклініки.

Опорним МЗ ТДС стає територіальна дільнична лікарська амбулаторія (ТДЛА), організаційна структура якої нагадує СДЛА, але з обмеженням ліжкового фонду до 5-7 ліжок і штатних одиниць персоналу (див. нижче). Розрахунок кількості ТДЛА і населення, що обслуговує, визначається з урахуванням конкретних умов району діяльності територіальної служби (архітектурно-планувальні, індустріально-житлові, транспортно-пішохідні, соціально-демографічні, клімато-географічні та ін.) та діючої законодавчої і відомчої нормативно-правової бази.

На ТДС покладаються функції ведучого суб'єкта в організації і надання первинної (позалікарняної) МД, що може бути забезпечено тільки при гнучкості її організаційно-правової структури.

Кадровий склад ТДС становить 17 штатних посад, із них : а) 5 одиниць основного медичного персоналу (лікарський по п'яти профілям); б) 10 одиниць допоміжного медико-фармацевтичного персоналу – фельдшер, 6 медсестер, медстатистик, лаборант, фармацевт-консультант; в) 2 одиниці додаткового персоналу – санітарка і водій.

За ТДС закріплюються : приміщення, МДЦ, необхідне медичне обладнання (по таблицю) і одна одиниця санітарного транспорту.

У завдання і функції ТДС входить обстеження, діагностика, лікування пацієнтів, які потребують первинної (в тому числі ургентної) лікарської допомоги, диспансеризація хворих і проведення медико-профілактичних заходів. У випадку необхідності – направлення пацієнтів на консультацію до лікарів спеціалістів медичних закладів районного чи обласного рівня.

Враховуючи, що основна первинна лікарсько-діагностична робота переноситься на I-ий етап МД і ТДС (II-a підетап), роль, наприклад районних поліклінік зводиться до надання кваліфікованої і первинно-спеціалізованої позалікарняної допомоги (II-B підетап), як за направленням пацієнтів, так і за їх зверненням. Тому в останній здійснюються функціонально-структурні реорганізаційні заходи по скороченню за раціонально-необхідним варіантом. Зокрема, організація на їх базі консультативно-діагностичних та реабілітаційних центрів, структур дільничної служби типу ТДС, кабінетів нетрадиційної медицини, денних стаціонарів, стаціонарів вдома та інше.

Таким чином, другий етап зорієнтовується на надання основних видів гарантованої кваліфікованої та первинно-спеціалізованої амбулаторної допомоги, проведення консультативно-діагностичної та відносно повноцінної реабілітаційної допомоги як пацієнтам, так і здоровим, які забезпечуються в умовах поліклінік.

Етап позалікарняної допомоги також може бути приватизованим (повно або частково), в відповідності до умов ринкової економіки.

При моделюванні "Кваліфікованої і первинно-спеціалізованої стаціонарної допомоги" (третій етап) враховується нерациональність і необґрунтованість використання ліжкового фонду в медичних закладах району. Крім цього, посилення першого-другого медичних етапів, забезпечення якості позалікарняної допомоги за рахунок удосконалення її лікувально-діагностичного процесу, дозволяють (за даними експертних оцінок) до 80% пацієнтам надати МД і закінчити курс лікування поза стаціонаром [5,7].

На цій підставі в центральній районній лікарні (ЦРЛ) і інших районних лікарняних закладах ліжковий фонд може бути скорочений до 30.0-40.0%. На виведених із лікувального процесу лікарняних ліжках і звільнених площах доцільно організувати госпрозрахункові лікувальні палати (відділення), структури медико-соціальної орієнтації або медсестринського догляду, орендарами яких можуть стати комерційні, благодійні організації, товариства соціального захисту населення, Червоного хреста, церква та інші.

На четвертому етапі надається спеціалізована медична допомога, яка забезпечується медичними закладами обласного рівня. Однак, як свідчить практика, рівень медичної допомоги, особливо в диспансерах, не відповідає вимогам сучасних медичних технологій і наявного передового досвіду, а структура і вартість медичної допомоги тут суттєво не відрізняються від закладів вторинно-третинного етапів.

У зв'язку з цим, кількість, профіль і структура обласних медичних закладів підлягають реформуванню з використанням названих методико-тактичних підходів і механізмів. Слід врахувати, що четвертий етап гарантованої медичної допомоги може забезпечуватися і в регіональних центрах, Всеукраїнських медичних центрах, клінічних базах медичних вузів та НДІ медичного спрямування.

Реорганізаційні заходи на четвертому етапі медичної допомоги проводяться також з урахуванням наступного положення – високо-

спеціалізованими медичними закладами в області можуть бути тільки обласна, психіатрична і дитяча лікарні. Існуючі на сьогодні обласні спеціалізовані диспансери (крім протитуберкульозного і наркологічного) підлягають ліквідації, а їх функції повинні бути передані відповідним профільним відділенням обласної лікарні і ЦРЛ. Це дозволить скоротити управлінський і медичний персонал, ліжковий фонд, перерозподілити МТБ, скоротити неогрунтоване фінансування додаткової МД на четвертому етапі і передати бюджетні та інші фонди на нижчі етапи і т.п.

Реорганізації (за аналогією другого етапу) підлягає і консультативна поліклініка обласної лікарні зі скороченням структури на 1/3 і приведенням функцій у відповідності до цілей четвертого етапу МД.

Таким чином, запропонована модель організації медичної допомоги сільському населенню, на відміну від існуючої (яка втратила свою цілісність і динамічність), дозволяє на науковій основі удосконалити інфраструктуру її мережі та внести зміни до медико-організаційних етапів, що в свою чергу, дає змогу:

наблизити медичну допомогу до жителів територіальної дільничної служби (фактично ставши перехідним варіантом до родинної медицини);

забезпечити якість і доступність медичної допомоги;

підвищити авторитет медпрацівників;

більш раціонально використовувати системні ресурси та ін.

Наведені вимоги та організаційно-технологічні підходи щодо оптимізації існуючої моделі сільської охорони здоров'я спонукають в медичній галузі до актуалізації та трансформації програмних цілей. Тому в порядку реального прояву тих чи інших проблем слід визначити коротко-, середньо- та довгострокові конкретні завдання для системи і її підсистеми на ближчий час (в порядку першочерговості за принципом Парето). При цьому кожне з системних завдань повинно мати свої механізми (регіональний, відомчий та державний) та шляхи реалізації.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Васильченко С.А., Мостипан А.В. Первый этап реформы здравоохранения: перераспределение ресурсов // Медицина Украины. – 1995. – № 3. – С.36-37.
2. Бліхар Т. Пріоритети державної політики в галузі охорони здоров'я // Українські медичні вісті. – 1997. – №1. – С.8-9.
3. Концепція реформування системи охорони здоров'я України. – Київ, 1997. – 129 с.
4. Кучма Л.М. Шляхом радикальних економічних реформ. Доповідь на сесії Верховної Ради України 11.10.1994 р. // Урядовий кур'єр. – 1994, 13 жовтня. – С.6-13.
5. Парій В.Д. Перспективи та методи реорганізації надання первинної медичної допомоги населенню Житомирської області // Українські медичні вісті. – 1997. – №1. – С.24-25.
6. Парій В.Д., Фіц З.Р., Уваренко А.Д. Сучасний стан первинної медико-санітарної допомоги сільському населенню Житомирської області і перспективи її удосконалення // Проблеми і перспективи розвитку охорони здоров'я Житомирської області. – Житомир, 1995. – С. 21-25.
7. Юрченко В.Д., Козлюк В.М. Новое в медико-санитарном обеспечении населения Украины // Медицина Украины. – 1995. – №3. – С.4-7.

**SUMMARY**

**THE CONCEPTUAL SUBSTANTIATION OF ORGANIZATIONAL MODEL OF COUNTRYSIDE POPULATION HEALTH SERVICES REFORMS**

**Rogach I.M.**

Organisational model of medical aid to countryside population offered here in comparison with nowadays existing, which, lost the integrity, allows ones to improve it's network on the scientific basis and to make changes to it's organizational stages. That in turn enables: to approach medical aid to the inhabitants of a territorial local service (as a matter of fact beginning transient version to family medicine); to improve quality and accessibility of medical aid; to increase authority of the medical personnel; to use system resources etc. more rationally. Present requirements and technological approaches on optimization of present model of country public health services boost actualization and transformation of the programmatic purposes in medical branch. Therefore by way of a substantial development of those problems it is necessary to determine short-term, middle- and long-term concrete tasks for a system and it's subsystems on a near future (by the way of a priority by a Pareto principle). Thus each of system tasks should have the gears (regional, departmental, state) and ways of realization.

**Key words:** health service organization, countryside population's health service – stage organization, reforms