ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я

ПРІОРИТЕТНІ ШЛЯХИ РОЗВИТКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Рогач І.М.

Обласна клініча лікарня, м.Ужгород

Впровадження ринкової економіки разом з ствердженням демократичних начал в житті держави орієнтує сьогодні суспільство на підхід до медицини як до юридично морального суб'єкта з відповідними професійно-етичним і особистим економічним потенціалом, який повинен будуватися на адекватному фінансуванні у відповідності з умовами ринкових взаємовідносин, що в свою чергу потребує нової політики в ціноутворенні, визначенні стандартів об'єму медичної допомоги та медичних послуг як при гарантованому бюджетному фінансуванні, так і на комерційній основі [3].

Однак при цьому система медичної допомоги в Україні повинна повністю відійти від отриманої в спадщину моделі радянської охорони здоров'я, як такої, що не відповідає сучасним умовам діяльності [9].

Разом з тим нова система повинна акумулювати в собі всі позитивні організаційні принципи і перспективно-пріорететні надбання минулого з одного боку, і з іншого - відхиляти недоліки малодинамічної моносистеми, яка базується не на управлінсько-економічних, а на адміністративно-командних методах [1].

Тому вважаємо раціональніше провести реорганізацію існуючої служби здоров'я, диференціюючи її на дві окремі, але взаємопов'язані між собою системи - СИСТЕМУ ОХОРОНИ ЗДОРОВЯ (СОЗ) та СИСТЕМУ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ (СМД) з формуванням відповідних управлінських структур (наприклад, державного Комітету охорони здоров'я та Міністерства медичної допомоги) та визначення їх цілей, організованих принципів, функцій, завдань та взаємовідносин [2].

В преспективі система медичної допомоги (як система, яка орієнтована на відновлення здоров'я людини) повинна визначитися в соціально-моральному, правовому і економічному статусі, зайнявши чільну роль і місце в народно-господарській інфраструктурі України.

У відповідності з політикою ВООЗ, де рекомендовано встановити нові пріорітети в дослідженнях, організації та структурах з метою забезпечення переважного інвестування первинної медичної допомоги в порівнянні з інвестуванням лікування в госпітальних умовах. З цим солідарні і ряд авторів (Юрченко В.Д., Козлюк В.М., 1995 та ін.) [13].

Надбюрократична регідність функціонування нинішньої системи медичної допомоги з регламентованим розподілом бюджетних асигнувань (практично з одного джерела) лікувальним закладам у відповідності з їх штатним розкладом та ліжковим фондом призводить до того, що більша частина фінансів (80,0%) використовується на утримання надмірної кількості стаціонарів та обслуговуючих підрозділів. Це помилкова практика [12, 13].

Перспективним напрямком являється формування в Україні багатоукладної медицини, де поряд з державною повинні бути приватні, муніціпальні, народні, відомчі та інші системи. Але всі повинні функціонувати на конкурсній основі, як цього і вимагають ринкові відносини. Державна система медичної допомоги (тобто бюджетна) повинна бути єдиною.

Тоді всі існуючі на бюджетній основі відомчі медичні системи (як лікувально-профілактичні, так і анаторнокурортні) повинні бути скасовані, але при цьому необхідно враховувати обгрунтування керівників відповідних відомств про доцільність утримання паралельних структур.

Не здійснивши цього буде і надалі продовжуватися нічим не правдана практика дублювання в наданні медичної допомоги окремим контингентам населення (працівникам міністерств внутрішніх справ, національної безпеки, залізничного транспорту, цивільної авіації та ін.).

Потребують свого організаційного-управлінського об'єднання в єдину державну медичну систему структури в/о "Фармація" та "Медтехніка".

Таким чином, чином Україні необхідна нова модель, організована на багатоукладній основі, системи медичної допомоги, яка найбільше відповідає Конституції суверенної демократичної держави і вимогам ринкових відносин [7]. Але це в свою чергу вимагає втілення на практиці :

- бюджетного - страхових організаційних принципів на основі теорії систем та систем підходу, як в цілому по відношенню до системи так і до їх обов'язкових складових частин;

- різноманітних джерел і механізмів фінансування (наприклад, звільнення безпосередньо медичних закладів від затрат на комунальні послуги та енерго-газопостачення, як закладів відповідної регіональної комунальної власності);

- звільнення управлінських структур і штатного розкладу їх апаратів управління до раціональної відповідності з врахуванням вимог практики сучасного менеджменту;

- розширення економічно-фінансової і управлінської самостійності керівників органів, закладів і структурно - функціональних підрозділів (завідуючих відділеннями);

- нової податкової політики до функціонування бюджетної системи медичної допомоги і надання медичних послуг (наприклад, звільнення від ПДВ при затратах на придбання медичної техніки, закупці медикаментів, чи залишити податковий прибуток в системі, як це прийнято Верховною Радою республіки Крим);

затвердження фінансово-гарантованого об'єму медичної допомоги (як дотаційного списку фармацевтичних препаратів), одночасно з визначенням контингенту населення, яке має на це право (відповідно до зміни форм власності);

- внесення змін в програми і навчальні плани підготовки і підвищення кваліфікації керівників та управлінського персоналу. Для цього необхідно розширити тематику по основах менеджменту, загальної і ринкової економік, основам права, психології, міжнародних відносин, протокольної справи, підприємницької діяльності та інш. з підсиленням контролю та відомчих вимог до компетентності і дотримання гідності особистості;

- введення в відомчу номенклатуру спеціальних посад таких спеціалістів, економіст, юрист, психолог - соціолог, спеціаліст по маркетінгу, а також заміни назви спеціальності "організація і управління охорони здоров'я" на "менеджер" або "менеджер медичної допомоги" і т.д.

Назва багатоукладна медична допомога з різноманітними джерелами фінансування має реальні умови для утворення одного з пріорітетних напрямків свого розвитку - "сімейної медицини - сімейного лікаря" . При цьому можуть бути заділені такі механізми, як організація приватної моделі територіально - дільничної служби, як ведучої ланки первинної і догоспітальної допомоги.

Слід відмітити, що в моделі існуючої системи охорони здоров'я ми маємо набудовану інфраструктуру поліклінічного обслуговування:

дільничних терапевтів, педіатрів і лікарів спеціалістів. На наш погляд ця ланка в новій системі медичної допомоги повинна мати місце, і одночасно конкурентно взаємодіяти з напрямком сімейної медицини, хоча б на перехідний період.

У багатьох вітчизняних та зарубіжних авторів тлумачення про місце і роль "сімейного лікаря" далеко не однозначні [11]. В нашому розумінні, "сімейний лікар" - це працівник багатопланового характеру діяльності, зв'язаної з інтеграцією в народно-господарські структури і етапи медичної допомоги. Тому необхідно визначити, що медична допомога це галузь професійної діяльності в складі громадського господарства, яка підвласна регулюванню.

Тому "сімейний лікар" (незалежно від організаційної моделі - бюджетної, приватної, відомчої чи іншої системи медичної допомоги) перш за все повинен нести, як правило, як професійну, так і моральну відповідальність за кінцевий результат лікування пацієнта (відновлення здоров'я людини). І тоді сімейний лікар, виходячи з багатоплановості його функцій, зобов'язаний :

- добиватися отримання адекватних до потреб пацієнта результатів, маючи справу з індивідуумами різних за віком і соціальним статусом (як правило, починаючи з дітей шкільного віку);

- надавати медичну допомогу кожному членові сім'ї (враховуючи конкретні умови) і добиватися бажаного ефекту, що реально лише при вирішенні широкого кола професійних завдань, в першу чергу досконалої діагностики, підходів до лікування ведучої патології, знання соціальних факторів і інших умов, які мають вплив на здоров'я пацієнта;

- бути компетентним в питаннях планування сім'ї, виховання дітей (знати психологію і фізіологію їх розвитку), профілактики стресів і емоційних бар'єрів, сексуальної поведінки та інш.

Нажаль, на сьогодні такий напрямок в роботі дільничних лікарів відсутній.

Без сумніву, "сімейний лікар", окрім базових знань медицини, досконало володіти і керуватися в своїй діяльності знаннями основ менеджменту.

Сама підготовка таких спеціалістів актуальна сьогодні не лише на рівні середньої і вищої спеціальної медичної освіти, але і на рівні післядипломної освіти.

Тому ланка первинної медичної допомоги на рівні "сімейного лікаря" повинна формуватися із обмеженого психологічно сумістимого (перш за все на родинній основі) медичного персоналу з статусом юридичної особи на принципах координаційно-регулюючого механізму системи "медичної допомоги" (відновлення здоров'я людини) в ринковій інфраструктурі народного господарства.

В стратегічних розробках нової інфраструктури системи "медичної допомоги" необхідно передбачити

- обгрунтування плітики і основ ідеологофілософською напрямку в медицині;
- формування правової бази реформ системи медичної допомоги на принципах ринкового механізму функціонування;
- демополізація державної системи охорони здоров'я з розмежуванням її на два відмінні напрямки:

а) "суспільного здоров'я" (в основі соціального-профілактичного напрямку з переважно державним характером діяльності);

б) "медична допомога" (відновлення втраченою людиною здоров'я, з багатоукладною формою діяльності медицини);

- структура перебудови нової системи медичної допомоги на принципах "сімейної медицини";
- прямий розділ бюджетних асигнувань з розрахунку на одного жителя;
- багато джерельна система фінансування з відповідною оплатою медичних послуг;
- формування і реалізація підготовки кадрів згідно з вимогами системи медичної допомоги, яка базується на високому професіоналізмі, духовно-моральному авторитеті лікарні, їх сертифікація та ліцензування перед допуском до самостійної роботи і т.д.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бліхар Т. Пріоритети державної політики в галузі охо рони здоров'я //Українські медичні вісті. - 1997. - N 1. - С.8-9.
2. Дейкун Н.П. Концептуально-технологические подходы к управлению здоровьем населения//Врачеб.дело. -1995, N 3-4. - С.187-189.
3. Джердж С. Сприяння здоров'ю:політика і дія//Українські медичні вісті. - 1997. N 1. - С.10-12.
4. Журавель В.И. Основы менеджмента в системе здравоохранения. - Киев, 1994. - 335 с.
5. Журавель В.И., Дейкун Н.П. Здравоохранение нуждается в оперативном лечении // Харьковский мед.журнал. - 1996. - N 3. - С.57-59.
6. Закирова С.А. К сущности рыночной конкуренции в медицине // Врач. - 1996, N 57 - С.11-17.
7. Конституція України: Прийнята на п'ятій сесії Верх.Ради України 28 червня 1996 р. - 79 с.
8. Короленко Е.С. Про діяльність органів та закладів охорони здоров'я в 1995 році і заходи щодо її стабілізації//Фармацевт.журнал. - 1996. - N 127 - С.54-56.
9. Пиріг Л. Охорона здоров'я в державній політиці України на сучасному етапі//Українські медичні вісті. - 1997. - N 1. - С.3-5.
10. Поляков І.В., Уваров С.А. Некоторые аспекты развития здравоохранения в условиях рыночных отношений //Пробл. соц. гигиены и история медицины. - 1995. - N 3. - С.9-13.
11. Справочник семейного врача/Под ред. Г.П.Матвейкова. - Минск, 1992.- 637 с.
12. Юрченко В.Д. Многоукладность системы здравоохранения в условиях рыночных отношений (рефер. обзор). - К. : Мединстат, 1996. - 60 с.
13. Юрченко В.Д., Козлюк В.М. Новое в медико-санитарном обеспечении населения Украины//Медицина Украины. - 1995. N 3. - С.4-7.

SUMMARY

PRIOR WAYS OF THE DEVELOPMENT OF MEDICAL CARE IN UKRAINE

Rohach I.M.

Uzhgorod Regional Hospital

The system of medical care in the Ukraine should be changed. The author proposes to change it by differentiation into two connected systems: care of public health and medical care. The new system based on different forms is necessary for our country.