

## **ПЕРЕДОВА**

**УДК:616.03:616-037**

**Ю.О. ГАЙДАЄВ, М.В. ЛОБОДА**

### **СТРАТЕГІЯ ТА ТАКТИЧНІ СКЛАДОВІ ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ ТА РОЛЬ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ОЗДОРОВЛЕННЯ У ЦЬОМУ ПРОЦЕСІ**

Без упередженості визнано, що одним із основних заходів дієвої перебудови в системі охорони здоров'я є удосконалення первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), завдання котрої - виконувати основну частину медичного обслуговування населення. У цьому ракурсі принциповим завданням органів охорони здоров'я є її ефективна організація, надання через неї необхідної кваліфікованої медичної допомоги населенню, а, відтак, забезпечення повноцінного відновлення трудових ресурсів держави. Але ПМСД розв'язує переважно питання ургентного та гострого прояву патології. Не менш важливими в питаннях забезпечення необхідного рівня здоров'я є профілактичні та лікувально-відновлювальні заходи щодо осіб, у котрих наявна хронічна патологія, а також у реконвалесцентів, котрі потребують фізичної та соціальної реабілітації для подальшої повноцінної активності у суспільстві. У цьому контексті одне із пріоритетних місць займає цільове вдосконалення санаторно-курортного (СК) реабілітаційного лікування, яке має починатися на ранньому стаціонарному етапі і логічно переходити у санаторне відновлювальне лікування (ВЛ) із наступним амбулаторно-диспансерним супроводом.

На сьогодні чітко проявляє себе тенденція до зменшення загальної кількості стаціонарних ліжок та до зниження рівня забезпеченості ними дорослого населення країни. Протягом останнього часу, така тенденція спостерігається за усіма профілями ПМСД. Зменшення абсолютної кількості лікарняного ліжкового фонду відбувається переважно за рахунок скорочення ліжок загально-терапевтичного профілю, а також деяких спеціалізованих ліжок (психіатричних, інфекційних тощо). Сьогодні майже п'ята частина населення України госпіталізується у різнопрофільні стаціонари, що свідчить про нераціональність технології надання медичної допомоги, недостатньо ретельний добір хворих на госпіталізацію, низький рівень застосування стаціонарозамінних форм лікування та не повна ефективність профілактичного лікувально-оздоровчого впливу на стан здоров'я населення.

Аналогічні тенденції спостерігаються і щодо СК закладів та його ліжкового фонду. Але, разом із тим, слід наголосити на тому, що Україна належить до одного із регіонів Європи, де наявні великі ресурси природних лікувальних факторів, а, отже, може і має бути налагоджене їх ефективне використання на благо не тільки населення України, але і для поповнення бюджету держави за рахунок використання зазначеного ресурсу для оздоровлення пацієнтів інших країн.

Останнє свідчить про наявність засновків оптимізації та можливість раціоналізації в наданні медичної допомоги через такі засоби, як більш інтенсивне використання дороговартісного ліжкового фонду спеціалізованих лікарень, подальше вдосконалення діяльності стаціонарної та амбулаторно-поліклінічної служби, повноцінне використання наявного природного рекреаційно-реабілітаційного потенціалу. Отже, основними тактичними складовими у глобальному стратегічному напрямку оптимізації діяльності медичної служби та у дієвому поєднанні ПМСД із СК забезпеченням ВЛ в умовах санаторіїв задля повномірного забезпечення потреб населення медико-санітарною допомогою на сучасному етапі є:

- розробка та затвердження сучасної нормативно-правової бази взаємозв'язку ПМСД та СК закладів в системі відомчих та позавідомчих СК установ;
- удосконалення управління стаціонарною службою охорони здоров'я та системою СК закладів, створення взаємоузгодженості у функціонуванні та у питаннях первинної і вторинної профілактики захворюваності;
- паритетне розв'язання питань фінансового забезпечення і збереження ресурсної бази медичної допомоги на основі впровадження багатоканального фінансування (за рахунок державного та власного господарювання закладів);
- надання пріоритетності ПМСД та спеціалізованим СК системам оздоровлення у порівняльному розвитку ланок медичного обслуговування;

- реструктуризація системи ПМСД у аспекті тісного взаємозв'язку із СК системою оздоровлення;
- визначення порядку та механізмів взаємозв'язку між різними рівнями і медичними структурами та методиками ВЛ в СК закладах, розробка протоколів етапного лікування, розробка ефективних способів поєднання методик лікування та оздоровлення;
- залучення до програм оздоровлення та ВЛ усіх закладів СК мережі, розробка та впровадження послідових узгоджених етапних схем оздоровлення в чітко законодавче координованих системах "стаціонар-санаторій-поліклініка", котрі мають відповідати вимогам (та ґрунтуватися) ефективному функціонуванню положень страхової та сімейної медицини;
- активний розвиток стаціонарозамінних форм медичної допомоги з розширенням мережі денних і домашніх стаціонарів та забезпечення доступності СК лікування для осіб усіх верств населення;
- етапність та наступність в наданні медичного обслуговування у послідовній схемі: "стаціонар - санаторій - поліклініка (диспансерний облік)";
- оптимальний перерозподіл та ефективна функціональна диференціація ліжкового фонду лікарень (здійснення профілізації ліжкового фонду із організацією лікарень або відділень для: надання екстреної медичної допомоги; планового лікування хронічних хворих; ВЛ та реабілітації; профілактичного оздоровлення) із урахуванням вимог та положень страхової медицини, сімейної організації медичного обслуговування та лікування населення;
- обов'язковість надання медико-соціальної допомоги, у тому числі СК лікування та безкоштовного реабілітаційного лікування, особам працездатного віку;
- здійснення оптимального медикаментозного і матеріально-технічного забезпечення стаціонарів та СК закладів різних рівнів і типів з урахуванням їх потреб і вимог медичної науки на гарантованому державою рівні;
- орієнтація розвитку медицини на зменшення частки державного та збільшення долі альтернативних джерел фінансування.

Реальні економічні обставини обмежують фінансування системи охорони здоров'я, а низка супутніх несприятливих чинників негативно впливають на рівень медичної допомоги, погіршують доступність, створюють труднощі у впровадженні передових технологій діагностики і лікування. Розв'язання цих задач в державі потребує виділення стабільних асигнувань, але в умовах наявної економічної неузгодженості, котра нині спостерігається в Україні, фінансування державних медичних програм, пов'язаних із забезпеченням ефективної діяльності первинної ланки охорони здоров'я і не тільки її, зазнає відчутного дефіциту.

Нині, на жаль, фактично втрачено послідовність відновлення здоров'я, котра базувалась на безкоштовному ВЛ осіб працездатного віку в системі "стаціонар [госпітальний період лікування] - санаторій [стаціонарне санаторне реабілітаційне долікування] - поліклініка [амбулаторно-диспансерне супровід-спостереження та, у разі необхідності, - координація подальшої медичної допомоги]". Не потребує доведення факт, що якість медичної допомоги, що надається населенню, завжди прямо залежала, і нині залежить, від якості та повноти укомплектованості фахівцями поліклінік і амбулаторій дільничними лікарями, від їх професійної підготовки, від наявності, сучасності та дієздатності лікувально-діагностичного обладнання, засобів для діагностичних і лабораторних досліджень, а також якості проведення організаційно-методичної роботи. Слід зауважити, що організатори охорони здоров'я багатьох країн світу вважали колишню амбулаторно-поліклінічну систему Радянського Союзу однією із кращих, і зараз на утримання амбулаторних закладів витрачається близько п'ятої частини асигнувань (у тому числі на ПМСД - лише близько однієї двадцятої частини), в той час як на стаціонарну - чотири п'ятих усіх коштів. Але, на жаль, тенденція до надлишкової спеціалізації, що почалася десь двадцять років тому, призвела до того, що фаховий рівень дільничного терапевта сьогодні недостатній для забезпечення лікувально-діагностичної допомоги по суміжній спеціальності. В результаті, почавши лікування у дільничного лікаря, закінчують його на цьому рівні лише чверть хворих, а не три чверті, як це прийнято в усьому світі. Значно ослабла за останні роки профілактична спрямованість у первинній ланці: дільничний терапевт приділяє профілактичній роботі лише 5%, а дільничний педіатр - не більше 10% робочого часу.

В координації подальшого розвитку медичного обслуговування слід здійснити глобальний стратегічний вибір. Вибір стратегії ґрунтується на загальній потребі держави і не викликає складності, позаяк мета організаційних заходів та бажаний результат діяльності очевидні: радикальне покращення реального становища щодо стану здоров'я населення.

Вибір тактики в конкретних умовах та у конкретний період здійснюється на основі моментальної комбінації складових, котрі визначають загальну стратегію.

Добір чітких стратегічно орієнтованих тактичних заходів ґрунтується на коректній оцінці складових компонентів, котрі спричиняють як орієнтуючий (стверджуючий мету та позитивний напрямок загального розвитку, доцільні засоби та дієві заходи), так і девіативний впливи - зміщуючі напрямок вектора руху, а, відтак — змінюючий траєкторію розвитку галузі.

В цьому відношенні вдалим вбачається створення реєстру діючих тактичних складових із визначенням тенденційної спрямованості факторів впливу та визначенням їх економічно-фінансової "питомої ваги". Наявність такої "векторної багатовимірної просторової карти" дозволить здійснити розрахунок подальшого розвитку ситуації. Таке "топологічне" проектування дозволяє здійснювати розрахунок та визначати необхідні додаткові асигнування галузі, визначити пріоритетні тактичні складові (постійно та динамічно уточнюючи їх важливість залежно від плину часу). Визначені в такий спосіб джерела фінансування будуть виявляти обсяги необхідних безпосередніх та додаткових надходжень. Такий підхід дозволить планувати не тільки прямі, але і опосередковані видатки галузі, дозволить визначати її приховані резерви та потреби, гнучко перенапрявляючи вектори доцільності, орієнтуючи їх у тенденційно бажані напрямки-варіанти, обов'язково зберігаючи подальший позитивний вплив на структуру та розвиток системи.

У цьому контексті систему СК закладів України слід розглядати як складову узгоджено функціонуючої структури, котра має забезпечувати оздоровлення та ВЛ населення країни. Реалізація зазначеної діяльності має втілювати положення Конституції України, закону України "Про курорти" та законів України щодо забезпечення доступної кваліфікованої медичної допомоги громадянам держави та має забезпечувати ефективне використання наявних унікальних природних ресурсів, гарантуючи одночасно і розробку та впровадження нових ефективних механізмів фінансування та управління у сфері діяльності курортої галузі.

Міністерство охорони здоров'я України:

Всеукраїнська асоціація курортологів та фізіотерапевтів

Дата поступлення: 18.01.2007 р.