

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**  
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

СЛАБКИЙ ГЕННАДІЙ ОЛЕКСІЙОВИЧ

УДК 616-053.8-082(477)

**ОБГРУНТУВАННЯ І РОЗРОБКА**  
**СИСТЕМИ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**  
**ДОРΟΣЛОМУ НАСЕЛЕННЮ ВЕЛИКОГО ПРОМИСЛОВОГО МІСТА**

Соціальна медицина - 14.02.03

**А в т о р е ф е р а т**  
дисертації на здобуття наукового ступеня  
доктора медичних наук

Київ - 2002

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Українському інституті громадського здоров'я

**Науковий консультант:** доктор медичних наук, професор, заслужений діяч науки та техніки України Нагорна Антоніна Максимівна, Інститут медицини праці

Академії медичних наук України, завідувач відділом епідеміологічних досліджень.

**Офіційні опоненти:**

1. Доктор медичних наук, професор Картиш Анатолій Петрович, Міністерство охорони здоров'я України, заступник Державного секретаря.

2. Доктор медичних наук, професор Сайдакова Наталія Олександрівна, Інститут урології та нефрології АМН України, головний науковий співробітник

3. Доктор медичних наук, професор Уваренко Анатолій Радіонович, Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи МОЗ України, директор.

**Провідна установа:** Дніпропетровська медична академія МОЗ України, кафедра соціальної медицини, організації і управління охорони здоров'я, м. Дніпропетровськ

Захист відбудеться “ 17 ” жовтня 2002 р. о \_\_\_\_\_ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.003.01 при Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця за адресою: 03057, м. Київ-57, пр. Перемоги, 34, медико-профілактичний корпус Національного медичного університету, аудиторія № 2.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Національного медичного університету імені О.О.Богомольця за адресою: 03057 м. Київ, вул. Зоологічна, 3

Автореферат розісланий “ 2 ” липня 2002 р.

Вчений секретар  
спеціалізованої вченої ради,  
доктор медичних наук, професор  
О.П. Яворовський

**Актуальність проблеми.** Серед стратегій Всесвітньої організації охорони здоров'я основними були і залишаються доступність кваліфікованої медичної допомоги, задоволеність нею пацієнтів, соціальна прийнятність при раціональному використанні наявних матеріально-технічних, фінансових та кадрових ресурсів.

Проблема оптимізації та організації ефективного надання вторинної та третинної медичної допомоги існує не тільки в Україні, а і в багатьох інших країнах незалежно від їх політичної та ідеологічної орієнтації, типу системи охорони здоров'я тощо. Цілі, що ставляться перед системою охорони здоров'я є ідентичними у всіх країнах. Ступінь реалізації поставленої мети залежить від пріоритетних соціально-економічних цінностей суспільства, додержання принципів рівноправності та доступності в одержанні медичної допомоги тощо (В.П.Корчагин, Н.Б.Найговзина, 1999; О.П.Щепин і співавтори, 2000; А.П. Картиш, 2000).

Зміни соціально-економічної ситуації в Україні негативно позначилися на динаміці показників діяльності закладів охорони здоров'я, ускладнили розвиток спеціалізованої медичної допомоги, про що свідчить недостатня її ефективність, зниження доступності і якості та незадоволеність нею населення (О.Ф. Возіанов, 1996; А.В. Степаненко, 2000, О.М.Ціборовський, 2000).

На сьогодні з одного боку, виникла диспропорція між стаціонарною і амбулаторно-поліклінічною ланками надання медичної допомоги населенню, що потребує при реструктуризації зміщення акцентів на первинну медико-санітарну допомогу, щоб суттєво зменшити потреби у високозатратній спеціалізованій допомозі. З другого боку, для галузі залишається необхідність у використанні високих технологій спеціалізованої допомоги, що підвищує якість, адекватність та ефективність медичного втручання (Ю.В. Павловський, 1999; Н.Г. Гойда, 2000; А.В. Ігнатов, 2000; В.Ф.Москаленко, Ю.В.Вороненко, 2000; А.Р.Уваренко, 2000).

Економічні та медико-соціальні умови свідчать про необхідність змін в системі організації лікувально-профілактичної медичної допомоги населенню, в тому числі і спеціалізованої. Для підвищення ефективності спеціалізованої медичної допомоги необхідно передбачити оптимізацію потужності та структури ліжкового фонду відповідно до потреби, враховуючи етапи проведення реформи та підвищення якості спеціалізованої медичної допомоги шляхом орієнтування на кінцеві результати (В.М.Пономаренко, 1999; В.І.Євсєєв, 2000; В.Рудень, Я.Когут, 2000).

Удосконалення організації спеціалізованої медичної допомоги дорослому міському населенню є невід'ємним компонентом загального процесу реформування галузі охорони

здоров'я, яке має бути орієнтоване на підвищення ефективності діяльності ЛПЗ по медичному обслуговуванню населення та покращання якості спеціалізованої медичної допомоги.

Принципи і напрямки реформування галузі викладено в Указі Президента України “Про концепцію розвитку охорони здоров'я населення України” (2000), яка спрямована на реалізацію положень Конституції та законів України щодо забезпечення доступності кваліфікованої медичної допомоги кожному громадянину України.

Важливість вирішення проблеми обумовлена тим, що організація спеціалізованої медичної допомоги населенню має не тільки медичне, а і соціальне та економічне значення.

У зв'язку з цим в період реструктуризації галузі, трансформації ринкових відносин в систему охорони здоров'я в умовах обмеженого фінансування галузі обґрунтування, розробка та впровадження нової системи організації надання спеціалізованої медичної допомоги дорослому населенню великого промислового міста є актуальним, що і зумовило виконання даної роботи.

**Зв'язок з науковими програмами, планами, темами.** Дисертація є фрагментом науково-дослідної роботи, що виконується в Українському інституті громадського здоров'я: “Обґрунтувати та розробити програму реформування галузі охорони здоров'я і забезпечити її супроводження 1997 - 2000 р.р.” № держреєстрації 0197V015256. Дисертант в комплексній темі виконував окремі фрагменти.

**Мета та основні завдання роботи:** *Метою дослідження* стало забезпечення міського населення доступною, якісною спеціалізованою медичною допомогою при ефективному та раціональному використанні наявних матеріально-технічних, кадрових та фінансових ресурсів шляхом наукового обґрунтування, розробки та впровадження нової системи організації надання спеціалізованої медичної допомоги дорослому населенню великого промислового міста.

Для досягнення вказаної мети задачі дослідження передбачали:

- проведення аналізу та оцінки досвіду економічно розвинених країн та країн СНД з питань організації спеціалізованої медичної допомоги міському населенню, стану розробки питання в Україні;

- вивчення основних показників діяльності системи охорони здоров'я міста для обґрунтування доцільності розробки нових організаційних форм надання спеціалізованої медичної допомоги населенню;

- вивчення організації амбулаторної спеціалізованої медичної допомоги дорослому міському населенню (алергологічної, гастроентерологічної, гематологічної, імунологічної, кардіологічної, неврологічної, нефрологічної, отоларингологічної, офтальмологічної,

проктологічної, пульмонологічної, ревматологічної, сурдологічної, травматологічної, урологічної, хірургічної), її обсягів та раціональності використання лікарів-спеціалістів;

- вивчення рівня госпіталізації та ефективності використання спеціалізованого ліжкового фонду: гастроентерологічного, кардіологічного, комбустіологічного, нейрохірургічного, неврологічного, нефрологічного, отоларингологічного, офтальмологічного, пульмонологічного, ревматологічного, травматологічного, урологічного, хірургічного;

- вивчення ставлення організаторів охорони здоров'я, лікарів, середніх медичних працівників та пацієнтів до питання удосконалення спеціалізованої медичної допомоги населенню;

- вивчення стану управління та інформаційного забезпечення організації охорони здоров'я на місцевому рівні;

- визначення потреби дорослого міського населення в спеціалізованій медичній допомозі;

- вивчення можливих шляхів зменшення витрат на спеціалізовану медичну допомогу дорослому міському населенню та розробка механізму захисту громадян від фінансового ризику на випадок хвороби;

- наукове обґрунтування, розробка та апробація нової системи організації спеціалізованої медичної допомоги дорослому міському населенню, оцінка її ефективності;

- розробку методичних матеріалів з питань організації спеціалізованої медичної допомоги в умовах реорганізації галузі та надання первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини.

*Об'єктом дослідження* є система надання спеціалізованої медичної допомоги дорослому міському населенню.

*Предметом дослідження* є лікувально-профілактичні заклади, які надають спеціалізовану медичну допомогу, медичні працівники та пацієнти медичних закладів.

*Методи дослідження.* Для дослідження були застосовані статистичний, соціологічний, експертних оцінок, історико-інформаційний, хронометражних досліджень, графічний для вивчення стану спеціалізованої медичної допомоги дорослому міському населенню та системного підходу і аналізу, аналітико-синтетичний - для розробки нової системи спеціалізованої медичної допомоги дорослому міському населенню. Отримані дані оброблялись з використанням методу кореляції; використовувались коефіцієнти Стьюдента, Фішера, Пірсона для оцінки вірогідності отриманих даних та ефективності розробленої та впровадженої системи спеціалізованої медичної допомоги дорослому міському населенню.

Розробка та оцінка нової системи надання спеціалізованої медичної допомоги проводились на основі критеріїв оцінки діяльності системи охорони здоров'я, запропонованих ВООЗ: доступності, ефективного використання ресурсів, задоволення потреб пацієнтів, соціальної прийнятності.

**Наукова новизна одержаних результатів** визначається в :

- науковому обґрунтуванні необхідності розробки нових організаційних форм спеціалізованої медичної допомоги на основі медико-соціологічного дослідження серед організаторів охорони здоров'я, лікарів, медичних працівників, пацієнтів та показників діяльності ЛПЗ, які надають спеціалізовану медичну допомогу;
- науковому обґрунтуванні та розробці системи організації спеціалізованої медичної допомоги дорослому міському населенню;
- вперше в Україні визначена потреба населення великого промислового міста в спеціалізованій медичній допомозі (лікарях-спеціалістах та ліжковому фонді);
- запропонованих нових підходів до визначення номенклатури міських поліклінік в залежності від обсягів надання медичної допомоги та лікарень чотирьох типів в залежності від функціонального призначення та структури;
- розробленій системі інформаційного забезпечення управління охороною здоров'я на місцевому рівні з застосуванням принципів корпоративної комп'ютерної мережі в рамках єдиного медичного простору;
- вперше в Україні встановлені шляхи скорочення витрат на спеціалізовану медичну допомогу та розроблена модель консолідованого фінансування спеціалізованої медичної допомоги.

**Теоретичне значення роботи** полягає в науковому обґрунтуванні організаційно-функціональної системи спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної медичної служби великого промислового міста в нових соціально-економічних умовах суспільства з визначенням нормативів спеціалізованого ліжкового фонду та рівня забезпечення посадами лікарів-спеціалістів амбулаторно-поліклінічної ланки; моделі фінансування спеціалізованої медичної допомоги.

**Практичне значення роботи:** проведене наукове дослідження зі створення системи надання спеціалізованої (амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної) медичної допомоги дорослому населенню великого промислового міста дозволило обґрунтувати і розробити нормативи ліжкового спеціалізованого фонду та потреби в лікарях-спеціалістах для надання амбулаторно-поліклінічної спеціалізованої допомоги.

Визначено механізм консолідованого фінансування спеціалізованої медичної допомоги та шляхи зменшення витрат на її утримання..

Розроблені методичні рекомендації “Використання тимчасових медичних стандартів стаціонарної допомоги дорослому та дитячому населенню в ЛПЗ України спрямовані на підвищення якості спеціалізованої медичної допомоги”, які затверджені наказом МОЗ України № 266 від 27.07.98 р. “Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностико-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в ЛПЗ України”.

Крім цього для практичної охорони здоров'я розроблені методичні рекомендації “Амбулаторная помощь хирургическим больным” (1998), “Усовершенствование кардиологической помощи городскому населению в условиях реформирования системы здравоохранения” (1998), “Пути оптимизации пульмонологической помощи городскому населению в условиях перехода на систему врача общей практики” (1999), “Порядок направления взрослого городского населения на различные уровни медицинской помощи” (2001) та “ Типові посадові інструкції медичних працівників амбулаторно-поліклінічних закладів системи охорони здоров'я” (2001).

Запропоновані для практичного використання:

- система управління спеціалізованою медичною допомогою дорослому міському населенню;
- система інформаційного забезпечення оперативного управління охороною здоров'я на місцевому рівні з застосуванням принципів корпоративної комп'ютерної мережі в рамках єдиного медичного простору.

Впроваджена нова система етапності в наданні медичної допомоги дорослому міському населенню.

**Впровадження результатів дослідження в практику здійснено на рівнях:**

#### **I Державному при розробці:**

- Кабінету Міністрів при розробці національної програми “Репродуктивне здоров'я 2001 -2005” (2000 р.).
- Міністерству охорони здоров'я щодо розробки нормативів штатного розкладу лікувально-профілактичних закладів України (1999 р.);
- Міністерству охорони здоров'я при розробці міжгалузевої програми “Здоров'я нації” (2000 р.).

Крім того в пропозиціях до:

- Верховної Ради щодо переліку платних послуг, які можливі для надання в лікувально-профілактичних закладах країни (2000 р.);
- Постанови Кабінету Міністрів України “Про програму державних гарантій забезпечення громадян України безоплатною медичною допомогою” (2000 р.).

## **II Галузевому при розробці і обґрунтуванні методичних рекомендацій:**

- “Використання тимчасових галузевих медичних стандартів стаціонарної допомоги дорослому та дитячому населенню в ЛПЗ України” (Київ, 1998), затверджені наказом МОЗ України № 226 від 27 липня 1998 р.

За матеріалами дослідження складені навчальні посібники, які використовуються в навчальному процесі на кафедрі організації вищої медичної освіти та управління охорони здоров'я Донецького державного медичного університету: “Стационарозаменяющие формы медицинской помощи населению в современной системе здравоохранения” (Київ, 1999), “Организация пульмонологической помощи городскому населению в условиях реформирования системы здравоохранения” (Київ, 1999).

Навчальний посібник “Соціальна медицина та організація охорони здоров'я” (затверджений Міносвіти України) використовується в навчальному процесі Донецького базового медичного училища Донецької області, Кремінській філії Лисичанського медичного училища Луганської області, Макіївського медичного училища Донецької області.

## **III Регіональному при розробці:**

- 7 постанов Макіївської міської Ради; 9 постанов виконкому Макіївської міської Ради; 46 наказів Макіївського міського відділу охорони здоров'я, що спрямовані на удосконалення спеціалізованої медичної допомоги міському населенню.

Матеріали дослідження стали основою для відкриття в місті Макіївка: центральної поліклініки, торакального центру, ургентного пульмонологічного відділення, ревматологічного центру, гематологічного центру з денним стаціонаром, діагностико-лікувального імунологічного центру, центру імунодефіцитів, гастроентерологічного центру, консультативного відділення, проведення комп'ютеризації спеціалізованих центрів, впровадження централізованої системи фінансування ЛПЗ, відкриття сімейних амбулаторій, проведення оптимізації ліжкового фонду.

За матеріалами дослідження розроблені і затверджені Донецьким обласним управлінням охорони здоров'я методичні рекомендації: “Амбулаторная помощь хирургическим больным” (Донецк, 1998); “Усовершенствование кардиологической помощи городскому населению в условиях реформирования системы здравоохранения” (Донецк, 1998); “Пути оптимизации пульмонологической помощи городскому населению в условиях перехода на систему врача общей практики” (Донецк, 1999); “Порядок направления взрослого городского населения на различные уровни медицинской помощи” (Донецк, 2001).

Вказані методичні рекомендації використовуються в організації надання спеціалізованої медичної допомоги в містах Донецької, Луганської, Хмельницької, Чернігівської, Закарпатської, Одеської, Сумської, Харківської, Миколаївської, Львівської областей та в навчальному процесі в Донецькому державному медичному університеті.



**Особистий внесок.** Автор самостійно визначив напрямок, методологію, мету, завдання та програму проведення наукового дослідження. Особисто здійснив збір матеріалу та його статистичну обробку. Здійснив аналіз та провів оцінку досвіду економічно розвинених країн та країн СНД з питань організації спеціалізованої медичної допомоги дорослому міському населенню та стану вирішення даного питання в Україні. Розробив інструментарій медико-соціологічного дослідження по вивченню питання організації спеціалізованої медичної допомоги міському населенню. Провів медико-соціологічне дослідження методом інтерв'ювання та анкетування серед пацієнтів ЛПЗ та медичних працівників. Автором була самостійно проведена оцінка якості та ефективності спеціалізованої медичної допомоги хворим в амбулаторних та стаціонарних умовах, раціональності використання спеціалізованого ліжкового фонду та лікарських кадрів. Вивчив стан фінансування спеціалізованої медичної допомоги та інженерно-технічний стан споруд та будівель ЛПЗ, які надають спеціалізовану медичну допомогу та рівень їх використання. Виконав медико-статистичну обробку даних, здійснив аналіз та провів оцінку отриманих результатів досліджень. Розробив нову систему медичної спеціалізованої допомоги населенню міста (80% безпосередньої роботи). Розробив механізм удосконалення системи надання спеціалізованої медичної допомоги та взяв участь у впровадженні запропонованої системи в практику організації охорони здоров'я великого промислового міста. Особисто провів розрахунки потреби населення міста в ліжковому спеціалізованому фонді та лікарях-спеціалістах амбулаторної ланки.

Здійснив удосконалення системи управління спеціалізованою медичною допомогою з застосуванням корпоративної системи інформаційного забезпечення.

Автором проведено узагальнення отриманих результатів, формування висновків, практичних рекомендацій.

#### **Апробація результатів дисертації.**

Результати досліджень та основні положення дисертації опубліковані в тезах та доповідалися на конгресах, з'їздах, конференціях.

#### **На міжнародних науково-практичних конференціях:**

- міжнародній науково-практичній конференції “Підвищення ефективності державного управління: стан, перспективи та світовий досвід” (Київ, 2000 р.).

#### **На конгресах та з'їздах:**

- п'ятому конгресі кардіологів України (Київ, 1997 р.); сьомому конгресі світової федерації Українських лікарських товариств (Ужгород, 1998 р.); другому Національному конгресі дерматологів “Сучасні питання дерматокосметології та естетичної медицини” (Донецьк, 2001 р.); десятому з'їзді онкологів України (Ялта, 2001 р.); шостому з'їзді

Всеукраїнського лікарського товариства (Чернівці, 2001 р.); третьому національному конгресі ревматологів України (Дніпропетровськ, 2001 р.).

**На науково-практичних конференціях державного рівня:**

- симпозіумі “Актуальні питання реабілітації гастроентерологічних хворих” (Чернівці, 1996); науково-практичній конференції “Оптимизация системы оказания медицинской помощи городскому населению” (Донецк, 1998); науково-практичній конференції “Оптимизация організації системи охорони здоров’я м. Київ як столиці держави в умовах сучасності та на перспективу” (Київ, 1997); засіданні проблемної колегії МОЗ і АМН України “Соціальна гігієна та організація охорони здоров’я (14.09.1998 р.); науково-практичній конференції “Специализированная медицинская помощь городскому населению” (Донецк, 1998); науково-практичній конференції “Проблеми охорони здоров’я населення промислового регіону” (Донецк, 1999); науково-практичній конференції “Проблемы здравоохранения Донбасса и пути их решения” (Донецк, 1999); науково-практичній конференції “Вопросы медицинской помощи городскому населению” (Донецк, 1999); науково-практичній конференції “Медицинские проблемы промышленного региона” (Донецк, 1999); науково-практичній конференції “Организація та управління системою охорони здоров’я, її правове і фінансове забезпечення на сучасному етапі реформування галузі” (Житомир, 1999); науковій сесії товариства гігієністів, присвяченій 70-річчю Донецького державного медичного університету ім. М.Горького (Донецк, 2000); науково-практичній конференції “Репродуктивне здоров’я: проблеми та перспективи” (Донецк, 2001); першій Всеукраїнській конференції “Сучасні аспекти виховного процесу у вищих навчальних закладах” (Львів, 2001); матеріали дисертації доповідались на засіданні Вченої ради Українського інституту громадського здоров’я (Київ, 1997, 1999, 2000).

**Публікації.** Результати дисертації знайшли повне відображення в 5 монографіях (в одноосібному авторстві - 2), в 25 статтях наукових журналів, перелік яких затверджений ВАК України (в одноосібному авторстві - 17), 5 методичних рекомендаціях.

**Обсяг і структура роботи.** Основного тексту дисертації викладено на 240 сторінках. Складається з вступу, огляду літератури, 7 розділів власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій, ілюстрована 64 таблицями; 39 рисунками. Список використаної літератури містить 448 джерел літератури, в тому числі зарубіжних авторів - 96.

**ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ.**

**Матеріали і методи дослідження.** Досягнення мети потребувало розробки спеціальної програми (рис.1), яка б забезпечувала можливість отримання достатньо повної і достовірної інформації по кожній з поставлених задач, а також поетапного їх вирішення. Вона складалась з шести етапів, кожен з яких в свою чергу включав конкретні задачі

наступного порядку. Така багаторівнева структуризація дослідження забезпечувала його системність, оскільки дані кожного попереднього етапу логічно ставали основою не тільки для наступного, а й для узагальнення кінцевих результатів та наукового обґрунтування пропозицій щодо зміни ситуації на краще.

Слід наголосити, що передбачено не тільки розробку нової інфраструктури надання спеціалізованої допомоги дорослому населенню міста, а й впровадження її з оцінкою дієздатності та ефективності.

Апробація запропонованої системи проводилась в місті Макіївка Донецької області, яке за своїми медико-демографічними та економічними показниками і станом організації медичної допомоги населенню є типовим для великих міст країни, а окремих її структурних і медико-організаційних елементів на базах ЛПЗ Донецької, Луганської, Одеської, Харківської, Сумської, Миколаївської, Хмельницької, Чернігівської, Закарпатської областей. Міста даних областей характеризуються різним рівнем економічного розвитку, стану навколишнього середовища, захворюваності, структурою мережі лікувально-профілактичних закладів та кадровим потенціалом. Такий вибір територій був свідомим і застосовувався для доведення універсальності запропонованої системи та окремих її елементів для великих промислових міст.

Необхідність розробки нових підходів до організації спеціалізованої медичної допомоги пов'язана з потребою додаткових матеріальних витрат у зв'язку з ускладненням технологій за обмежених ресурсів, недостатньою ефективністю медичної допомоги і незадоволеністю нею населення та не в повній мірі відповідності чинних методичних підходів до розрахунку потреби в лікарях-спеціалістах амбулаторно-поліклінічної ланки та ліжкового фонду умовам маргінального суспільства української держави. Нами за основу при розробці нової системи організації спеціалізованої медичної допомоги дорослому населенню великого міста були взяті критерії ВООЗ - доступність медичної допомоги, раціональність використання наявних фінансових, кадрових і матеріально-технічних ресурсів та її соціальна прийнятність. У якості компонентів забезпечення висококваліфікованої медичної допомоги взяті запропоновані Maxwell високий рівень професіоналізму, що базується на існуючих знаннях та технологіях; ефективне використання

**МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ:** Забезпечення міського населення доступною, якісною спеціалізованою медичною допомогою при ефективному та раціональному використанні наявних матеріально-технічних, кадрових та фінансових ресурсів шляхом наукового обґрунтування, розробки та впровадження нової системи організації надання спеціалізованої медичної допомоги дорослому населенню великого промислового міста

**I  
етап**

**Вивчення досвіду економічно розвинутих країн та країн СНД з питань організації спеціалізованої медичної допомоги міському**







\* Примітка: впровадження результатів дослідження проводилось одразу після їх отримання на етапах виконання

Рис.1. Програма, обсяги та методи досліджень.

ресурсів, задоволення потреб пацієнта.

При виконанні роботи нами використовувались сучасні методи дослідження, обсяги якого забезпечили одержання репрезентативних даних. Це в повній мірі стосується і матеріалів, що стали підставою до розрахунків потреби дорослого міського населення в спеціалізованій медичній допомозі.

В роботі застосовувались два типи статистичного аналізу: представлення (опис) дослідження і пояснення одержаних фактів (встановлення зв'язків між типами відповідей на запитання анкети, оцінка характеру і спрямованості цих зв'язків та залежностей між даними). Такий підхід дозволяє встановити причинно-наслідкові відношення між провідними чинниками за допомогою множинного аналізу. При обробці статистичного матеріалу використовувався критерій узгодженості  $\chi$  Пірсона.

Використання вказаних сучасних методів соціально-гігієнічного дослідження і опрацювання результатів спостереження в обсягах репрезентативної вибірки дозволило отримати достовірні дані, які були покладені в основу наукового обґрунтування та розробки системи спеціалізованої медичної допомоги дорослому населенню великого міста.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Згідно програми дослідження перший етап роботи був присвячений вивченню набутого досвіду з питань організації надання спеціалізованої медичної допомоги в економічно розвинених країнах світу, колишньому Радянському Союзу, СНД та стану проблеми в Україні. Виконання поставленого завдання здійснювалось за допомогою структурно-логічного аналізу та історико-інформаційного методу.

Метою другого етапу був вибір напрямку дослідження, формування мети і завдання, обґрунтування методів і обсягу дослідження.

Третій етап включав вивчення і аналіз стану організації амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної спеціалізованої допомоги дорослому міському населенню. Поставлене завдання вирішувалось за допомогою аналізу показників діяльності лікувально-профілактичних закладів та результатів медико-соціологічного дослідження серед організаторів охорони здоров'я, лікарів, медичних сестер та пацієнтів, які одержували допомогу в амбулаторних та стаціонарних умовах.

Результати медико-соціологічного дослідження серед пацієнтів амбулаторно-поліклінічних відділень ЛПЗ показали, що тільки  $33,7 \pm 3,5\%$  респондентів задоволені якістю медичної допомоги і практично всі ( $97,4 \pm 1,3\%$ ) позитивно ставляться до реформування цієї ланки охорони здоров'я, а  $54,3 \pm 2,9\%$  з них підтримує впровадження

сімейної медицини. Наголосимо на високому відсотку ( $84,1 \pm 1,5\%$ ) позитивних відповідей щодо функціонування страхової медицини.

Метою медико-соціологічного дослідження серед лікарів було вивчення їх ставлення до організації спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної допомоги та про шляхи її оптимізації. В ході опитування встановлено, що тільки  $27,7 \pm 2,8\%$  респондентів повністю задоволені своєю роботою, проте умовами праці задоволені  $83,7 \pm 1,5\%$  лікарів, але в той же час  $87,2 \pm 1,3\%$  опитаних лікарів відповіли, що їх робочий час використовується нераціонально.. Стосовно оснащення ЛПЗ медичним обладнанням, лише  $14,5 \pm 3,2\%$  респондентів вважають її достатньою, а  $88,2 \pm 2,1\%$  лікарів вважають, що лікувальні заклади не забезпечуються в повній мірі необхідними фармацевтичними препаратами та медичними засобами. Лікарі, як і пацієнти, відзначили позитивне ставлення до реформування галузі охорони здоров'я -  $97,5 \pm 1,5\%$ . При оцінці стану системи охорони здоров'я великого міста організатори охорони здоров'я показали незадовільну забезпеченість ЛПЗ ресурсами різних видів: фінансові труднощі відзначили  $95,4 \pm 0,9\%$ ; недостатнє матеріально-технічне оснащення -  $67,4 \pm 2,4\%$ ; адміністративно-господарчі проблеми -  $79,1 \pm 1,9\%$  та кадрові проблеми -  $55,8 \pm 2,5\%$  респондентів.  $97,5 \pm 1,3\%$  організаторів охорони здоров'я висловились за необхідність реформування існуючої системи охорони здоров'я.  $88,1 \pm 2,1\%$  із них вважають за необхідне введення страхової, а  $61,9 \pm 2,4\%$  - сімейної медицини.

Аналіз показників забезпеченості населення міста лікарями основних спеціальностей показав, що на 10 тис. дорослого населення найбільше припадає терапевтів (3,7), хірургів та невропатологів (по 0,6), отоларингологів та офтальмологів (по 0,5), травматологів та підліткових терапевтів (0,4). Показники забезпеченості населення лікарями решти спеціальностей коливаються від 0,01 (алергологи, імунологи) до 0,2 (кардіологи, урологи). Зменшилась в динаміці за сім років забезпеченість населення гематологами, ревматологами, офтальмологами, отоларингологами, невропатологами, терапевтами. Разом з тим залишилась без змін забезпеченість посадами лікарів гастроентеролога, пульмонолога, уролога, зростає - терапевтами підлітковими.

Основними серед показників обсягу роботи амбулаторно-поліклінічних закладів є кількість відвідувань лікарів на прийомі. Конкретні дані свідчать, що найбільший рівень звернень спостерігався до лікарів: терапевтів - 19207,4; невропатологів - 6215,4; травматологів - 6194,1; хірургів - 6191,5; отоларингологів - 3714,5; офтальмологів - 3649,4; а найменша до



лікарів сурдолога - 92,8; алерголога - 274,9; нефролога - 393,5; гематолога - 471,5 на 10 тис. дорослого населення.

Показником діяльності лікарів амбулаторно-поліклінічних закладів є виконання ними функцій посади.. Практично всіма спеціалістами вона перевиконується, що говорить про велику навантаженість. Винятком є тільки такі лікарі-спеціалісти як гастроентеролог, ревматолог, імунолог, сурдолог. При цьому треба зазначити, що показники виконання функції посади лікарями-спеціалістами значно коливаються в різних ЛПЗ: хірургів - в 9,7 разів; травматологів - в 20,4 разів; невропатологів - в 4,8 разів. Ці коливання зумовлені нераціональною розстановкою та використанням кадрів лікарів-спеціалістів амбулаторно-поліклінічної ланки.

У відповідності з програмою дослідження методом експертної оцінки амбулаторні прийоми були розділені на обгрунтовані та необгрунтовані. Нами виявлене вірогідне необгрунтоване навантаження лікарів деяких спеціальностей. За питомою вагою необгрунтованих прийомів лікарські спеціальності поділилися таким чином: сурдолог -  $74,2 \pm 2,3\%$ ; отоларинголог -  $46,2 \pm 2,5\%$ ; офтальмолог -  $43,5 \pm 2,5\%$ ; невропатолог -  $43,4 \pm 2,5\%$ ; хірург -  $41,2 \pm 2,2\%$ .

Методом експертного перерозподілу було встановлено, що від лікарів-спеціалістів до лікарів загальної практики - сімейних лікарів може бути переданою така питома вага амбулаторних прийомів: пульмонолога -  $34,5 \pm 2,5\%$ ; травматолога -  $31,3 \pm 2,5\%$ ; гастроентеролога -  $26,1 \pm 2,5\%$ ; кардіолога  $23,2 \pm 2,6\%$ ; ревматолога -  $25,7 \pm 2,5\%$ ; невропатолога -  $11,3 \pm 2,8\%$ ; хірурга -  $11,3 \pm 2,8\%$ .

Однією з важливих ланок надання спеціалізованої медичної допомоги населенню в амбулаторно-поліклінічних умовах є хірургічна допомога. Встановлено, що рівень оперативних втручань, проведених в амбулаторних умовах на 10 тис. дорослого населення, складає  $658 \pm 32,8$ . В абсолютних величинах це становить 21-22 тис. за рік. За останні сім років кількість хірургічних операцій в амбулаторних умовах зросла на 8,5%.

В обов'язки лікарів-спеціалістів всіх профілів входить проведення організаційно-методичної роботи, значення якої зростає в період переходу на систему сімейної медицини. Щомісяця на неї витрачається понад 275 хвилин (4,5 годин). Але ця робота ніде не враховується, і час для її проведення не виділяється.

Наведені вище дані стали основою для продовження дослідницької роботи та прийняття управлінських рішень по реструктуризації системи спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню. Нами запропонована та адаптована до умов міста з кількістю дорослого

населення 100-450 тис. чоловік система, заснована на конкордантності амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги дорослому населенню в трьох рівнях. Рис.2.

На першому рівні надається первинна медико-санітарна допомога в поліклініці, яка обслуговує населення мікрорайону чисельністю 9-12 тис. чоловік. На другому рівні здійснюється лікувально-діагностична та профілактична допомога в поліклініці, яка обслуговує населення житлового району чисельністю 36-48 тис. чоловік за спеціальностями: хірургія, неврологія, офтальмологія, отоларингологія, кардіологія, інфекційні хвороби. На третьому рівні надається консультативно-діагностично-лікувально-експертна допомога за всіма спеціальностями в поліклініці, яка обслуговує населення міста та проводить організаційно-методичну роботу по відношенню до поліклінік нижчих рівнів.

Лікарська спеціальність	Мікрорайон	Житловий район	Місто
	9-12 тис. населення	36-48 тис. населення	Населення міста
	Поліклініка першого рівня	Поліклініка другого рівня	Поліклініка третього рівня
Лікар загальної практики-сімейної медицини			
Офтальмолог			
Отоларинголог			
Невропатолог			
Хірург			
Травматолог			
Інфекціоніст			
Кардіолог			
Гастроентеролог			
Гематолог			
Геріатр			
Алерголог			
Імунолог			
Невропатолог			
Нефролог			
Нейрохірург			
Комбустіолог			
Проктолог			
Пульмонолог			
Сурдолог			
Ревматолог			
Уролог			

Рис. 2 Спеціалізація поліклінічної допомоги дорослому міському населенню.

Запропонована нами організаційна модель надання амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги дорослому міському населенню передбачає таку послідовність:

- первинне медико-санітарне обслуговування для населення мікрорайонів в поліклініці першого рівня;
- періодичне медичне обслуговування для населення житлового району в поліклініці другого рівня;
- епізодичне медичне обслуговування населення міста в поліклініці третього рівня.

Метод поетапного планування поліклінічної допомоги у великому промисловому місті дозволяє представити основні види медичної допомоги і тим самим наблизити їх до населення в територіальних закладах, а вузькоспеціалізовані види медичної допомоги розгортати в закладах, що обслуговують населення міста, виходячи з достатності контингентів хворих при централізації деяких видів спеціалізованої медичної допомоги.

Таким чином, система амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню великого міста повинна базуватися на єдиній функціонально-організаційній структурі мережі закладів, етапності в організації спеціалізованих видів допомоги в рамках єдиного медичного простору з різним рівнем спеціалізації - від територіальних закладів до міських спеціалізованих центрів.

Результатом проведеної науково-дослідної роботи став розрахунок забезпеченості дорослого населення посадами лікарів-спеціалістів для отримання амбулаторно-поліклінічної допомоги. Нашим розрахунком встановлено, що потреба забезпеченості посадами лікарів-спеціалістів в цілому на 0,75 (3,04 проти 3,79) на 10 тис. дорослого населення нижче від нормативної. При цьому потреба в лікарях-спеціалістах інфекціоністі, урологу залишається без змін; в лікарях-спеціалістах алергологу, імунологу потребує збільшення; в гастроентерологу, кардіологу, офтальмологу, отоларингологу, проктологу, пульмонологу, невропатологу, хірургу, травматологу потребує зменшення та розширення за рахунок гематолога, геріатра, нефролога, комбустіолога та нейрохірурга. Табл. 1.

За основний системоутворюючий елемент мережі поліклінічних закладів приймається мінімальна функціональна одиниця - лікарська посада, яка забезпечена повним навантаженням - необхідним числом відвідувань на рік до лікаря конкретного профілю, що в свою чергу визначається наявністю відповідних контингентів хворих.

Ми рекомендуємо при формуванні мережі поліклінічних закладів в містах використовувати метод поетапного планування, який засновано на диференціації нормативів потреби населення в тому чи іншому виді спеціалізованої медичної допомоги та можливості організації самостійних прийомів зі спеціальних видів допомоги, виходячи з чисельності

населення в різних структурних елементах міста. При цьому треба мати на увазі, що в штаті закладу доцільно мати як мінімум двох вузьких спеціалістів одного й того ж профілю.

Таблиця 1

Порівняння розрахункової та нормативної кількості штатних посад лікарів-спеціалістів (на 10 тис. дорослого населення).

Лікарська посада	Розрахункова потреба	Наказ № 33 від 23.02.00 МОЗ України	
		згідно наказу	± до розрахунку
Алерголог	0,04	0,02	+0,02
Гастроентеролог	0,11	0,25	-0,14
Гематолог	0,06	-	+0,06
Імунолог	0,07	0,02	+0,05
Кардіолог	0,21	0,3	-0,09
Нефролог	0,04	-	+0,04
Отоларинголог	0,35	0,5	-0,15
Офтальмолог	0,32	0,5	-0,18
Пульмонолог	0,04	0,15	-0,11
Проктолог	0,07	0,15	-0,08
Ревматолог	0,11	0,15	-0,04
Невропатолог	0,50	0,5	-0,05
Травматолог-ортопед	0,33	0,4	-0,07
Геріатр	0,04	-	+0,04
Хірург	0,37	0,5	-0,13
Інфекціоніст	0,2	0,2	-
Уролог	0,15	0,15	-
Сурдолог	одна посада на місто		
Нейрохірург	Одна посада	-	+0,04
Комбустіолог	Одна посада	-	+0,04
ВСЬОГО	3,04	3,79	-0,75

В ході вивчення стану стаціонарної медичної допомоги за даними медико-соціологічного дослідження серед пацієнтів стаціонарних відділень нами встановлено, що для  $64,3 \pm 2,5\%$  пацієнтів існувала проблема організації харчування. Повністю забезпечені ліками тільки  $9,3\%$  пацієнтів стаціонарних відділень, частково -  $77,5 \pm 2,4\%$ . Повністю купували ліки за власні кошти -  $13,2\%$  пацієнтів стаціонарних відділень. Як правило, це пацієнти, що були госпіталізовані в плановому порядку. З госпіталізованих в ургентному стані повністю забезпечені ліками та медичними засобами для надання необхідної невідкладної допомоги, в

тому числі і операційної -  $82,5 \pm 2,3\%$ . З усієї кількості опитаних, що мали придбати собі необхідні ліки самостійно (частково чи повністю), тільки  $6,7\%$  вважали ціни на них доступними.

Найбільшу питому вагу соціально-побутових умов, якими незадоволені пацієнти стаціонарних відділень складають: відсутність умов, в яких можна здійснити виконання правил особистої гігієни -  $88,8 \pm 2,1\%$ ; відсутність гарячого водопостачання -  $81,4 \pm 2,1\%$ ; відсутність у відділенні холодильників для пацієнтів -  $78,6 \pm 2,3\%$ ; незадовільна якість ліжкової білизни -  $57,5 \pm 2,5\%$ ; велика кількість хворих у палатах -  $48,3 \pm 2,5\%$ ; непостійне холодне водопостачання -  $24,7 \pm 2,7\%$ ; низька температура в палатах -  $13,6 \pm 3,2\%$ . При цьому задоволені всіма аспектами організації стаціонарної допомоги  $32,8 \pm 2,6\%$  опитаних. Покращання існуючого стану в системі надання стаціонарної медичної допомоги пацієнти вбачають у проведенні її реформування -  $67,2 \pm 2,5\%$ .

Оцінка стану спеціалізованої медичної допомоги на думку опитаних організаторів охорони здоров'я показала незадовільну забезпеченість ЛПЗ ресурсами різних видів. Так, фінансові труднощі в медичних установах мали  $91,6 \pm 1,3\%$  респондентів. Незадоволені матеріально-технічним оснащенням лікарні  $67,3 \pm 2,3\%$ , адміністративно-господарчими проблемами  $89 \pm 2,8\%$  організаторів охорони здоров'я, основними серед яких є питання організації харчування пацієнтів у лікарні  $86,4 \pm 2,3\%$  і опалення -  $58,8 \pm 2,5\%$ . Найбільшу тривогу у організаторів охорони здоров'я викликає забезпеченість ліками ( $90,6 \pm 1,3\%$  опитаних).  $93,8 \pm 1,3\%$  респондентів вбачають за необхідне проведення реформування існуючої системи стаціонарної спеціалізованої допомоги населенню.

При вивченні стану спеціалізованої стаціонарної допомоги статистичним методом було встановлено, що постійно з великим навантаженням працюють пульмонологічні (до 381,6 дня на рік); неврологічні (365,9); хірургічні (352,2); ортопедичні (357,1) ліжка. При тому терапевтичні (305,4) - працюють недостатньо навантаженими, а комбустіологічні та гастроентерологічні використовуються нерівномірно. Важливим показником організації лікувально-діагностичного процесу в лікарнях є термін перебування хворих в стаціонарах. В цілому середні його терміни в спеціалізованих відділеннях в ході реформи, яку ми проводили, скоротилися на 2,7 дня і в 2000 році склали 12,8 дня.

Дані експертизи свідчать, що  $18,4 \pm 3,8\%$  пацієнтів госпіталізовано необгрунтовано. Крім того,  $37,6 \pm 2,8\%$  хворих серед планово госпіталізованих не були обстежені в амбулаторних умовах, або обстежені недостатньо; що потребувало додаткового часу; на їх дообстеження було витрачено  $5,8\%$  від загальної кількості проведених хворими ліжко-днів.

Суттєвим недоліком є те що 42,7%  $\pm$ 2,5% повністю обстежених напередодні планової госпіталізації ті ж обстеження повторювали, що призвело до необґрунтованих затрат коштів та часу до початку лікування. Такі затрати склали 4,2% ліжко-днів. Крім того, у 29,4  $\pm$  2,7% госпіталізованих планово через відсутність необхідних ліків лікування не було почате з першого дня, що вказує на неякісну наступність між поліклініками та стаціонарами. Вказані затрати склали 4,7% загальної кількості ліжко-днів. Питома вага ліжко-днів, які були використані для перебування хворих у стаціонарі після стабілізації стану, склали 6,1%. Наведене вказує на недостатню раціональність використання спеціалізованого ліжкового фонду.

Для відділень хірургічного профілю важливим показником є перебування хворих у стаціонарі до операції. Загальна кількість днів тривалості передопераційної підготовки планових хворих в динаміці така: 1994р. - 16526 ліжко-дня; 1995р. - 14560; 1996р. - 9486; 1997р. - 7074; 1998р. - 6242; 1999р. - 4047; 2000р. - 3110 ліжко-днів. Наведені дані вказують на позитивні зміни. Зменшення цього терміну є наслідком впровадження організаційних заходів.

Проведені дослідження показали, що в місті типові лікарняні корпуси від 8,4% до 87,5% заповнені хворими не повністю, а пристосовані будівлі експлуатуються для розміщення стаціонарних відділень. Наведене вище призводить до нераціонального використання коштів системи охорони здоров'я міста і потребує управлінського рішення з метою усунення вказаного недоліка.

Одним з важливих і реальних шляхів скорочення ресурсних витрат на спеціалізовану стаціонарну допомогу - представляється широке використання денних (ДС) та домашніх стаціонарів (СД), як нових організаційних форм стаціонарозамінюючої спеціалізованої медичної допомоги. В ході виконання роботи, завдяки організаційно-методичним заходам за сім років потужність позалікарняного ліжкового фонду та обсяги діяльності денних та домашніх стаціонарів зросли майже у двічі. Так кількість пролікованих хворих зросла з 16289 чоловік в 1994 р. до 31591 - в 2000 р. В 2000 році ДС функціонували за такими профілями: терапевтичний, хірургічний, неврологічний, гематологічний, травматологічний, пульмонологічний, гастроентерологічний.

Такий підхід відповідним чином відбився на рівні забезпеченості населення стаціонарозамінюючими ліжками; зокрема за період з 1994 по 2000 р.р. цей показник по ДС зріс з 5,4 до 17,2 на 10 тис. дорослого населення. Особливо зростає роль організації стаціонарозамінюючих форм лікування з впровадженням сімейної медицини та наданням допомоги лікарями загальної практики.

Згідно програми дослідження, проведено розрахунок потреби дорослого міського населення в спеціалізованому ліжковому фонді, яка склала: гастроентерологічний - 0,97; кардіологічний - 3,36; нефрологічний - 0,84; пульмонологічний - 1,80; отоларингологічний - 1,56; офтальмологічний - 1,61; неврологічний - 3,60; нейрохірургічний - 1,0; травматологічний - 3,28; урологічний - 1,53; ревматологічний - 0,60; хірургічний - 3,83; інфекційний - 2,80; комбустіологічний - 1,0; торакальний - 0,20 на 10 тис. дорослого населення..

Структурна перебудова стаціонарного сектору системи охорони здоров'я великого міста, яка проведена за нашою пропозицією, включає диференціацію ліжкового фонду у відповідності до інтенсивності лікування і догляду; термін перебування в стаціонарі; концентрацію високоспеціалізованої високотехнологічної допомоги в лікарнях чотирьох типів з формуванням єдиного медичного простору: лікарні (відділення) для переважно інтенсивного короткотривалого лікування з гострими захворюваннями і гострими розладами здоров'я; лікарні довготривалого лікування та перебування хронічних хворих; лікарні для проведення реабілітації хворих; лікарні медико-соціального призначення.

Запровадження в місті вищезазначених заходів дозволило скоротити ліжковий фонд на 1620 ліжок і довести загальний рівень забезпеченості ліжками на 10 тис. населення до 72,4 та скоротити необгрунтованість використання ліжкового фонду з 32,8 до 12,4%.

Організаційно-функціональна система надання спеціалізованої медичної допомоги на прикладі офтальмологічної допомоги наведена на рис.3.

Далі ми вивчали як рівень бюджетного фінансування ЛПЗ, які надають спеціалізовану медичну допомогу, та раціональність використання цих асигнувань, так і можливість позабюджетних механізмів залучення коштів. Встановлено, що система спеціалізованої медичної допомоги фінансується до 33,4% від потреби. При цьому до 74,1% фактичного фінансування витрачається на заробітню плату. Незадовільно (до 26,9% від нормативу) фінансуються придбання ліків та (33,7% від нормативу) продуктів харчування.

Надзвичайно важливим під час реформування системи фінансування є необхідність проведення заходів, спрямованих на раціональне використання коштів. У зв'язку з цим нами були визначені шляхи зменшення витрат на спеціалізовану медичну допомогу. Табл. 2.

Впровадження зазначених заходів та створення за нашою пропозицією в місті єдиного медичного фінансового простору дозволило підвищити економічну ефективність організації спеціалізованої медичної допомоги міському населенню: підвищити рівень фінансування в розрізі ліжко-дня на придбання медикаментів на 58,4%, продуктів харчування на 46,3% та забезпечити однаковий рівень фінансування цих витрат в різних ЛПЗ; скоротити питому вагу



Рис.3 Організаційно-функціональна система надання спеціалізованої офтальмологічної допомоги населенню міста



витрат на заробітню плату на 17,5%; зняти з балансу системи охорони здоров'я міста 8 будівель та споруд та придбати вперше за 12 останніх років для ЛПЗ, які надають спеціалізовану допомогу санітарний автотранспорт.

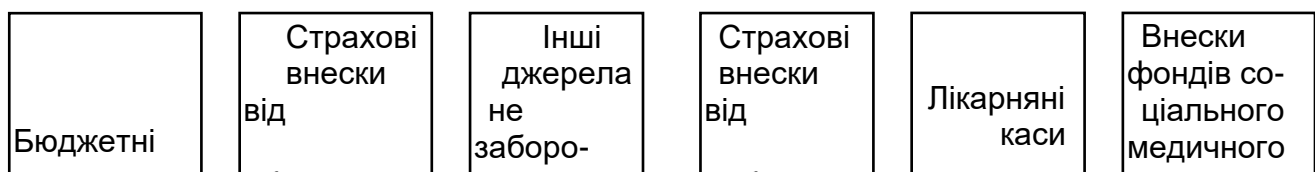
Таблиця 2

Шляхи зменшення витрат на спеціалізовану медичну допомогу дорослому міському населенню.

№ п/п	Заходи	%	Термін дії заходу
1.	Приведення мережі, кадрового та ліжкового потенціалу до нормативу	7,1	Одномоментно
2.	Запровадження стаціонарозамінюючих форм лікування хворих	9,3	Постійно
3.	Впровадження галузевих стандартів медичних технологій	5,7	Постійно
4.	Відмова від експлуатації технічно недосконалих, а також використаних нераціонально будівель та споруд	3,4	Одномоментно
5.	Передача медичного обслуговування військоматів у відомство Міністерства оборони України	0,04	Постійно
6.	Виконання працедавцями Закону України "Про охорону праці".	2,2	Постійно
7.	Запровадження етапності в наданні спеціалізованої медичної допомоги за новою функціонально-структурною системою	2,2	Постійно
8.	Запровадження принципу сімейної медицини з передачею частини функцій лікарів-спеціалістів сімейним лікарям	5,9	Постійно

В ході дослідження встановлено, що до 12,7% фінансування спеціалізованої медичної допомоги здійснюється за рахунок позабюджетних надходжень.

Проведеним дослідженням встановлено, що населення не в повній мірі захищено від фінансового ризику на випадок хвороби. З метою забезпечення захисту населення від фінансового ризику на випадок хвороби нами розроблена та запропонована модель консолідованого фінансування спеціалізованої допомоги, яка відображена на рис. 4. Вказана модель діє на фоні впровадження механізму зменшення витрат на спеціалізовану медичну допомогу згідно до якого зменшити витрати можна на 25-35%.



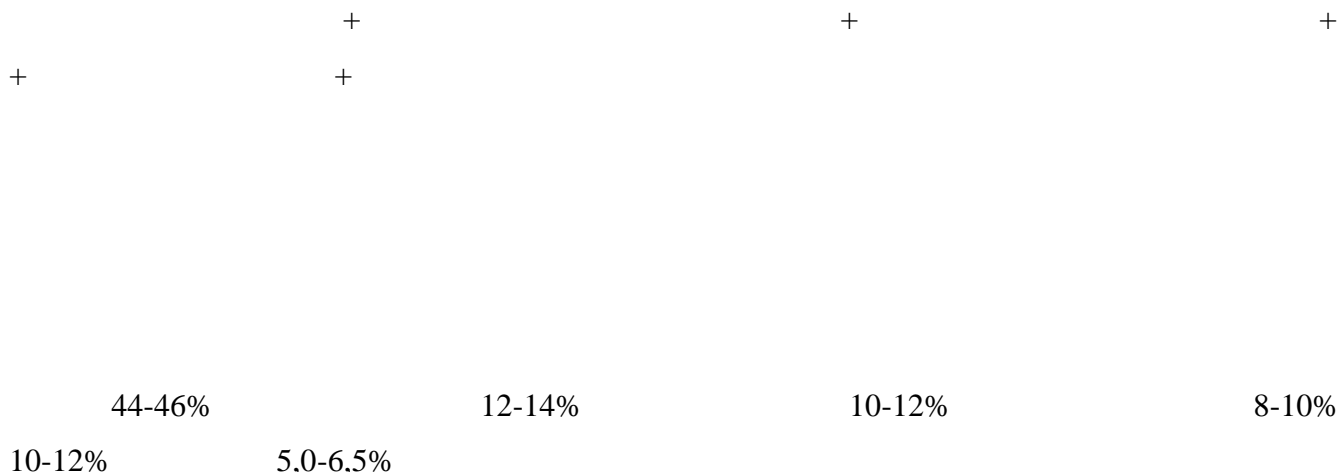


Рис. 4 Модель консолідованого фінансування спеціалізованої медичної допомоги

Згідно даної моделі, захист від фінансового ризику на випадок хвороби здійснюється як за рахунок держави, роботодавців, так і особисто громадян.

Медична галузь взагалі і система спеціалізованої медичної допомоги відповідно потребують інформаційного забезпечення, прийняття заходів, спрямованих на подолання відставання від передових світових держав у галузі інформатизації шляхом прискорення формування єдиного інформаційного медичного простору країни.

Встановлено, що лікувально-профілактичні заклади, які надають спеціалізовану медичну допомогу, недостатньо забезпечені комп'ютерною технікою. Це підтверджено порівняльними даними фактичної забезпеченості та потреби. Фактична забезпеченість від потреби складає до 11,8%. При цьому відмічається високий рівень фізичного та морального зносу комп'ютерів. 93,6 ± 2,1% комп'ютерів, які знаходяться на балансі ЛПЗ, функціонують більше 5 років.

Комп'ютерна техніка використовується для вирішення різних питань, що забезпечується наявністю спеціальних програм (статистичних 42,2 ± 2,5%, медичних 39,6 ± 2,7%, господарських 18,2 ± 3,6%). В середньому на один комп'ютер приходить 2,5 програми. З застосованих програм з метою управління охороною здоров'я використовується 61,0 ± 2,2%, які встановлені на 58,7 ± 2,4% комп'ютерах.

Недостатнє укомплектування ЛПЗ комп'ютерною технікою та нераціональне її використання стало підставою для проведення нами медико-соціологічного дослідження по визначенню ставлення медичних працівників до застосування комп'ютерів в технічному

процесі, рівня їх вміння користуватися оргтехнікою та готовності навчитися роботі і використовувати електронно-обчислювальну техніку при виконанні службових обов'язків. Дослідженням встановлено, що  $97,3 \pm 2,1\%$  респондентів позитивно ставиться до процесу інформатизації галузі охорони здоров'я і їх робочого місця безпосередньо, при цьому  $43,3 \pm 2,5\%$  опитаних вміє користуватися комп'ютерами на побутовому рівні, а  $3,5\%$  - на професійному. З тих, хто не володіє правилами користування комп'ютером  $83,5 \pm 2,1\%$  готові за різних умов (безоплатно, без виїзда в інше місто) пройти навчання та оволодіти основами роботи на комп'ютері.

Вищенаведене є підставою для проведення подальшої роботи по активній інформатизації спеціалізованої медичної допомоги з застосуванням комп'ютерної техніки.

За нашою пропозицією в місті створено корпоративну інформаційну медичну мережу, в якій міський центр медстатистики та АСУ виступає в якості головного терміналу з можливістю підключення до інтернету. Система зовнішнього та внутрішнього захисту конфіденційної інформації забезпечується спеціальним кодуванням.

Впровадження нової системи спеціалізованої медичної допомоги передбачає удосконалення моделі управління нею. Запропонована нами структурно-функціональна модель управління спеціалізованою медичною допомогою наведена на рис. 5.

Запровадження запропонованої організаційно-функціональної системи надання спеціалізованої медичної допомоги оцінювалось за допомогою критеріїв ВООЗ: доступності, раціональності, задоволеності пацієнтів та соціальної прийнятності. Розроблена система повністю відповідає вказаним ВООЗівським критеріям.

Показником ефективності функціонування нової системи є розширення видів і обсягів медичної допомоги, поліпшення її якості та доступності при більш раціональному використанні матеріальних та фінансових ресурсів. Медико-соціологічним дослідженням встановлено, що  $79,7 \pm 2,1\%$  пацієнтів ЛПЗ позитивно оцінюють проведену реформу спеціалізованої медичної допомоги..

Розроблена система спеціалізованої медичної допомоги дорослому міському населенню відповідає вимогам часу та змінам, що відбулися в соціально-економічному житті країни та галузі охорони здоров'я. В систему спеціалізованої медичної допомоги увійшли поліклініки трьох рівнів та лікарні чотирьох типів з організацією стаціонарозамінюючих форм лікування хворих, що є елементами цілісної, складної, управляємої системи медичної допомоги населенню, що підтверджено її ефективністю і є доцільним для втілення в практику охорони здоров'я великих міст, що стане суттєвим внеском в реформування галузі охорони здоров'я.

Результати роботи знайшли своє відображення в методичних, нормативних, директивних документах, які втілюються в практику охорони здоров'я.

## ВИСНОВКИ

1. В роботі на основі наукового обґрунтування, розробки та впровадження нової системи спеціалізованої медичної допомоги дорослому населенню великого промислового міста вирішена актуальна медична проблема забезпечення міського дорослого населення доступною та якісною спеціалізованою допомогою за рахунок ефективного та раціонального використання наявних матеріально-технічних, кадрових та фінансових ресурсів.

2. Аналіз стану системи надання спеціалізованої медичної допомоги дорослому міському населенню показав необхідність проведення комплексних, цільових перетворень цієї системи. Одержані результати наукового дослідження стали підставою для розробки та впровадження в практику діяльності охорони здоров'я науково обґрунтованої, якісно нової організаційно-функціональної системи спеціалізованої допомоги, в основу якої покладено принципи системності та функціональної єдності. Вказане дозволило, зберігаючи наявні елементи існуючої системи, ввести до неї якісно нові, як на догоспітальному (поліклініки трьох рівнів), так і на госпітальному (лікарні чотирьох типів, стаціонарозамінюючі форми) етапах та функціонально поєднати їх між собою.

3. Пропонується функціонально-структурна модель організації спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної допомоги дорослому населенню великого міста побудована за територіальним принципом, основою якої є поетапне її надання на трьох рівнях. На першому рівні надається первинна медико-санітарна допомога в поліклініці, яка обслуговує населення мікрорайону чисельністю 9 -12 тисяч чоловік. На другому рівні здійснюється лікувально-діагностична та профілактична допомога, де обслуговується населення житлового району чисельністю 36-48 тисяч чоловік за спеціальностями: терапія, хірургія, неврологія, офтальмологія, отоларингологія, травматологія, кардіологія, інфекційні хвороби. На третьому рівні надається консультативно-діагностико-лікувально-експертна допомога за всіма профілями в поліклініці, яка обслуговує все населення міста та проводить організаційно-методичну роботу по відношенню до поліклінік нижчих рівнів. Все це дозволяє надавати основні види спеціалізованої медичної допомоги та наблизити її до населення.

4. Визначена потреба в забезпеченості дорослого населення в посадах лікарів-спеціалістів для надання амбулаторно-поліклінічної допомоги з диференціацією за окремими лікарськими спеціальностями. В цілому вона нижче до 0,75 (3,04 проти 3,79) на 10 тисяч дорослого населення від існуючих нормативів, з зміною структури нормативів за спеціальностями. Потребує розширення переліку посад лікарів-спеціалістів для надання амбулаторно-поліклінічної допомоги за рахунок нефрологів, гематологів, геріатрів, комбустіологів, нейрохірургів. При цьому потреба в лікарях-спеціалістах урологів, сурдологів, інфекціоністах залишається без змін, в лікарях-спеціалістах гастроентерологів, отоларингологів, офтальмологів, пульмонологів, проктологів, невропатологів, хірургів потребує зменшення, а в лікарях-спеціалістах алергологів, імунологів - збільшення.

5. Особливістю функціонально-структурної моделі стаціонарної спеціалізованої допомоги дорослому населенню великих міст є виділення чотирьох типів лікарень. Перший тип лікарні призначений для переважно інтенсивного короткотривалого лікування та догляду хворих з гострими захворюваннями з термінами лікування 7-12 днів; другий - для довготривалого лікування хронічних хворих, з перебуванням їх у стаціонарі 12-20 днів. Третій тип - лікарні мають реабілітаційну спрямованість. Покази та терміни переведення в дані лікарні та терміни перебування в них визначаються станом здоров'я хворого та клінічним і експертним прогнозом. Четвертий тип - лікарні медико-соціальної допомоги.

6 Розрахована необхідність в спеціалізованому ліжковому фонді для населення великого промислового міста, яка становить: гастроентерологічний - 0,97; кардіологічний - 3,36; нефрологічний - 0,84; пульмонологічний - 1,80; отоларингологічний -1,56; офтальмологічний - 1,61; неврологічний - 3,60; нейрохірургічний - 1,0; ортопедотравматологічний - 3,28; урологічний - 1,53; ревматологічний - 0,60; хірургічний - 3,83; комбустіологічний - 1,0; торакальний - 0,20 на 10 тис. дорослого населення..

7. Підтверджено, що денні та домашні стаціонари є ефективною стаціонарозамінюючою та амбулаторно-поліклінічною формою надання спеціалізованої медичної допомоги дорослому міському населенню, де одержують спеціалізовану медичну допомогу до 14,8% хворих, що сприяє більш раціональному використанню ліжкового фонду та скороченню фінансових витрат на лікувально-діагностичний процес до 9,3%.

8. Запропонована корпоративна система інформаційного забезпечення спеціалізованої медичної допомоги на рівні великого міста, яка дозволяє проводити моніторинг стану здоров'я населення, використання кадрового, фінансового та матеріально-технічного потенціалу. Особливістю системи є визначення міського центру медстатистики та АСУ в якості головного

терміналу з можливістю підключення до інтернету з системою внутрішнього та зовнішнього кодування, що забезпечує конфіденційність інформації. Підтверджена низька забезпеченість лікувально-профілактичних закладів електронно-обчислювальною технікою ( $11,8 \pm 10,9\%$  від потреби); комп'ютерними програмами ( $26,8 \pm 9,1\%$ ); спеціалістами для їх обслуговування ( $25,4 \pm 9,4\%$ ).

9. Розроблена модель консолідованого фінансування спеціалізованої медичної допомоги згідно до якої фінансування спеціалізованої медичної допомоги забезпечується за рахунок бюджетних асигнувань (44-46%), страхових внесків від обов'язкового медичного страхування (12-14%), страхових внесків від добровільного медичного страхування (8-10%), внесків фондів соціального медичного страхування на випадок професійних захворювань та виробничих травм (5,0-6,5%), лікарняних кас (10-15%), інших джерел не заборонених законодавством (10-12%). Доведено, що в умовах обмеженого бюджетного фінансування спеціалізованої медичної допомоги (до 37,4% від потреби) витрати на неї можуть бути скорочені за рахунок приведення мережі кадрового та ліжкового потенціалу до нормативу до 7,1%; запровадження запропонованої етапності до 2,2%, стаціонарозамінюючих форм лікування хворих до 9,3%; галузевих стандартів медичних технологій до 5,7%; відмовлення від експлуатації технічно недосконалих будівель та споруд до 3,4%; компенсування витрат на медичну допомогу хворим на професійні хвороби та виробничі травми до 2,2%.

10. Ефективність нової системи надання спеціалізованої медичної допомоги міському населенню доведена підвищенням рівня фінансування ЛПЗ на придбання ліків (на 58,4%) та харчування хворих (на 46,3%); скороченням ліжкового фонду (на 48,3%) та забезпеченням раціонального його використання (скорочення рівня госпіталізації на 32,4%, терміну перебування хворих в стаціонарі на 2,7 дня); широким використанням лікування в стаціонарозамінюючих формах (17,2 на 10000 дорослого населення) та виконанням нормативу функції посади лікарями-спеціалістами поліклінік. Нова система надання спеціалізованої медичної допомоги повністю відповідає критеріям ВООЗ.

11. Доказана життєздатність нової організаційно-функціональної системи спеціалізованої медичної допомоги дорослому міському населенню, яка стала підґрунтям для аргументованих медико-організаційних пропозицій щодо нормативного забезпечення кадрового потенціалу та ліжкового фонду, упорядкування мережі лікувально-профілактичних закладів, визначення етапності та обсягу надання спеціалізованої медичної допомоги, фінансового та інформаційного забезпечення, критеріїв оцінки діяльності лікувально-профілактичних закладів в умовах нової організаційної системи, скерованої на покращання проблемно-тактичного,

ситуаційного та стратегічного управління системою надання спеціалізованої медичної допомоги з метою підвищення її якості і може бути запроваджена в містах країни з чисельністю населення 100-500 тис. чоловік .

## **ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

З метою подальшого удосконалення надання спеціалізованої медичної допомоги міському населенню вважаємо за доцільне рекомендувати:

1. На рівні Міністерства охорони здоров'я АР Крим, управлінь охорони обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій:

- забезпечити контроль за якістю використання "Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в ЛПЗ України";

- створити в кожному місті широку мережу денних та домашніх спеціалізованих стаціонарів;

- здійснити подальше впровадження первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини з передачею частини функцій лікарів-спеціалістів лікарям загальної практики;

2. Міністерству охорони здоров'я України:

- затвердити класифікацію поліклінік в трьох рівнях в залежності від обсягу спеціалізованої медичної допомоги;

- визначити процедуру оволодіння організаторами охорони здоров'я та медичними працівниками сучасними засобами та інструментарієм інформатики.

3. Пропонувати Кабінету Міністрів України:

- затвердити гарантований безоплатний мінімум медичної допомоги з метою запровадження багатоканального механізму фінансування сфери охорони здоров'я через законодавче врегулювання залучених додаткових джерел для забезпечення доступної, ефективної та якісної спеціалізованої медичної допомоги;

- удосконалити систему оплати праці медичних працівників з метою запровадження сучасних стимулюючих механізмів високопродуктивної праці.

4. Звернутись до Верховної Ради України з питань:

- прискорення прийняття Закону України "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування населення";

- у відповідності до Законів України "Про національну програму інформатизації" та "Про концепцію національної програми інформатизації" при затвердженні щорічних бюджетів передбачити цільове фінансування на придбання для галузі охорони здоров'я комп'ютерної техніки та розробку спеціальних програм.

## **СПИСОК ОСНОВНИХ РОБІТ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДОКТОРСЬКОЇ ДИСЕРТАЦІЇ**

### Монографії:

1. Медико-экономические аспекты деятельности дневных стационаров. Слабкий Г.А., Нагорная А.М., Протащик А.И., Хвист О.В. Донецк - Лебедь. - 1998. - 93 с. Дисертантові належить ідея написання монографії, збір та обробка статистичних даних, вибір іноземних літературних джерел написання літературного огляду.

2. Нагорная А.М., Протащик А.И., Слабкий Г.А. Здравоохранение Макеевки: сеть ЛПУ и медицинские кадры. Донецк - Лебедь. - 1999. - 93 с. Дисертантові належить ідея написання монографії, збір та обробка статистичних даних, розробка навчальних програм.

3. Стационары на дому в системе внебольничной помощи населению. Нагорная А.М., Протащик А.И., Слабкий Г.А., Хвист О.В. Донецк. - Лебедь. - 1998. - 126 с. Дисертантові належить ідея написання монографії, вибір вітчизняних літературних джерел, збір та обробка статистичних даних.

4. Слабкий Г.А. Специализированная медицинская помощь городскому населению. - Донецк. - Лебедь. - 2000. - 402 с.

5. Слабкий Г.А. Организация медицинской помощи взрослому городскому населению. Донецк. - Лебедь. - 2000. - 346 с.

### У періодичних фахових виданнях, затверджених ВАК України:

1. Методичні підходи до розробки посадових інструкцій для медичних працівників галузі охорони здоров'я. Нагорна А.М., Слабкий Г.О., Мельник Ю.В., Подрушняк В.Б. // Архів клінічної та експериментальної медицини. Том 10, № 3. - 2001. - С. 348 - 351. Дисертантові належить ідея написання статті та наведення прикладів.

2. Слабкий Г.О. Шляхи оптимізації пульмонологічної допомоги дорослому населенню великого промислового міста // Вісник соц.гігієни та організації охорони здоров'я України. 1999. - № 2. - С. 107 - 111.

3. Слабкий Г.О., Северін Г.К. Забезпечення непрацездатного міського населення медичною допомогою // Вісник соц.гігієни та організації охорони здоров'я України. 2000. - №



1. - С. 53 - 55. Дисертантові належить ідея написання статті, збір та статистична обробка матеріалу, формування висновків.

4. Слабкий Г.О. Динаміка змін у стані здоров'я дорослого населення великого промислового міста // Український медичний альманах. - 2000. - N 1. - С. 162 - 164.

5. Слабкий Г.О. Питання реорганізації амбулаторно-поліклінічної допомоги міському населенню // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. 2000. - N 2. - С. 72 - 75.

6. Слабкий Г.О. Стационарозамінюючі форми лікування хворих на сучасному етапі розвитку охорони здоров'я // Український медичний альманах. - 2000. - N 2. - С. 151 - 154.

7. Слабкий Г.О. До питання про реформування стаціонарної медичної допомоги населенню великого міста // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2000. - N 3. - С. 45 - 49.

8. Слабкий Г.О. Інформаційне забезпечення в удосконаленні організації роботи міського гастроентерологічного центру // Український медичний альманах. - 2000. - Том 3. - № 6. - С. 167 -168.

9. Слабкий Г.О., Теряєва О.Г. Виховання здорової людини як засіб первинної профілактики захворювань // Медичні перспективи. 2000. - N 4. - С. 118 - 120. Дисертантові належить ідея написання статті, актуалізація теми, формування висновків.

10. Слабкий Г.А. Здоровье населения городов как важнейшее условие реорганизации системы городского здравоохранения // Український медичний альманах. 2000. - N 4. - С. 187 - 189.

11. Слабкий Г.О. Пошук шляхів фінансового забезпечення спеціалізованої медичної допомоги міському населенню // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. 2000. - N 4. - С. 50 - 52.

12. Слабкий Г.О. Перспективи розвитку охорони здоров'я населення великих міст // Одеський медичний журнал. 2000. - N 5. - С. 101 - 104.

13. Слабкий Г.А. Состояние заболеваемости городского населения на болезни органов гепатолиенальной зоны и организация медицинской помощи больным // Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика. Випуск 9, кника 4. - Київ. - 2000. - С. 166 - 170.

14. Слабкий Г.А., Северин Г.К. Первичная заболеваемость взрослого населения крупного промышленного города в условиях экологического кризиса // Гигиена населенных мест. Сборник научных трудов. Выпуск 37. Киев. 2000. -С. 441 - 445. Дисертантові належить ідея написання статті, збір та узагальнення отриманих даних.

15. Слабкий Г.О., Степаненко А.В. Організація пульмонологічної допомоги дорослому населенню великого міста в умовах реформування галузі охорони здоров'я // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія Медицина. Випуск 12. - 2000. - С. 260 - 263. Дисертантові належить ідея написання статті, збір та статистична обробка даних, написання актуальності теми.

16. Слабкий Г.О., Мельник Ю.В. Удосконалення інформаційної служби охорони здоров'я великого міста // Вісник Вінницького державного медичного університету. - 2001 - N 1. - С. 260 - 261. Дисертантові належить ідея та написання основної частини статті.

17. Слабкий Г.О. Лікувально-профілактична діяльність лікарів-спеціалістів амбулаторно-поліклінічних закладів великого промислового міста // Вісник соц.гігієни та організації охорони здоров'я.- 2001.- N 2. - С. 80 - 84.

18. Слабкий Г.О. Захворювання органів дихання у дорослого населення великого промислового міста як медико-соціальна проблема // Актуальные проблемы медицины и биологии. N 2. - Киев. - 2001. - С. 366 - 368.

19. Слабкий Г.А. Построение сети стационарных медицинских учреждений, оказывающих специализированную помощь взрослому городскому населению // Медицина сегодня и завтра. 2001. - N 3. - С. 141 - 142.

20. Слабкий Г.О. Вартість стаціонарної комбустіологічної допомоги та механізми її фінансування // Вісник проблем біології і медицини. - 2001 - N 3. - С. 81 - 84.

21. Слабкий Г.О., Новікова Н.Р. Стан гастроентерологічного здоров'я дорослого населення великого міста та шляхи покращення медичного обслуговування хворих в умовах реформування системи охорони здоров'я // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2001. - N 3. - С. 18 - 21. Дисертантові належить ідея написання статті, збір даних, складання висновків, розробка таблиць.

22. Слабкий Г.О. Методичні підходи до визначення потреби в лікарях-спеціалістах, які ведуть амбулаторний прийом хворих, та ліжковому фонді в сучасних умовах оптимізації галузі охорони здоров'я // Вісник проблем біології і медицини. - 2001. - N 4. - С. 62 - 66.

23. Слабкий Г.А. Современные требования и подходы к формированию сети поликлинических учреждений в планировочной структуре города // Медицина сегодня и завтра.-2001.- № 4 - С.165-167.

24. Слабкий Г.А. Аллергические заболевания населения экологически неблагоприятного района и организация их профилактики // Гигиена населенных мест. Выпуск 38. Том II. - Киев. - 2001. - С. 483 - 486.

25. Состояние и пути оптимизации гастроэнтерологической помощи населению крупного промышленного города. Нагорная А.М., Слабкий Г.А., Грузева Т.С., Степаненко А.В. // Гастроэнтерология. Міжвідомчий збірник. Випуск 31. Дніпропетровськ. - 2000. - С. 12 - 19. Дисертантові належить ідея написання статті, збір матеріалу, формування моделі надання спеціалізованої гастроентерологічної допомоги населенню.

В інших наукових виданнях:

1. Сучасні проблеми управління процесами реформування охорони здоров'я. Пономаренко В., Нагорна А., Ціборовський О., Степаненко А., Слабкий Г., Грузева Т. // Підвищення ефективності державного управління: стан, перспективи та світовий досвід. Збірник наукових праць. Київ. - 2000. - С. 348 - 352.

2. Особливості захворюваності дорослого населення України на хвороби системи кровообігу. Кульчицька Т.К., Грузева Т.С., Слабкий Г.О., Кульчицька Н.О., Пакін Ю.В., Іншакова Г.В. // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я. - 2001. - N 2. - С. 34 - 38.

3. Деякі аспекти процесу управління системою забезпечення якості медичної допомоги на сучасному етапі. Степаненко А.В., Цімейко О.А., Слабкий Г.О., Мельник Ю.В., Калюжна О.В. // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2000. - N 4. - С. 94 - 96.

4. Лікарська терапія в системі гарантування якості медичної допомоги хворим на злоякісні новоутворення. Шалімов С., Степаненко А., Ліцишина О., Глуховська І., Слабкий Г // Ліки України. 2000. - N 4. - С. 58 - 61. Дисертанту належить актуалізація теми статті, визначення обсягу обстеження хворих та терміну лікування в стаціонарі.

5. Стан та напрямки підвищення якості медичного забезпечення населення з погляду лікарів лікувально-профілактичних закладів України. Нагорна А., Степаненко А., Слабкий Г., Веремко Л., Лішенко С., Уваров В., Палій С. // Ліки України. 2001. - N 10 (51).- С. 14 - 15. Дисертант провів анкетування та склав таблиці, провів статистичну обробку матеріалу.

6. Чемеркін О.С., Степаненко А.В., Слабкий Г.О. Галузеві стандарти медичної технології як складова забезпечення якості медичної допомоги в отоларингології // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. 2000.- N 3. - С. 86 - 88. Дисертанту належить актуалізація теми статті, розробка стандарту, обстеження та визначення терміну лікування в стаціонарі.

7. Слабкий Г.О., Мельник Ю.В. Оптимізація управління амбулаторно-поліклінічною допомогою міському населенню за допомогою сучасних інформаційних систем на місцевому

рівні // Вопросы здравоохранения Донбасса. Сборник статей. Выпуск 4, том 1. Донецк. - 2000. - С. 75 - 78.

8. Мельник Ю.В., Слабкий Г.О. Оптимізація управління стаціонарною медичною допомогою населенню на рівні лікарні через сучасні інформаційні системи // Вопросы здравоохранения Донбасса. Сборник статей. Выпуск 4, том 2. Донецк. - 2000. - С. 53 - 57.

9. Слабкий Г.А. К вопросу об оказании амбулаторной гематологической помощи городскому населению // Вопросы здравоохранения Донбасса. Сборник статей. Выпуск 2, том 2. Донецк.- Лебедь.- 1998. - С. 138 - 142.

10. Слабкий Г.А. Экстренная госпитализация городского населения // Вопросы экспериментальной и клинической медицины. Сборник статей. Донецк. Лебедь. Вып. 2. Том 1. - 1998. - С. 173 - 176.

11. Слабкий Г.А., Северин Г.К. Организация амбулаторной консультативной помощи взрослому населению г.Макеевки // Проблемы здравоохранения и пути его реформирования. Сборник статей. Донецк. Лебедь. 1997. - С. 181 - 184.

12. Слабкий Г.О. Роль позабюджетного фінансування в організації спеціалізованої медичної допомоги міському населенню // Вопросы здравоохранения Донбасса. Сборник статей. Выпуск 4, том 2. Донецк - 2000. - С. 64 - 69.

13. Слабкий Г.А. Реабилитация и диспансеризация больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в условиях поликлиники с позиции принципа оптимальности болезни // Актуальні питання реабілітації гастроентерологічних хворих. Матеріали симпозиуму. Чернівці. - 1996. - С. 320.

14. Степаненко А.В., Корнута Н.О., Нагорна А.М., Веремченко Л.М., Кривенко Н.І., Калюжна О.В., Слабкий Г.О. Впровадження в практику медичних стандартів - один із шляхів підвищення якості медичної допомоги // Матеріали науково-практичної конференції "Організація та управління системою охорони здоров'я, її правове і фінансове забезпечення на сучасному етапі реформування галузі". Житомир. - 7 - 8 жовтня 1999 р. - Житомир. 1999. - С. 28 - 29.

15. Слабкий Г.О., Проташик Г.І., Теряєва О.Г., Льгов І.А. Досвід діяльності онкологічної служби великого промислового міста у складі багатопрофільної лікарні // X з'їзд онкологів України. Матеріали з'їзду (Крим, 10-12 жовтня 2001р.). - Київ. - 2001. - С. 25.

16. Нагорная А.М., Степаненко А.В., Кульчицкая Т.К., Грузева Т.С., Пакин Ю.В., Кульчицкая Н.О., Слабкий Г.А. Отношение врачей Донецкой области к деятельности системы здравоохранения в условиях реформирования // Оптимизация системы оказания медицинской

помощи городскому населению. Материалы научно-практической конференции. Донецк. - 1998. - С. 53 - 57.

17. Слабкий Г.А. Лечение осложненной гипертонической болезни в стационаре на дому // Український кардіологічний журнал. Додаток до 3/96. Матеріали V конгресу кардіологів України 12 - 14 травня 1997 р. м. Київ. - С. 27.

18. Нагорна А.М., Грузеа Т.С., Слабкий Г.О., Пакін Ю.В. Можливості вдосконалення нормативної бази медичного обслуговування мешканців Києва на основі моніторингу здоров'я // Матеріали науково-практичної конференції "Оптимізація організації системи охорони здоров'я м.Києва як столиці держави в умовах сучасності та на перспективу". 26-27 листопада 1997 р. - Київ. - 1997. - С. 62.

19. Слабкий Г.О. Напрямки та задачі реорганізації системи охорони здоров'я населення великого промислового міста // Актуальные вопросы профилактической медицины Донбасса (Материалы научной сессии общества гигиенистов, посвященной 70-летию Донецкого государственного медицинского университета им. М.Горького) - Донецк, 5 декабря 2000 г./Вестник гигиены и эпидемиологии. Том 4, N 1, 2000 г. Приложение. - С. 24.

20. Слабкий Г.О. Методичні підходи до визначення вартості стаціонарної медичної допомоги // Українські медичні вісті. VI з'їзд Всеукраїнського лікарського товариства 18-19 травня 2001 року, м.Чернівці. Київ. Січень - Червень 2001, Том 4, Число 1 (62). - С. 104.

21. Организация пульмонологической помощи городскому населению в условиях реформирования здравоохранения/Гарина М.Г., Нагорная А.М., Слабкий Г.А., Мостипака Л.К., Дорохова Е.Т., Оборнев Л.Е.- Киев.-1999.- 17с.

22. Стационарозаменяющие формы медицинской помощи населению в современной системе здравоохранения/Гарина М.Г., Слабкий Г.А., Мостипака Л.К., Оборнев Л.Е.- Киев-1999.-25с.

23. Первичная медико-санитарная помощь городскому населению/Гарина М.Г., Слабкий Г.А., Оборнев Л.Е., Мостипака Л.К., Дорохова Е.Т., Степаненко А.В.-Киев.-2000.-34с.

24. Нагорна А.М., Слабкий Г.О. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я//Донецьк.-Лебідь.-2000.-371с.

25. Пономаренко В.М., Нагорна А.М., Мельник Ю.В., Слабкий Г.А., Подрушняк В.Б., Москалець Г.М., Степаненко А.В. Типові посадові інструкції медичних працівників амбулаторно-поліклінічних закладів системи охорони здоров'я України (Керівники, професіонали). Київ. - 2001. - 184 с.

26. Пономаренко В.М., Нагорна А.М., Мельник Ю.В., Слабкий Г.А., Подрушняк В.Б., Москалець Г.М., Степаненко А.В. Типові посадові інструкції медичних працівників амбулаторно-поліклінічних закладів системи охорони здоров'я України (Спеціалісти, технічні працівники). Київ. - 2001. - 132 с.

Методичні рекомендації.

1. Пономаренко В.М., Степаненко Л.В., Нагорна А.М., Богатирьова Р.В., Гайда Н.Г., Корнута Н.О, Моїсеєнко А.О., Слабкий Г.О. Використання тимчасових галузевих стандартів стаціонарної допомоги дорослому та дитячому населенню в ЛПУ України//Тимчасові стандарти діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги: Метод. рекомендації.-К.,1999.-Т.1.-С4-18.

2. Нагорная А.М., Слабкий Г.А., Климовицкий В.П., Бобоша В.А., Протащик А.И., Грузева Т.С., Лобанов Г.В. Амбулаторная помощь хирургическим больным.-Донецк.- 1998.-20с.

3. Слабкий Г.А., Нагорная А.М., Смирнова Л.Г, Коровина В.П., Протащик А.И., Грузева Т.С.. Усовершенствование кардиологической помощи городскому населению в условиях реформирования здравоохранения.-Донецк.-1998.-15с.

4. Слабкий Г.А., Нагорная А.М., Гарина М.Г., Смирнова Л.Г., Дорохова Е.Т., Протащик А.И., Варварок И.В., Грузева Т.С. Пути оптимизации пульмонологической помощи городскому населению в условиях перехода на систему врача общей практики.- Донецк.-1998.-20с.

5. Гарина М.Г., Мельник Ю.В., Нагорная А.М., Смирнова Л.Г., Слабкий Г.А., Дорохова Е.Т., Оборнев Л.Е. Порядок направления взрослого городского населения на различные уровни медицинской помощи.-Донецк.-2001.-12с.

## АНОТАЦІЇ

**Слабкий Г.О. Обґрунтування і розробка системи спеціалізованої медичної допомоги дорослому населенню великого промислового міста. - Рукопис.**

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.03. - соціальна медицина. - Національний медичний університет імені О.О.Богомольця МОЗ України, Київ, 2002.

Дисертація присвячена питанням організації спеціалізованої медичної допомоги дорослому населенню великого міста. Показано, що існуюча система надання спеціалізованої медичної допомоги є за медичними, соціальними та економічними критеріями недостатньо ефективною. На основі комплексного соціально-гігієнічного дослідження встановлена доцільність

проведення реформування існуючої системи спеціалізованої медичної допомоги. Науково обґрунтована і розроблена нова система надання спеціалізованої медичної допомоги дорослому населенню великого міста в сучасних умовах. Розроблені і впроваджені принципово нові структурно-функціональні моделі надання спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної (поліклініки трьох рівнів) та стаціонарної допомоги (лікарні чотирьох типів). Розроблена система консолідованого фінансування спеціалізованої медичної допомоги. Ефективність запропонованої системи спеціалізованої медичної допомоги дорослому міському населенню визначалась за допомогою критеріїв ВООЗ: доступності, раціональності, задоволеності пацієнтів, соціальної прийнятності. Нова система відповідає критеріям ВООЗ.

Ключові слова: система надання спеціалізованої медичної допомоги, сімейна медицина, амбулаторно-поліклінічна допомога, стаціонарна допомога, фінансування, управління, ефективність.

**Слабкий Г.А. Обоснование и разработка системы специализированной медицинской помощи взрослому населению большого промышленного города.- Рукопись.**

Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.02.03 - социальная медицина. - Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца МЗ Украины, Киев, 2002.

Диссертация посвящена вопросам организации специализированной медицинской помощи взрослому населению большого города. Проведено исследование по изучению основных показателей деятельности системы здравоохранения города; организации амбулаторно-поликлинической и стационарной специализированной помощи взрослому населению; объемов и рациональности использования кадрового, финансового и материально-технического потенциала; отношения пациентов и медицинских работников к вопросу усовершенствования специализированной медицинской помощи взрослому городскому населению; определения потребности населения в указанном виде помощи. Результаты исследования показали, что удовлетворенность пациентов специализированной амбулаторно-поликлинической помощью составляет:  $33,7 \pm 1,5\%$ , а стационарной  $32,8 \pm 1,7\%$ . На этот показатель оказывают влияние многие факторы.

За необходимость реформ в системе специализированной медицинской помощи высказалось  $97,4 \pm 0,8\%$  пациентов амбулаторно-поликлинических и  $67,2 \pm 2,3\%$  стационарных учреждений. Проведенное медико-социологическое исследование среди медицинских работников и организаторов здравоохранения выявило низкую обеспеченность ЛПУ ресурсами

всех видов, неудовлетворенность условиями труда, и как результат, за реформирование существующей системы специализированной медицинской помощи высказалось 97,5±1,1% организаторов здравоохранения и 96,3±1,2% врачей амбулаторно-поликлинических и 87,6±2,1% организаторов здравоохранения, 97,7±0,9% врачей стационарных ЛПУ.

В результате проведенного исследования установлена фактическая обеспеченность взрослого населения должностями врачей-специалистов амбулаторно-поликлинического звена и показатели их работы. Функцию должности перевыполняют все врачи-специалисты кроме гастроэнтерологов, ревматологов, сурдологов и иммунологов при значительных колебаниях выполнения функции должности в разных ЛПУ. Проведенной экспертной оценкой установлена достоверная до 46,2±2,5% необоснованная нагрузка врачей-специалистов. Методом экспертного перераспределения установлен удельный вес приемов врачей-специалистов, который может быть передан врачом общей практики. Изучена хирургическая помощь больным в амбулаторных условиях и организационно-методическая работа врачей-специалистов, значение которой возрастает в условиях перехода обслуживания населения по принципу семейной медицины. Обоснована новая модель амбулаторно-поликлинической помощи городскому населению в поликлиниках трех уровней.

Проведенный анализ оказания специализированной стационарной медицинской помощи позволил установить показатели использования коечного фонда и степень рациональности его использования. Установлено, что 18,4±3,8% пациентов госпитализируется необосновано: 37,6±2,8% больных госпитализированных планово в амбулаторных условиях не обследуются; необосновано превышаются сроки пребывания больных в стационарах и сроки предоперационной подготовки больных. Изучено использование стационарозаменяющих форм обслуживания пациентов. Полученные результаты позволили выявить дефекты в организации специализированной стационарной помощи и определить пути ее совершенствования.

В современных условиях развития системы здравоохранения оказание высококвалифицированной медицинской специализированной помощи является проблемой в связи с недостаточным финансированием отрасли. Исследованием установлено, что городская система специализированной помощи финансируется на 37,4% от потребности. При этом выделяемые ассигнования используются недостаточно рационально. В ходе выполнения работы определены пути сокращения затрат на специализированную медицинскую помощь, а с целью защиты населения от финансового риска на случай болезни разработана модель консолидированного финансирования.



Согласно предложенной модели финансирование специализированной помощи осуществляется за счет бюджетных ассигнований (44-46%), страховых взносов от обязательного медицинского страхования (12-14%), страховых взносов от добровольного медицинского страхования (8-10%), взносов фондов социального медицинского страхования на случай профессиональных заболеваний и производственных травм (5,0-6,5%), больничных касс (10-15%), других источников не запрещенных законодательством (10-12%). Также разработана корпоративная система информационного обеспечения специализированной помощи на уровне города.

Ключевые слова: система оказания специализированной медицинской помощи, семейная медицина, амбулаторно-поликлиническая помощь, стационарная помощь, финансирование, управление, эффективность.

**Slabky G.A. Grounding and working out the system of specialized medical aid to the adult population of a big industrial city . - Manuscript.**

Thesis for the scientific degree of the Doctor of medical sciences in speciality 14.02.03 - social medicine. - National Medical University named after A.A. Bogomolets, Ministry of Health of Ukraine. Kiyv, 2002.

The thesis is devoted to the problem of organization of specialized medical aid to the adult population of a big industrial city. It is demonstrated that the existing system of specialized medical aid is quite effective from medical, social and economic aspects. The expediency of reforming the existing system of specialized medical aid is established on the basis of complex social-hygienic research. A new system of specialized medical aid to the adult population of a big city under present conditions is scientifically grounded and worked out. Principally new structural-and-functional model of specialized ambulatory-polyclinic (3 level polyclinic) and hospital (4 level hospital) aid are worked out and introduced. The efficiency of proposed system of specialized medical aid to the adult population was determined on the basis of WHO criteria: availability, rationality, patients' satisfaction, social acceptability.

Key words: system of specialized medical aid, family medicine, ambulatory-polyclinic aid, hospital aid, financing, management, efficiency.