

3. Вороненко В.В. Динаміка захворюваності кадрового складу Збройних Сил та населення України / В.В. Вороненко // Військова медицина України. – 2003. – Т. 3, № 12. – С. 146–149.

4. Огороднійчук І.В. Аналіз захворюваності військовослужбовців ЗС України за 2001–2005 роки / І.В. Огороднійчук, М.І. Хижняк, В.В. Нарожнов // Проблеми військової охорони здоров'я. Збірник наукових праць УВМА. – К., 2006. – Вип. 15. – С. 115–121.

### **Хронические заболевания органов пищеварения и их влияние на профессиональную пригодность военнослужащих**

**Г.В. ОСЁДЛО, О.В. КОВАЛЬ**

**Резюме.** В статье проанализированы результаты статистической отчетности по заболеваемости хроническими болезнями органов пищеварения у военнослужащих в течение 2001–2007 годов. Показано, что заболевания эзофагогастродуоденальной зоны, которые выявляют во время углубленного медицинского обследования, занимают первое ранговое место среди хронической патологии и существенно влияют на профессиональную дисквалификацию военнослужащих.

**Ключевые слова:** хронические заболевания органов пищеварения, заболеваемость, военнослужащие, профессиональная дисквалификация.

### **Chronic diseases of digestive organs and their influence on professional fitness of servicemen**

**G.V. OSYODLO, O.V. KOVAL**

**Summary.** In the article are analyzed the results of statistic account about the level of chronic diseases of digestive organs among servicemen during 2001–2007 years. Showed, that diseases of esophagus, stomach and duodenum which could be identified with the deep medical observing, take the first place among chronic pathology and have major influence on professional disqualification of servicemen.

**Key words:** chronic diseases of digestive organs, disease spreading, servicemen, professional disqualification.

**УДК: 616-08**

### **Якість амбулаторно-поліклінічної допомоги в нових соціально-економічних умовах**

**Ю.А. РОМАНЮК, С.А. ЛОПАТИН**

**Резюме.** В статті наведено методичні підходи щодо аналізу якості амбулаторно-поліклінічної допомоги, рекомендовані Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), в нових соціально-економічних умовах. Обговорюється питання адаптації та застосування даних критеріїв для амбулаторно-поліклінічної служби Збройних Сил України.

**Ключові слова:** амбулаторно-поліклінічна допомога, якість, фінансування.

Амбулаторно-поліклінічна служба найважливіший сектор системи охорони здоров'я, від стану якої залежить ефективність та якість діяльності всієї системи охорони здоров'я, а також вирішення багатьох медико-соціальних проблем [1–3]. Про необхідність розвитку амбулаторно-поліклінічної допомоги наголошує ВООЗ. Щорічна доповідь ВООЗ «Про стан систем охорони здоров'я в світі» (2008 р.) присвячена первинній медико-санітарній допомозі (ПМСД), яка сьогодні актуальна як ніколи [4]. В ній вказується, що основними недоліками управління систем охорони здоров'я в світі є наступні: орієнтація на стаціонарний вид надання медичної допомоги та надмірну спеціалізацію медичних кадрів; фрагментарність систем охорони здоров'я, які сформовані навколо пріоритетних програм; нерегульована комерціалізацію медичних послуг. В своїй доповіді, ВООЗ все більше звертає увагу на рівень інформаційного забезпечення ПМСД, фінансування ПМСД, об'єм допомоги, економічну мотивацію медичних працівників, профілактичну спрямованість діяльності закладів ПМСД, що безумовно, є показниками якості діяльності амбулаторно-поліклінічних закладів. Слід зазначити, що відповідно до Наказу Міністерства охорони здоров'я України № 189 від 26.03.2009 р. під якістю медичної допомоги розуміють належне (відповідно до стандартів, клінічних протоколів) проведення всіх заходів, які є безпечними, раціональними, прийнятими з точки зору коштів, що використовуються в даному суспільстві і впливають на смертність, захворюваність, інвалідність [5]. Водночас, в наявній сучасній медичній літературі, публікації щодо комплексного аналізу показників якості надання амбулаторно-поліклінічної допомоги в нових соціально-економічних умовах носять фрагментарний характер, що обумовило актуальність даного дослідження.

**Метою** публікації є аналіз методичних підходів до оцінки показників якості надання амбулаторно-поліклінічної допомоги.

### **Матеріали і методи**

Об'єктом наукового дослідження обрано якість амбулаторно-поліклінічної допомоги в нових соціально-економічних умовах.

Методом дослідження обрано бібліографічний, аналітичний. Матеріалами дослідження слугували наукові публікації щодо критеріїв показників якості амбулаторно-поліклінічної допомоги в нових соціально-економічних умовах.

**Інформаційне забезпечення:** Якість медичної допомоги починається з якісного медичного обліку та об'єктивного медико-статистичного аналізу результатів своєї діяльності. Без цього неможливою є розробка та прийняття адекватних управлінських рішень [6, 7]. ВООЗ звертає увагу, що, на сьогоднішній день, підвищену зацікавленість в отриманні інформації мають: самі пацієнти (користувачі медичних послуг), які потребують спрощеного доступу до своїх медичних книжок, з яких вони можуть отримати необхідну інформацію про стан здоров'я та хід лікування;

працівники системи охорони здоров'я – потребують більш якісної інформації з метою підвищення ефективності своєї роботи та удосконалення координації і інтеграції послуг, що ними надаються; урядовці – потребують інформації щодо відповідності системи охорони здоров'я цілям суспільства та контролю за витраченням державних коштів [8–10].

З метою розширення доступу, покращення якості та ефективності первинної медико-санітарної допомоги пропонується більше використання інформаційно-комунікаційних технологій (електронні медичні картки, медична звітність, комп'ютерні системи призначення препаратів та прийняття клінічних рішень, тощо). Слід відмітити, що перші прикладні програми з моніторингу амбулаторно-поліклінічної допомоги в Російській Федерації запатентовані, ще у 2000 році [11, 12]. Так, в Торжській ЦРЛ була розроблена та введена медична інформаційна система (МІС), що забезпечує облік, контроль, експертизу якості медичної допомоги амбулаторно-поліклінічної служби – «Поліклініка» [3]. Дана МІС програмного комплексу постійно взаємодіє з автоматизованими робочими місцями (АРМ). Створені наступні АРМ: статистика поліклініки, денний стаціонар, виписка пільгових рецептів, експертиза пільгових рецептів, санаторно-курортне забезпечення, рахунки за медичні послуги, облік медикаментів, лабораторія, фізіотерапія, діагностичні послуги, флюорографія. Звертає на себе увагу, що вихідними параметрами даної МІС є форми державної статистичної звітності (ф. 12; ф. 30; ф. 57; ф. 16-ВН тощо). Незважаючи на те, що дана МІС стала призером Всеросійського конкурсу «Базове програмне забезпечення для лікувально-профілактичних закладів і системи обов'язкового медичного страхування», деякі автори вказують, що через відсутність фінансових та кадрових ресурсів, а також, через відсутність автоматизованих інформаційних систем з управління якістю медичної допомоги реалізація галузевої програми в Російській Федерації «Управление качеством в здравоохранении на 2003–2007 годы» зазнала поразки [11].

**Фінансування первинної медико-санітарної допомоги:** На сьогоднішній день існує багато моделей фінансування ПМСД, кожна з котрих має як переваги так і недоліки для пацієнтів чи надавача медичних послуг. Коротка характеристика моделей фінансування наведена в таблиці 1. Як видно з таблиці, найбільше переваг має останній метод фінансування, до чого і закликає ВООЗ в своєму правовому документі. Якість надання амбулаторно-поліклінічної допомоги прямо чи опосередковано залежить від фінансування даної галузі. Однак дослідження, проведені авторами [14], виявили парадокс, що при збільшенні фінансування зменшується якість медичної допомоги, що автори пов'язали лише з відсутністю підвищення заробітної плати медичним працівникам. Однак і цього було замало. Підкреслюється, що в системі охорони здоров'я через відсутність системи менеджменту та фінансового контролінгу покращення якості амбулаторно-поліклінічної допомоги неможливе [14, 15].

### Моделі фінансування амбулаторно-поліклінічної допомоги в світі

Назва моделі (методу) фінансування	Механізм фінансування	Переваги	Недоліки
Гонорарний	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сплачується кожна послуга</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стимулює збільшення об'єму послуг, що надаються;</li> <li>• Має переваги на початковому етапі реформування систем охорони здоров'я.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Можливе безпідставне розширення послуг, що перевищують можливості страхувальника;</li> <li>• Великі витрати на збір та обробку об'єму даних про надані послуги;</li> <li>• Втрата економічної зацікавленості та відповідальності первинної ланки медичної допомоги за покращення стану здоров'я пацієнтів;</li> <li>• Відсутня профілактична спрямованість.</li> </ul>
Гонорарний, (за закінчений випадок амбулаторного обслуговування)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нормований кошторис лікування незалежно від числа відвідувань, об'єму досліджень;</li> <li>• Орієнтований на стандарти діагностики та лікування.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Орієнтує лікарів на збільшення чисельності пролікованих хворих та скорочення терміну лікування;</li> <li>• Втрачається зацікавленість до призначення зайвих лікувально-діагностичних процедур;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Відсутня зацікавленість лікарів в «здоров'ї пацієнтів»; лікарі здатні штучно завищувати складність випадку та переводити в категорію високовартісних медичних послуг;</li> <li>• Складність та кошторисність перевірки рахунків;</li> <li>• Відсутня профілактична спрямованість.</li> </ul>
Поособове фінансування на об'єм власної діяльності АПЗ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Передача коштів на одного застрахованого (закріпленого) контингенту, незалежно від стану здоров'я, віку, статі.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не потребує обробки на кожну послугу (зменшується штат працівників);</li> <li>• З'являється стимул для профілактичної спрямованості.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Немає стимулу для роботи первинної ланки; штучно перекладають роботу на спеціалістів (стаціонар). (можливе застосування експертизи по кожному лікарю чи доповнення гонорарним методом за профілактичні послуги).</li> </ul>

Назва моделі (метода) фінансування	Механізм фінансування	Переваги	Недоліки
Поособове фінансування АПЗ за загальний об'єм медичної допомоги (часткове чи повне фондоутримання)	Фінансування власного об'єму діяльності та стаціонарної допомоги, швидкої та невідкладної; (чим більше об'єм наданих послуг в АПЗ тим більше заощаджується коштів в АПЗ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Збільшується зацікавленість в підвищенні об'єму позагоспітальної допомоги;</li> <li>• Зменшується чисельність необґрунтованих госпіталізацій;</li> <li>• З'являється зацікавленість в збереженні стану здоров'я пацієнтів.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Необґрунтована затримка в направленні на стаціонарний вид допомоги (бажання заощадити, переоцінка власних можливостей).</li> </ul>

У деяких областях Російської Федерації розроблено та впроваджено підвищення доплати праці медичним працівникам ПМСД за системні показники, що розподілені за наступними групами: нормативно-фінансові індикатори (норматив числа відвідувань, норматив пацієнто-днів в денних стаціонарах, норматив стаціонарної допомоги, норматив викликів швидкої медичної допомоги); планові показники (відсоток охоплення щепленням, флюорографією, онкоогляди, диспансерне спостереження); показники якості діагностичної та профілактичної роботи (своєчасність взяття на облік, ефективність диспансеризації тощо). Рівень оплати праці знаходиться в прямій залежності від повноти виконання показників. Значимість кожного показника оцінюється у відсотках (балах), загальна сума котрих складає 100%. Це дозволяє визначити суму доплати за показникам в чіткій відповідності з їх ранговою значимістю. Для забезпечення статистичної достовірності розрахунок здійснюється за результатами праці за рік. Тому щомісяця виплачується не вся сума, а лише 30–50% у вигляді авансу. Інша (значна) частина доплати здійснюється в кінці року.

Деякі страхові медичні організації в своїй діяльності починають впроваджувати елементи фінансового контролінгу, проводячи експертизу якості медичної допомоги по карткам амбулаторного хворого, на кожний випадок чого складається «Акт експертної оцінки якості лікувально-діагностичного процесу амбулаторного хворого». Основою оцінки залишаються стандарти медичних технологій. Якщо показник дефектів, в більшості випадків рахується як абсолютне число [11], деякими авторами пропонується розраховувати інтегральний показник дефектів (ПД). При ПД менше 0,04 дефекти вважаються незначними, фінансові затрати на неї повертаються відповідно до встановленого порядку сплати. При ПД більше 0,04 витрати на надання медичної допомоги не сплачуються частково чи повністю.

Одним з критеріїв надання якісної амбулаторно-поліклінічної допомоги є думка пацієнтів [15]. Однак, слід зауважити, що в більшості випадків самі

пацієнти не можуть визначити якість змістовної сторони отриманої медичної послуги без спеціально набутих знань. Тому, оцінюючи якість тієї чи іншої послуги, перш за все розуміється її оточення (сервісне обслуговування, переконливість, чуйне ставлення медичного персоналу, наглядна інформація наданої послуги). Дійсно, причинами незадоволеності отриманої медичної допомоги, перш за все є недостатньо уважне, грубе відношення зі сторони медичних працівників, а в меншій мірі – низький рівень їх кваліфікації та професіоналізму. Це стосується і отримання платних медичних послуг (за результатами авторів, близько 6,7% респондентів відмітили порушення деонтологічної складової зі сторони лікарського та середнього медичного персоналу). Цікавими, на наш погляд, є результати порівняння думки пацієнтів, що отримували медичні послуги в центрі сімейної медицини та міської поліклініки щодо якості наданої допомоги. Виявляється, що в нових соціально-економічних умовах важливими критеріями якості надання допомоги є наступні: час очікування прийому лікаря (не більше 15 хвилин), доступна консультація лікаря за телефоном, виписування лікарем тих медикаментів, що є в місцевій аптеці [14, 16].

Для медичної служби Збройних сил України постає питання щодо можливості застосування вищезазначених критеріїв, рекомендованих ВООЗ, амбулаторно-поліклінічними закладами МО України. Про створення системи забезпечення і контролю за якістю надання медичної допомоги подано у Програмі розвитку системи медичного забезпечення ЗС України на 2006–2011 рр. [17, 118]. Водночас невизначеними залишаються питання контролю якості наданої амбулаторно-поліклінічної допомоги. Які параметри вибрати для оцінки, вихідні дані, з якою частотою та ким має він здійснюватись, достовірність отриманих даних? Враховуючи, що амбулаторно-поліклінічними закладами МО України обслуговуються різні категорії осіб (військовослужбовці ЗС, члени сімей військовослужбовців, пенсіонери МО, договірні та платні пацієнти), критерії якості можуть різнитись. Окрім того, якщо на сьогоднішній день платні та договірні медичні послуги фінансуються за гонорарним методом, в нових соціально-економічних умовах, амбулаторно-поліклінічні заклади МО України повинні бути готовими до умов праці за іншими моделями фінансування. Вбачаємо, що вибір основних критеріїв якості, які б вносились до автоматизованої системи управління якістю, можливий шляхом експертного опитування керівного медичного складу Збройних сил України.

## **Висновки**

1. Основними напрямками покращення якості амбулаторно-поліклінічної допомоги, як складової первинної медико-санітарної допомоги, Всесвітньою організацією охорони здоров'я визначено: рівень інформаційного забезпечення, зміну моделей фінансування, розширення об'єму амбулаторно-поліклінічної допомоги, економічну мотивацію медичних працівників, профілактичну спрямованість.

2. Застосування вищевказаних напрямків покращення діяльності амбулаторно-поліклінічних закладів є частиною Програми розвитку системи медичного забезпечення ЗС України, проте відсутнім залишається питання методології оцінки якості.

3. Визначення критеріїв якості для амбулаторно-поліклінічної служби ЗС України вбачаємо через необхідність проведення експертного опитування керівного медичного складу ЗС України з метою подальшого внесення даних до автоматизованої системи управління якістю амбулаторно-поліклінічної допомоги.

### Література

1. Клюковкин К.С. Научное обоснование совершенствования организации, планирования и финансирования амбулаторно-поликлинической помощи в крупном городе: дис. ... д-ра мед. н.: 14.00.33 / Клюковкин Константин Сергеевич; [Место защиты: ГОУВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет»] СПб., 2009. – 342 с.

2. Milne A. Musing on quality and organizational culture in primary care / Milne, Paul // *Quality in Primary Care*, 2010. – Vol. 18, Number 3, August 2010. – pp. 157–160.

3. Srivardena, Nirosan A. The importance of service users in healthcare quality and research: from involvement to emancipation / Srivardena, A. Nirosan // *Quality in Primary Care*, 2010. – Vol. 18, Number 4, August 2010. – pp. 219–220.

4. The world health report 2008: primary health care now more than ever. World Health Organization. 1211 Geneva 27, Switzerland. Режим доступу: [whr@who.int](mailto:whr@who.int).

5. Наказ Міністра охорони здоров'я України «Про порядок контролю та управління якістю медичної допомоги» від 26.03.2009 р. № 189.

6. Карташов В.Т. Управление качеством медицинской помощи в военных амбулаторно-поликлинических учреждениях / В.Т. Карташов // *Воен.-мед. журн.* – 2008. – № 10. – С. 4–10.

7. Шапко В.В. Медицинское обеспечение Вооруженных Сил России: итоги и перспективы / В.В. Шапко // *Воен.-мед. журн.* – 2008. – Т. 329, № 1. – С. 4–12.

8. Country initiatives to lift health system constraints: lessons from 49 GAVI–HSS proposals / V. Galichet et al. // Geneva, World Health Organization, Department for Health, System Governance and Service Delivery, 2008.

9. Intelligent health partnerships. York, Association of Public Health Observatories, 2008 (<http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=39353> accessed 10 June 2008).

10. Бадюк М.І. Щодо необхідності удосконалення форм статистичної звітності амбулаторно-поліклінічних закладів Міністерства оборони України / М.І. Бадюк, Т.А. Бібік, Ю.А. Романюк // *Військова медицина України*. 2009. – Т. 9, № 4. – С. 25–30.

11. Управление качеством медицинской помощи и результаты работы амбулаторно-поликлинического учреждения / В.Т. Карташов, А.Я. Фисун, А.Е. Крюкова ін. // *Клиническая медицина*. – 2008. – № 12. – С. 55–61.

12. Калиниченко Л.А. Формирование интегрированной системы управления амбулаторно-поликлинической медицинской помощью: дис. ... канд. экон. наук: 08.00.05 / Калиниченко Людмила Александровна. – Кисловодск, 2004. – 267 с.

13. Синявский В.М. Организация системного управления, учета и контроля в амбулаторно-поликлинической службе / В.М. Синявский, В.А. Журавлев // ГлавВрач. – 2006. – № 6. – С. 41–50.

14. Калева Н.Г. Качество медицинской помощи в амбулаторно-поликлинической службе в условиях роста финансирования здравоохранения / Н.Г. Калева // Проблемы управления здравоохранением. – М., 2008. – Т. 38, № 1. – С. 20–24.

15. Мнение пациентов как важный критерий качества медицинской помощи / Н.И. Вишняков, Н.Г. Петрова, С.А. Балехина и др. // Проблемы управления здравоохранением. – 2009. – Т. 45, № 2. – С. 43–45.

16. Качество оказания медицинской помощи в амбулаторной практике. Точка зрения пациентов центра семейной медицины и городской поликлиники / А.П. Помаз, Т.А. Дубикайтис, О.Ю. Кузнецова и др. // Российский семейный врач. – 2008. – Т. 13, № 4. – С. 36–39.

17. Наказ МО України № 678 від 24.11.2006 року «Програма розвитку системи медичного забезпечення Збройних сил України на 2006–2011 роки».

18. Голик Л.А. Від Головного військового клінічного госпітально до Головного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ»: досягнення та основні напрямки розвитку / Л.А. Голик // Сучасні аспекти військової медицини: зб. наук. праць ГВМКЦ «ГВКГ», 2009. – Вип. 14. – С. 25–33.

### **Качество амбулаторно-поликлинической помощи в новых социально-экономических условиях**

**Ю.А. РОМАНИЮК, С.А. ЛОПАТИН**

**Резюме.** В статье приведены методические подходы к анализу качества амбулаторно-поликлинической помощи, рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения, в новых социально-экономических условиях. Обсуждается вопрос адаптации и использования данных критериев для амбулаторно-поликлинической службы Вооруженных Сил Украины.

**Ключевые слова:** амбулаторно-поликлиническая помощь, качество, финансирование.

### **The quality of outpatient service in the new social and economic environment**

**Y. ROMANYUK, S. LOPATIN**

**Summary:** The article contains methodology for analysis of the quality of outpatient service in the new social and economic environment that is recommended by WHO. The article considers the issues regarding adaptation and implantation of the mentioned criterions in community assistance of Ministry of Defense of Ukraine services.

**Key words:** outpatient service, quality, financing.