

EFFECTIVITY OF DAILY OUTPATIENT HOSPITAL OF GENERAL PROFILE AS A STRUCTURAL PART OF AMBULATORY CARE

L.S. Babinets, V.V. Kmita, G.P. Yalinska, O.O. Onysko, N.I. Koriltchuk, O.A. Kachmar, V.M. Tvorko, S.S. Ryabokon, S.Ya. Bondar, N.E. Botzjuk (Ternopil)

Effectivity of Daily outpatient hospital of general profile as a structural part of ambulatory care. The role and place of the day hospitals in modern conditions of the practical health's guarding system are shown. Experience of multifunctional daily hospitals in the second and fifth town ambulatory clinics of are presented. The problems of the medical, social and economical effectivity of the daily hospital work are analyzed.

KEY WORDS: **ambulatory care, daily outpatient hospital, affectivity of the work.**

Рецензент: д.мед.н., проф. О. М. Голяченко

УДК 614.21:368.9.06

В.М. САМОХОДСЬКИЙ (Кіровоград)

ВАРІАНТ ПРИНЦИПОВОЇ СХЕМИ ПІДГОТОВЧОГО ЕТАПУ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОЕКТУ "ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ЛІКАРНЯ СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ"

Кіровоградська філія міжнародного університету «Україна»

В статті обґрунтовується доцільність реалізації алгоритму організаційних стандартів, нових медико-економічних технологій і критеріїв в проекті «Лікарня страхової медицини» за програмою натурного експерименту.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **організаційні стандарти, медико-економічні технології, оптимальна модель профільної медичної служби.**

Сьогодні проблеми охорони здоров'я в Україні досягли такої гостроти, що необхідність радикальних змін її структури, економіки, планування, фінансування очевидні. На останніх парламентських слуханнях (травень 2009 р.), присвячених нашій охороні здоров'я, у т.ч. була відзначена необхідність організації експериментальної лікарні страхової медицини (ЕЛСМ).

Як відомо, система страхової медицини в ідеологічному, медико-економічному й правовому аспектах має свої істотні особливості. Тому її в принципі неможливо автоматично, без серйозної професійної підготовки, «запустити в роботу» у процесі реформування наших лікувальних установ. У цьому зв'язку актуальним є висловлювання відомого російського організатора охорони здоров'я Ю.І. Лихачова:[1] «Щоб «входження» у бюджетно-страхову медицину не виглядало як «стрибок у невідомість», потрібні інші критерії й стандарти, інша стратегія й тактика в розвитку охорони здоров'я у всіх її ланках».

Мета дослідження. Враховуючи надзвичайну складність і перш за все організаційної складової у вирішенні проблем практичного використання науково-обґрунтованих механізмів радикального реформування діяльності лікуваль-

ної установи на регіональному рівні, пропонується варіант принципової схеми підготовчого етапу, який доцільно передбачити в нашому проекті «Експериментальна лікарня страхової медицини».

Матеріали і методи. Аналіз і впровадження організаційних, медико-економічних і правових методик для трансформації діяльності регіональних лікувальних установ на принципи системи бюджетно-страхової медицини, представлених у докторській дисертації, монографії та відповідних статтях автора[2;3;5].

Результати дослідження та їх обговорення. Щоб іще раз не наступати на «граблі» невдалих реформ медичної галузі, деякі наші солідні вчені вважають за доцільне проведення на початковому етапі надійного натурного експерименту в одній з регіональних лікувальних установ, що обслуговує певну кількість населення. Необхідно сформулювати таку базисну програму, щоб вона включала погоджені в процесі підготовчого періоду основні принципи діяльності ЕЛСМ, науково обґрунтовані організаційні стандарти, систему медико-економічних технологій, принципово нові критерії й нормативи. Важливо, щоб цей складний комплекс технологічних ланок трансформації роботи лікувальної установи регіону, вибраного для

експерименту, являв собою чіткий і зрозумілий алгоритм, обов'язковий для виконання всіма його учасниками.

Природно, що в процесі практичної реалізації даного експерименту сьгоднішні пропозиції будуть уточнюватися, змінюватися, доповнюватися, удосконалюватися. Після завершення цієї роботи з урахуванням рецензій провідних учених, практичній охороні здоров'я буде передана всебічно обґрунтована й апробована програма реалізації системи страхової медицини. За визначенням професора А.М. Голяченка, це повинен бути уніфікований солідний нормативний документ, розроблений на основі згоди, при відсутності заперечень з принципових питань у більшості зацікавлених сторін, що буде прийнятий і затверджений уповноваженим на це органом України.

Найвища мета, заради досягнення якої суспільству необхідна медична служба, полягає в необхідності попередження захворювань або оздоровлення всіх хворих. Тільки здорове суспільство здатне з максимальною користю для всіх своїх громадян, для росту добробуту країни одержати оптимальний прогрес, раціонально використовуючи можливості кожного її члена, у т.ч. і як компоненти робочої сили.

У цьому зв'язку дуже важливо, щоб в основі технології реформування діяльності лікувальної установи регіону був закладений принцип обліку оптимальної потреби населення регіону в якійсій медичній допомозі розраховуючи на всіх захворілих.

Для визначення зазначеної потреби і її зв'язання на рівні високої якості й ефективності, практичного значення набувають такі організаційні моделі, розроблені нами, як максимальний і реальний варіанти оптимальної моделі (МВОМ, РОВОМ).

Перший (МВОМ) дозволяє одержати інформацію, що вказує на загальне число хворих, які обслуговуються ЕЛСМ регіону. Ця кількість хворих приймається за 100% і вже як показник максимальної потреби в медичній допомозі відіграє роль універсального критерію, з яким потім порівнюють усі інші показники.

Даний критерій не може не цікавити, зокрема, адміністрацію регіону, оскільки їй завжди потрібна інформація про загальну кількість хворих як для аналізу стану трудових ресурсів, так і щодо зв'язання проблем, пов'язаних з обсягом фінансування діяльності ЕЛСМ. Адміністрації ЕЛСМ цей критерій необхідний як показник максимальної потреби в плануванні й проведенні діагностичних і лікувальних заходів усім хворим у розрізі кожної профільної служби лікарні.

У той час як МВОМ дозволяє визначити максимальну потребу й можливість наявними сила-

ми й засобами лікувальної установи задовольнити цю потребу з належною якістю й ефективністю, то мета РОВОМ полягає в тому, щоб обґрунтовано розрахувати, який реальний обсяг якісної медичної роботи може здійснити за певний період ЕЛСМ.

Механізм формування РОВОМ полягає в наступному. Завідувачі профільних служб ЕЛСМ застосовують розроблені нами так звані організаційні стандарти. Останні містять у собі такі технологічні розділи організації роботи як атестацію профільної служби, оптимальну модель медичної служби лікувальної установи й конкретного лікаря, раціональне планування реальної можливості виконання якісно певних обсягів медичної роботи кожному лікареві, обґрунтовані хронометражні показники оптимального варіанту профілактичного огляду, діагностики й лікування конкретного захворювання в рамках клініко-статистичних груп (КСГ) і ступеня складності профільних захворювань, обґрунтований принцип бальної оцінки діяльності лікаря й стану профільної медичної служби, алгоритм розрахунку кінцевого показника діяльності (КПД) окремого лікаря, профільної медичної служби лікувальної установи як необхідної передумови визначення й оцінки обсягу і якості виконаної медичної роботи за певний період. Зазначені технологічні розділи й ланки організаційних стандартів відіграють роль нормативних і оціночних критеріїв в експертизі якості й ефективності надання медичної допомоги населенню в зоні відповідальності ЕЛСМ.

Наш реальний варіант оптимальної моделі дає можливість установити певний обсяг медичної роботи (профілактичні огляди, диспансеризація, амбулаторний прийом, стаціонарна допомога та ін.), що якісно зможе виконати за будь-який період часу, використовуючи наявні сили й засоби, окремих лікарів, профільна медична служба й у цілому ЕЛСМ.

Конкретна лікувальна установа має ті або інші можливості наблизитися до задоволення оптимальної потреби якісної медичної допомоги, вираженої універсальним критерієм.

Порівняння показників максимальної потреби (МВОМ), реальних можливостей (РОВОМ) і фактично виконаних обсягів медичної роботи в ЕЛСМ дозволяє одержати конкретне й обґрунтоване розрахунками уявлення про динаміку, кількість і якість роботи окремого лікаря, профільної медичної служби.

Вихідним загальним критерієм для характеристики максимального можливого за даних умов обсягу і якості праці лікаря або результатів роботи профільної медичної служби регіону може служити так звана оптимальна модель роботи лікаря, оптимальна модель профільної медичної служби.

У поняття оптимальної моделі профільної медичної служби входять такі технологічні ланки, як:

- принципова схема розподілу захворювань по клініко-статистичних групах (КСГ);
- принципи хронометражу оптимального варіанту профілактичного огляду, діагностики та лікування профільного захворювання;
- принципи визначення ступеня складності профільних захворювань і хірургічного втручання;
- визначення ступеня напруженості хірургічної роботи лікарів ЕЛСМ;
- обґрунтування принципів бальної оцінки діяльності лікаря;
- алгоритм розрахунку кінцевого показника діяльності (КПД) конкретного лікаря, профільної медичної служби як необхідної передумови визначення обсягу і якості виконаної роботи за робочий день, місяць і т.д.

Таким чином, оптимальна модель лікаря або профільної медичної служби ЕЛСМ – це чітке уявлення такого її варіанту, що передбачає очікувані обґрунтовані конкретні кількісні і якісні показники діяльності лікарів, що характеризують максимально можливі результати в сформованих реальних умовах даної лікувальної установи в досягненні головної мети – найбільш високого задоволення медичною допомогою населення регіону, що обслуговується.

Зміст і сутність оптимальної моделі лікаря й профільної медичної служби як критерію в тому, що, відповідаючи 100% рівня пропонованих вимог (по проведенню профілактичних оглядів, диспансеризації й інших розділів служби) з ним, критерієм, можна й потрібно порівнювати реальні результати медичної роботи. У результаті цього з'являється можливість конкретної оцінки цілком певних, виражених у балах або відсотках результатів роботи ЕЛСМ.

На жаль, протягом усього «радянського» періоду й 18 років існування системи охорони здоров'я незалежної України, інтенсивність праці й працезатрати медичного персоналу, а також питання реальної науково обґрунтованої вартості цих працезатрат ніколи й ніким не досліджувалися. Все повинне було відповідати одному з головних ідеологічних штампів, що мали чисто декларативний зміст – загальнодоступності, безкоштовності й високої якості медичної допомоги населенню країни. Подібне ідеологічне виховання кількох поколінь лікарів припускало усвідомлення ними своєї високої гуманної ролі.

А, як відомо, робота різних категорій медичних працівників відрізняється великою різноманітністю, зокрема, за обсягом і напруженістю. Зовсім не враховуються ступені складності комплексу профілактичних, діагностичних і лікувальних заходів щодо конкретних захворювань. Багато з них, у тому числі й ті, що вимагають виконання

складного хірургічного втручання, потребують колосальної розумової, фізичної й психоемоційної напруженості, а значить, і адекватної оцінки такої роботи, у тому числі й матеріальної. Наш механізм ціноутворення медичної праці враховує ступінь складності конкретних захворювань і хірургічних втручання, рівень кваліфікації медичного персоналу, що безпосередньо брав участь у лікуванні конкретного хворого.

Етап переходу до страхової медицини передбачає як обов'язкову технологічну ланку використання в т.ч. організаційних стандартів[4], стандартів якості діагностики й лікування з обов'язковим обліком та аналізом результатів і ускладнень захворювань. Оскільки дані стандарти набувають властивості економічних категорій, то логічно представити їх у контексті з калькуляцією й вартістю оптимального варіанту процесу обстеження й лікування хворого. Зазначений ширший функціональний зміст нашого стандарту якості діагностики й лікування, як база для розрахунків науково-технічного, кадрового й фінансового забезпечення, страхових внесків, системи контролю й матеріальних санкцій, дозволяють упорядкувати, збалансувати взаєморозуміння в медичному колективі, а також сприяти попередженню можливих конфліктних ситуацій.

Практичне значення нашого стандарту організації, діагностики й лікування профільних хворих у відносинах “лікар – лікар” визначається змістом, що, пропонуючи оптимальну технологію процесу обстеження й лікування конкретного захворювання, виключає різночитання й занадто широкий розкид думок із приводу тактики, обсягу лікування, прогнозів ускладнень і результатів захворювання.

У відносинах “лікар – завідувачий відділенням” конкретизуються поняття рівнів якості лікування, ступеня складності захворювання, визначення адекватних обсягів медичної роботи, конкретного внеску кожного лікаря у формування якісних показників діяльності профільного відділення й лікувальної установи.

На рівні “головний лікар – завідувачий відділенням” наші “стандарти” вносять ясність щодо ступеня важкості контингентів пролікованих хворих, ефективності використання ліжка, обґрунтованої оцінки роботи лікарів і середнього медичного персоналу, питомої ваги й оцінки ускладнень і, нарешті, рентабельності роботи, як конкретних лікарів, так і функціонального відділення в цілому.

На рівні “лікар – хворий” з'являється можливість внести ясність стосовно відношення пацієнта до його захворювання, зміцнення психологічного контакту між ними шляхом своєчасної й тактовної інформації про можливі ускладнення й результати, а також режиму по-

ведінки хворого, необхідного для досягнення бажаного результату захворювання.

На рівні “страхова компанія – лікувальна установа” наші “стандарти” надають конкретну інформацію щодо тривалості лікування, обсягу діагностичних і лікувальних заходів, повної вартості оптимального й найбільш “дешевого” варіанту (при бажанні пацієнта) обслуговування й лікування. Страховій компанії такі відомості необхідні для юристів – у випадку конфліктних ситуацій, пов’язаних з незадоволенням пацієнтів результатом лікування. Для незалежних медичних експертів – уточнення й перевірка обсягу і якості зроблених медичних послуг. Для керівництва страхової компанії – для розрахунку й прогнозування величини страхових внесків при різних видах страхування громадян, а також розміру компенсації застрахованим у випадку надання їм медичних послуг приватною медичною установою або приватним лікарем.

На рівні “лікувальна установа – територіальне керування” наші “стандарти” дозволяють обґрунтовано планувати бюджет охорони здоров’я регіону, який би забезпечив фінансуванням, щонайменше, так зване соціальне замовлення органам охорони здоров’я на обсяг медичної допомоги пенсіонерам, інвалідам, дітям та іншим.

Таким чином, значення й роль стандартів якості організації, діагностики й лікування захворювань за умови їхньої реалізації в експериментальній лікарні страхової медицини очевидні.

Застосування зазначених вище й багатьох інших, не згаданих у статті, принципово нових організаційних стандартів у діяльності ЕЛСМ дозволило б істотно підвищити роль спонукальних мотивів, у тому числі й матеріальних, що сприяло б ефективній роботі медичного персоналу.

І від того, наскільки грамотно керівники профільних служб лікувальної установи будуть використовувати рекомендовані їм алгоритми організаційних стандартів, критеріїв і нормативів, залежить об’єктивність аналізу й оцінки якості діагностики й лікування, а значить і ступеня

ефективності надання медичної допомоги населенню регіону обслуговування ЕЛСМ.

Практична реалізація комплексу технологічно взаємозалежних ланок у процесі реформування діяльності ЕЛСМ абсолютно неможлива без розробки й широкого використання відповідних комп’ютерних програм.

Планування, облік і аналіз медичної роботи в регіоні, що обслуговує ЕЛСМ, проводиться в обсязі, передбаченим максимальним і реальним варіантами оптимальної моделі.

Висновки

1. Принципова і значна відмінність сучасної організації діяльності ЛУ від системи бюджетно-страхової медицини (БСМ) потребує задіяти певний період для визначення і практичної реалізації низки нових науково-обґрунтованих організаційних стандартів, критеріїв і нормативів, застосування яких з урахуванням оптимальної потреби реально поліпшить якість та ефективність медичної допомоги населенню в зоні відповідальності регіональної лікувальної установи.

2. З урахуванням певної складності вирішення проблем переходу до страхової медицини, пропонуємо приступити до реалізації проекту «Лікарня страхової медицини» по програмі натурального експерименту в одній із сільських ЦРЛ України. В процесі даного експерименту з’ясувати соціальні і психологічні аспекти, на практиці довести доцільність та ступінь ефективності нових медико-економічних технологій, вивчити реальні розміри організаційного, кадрового та фінансового забезпечення діяльності лікувальної установи в умовах радикального реформування системи охорони здоров’я у визначеному регіоні.

3. Від того, наскільки фахово завідуючі профільними медичними службами лікувальної установи будуть використовувати рекомендовані їм алгоритми організаційних стандартів, нових критеріїв і нормативів, залежить об’єктивність аналізу та оцінки діагностики і лікування, а значить і ступінь якості і ефективності надання медичної допомоги населенню регіону.

Список літератури

1. Лихачёв Ю.И. На пороге страховая медицина. / Ю.И. Лихачёв // Здоровохранение Казахстана. – 1992. – № 1. – С. 23–25.
2. Самоходський В.М. Наукове обґрунтування медико-економічних механізмів реформування управління отоларингологічної служби на етапі переходу до бюджетно-страхової медицини. / В.М. Самоходський // Автореф. докт. дис. – Київ, 1994 – 32 с.
3. Самоходский В.Н. Больница страховой медицины. Натурный эксперимент (организационные, медико-экономические и правовые механизмы) / В.М. Самоходський – Кировоград, 2004. – 242 с.
4. Самоходський В.М. Роль і місце організаційних стандартів як критеріїв у структурі «стандарту якості діагностики та лікування» в рамках профільних служб регіональної лікувальної установи. / В.М. Самоходський // Вісн. соціал. гігієни та орг. охорони здоров’я України. – 2007. – № 2. – с 72–76.
5. Самоходський В.М. Експериментальна лікарня страхової медицини. / В.М. Самоходський // Газета «Ваше здоров’я». 2010. – № 3.

ВАРИАНТ ПРИНЦИПИАЛЬНОЙ СХЕМЫ ПОДГОТОВИТЕЛЬНОГО ЭТАПА РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА «ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ БОЛЬНИЦА СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ»

В. М. Самоходский (Кировоград)

В статье обосновывается целесообразность реализации алгоритма организационных стандартов, новых медико-экономических технологий и критериев в проекте «Больница страховой медицины» по программе натурального эксперимента.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: организационные стандарты, медико-экономические технологии, оптимальная модель профильной медицинской службы.

POLICY OPTION SCHEME OF THE PREPARATORY PHASE OF PROJECT «PILOT HOSPITAL INSURANCE MEDICINE»

V. M. Samokhodsky (Kirovohrad)

The article substantiates the feasibility algorithm implementation of organizational standards, new health technologies, and economic criteria in the project «Hospital health insurance» program of field experiment.

KEY WORDS: organizational standards, health and economic technologies, the optimal model profile of medical service.

Рецензент: д.мед.н., проф. О. М. Голяченко

УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я

УДК 614.2/23: 614.252.1:614.254.6:378.046.4

О. Н. ЛИТВИНОВА (Тернопіль)

ПРОБЛЕМНІ ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ КЕРІВНИКІВ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Проаналізований стан кваліфікації керівників системи охорони здоров'я України, виявлено основні проблеми підготовки управлінських кадрів у цій сфері та намічено напрямки вирішення даних питань.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: керівні кадри, управління охороною здоров'я, підготовка керівників системи охорони здоров'я.

Соціальні науково необґрунтовані організаційні експерименти у сфері управління дорого коштують суспільству, ведуть до повного нігілізму і до девальвації людських якостей [1]. Некомпетентне управління здатне зруйнувати найстійкішу систему, і охорона здоров'я в цих умовах може виявитися ахіллесовою п'ятою українського суспільства.

Досвід провідних країн Західної Європи та США показує, що ефективність управління пряма пропорційна ефективності існуючої системи відбору кадрів. На цьому наголошують у своїх працях і відомі зарубіжні дослідники. Так, М.Х. Мескон, М.Альберт, Ф. Хедоурі розглядають ефективний відбір кадрів як одну з форм попереднього контролю якості людських ресурсів. Дж.Грейсон і К.О'Делл, розглядаючи підготовку