

© А. І. ЗОЗУЛЯ, 2013

А. І. Зозуля

ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ТА ЇЇ ВІДПОВІДНІСТЬ РЕФОРМУВАННЮ ГАЛУЗІ

Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика,

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Мета. Проаналізувати показники роботи організаційних структур м. Києва з надання медичної допомоги при цереброваскулярних хворобах та її відповідність реформуванню галузі.

Об'єкт та методи. Вивчалися організаційні структури та показники діяльності первинної медико-санітарної допомоги екстреної медичної допомоги, амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги хворим з цереброваскулярними хворобами. Методами вивчення були дані статистичної звітності медичних установ, анкетування, статистична обробка отриманих результатів.

Результати. Визначені позитивні сторони роботи медичних установ м. Києва з надання медичної допомоги пацієнтам з цереброваскулярними захворюваннями та їх недоліки, відповідність та невідповідність реформуванню галузі. Отримані дані вказують на низьку якість стаціонарної медичної допомоги при цереброваскулярних хворобах. Так, якісну медичну допомогу, яка відповідає галузевому стандарту України, отримує тільки 9,3% пацієнтів, частково відповідає галузевому стандарту 44,5% і повністю не відповідає – 46,2%. Ключові слова: цереброваскулярна патологія, надання, допомога, різні рівні, реформування, галузь.

Широке розповсюдження, висока смертність та інвалідизація населення внаслідок цереброваскулярної патології ставлять діагностику, профілактику та лікування цих хвороб в один ряд з найбільш актуальними медико-соціальними проблемами (1).

Цереброваскулярні хвороби в 78% випадків призводять до розвитку інвалідності та значно погіршують якість життя; 46% хворих на інсульт протягом першого місяця помирають; з числа тих хто вижив, тільки 10% повертаються до праці, 53% потребують сторонньої допомоги, 48% мають інвалідизуючі геміпарези, у 30% розвивається психоорганічний синдром.

У 2005 році в світі зареєстровано 16 млн. первинних випадків інсульту та 5,7 млн. смертей внаслідок нього, у 2006 р. кількість випадків відповідно зросла до 18 млн. та - 6,5 млн., а у 2030 році вчені прогнозують значно більшу кількість інсультів і смертей внаслідок нього (23 та 7,8 відповідно) (2). Експерти ВООЗ визначають, що протягом наступних років кількість цереброваскулярних захворювань незмінно зростатиме зі «старінням» населення, а також зі збільшенням поширеності таких факторів ризику цереброваскулярних захворювань як артеріальна гіпертензія, куріння, ожиріння, цукровий діабет, гіподинамія (3).

Аналіз епідеміологічних показників та організації допомоги хворим з інсультом продемонстрував, що достовірне зниження або стабілізація відносно ризику смерті у

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА

2006-2010 роках порівняно з 2003-2005 роками відбулося в областях із впровадженням моделі надання медичної допомоги хворим з інсультом як в інсультних центрах, так і в міжнародних судинних відділеннях (4).

Попереджуючи цереброваскулярні хвороби, шляхом первинної і вторинної профілактики і знижуючи летальність при інсультах, які вже розвинулись, шляхом підвищення якості надання невідкладної неврологічної і нейрохірургічної допомоги, можна зменшити показники смертності (5).

Мета. Проаналізувати показники роботи організаційних структур з надання медичної допомоги при цереброваскулярних хворобах у м. Києві та її відповідність реформуванню галузі.

ОБ'ЄКТ ТА МЕТОДИ

Вивчалися організаційні структури та показники діяльності первинної медико-санітарної допомоги при цереброваскулярних хворобах, первинний та вторинний рівень надання допомоги, стаціонарна форма допомоги, екстрена та догоспітальна медична допомога при цереброваскулярних хворобах та хворобах – факторах їх розвитку, вторинна амбулаторно поліклінічна допомога при хронічних та гострих станах цереброваскулярних хвороб, забезпеченість посад лікарів-спеціалістів для надання консультативної амбулаторної допомоги, показники діяльності медичних установ відновного лікування. Методами вивчення були дані статистичні звітності установ, анкетування, статистична обробка отриманих результатів.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Організаційна структура та показники діяльності первинної медико-санітарної допомоги при цереброваскулярних хворобах.

В ході проведення реформ охорони здоров'я розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини визначено пріоритетом у м. Києва. Розроблена в місті програма реформи системи медичної допомоги населенню передбачає перехід на обслуговування всього населення міста лікарями загальної практики - сімейної медицини, які надають наближену до нього первинну медичну допомогу в сімейних амбулаторіях. Всього у м. Києві функціонує 79 сімейних амбулаторій, 70 з яких відкрито в 2011 році. Станом на кінець 2012 року понад 755 тисяч населення (26,5% від загальної кількості населення) обслуговуються закладами сімейної медицини, що в 2,8 рази більше ніж на початку 2011 року (9,6%). Скоротився радіус доступності від 2-7 км. до 0,5-0,7 км.

Нажаль, атестовані лікарі складають 35,1%, не атестовані – 64,9%. Серед молодших медичних працівників не атестовані складають 19,7%.

Результати проведеного дослідження показали, що всі створені центри первинної медико-санітарної допомоги мають матеріально-технічне забезпечення відповідно до таблиця матеріально-технічного забезпечення, який є галузевим стандартом і затверджений наказом МОЗ України.

В місці проводиться значна робота з безперервного підвищення професійної майстерності лікарів загальної практики – сімейної медицини з питань надання медичної допомоги пацієнтам з цереброваскулярними хворобами та хворобами – факторами ризику їх розвитку шляхом проведення семінарських занять та тренінгів через Асоціацію сімейних лікарів міста.

Первинний та вторинний рівень медико-санітарної допомоги при цереброваскулярних хворобах

Враховуючи важливість диспансерного обліку хворих з цереброваскулярними хворобами і гіпертонічною хворобою на первинному рівні як організаційного заходу,

використання якого дозволяє забезпечити повний облік хворих та проводити заходи первинної та вторинної профілактики індивідуального характеру та через сім'ю, в тому числі, через визначення факторів ризику та корекцію способу життя.

Встановлено, що під диспансерним наглядом знаходиться тільки 43,0% дорослих хворих з цереброваскулярними хворобами, із яких 83% у лікарів загальної практики – сімейної медицини, у дільничних лікарів - терапевтів - 24,7%. Проте, можна констатувати, що більшість офіційно зареєстрованих в місті хворих під диспансерним наглядом лікарів не знаходяться.

Також встановлено, що в період активного реформування системи охорони здоров'я погіршуються показники профілактичної діяльності і активність населення в цьому напрямку. Охоплення профілактичними оглядами пацієнтів з різними нозологіями захворювань на первинному рівні у 2012 році: хворі на артеріальну гіпертензію – 63,7%, хворі на цереброваскулярні хвороби – 52,1%.

Про результативність профілактичних оглядів диспансерної групи хворих свідчить їх лікування в амбулаторних умовах. Так, 98,1% хворих на гіпертонічну хворобу пройшли амбулаторне лікування і 95,8% - на цереброваскулярні захворювання.

В місті активно використовуються стаціонарні форми лікування та оздоровлення пацієнтів при збільшенні їх популярності за роки дослідження. Кількість пролікованих хворих на гіпертонічну хворобу в денних стаціонарах зросло в 1,8 рази і в 2011 році склала 5845 осіб, а хворих на цереброваскулярні хвороби - в 1,28 рази та 12 234 особи відповідно. Кількість пролікованих пацієнтів в домашніх стаціонарах: хворих на гіпертонічну хворобу зросла в 1,24 рази і в 2011 році склала 17 722 особи, а на цереброваскулярні захворювання – в 1,38 рази та - 11 977 осіб відповідно.

Екстрена та догоспітальна медична допомога хворим на церебро-васкулярні хвороби та хвороби – фактори ризику їх розвитку

На виконання Закону України «Про екстрену медичну допомогу» в м. Києві проводиться робота щодо реформування екстреної медичної допомоги. З 02.10.2012 р. введено в дію модернізовану автоматизовану інформаційно-диспетчерську систему (АІАС) Київської міської станції швидкої медичної допомоги в режимі реального часу. Встановлено нове програмне забезпечення, сервери, цифрова телефонна система, впроваджуються в роботу бригади швидкої медичної допомоги GPS-навігатори, комунікатори.

Територіальний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф має 16 підрозділів, які оснащені відповідно до таблицю.

Загальна чисельність бригад ШМД становила 123,5, у тому числі, 10,5 – фельдшерських, 13 – спеціалізованих та 100 лікарських, які в структурі всіх бригад займали відповідно 8,5; 10,5; 81,0%. Забезпечується виконання заходів щодо своєчасності надання швидкої медичної допомоги (52,3%) екстрених викликів здійснено з приїздом до пацієнта до 10 хвилин на рівні 2011 року (52,6%).

Укомплектованість штатних посад лікарями, що надають екстрену медичну допомогу зайнятими 45,5%, молодшими медичними працівниками з медичною освітою – 82,0%.

Загальна кількість автомобілів швидкої допомоги – 187, з них 150 забезпечені радіозв'язком та навігаційними приладами (80,2%). У Києві функціонує 47 пунктів невідкладної медичної допомоги.

Слід відмітити на зменшення викликів швидкої медичної допомоги до дорослого населення при гіпертонічній та цереброваскулярній хворобах, при їх збільшенні при церебральних інсультах. Так, показник викликів швидкої медичної допомоги до дорослого

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА

населення м. Києва (2005-2012 роки) скоротився в 1,91 рази ($p < 0,05$) і склав 86,6 на 1000 дорослого населення. Показник викликів з приводу цереброваскулярних хвороб відповідно скоротився в 1,83 рази ($p < 0,05$) і в 2011 році склав 207,6, а при церебральних інсультах він збільшився в 1,29 рази і склав 40,0, що вказує на зниження ефективності надання лікувальної допомоги та проведення профілактичної роботи серед хворих на хвороби – фактори ризику розвитку церебральних інсультів.

Згідно наших даних тільки 46,8% викликів швидкої медичної допомоги при ГПМК здійснюється пацієнтами чи їх родичами в межах «терапевтичного вікна». В термін до 6 годин від початку гострого періоду викликають швидку медичну допомогу 36,4% пацієнтів. Негативно впливає на ефективність наступної медичної допомоги виклик швидкої медичної допомоги до пацієнтів з ГПМК в термін більше 6 годин після початку гострого періоду захворювання. Таких випадків встановлено на рівні 16,8%, в тому числі, в термін довший за 24 години – 1,7% випадків.

Важливим показником є кількість померлих на ранньому догоспітальному етапі. Так, загальна кількість померлих скоротилась за роки дослідження в 1,55 разів і становила в 2011 році 110 осіб. При цьому смертність до приїзду швидкої медичної допомоги зменшилась в 1,78 рази і склала в 2011 році 69 осіб. Смертність в присутності бригади швидкої медичної допомоги скоротилась в 1,7 разів і дорівнювала в 2011 році 41 особу.

Вище приведене свідчить про: недостатній рівень інформативності населення відносно необхідності виклику швидкої медичної допомоги при появі перших ознак гострого захворювання, тяжкість перебігу ГПМК та недостатній рівень заходів з надання екстреної медичної допомоги при ГПМК на догоспітальному етапі.

Вторинна амбулаторно-поліклінічна допомога при хронічних станах цереброваскулярних хвороб

У м. Києві функціонує 46 кардіологічних та 83 – неврологічних кабінетів в амбулаторно-поліклінічних закладах. Забезпеченість дорослого населення посадами лікарів-неврологів для надання консультативної амбулаторної допомоги коливається на рівні 1,01-1,04 посади на 10 тис. населення з тенденцією на підвищення. Укомплектованість штатних посад лікарів-неврологів за період дослідження (2005-2011 р.р.) скоротилась в 1,11 рази і складає 82,6%.

Встановлено незадовільний рівень якості спеціалізованої консультативної медичної допомоги як при цереброваскулярних хворобах, так і при гіпертонічній хворобі. Так, рівень відповідності клінічним протоколам складає при цереброваскулярних хворобах 23,9%, при гіпертонічній хворобі – 25,7%.

Основними недоліками при наданні консультативної допомоги виявлено наступне: невідповідність лабораторного та функціонального (інструментального) обстеження – 49,6%, поліпрогмазія – 51,4%; відсутність рекомендацій профілактичного характеру та рекомендацій з корекції способу життя – 62,8%.

Особливості надання стаціонарної допомоги при хронічних станах цереброваскулярних хвороб та хворобах – факторах ризику їх розвитку

Встановлено, що забезпеченість посадами для надання стаціонарної допомоги при цереброваскулярних хворобах та гіпертонічній має тенденцію до зростання. Так, якщо рівень забезпеченості посадами лікарів-неврологів для надання стаціонарної допомоги коливається в межах 0,82-0,87 на 10 тис. населення, то кількість лікарів-нейрохірургів має чітку тенденцію до збільшення в 0,31 - в 2005 р. до 0,37 – в 2011 році (збільшенні в 1,2 рази). Проте укомплектованість штатних посад лікарів-неврологів знизилась в 1,11 рази і склала

82,4%, а лікарів-нейрохірургів – відповідно у 1,24 рази і дорівнювала 71,2%, що нижче рівня, при якому забезпечується якісна медична допомога (75%) за даними доказової медицини.

Якість медичної допомоги визначається і рівнем кваліфікації лікарів, а вона – наявністю кваліфікаційної категорії відповідного рівня.

64,9% лікарів-неврологів атестовано на вищу і першу категорії та 63,3% - лікарів-нейрохірургів. Серед лікарів-неврологів на вищу атестаційну категорію атестовано 36,3%, першу – 15,4%, другу – 13,2%, лікарів-нейрохірургів на вищу атестовано 34,4%, першу – 15,6%, другу – 13,2%.

Відповідно до статистичних даних, рівні госпіталізації хворих на цереброваскулярні хвороби та гіпертонічну хворобу в місті є низьким у порівнянні з рівнями поширеності вказаних хвороб, що свідчить про низький рівень планового стаціонарного лікування населення з даною патологією, але має тенденцію до зростання. Так, рівень госпіталізації населення з цереброваскулярними захворюваннями за роки дослідження зріс в 1,04 рази і становить 0,3 на 100 відповідного населення, а з гіпертонічною хворобою зріс в 1,1 рази і становить 0,33.

Слід зазначити, що в терапевтичних відділеннях хворі з цереброваскулярними хворобами лікувалися стаціонарно на 130 пацієнтів менше в порівнянні з їх кількістю в 2011 році (740 осіб), при цьому рівень госпіталізованих склав 0,03 на 100 дорослого населення. Середні терміни лікування в терапевтичних стаціонарах мають тенденцію до збільшення – за період дослідження в 1,14 разів в порівнянні з 2011 роком.

Відмічається високий рівень летальності хворих на цереброваскулярні хвороби в терапевтичних відділеннях і коливається він в межах 19,19%-25,58%, тобто помирає кожний четвертий пацієнт, який госпіталізований з приводу цереброваскулярних хвороб.

Встановлено, що в неврологічні відділення міста щорічно госпіталізуються від 23 019 до 25 456 осіб (в 2005 і 2011 роках). За період дослідження (2005-2011 роки) їх кількість зросла в 1,1 рази (2437 осіб). Рівень госпіталізації зріс в 1,1 рази і в 2011 році склав 0,91 на 100 дорослого населення.

За період дослідження середнє перебування хворих на стаціонарному ліжку скоротилося на 1,1 дня (1,07 рази) і склало 14,7 дня, що в 1,47 разів перевищує середні терміни стаціонарного лікування пацієнтів з цереброваскулярними хворобами в країнах Європи.

Високою є госпітальна летальність при цереброваскулярних хворобах. Вона має коливання від 6,57% в 2008 році до 5,77% в 2005 році, коливання за роками складає 1,14 разів. В цілому за період дослідження рівень госпітальної летальності пацієнтів з церебральними хворобами в неврологічних відділеннях міста збільшився в 1,03 рази і склав 5,93%.

Співставлення рівнів летальності пацієнтів з цереброваскулярними хворобами в терапевтичних і неврологічних відділеннях в 2011 році показало на достовірну різницю показника: 3,24 ($p < 0,01$) на користь відділень неврологічного профілю. Отримані результати вказують на низький рівень якості медичної допомоги у відділеннях терапевтичного профілю.

Отримані в ході дослідження дані свідчать про низьку якість стаціонарної медичної допомоги при цереброваскулярних хворобах. Так, якісну медичну допомогу, яка відповідає галузевому стандарту України, отримує тільки 9,3% пацієнтів. Частково відповідає лише у 44,5% і повністю не відповідає – 46,2%.

Організаційна структура та показники діяльності стаціонарної медичної допомоги при гострих цереброваскулярних хворобах

Встановлено, що із 16 закладів охорони здоров'я м. Києва, де в неврологічних відділеннях надається медична допомога при церебральних інсультах, в 13 (81,25%) наявні спеціальні палати інтенсивної терапії, а в 3 (18,75%) – пацієнти з ГПМК отримують інтенсивну терапію в загальних реанімаційних відділеннях. Важливим є цілодобове обстеження пацієнтів з ГПМК на МРТ у неврологічних відділеннях. Таких відділень 25,0%, в 4 рази ($p < 0,05$) менше ніж тих, що не мають такої можливості. Дана ситуація організаційно не забезпечує виконання роботи з доведеною ефективністю (рівень доказовості А) щодо термінів обстеження пацієнтів з підозрою на церебральний інсульт в межах «терапевтичного вікна» (4 години) та за результатами обстеження розробки лікувальної тактики.

В ході дослідження встановлено, що нейрохірургічні відділення міста мають необхідні умови для надання медичної допомоги при ГПМК у відповідності до галузевих стандартів.

Рівень госпіталізації дорослого населення м. Києва з приводу ГПМК - коливається в межах 0,27-0,29 на 100 осіб відповідного населення.

Кількість госпіталізованих пацієнтів, хворих на церебральні інсульти, які госпіталізовані до неврологічних відділень, за роки дослідження, збільшилася в 1,07 рази і в 2011 році становило 7496 осіб. При цьому середні терміни стаціонарного лікування пацієнтів даної категорії скоротилися на 1,9 дня (1,13 рази) і в 2011 році становили 14,1 дня. За цей період (2005-2012 р.р.) летальність пацієнтів при церебральних інсультах скоротилася на 0,67% (1,04 рази) і в 2011 р. вона становила 17,96%, що є високим показником.

Порівняльна характеристика та аналіз статистичних показників летальності пацієнтів з різною формою церебрального інсульту за 2011 рік в розрізі закладів охорони здоров'я показала наступне: летальність при внутрішньочерепних крововиливах при середньоміському показнику 39,89% (по Україні 39,97%) коливалася від 27,3% в клінічній лікарні №1 Дніпровського району до 62,5% - в міській клінічній лікарні №4. Різниця складає 2,3 рази; летальність від інфаркту головного мозку при середньо міському показнику 14,6% (по Україні 12,11%) коливалася від 3,7% в міському центрі радіаційного захисту до 26,4% - в міській клінічній лікарні №5 Подільського району; летальність при інсульті, який не уточнений як крововилив чи інфаркт мозку при середньому міському показнику 17,78% (по Україні 11,9%), коливалася від 15,38% в Олександрівській клінічній лікарні до 100% в міській клінічній лікарні №2 та №6.

Нами вивчалися відповідності стаціонарної медичної допомоги клінічним протоколом та даним з доведеною ефективністю. Встановлено, що достовірно вищий рівень відповідності обсягів та термінів обстеження пацієнтів з церебральним інсультом клінічним протоколом в нейрохірургічних відділеннях, ніж в неврологічних – 62,75% і 15,5% відповідно.

Частка тих, кому проведені діагностичні дослідження відповідають частково клінічним протоколам складає 36,75% та 29,75% у неврологічних та нейрохірургічних відділеннях відповідно. Це вказує на більш якісну медичну допомогу при церебральних інсультах в нейрохірургічних відділеннях, ніж в неврологічних. Рівень виконання стандарту медичної допомоги складав відповідно 38,4% та 11,7% (різниця 3,28 раз), а не виконання – 12,0% та 50,4% відповідно (різниця 4,2 рази).

Впровадження сучасних ефективних методів лікування церебральних інсультів дозволило знизити рівень летальності пацієнтів, однак біля 80% пацієнтів становляться інвалідами та 10% потребують сторонньої допомоги. В цих умовах зростає роль медичної та соціальної реабілітації осіб, що перенесли ГПМК. Нами медична реабілітація осіб, що перенесли ГПМК розглядається як комплексний процес, метою якого є зведення до мінімуму функціональних наслідків церебрального інсульту та підвищення якості життя та ступеня самостійності хворої людини. Медична реабілітація, у разі інсульту повинна починатися з максимально ранніх строків, практично з палати інтенсивної терапії, куди доставлений хворий.

ВИСНОВКИ

- В наданні медичної допомоги хворим з цереброваскулярними хворобами, в тому числі, в їх профілактиці повинні зіграти установи первинної медико-санітарної допомоги, активно використовуючи стаціонарно замінні форми лікування та оздоровлення пацієнтів.

- Важливу роль в наданні медичної допомоги, особливо при гострих інсультах, відіграє екстрена медична допомога, нажаль, негативним чинником роботи ШМД є скорочення кількості працюючих осіб лікарів в 1,4 рази та фельдшерів в 1,11 рази при постійній кількості посад враховуючи, що згідно існуючих національних стандартів бригади ШМД доїздять до пацієнтів в термін, який встановлено державним стандартом України в 2005-2009 роках в межах 81,8-86,9% випадків, а в період 2010-2012 років в межах 49,0-49,25% випадків, що негативно впливає на своєчасність та ефективність надання медичної допомоги і потребує прийняття термінових рішень на рівні керівництва міста.

- Результати дослідження вказують на достатній рівень організаційної структури з надання амбулаторної консультативної допомоги при цереброваскулярних хворобах, в той же час вони свідчать про незадовільний рівень якості спеціалізованої медичної допомоги при церебральних хворобах. Рівень відповідності клінічним протоколам складає при цереброваскулярних хворобах 23,9%, при гіпертонічній хворобі 25,7%. Дані дослідження показали достеменно вищий рівень відповідності обсягів та термінів обстеження пацієнтів з церебральними інсультами клінічним протоколам в нейрохірургічних відділеннях, ніж в неврологічних – 62,75% проти 15,5% відповідно (в 4,5 рази, $p < 0,05$).

- Високою залишається госпітальна летальність при цереброваскулярних хворобах, вона коливається від 6,57% в 2008 до 5,77 - в 2011 роках. Рівень госпітальної летальності пацієнтів із цереброваскулярними хворобами в неврологічних відділеннях збільшився в 1,03 рази і склав 5,3%.

- Отримані дані вказують також на низьку якість стаціонарної медичної допомоги при цереброваскулярних хворобах. Так, якісну медичну допомогу, яка відповідає галузевому стандарту України, отримує тільки 9,3% пацієнтів, частково відповідає галузевому стандарту 44,5% і повністю не відповідає – 46,2%.

Література

1. Достижения в области заболеваний головного мозга за последние 2 года. Здоровья Украины. 2010, 5 (034): 12-13.
2. Коваленко В.М., Корнацький В.М. та ін. Демографія і стан здоров'я народу України. Київ. 2009.
3. Коваленко В.М., Корнацький В.М. та співавт. Медико-соціальні аспекти хвороб системи кровообігу. Київ. 2010.

4. Корнацький В.М., Ревенько І.Л. Медико-соціальні аспекти цереброваскулярних хвороб в Україні. Укр. Кардіолог. Журнал. 2011, 1: 86-92.

5. Лехан В.М., Слабкий Г.О. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. Новини медицини і фармації. 2010, 4 (309): 21-26.

А. И. Зозуля

Организационная структура оказания медицинской помощи при цереброваскулярных заболеваниях и ее соответствие реформированию отрасли

Национальная медицинская академия последипломного образования
имени П.Л. Шупика

Цель. Проанализировать показатели работы организационных структур г. Киева по оказанию медицинской помощи при цереброваскулярных заболеваниях и ее соответствие реформированию отрасли.

Объект и методы. Изучались организационные структуры и показатели деятельности первичной медико-санитарной помощи, амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи больным с цереброваскулярной патологией методами изучения боли данных статистической отчетности медицинских учреждений, анкетирование, статистическая обработка полученных данных.

Результаты. Определены позитивные стороны работы медицинских учреждений по оказанию медицинской помощи пациентам с цереброваскулярными заболеваниями и их недостатки, соответствие и несоответствие реформированию отрасли, что отражено в статье и выводах. Полученные данные свидетельствуют о низком качестве стационарной медицинской помощи при цереброваскулярных болезнях. Так, качественную медицинскую помощь, которая отвечает отраслевым стандартам Украины, получает только 9,3% пациентов, частично отвечает - 44,5% и полностью не отвечает – 46,2%.

Ключевые слова: цереброваскулярная патология, оказание помощи на разных уровнях, реформирование отрасли.

A.I. Zozulya

Organizational structure of medical aid provision in cerebrovascular disease and its compliance with sector reform

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education,
SI "Ukrainian Institute of Strategic Studies,
Ministry of Health of Ukraine"

Aim. To analyze the performance of organizational structures in Kyiv to provide medical care for cerebrovascular disease and its relevance to the reform of the sector.

Object and methods. We have studied organizational structure and performance of primary health care, outpatient and inpatient care for patients with cerebrovascular disease. Data statistical reporting of medical institutions, questionnaires, statistical analysis of the results were methods of the study.

Results. Positive aspects of health care facilities in Kyiv in providing medical care to patients with cerebrovascular diseases and their deficiencies, compliance and non-compliance with

reform in the industry were identified. These data indicate a low quality of inpatient care in cerebrovascular diseases. Thus, only 9.3% of patients receives high-quality health care that fully meets all industry standards of Ukraine, some industry standards - 44.5% and health care that doesn't meet standards at all - 46.2%.

Key words: cerebrovascular pathology, assisting at various levels, reform.

© І.В. КОРЕЦЬКИЙ, Н.М. ОРЛОВА, 2013

І.В. Корецький, Н.М. Орлова

ФОРМУВАННЯ МЕДИЧНИХ БІЗНЕС-ПРОЦЕСІВ У АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНИХ ЗАКЛАДАХ

ЗАТ "Група компаній Медсі",

Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика

Вступ Актуальною проблемою запровадження процесного управління у системі охорони здоров'я є розробка методології стандартизації медичних бізнес-процесів для конкретних видів медичних закладів.

Мета. Науково обґрунтувати методологію стандартизації медичних бізнес-процесів (МБП) у амбулаторно-поліклінічних закладах (АПЗ) орієнтованих на пацієнта.

Матеріали і методи. Методологія стандартизації МБП у АПЗ обґрунтована на підставі системного підходу і системного аналізу із використанням інформаційно-аналітичного методу. Інформаційною базою для її формування виступили наукові праці фахівців із організації та управління охороною здоров'я, а також результати власних досліджень.

Результати. Визначені основні групи медичних бізнес-процесів у АПЗ з позиції їх цінності для пацієнта, описана логічна послідовність представлення виділених груп МБП, а саме: МБП до встановлення діагнозу; МБП – встановлення діагнозу; МБП після встановлення діагнозу. Перераховані чинники, які формують структуру груп МБП у АПЗ. Детально проаналізовані події на вході та виході кожної групи бізнес процесів, а також необхідні ресурси, функції та керуючі впливи. Здійснене чітке структурування усіх дій по наданню медичної допомоги у АПЗ.

Висновки. У статті викладена методологія стандартизації медичних бізнес-процесів, яка полягає у структуризації всієї діяльності з надання медичної допомоги, орієнтує роботу амбулаторно-поліклінічного закладу на пацієнта, підвищує ефективність використання наявних ресурсів, покращує контроль за діяльністю медичного персоналу, що забезпечує високу якість медичної допомоги.

Ключові слова: медичні бізнес-процеси, амбулаторно-поліклінічні заклади, орієнтація на пацієнта.

ВСТУП

Одним з найбільш ефективних засобів розвитку амбулаторно-поліклінічного закладу будь-якої організаційно-правової форми є запровадження процесного управління. Впродовж останніх років у практичній охороні здоров'я значно зріс інтерес до проектування і оптимізації бізнес-процесів закладів.

Науковим осномом формування економіки охорони здоров'я, характеристики бізнес-процесів необхідних для забезпечення якості медичної допомоги та ефективності діяльності медичних організацій присвячені роботи ряду вчених [1,3,4,5].