

К. Телегіна<sup>1</sup>, І. Вербопецька<sup>1</sup>, І. Капалкіна<sup>1</sup>, А. Кудря<sup>2</sup>,  
А. Кучеренко<sup>1</sup>, С. Мандрюсяк<sup>1</sup>, О. Надтока<sup>3</sup>, В. Ободовська<sup>1</sup>, О. Осейчук<sup>3</sup>, В. Пляцек<sup>4</sup>,  
К. Римаренко<sup>3</sup>, Ю. Сєреєєва<sup>1</sup>, Т. Степанова<sup>5</sup>, О. Сушко<sup>1</sup>, Т. Тарасюк<sup>6</sup>, В. Штогрін<sup>1</sup>

## Бенчмаркінгове дослідження амбулаторії загальної практики – сімейної медицини села Софіївська Борщагівка

<sup>1</sup>Відкритий університет реформ, м. Київ, Україна

<sup>2</sup>ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

<sup>3</sup>Національний університет «Києво-Могилянська академія», м. Київ, Україна

<sup>4</sup>Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ», м. Київ, Україна

<sup>5</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

<sup>6</sup>Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

**Мета** – дослідити можливості медичного консалтингу та впровадити його в практику на прикладі амбулаторії загальної практики – сімейної медицини.

**Методи** – структурно-логічного аналізу, системного підходу, порівняльного аналізу.

**Результати.** На основі аналізу міжнародних, національних та місцевих практик організації первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) проведено кейс-стаді амбулаторії загальної практики – сімейної медицини села Софіївська Борщагівка Києво-Святошинського району Київської області. Було запропоновано проект програми змін роботи амбулаторії як один із можливих варіантів оптимізації діяльності закладів ПМСД в умовах автономізації на загальнодержавному рівні.

**Висновки.** Дослідження розраховане на ключових стейкхолдерів у сфері охорони здоров'я, експертів у медичній галузі та керівників закладів охорони здоров'я первинного рівня.

**Ключові слова:** лікар загальної практики-сімейний лікар, бенчмаркінг, медичний консалтинг, SWOT-аналіз.

### ВСТУП

У 1978 р. в Алма-Аті відбулася Міжнародна конференція з первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), у підсумковій декларації якої країни-члени ВООЗ підтвердили курс на розвиток ПМСД як основи національної охорони здоров'я [21].

Нині у більшості держав світу 80–90% медичних послуг (лікування) надається на рівні ПМСД, а частка лікарів загальної практики – сімейної медицини (ЗПСМ) серед усіх лікарів становить 30–50% [13, 17]. Їхня питома вага найбільша у Франції – 54%, найменша – в Іспанії (15%); у США кількість лікарів ЗПСМ становить 39% [14]. У Європі на 100 000 населення в середньому припадає 68 сімейних лікарів (від 47 у Голландії до 115 у Бельгії) [19].

Частка витрат на систему ПМСД в країнах Європи становить близько 25% усіх видатків на охорону здоров'я [5]. Однак цей показник відчутно різниться залежно від країни: від 4,7% у Чехії до 25,6% у Швейцарії [18]. В Австралії цей показник відчутно вищий – 38% [20].

З 2000 р. розпочався процес запровадження практики сімейної медицини в Україні. Було видано Постанову Кабінету Міністрів України № 989 від 20 червня 2000 р. «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я» та декілька наказів МОЗ України. Важливим для подальшого розвитку сімейної медицини стало прийняття у 2012 р. законів України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» та «Про порядок проведення реформування системи охорони

здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві». Окрім того, МОЗ України видало низку нормативних документів, які регулюють функціонування первинної ланки, організацію та роботу амбулаторій загальної практики – сімейної медицини (АЗПСМ):

– наказ № 1150 від 27.12.2013 р. «Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів»;

– наказ № 130 від 23.02.2012 р. «Про затвердження Примірного переліку лабораторних досліджень, що виконуються при наданні первинної медичної допомоги населенню»;

– наказ № 131 від 23.02.2012 р. «Про затвердження Примірного положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та примірних положень про його підрозділи»;

– наказ № 585 від 21.08.2014 р. «Про затвердження Примірних штатних нормативів центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його структурних підрозділів».

Частка витрат на систему ПМСД в Україні становить близько 20% усіх видатків на охорону здоров'я (на вторинну та третинну допомогу витрачається близько половини коштів – 46%, на громадське здоров'я виділяється трохи більше 4% – дані на 2012 р.) [22]. Втім ця сума насправді менша, адже частина грошей йде на взаєморозрахунки з вторинним і третинним рівнями надання медичної допомоги [5]. І цих коштів катастрофічно не вистачає, зокрема на поліпшення матеріально-технічної

бази та закупівлю обладнання і витратних матеріалів. Так, станом на 2014 рік потребували капітального ремонту 26,5% сільських АЗПСМ та 45,2% міських; лише 14,8% амбулаторій були оснащені медичним інструментом та інвентарем, 12,2% – автоматизованими робочими місцями, 43,9% – автомобілями [17].

Станом на 2014 р. в Україні працювало біля 11 тис. лікарів ЗПСМ. На первинному рівні обслуговування населення здійснюється переважно за дільнично-територіальним принципом (ключовими фігурами є дільничний терапевт і дільничний педіатр). Українцям із 1989 року надано право вільного вибору терапевта первинної ланки. Однак менше половини пацієнтів поліклініки, які звертаються до дільничних терапевтів (45,6%), отримують медичну допомогу у лікаря «своєї дільниці», інші звертаються до будь-якого іншого лікаря, який веде прийом у потрібний час [16].

Окрім того, первинна медична допомога також надається в АЗПСМ. Це можуть бути як самостійні юридичні особи, які підпорядковані відповідній місцевій громаді, так і амбулаторії – структурні підрозділи (у т.ч. відокремлені) центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД). Слід зазначити, що створення мережі ЦПМСД в Україні почалося з так званих «пілотних» регіонів (Вінницька, Дніпропетровська, Донецька області та м. Київ) та наразі триває по всій країні. У 2014 р. обслуговуванням в АЗПСМ було охоплено 76,9% населення України: 70,5% у міській та 91,2% у сільській місцевості [17].

Укомплектованість посад сімейних лікарів становила 64,8% [17]. Оплата праці лікарів ЗПСМ є фіксованою, тобто здійснюється відповідно до тарифної сітки, залежно від кваліфікаційної категорії, та не залежить від кількості наданих послуг.

Отже, насамперед для забезпечення ефективного функціонування ПМСД потрібно надати амбулаторіям автономію та право вільно розпоряджатися своїми коштами та майном. Це дозволить забезпечити наявність необхідного обладнання і витратних матеріалів та поліпшити стан приміщень. По-друге, потрібно радикально змінити підходи до оплати праці сімейних лікарів (капітація, оплата за послугу, а також урахування інших умов), що підвищить статус сімейного лікаря та стимулюватиме лікарів надавати якісніші послуги. По-третє, необхідно оптимізувати роботу первинної ланки, зокрема розпочати впровадження інформаційних технологій. По-четверте, налагодити комунікацію з населенням, наприклад проводити опитування, що дозволить коригувати процес реформування первинної ланки.

Усі зазначені аспекти були враховані при проведенні аналізу роботи АЗПСМ села Софіївська Борщагівська та розробки рекомендацій щодо підвищення ефективності її роботи.

**Мета роботи** – дослідити можливості медичного консалтингу та впровадити його в практику на прикладі амбулаторії загальної практики-сімейної медицини.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження було проведено в рамках навчання групи «Реформа системи охорони здоров'я» проекту

Відкритий університет реформ громадської платформи «Реанімаційний пакет реформ» у листопаді-грудні 2015 року. У роботі було використано методи структурно-логічного аналізу, системного підходу, порівняльного аналізу.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Софіївсько-Борщагівська АЗПСМ є відокремленим структурним підрозділом ЦПМСД Києво-Святошинського району Київської області.

За даними Державної служби статистики України, на 2001 рік у селі проживало 6569 осіб, з яких 5079, або 77,3%, – повнолітні (згідно з результатами Всеукраїнського перепису населення). В обліковій картці Софіївсько-Борщагівської сільської ради на веб-порталі Верховної Ради України зазначений 6571 мешканець [6]. Водночас, згідно з інформацією, розміщеною на сторінці сільської ради на інформаційному порталі місцевого самоврядування «Рада.інфо», в селі проживає 16 тис. осіб [15]. На позачергових виборах народних депутатів України, що відбулися в жовтні 2014 року, в Софіївській Борщагівці діяло п'ять виборчих дільниць, на яких було зареєстровано 7877 виборців [7]. Якщо припустити, що співвідношення між повнолітнім та неповнолітнім населенням відчутно не змінилося, то зараз у селі має проживати, як мінімум, близько 10200 осіб, тобто воно зросло принаймні на третину за час від останнього офіційного перепису.

У штатному розписі амбулаторії передбачено п'ять ставок лікарів первинної ланки: 3 лікарі ЗПСМ, один педіатр і один терапевт. Відповідно до нормативних навантажень, за одним лікарем ЗПСМ у сільській місцевості має бути закріплено 1200 осіб, інакше має виділятися 0,83 посади на 1000 дорослих і дітей, на терапевта – 0,6 посади на 1000 дорослого населення, на педіатра – 1,25 посади на 1000 дітей [10]. Очевидно, для розрахунку штату амбулаторії було взято приблизну кількість населення у 6 тис. осіб, тобто фактичну кількість мешканців Софіївської Борщагівки на 2001 рік. Отже, досі ніяк не враховано демографічний ріст села, пов'язаний з його активною забудовою, що, без сумніву, позначається і на фактичному робочому навантаженні на лікарів, яке збільшилося щонайменше на третину. Кількість відвідувань в амбулаторії у 2010 р. становила 39 за зміну [4].

Амбулаторія розташована у двоповерховій будівлі, капітально відремонтованій та добудованій у 2005 році. На першому поверсі знаходяться реєстратура, кабінети терапевта, лікаря ЗПСМ, гінеколога та стоматолога, лабораторія, електрокардіографічний та фізіотерапевтичний кабінети, пральня та духова кімната. Денний стаціонар, кабінет завідувача, кабінет для щеплень та два оглядові кабінети для дитячого прийому розташовані на другому поверсі. Будівля опалюється, проте відсутнє стабільне водопостачання.

Медична допомога в амбулаторії надається дитячому та дорослому населенню, зокрема в умовах денного стаціонару на 25 ліжок. У закладі виконуються діагностичні дослідження: загальні аналізи кров та сечі,

електрокардіографія. Фізіотерапевтичне обладнання застаріле й не використовується.

Відповідно до Примірного таблиця оснащення ЦПМСД та його підрозділів [11], амбулаторія оснащена приблизно на 40–50%. Однак це переважно меблі, найдешевше та застаріле обладнання. Необхідний сучасний інструментарій для надання допомоги та діагностики відсутній, що спонукає населення до пошуку альтернативних джерел отримання лабораторної діагностики та лікування.

В амбулаторії відсутні автоматизовані (комп'ютеризовані) робочі місця, немає технічного обладнання для доступу до Інтернету. Лікарі та молодші медичні спеціалісти, що здійснюють обслуговування населення вдома, не забезпечені мобільним зв'язком.

На балансі амбулаторії є автомобіль, на паливо для якого не виділяються кошти. Транспортними засобами категорії «А» та велосипедами заклад не забезпечений.

Додаткове фінансування поза межами щорічного бюджету (заробітна плата медичному персоналу, утримання закладу, закупівля медичного обладнання та препаратів) з 2010 по 2015 рік амбулаторія отримувала двічі: спочатку в 2010 р. за кошти місцевого бюджету Софіївсько-Борщагівської сільської ради (220 тис. грн) було встановлено огорожу амбулаторії [3], а в 2012 р. за рахунок субвенцій з місцевих бюджетів району (50 тис. грн) було проведено поточний ремонт водостоків закладу [2]. На 2015 р. Програмою економічного, соціального та культурного розвитку Києво-Святошинського району додаткового фінансування амбулаторії не передбачено [12].

*Ринкова приваблюєвість та конкурентоспроможність закладу.* Медичні послуги на території села Софіївська Борщагівка, окрім амбулаторії, надають такі заклади:

- сімейна клініка «Амеда» (філіал «Софія»);
- медичний центр «ЕПІОНА»;
- філія лабораторії «Савон».

Основним конкурентом амбулаторії на ринку надання медичних послуг є філіал клініки «Амеда», що забезпечує широкий спектр консультативних, лабораторних та інструментальних діагностичних і лікувальних послуг. Клініка є багатопрофільним закладом, що має можливість надавати послуги «вузьких» спеціалістів; крім того, клініка надає акційні знижки на свої послуги.

Медичний центр «ЕПІОНА», відкритий у 2014 р., розташований у безпосередній близькості від амбулаторії. Центр пропонує інструментальні методи обстеження, консультації вузьких спеціалістів, послуги нетрадиційної медицини. Сайт клініки «ЕПІОНА» (на середину грудня 2015 р. деактивований) є малоінформативним, багато уваги приділено фітотерапії, масажу та стоматології. Цей заклад дублює частину послуг, які надає амбулаторія, – стоматологія, терапія, гінекологія. На його території знаходиться аптечний пункт.

Філія лабораторії «Савон», яка входить до складу медичного центру «Савон», пропонує переважно послуги лабораторної діагностики (понад 500 видів), центри з

надання розширеного спектра медичних послуг розташовані в Києві, Кіровограді та Черкасах.

У нових і конкурентних умовах для ефективної роботи з пацієнтами (клієнтами) важливою є інформаційна політика та загальний імідж закладу. В амбулаторії досі не було офіційного сайту чи власної сторінки на сайті сільської чи районної ради, де була б доступна інформація про спектр послуг, спеціалістів, що працюють у закладі, та їхню кваліфікацію, про час прийому лікарів тощо. Іншим обмеженням, пов'язаним з комунікаційними процесами, яке безпосередньо впливає на процес роботи медперсоналу та логістику потоків пацієнтів, є відсутність можливості попереднього запису на прийом/консультацію. Така невпорядкованість негативно впливає на сприйняття організації роботи амбулаторії пацієнтами і є однією з перешкод для залучення нових споживачів послуг. З іншого боку, відсутність чіткого механізму виклику спеціалістів додому та проблем з передачею інформації, зокрема щодо адреси проживання пацієнта, несе потенційну загрозу ненадання невідкладної медичної допомоги, конфліктів між пацієнтом та медичним персоналом, а ширше – погіршує загальне сприйняття державного сектору надання медичних послуг.

Низький рівень контролю якості надання медичних послуг, передусім організаційних моментів цього процесу, та емоційного середовища в амбулаторії є ще одним мотивом для пацієнтів змінити заклад. Це стосується, насамперед, платоспроможного населення, що віддаватиме перевагу приватним клінікам, у яких для клієнтів створено комфортні умови, чого не може забезпечити амбулаторія силами ніяк не мотивованого середнього та молодшого медичного персоналу.

Для обрання нової стратегії і досягнення нового, відмінного від звичного, результату необхідно чітко визначити місію, візію та цілі організації.

*Місія* – це причина існування амбулаторії, місія повинна мотивувати, роз'яснювати і підтверджувати важливість та значущість праці для всіх співробітників.

*Місія для амбулаторії:* Софіївсько-Борщагівська амбулаторія ПМСД є інноваційним медичним закладом сімейної медицини, який надає багатопрофільну первинну медичну допомогу (профілактичну, лікувально-діагностичну, реабілітаційну) для населення громади, всіх соціальних і вікових груп, з використанням найсучасніших світових стандартів, забезпечує здоров'я кожного пацієнта відповідно до головних принципів сімейної медицини.

*Візія (бачення)* – це довгостроковий погляд на те, що амбулаторія буде являти собою через 5–10 років, чого вона прагне.

*Візія для амбулаторії:* заклад є окремою юридичною особою з власним рахунком і правом заробляти кошти та самостійно розпоряджатися ними на ті засоби та заходи, які вважає важливими та необхідними для реалізації своєї місії та призначення; надає профілактичну, лікувальну та консультативну допомогу всім соціальним групам і віковим категоріям мешканців села. У колективі амбулаторії пацієнти бачать професіоналів, зацікавлених у збереженні їхнього здоров'я. І пацієнти, і співробітники спрямовують більшість своїх зусиль і ресурсів на профілактику та попередження захворювань. Населення усвідомлює свою

відповідальність за власне здоров'я і надає перевагу регулярному медогляду та консультації у сімейних лікарів та вузьких фахівців.

*Цінності персоналу амбулаторії:*

- Забезпечення пацієнтів належною медичною допомогою із позитивними результатами лікування.
- Ми робимо те, що правильно, наскільки б важко це не було, без винятків.
- Ми намагаємося задовольнити очікування пацієнтів і зберегти дружні стосунки в колективі.
- Ми – єдина команда, допомагаємо одне одному і створюємо атмосферу єдності і згуртованості у відділеннях та нашому центрі загалом.
- Ми беремо на себе цілковиту відповідальність за всі наші дії.

– Постійні пошуки власного вдосконалення у кожній ділянці нашої праці для досягнення нових висот.

Найголовнішою цінністю персоналу амбулаторії є здоров'я і довіра пацієнтів. Безпека пацієнтів і персоналу при роботі з біоматеріалами та виконанні процедур. Ефективність технологій, схем і стандартів діагностики, лікування та реабілітації. Гарантія сервісу, обґрунтованої кількості ефективних діагностичних процедур та аналізів при визначенні діагнозу та призначенні лікування.

Для визначення стратегічних цілей організації нами був використаний SWOT-аналіз, тобто визначення сильних (Strengths) та слабких (Weaknesses) сторін амбулаторії, можливостей (Opportunities) та загроз (Threats) (табл. 1).

Таблиця 1

**SWOT-аналіз амбулаторії загальної практики – сімейної медицини села Софіївська Борщазівка**

<b>Сильні сторони</b>	<b>Можливості</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Кваліфікований персонал.</li> <li>2. Надання якісної медичної допомоги.</li> <li>3. Бажання змін та подальшого вдосконалення процесу надання первинної медичної допомоги.</li> <li>4. Зручне розташування, безпека при наданні медичної допомоги.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Збільшення попиту на послуги за рахунок значного збільшення населення на території обслуговування (новобудови, міграція населення).</li> <li>2. Запит суспільства на позитивні зміни, отримання доступної, професійної, кваліфікованої, якісної медичної допомоги (якісною є доступна, кваліфікована, безпечна, ефективна, орієнтована на пацієнта, вчасна, раціональна та справедлива допомога).</li> <li>3. Залучення фахівців другого рівня для надання допомоги (консультації «вузьких» спеціалістів).</li> <li>4. Підтримка місцевих органів влади.</li> <li>5. Нормативна підтримка впровадження e-health.</li> <li>6. Розповсюдження інформації через соцмережі та офіційний сайт (на дільниці збільшилась кількість населення молодого віку).</li> </ol>
<p style="text-align: center;"><b>Слабкі сторони</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Слабка корпоративна культура.</li> <li>2. Низька мотивація середнього та молодшого медичного персоналу до змін.</li> <li>3. Організаційна структура неефективна: горизонтальні зв'язки погано розвинені, працюють лише вертикальні зв'язки, що є наслідком системи Семашка; директивна форма управління; відсутня можливість оптимізації процесів та зворотного зв'язку від персоналу для покращення процесів.</li> <li>4. Вузький спектр послуг первинної допомоги.</li> <li>5. Обмежений спектр лабораторних досліджень (не визначається: біохімія крові, ацетон, розгорнутий аналіз крові).</li> <li>6. Недостатнє матеріально-технічне забезпечення (високий рівень зношеності обладнання, неможливість списання та оновлення матеріально-технічної бази).</li> <li>7. Відсутність власного рахунка, неможливість залучення додаткових коштів, залежність від централізованого фінансування.</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>Загрози</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Немає відповідної сучасним вимогам законодавчої бази (неможливість оптимізації штатного розпису, відкриття власного рахунка та залучення додаткових коштів).</li> <li>2. Незрозуміла політика держави щодо реформування сфери охорони здоров'я.</li> <li>3. Нестабільна фінансова ситуація в Україні.</li> <li>4. Конкуренція (актуально, передусім, за умови внесення відповідних змін до законодавства).</li> </ol>

На основі SWOT-аналізу амбулаторії було визначено коротко-, середньо- та довгострокові цілі:

*1. Короткострокові цілі:*

1. Покращення іміджу амбулаторії:
  - 1.1 розподіл потоків хворих;
  - 1.2 мінімізація часу очікування у черзі на прийом;

- 1.3 підвищення культури персоналу.
- 2. Оптимізація внутрішніх процесів і комунікації.
- 3. Впровадження е-технологій:
  - 3.1 створення сайту амбулаторії;
  - 3.2 створення сторінок амбулаторії у соціальних мережах.
- 4. Інформування населення, зовнішня комунікація:
  - 4.1 лекції, семінари в амбулаторії, школі, дитсадку для цільової аудиторії;
  - 4.2 висвітлення роботи амбулаторії у місцевих ЗМІ;
  - 4.3 листівки; інформаційні дошки;
  - 4.4 СМС та поштова розсилка.
- 5. Зворотний зв'язок:
  - 5.1 опитування серед відвідувачів.

*II. Середньострокові цілі:*

- 1. Додаткові джерела фінансування.
- 2. Запрошення до співпраці «вузьких» спеціалістів (оториноларинголог, окуліст, невролог тощо) для консультацій та інформування населення про них.
  - 2.1 Організація «Днів здоров'я», запрошення пересувних флюорографів та мамографів.
- 3. Впровадження е-технологій:
  - 3.1 створення електронної карти пацієнта;
  - 3.2 створення електронної мережі амбулаторії для ведення загальної документації;

- 3.3 створення е-бази пацієнтів відповідно до нозологічних форм та вікових категорій.
- 4. Покращення логістики лабораторних послуг:
  - 4.1 запрошення спеціаліста для забору матеріалів на постійній основі;
  - 4.2 пропозиція лабораторії «Сінево» відкрити філіал поряд чи в амбулаторії.

*III. Довгострокові цілі:*

Відкриття власного рахунка з правом розпоряджатися отриманими та заробленими засобами і коштами.

Командна комунікація та оптимізація в роботі має важливе значення для поліпшення надання послуг та регуляції щоденного потоку пацієнтів в амбулаторії. Чітке знання про перелік послуг, які надає амбулаторія, дозволить розумно та вміло розподіляти між командою працівників відповідні функції, а також налагодити безперервний зв'язок працівників всередині колективу та з пацієнтами.

Аналіз поточного стану системи охорони здоров'я в Україні, зокрема його первинної ланки, та становища амбулаторії дозволив нам виділити два напрямки комунікації: комунікацію між працівниками амбулаторії та комунікацію між самою амбулаторією та її пацієнтами (табл. 2).

Таблиця 2

**Шляхи покращення якості та ефективності надання послуг в амбулаторії**

<b>Комунікація між працівниками</b>	<b>Комунікація між амбулаторією та пацієнтами</b>
<p><i>Регулярні чергові зустрічі у формі дискусій та пропозицій (тривалістю 15 хв.)</i>                      Такі зустрічі варто запровадити у погоджений співробітниками день та час, щоб обговорити поточні питання.                      Проведення таких чергових зустрічей варто робити зранку в п'ятницю або в понеділок.</p>	<p><i>Графік прийому</i>                      Розробити зручний графік прийому пацієнтів за участі самих пацієнтів.                      Залучення самих пацієнтів до цього питання дасть їм можливість відчувати, що їхня думка є важливою.</p>
<p><i>Розроблення алгоритмів дій</i>                      Розробити певні алгоритми щодо тих питань, які виникають у працівників на постійній основі. Такі алгоритми слід викласти у формі коротких покрокових дій, інструкцій.</p>	<p><i>Скринька пацієнта (опитування)</i>                      Запровадити постійне отримання зворотного зв'язку з пацієнтом для врахування недоліків та їх зменшення. До так званої «скриньки пацієнта» відвідувачі можуть покласти свої зауваження щодо роботи амбулаторії, лікаря чи медсестри; щодо виконання процедур; пропозиції щодо покращення роботи; запитання тощо.</p>
<p><i>Введення перехресної взаємодії та взаємозаміни</i>                      Рекомендація для медсестринського персоналу.</p>	<p><i>СМС-інформування / електронна розсилка</i>                      Рекомендується інформувати щодо записів на прийом, періодичності оглядів, проведення щеплень, поширення захворювання в регіоні та профілактичних заходів тощо.</p>
<p><i>Інформаційна політика</i>                      У зв'язку з постійним розвитком наукових технологій, а також наявністю різноманітних підходів до надання медичних послуг, варто запровадити постійний моніторинг участі у можливих семінарах, тренінгах, форумах та круглих столах.</p>	<p><i>Інформаційна політика</i>                      Створення стенду з інформацією про профілактику певних захворювань та для вчасного повідомлення про різноманітні заходи; стенд може містити іншу інформацію.  <i>Листівки (контент в розробці):</i>                      - роздавати в амбулаторії;                      - роздавати на виклику додому.</p>

Продовження таблиці 2

	<p><i>Інформаційна дошка для амбулаторії, сільської ради, дитячого садка, школи:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- контент в розробці;</li> <li>- виготовлення дошки (волонтери або сільська рада);</li> <li>- інформування пацієнтів про: <ul style="list-style-type: none"> <li>а) норму викликів лікаря на день;</li> <li>б) кількість фіктивних викликів за минулий місяць;</li> <li>в) кількість понаднормових годин, які лікар витратив на фіктивні виклики.</li> </ul> </li> </ul>
	<p><i>Створення сайту амбулаторії</i></p>
	<p><i>Створення сторінок амбулаторії у соціальних мережах</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- залучення волонтерів для розробки;</li> <li>- залучення волонтерів для підтримування сторінки.</li> </ul>
	<p><i>Місцеві ЗМІ, зокрема сільська газета:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- інформаційні статті про амбулаторію;</li> <li>- інформація про сайт та сторінку;</li> <li>- інформація на актуальну тематику: щеплення, сезонні захворювання, прояви соціально небезпечних хвороб та їх профілактика.</li> </ul>
	<p><i>Проведення лекцій та семінарів</i></p> <p><i>а) в амбулаторії:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- теми лекцій можна запропонувати самому медперсоналу; можна запитати пацієнтів, що їх цікавить та про що вони хотіли б почути докладніше;</li> </ul> <p><i>б) в школах:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- теми лекцій від вчителів та батьків;</li> </ul> <p><i>в) у дитячих садках:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- теми лекцій від вихователів та батьків.</li> </ul>

Також нами були розроблені рекомендації щодо фандрайзингу закладу. Пошук можливостей щодо залучення додаткових коштів та ресурсів пов'язаний, насамперед, з такими факторами, як:

- відсутність в амбулаторії статусу юридичної особи (згідно з чинним законодавством, АЗПСМ є структурними або відокремленими структурними підрозділами ЦПМСД) [9] та у зв'язку з цим неможливість мати власні поточні банківські рахунки та провадити господарську діяльність;

- обмеження щодо використання балансового майна з метою додаткового залучення коштів у вигляді, наприклад, орендної плати;

- обмежений перелік платних послуг, що можуть надаватися в амбулаторії [8];

- відсутність законодавчих інструментів взаємодії амбулаторії та місцевих громад;

- негативне ставлення населення до неформальних платежів.

Серед механізмів, які можуть бути успішно застосовані для залучення додаткових коштів для закладів охорони здоров'я, є створення опікунської ради. Це орган, який поєднує консультативні, наглядові, представницькі функції, а також допомагає втілити на практиці цінності, пріоритети й очікування громади, для якої працює заклад. Наразі в Україні працюють опікунські ради, створені двома шляхами:

1) з ініціативи громадської чи благодійної організації для покращення планування своєї допомоги і контролю;

2) з ініціативи органу влади, якому підпорядковується лікарняний заклад.

Для ефективного залучення ресурсів (фандрайзингу) необхідно:

- зібрати дані про рівень бюджетного фінансування та використання коштів лікарнею;

- розробити стратегію фандрайзингу;

- призначити відповідальних за фандрайзинг членів ради;

- вирахувати орієнтовний необхідний бюджет на рік чи два або на конкретну програму;

- розробити і прийняти всіма опікунами й волонтерами етичні правила фандрайзингу;

- підготувати помічників-добровольців;

- створити контакт-лист потенційних і постійних благодійників;

- створити благодійний рахунок або благодійну організацію-партнера;

- визначити засоби, через які надходять пожертви;

- забезпечити контроль та звітування про використання благодійної допомоги [1].

З метою вдосконалення внутрішніх процесів та логістики закладу нами було запропоновано наступні кроки (табл. 3).

Пропозиції щодо покращення логістики – управління роботою закладу та організація медичного обслуговування пацієнтів амбулаторії

Пропозиція	Варіант вирішення проблеми
Збільшення кількості аналізів, які можна зробити в амбулаторії	Відкриття на території амбулаторії приватної лабораторії. Як варіант – лабораторія «Сінево» (було написано лист-звернення до «Сінево»)
Ведення електронного запису до лікаря	1. Попередній запис немовлят на плановий огляд (за місяць до прийому). 2. Запис на прийом до лікаря через сайт або дзвінок до реєстратури (реєстратор записує пацієнта до загальної електронної таблиці, яку видно на сайті)
Можливість фільтрувати виклики лікаря та відсіювати фіктивні	1. Багатоканальний телефон. Першим приймає виклик реєстратор. Він заповнює анкету зі стандартними питаннями (температура, симптоми) та віддає її лікарю, коли він іде на виклик (розроблено карту реєстрації виклику лікаря-педіатра (або загальної практики-сімейного лікаря що обслуговує дитяче населення) додому, (рис.). 2. Переадресація дзвінка на медсестру або лікаря, якщо виникають сумніви щодо необхідності виклику

**Картка реєстрації виклику лікаря-ПЕДІАТРА додому**

Можливість приїхати на прийом власним транспортом (прийом позачергово)

Патронаж: дата виписки \_\_\_\_\_ дата народження \_\_\_\_\_

Дата виклику \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. Час виклику \_\_\_\_:\_\_\_\_ № заявки \_\_\_\_

ПІБ пацієнта

Дата народження \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. Стать: Чол  Жін

Адреса виклику Буль.  Дім

№ підїзду  Код підїзду  Квартира

Тел. контактний

Виклик лікаря € \_\_\_\_\_ Первинним / Повторним

Основні скарги пацієнта

<p>Температура <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Блювання</p> <p><input type="checkbox"/> Болі в животі</p> <p><input type="checkbox"/> Висипи на тілі</p> <p><input type="checkbox"/> Пронос</p> <p><input type="checkbox"/> Кашель, нежить</p>	<p style="text-align: center;"><i>Інші скарги</i></p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>
--	---

Вам потрібен лікарняний? Так/ Ні У вас є прописка? Так/ Ні

Рис. Карта реєстрації виклику лікаря-педіатра (або лікаря загальної практики – сімейного лікаря, що обслуговує дитяче населення) додому

**ВИСНОВКИ**

Запропоноване бенчмаркінгове дослідження надання ПМСД було проведено у листопаді-грудні 2015 р. з метою впровадити практику медичного консалтингу в контексті реформування сфери охорони здоров'я в Україні. На основі аналізу міжнародних, національних та місцевих практик організації ПМСД та кейс-стаді АЗПСМ села Софіївська Борщагівка Києво-Святошинського району Київської області було запропоновано проект

програми змін роботи амбулаторії як один із можливих варіантів оптимізації діяльності закладів ПМСД в умовах автономізації на загальнодержавному рівні. Дослідження розраховане на ключових стейкхолдерів у сфері охорони здоров'я, експертів у медичній галузі та керівників закладів охорони здоров'я первинного рівня.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у впровадженні запропонованих заходів у діяльність закладу, моніторингу їх виконання та удосконалення.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Головончук І. Опікунська рада при закладі охорони здоров'я: як створити й організувати ефективну роботу : інформаційно-методичний посібник / І. Головончук, Д. Непочатова, Л. Сідельнік. – Київ., 2013.
2. Звіт про виконання районного бюджету Києво-Святошинського району за 2012 рік [Електронний документ]. – Режим доступу : [http://www.ksrr.gov.ua/files/Session\\_26\\_\(28.02.2013\)/287.pdf](http://www.ksrr.gov.ua/files/Session_26_(28.02.2013)/287.pdf) (С. 5) – Назва з екрану.
3. Звіт про виконання у 2010 році програми економічного, соціального та культурного розвитку Києво-Святошинського району на 2010 рік [Електронний документ]. – Режим доступу : [http://www.ksrr.gov.ua/files/Session\\_5\\_\(17.03.2011\)/60.pdf](http://www.ksrr.gov.ua/files/Session_5_(17.03.2011)/60.pdf) (С. 28) – Назва з екрану.
4. Інвестиційний паспорт Києво-Святошинського району Київської області (2011) [Електронний документ]. – Режим доступу: <http://www.ks-rda.gov.ua/images/files/3.pdf> (С. 16). – Назва з екрану.
5. Корнійчук О. П. Стан первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні / О. П. Корнійчук // Український мед. часопис. – 2012. – № 2 (88). – С. 3.
6. Облікова картка: Софіївсько-Борщагівська сільська рада, Київська область, Києво-Святошинський район [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/z7502/A005?rdat1=20.07.2008&rf7571=15970> – Назва з екрану.
7. Позачергові вибори народних депутатів України 26 жовтня 2014 року // Центральна виборча комісія. Офіційний веб-сервер [Електронний документ]. – Режим доступу: [http://www.cvk.gov.ua/vnd\\_2014](http://www.cvk.gov.ua/vnd_2014). – Назва з екрану.
8. Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти : Постанова Кабінету Міністрів України № 1138 від 17 вересня 1996 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.kmu.gov.ua>. – Назва з екрану.
9. Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи : наказ МОЗ України № 755 від 4 листопада 2011 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
10. Про затвердження Примірних штатних нормативів центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його структурних підрозділів : наказ МОЗ України № 585 від 21 серпня 2014 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
11. Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів : наказ МОЗ України № 1150 від 27 грудня 2013 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
12. Програма економічного, соціального та культурного розвитку Києво-Святошинського району Київської області на 2015 рік [Електронний документ]. – Режим доступу : [http://www.ksrr.gov.ua/files/Session\\_42\\_\(12.03.2015\)/477.pdf](http://www.ksrr.gov.ua/files/Session_42_(12.03.2015)/477.pdf) – Назва з екрану.
13. Ситуаційний аналіз розвитку сімейної медицини в Україні. 2010 рік / за ред. Г. О. Слабкого. – Київ, 2011. – С. 3.
14. Сірик В. О. Доцільність переходу від дільнично-територіального надання медичної допомоги до сімейної медицини. Принципи сімейного обслуговування населення / В. О. Сірик // Ліки України. – 2015. – № 2 (23). – С. 33.
15. Софіївсько-Борщагівська сільська рада, Києво-Святошинський район, Київська область [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://rada.info/rada/04362131>. – Назва з екрану.
16. Черешнюк Г. С. Організаційні основи загальної практики – сімейної медицини / Г. С. Черешнюк, Л. В. Черешнюк. – Вінниця : Данилюк В. Г., 2013. – С. 29.
17. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік / за ред. О. Квіташвілі. – Київ : МОЗ України, 2015. – С. 185.
18. Building primary care in a changing Europe / Edited by Dionne S. Kringos, Wienke G. W. Boerma, Allen Hutchinson, Richard B. Saltman. – Geneva : WHO, 2015. – P. 49.
19. See *ibid.* – P. 59.
20. Share of health spending dedicated to primary health care increasing // Australian Institute of Health and Welfare. – 19 December 2014 / [Electronic resource]. – Assess mode : <http://www.aihw.gov.au/media-release-detail/?id=60129550067>.
21. The Declaration of Alma-Ata, 6–12 September 1978 [Electronic resource]. – Assess mode : [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf).
22. Ukraine: Health system review / Valery Lekhan, Volodymyr Rudyi, Maryna Shevchenko [et al.]. – Copenhagen : WHO Regional Office in Europe, 2015. – P. XVIII, 44 (Health Systems in Transition. Vol. 17, № 2).

*Дата надходження рукопису до редакції: 20.01.2016 р.*



**Бенчмаркінгове дослідження амбулаторії  
общей практики – семейной медицины  
села Софіївська Борщагівка**

К. Телегіна<sup>1</sup>, І. Вербоветська<sup>1</sup>, І. Капалкіна<sup>1</sup>,  
А. Кудря<sup>2</sup>, А. Кучеренко<sup>1</sup>, С. Мандрусяк<sup>1</sup>,  
О. Надтока<sup>3</sup>, В. Ободовська<sup>1</sup>, О. Осейчук<sup>3</sup>,  
В. Пляцек<sup>4</sup>, К. Рымаренко<sup>3</sup>, Ю. Сергеева<sup>1</sup>,  
Т. Степанова<sup>5</sup>, О. Сушко<sup>1</sup>, Т. Тарасюк<sup>6</sup>, В. Штогрін<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Открытый университет реформ, г. Киев, Украина  
<sup>2</sup>ГУ «Украинский институт стратегических исследований  
Министерства здравоохранения Украины»,  
г. Киев, Украина

<sup>3</sup>Национальный университет «Киево-Могилянская  
академия», г. Киев, Украина

<sup>4</sup>Национальная детская специализированная больница  
«ОХМАТДЕТ», г. Киев, Украина

<sup>5</sup>Национальная медицинская академия последипломного  
образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

<sup>6</sup>Национальный медицинский университет  
имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

**Цель** – исследовать возможности медицинского консалтинга и внедрить его в практику на примере амбулатории общей практики – семейной медицины.

**Методы** – структурно-логического анализа, системного подхода, сравнительного анализа.

**Результаты.** В статье на основе анализа международных, национальных и местных практик организации первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) проведено кейс-стади амбулатории общей практики-семейной медицины села Софіївська Борщагівка Киево-Святошинского района Киевской области. Был предложен проект программы изменений в работе амбулатории как один из возможных вариантов оптимизации деятельности учреждений ПМСП в условиях автономизации на общегосударственном уровне.

**Выводы.** Исследование рассчитано на ключевых стейкхолдеров в сфере здравоохранения, экспертов отрасли и руководителей учреждений здравоохранения на первичном уровне.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** врач общей практики семейный врач, бенчмаркинг, медицинский консалтинг, SWOT-анализ.

**Benchmarking study  
of general practitioner – family medicine ambulatory  
of Sofiyivska Borschagivka village**

K. Telehina<sup>1</sup>, I. Verbovetskaya<sup>1</sup>, I. Kapalkina<sup>1</sup>,  
A. Kudria<sup>2</sup>, A. Kucherenko<sup>1</sup>, S. Mandrusyak<sup>1</sup>,  
O. Nadтока<sup>3</sup>, V. Obodovska<sup>1</sup>, O. Oseichuk<sup>3</sup>,  
V. Pliatsek<sup>4</sup>, K. Rymarenko<sup>3</sup>, U. Sergeeva<sup>1</sup>,  
T. Stepanova<sup>5</sup>, O. Sushko<sup>1</sup>, T. Tarasiuk<sup>6</sup>, V. Shtogrin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Open University of Reforms  
<sup>2</sup>PE «Ukrainian Institute of Strategic Researches  
MHC of Ukraine»

<sup>3</sup>National University «Kyiv-Mohyla Academy»

<sup>4</sup>National Children's Specialized Hospital «ОХМАТДЕТ»

<sup>5</sup>Shupyk National Medical Academy

<sup>6</sup>Bogomolets National Medical University

**Purpose** – to explore the possibility of consulting the medical and implement it in practice on the example of general practice – family medicine clinic.

**Methods** used in carrying out the work: structural and logical analysis, systematic approach, comparative analysis.

**Results.** The article is based on an analysis of international, national and local organization of primary care practices conducted case studies general practitioner - family medicine ambulatory village Sofiyivska Borschagivka Kiev-Sviatoshytsky district, Kyiv region. It was proposed the draft program of changes as one of the possible options for optimization of primary health care institutions in the conditions of autonomization at the national level.

**Conclusions.** The study is designed for key stakeholders in the healthcare sector, experts in the medical field and leaders of primary health care institution.

**KEY WORDS:** general practitioner, family doctor, benchmarking, SWOT analysis.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

**Тєлєгіна Катєрина** – лікар загальної практики – сімейний лікар, експерт групи «Реформа у сфері охорони здоров'я», Реанімаційний пакет реформ, співкоординатор «Відкритий університет реформ»; вул. Ольгинська, 6, м. Київ, 01001, Україна.

**Вєрбєвєцька Ірина** – начальник напрямку кардіохірургії ТОВ «Ірідіум».

**Капалкіна Ірина** – головний юрисконсульт відділу юридичної підтримки реструктуризації спеціальних кредитів клієнтів корпоративного бізнесу блоку управління ризиками ПАТ «Укрсоцбанк».

**Кудря Андрій** – пошукувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

**Кучєрєнко Антоніна** – журналіст медичного проекту «За живе!», телеканал СТБ, м. Київ, Україна.

**Мандрусєк Соломія** – асистент хірурга, Київська міська клінічна лікарня № 8; вул. Ю. Кондратюка, 8, м. Київ, 04107, Україна.

**Надтока Олександр** – старший викладач кафедри історії Національного університету «Києво-Могилянська академія», вул. Сковороди, 2, м. Київ, 04070, Україна.

**Ободовська Вікторія** – менеджер групи «Судові реформи» Реанімаційного пакету реформ.

**Осєйчук Олена** – Національний університет «Києво-Могилянська Академія», Школа охорони здоров'я; вул. Сковороди, 2, м. Київ, 04070, Україна.

**Пляцєк Володимир** – завідувач Центру радіології Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ»; вул. В'ячеслава Чорновола, 28/1, м. Київ, 01135, Україна.

**Римарєнко Катєрина** – фрілансер, Національний університет «Києво-Могилянська Академія»; вул. Г. Сковороди, 2, м. Київ, 04070, Україна.

**Сєргєєва Юлія** – Київський міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді; вул. О. Довженка, 2, м. Київ, 03057, Україна.

**Степанова Тєтяна** – старший викладач кафедри медичної статистики Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.

**Сушко Олександр** – CSD pathomorfology, молекулярний біолог.

**Тарасюк Тєтяна** – к.мед.н., асистент кафедри загальної хірургії №2 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; б-р Т. Шевченка, 13, м. Київ, 01601, Україна.

**Штоєрін Віктор** – директор гіпермаркету «Практикер», м. Київ, Україна.