

УДК 616–039.71+611.1:355

DOI: 10.32751/2663-0761-2018-03-02

**ОЦІНКА ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ ВІЙСЬКОВОГО ГОСПІТАЛЮ**

**М.І. Бадюк**, доктор медичних наук, професор, начальник кафедри організації медичного забезпечення збройних сил Української військово-медичної академії

**Т.А. Бібік**, доктор медичних наук, професор, професор кафедри організації медичного забезпечення збройних сил Української військово-медичної академії

**В.В. Солярик**, кандидат медичних наук, доцент, професор кафедри організації медичного забезпечення збройних сил Української військово-медичної академії

**І.К. Серeda**, підполковник медичної служби, кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри організації медичного забезпечення збройних сил Української військово-медичної академії

**Д.В. Бережок**, старший лейтенант медичної служби, начальник приймально-сортувального відділення медичної роти 95 ОДШБр

**Резюме.** У роботі проаналізовано думку пацієнтів, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у військовому госпіталі (ВГ) щодо якості надання медичної допомоги. Виявлено фактори, які можуть впливати на удосконалення лікувально-діагностичної роботи у госпіталі. Показано, що необхідно зміцнювати та розвивати первинну ланку медичної допомоги, налагоджувати етапність надання медичної допомоги в системі: військова ланка – військовий госпіталь, а також звернути увагу на забезпеченість лікарями, устаткуванням та умовами перебування під час лікування.

**Ключові слова:** військовослужбовці, пенсіонери Міністерства оборони (МО) - ветерани військової служби, якість надання медичної допомоги.

**Вступ.** Поняття якості в охороні здоров'я є філософською категорією, сутністю якої є задоволення потреб людини щодо збереження та поліпшення її здоров'я. Якість в охороні здоров'я – це складна система, в основу якої покладено сукупність принципів, що характеризують ефективність, економічність, адекватність, своєчасність, доступність, достатність процесів щодо охорони здоров'я людини (населення) на рівні науково-технічних досягнень в сучасний період [1, 2, 3].

Всесвітня організація охорони здоров'я розглядає якість медичної допомоги як комплексну реалізацію чотирьох складових: максимальне виконання професійних функцій, оптимальне використання ресурсів, мінімальний ризик для пацієнта і максимальна задоволеність пацієнта від взаємодії з медичною службою (Декларація про розвиток прав пацієнтів в Європі, 1994). Ці складові є

надзвичайно важливими і з точки зору так званого тотального управління якістю (Total Quality Management – TQM), де одним з найважливіших принципів є створення нової моделі управління, націленої на задоволення споживача і створення умов посиленої реалізації стратегічних цілей і планів медичної організації шляхом удосконалення процесів, що виконуються [4].

Одним із методів оцінки якості медичної допомоги є медико-соціологічне дослідження визначення рівня задоволеності потреби пацієнта, що слугує об'єктивному відображенню ситуації з питань гарантії якості в системі охорони здоров'я. Задоволеність пацієнтів отриманою медичною допомогою є визначеним критерієм якості діяльності медичної галузі, що рекомендований до використання Всесвітньою організацією охорони здоров'я. Серед критеріїв якості

медичної допомоги населенню важлива роль відводиться оцінкам думок самих пацієнтів про різні аспекти медичного обслуговування. Традиційна система медико-статистичних показників, а також сучасні системи клініко-статистичних стандартів якості медичної допомоги не можуть охопити всіх аспектів діяльності медичних служб. Іноді відбувається так, що навіть всі стандарти витримуються, а пацієнти не задоволені умовами надання медичної допомоги і у цьому випадку її якість буде неприйнятною [3, 5].

З якістю надання медичної допомоги зустрічається кожна особа, яка знаходиться на стаціонарному лікуванні як у цивільному так і у ВГ, постійно порівнюючи бажаний і отриманий результат. Серед багатьох критеріїв якості медичної допомоги одним з найважливіших є рівень задоволеності самих пацієнтів під час стаціонарного лікування [6, 7].

Системи контролю за якістю надання медичної допомоги військовослужбовцям, пенсіонерам та ветеранам військової служби під час знаходження їх на стаціонарному лікуванні у ВГ в нормативно-правових документах МО України відображена недостатньо, що обумовило актуальність даного дослідження.

**Мета дослідження** – оцінка якості надання медичної допомоги за результатами опитування хворих в стаціонарних умовах ВГ.

**Матеріали та методи дослідження.** Дослідження проводилося у ВГ серед пацієнтів стаціонарних відділень на основі клінічного аудиту. В опитуванні приймали участь 309 осіб. Для досягнення поставленої мети нами використовувалась “Методика медико-соціологічного вивчення рівня якості медичної допомоги у лікувальних закладах ЗС України” (далі – Методика) [8]. Дана методика призначена для соціальної оцінки якості медичної допомоги у військових лікувальних закладах. Вона дозволяє об’єктивно та з мінімальними затратами отримати достовірні результати оцінки. Для збору соціологічної інформації пацієнтам пропонувалось заповнити анкету, яка містить інструкцію із

заповнення, демографічний блок (вік, стать, рід занять, національність, місце проживання, освіта) та лист опитування, що містить перелік питань щодо якості медичного обслуговування.

Пацієнти оцінюють дев’ять параметрів якості медичного обслуговування з використанням семибальної шкали (1 бал – дуже незадоволений; 2 бали – незадоволений; 3 бали – якоюсь мірою незадоволений; 4 бали – нейтральний; 5 балів – якоюсь мірою задоволений; 6 балів – задоволений; 7 балів – дуже задоволений), а саме: умови перебування в лікувальному закладі (палата, санітарний вузол та ін.), умови надання медичної допомоги, якість харчування, оснащення сучасною лікувально-діагностичною апаратурою, організація лікувально-діагностичного процесу, оцінка морально-психологічного клімату в медичному колективі, оцінка кваліфікації лікарів та середнього медичного персоналу, забезпеченість ліками та ін.

При обробці результатів анкетування середні оцінки для кожної складової якості медичного забезпечення кожної досліджуваної групи порівнювались із інтегральним коефіцієнтом визначеним у Методиці, що варіюють від 4,5 до 5,87 балів.

Розподіл респондентів пошукового дослідження за віком, категоріями та статтю в абсолютних числах показано в табл. 1.

Відповідно до табл.1 ми отримали наступні групи респондентів:

група 1 – військовослужбовці строкової служби;

група 2 – військовослужбовці військової служби за контрактом;

група 3 – пенсіонери МО України – ветерани військової служби.

Дана вибірка дозволила провести аналіз отриманих результатів соціологічного опитування пацієнтів, які виписуються із ВГ, оцінити якість надання медичної допомоги кожної складової та загальної якості медичного забезпечення. Зауваження пацієнтів щодо надання медичної допомоги можуть бути використані начальником госпіталю у повсякденній його діяльності для покращення якості надання медичної допомоги пацієнтам.

Таблиця 1

## Розподіл респондентів пошукового дослідження за віком, категоріями та статтю (абс.ч.)

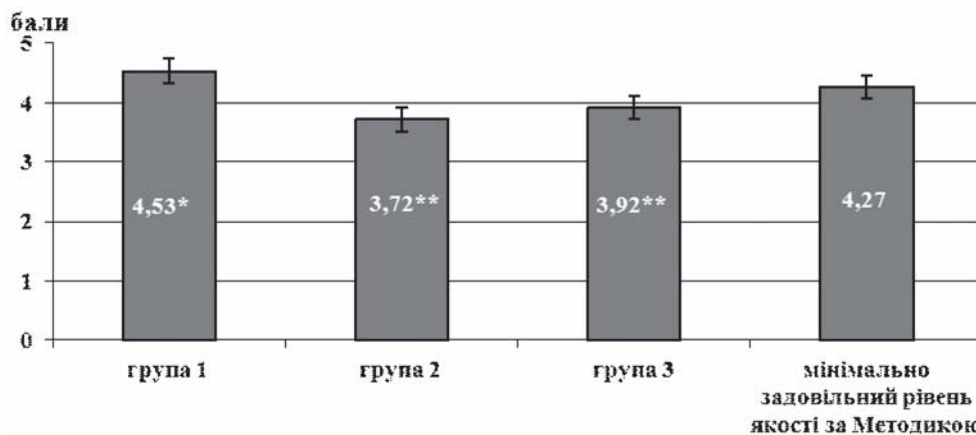
Розподіл за віком		
До 20 років	21-50 років	Понад 50 років
94	144	71
Розподіл за контингентом		
Військовослужбовці строкової служби	Військовослужбовці військової служби за контрактом	Пенсіонери МО – ветерани військової служби
94	144	71
Розподіл за статтю		
Чоловіки	Жінки	
279	30	

Отримані матеріали обробляли за допомогою спеціалізованої комп'ютерної програми статистичного аналізу. Використовували методи описової статистики та критерії значущості із застосуванням t-критерію Стьюдента.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Система військової охорони здоров'я України зазнає великих труднощів і, в першу чергу фінансового характеру, внаслідок економічної кризи. Тому, основною метою проведеного дослідження було визначення реального рівня якості і доступності медичної допомоги, яку отримують військовослужбовці та пенсіонери МО - ветерани військової служби. Проблеми

забезпечення якості та доступності медичної допомоги, питання реформування системи військової охорони здоров'я в Україні, матеріально-технічне оснащення галузі, етапність надання медичної допомоги, сфера професійної діяльності медичних працівників – ось основне коло питань, яке було розглянуто через призму даних соціологічного опитування.

Вивчаючи умови перебування респондентів у ВГ (рис. 1), ми порівнювали їх за категоріями (групами), в основі яких – вік перебування на військовій службі, умови проходження військової служби, а для ветеранів право на безоплатне медичне обслуговування у військово-медичних закладах.



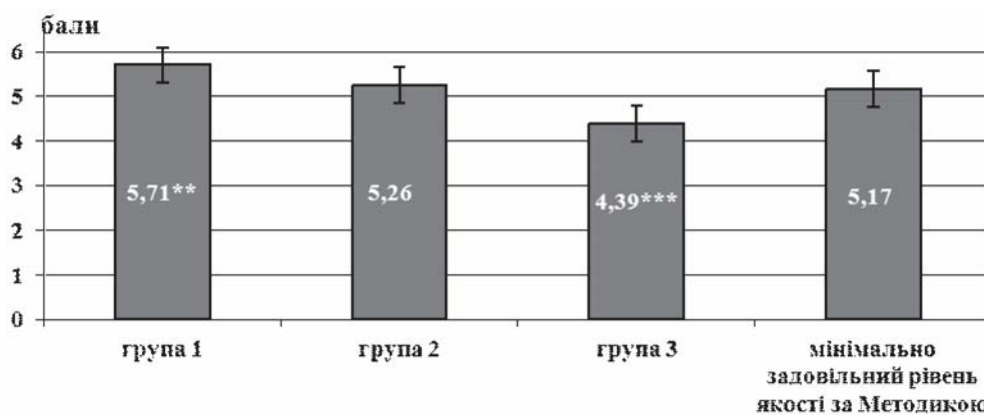
**Примітка:** \*, \*\*, \*\*\* - достовірність різниці середньогрупового показника із мінімально задовільним рівнем якості за Методикою за критерієм Стьюдента відповідає рівню  $p < 0,05$ ,  $p < 0,01$ ,  $p < 0,001$

**Рис. 1.** Оцінка показників умов перебування у ВГ в об'єднаних групах респондентів у порівнянні з мінімально задовільним рівнем якості за Методикою

Аналізуючи умови перебування пацієнтів у ВГ (рис. 1) встановлено, що рівень задоволеності умовами перебування респондентів за показниками склав: для групи 1 –  $4,53 \pm 0,26$  і є достовірно найвищим ( $p < 0,05$ ) серед анкетованих груп та більшим, ніж мінімально задовільний рівень якості за Методикою – 4,27. Середньогрупові показники умов перебування у лікувальному закладі серед групи 2 та групи 3 є достовірно нижчими ( $p < 0,01$ ), ніж мінімально задовільний рівень якості за Методикою, і становлять відповідно  $3,72 \pm 0,22$  та  $3,92 \pm 0,24$  балів.

Загальногруповий показник задоволеності умовами перебування пацієнтів у ВГ складає  $4,06 \pm 0,17$  балів і є достовірно ( $p < 0,05$ ) нижчим показника мінімально задовільного рівня умов перебування пацієнтів у ВГ за Методикою, що свідчить про необхідність покращення умов перебування пацієнтів в стаціонарі.

Оцінка показників умов надання медичної допомоги пацієнтам у ВГ в об'єднаних групах респондентів у порівнянні з мінімально задовільним рівнем якості за Методикою показано на рис. 2.



**Примітка:** \*, \*\*, \*\*\* – достовірність різниці середньогрупового показника із мінімально задовільним рівнем якості за Методикою за критерієм Стьюдента відповідає рівню  $p < 0,05$ ,  $p < 0,01$ ,  $p < 0,001$

**Рис. 2.** Оцінка показників умов надання медичної допомоги пацієнтам у ВГ в об'єднаних групах респондентів у порівнянні з мінімально задовільним рівнем якості за Методикою

Встановлено (рис. 2), що середній рівень показника в групі 1 склав  $5,71 \pm 0,39$ , що є достовірно ( $p < 0,01$ ) вищим ніж мінімально задовільний рівень якості за Методикою, в той час як в групі 3 цей показник достовірно ( $p < 0,001$ ) нижчий і склав  $4,39 \pm 0,21$ . В групі 2 середній рівень показника становить  $5,26 \pm 0,54$  і хоча він дещо вищий від мінімального показника однак достовірної різниці не встановлено. Загалом, середній показник для усіх груп  $5,12 \pm 0,38$  не перевищує 5,17 балів, що свідчить про те, що надання медичної допомоги у ВГ потребує покращення.

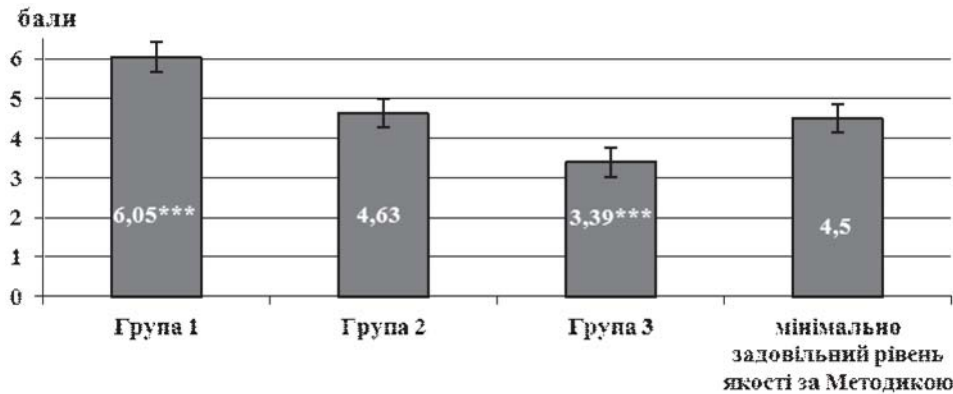
Наступним питанням, що вивчалось було визначення рівня якості харчування у ВГ (рис. 3).

Середньогруповий показник рівня якості харчування у ВГ серед респондентів 1-ї групи

є достовірно найвищим і становить  $6,05 \pm 0,12$  балів, та є достовірно вищим ( $p < 0,001$ ), ніж мінімально задовільний рівень якості за Методикою (4,5 балів). Достовірно ( $p < 0,001$ ) нижчим від мінімально задовільного рівня якості за Методикою є середньогруповий показник серед респондентів 3-ї групи, що становить  $3,39 \pm 0,17$ . У групі 2 середній рівень якості харчування становить  $4,63 \pm 0,19$  і хоча він дещо вищий від мінімального показника однак достовірної різниці не встановлено.

Загальногруповий показник задоволеності якістю харчування у ВГ складає  $4,69 \pm 0,09$  балів, що знаходиться в межах мінімально задовільного рівня якості за Методикою.

Оцінка оснащення сучасною лікувально-діагностичною апаратурою ВГ представлена на рис. 4.

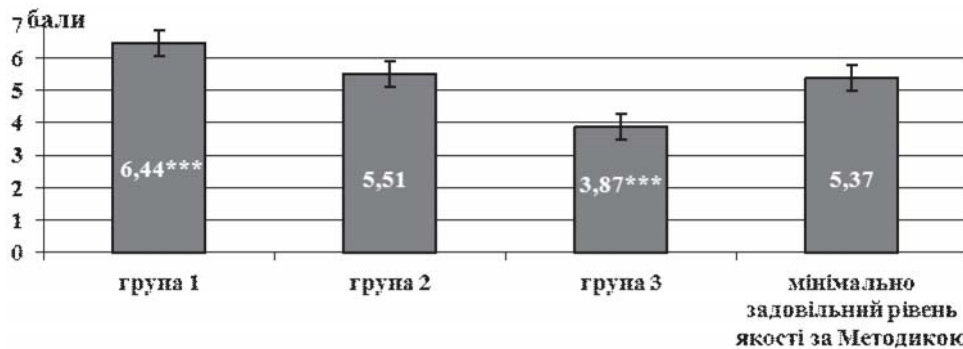


**Примітка:** \*, \*\*, \*\*\* – достовірність різниці середньогрупового показника із мінімально задовільним рівнем якості за Методикою за критерієм Стьюдента відповідає рівню  $p < 0,05$ ,  $p < 0,01$ ,  $p < 0,001$

**Рис. 3.** Оцінка показників рівня якості харчування у ВГ в об'єднаних групах респондентів у порівнянні з мінімально задовільним рівнем якості за Методикою

Оснащення сучасною лікувально-діагностичною апаратурою ВГ високо оцінено групою 1, показник –  $6,44 \pm 0,45$ , який достовірно вищий ( $p < 0,001$ ) у порівнянні з мінімально задовільним рівнем якості за Методикою. В той час як середньогруповий показник для групи 3 достовірно ( $p < 0,001$ ) нижчий і становить  $3,87 \pm 0,21$ .

Так, встановлено, що серед пенсіонерів МО – ветеранів військової служби частка незадоволених оснащенням сучасною лікувально-діагностичною апаратурою ВГ складає 78,9%. В той час як серед військовослужбовців строкової служби та військовослужбовців військової служби за контрактом ці показники набагато нижчі і становлять 6,4% та 34,7% відповідно.



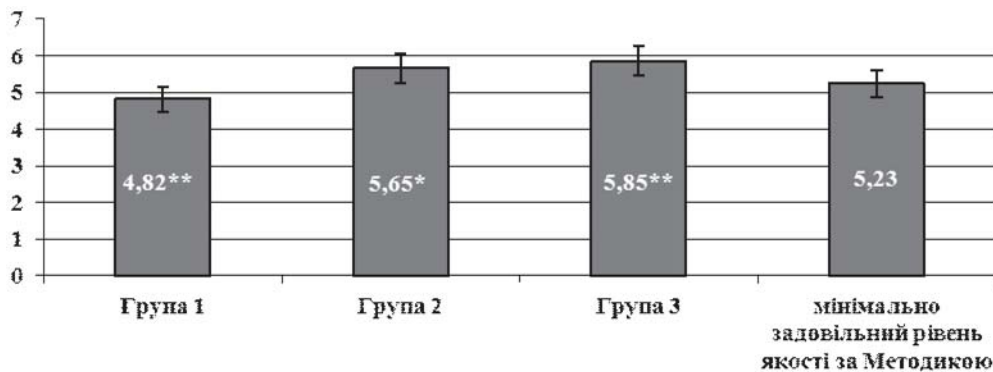
**Примітка:** \*, \*\*, \*\*\* – достовірність різниці середньогрупового показника із мінімально задовільним рівнем якості за Методикою за критерієм Стьюдента відповідає рівню  $p < 0,05$ ,  $p < 0,01$ ,  $p < 0,001$

**Рис. 4.** Оцінка показників оснащення сучасною лікувально-діагностичною апаратурою ВГ в об'єднаних групах респондентів у порівнянні з мінімально задовільним рівнем якості за Методикою

Оцінка організації лікувально-діагностичного процесу у ВГ показана на рис. 5.

Респонденти групи 1 (рис. 5) достовірно ( $p < 0,01$ ) нижче оцінили рівень показника організації лікувально-діагностичного процесу у ВГ, ніж мінімально задовільний рівень якості за Методикою. Респонденти 2 і 3 груп організацію

лікувально-діагностичного процесу оцінили на високому рівні ( $5,65 \pm 0,25$  та  $5,85 \pm 0,19$  відповідно), причому дані показники достовірно вищі ( $p < 0,05$  та  $p < 0,01$  відповідно) від мінімально задовільного рівня якості за Методикою, що свідчить про належний рівень організації лікувально-діагностичного процесу.



**Примітка:** \*, \*\*, \*\*\* – достовірність різниці середньогрупового показника із мінімально задовільним рівнем якості за Методикою за критерієм Стьюдента відповідає рівню  $p < 0,05$ ,  $p < 0,01$ ,  $p < 0,001$

**Рис. 5.** Оцінка організації лікувально-діагностичного процесу у ВГ в об'єднаних групах респондентів у порівнянні з мінімально задовільним рівнем якості за Методикою

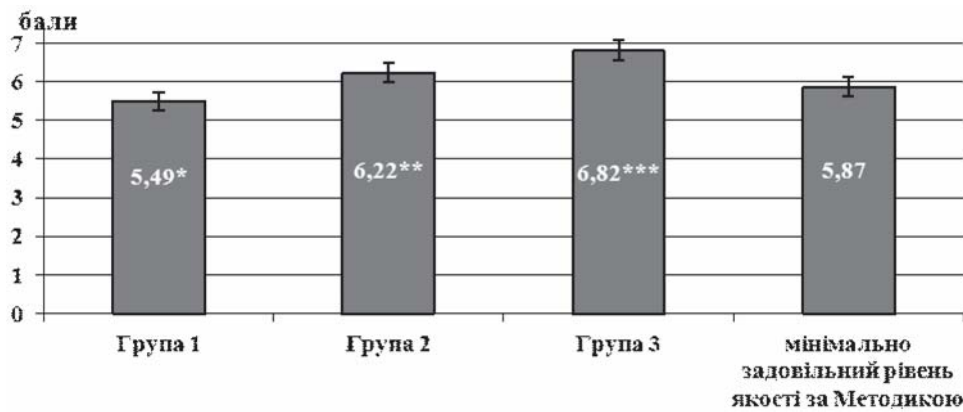
Оцінка кваліфікації лікарів у ВГ представлена на рис. 6.

Оцінюючи кваліфікацію лікарів (рис. 6) встановлено, що респонденти 2 і 3 груп кваліфікацію лікарів оцінили на високому рівні ( $6,22 \pm 0,21$  та  $6,82 \pm 0,28$  відповідно), причому дані показники достовірно вищі ( $p < 0,01$  та  $p < 0,001$  відповідно) від мінімально задовільного рівня якості за Методикою, що свідчить про високу кваліфікацію лікарів.

Оцінка забезпечення ліками та іншими медичними і фармацевтичними препаратами у ВГ представлена на рис. 7.

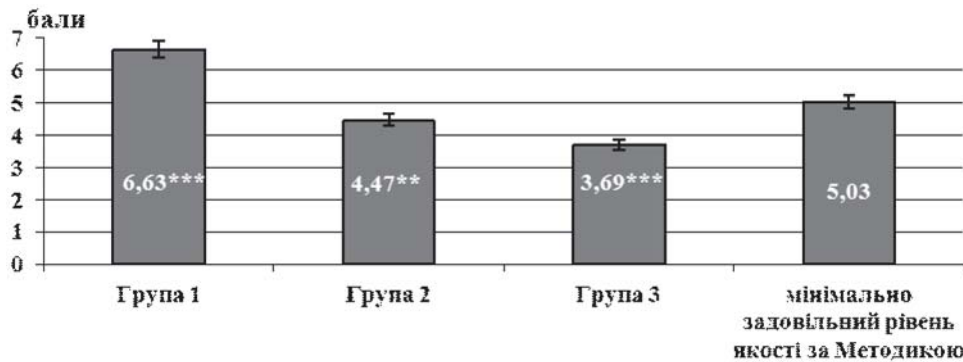
Із рис. 7 видно, що у досліджуваних групах на недостатнє забезпечення ліками достовірно ( $p < 0,01$  та  $p < 0,001$ ) частіше відмічали респонденти групи 2 та 3, у порівнянні з респондентами групи 1, які відмітили забезпечення ліками та іншими медичними і фармацевтичними препаратами у ВГ на високому рівні і достовірно вище ( $p < 0,001$ ) ніж мінімально задовільний рівень за Методикою.

У зв'язку з тим, що даною Методикою умови надання медичної допомоги вивчаються виключно узагальнено одним питанням без деталізації, нами проведено удосконалення анкети, респондентам було запропоновано відповісти на запитання: ким Ви направлені (рис. 8) на стаціонарне лікування (сімейним лікарем, лікарем-спеціалістом, лікарем машини швидкої медичної допомоги, лікарем лікувального закладу після виписки із стаціонару (хворим із хронічними захворюваннями) для повторного підтримуючого, корегуючого лікування, самостійно – без направлення лікаря), скільки часу Ви перебували у приймальному відділенні та очікували госпіталізації (рис. 9), поінформованість про хворобу та її профілактику (рис. 10), а також висловити Ваші пропозиції і побажання щодо покращення організації надання медичної допомоги у ВГ (рис. 11).



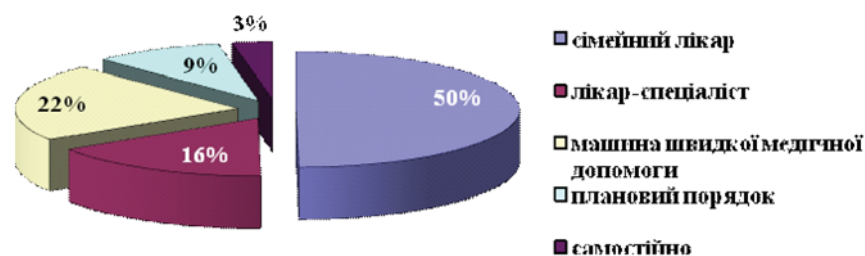
Примітка: \*, \*\*, \*\*\* – достовірність різниці середньогрупового показника із мінімально задовільним рівнем якості за Методикою за критерієм Стьюдента відповідає рівню  $p < 0,05$ ,  $p < 0,01$ ,  $p < 0,001$

**Рис. 6.** Оцінка кваліфікації лікарів у ВГ в об'єднаних групах респондентів у порівнянні з мінімально задовільним рівнем якості за Методикою



Примітка: \*, \*\*, \*\*\* – достовірність різниці середньогрупового показника із мінімально задовільним рівнем якості за Методикою за критерієм Стьюдента відповідає рівню  $p < 0,05$ ,  $p < 0,01$ ,  $p < 0,001$

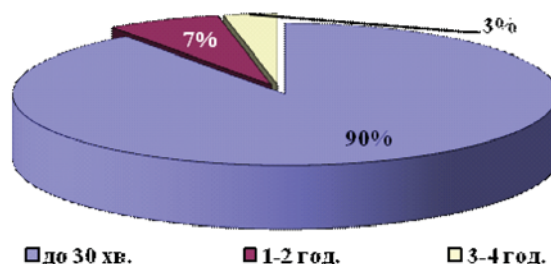
**Рис. 7.** Оцінка забезпечення ліками та іншими медичними і фармацевтичними препаратами у ВГ в об'єднаних групах респондентів у порівнянні з мінімально задовільним рівнем якості за Методикою



**Рис. 8.** Частота направлень на госпіталізацію у ВГ лікарем загальної практики та лікарями-спеціалістами

Результати дослідження свідчать (рис. 8), що 50 % опитаних госпіталізовані у відділення ВГ за направленням лікаря загальної практики-сімейного лікаря, 16 % за направленням вузького фахівця з поліклініки госпіталю, 22 % – машиною швидкої допомоги, 9% – в плановому порядку, 3 % – самостійно. Враховуючи відсоток госпіталізованих лікарем загальної практики-сімейним лікарем, а також відсоток пацієнтів, які самостійно прибули у ВГ

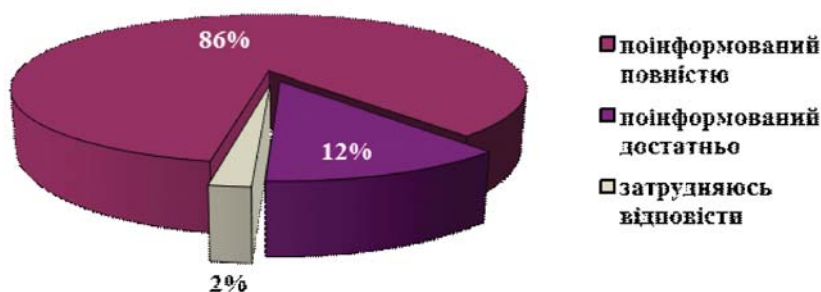
для госпіталізації (без направлення лікаря) та госпіталізації машиною швидкої допомоги, підкреслює необхідність у потребі налагодження етапності надання медичної допомоги в гарнізоні, що безумовно повинно призвести до оптимізації ліжкового фонду та концентрації фінансових ресурсів на розвиток первинної медичної допомоги, де до 80 % пацієнтів мають починати і закінчувати лікування.



**Рис. 9.** Час перебування респондентів у приймальному відділенні та очікування на госпіталізацію

Так (рис. 9), на запитання: “Скільки часу Ви перебували у приймальному відділенні?” 90 % опитаних відмітили, що у приймальному відділенні

вони перебували до 30 хв., 7 % респондентів – 1-2 год., 3% респондентів вказали на 3-х – 4-х годинну чергу при госпіталізації.



**Рис. 10.** Поінформованість респондентів про хворобу та її профілактику

Аналіз відповідей респондентів (рис. 10) на запитання щодо поінформованості про хворобу та її профілактику показав, що повну інформацію мають 86 % респондентів, достатню – 12 %, затрудняються відповісти – 2 % респондентів.

Аналіз пропозицій щодо покращення організації надання медичної допомоги у ВГ (рис. 11) показав, що 36,2 % респондентів висловили пропозиції зробити ремонт у ВГ з встановленням санвузлів в палатах; 30,7 % –

покращити забезпечення ліками та фармацевтичними препаратами; 16,8 % респондентів вважають за доцільне закупити нове устаткування; 13,7 % – підвищити заробітну плату медичному персоналу за якісну роботу та 2,6 % – покращити якість харчування.

Вивчення задоволеності пацієнтів при диференційованому підході дає уявлення про ті проблеми, які часом приховані від погляду медичних працівників, але існують на різних рівнях медичної служби. Це, в свою чергу, може



допомогти у виявленні так званих “слабких місць” в організації якісних лікувально-профілактичних

заходів, а також у визначенні конкретних шляхів удосконалення медичної допомоги.

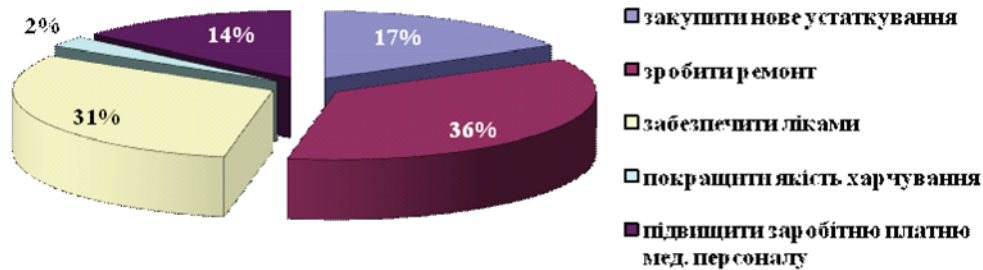


Рис. 11. Пропозиції щодо покращення організації надання медичної допомоги у ВГ

### Висновки

1. Встановлено, що умови в яких надавалась медична допомога усім категоріям військовослужбовців, пенсіонерам МО – ветеранам військової служби у ВГ, потребують покращення.

2. Відзначено, що повну інформацію поінформованості про хворобу та її профілактику мають 86 % респондентів, достатню – 12 %, затрудняються відповісти – 2 % респондентів.

3. Показано, що серед пенсіонерів МО – ветеранів військової служби частка незадоволених оснащенням сучасною лікувально-діагностичною апаратурою ВГ складає 78,9 %. В той час як серед військовослужбовців строкової служби та військовослужбовців військової служби за контрактом ці показники набагато нижчі і становлять 6,4 % та 34,7 % відповідно.

4. На недостатнє забезпечення ліками достовірно ( $p < 0,01$  та  $p < 0,001$ ) частіше відмічали військовослужбовці військової служби за контрактом та пенсіонери МО - ветерани військової служби у порівнянні з

військовослужбовцями строкової служби, які оцінили забезпечення ліками та іншими медичними і фармацевтичними препаратами у ВГ на високому рівні.

5. З метою покращення надання медичної допомоги у ВГ 36,2 % респондентів висловили пропозиції зробити ремонт у з встановленням санвузлів в палатах; 30,7 % – забезпечити ліками та фармацевтичними препаратами; 16,8 % – закупити нове устаткування; 13,7 % – підвищити заробітну плату медичному персоналу за якісну роботу та 2,6 % – покращити якість харчування.

6. Низький показник направлень на госпіталізацію лікарем загальної практики – сімейним лікарем (до 50 %) у порівнянні з лікарями-спеціалістами, підтверджують необхідність зміцнення та розвитку первинної ланки медичної допомоги, невідкладного налагодження етапності надання медичної допомоги в системі: військова ланка – військовий госпіталь, а також забезпечення більш ефективного використання ліжкового фонду ВГ.

### Література

1. Богомаз В.М. Оцінка якості медичної допомоги в системі добровільного медичного страхування / В.М. Богомаз // Український медичний часопис: Наук.- практи. загально-медичний журн. – 2006. – № 1. – С. 104-108.

2. Вороненко Ю.В. Визначення компетенції в оцінці якості підготовки фахівців у системі безперервного професійного розвитку лікарів / Ю.В.

Вороненко, А.М. Сердюк, О.П. Мінцер та ін. // Україна. Здоров'я нації. – 2007. – №1. – С. 37-41.

3. Горачук В.В. Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я. Монографія / В.В. Горачук. – Вінниця: ПП Балюк І.Б., 2012. – С. 18-23.

4. Рекомендації щодо вдосконалення системи управління якістю медичної допомоги в Україні:

інструменти управління якістю / Проект ЄС “Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні” // Представництво Європейської Комісії в Україні. – К., 2009. – 44 с.

5. Зюков О.Л. Сучасні підходи до визначення змісту поняття “Якість медичної допомоги” / О.Л. Зюков // Охорона здоров'я України. – 2007. – № 3 – 4. – С. 54-59.

6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 01.08.2011 за № 454 “Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у

галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року”.

7. Степаненко А.В., Зброжек С.І., Донченко Т.М. Стан здоров'я населення України та результати діяльності закладів охорони здоров'я: Щорічна доповідь / А.В. Степаненко, С.І. Зброжек, Т.М. Донченко // За ред. В.Ф. Москаленка. – К., 2001. – С. 217-220.

8. Методика медико-соціологічного вивчення рівня якості медичної допомоги у лікувальних закладах Збройних Сил України. – К.: НДІ ПВМ ЗС України, 2007. – 26 с.

УДК 355.351:355.724

DOI: 10.32751/2663-0761-2018-03-03

## АНАЛІЗ КОДИФІКОВАНИХ ВИПАДКІВ ЗАХВОРЮВАНЬ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МІНІСТЕРСТВА ОБОРОНИ УКРАЇНИ У 2017 РОЦІ

**А.М. Галушка**, полковник медичної служби, доктор медичних наук, професор, перший заступник начальника Головного військово-медичного управління

**Н.М. Сидорова**, кандидат медичних наук, доцент кафедри військової загальної практики – сімейної медицини Української військово-медичної академії

**Резюме.** У статті наведено дані щоквартальних звітів 66 Військового мольного госпітала (ВМГ), 61 ВМГ, 65 ВМГ, 59 ВМГ, 385 Військового госпітала (ВГ), 450 ВГ та Військово-медичного клінічного центру Північного регіону за 2017 р. щодо кодифікованих випадків захворювань. Виявлено різницю між загальною популяцією та популяцією військовослужбовців щодо найбільш поширених патологій. Зокрема у військовослужбовців порівняно з цивільними працездатного віку мало місце майже 3-кратне переважання поширеності хвороб класу XI за рахунок кодифікації дорсопатії у 79,91% військовослужбовців з захворюванням цього класу. Хвороби системи кровообігу займають третє місце у структурі кодифікованих випадків у військових лікувальних закладах у 2017 р.

**Ключові слова:** кодифіковані випадки захворювань, заклади охорони здоров'я, Міністерство оборони України, поширеність захворювань, військовослужбовці, організація надання медичної допомоги.

**Вступ.** В умовах ведення антитерористичної операції (АТО), а згодом і Операції об'єднаних сил (ООС), суттєво змінюється паттерн показників захворюваності на хвороби різних класів, що обумовлює зміни у потребах в окремих видах медичної допомоги військовослужбовцям, реорганізації її системи порівняно з мирним часом, зокрема в зоні проведення АТО/ООС [1-3]. Для створення бази, яка дає можливість розробки таких змін,

необхідні точні дані щодо показників частоти виявлення певних патологій не тільки загалом по всіх закладах охорони здоров'я Міністерства охорони (МО) України, але й по окремих закладах, або типах закладів. Аналіз таких даних в роки проведення АТО виконували у Національному військово-медичному клінічному центрі (НВМКЦ) «Головний військовий клінічний госпіталь» («ГВКГ») [4-8]. Втім, не менш важливим є визначення