## Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ

НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ

ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ім. П. Л. ШУПІКА

**ПОДОЛЯКА ВАЛЕНТИНА ЛЕОНІДІВНА**

УДК 614.2:364.42/.44:338.246:001.73(1-21)

**НАУКОВЕ ОБГРУНТУВАННЯ МОДЕЛІ ОПТИМІЗАЦІЇ**

**СТАЦІОНАРНОЇ ДОПОМОГИ У ВЕЛИКОМУ**

**ПРОМИСЛОВОМУ МІСТІ**

14.02.03 – соціальна медицина

**Автореферат**

дисертації на здобуття наукового ступеня

доктора медичних наук

Київ – 2008

|  |  |
| --- | --- |
| Дисертацією є рукопис  Робота виконана в Донецькому національному медичному університеті ім. М. Горького МОЗ України  **Науковий консультант:** доктор медичних наук, професор  **Слабкий Геннадій Олексійович,**  ДУ «Український інститут стратегічних досліджень  МОЗ України», директор  **Офіційні опоненти:** доктор медичних наук, професор **Корнацький Василь**  **Миколайович**, завідувач наукового відділу медико-  соціальних проблем кардіології, головний лікар -  заступник директора по клінічній роботі  Національного наукового центру «Інститут кардіології  імені М.Д.Стражеска» АМН України.    доктор медичних наук, професор **Сайдакова Наталія**  **Олександрівна**, завідувач відділу епідеміології та  організаційно-методичної роботи Інституту урології  АМН України.  доктор медичних наук, професор **Волошин**  **Володимир Олександрович**, професор спеціальної  кафедри № 3 Національної академії служби Безпеки  України.    Захист відбудеться «\_21\_» \_листопада\_ 2008 р. о 10 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.613.07 при Національній медичній академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України за адресою: 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, кафедра управління охороною здоров’я, аудиторія № 46.  З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика за адресою: 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.  Автореферат розісланий «\_21\_» \_жовтня\_ 2008 р.  **Вчений секретар**  **спеціалізованої вченої ради В.І. Бугро** |  |

**ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

**Актуальність теми.** Сучасний соціально-економічний розвиток України супроводжується кризовими явищами в економіці, розшаруванням суспільства за рівнем життя, соціальною нестабільністю, несприятливою екологічною ситуацією, що призвело до погіршення здоров’я населення (Пономаренко В.М., 2004; Агар­ков В.І., 2005; Гойда Н.Г., 2006). В таких умовах Державний бюджет неспромож­ний задовольнити потреби медичної практики і забезпечити її необхідними ресурсами, які до того ж використовуються недостатньо раціонально і ефективно (МОЗ, 2004, 2005). Як результат, значна частка, медичної допомоги, зокрема стаціонарної, стає для населення високооплатною, що негативно впливає на її доступність (Москаленко В.Ф., 2002). При цьому у найбільш складному станови­щі опинилися найуразливіші категорії населення: діти, люди похилого віку, хронічні хворі, інваліди (Голубчиков М.В., 2005; Сердюк А.М., 2006), що свідчить про необхідність здійснення заходів щодо забезпечення населення доступною та якісною медичною допомогою (Дорогой А.П., 2006; Корнацький В.М., 2007).

Слід також враховувати, що згідно чинного законодавства останнім часом територіальні системи охорони здоров’я фінансуються з розрахунку на одного жителя, а медичні заклади, які в своїй більшості залишаються у прямому під­порядкуванні органів управління охороною здоров’я, продовжують отримувати кошти за розподільчим принципом, позитивний потенціал якого вже вичерпаний (Ціборовський О.М., 2002; Голяченко О.М., 2003).

Стаціонари фінансуються за кошторисом витрат ліжкового фонду, що в минулому становило основу його екстенсивного розвитку, а на сучасному етапі є головною причиною збереження деформованої структури медичної допомоги (Лехан В.М., 2003), що призводить до зростання числа необґрунтованих госпіталі­зацій. Як результат, і без того обмежені кошти спрямовуються на утримання «роздутого» ліжкового фонду замість повноцінного ресурсного забезпечення кожного випадку медичної допомоги (Карамушка Л.І., 2006; Шевченко М.В., 2007).

Слід наголосити, що раціональність використання ресурсів системи охорони здоров’я є актуальною не тільки для України, але і для інших держав (Мости­пан О.В., 2003; Слабкий Г.О., 2004), та відзначається недостатністю як медико-соціальної, так і економічної ефективності, що призводить до ще більшого загост­рення проблем доступності і своєчасності медичної допомоги та її якості (ВООЗ, 2002).

Світовий досвід свідчить, що структурну перебудову медичної допомоги слід проводити з використанням не тільки адміністративних, але і економічних методів управління. При цьому складність перетворень, особливо в ринкових умовах та виникненні непередбачуваних ситуацій, потребує розробки чіткої програми дій та їх поетапного здійснення (Москаленко В.Ф., 2000; Лехан В.М., 2002; Вороненко Ю.В., 2004) з метою більш ефективного використання ресурсів, зокрема стаціонарного сектору великого промислового міста, та підвищення ме­дичної іа соціальної ефективності його діяльності (Слабкий Г.О., 2003; Воло­шин В.О., 2003).

Відсутність наукового обґрунтування моделі оптимізації стаціонарної допо­моги промислового регіону та необхідність її наявності в умовах реформування галузі охорони здоров’я і обумовило актуальність дослідження, визначило його мету та завдання.

**Зв’язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисерта­ційна робота є фрагментом комплексної науково-дослідницької роботи «Удоско­налення медичної допомоги населенню з особливими потребами промислового регіону» згідно з планом Донецького національного медичного університету імені М. Горького, номер державної реєстрації 0103U007883. Дослідження здійсню­валось у відповідності до Міжгалузевої комплексної програми «Здоров’я нації» на 2002–2011 роки, затвердженої Постановою Кабінету Міністрів України від 14.01.2002 р. № 14 та спрямованої на виконання Указу Президента України від 06.12.2005 р. «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров’я населення».

**Мета дослідження:** наукове обґрунтування моделі оптимізації стаціонарної допомоги в закладах другого рівня у великому промисловому місті.

**Завдання дослідження**, зумовлені поставленою метою, передбачали:

* проведення порівняльного аналізу особливостей стаціонарної допомоги в Україні та інших країнах;
* вивчення основних показників діяльності та раціональності і обґрунто­ваності використання ліжкового фонду стаціонарного сектору охорони здоров’я великого промислового міста;
* виявлення особливостей бюджетного фінансування та залучення і викорис­тання позабюджетних коштів охорони здоров’я;
* проведення аналізу рівня медичної та соціальної ефективності діяльності стаціонарного сектору великого промислового міста;
* здійснення медико-соціологічного дослідження серед лікарів та пацієнтів щодо шляхів підвищення ефективності надання стаціонарної медичної до­помоги;
* аналіз застосування інформаційних технологій в управлінні ефективністю використання ресурсів стаціонарного сектору охорони здоров’я;
* наукове обґрунтування моделі оптимізації стаціонарної допомоги в закладах другого рівня у промисловому місті та визначення її медичної, соціальної та економічної ефективності.

*Дослідження* проводилося на базі закладів охорони здоров’я м. Донецька, які надають вторинну стаціонарну медичну допомогу.

*Об’єкт дослідження —* система охорони здоров’я промислового регіону.

*Предмет дослідження —* заклади стаціонарної медичної допомоги, статис­тичні звіти, історії хвороби.

*Методи дослідження.* Методологія дослідження базувалась на системному підході, а основними його методами стали: медико-статистичний, бібліосемантич­ний, соціологічний, експертних оцінок, контент-аналізу, моделювання і графіч­ного зображення результатів аналізу даних, економічний.

**Наукова новизна** **отриманих результатів** полягає в тому, що вперше в Україні:

* проаналізовано стан організації стаціонарної допомоги населенню промис­лового регіону в закладах охорони здоров’я другого рівня;
* запропонована нова методика вивчення раціонального використання ліжко­вого фонду в стаціонарних закладах другого рівня та обґрунтовані прин­ципи формування їх мережі;
* визначені напрямки підвищення соціальної ефективності стаціонарного сек­тору охорони здоров’я промислового міста;
* розроблена корпоративна система інформаційного забезпечення управління ефективністю використання ресурсів стаціонарного сектору охорони здоров’я;
* науково обґрунтована та розроблена модель оптимізації стаціонарної допо­моги в закладах другого рівня у промисловому регіоні та визначена її ефек­тивність;
* обґрунтована оптимізована система підготовки молодших медичних сестер для стаціонарних закладів.

**Теоретичне значення** дослідження полягає у суттєвому доповненні теорії соціальної медицини та організації охорони здоров’я в частині удосконалення стаціонарної допомоги міському населенню в сучасних умовах.

**Практичне значення** результатів:

* стали підставою для: формування у промисловому місті оптимізованої системи мережі стаціонарних закладів;
* впровадження в практику охорони здоров’я —

а) методичних рекомендацій з оцінки ефективності діяльності закладів;

б) методики вивчення раціонального використання ліжкового фонду;

в) оптимізованої системи підготовки молодших медичних працівників;

* розробки —

а) типової форми угоди між закладом охорони здоров’я та пацієнтом щодо умов надання стаціонарної допомоги;

б) моделі інформування населення з питань надання стаціонарної допомоги;

в) методичних рекомендацій з організації роботи денних стаціонарів аку­шерсько-гінекологічного профілю, раціонального використання ліжко­вого фонду в лікувально-профілактичних закладах області, підготовки мо­лодших медичних сестер у лікувально-профілактичних закладах системи охорони здоров’я;

* заснування науково-практичного журналу для управлінців охорони здоров’я «Управління закладом охорони здоров’я» (Київ, 2007).

**Впровадження результатів в практику** здійснено на рівнях:

*I.* *Державному —*

*- в пропозиціях до* Проекту Закону України «Про медичну діяльність та заклади охорони здоров’я», а такожНаціонального плану розвитку системи охорони здоров’я на 2007–2011 роки, розробленого на виконання Указу Прези­дента України від 06.12.2005 р. «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров’я населення» та затвердженого Постановою КМУ від 13.06.2007 р. № 815.

*II.* *Галузевому —*

*- при підготовці методичних рекомендацій і нововведень:*«Методичні реко­мендації з оцінки ефективності діяльності закладів охорони здоров’я» (Київ, 2005) та «Організація роботи денних стаціонарів акушерсько-гінекологічного профілю» (Київ, 2004), «Термальная защита новорожденных» (Київ, 2004);

- моделі інформування населення з питань розвитку охорони здоров’я на регіональному рівні та організацію стаціонарної допомоги, моделі інформа­цій­ного забезпечення управління стаціонарною допомогою другого рівня у вели­кому місті, моделі організації стаціонарної допомоги другого рівня у великому місті;

- наказу МОЗ України від 31.01.2007 р. № 443 «Про затвердження медичних паспортів міст»;

- впровадження наукових розробок в практичну діяльність в 11 областях України: Донецькій, Закарпатській, Дніпропетровській, Луганській, Одеській, Сумській, Чернігівській, Миколаївській, Львівській, Запорізькій, Волинській.

*III. Регіональному —*

- методичні рекомендації «Забезпечення раціонального використання ліжко­вого фонду в лікувально-профілактичних закладах області», Донецьк, 2004 (наказ Донецького міського управління охорони здоров’я від 05.10.2004 р. № 274), «Підготовка молодших медичних сестер у лікувально-профілактичних закладах системи охорони здоров’я», Донецьк, 2004 (наказ Донецького міського управління охорони здоров’я від 05.10.2004 р. № 273).

**Особистий внесок здобувача.** Автором особистовизначена мета і завдання дослідження, розроблена програма дослідження, обраний методичний апарат вирі­шення поставлених завдань, здійснено збір та викопіювання первинної документа­ції, розроблені карти, анкети соціологічних досліджень, проведено статистичне опрацювання матеріалу, узагальнено отриманні результати, здійснена оцінка за­пропонованих і впроваджених результатів, обґрунтовані висновки.

**Апробація результатів.** Результати досліджень, викладені в дисертації, оприлюднені:

*1) на міжнародному рівні —* Х Конгресі світової федерації українських лікарських товариств (Чернівці-Київ-Чикаго, 2004) та конференціях: «Сучасні проблеми гуманізації та гармонізації управління» (Харків, 2003); «Сучасні техно­логії вищої освіти» (Одеса, 2004); «Наука і освіта 2005» (Дніпропетровськ 2005); «Наукові дослідження — теорія та експеримент 2005» (Полтава, 2005); II Міжна­родніа школа-семінар «Телемедицина: досвід та перспективи» (Донецьк, 2006).

*2) на державному рівні —*

*- з’їздах:* ХIV з’їзді гігієністів України (Дніпропетровськ, 2004); Ювілей­ному з’їзді ВУЛТ (Івано-Франківськ, 2005); II з’їзді лікарів загальної (сімейної) практики України (Харків, 2005);

- *конференціях:* **«**Вопросы медицинской помощи городскому населению» (Донецк, 1999); «Здорова мати — здорова дитина» (Донецьк, 2002); «Актуальні проблеми сучасної здоровоохорони» (Київ, 2003); «Проблеми охорони здоров’я України» (Київ, 2003); «Медицина сьогодні і завтра» (Київ, 2003); «Наука і практика — сімейній медицині» (Харків, 2003); «Медичні проблеми промислово­го регіону» (Київ, 2003); «Медичні проблеми великого міста», (Київ, 2003); «Деякі аспекти реформування системи охорони здоров’я» (Київ, 2003); «Актуальні про­блеми організації медичної допомоги новонародженим» (Київ, 2003); «Актуальні питання післядипломної освіти в Україні» (Харків, 2003); «Актуальні проблеми реформування охорони здоров’я» (Донецьк, 2003); «Охорона здоров’я: проблеми та перспективи» (Донецьк, 2004); «Фінансово-економічні засади реформування охорони здоров’я в Україні: нові законодавчі ініціативи» (Київ, 2004); «Актуальні питання клінічної медицини та післядипломної освіти» (Ялта, 2004); «Охорона здоров’я великого промислового регіону: організаційні підходи до удосконален­ня» (Донецьк, 2004); «Актуальні питання охорони здоров’я Донбасу» (Донецьк, 2004); «Демографічна та медична статистика України у ХХІ столітті. Медичні інформаційні системи у статистиці» (Київ, 2004); «Біофізичні стандарти та інфор­маційні технології в медицині» (Одеса, 2004).

**Публiкацiї.** Результати дисертації висвітлені в 66 наукових працях, в т.ч. одній одноосібній монографії, розділі монографії, в 27 статтях у фахових видан­нях, рекомендованих ВАК України (в одноосібному авторстві — 10), 32 публіка­ціях в інших виданнях, видано 5 методичних рекомендацій.

**Структура та обсяг роботи.** Дисертаційна роботавикладена на 251 сто­рінці машинописного тексту. Складається із вступу, аналітичного огляду наукової літератури, восьми розділів власних досліджень та аналізу отриманих даних, узагальнення результатів, висновків, практичних рекомендацій.Ілюстрована 30 рисунками, 59 таблицями, містить 29 додатків. Бібліографія включає 302 дже­рела, в тому числі 42 — зарубіжних авторів.

**ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ**

**Програма, обсяги, методи дослідження.** Досягнення головної мети дослід­ження потребувало наявності спеціальної програми (**рис. 1**), розробленої з вико­ристанням системного підходу. Дослідження складалося з семи етапів, кожен із яких, у свою чергу, включав конкретні завдання другого порядку. Така багато­рівнева структуризація завдань забезпечувала системність, оскільки результати попередніх етапів ставали логічною основою не тільки для наступних, а й для узагальнення та наукового обґрунтування висновків.

Перший етап дослідження передбачав вивчення досвіду інших країн та України з питань ефективного використання ліжкового фонду, що здійснювалось з використанням структурно-логічного аналізу та історико-інформаційного ме­тоду.

Другий етап присвячувався вибору напрямку дослідження, формуванню його мети та завдань, обґрунтуванню методів і обсягу; третій — аналізу загальної характеристики досліджуваної мережі та потужності ліжкового фонду другого рівня. При цьому, за даними статистичних звітів за період 2002–2006 рр., аналізу­вались показники діяльності приймальних та операційних відділень як резерв до підвищення ефективності використання ліжкового фонду, а також організація ста­ціонарозамінних форм лікування.

Метою четвертого етапу став аналіз медичної ефективності діяльності ста­ціонарного сектору за спеціально обраними критеріями: рівнем використання медичних стандартів та задоволеністю пацієнтів медичною допомогою, показан­нями до госпіталізації, діяльністю відділень загальнотерапевтичного та хірургіч­ного профілю, соціологічним дослідженням щодо підвищення якості та ефектив­ності стаціонарного сектору з використанням методу анкетування.

П’ятий етап пов’язувався з вивченням соціальної ефективності стаціонар­ного сектору, що тісно перепліталось з результатами досліджень ІІІ та ІV етапів, які гармонійно доповнювали один одного і сприяли отриманню більш цілісної і повної інформації.

Метою шостого етапу стало вивчення раціонального використання ресурсів за запропонованою методикою, а також впровадження інноваційних організацій­них технологій.

Вивчення досвіду інших країн з питань забезпечення ефективної діяльності стаціонарної допомоги

охорони здоров’я

Міський центр

медичної статистики та АСУ

Л П З

Б1

Б2

С1

С2

АРМ

АРМ

АРМ

**Вивчення досвіду інших країн з питань забезпечення ефективної діяльності стаціонарної допомоги**

Наукова література

Всього 302, з них іноземних — 42

**Вибір напрямку дослідження, формування програми, мети, завдань, обґрунтування методів та обсягу дослідження**

Аналіз методів вивчення ефективності надання стаціонарної допомоги

Обґрунтування методик вивчення медичної, соціальної ефективності, раціональності використання ресурсів

Наукова та методична література  
(302 одиниці)

Статистичні звіти медичних закладів другого рівня за 2002-2006 рр.

**ІІІ етап**

**Аналіз стаціонарної допомоги**

Аналіз стаціонарної допомоги промислового регіону

Річні статистичні звіти закладів другого рівня за 2002-2006 рр.

Аналіз використання ліжкового фонду закладів другого рівня за 2002-2006 рр.

Річні статистичні звіти закладів другого рівня   
за 2002-2006 рр.

Вивчення функцій ПВ. Організа­ція роботи операційних МЛ

Статистичні звіти ЗОЗ за 2002-2006 рр. Аналіз штатних розписів. Експертна оцінка 1273 історій хвороб і оснащення   
та санітарних умов ПВ

Організація стаціонарозамінних   
форм лікування пацієнтів

Статистичні звіти за 2002-2006 рр. Експертні оцінки   
527 карт лікування

**ІV етап**

**Вивчення медичної ефективності досліджуваності стаціонарного сектору**

Рівень використання медичних стандартів в стаціонарах закладів другого рівня

Аналіз анкетування лікарів (627)

Показання для госпіталізації   
та рівень летальності в стаціонарах закладів другого рівня

Статистичні звіти за 2002-2006 рр.   
Експертна оцінка 2259 історій хвороб

Аналіз терапевтичного та хірургічного відділень закладів другого рівня

Експертна оцінка 1473 історій хвороб.   
Статистичні звіти за 2002-2006 рр.

Підвищення якості та ефективності стаціонарної допомоги другого рівня

Аналіз соціологічного анкетування лікарів (537)

**V етап**

**Вивчення соціальної ефективності стаціонарного сектору закладів другого рівня**

**ІІ етап**

Організація діагностичного   
і лікувального процесу, умови перебування

Рівень інформованості пацієнтів   
та дотримання їх прав

Оцінка пацієнтами професійного рівня медичних працівників

Анкети соціологічного опитування 629 паці­єнтів. Статистичні звіти за 2002-2006 рр.   
Прайс-листи лікарських засобів (18 одиниць)

Анкети соціологічного опитування: 885 — медичних працівників; 629 — пацієнтів

Анкети соціологічного дослідження пацієнтів: 435 — первинних, 417 — повторних

**І етап**

Рис. 1. Програма, обсяги та методи досліджень

**VІ етап**

**Вивчення раціональності використання ресурсів стаціонарного сектору**

Рівні фінансування стаціонарного сектору

Обґрунтованість госпіталізації   
та терміни перебування

Обґрунтованість призначення процедур

Фінансові звіти закладів другого рівня   
за 2002-2006 рр.

Експертна оцінка історій хвороб  
(1656)

Експертна оцінка історій хвороб (1656)

Готовність керівників ЗОЗ до впровадження нових організаційних форм роботи

Анкети соціологічного опитування організаторів охорони здоров’я (130)

**VІІ етап**

**Наукове обґрунтування моделі оптимізації стаціонарної допомоги другого рівня   
та апробація запропонованих шляхів підвищення ефективності стаціонарного сектору на рівні великого промислового регіону**

Концептуальні підходи до формування моделі оптимізації стаціонарної допомоги другого рівня

Оцінка ефективності розробленої моделі

Наукове обґрунтування моделі оптиміза­ції стаціонарної допомоги другого рівня

47 — актів впровадження із 11 областей України; 3 — доповіді на з’їздах; 19 —   
на конференціях; 6 — на міжнародних конференціях

Статистичні звіти за­кладів другого рівня, 25 — анкет експертів

Анкети соціологічного дослідження організаторів охорони здоров’я (130). Анкети лікарів (420)

**Впровадження результатів дослідження**

**На Національному рівні:** участь у розробці: проекту Закону «Про медичну діяльність та заклади охорони здоров’я»; Національного плану розвитку системи охорони здоров’я на 2007-2011 рр.

**На галузевому рівні:**4 — нововведення;   
5 — методичні рекомендації

**На регіональному рівні:** впровадження методичних рекомендацій в практичну діяльність; підготовка організаторів охорони здоров’я до роботи   
в нових умовах

27 — статті в журналах ВАК; 32 — наукових праць; 1 — монографія; 1 — розділ монографії; 5 — методичні рекомендації

**Методи забезпечення дослідження**

*Використанні методи*

Бібліосемантичний

Системного підходу

Графічний

Медико-статистичний

Медико-соціологічний

І–V

І–ІV, VІІ

І–VІІ

ІІІ–VІ

ІІІ–VІ

ІІІ–V

ІV–VІІ

*Етапи дослідження*

Експертних оцінок

Описового моделювання

Рис. 1. Програма, обсяги та методи досліджень (продовження)

Заключний, сьомий, етап присвячувався визначенню концептуальних під­ходів до наукового обґрунтування моделі оптимізації стаціонарної допомоги у промисловому регіоні з її апробацією та встановленням її медичної, соціальної та економічної ефективності. Інформаційною базою дослідження стали статистичні звіти 20 закладів другого рівня за період 2002–2006 років, зокрема стосовно ста­ціонарної допомоги промислового регіону та використання ліжкового фонду — річні звіти за 2002–2006 рр. (105 одиниць). Вивчення функцій приймальних відді­лень та організація роботи операційних проводилась на підставі наведених звітів, а також експертної оцінки історій хвороб (1273 одиниць), табелів оснащення та санітарних умов ПВ, а стаціонарозамінних форм лікування пацієнтів у закладах охорони здоров’я другого рівня з використанням результатів експертної оцінки карт лікування хворих (2259 одиниць). Аналіз медичної ефективності стаціонар­ного сектору закладів охорони здоров’я другого рівня здійснювався за критеріями рівня використання лікарями цих закладів медичних стандартів на підставі аналізу результатів соціологічного дослідження, проведеного методом анкетування серед лікарів (672 осіб); показань для госпіталізації та рівня летальності у закладах охорони здоров’я другого рівня з використанням експертної оцінки історії хвороб (2259 одиниць); як і аналіз діяльності терапевтичного та хірургічного відділень у закладах охорони здоров’я другого рівня (1473 одиниці), а рівень якості та ефек­тивності стаціонарної допомоги в цих же закладах — за результатами даних анкетування лікарів (537 осіб).

Вивчення соціальної ефективності стаціонарного сектору у закладах охоро­ни здоров’я другого рівня проводилось у трьох напрямках: організації діагностич­ного і лікувального процесу та умов перебування пацієнтів; рівня інформованості останніх стосовно дотримання їхніх прав; оцінки ними професійного рівня ме­дичних працівників. Для досягнення мети першого з них використані результати опитування пацієнтів (629 осіб) та аналіз прайс-листів лікарських засобів (18 оди­ниць), другого — опитування медичних працівників (885 осіб) і пацієнтів (629 осіб), третього — 435 первинних і 417 повторних пацієнтів.

Раціональність використання ресурсів стаціонарного сектору, зокрема, рівні його фінансування, обґрунтованість госпіталізації та її терміни і призначення про­цедур вивчалось як на підставі аналізу фінансових звітів за 2002–2006 роки, так і результатів експертної оцінки історій хвороб (1656).

Готовність керівників закладів охорони здоров’я до впровадження нових ор­ганізаційних форм діяльності стаціонарного сектору визначалась за результатами їхнього соціологічного опитування (130 осіб).

Отримані дані оброблялись з використанням методу кореляції; коефіцієнти Ст’юдента, Фішера, Пірсона використовувались для оцінки вірогідності отрима­них даних та визначення ефективності наукових розробок.

Математична обробка здійснювалась за допомогою комп’ютерної програми "Excel 2000".

В основу наукових розробок покладались запропоновані ВООЗ критерії оцінки діяльності системи охорони здоров’я: доступність, ефективне викорис­тання ресурсів, задоволення потреб пацієнтів.

Експертами запропонованої моделі оптимізації стаціонарної допомоги ви­ступали завідувачі кафедрами Донецького національного медичного університету імені М. Горького (5 докторів медичних наук, професорів), 20 досвідчених управ­лінців охорони здоров’я, в тому числі з науковим ступенем (6), вищою (11) та першою (3) кваліфікаційними категоріями за фахом «Організація і управління охороною здоров’я».

**Результати дослідження.** Показано, що 20 закладів вторинної стаціонарної допомоги дорослому населенню м. Донецька нараховують 4790 ліжок (59,6 на 10 тис. населення, при середньому по країні — 87,5 з діапазоном від 90 до 670 лі­жок в кожному). Навантаження ліжок становить від 263,2 до 368,9 днів на рік, а їх діяльність достовірно відрізняється в залежності від профілю: 170,8 днів — інфек­ційні, 201 — пологові, 318,8 — радіологічні, 371,1 — кардіологічні, 378,1 — гастроентерологічні, 394,1 днів — ендокринологічні. Відмічається також значна різниця в середньому перебуванні пацієнтів на ліжку: від 10,1 до 18,8 днів (в се­редньому 13,6 дня), що значно перевищує аналогічний показник в країнах Європи: Польща та Естонія — 8,4 дня, країни ЄС — 11,4 дня.

Результати дослідження дозволили встановити нераціональність викорис­тання ліжкового фонду, внаслідок чого середньорічний рівень незайнятих ліжок в динаміці п’яти років перевищив 10% (10,1% — 2004 р.; 11,3% — 2005р.; 10,7% — 2006 р.), що дорівнює потужності ліжкового фонду кількох закладів.

Однією з причин наведеного стала відсутність сприяння раціональному ви­користанню ресурсів стаціонарного сектору та підвищення ефективності його діяльності з боку приймальних відділень, 40,0% з яких не мають у своєму штаті посад лікарів, 20,0% не забезпечені фахівцями для цілодобового надання медичної допомоги, 65% не відповідають санітарним вимогам, а 63,7% їх медичних праців­ників не пройшли відповідної підготовки. Як результат, 87,3% часу їхньої діяль­ності звелось до простої реєстрації пацієнтів.

Аналіз складу стаціонарних хворих засвідчив, що перебування у відділеннях потребували лише 57,3% госпіталізованих, медичної допомоги за стаціонарозамін­ними формами — 26,4%, не підготовленими до планової госпіталізації виявились 94,7% пацієнтів, що свідчить про відсутність належної взаємодії між поліклінікою та стаціонаром і призводить до нераціонального використання ліжкового фонду.

Про вкрай нераціональне використання ресурсів операційних свідчить те, що рівень добового навантаження окремих з них становить всього одне-два опера­тивних втручання.

Аналіз діяльності стаціонарозамінних організаційних форм лікування за­свідчив їхню достовірну економічну та медичну ефективність, однак при досить низькому рівні забезпечення ліжко-місцями (до 6,93 на 10 тис. населення) і лише за окремими профілями (терапевтичним, кардіологічним, хірургічним, гінеколо­гічним, офтальмологічним та онкологічним), що свідчить про наявність значних резервів щодо раціонального використання дороговартісних стаціонарних ліжок.

Результати аналізу якості стаціонарної допомоги відповідно встановленим медичним стандартам, як найбільш важливим інструментам управління нею, засвідчили про їхню відсутність у переважній більшості досліджуваних закладів, або використання застарілих десятирічної давності. Встановлено, що з ними ознайомлено 40,2±3,4% терапевтів, 66,2±2,8% хірургів та 88,5±2,7% акушерів-гінекологів, в результаті чого, за даними експертної оцінки, рівень обстеження госпіталізованих відповідав стандарту в межах від 11,6±1,5% в неврологічних відділеннях до 47,7±2,5% у пологових відділеннях (середній показник 19,2±0,7%), а обсяг лікування — від 9,4±1,4% у гастроентерологічному відділенні до 73,6±2,2% у пологовому відділенні (р<0,01). Невідповідність стандартам вияви­лась і в надлишковому наданні медичних послуг при обстеженні у 48,2±0,9% ви­падків, а при лікуванні — в 38,5±0,8%.

Встановлена залежність рівня виконання стандарту від потужності дослід­жуваних закладів (8,4% у лікарнях на 90 ліжок та 31,4% — понад 300 ліжок) і типу відділення. Найнижчим він виявився у відділеннях загальнотерапевтичного про­філю (до 3,0%), а у спеціалізованих ледь перевищував третину (до 32,0%).

Аналіз вікової структури госпіталізованих в терапевтичні відділення засвід­чив, що 67,6±1,2% становили пацієнти непрацездатного віку, 18,0±0,3% з яких потребували соціальної допомоги. Рівень надання медичної допомоги в них досто­вірно нижчий, ніж у спеціалізованих відділеннях (р<0,01).

Про відсутність системи планової госпіталізації в досліджуваних закладах свідчить те, що 87,2±0,6% з тих, що не потребували екстреної допомоги, госпіталі­зувалися в день звернення до поліклініки, а 94,1±0,5% з них без відповідного обстеження в амбулаторних умовах.

При вивченні рівня летальності встановлена достовірна різниця (р<0,05) в показниках однопрофільних відділень різних лікарень (кардіологічного складає 1,2 рази, а хірургічного — 3,6 разів).

Результати анкетування медичних працівників стаціонарних установ дозво­лили встановити відсутність їх зацікавленості у підвищенні якості та ефективності медичної допомоги, на що вказали 90,3±1,3% респондентів. До основних причин ними відносились відсутність матеріальних стимулів (40,7±2,2%), а також умов для впровадження нових високоефективних технологій (16,6±1,6%).

Серед першочергових заходів щодо підвищення якості медичної допомоги, в тому числі і стаціонарної, до 65,2±2,1% респондентів вважали за необхідне проведення кардинальних заходів в системі охорони здоров’я, зокрема, конститу­ційного затвердження її гарантованого рівня та обсягів, 44,9±2,1% — зміни систе­ми фінансування медичних закладів, 51,4±2,2% — підняття престижу професії медичного працівника.

Вивчення рівня задоволеності пацієнтів діагностичним процесом за даними анкетування дозволило встановити, що повне обстеження протягом першої доби перебування в стаціонарі отримали 91,7% госпіталізованих ургентно і 57,8% — планово. При цьому про сутність досліджень лікуючий лікар інформував 23,6% ургентних і 15,7% планових, а інформовану згоду на них надавали відповідно 0,8 і 1,4% пацієнтів.

Безоплатно обстежувались: рентгенологічно 37,6% госпіталізованих ургент­но і 11,9% — планово, методами функціональної діагностики — 64,5 та 23,6%, однак відповідно, 23,3 і 21,8% пацієнтів вказували на недотримання медичними працівниками етичних норм. Відповіді респондентів достовірно підтвердили пряму залежність рівня забезпеченості необхідними діагностичними методами від потужності закладу: чим вона менше, тим нижче її рівень.

Аналіз анкетування пацієнтів щодо рівня задоволеності якістю лікування виявив 62,8±2% позитивних відповідей, однак понад чверті з них (26,5±1,9%) залишились незадоволеними, що залежить як від профілю відділення (в загально­терапевтичному задоволені 39,7%, в спеціалізованому терапевтичного профілю — 79,6%), так і від потужності лікарні (до 200 ліжок — 48,7% задоволених; 200–300 ліжок — 56,9%; понад 300 ліжок — 79,3%).

Серед факторів, які формують позитивне ставлення пацієнтів до якості ме­дичної допомоги, пріоритетними респонденти відмітили інформування про стан­дарт лікування — 12,3±1,4%; психологічні умови, що сприяють одужуванню — 8,9±1,1%; виважений графік надання процедур — 5,7±1,0%; використання в ліку­вальному процесі дієтичного харчування — 3,7±0,8%; конфіденційність інформа­ції про діагноз та методи лікування — 12,3±1,4%.

Показано, що в умовах, коли в досліджуваних лікарнях на один ліжко-день на лікування хворого виділялось від 0,5 до 2,94 гривні державного бюджету, повністю ліками забезпечувались лише 11,4% з числа планово госпіталізованих, 42,7% вимушені були купували їх самі, а для 37,5±2,0% вони ставали недоступ­ними через високу вартість.

Незадоволеність пацієнтів умовами перебування в стаціонарі зводилась, в основному, до відсутності гарячого водопостачання — 55,7±2,1%; якості постільної білизни — 66,5±2,0%; правил для відвідування родичів — 61,6±2,1%; можливостей забезпечення засобами особистої гігієни — 61,6±2,1%.

Крім того, 82,7±1,6% респондентів відмітили перебування в палатах хворих, які потребували стороннього догляду; 100% — відсутність індивідуального сестринського поста для тяжкохворих, 59,1±2,1% — несприятливу для одужання психологічну обстановку в палатах і 94,6±0,9% — неможливість зміни палати, а 70,8±1,9% — нерівні умови перебування пацієнтів в стаціонарних відділеннях.

Про знання своїх прав, як пацієнтів, заявили лише 8,2±1,3% опитаних, інформацію від лікаря щодо сутності медичного втручання мали змогу отримати лише 20,5±0,6%, а бажали б її мати 91,4±1,1% пацієнтів.

На підставі аналізу анкетування медичних працівників встановлено, що майже половина з них (49,3±2,0%) не мали можливості звернутися до головних лікарів досліджуваних закладів, а низький рівень інформованості щодо прав паці­єнтів у стаціонарних відділеннях притаманний до 48,5% лікарів і 15,6% медичних сестер.

Наведені за результатами дослідження дані підтвердили низький рівень медичної та соціальної ефективності діяльності стаціонарного сектору міста, що свідчить про необхідність запровадження нових організаційних форм надання медичної допомоги дорослому міському населенню, зокрема формування системи багатоканального, переважно бюджетно-страхового, механізму фінансування, при якому основна питома вага серед позабюджетних джерел повинна належати обов’язковому медичному соціальному страхуванню. Вказане дозволить не тільки залучити додаткові кошти, а й забезпечити рівноправність у наданні медичної допомоги у закладах різної форми власності, поліпшити контроль за її якістю, реалізувати право людини на вільний вибір лікаря. Крім того, затвердження на державному рівні гарантованого обсягу надання безоплатної медичної допомоги, а в її складі і стаціонарної, дозволить вирішити правове питання співучасті населення в оплаті медичних послуг.

Результати дослідження щодо готовності управлінців охорони здоров’я до роботи в нових умовах функціонування системи охорони здоров’я засвідчили залежить від їх віку та стажу роботи. Так, у віці до 30 років висловили готовність всі респонденти, у віці 30–39 років — 66,6%, в той час як серед осіб старше 60 років — лише 17,9%. Серед тих, хто має стаж управлінської діяльності до 10 років, в нових умовах готові працювати 74,0%, а зі стажем понад 20 років — 22,5%, тобто в 3,3 рази менше.

Основними причинами неготовності називались: відсутність достатньої ін­формації про нові умови (78,3%), недостатність правових (69,7%) та економічних (74,6%) знань, недостатність знань з ефективного управ­ління персоналом (78,3%). В той же час серед управлінців охорони здоров’я, які набули другу вищу освіту (переважно економічну та юридичну), до роботи в нових умовах готові всі респон­денти, але їх питома вага незначна.

Одержані дані вказують на необхідність зміни підходів до підготовки орга­нізаторів охорони здоров’я із врахуванням сучасних умов суспільства.

Встановлено, що досліджувані лікувально-профілактичні заклади забезпечені комп’ютерною технікою на 11,8% від потреби, а 93,6±2,1% її одиниць експлуа­туються понад п’ять років. Вона забезпечена спеціальними статистичними (42,2± 2,5%), медичними (39,6±2,7%), господарськими (18,2±3,6%) програмами, 61,0±2,2% з яких сумарно використовується як для оперативного управління (матеріальне та фінансове забезпечення, облік ліків, організація харчування хворих, імунопрофілак­тика інфекцій, персоніфікований облік госпіталізованих та контроль за лікуванням хворих з тимчасовою втратою працездатності), так і планового прийняття управ­лінських рішень (робота ліжка, виконання лікарями функції посади та інше).

Однак встановлено, що комп’ютер працює в середньому три з половиною го­дини на добу, тільки в 40±2,4% закладів в штатний розпис введені посади провід­них спеціалістів, а доступ до Internet мають лише 22,7%, що не дозволяє створити корпоративну інформаційну мережу в межах єдиного медичного простору міста. Виявлені недоліки свідчать про необхідність формування якісно нової системи вторинної стаціонарної медичної допомоги дорослому населенню у великому промисловому місті. В основу концептуальних підходів до її наукового обґрунту­вання покладались рекомендації ВООЗ (2000) і міжнародний досвід, діючі норма­тивно-правові акти України, результати власних досліджень та експертних оцінок.

Стратегічний напрямок запропонованої функціонально-організаційної моде­лі (**рис. 2**) спрямовувався на підвищення медичної і соціальної ефективності діяль­ності стаціонарного сектору вторинного рівня у великому промисловому місті.

Тактичним напрямком моделі стало обґрунтування переходу механізму фі­нансування з утримання закладів охорони здоров’я, що надають стаціонарну допо­могу у великому промисловому місті, до фінансування безпосередньо медич­них послуг, наданих пацієнтам під час стаціонарного лікування у закладах другого рівня.

При цьому особливістю структурної побудови моделі стало включення до неї: 1) існуючих складових медичних закладів надання стаціонарної допомоги вто­ринного рівня у великому промисловому місті (приймальні відділення, адміністра­тивно-господарські частини, архіви, патологоанатомічні відділення; 2) існуючих складових, але частково змінених за рахунок їх функціональної оптимізації (міські лікарні); 3) якісно нових елементів (створення профільних госпітальних центрів, диференціація стаціонарних ліжок в залежності від інтенсивності лікувального процесу та догляду за пацієнтами, схеми інформаційного забезпечення пацієнтів про стаціонарну медичну допомогу, угоди на медичну допомогу), інтеграція яких з раніше існуючими та функціонально удосконаленими надала моделі, як системі, нових якостей із сприяння досягнення головної мети дослідження.

**Основні інновації**

1. Функціонально-організаційне формування мережі закладів — потужних спеціалізованих центрів (обґрунтовано)
2. Інформаційне забезпечення — інформаційно-ресурсний центр
3. Розробка інформаційних технологій раціонального використання ресурсів стаціонарної допомоги
4. Зміна системи фінансування стаціонарної допомоги   
   з утримання закладів на фінансування поданої послуги
5. Організація стаціонарів медико-соціальної допомоги
6. Розробка угод на подання допомоги між закладом   
   і пацієнтом

**Функції лікарні**

1. Лікування пацієнтів
2. Безперервна підготовка медичних працівників
3. Забезпечення робочими місцями
4. Соціальні функції

**Корпоративна інформаційна мережа**

**Профільні госпітальні центри**

15

**Заклади медико-соціальної допомоги**

**Центр підготовки молодших медичних працівників**

**Ресурсно-інформа­ційний центр**

Рис. 2. Функціонально-організаційна модель вторинної стаціонарної допомоги у великому промисловому місті

Таким чином, структурну основу оптимізованої моделі складають наявні ресурси діючої системи охорони здоров’я населення великого промислового міста, а її впровадження не тільки не вимагає додаткових фінансових витрат, а забезпечує їх більш раціональне використання.

В той же час, на відміну від раніше існуючої моделі надання стаціонарної медичної допомоги другого рівня у великому промисловому місті, запропонована модель вперше: 1) забезпечує системність та комплексність підходу до вирішення проблеми; 2) визнає в цьому напрямку доцільність розширення використання стаціо­нарозамінних форм лікування пацієнтів; 3) дозволяє усунути виявлені диспропорції у великому промисловому місті у наданні дорослому населенню стаціонарної медичної допомоги другого рівня. Основною функціонально-організаційною оди­ницею вторинної стаціонарної медичної допомоги у великому промисловому місті стає профільний госпітальний центр, структура якого на прикладі стаціонарної кар­діологічної допомоги, як найбільш важливої в медичному та соціально-економічно­му значенні патології, наведена на **рис. 3**. Розроблена функціонально-організаційна структура профільного госпітального центру дозволяє при концентрації ресурсів забезпечити їх більш раціональне використання за рахунок консультативного відбору пацієнтів на госпіталізацію, диференціації ліжкового фонду в залежності від потреб пацієнтів в інтенсивності медичної допомоги та до­гляду (відділення для інтенсивного лікування та догляду, для планового лікування, для реабілітації), мобільного переведення пацієнтів з одного типу відділення в інше, активного вико­ристання стаціонарозамінних форм лікування пацієнтів, диспансер­ного спостере­ження та реабілітації пацієнтів після стаціонарного лікування. Вперше в структуру медичного закладу вторинного рівня включено навчально-методичний підрозділ. на який покладено функцію безперервної підготовки медичних кадрів закладу у відповідності до його потреб.

За проведеними розрахунками в складі однієї лікарні може функціонувати декілька профільних госпітальних центрів із загальним використанням приймаль­ного відділення, діагностичної служби, кабінету лікарів-консультантів, ІАВ, ПАВ та архіву, харчоблоку, господарської частини, бібліотеки.

Відпрацьована схема зовнішніх зв’язків лікарні (**рис. 4**), що дає можливість керувати потоками пацієнтів, які направляються на госпіталізацію.

Невід’ємною складовою запропонованої моделі стала розроблена єдина інфор­маційна госпітальна система охорони здоров’я міста (**рис. 5**), в якій в якості головного терміналу з підключенням до Internet виступає міський центр медичної статистики та АСУ. При цьому визначені потоки інформації та визначена функціо­нальна схема їх взаємодії в процесі управління ефективністю використання ресурсів стаціонарної медичної допомоги на рівні міста. Система зовнішнього та внутріш­нього захисту конфіденційної інформації забезпечується спеціальним кодуванням.

Рис. 3. Функціонально-організаційна структура профільного міського центру надання   
 стаціонарної допомоги другого рівня (на прикладі кардіологічного профілю)

17

Фінансування за методом глобального бюджету

Алгоритм контролю   
за виконанням медичних стандартів

Стратегія інформування населення про організа­цію надання стаціонарної кардіологічної допомоги другого рівня

Диференційований підхід до госпіталізації у відді­лення в залежності від потреби в інтенсивності лікувального процесу

Укладання угод між профільним госпітальним центром та пацієнтом про умови та обсяги надання стаціонарної медичної допомоги

Алгоритм забезпечення раціонального викорис­тання ресурсів

ІАВ

Безперервна підготовка медичного персоналу

КЛ

Діагностична служба

ВФД

РВ

Кабінет лікарів-консультантів (невролог, офтальмолог, психолог), клінічного провізора тощо

Патолого-анатомічне відділення

**Цілодобова ургентна   
стаціонарна допомога**

Відділення для лікування пацієнтів з ГІМ

Приймальне відділення

Амбулаторний кон­сультативний кардіо­логічний кабінет

**ВІДДІЛЕННЯ ПЛАНОВОГО ЛІКУВАННЯ**

Денний стаціонар

Відділення реабілітації пацієнтів, що перенесли ГІМ

Відділення інтенсивної терапії

Кардіохірургічне відділення

Адміністрація

Архів

Медична бібліотека

Господарча частина

Харчоблок

Кабінет амбулаторної реабілітації пацієнтів, що перенесли ГІМ

***Спеціалізована амбулаторна служба***

***Денний стаціонар***

***Стаціонар***

***Госпіталізація***

***Поліклініка загального профілю***

***Попереднє обстеження***

***Приймальне відділення***

***Відділення невідкладної допомоги***

***Травмпункт***

**Внутрішні зв’язки**

**Зовнішні зв’язки**

**Зовнішнє середовище**

**Лікарня**

Рис.4. Схема зовнішніх зв’язків лікарні другого рівня надання медичної допомоги

Б1

А1 А1 А1 В1

В2

В3

І А С

І Д С

А Р М

лікаря

А Р М

лікаря

А Р М

лікаря

Б2

Б3

С1

С2

Л П З

Міський центр

медичної статистики та АСУ

Міське управління охорони здоров’я

Висхідний Низхідний

потік потік

інформації інформації

А1 — первинна інформація з кожного автоматизованого робочого місця лікаря;

Б1 — інформація із кожного ЛПЗ до міського центру медстатистики та АСУ в затверджених обсязі та термінах про діяльність ЛПЗ;

Б2 — статистична інформація про всі аспекти діяльності ЛПЗ в цілому та в розрізі підрозділів і лікарів;

Б3 — аналітична інформація про діяльність стаціонарів в цілому та по кожному ЛПЗ і мінімальній структурній одиниці (відділення; лікар-спеціаліст);

С1 — управлінські рішення щодо покращення лікувально-діагностичного процесу та ефективності використання матеріально-технічних, фінансових та кадрових ресурсів на рівні конкретного ЛПЗ;

С2 — управлінські рішення на рівні стаціонарної медичної допомоги міста в цілому;

В1 — порівняння інформації про діяльність на рівні АРМ до і після впровадження управлінського рішення (ефективність на рівні лікарні);

В2 — порівняння інформації до і після прийняття заходів щодо вдосконалення лікувально-діагностичного процесу на рівні ЛПЗ;

В3 — порівняння інформації на рівні системи стаціонарної медичної допомоги міста до і після прийняття та виконання управлінського рішення щодо діяльності системи в цілому;

ІДС — інформаційно-довідкова система;

ІАС — інформаційно-аналітична система.

Рис. 5. Функціональна схема взаємодії інформації в процесі управління   
 ефективністю та раціональністю використання ресурсів   
 стаціонарної медичної допомоги на рівні міста

Запропонована інформаційна госпітальна система вперше дозволила в автома­тизованому режимі проводити облік та аналіз фактичних прямих та непрямих витрат (закладу охорони здоров’я, пацієнта тощо) на кожного пролікованого в стаціонарі; витрат по кожному підрозділу; встановлювати рівень необґрунтованих витрат та їх структуру; співставляти фінансові витрати і медико-соціальні результати лікування та отримувати вірогідні дані для прийняття необхідних управлінських рішень щодо оптимізації діяльності стаціонарного сектору охорони здоров’я.

Результати дослідження засвідчили необхідність створення єдиної інформа­ційної інфраструктури із застосуванням сучасних інформаційних та комунікаційних технологій.

Удосконалення інформаційної служби міста проводилось у три етапи. На першому з них формувався комплекс банків даних з різних напрямків діяльності стаціонарного сектору вторинного рівня з урахуванням єдиного медичного простору та визначався набір функцій для отримання необхідної інформації на базі єдиної комп’ютерної медичної мережі; на другому — комплекс систем підтримки прийнят­тя керуючих рішень для всіх рівнів управління та видів діяльності; на третьому — єдиної мережної системи із застосуванням єдиних програм в системі охорони здоров’я України, адаптованих до світових. Процес удосконалення інформаційної служби потребував вирішення певних питань фінансово-економічної політики стосовно стаціонарного сектору міста, яка формувалася з урахуванням бюджетних можливостей районів міста та міста в цілому шляхом поетапного її фінансування з врахуванням пріоритетних завдань кожного з етапів.

Якісно новою складовою оптимізованої моделі організації стаціонарної допо­моги другого рівня стало формування її інформаційної стратегії (**рис. 6**) з викорис­танням як традиційних форм і методів (телебачення, радіо, преса, наочна агітація, лекції, бесіди, друковані матеріали), так і її формування для цільових груп (представники влади, журналісти, пацієнти, медичні працівники) із запровадженням для них адаптованих навчальних програм, в результаті чого об’єктами її впливу ста­ли як особи, що приймають управлінські рішення з питань організації стаціонарної медичної допомоги, так і її користувачі і надавачі.

Порівняльна характеристика існувавшої та оптимізованої моделі стаціонарної допомоги другого рівня у великому промисловому місті наведена в **табл. 1**.

Про ефективність запропонованої моделі стаціонарної допомоги вторинного рівня свідчать висновки 25 експертів, 98,0% із яких в цілому оцінили її позитивно, 4,0% мали зауваження до умов консолідованого фінансування, створення системи медико-соціальної та паліативної допомоги, а 8% вважали доцільним доповнити її створенням госпітальних округів.

Результатом впровадження окремих елементів запропонованої моделі на етапах дослідження стало скорочення середнього перебування на ліжку на 0,7 ліжко-днів; зменшення кількості не використаних впродовж року ліжок на 1,2%; відкриття

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Інформування представників влади**  ***Мета:*** Стимулювати реформи у медичній сфері, розу­міння та підтримку впровадження відпрацьованих у пілот­них регіонах України моделей, поліпшити імовірне забез­печення необхідних юридично-правових змін та прийняти відповідні рішення | |  | **Інформування представників ЗМІ**  ***Мета:*** *З*мінити стереотипи і сформувати громадську думку про переваги реформування системи охорони здоров’я | |
| **Зміст інформації** | **Засоби впливу** | **Зміст інформації** | **Засоби впливу** |
| Нормативно-правові  та адміністративні аспекти реформування | Презентації, зустрічі, особисті контакти | Суть нової моделі автономізації і запровад­ження контрактних відносин | ЗМІ, інформаційна продукція |
| Переваги моделі замовників та автономних постачаль­ників медичних послуг | Наглядові комітети, робочі групи | Економічна ефективність, переваги для медперсоналу та пацієнтів | Науково-практичні конференції, семінари |
| Ефективність нових механізмів оплат медичних послуг та умови  їх запровадження | Конференції, семінари, прес-конференції, медіа-кампанії, масові заходи, інтерв’ю | Якість послуг і контроль  за якістю | Прес-клуби, прес-конференції, брифінги |
| Переваги нової функціонально-організаційної моделі | Робочі зустрічі | Перелік і оцінка вартості послуг, безоплатний пакет послуг | Спеціальні семінари-тренінги, стажування, обмін досвідом |
| Оцінка вартості медичних послуг, їх перелік | Науковий | Права пацієнтів, роль громадськості | Медичний персонал |
| Економічна ефективність  та переваги ІТ технологій | Преса, радіо, телебачення, електроні ЗМІ | Обов’язки пацієнтів  і профілактика захворювань | Представники влади |
| Роль, обізнаність  і значущість ЗМІ | Громадські організації, проекти |
| **Інформування загального населення**  ***Мета:***Підвищення обізнаності населення щодо переваг реформування, якості медичних послуг, переліку цих послуг, прав та обов’язків пацієнтів | | **Інформування медичних працівників**  ***Мета:***Поліпшення сприйняття нововведень і заохочен­ня медичного персоналу до підтримки реформування та інтенсивної й якісної роботи у нових умовах | |
| **Зміст інформації** | **Засоби впливу** | **Зміст інформації** | **Засоби впливу** |
| Перелік послуг, їх вартість та контроль за якістю | Медичний персонал (найбільш через сімейних лікарів) | Переваги моделі автономного медичного закладу | Презентації, зокрема  у регіоні (для проекту — передусім у пілотних), зустрічі |
| Якість надання медичних послуг та їх доступність | Плакати, буклети, листівки, календарі, іншу інформаційну продукцію | Суть і переваги контрактних відносин | Навчання, перекваліфікація |
| Права пацієнтів, роль громадськості | Родичів, друзів, знайомих | Економічна ефективність, переваги ІТ технологій | Спеціальні видання |
| Обов’язки лікаря, відповідальність пацієнтів і профілактика захворювань | Масові заходи, акції, громадські слухання | Перелік послуг і вимог до їх надання | Науково-практичні конференції, семінари, тренінги, обмін досвідом |
| Безоплатний пакет медичних послуг | Неурядові організації, політичні партії | Навчання, перекваліфікація (Де? Як? На яких умовах? тощо) | Медичний персонал, колег, друзів, родичів |
| Переваги нової моделі автономізації і запровадження контрактних відносин | Преса, радіо, телебачення | Мотивація і оплата послуг | Преса, радіо, телебачення, електронні ЗМІ |
| Оцінка вартості послуг, безоплатний пакет послуг | Масові заходи, інформаційні кампанії  Інше … |

Рис. 6. Модель інформування населення з реформування стаціонарного сектору

*Таблиця 1*

**Порівняння існувавшої та оптимізованої моделі стаціонарної допомоги   
у промисловому місті**

|  |  |
| --- | --- |
| **Існувавша система стаціонарної допомоги** | **Оптимізована система стаціонарної допомоги** |
| Законодавча і нормативна база існуюча | Законодавче і нормативне удосконалення |
| Фінансування на утримання ліжкового фонду | Фінансування на обсяг і якість медичної допомоги |
| Формування на кількість населення | Формування на принципах системності  і функціональної єдності |
| Багатопрофільні територіальні лікарні Недостатньо впроваджені стаціонарозамінні форми Нормативне забезпечення Загальне використання ліжкового фонду | Профільні госпітальні центри Розвиток стаціонарозамінних форм Диференціація стаціонарних ліжок |
| Середнє перебування на ліжку завищено  Активна госпіталізація Повторне стаціонарне обстеження Нормативне використання | Максимальне скорочення перебування  у стаціонарі Відбір для стаціонарної допомоги Догоспітальне обстеження Інтенсифікація ресурсів |
| Система інформаційного забезпечення  не впроваджена | Централізоване регіональне інформаційне забезпечення |
| Недостатня соціальна адаптація у стаціонарі Пасивне інформаційне забезпечення пацієнтів | Підвищення соціальної ефективності Інформаційне забезпечення пацієнтів  про меддопомогу Угода на меддопомогу |

госпісу на 10 ліжок для надання паліативної допомоги пацієнтам; скорочення рівня скарг пацієнтів в органи управлінь на 35,7%; підвищення рівня задоволеності пацієн­тів стаціонарною допомогою вторинного рівня на 45,85% (за даними повторних соціологічних досліджень).

**ВИСНОВКИ**

Комплексним соціально-гігієнічним дослідженням встановлена невідповід­ність сучасним вимогам організаційних форм надання стаціонарної медичної допо­моги другого рівня у промисловому місті, що потребувало наукового обґрун­тування моделі її оптимізації, впровадження якої довело її медичну, соціальну та економічну ефективність.

1. Доведена нераціональність використання ресурсів стаціонарів другого рівня у великому промисловому місті за рахунок необґрунтованої госпіталізації, про що свідчить перебування в них 42,0±1,9% пацієнтів, лікування яких можливе в стаціо­нарозамінних умовах, та 5,4% таких, що потребували лише медико-соціальної допо­моги, відсутності підготовки в амбулаторних умовах до планової госпіталізації (від 56,3±2,0% хворих травматологічного до 87,4±2,2% терапевтичного профілю), по­вторних обстежень (87,4±2,2%), необґрунтованого перевищення термінів перебуван­ня в стаціонарі на 2,7 дні, нераціонального використання потужностей операційних та приймальних відділень, середньорічної незайнятості ліжок до 11,3% від загального ліжкового фонду.

2. Встановлено низький рівень відповідності в досліджуваних стаціонарах обсягів медичної допомоги галузевим нормативам, при якому у відділеннях гастро­ентерологічного профілю він становить лише 12,0%, кардіологічного — 17,1%, ендокринологічного — 13,6%, акушерського — 47,7%, а також залежність рівня якості медичної допомоги від потужності стаціонару: 8,4% її відповідності у лікар­нях до 100 ліжок, 19,1% — 100–200 ліжок, 26,3% — 201–300 ліжок, 31,4% — понад 300 ліжок. Достовірна різниця показників діяльності однопрофільних відділень у різних закладах становила р<0,01.

3. Результати анкетування медичних працівників стаціонарних відділень за­свідчили надзвичайно високий рівень (90,3±1,3%) їх незацікавленості у підвищенні якості та ефективності надання медичної допомоги, як наслідок відсутності матері­альних стимулів (40,7±2,2%), умов для впровадження нових медичних технологій (16,6±1,6%), а також висловлені ними необхідність конституційного затвердження гарантованого рівня медичної допомоги (65,2±2,1%), зміни традиційної системи фінансування стаціонарів другого рівня на цільове фінансування за надану медичну послугу (44,9±2,2%), впровадження контрактної форми організації роботи медичних закладів та медичних працівників (21,3±1,8%), підняття престижу професії медич­ного персоналу (51,4±2,2%).

4. Показано, що фінансування стаціонарної допомоги другого рівня, яке здійснюється за рахунок коштів місцевих бюджетів (93,3%), є нерівномірним і спрямовується в основному на утримання закладів охорони здоров’я (56,2% — заробітна плата, 6,4% — енергоносії, 1,9% — капітальні ремонти, 4,7% — придбання медикаментів, 2,0% — продуктів харчування, 2,0% — медичної апаратури та обладнання, 26,7% — інші витрати), а не забезпечення діагностично-лікувального процесу, в результаті чого фактичні загальні витрати на один ліжко-день становлять від 36,65 до 110,37 грн (різниця 3 рази), на придбання лікарських засобів та виробів медичного призначення — від 0,50 до 2,94 грн (різниця майже в 6 разів), що не може забезпечити навіть придбання вкрай необхідного.

5. Про низький рівень соціальної ефективності діяльності досліджуваного ста­ціонарного сектору свідчать результати анкетування пацієнтів, згідно яким задоволе­ними умовами перебування в лікарнях залишились тільки 39,7±1,9% з них, якістю медичної допомоги — 62,7±2,1%, забезпеченістю ліками — 5,4%, а 80,8±1,4% наго­лосили на відсутності психологічних умов для видужання, 77,3±2,2% — забезпече­ності конфіденційною інформацією, дотримання прав пацієнтів підтвердили всього 6,8% опитаних.

6. Отримані результати засвідчили необхідність наукового обґрунтування оптимізації існуючої системи стаціонарної медичної допомоги другого рівня у великому промисловому місті, в основу якої покладались зміна традиційних форм фінансування в основному на утримання лікарень на метод глобального бюджету, узгодженого з обсягом і якістю медичної допомоги, а також створення потужних госпітальних центрів і розширення стаціонарозамінних форм лікування у відповід­ності до реальних потреб.

7. Показано, що центральним елементом запропонованої системи оптимізації стаціонарної допомоги другого рівня став профільний госпітальний центр, функ­ціонально-організаційна структура якого дозволяє при концентрації ресурсів забез­печити їх більш раціональне використання за рахунок консультативного відбору на госпіталізацію, диференціації ліжкового фонду в залежності від потреб пацієнтів в інтенсивності медичної допомоги та догляду (відділення інтенсивного лікування та догляду, планового лікування, реабілітації), мобільного їх переведення з одного типу відділення до іншого, активного використання стаціонарозамінних форм лікування, диспансерного спостереження після стаціонарного лікування, що забезпечується управлінням потоками на госпіталізацію, відпрацьованою схемою зовнішніх зв’язків лікарні, а безперервна підготовка персоналу — вперше включе­ним до структури медичного закладу вторинного рівня навчально-методичним підрозділом.

8. Модель інформаційної стратегії щодо обсягів та якості медичних послуг, прав пацієнтів та умов їх дотримання, інформованої згоди на медичне втручання та одержання додаткових медичних послуг і їх оплати, як складова оптимізованої сис­теми, передбачає використання як традиційних форм і методів (телебачення, радіо, преса, наочна агітація, лекції, бесіди, друковані матеріали), так і її формування для цільових груп (представників влади, журналістів, пацієнтів, медичних працівників) із запровадженням для них адаптованих навчальних програм, в результаті чого об’єктами її впливу стали як особи, що приймають управлінські рішення з питань організації стаціонарної медичної допомоги, так і її користувачі і надавачі.

9. Особливістю запропонованої моделі інформаційного забезпечення оптимі­зованої системи стаціонарної допомоги стало створення інформаційно-аналітичного медичного центру як головного терміналу професійного доступу до оперативної інформації та зовнішнього захисту, що забезпечує її конфіденційність, дозволяє в автоматизованому режимі проводити облік та аналіз фактичних витрат як медичного закладу, так і кожного пацієнта, виявляти структуру необґрунтованих витрат, спів­ставляти фінансові витрати і медико-соціальні результати лікування.

10. Впровадження запропонованої системи оптимізації стаціонарної допомоги другого рівня у великому промисловому місті, яка відповідає вимогам ВООЗ (2000) і позитивно оцінена експертами (96,0%), без додаткових фінансових витрат і більш раціонального використання основних ресурсів призвело до скорочення середнього перебування на ліжку на 0,7 ліжко-днів, зменшення на 102% кількості не використа­них протягом року ліжок, відкриття хоспісу на 10 ліжок, підвищення рівня задоволе­ності пацієнтів стаціонарною допомогою на 45,85% і скорочення скарг на 35,7%, що дозволяє рекомендувати її для впровадження у великих промислових містах.

**ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

На основі отриманих результатів дослідження вносимо пропозицію:

**1. Верховній Раді України —**

* прискорити прийняття Закону України «Про медичну діяльність та заклади охорони здоров’я».

**2. Міністерству охорони здоров’я України та управлінням охорони здоров’я обласних державних адміністрацій —**

* здійснити диференціацію ліжкового фонду в залежності від інтенсивності його використання;
* у великих містах оптимізувати надання стаціонарної медичної допомоги шляхом створення профільних госпітальних центрів;
* змінити систему фінансування лікарень з фінансування їх утримання на метод глобального бюджету;
* запровадити модель інформаційної стратегії щодо обсягів та якості медичних послуг, прав пацієнтів та умов їх дотримання, інформованої згоди на медичне втручання та одержання додаткових медичних послуг та їх оплати.

**СПИСОК ОСНОВНИХ НАУКОВИХ РОБІТ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

**Монографії, розділи монографії:**

1. Подоляка В. Л. Фінансування медичної допомоги: стан, досвід, перспективи / В. Л. Подоляка. – Донецьк : Либідь, 2005. – 199 с.
2. Подоляка В. Л. Ефективність використання ресурсів в сфері репродуктивного здоров’я / В. Л. Подоляка // Репродуктивне здоров’я: медико-соц. проблеми / під ред. В. М. Лобаса, Г. О. Слабкого. – Донецьк : Либідь, 2004. – С. 107–118.

**У періодичних фахових виданнях, затверджених ВАК України:**

1. Деякі аспекти забезпечення якості надання медичної допомоги в сфері репродуктивного здоров’я / Г. О. Слабкий, Б. А. Успенський, Г. Д. Сидоренко, В. Л. Подоляка // Експерим. та клініч. фізіологія і біохімія. – 2004. – № 4. – С. 111–119. (Успенський Б.А. – ідея написання статті, Подоляка В.Л. – збір матеріалів, написання статті, Сидоренко Г.Д. – збір матеріалів, Слабкий Г.О. – наукове редагування).
2. Методичні підходи до розподілу фінансових коштів на потреби сфери охорони здоров’я / Д. Д. Айстраханов, Н. В. Медведовська, В. Л. Подоляка, Г. В. Кур­чатов // Питання експерим. та клініч. медицини : зб. статей. – Донецьк, 2006. – Вип. 10, т. 1 – С. 218−223. (Подоляка В.Л. – написання статті, Курчатов Г.В. – підбір та аналіз літературних джерел, Айстраханов Д.Д. – ідея написання статті, Медведовська Н.В. – наукове редагування).
3. Подоляка В. Л. Актуальні питання фінансування та раціональності викорис­тання ресурсів галузі охорони здоров’я / В. Л. Подоляка, Г. О. Слабкий // Тавр. мед.-биол. вестник. – 2004. – Т. 7, № 1. – С. 335–338. (Подоляка В.Л. – ідея та написання статті, Слабкий Г.О. – наукове редагування).
4. Подоляка В. Л. Визначення перешкод на шляху ефективної діяльності стаціо­нарного сектора великого промислового міста (за даними наук. літ.) / В. Л. По­доляка // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров’я України. – 2005. – № 4. – С. 65–69.
5. Подоляка В. Л. Від стандартів медичних технологій до медико-економічних стандартів / В. Л. Подоляка // Питання експерим. та клініч. медицини : зб. статей. – Донецьк, 2004. – Вип. 8, т. 1 – С. 49–57.
6. Подоляка В. Л. Відношення медичних працівників та населення великого промислового міста до проведення економічних реформ в системі охорони здоров’я (за даними медико-соціологічного дослідження) / В. Л. Подоляка // Арх. клин. и эксперим. медицины. – 2004. – Т. 13, № 1/2. – С. 47–50.
7. Подоляка В. Л. Деякі шляхи удосконалення організації надання стаціонарної медичної допомоги міському населенню / В. Л. Подоляка // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров’я України. – 2006. – № 1. – С. 53–55.
8. Подоляка В. Л. До питання забезпечення прав пацієнтів в закладах охорони здоров’я / В. Л. Подоляка, Г. О. Слабкий // Медико-соц. пробл. сім’ї. – 2005. – Т. 10, № 1. – С. 75–78. (Подоляка В.Л. – написання статті, Слабкий Г.О. – наукове редагування).
9. Подоляка В. Л. Інформованість пацієнтів як засіб підвищення соціальної ефек­тивності стаціонарної медичної допомоги / В. Л. Подоляка // Вестн. гигиены и эпидемиологии. – 2004. – № 2. – С. 195–198.
10. Подоляка В. Л. К вопросу о показаниях к госпитализации больных в ста­ционарные отделения больниц второго уровня / В. Л. Подоляка // Питання експерим. та клініч. медицини : зб. статей. – Донецьк, 2005. – Вип. 9, т. 1 – С. 211–214.
11. Подоляка В. Л. К вопросу об эффективности использования коечного фонда в большом промышленном городе / В. Л. Подоляка, Г. А. Слабкий // Укр. мед. альманах. – 2004. – Т. 7, № 1 : дод. – С. 27–29. (Подоляка В.Л. – написання статті, Слабкий Г.О. – наукове редагування).
12. Подоляка В. Л. Клинические рекомендации как средство повышения качества медицинской помощи и подготовки специалистов: ключевые свойства и стра­тегии разработки / В. Л. Подоляка, Г. А. Слабкий // Вестн. неотложной и вос­становительной медицины. – 2004. – Т. 5, № 1. – С. 190–193. (Подоляка В.Л. – ідея та написання статті, Слабкий Г.О. – наукове редагування).
13. Подоляка В. Л. Медико-економічні аспекти діяльності стаціонарів на дому / В. Л. Подоляка // Вісн. пробл. біології і медицини. – 2004. – № 2. – С. 29–33.
14. Подоляка В. Л. Методика учета и анализа прямых экономических затрат ста­ционарного сектора лечебно-профилактических учреждений / В. Л. Подоляка // Укр. мед. альманах. – 2004. – № 4. – С. 130–132.
15. Подоляка В. Л. Основні принципи організації та функціонування денних ста­ціонарів в сучасних умовах розвитку охорони здоров’я / В. Л. Подоляка // Вісн. пробл. біології і медицини. – 2004. – № 4. – С. 118–122.
16. Подоляка В. Л. Отношение врачей крупного промышленного города, работа­ющих в стационарных учреждениях, к повышению качества и эффективности медицинской помощи (по данным медико-социологического исследования) / В. Л. Подоляка, Г. О. Слабкий // Укр. мед. альманах. – 2003. – Т. 6, № 4. – С. 110–112. (Подоляка В.Л. – проведення дослідження та написання статті, Слабкий Г.О. – наукове редагування).
17. Подоляка В. Л. Післядипломна підготовка організаторів охорони здоров’я до застосування інформаційних технологій в управлінні / В. Л. Подоляка, Г. О. Слабкий // Тавр. мед.-биол. вестник. – 2004. – Т. 5, № 1. – С. 190–193. (Подоляка В.Л. – написання статті, Слабкий Г.О. – наукове редагування).
18. Подоляка В. Л. Угода між медичним закладом та пацієнтом як шлях до під­вищення соціальної ефективності діяльності медичного закладу / В. Л. Подо­ляка // Укр. мед. альманах. – 2006. – Т. 9, № 2. – С. 123–125.
19. Подоляка В. Л. Деякі аспекти раціональності використання ліжкового фонду терапевтичного профілю / В. Л. Подоляка, Г. О. Слабкий // Вісн. пробл. біології і медицини. – 2004. – № 3. – С. 67–72. (Подоляка В.Л. – ідея та написання статті, Слабкий Г.О. – наукове редагування).
20. Слабкий Г. А. К вопросу организации труда медицинского персонала стацио­нарных отделений / Г. О. Слабкий, В. Л. Подоляка // Гигиена труда : сб. – К., 2004. – № 35. – С. 101–107. (Подоляка В.Л. – ідея та написання статті, Слаб­кий Г.О. – наукове редагування).
21. Слабкий Г. О. Використання матеріально-технічних ресурсів як основа ре­формування стаціонарного сектору охорони здоров’я великого промислового міста / Г. О. Слабкий, В. Л. Подоляка // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров’я України. – 2004. – № 2. – С. 62–66. (Подоляка В.Л. – ідея та написання статті, Слабкий Г.О. – наукове редагування).
22. Слабкий Г. О. До питання соціальної ефективності медичної допомоги місь­кому населенню / Г. О. Слабкий, В. Л. Подоляка // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров’я України. – 2004. – № 4. – С. 58–62. (Подоляка В.Л. – напи­сання статті, Слабкий Г.О. – наукове редагування).
23. Слабкий Г. О. Питання підготовки сімейних лікарів до надання травмато­логічної допомоги населенню як частина їх комплексної підготовки до практичної діяльності / Г. О. Слабкий, В. Л. Подоляка // Травма. – 2005. – Т. 6, № 3. – С. 243–246. (Подоляка В.Л. – написання статті, Слабкий Г.О. – наукове редагування).
24. Слабкий Г. О. Посадові інструкції керівників закладів охорони здоров’я: методичні підходи до розробки / Г. О. Слабкий, О. Т. Дорохова, В. Л. Подо­ляка // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров’я України. – 2005. – № 4. – С. 76–79. (Подоляка В.Л. – написання статті, Слабкий Г.О.– наукове редагу­вання).
25. Слабкий Г. О. Про готовність керівників закладів охорони здоров’я до впро­вадження ринкових відносин в організацію стаціонарної медичної допомоги / Г. О. Слабкий, В. Л. Подоляка // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров’я України. – 2005. – № 2. – С. 61–63. (Подоляка В.Л. – написання статті, Слаб­кий Г.О. – наукове редагування).
26. Успенський Б. А. Оптимізація програм у сфері репродуктивного здоров’я через реформування оперативних політик / Б. А. Успенський, Г. О. Слабкий, В. Л. Подоляка // Медико-соц. пробл. сім’ї. – 2003. – Т. 8, № 3. – С. 62–67. (Успенський Б.А. – ідея написання статті, Подоляка В.Л. – написання статті, Слабкий Г.О. – наукове редагування).

**В інших наукових виданнях:**

1. Взаимоотношение родителей и участковой педиатрической службы – главный момент в организации профилактической работы детской поликлиники / В. Л. Подоляка, И. М. Островский, В. П. Анисимова, Н. С. Стародуб, И. Г. Саль­никова, С. Н. Горолевич // Вопр. мед. помощи городскому населению : матери­алы науч.-практ. конф., 19 вер. 1999 р. – Донецк, 1999. – С. 60.
2. Використання телемедичних технологій в управлінні охороною здоров’я / О. Т. Дорохова, А. В. Владзимирский, Г. О. Слабкий, В. Л. Подоляка // Біофі­зичні стандарти та інформаційні технології в медицині : матеріали конф., листоп. 2004 р. – Одеса : Астропринт, 2004. – С. 13.
3. Відношення медичних працівників до інформатизації системи медичної допо­моги / Г. О. Слабкий, В. Л. Подоляка, Г. К. Северин, В. Л. Свиридова, Т. Г. Пет­ренко, Л. В. Атаманова // Демографічна та мед. статистика України у ХХI сто­літті. Медичні інформаційні системи у статистиці : матеріали конференції. – К., 2004. – С. 165–166.
4. Інтенсивний клінічний тренінг як ефективний метод медичної післядипломної освіти / Г. О. Слабкий, В. В. Свиридова, Т. Г. Петренко, В. Л. Подоляка // Су­часні технології вищої освіти : ІІІ міжнар. наук.-метод. конф., 27–30 верес. 2004 р. : тез. доп. – Одеса, 2004. – С. 55.
5. Методика определения рациональности использования коечного фонда / Г. А. Слабкий, Е. Т. Дорохова, Б. А. Успенский, В. Л. Подоляка // Мед. пробл. промислового регіону : матеріали наук.-практ. конф., 29 черв. 2003 р. – К., 2003. – С. 70–74.
6. Методичні підходи до організації безперервної післядипломної освіти органі­заторів охорони здоров’я / В. М. Лобас, Г. О. Слабкий, О. Т. Дорохова, В. Л. По­доляка., Н. М. Адоньєва, Т. Г. Петренко // Сучасні технології вищої освіти : ІІІ міжнар. наук.-метод. конф., 27–30 верес. 2004 р. : тез. доп. – Одеса, 2004. – С. 55–56.
7. Нагорна А. М. Обґрунтування шляхів економічної ефективності надання спе­ціалізованої медичної допомоги дорослому міському населенню / А. М. На­горна, Г. О. Слабкий, В. Л. Подоляка // Актуальні пробл. сучасної здоро­воохорони : матеріали наук.-практ. конф., 20 січ. 2003 р. – К., 2003. – С. 31–34.
8. Подоляка В. Л. Використання принципів науково-доказової медицини в прак­тиці сімейного лікаря / В. Л. Подоляка, Г. О. Слабкий // Наука і практика – сімейній медицині : всеукр. наук.-практ. конф., 19–20 черв. : тез. доп. – Харків, 2003. – С. 39–40.
9. Подоляка В. Л. Госпітальна інформаційна система як засіб підвищення ефективності використання ресурсів стаціонарного сектору системи охорони здоров’я / В. Л. Подоляка, Г. О. Слабкий // Укр. журн. телемедицини та мед. телематики. – 2004. – Т. 2, № 1. – С. 49–55.
10. Подоляка В. Л. Деякі аспекти організації надання стаціонарної допомоги в рам­ках сімейної медицини / В. Л. Подоляка, Г. О. Слабкий // Матеріали ІІ з’їзду лікарів загальної (сімейної) практики України, 25–26 жовт. 2005 р. – Харьків, 2005. – С. 25–26.
11. Подоляка В. Л.Деякі питання використання автоматизованих систем медичної статистики в управлінні охороною здоров’я на регіональному рівні / В. Л. По­доляка // Укр. журн. телемедицини та мед. телематики. – 2006. – Т. 4. № 1. – С. 109.
12. Подоляка В. Л. До питання про ціноутворення в сучасній охороні здоров’я / В. Л. Подоляка // Мед. пробл. великого міста : матеріали наук.-практ. конф., 4 верес. 2003 р. – К., 2003. – С. 36–39.
13. Подоляка В. Л. К вопросу о применении клинического аудита в управлении организацией перинатальной помощи / В. Л. Подоляка // Пробл. охорони здо­ров’я України : матеріали наук.-практ. конф., 30 січ. 2003 р. – К., 2003. – С. 29–32.
14. Подоляка В. Л. К вопросу о социальной поддержке женщин во время родов / В. Л. Подоляка // Медицина сьогодні і завтра : матеріали наук.-практ. конф., 10 берез. 2003 р. – К., 2003. – С. 29–30.
15. Подоляка В. Л. Міжгалузевий підхід до вирішення проблем у сфері репродук­тивного здоров’я / В. Л. Подоляка // Актуальні пробл. реформування охорони здоров’я : матеріали наук.-практ. конф., 25 груд. 2003 р. – Донецьк, 2003. – С. 26–32.
16. Подоляка В. Л. О необходимости подготовки организаторов здравоохранения к работе в условиях обязательного медицинского страхования / В. Л. Подоля­ка, Г. А. Слабкий // Актуальні питання післядипломної освіти в Україні : матеріали уч.-метод. конф., присвяч. 80-річчю ХМАПО, 11–12 листоп. 2003 р. – Харків, 2004. – С. 250–251.
17. Подоляка В. Л. Организация и финансирование системы здравоохранения США в 90-е годы прошлого столетия: уроки для Украины / В. Л. Подоляка // Мед. пробл. промислового регіону : матеріали наук.-практ. конф., 29 черв. 2003 р. – К., 2003. – С. 67–70.
18. Подоляка В. Л. Оцінка сучасної системи фінансування медичних закладів в Україні / В. Л. Подоляка // Сучасні пробл. гуманізації та гармонізації управлін­ня : матеріали IV міжнар. міждисциплінар. наук.-практ. конф., 3–9 листоп. 2003 р. – Харків, 2003. – С. 276–277.
19. Подоляка В. Л. Підвищення економічної ефективності використання ресурсів системи охорони здоров’я як необхідна умова реформування галузі / В. Л. По­доляка, Г. О. Слабкий // Актуальні питання клініч. медицини та післядиплом­ної освіти : наук.-практ. конф., 13–14 трав. 2004 р. : тез. доп. – Ялта, 2004. – С. 202–203.
20. Подоляка В. Л. Погляд на конституційну проблему реформування охорони здоров’я / В. Л. Подоляка // Вопр. здравоохранения Донбасса : сб. статей. – Донецк, 2005. – Вып. 10. – С. 13–15.
21. Подоляка В. Л. Про необхідність навчання організаторів охорони здоров’я фінансово-економічним питанням / В. Л. Подоляка, Г. О. Слабкий // Актуальні питання педагогіки вищої школи : зб. наук. праць. – Донецьк, 2004. – С. 76–78.
22. Подоляка В. Л. Развитие сети лечебно-профилактических учреждений в совре­менных условиях реформирования отрасли здравоохранения / В. Л. Подоляка // Охорона здоров’я великого промислового регіону: організаційні підходи до удосконалення : матеріали наук.-практ. конф., 25 берез. 2004 р. – Донецьк, 2004. – С. 19–24.
23. Подоляка В. Л. Система фінансування галузі охорони здоров’я як одна із основних причин неефективної діяльності стаціонарного сектору охорони здоров’я / В. Л. Подоляка, Г. О. Слабкий // Наукові дослідження – теорія та експеримент 2005 : матеріали міжнар. наук.-практ. конф., 16–20 трав. 2005 р. – Полтава, 2005. – С. 68–72.
24. Подоляка В. Л. Стратегічні підходи до впровадження принципів доказової ме­дицини при оцінці технологій та прийнятті рішень / В. Л. Подоляка, Г. О. Слаб­кий **//** Ювіл. VIII з’їзд ВУЛТ, 21–22 квіт. 2005 р. : тез. доп. – К., 2005. – С. 450–451.
25. Подоляка В. Л. Шляхи підвищення ефективності використання стаціонарного сектору охорони здоров’я населення великого промислового міста / В. Л. По­доляка, Г. О. Слабкий // Х конгр. Світової федерації Укр. лікар. товариств, 26–28 серп. 2004 р. : тез. доп. – Чернівці ; К. ; Чикаго, 2004. – С. 654–655.
26. Слабкий Г. А. Нормативно-правовая база создания больничных касс / Г. А. Слабкий, В. Л. Подоляка // Охорона здоров’я великого промислового регіону: організаційні підходи до удосконалення : матеріали наук.-практ. конф., 25 берез. 2004 р. – Донецьк, 2004. – С. 26–28.
27. Слабкий Г. О. Використання матеріально-технічної бази стаціонарів великого промислового міста (на прикладі м. Макіївка) / Г. О. Слабкий, В. Л. Подоляка // Охорона здоров’я : проблеми та перспективи : матеріали наук.-практ. конф., 22 січ. 2004 року. − Донецьк, 2004. − С. 33−35.
28. Слабкий Г. О. Динаміка захворюваності населення екологічно несприятливого промислового регіону / Слабкий Г. О., Северин Г. К., Подоляка В. Л. // Матері­али ХІV з’їзду гігієністів України, 19-21 трав. 2004 р. – Дніпропетровськ : АРТ-ПРЕС, 2004. – Т. 1. – С. 329–331.
29. Слабкий Г. О. До моделі фінансування медичної допомоги населенню / Г. О. Слабкий, В. Л. Подоляка // Актуальні пробл. сучасної здоровоохорони : матеріали наук.-практ. конф., 20 січня 2003 р. – К., 2003. – С. 34–39.
30. Слабкий Г. О. Рекомендації щодо підготовки молодших медичних сестер у лікувально-профілактичних закладах / Г. О. Слабкий, В. Л. Подоляка // Управ. закл. охорони здоров’я. – 2007. – № 2. – С. 83–90.
31. Слабкий Г. О. Стратегічні підходи до впровадження принципів доказової ме­дицини при оцінці технологій та прийняття рішень / Г. О. Слабкий, В. Л. По­доляка // Наука і освіта 2005 : матеріали VIII міжнар. наук.-практ. конф., 7–21 лют. 2005 р. − Дніпропетровськ, 2005. − Т. 24. − С. 62−64.
32. Слабкий Г. О. Шляхи підвищення економічної ефективності надання спеціа­лізованої медичної допомоги міському населенню / Слабкий Г. О., Подоля­ка В. Л., Северин Г. К. // Фінансово-економічні засади реформування охорони здоров’я в Україні: нові законодавчі ініціативи : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф., 27 лют. 2004 р. – К., 2004. – С. 192–196.
33. Слабкий Г. О. Шляхи удосконалення інформаційної системи охорони здоров’я населення на регіональному рівні / Г. О. Слабкий, В. Л. Подоляка // Укр. журн. телемедицини та мед. телематики. – 2003. – Т. 1, № 1. – С. 21–26.

**Методичні рекомендації:**

1. Забезпечення раціонального використання ліжкового фонду в лікувально-профілактичних закладах області. Методичні підходи / Донецький державний медичний університет імені М. Горького ; уклад. : Г. О. Слабкий, О. В. Анищенко, О. Т. Дорохова, В. Л. Подоляка. – Донецьк, 2004. – 8 с.
2. Методичні рекомендації з оцінки ефективності діяльності закладів охорони здоров’я / Донецький державний медичний університет імені М. Горького ; уклад. : В. М. Лобас, Г. О. Слабкий, О. Т. Дорохова, В. Л. Подоляка. – К., 2005. – 16 с.
3. Організація роботи денних стаціонарів акушерсько-гінекологічного профілю : метод. рек. / Донецький державний медичний університет імені М. Горького ; уклад. : Н. Я. Жилка, В. М. Лобас, Г. О. Слабкий, О. Т. Дорохова, В. В. Свиридова, В. Л. Подоляка, Т. Г. Петренко, Г. Д. Сидоренко. – К., 2004. – 18 с.
4. Підготовка молодших медичних сестер у лікувально-профілактичних закладах системи охорони здоров’я : метод. рек. / Донецький державний медичний університет імені М. Горького ; уклад. : В. М. Лобас, Г. О. Слабкий, О. Т. Дорохова, В. Л. Подоляка. – Донецьк, 2004. – 19 с.
5. Термальная защита новорожденных : метод. рек. / Донецький державний медичний університет імені М. Горького ; сост. : Н. Я. Жилка, Г. О. Слабкий, О. Т. Дорохова, Н. Г. Левенець, Т. Г. Петренко, В. Л. Подоляка. – К., 2004. – 33 с.

**Інформаційні листи:**

1. Модель організації стаціонарної допомоги другого рівня у великому місті / Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України ; уклад. : Г. О. Слабкий, В. В. Лазоришинець, В. Л. По­доляка : інформ. лист № 132. – К., 2008. – 3 с.

2. Модель інформаційного забезпечення управління стаціонарною допомогою другого рівня у великому місті / Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України ; уклад. : Г. О. Слабкий, В. В. Лазоришинець, В. Л. По­доляка : інформ. лист № 135. – К., 2008. – 3 с.

**Галузеві нововведення:**

* 1. Пономаренко В. М. Методика визначення раціональності використання ліжкового фонду / В. М. Пономаренко, Г. О. Слабкий, В. Л. Подоляка // Реєстр галузевих нововведень. – К., 2006. – Вип. 24/25. – С. 117.

**АНОТАЦІЯ**

*Подоляка В.Л. Наукове обґрунтування моделі оптимізації стаціонарної допомоги у промисловому місті. — Рукопис.*

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.03 — соціальна медицина. — Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ, 2008.

Дисертація присвячена науковому обґрунтуванню сучасної моделі стаціонар­ної допомоги населенню у промисловому регіоні, оскільки існуюча система не забезпечує достатній рівень медичної та соціальної ефективності стаціонарної допомоги та раціональність використання ресурсів. Визначені основні недоліки в організації стаціонарної допомоги населенню (на прикладі м. Донецька).

У досліджені встановлені основні причини низької ефективності використання ліжкового фонду та ступінь їх впливу, які носять законодавчо-нормативний та організаційний характер.

Дослідженням обґрунтована система формування мережі закладів на прин­ципах системності та функціональної єдності, зберігаючи наявні елементи існуючої системи, одночасно здійснюючи функціонально-структурну оптимізацію стосовно: диференціації ліжкового фонду в залежності від інтенсивності використання; ство­рення потужних профільних госпітальних центрів; розширення стаціонарозамінних форм лікування у відповідності до реальних потреб (40 ліжко-місць на 10 тис. до­рослого населення). Обґрунтовано, що в основу оптимізованої моделі доцільно покласти зміну принципу з фінансування утримання лікарень на метод глобального бюджету (узгоджені обсяг та якість медичної допомоги).

**Ключові слова:** стаціонарна допомога, доросле населення, медична та соціальна ефективність, раціональність використання ресурсів, оптимізована модель стаціонарної допомоги.

**АННОТАЦИЯ**

*Подоляка В.Л. Научное обоснование модели оптимизации стационарной помощи в промышленном городе. — Рукопись.*

Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.02.03 — социальная медицина. — Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика, Киев, 2008.

Диссертация посвящена научному обоснованию современной модели стацио­нарной помощи населению в промышленном регионе, поскольку существующая система не обеспечивает достаточный уровень медицинской и социальной эффек­тивности стационарной помощи и рациональность использования ресурсов. В ходе выполнения работы на примере г. Донецка определены основные недостатки в организации стационарной помощи населению.

При анализе материалов социологического опроса пациентов выяснен низкий уровень социальной эффективности деятельности стационарного сектора: удовлетворены качеством медицинской помощи 62,7±2,1% пациентов; обеспечения лекарствами — 5,4%; условиями пребывания в стационаре — 39,7±1,9%; для 80,8±1,4% психологическая совместимость в палатах не способствует выздоравлива­нию; у 77,3±2,2% не обеспечивается сохранение информации о больном; права пациентов соблюдаются у 6,8%, а только в 6,7% случаев пациенты имеют инфор­мацию о воз­можности получения лечения. Установлен низкий уровень соответствия объемов медицинской помощи отраслевым стандартам (гастроэнтерологический профиль — 12,0%; кардиологический — 17,1%; эндокринологический — 13,6%; акушерский — 47,7%) и зависимость уровня медицинской помощи от мощности стационара, а также достоверная разница показателей деятельности однопрофиль­ных стационар­ных отделений в разных медицинских учреждениях.

В исследовании установлены основные причины низкой эффективности ис­пользования коечного фонда и степень их влияния, которые носят законодательно-нормативный и организационный характер.

Получены результаты о готовности организаторов здравоохранения к работе в новых условиях, которые зависят от их возраста и стажа работы. Так, определили свою готовность 78,9% организаторов здравоохранения в возрасте до 30 лет; 66,6% — в возрасте 30–39 лет, в то время как среди лиц старше 60 лет таких было 17,95. Среди тех, кто работает организатором здравоохранения до 10 лет, готовых работать в новых условиях 74,0%, а среди тех, кто работает больше 20 лет — 22,5%. Основными причинами неготовности были определены: отсутствие достаточной информации о новых условиях — 78,3%; недостаточность правовых знаний — 69,7%; недостаточность экономических знаний — 74,6%; недостаточность знаний по эффективности управления персоналом — 78,3%.

В исследовании также определены алгоритмы оптимизации существующей системы стационарной помощи населению. Они заключаются в обосновании прин­ципиально новых функционально-организационных подходов в формировании сети больниц: создании мощных самостоятельных больниц по принципу городских спе­циализированных центров с дифференциацией коечного фонда в зависимости от потребности в интенсивности лечебно-диагностического процесса и ухода. Второй инновацией является разработка модели информационного обеспечения участников процесса по всему комплексу вопросов стационарной помощи путем создания на базе центров здоровья информационно-ресурсного центра. Кроме этого, с целью обеспечения эффективного использования ресурсов стационарного сектора обосно­вана и разработана корпоративная система информационных технологий. При ее со­здании использована авторская методика определения эффективности использова­ния стационарного сектора, которая утверждена в качестве отраслевого ново­введения. Инновацией является обоснование составления договоров между меди­цинским учреждением и пациентом на предмет условий и объема медицинской помощи, прав пациента и больницы. Доказано, что постепенно койки обще­терапевтического профиля должны быть сокращены как наименее эффективны в медицинском и социальном плане. Пациенты, которые проходят лечение в них, в настоящее время должны получать стационарную медицинскую помощь в специа­лизированных отделениях, а те, кто получает только медико-социальную помощь — в учреждениях медико-социальной помощи (хосписах, центрах сестринского ухода и др.).

Обосновано, что в основу оптимизированной модели необходимо произвести смену принципа финансирования больниц с их содержания на метод глобального бюджету.

Предложена система информационного обеспечения оптимизированной моде­ли стационарной помощи, особенностью которой является создание информацион­но-аналитического медицинского центра в качестве главного терминала с возмож­ностью профессионального доступа к оперативной информации и внешней защиты персонифицированной информации.

Научно обоснованная модель оптимизации стационарной помощи полностью отвечает требованиям ВОЗ, получила положительную оценку экспертов (96,0%) и использована при разработке «Национального плана развития здравоохранения на период до 2011 года» и проекта Закона Украины «О медицинской деятельности и учреждениях здравоохранения».

**Ключевые слова:** стационарная помощь, взрослое население, медицинская и социальная эффективность, рациональность использования ресурсов, оптимизиро­ванная модель стационарной помощи.

**SUMMARY**

*Podolyaka V.L. Scientific grounds of the model of hospital aid optimization in the industrial city. – A manuscript.*

A dissertation submitted for the degree of Doctor of Medicine in specialty 14.02.03 — Social Medicine. – National Medical Academy of Post-Graduate Education named after P. Shupyk , Kyiv, 2008.

The dissertation is devoted to the scientific ground of the modern model of the hospital aid to the population in the industrial region as the existing system does not provide a sufficient level of the medical and social efficacy of the hospital aid and the rational usage of resources. The main short comings in the organization of the hospital aid to the population (by the example of Donetsk) has been determined.

In the investigation the main causes of the low efficacy of the bed fund usage and their influence degree, which have a legislative normative character, have been established.

The investigation has grounded the system of the formation of a number of the institutions on the principles of the systemization and the functional unity persisting obvious elements of the existing system, simultaneously fulfilling functional-structural optimization according to bed-fund differentiation depending on the application intensity, the foundation of the types of large hospital centers, broading the hospital treatment in accordance with real requirements (40 beds per 10 000 adult population). It has been grounded that on the base of optimized model it is expedient to put the change of financing principle of hospital maintenance on the method of a global budget in accordance with the volume and quality of the medical aid.

**Key words:** hospital aid, adult population, medical and social efficacy, the rationality of the usage of resources, the optimized model of the hospital aid.

**Умовні скорочення:**

АРМ — автоматизоване робоче місце

АСУ — автоматизована система управління

ВФД — відділення функціональної діагностики

ГІМ — гострий інфаркт міокарду

ЗОЗ — заклад охорони здоров’я

ІАВ — інформаційно-аналітичне відділення

ІАС — інформаційно-аналітична служба

ІДС — інформаційно-довідкова служба

КЛ — клінічна лабораторія

ЛПЗ — лікувально-профілактичний заклад

ПАВ — паталогоанатомічне відділення

ПВ — приймальне відділення

РВ — рентгенологічне відділення

Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>