

АЛГОРИТМ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНИХ СТАНДАРТІВ ЯК ФРАГМЕНТ ТЕХНОЛОГІЇ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ЛІКУВАННЯ В ПРОЦЕСІ ПРОФЕСІЙНОГО СУПРОВОДУ ХВОРИХ ПО МАРШРУТУ I, II ТА III РІВНІВ МЕДИЧНОГО ОКРУГУ

¹Кіровоградська обласна лікарня, Україна

²ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Мета: довести значне покращання якості та ефективності надання медичної допомоги населенню, прикріпленому до амбулаторії сімейної медицини (АСМ), як наслідок впровадження комплексу організаційно-економічних стандартів.

Матеріали і методи. Проведено структурно-логічний аналіз алгоритму імплементації організаційно-економічних стандартів з використанням аутохронометражу, порівняльного аналізу та логічного узагальнення в технології виконання профоглядів, диспансеризації, амбулаторного і стаціонарного лікування хворих із зони відповідальності АСМ.

Результати. Пропонується варіант реформування медичної допомоги за принципом «знизу-вгору» від рівня сімейного лікаря, коли в процесі професійного супроводу хворих по маршруту I, II, III рівнів медичного округу можливо реалізувати науково обґрунтований механізм комплексу організаційно-економічних стандартів, кожен із яких з урахуванням мотиваційних факторів сприяє поліпшенню якості профоглядів, диспансеризації, амбулаторного і стаціонарного лікування.

Висновки. Запропонований комплекс організаційних і медико-економічних стандартів дозволить підвищити якість та ефективність медичної допомоги та може бути рекомендований для впровадження в усіх АСМ регіону.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: організаційно-економічні стандарти, амбулаторія сімейної медицини, працезатрати.

Концептуальні основи реформування системи охорони здоров'я передбачають, як один із альтернативних варіантів, можливість побудови та використання організаційних і медико-економічних рішень, відповідно до яких уся діяльність, весь облік функцій лікувальної установи ведеться «знизу вгору» [7], тобто від рівня лікаря. Такий принцип узгоджується з відомим політичним рішенням про децентралізацію, що не тільки не суперечить, а може суттєво доповнити відповідні накази МОЗ України щодо реформування галузі.

Як відомо [3;11;24;26], у нашій медичній галузі, відповідно до сучасної стратегії забезпечення якості, розробленої ВООЗ (2008 р.), поки що не впроваджені стандарти організаційних технологій, у тому числі планування та використання показників й індикаторів якості, системи мотивацій медичної праці, відсутні обґрунтовані нормативи навантаження на лікарів тощо.

Мета дослідження: у процесі імплементації комплексу організаційно-економічних стандартів при виконанні таких обов'язкових розділів роботи лікаря, як профогляди, диспансеризація, амбула-

торне і стаціонарне лікування, довести в рамках можливого пілотного проекту значне покращання якості та ефективності медичної допомоги мешканцям із зони відповідальності однієї з «амбулаторій сімейної медицини» (АСМ). Саме тут найдоцільніше дослідити можливість реалізації радикальних змін шляхом професійного супроводу досвідченим лікарем-менеджером кожного мешканця по маршруту – АСМ і ЛПЗ II та III рівнів.

Матеріал і методи дослідження. Об'єкт дослідження – усі мешканці із зони відповідальності «сімейного лікаря» (СЛ). Оскільки в «Основах законодавства України про охорону здоров'я (1992 р.) базисом медичної допомоги є АСМ в складі центру ПМСД, куди скеровані бюджетні кошти в розрахунок на кожного мешканця і де пацієнт має найкоротший доступ до першого контакту із СЛ, який наділений правом фондоотримувача, то цілком логічно, що головним об'єктом для імплементації нових організаційно-економічних стандартів, критеріїв і нормативів має бути АСМ, як найменша функціональна одиниця структури нашої системи охорони здоров'я.

Проведено структурно-логічний аналіз алгоритму можливої імплементації згаданих стандартів з використанням аутохронометражу, порівняльного аналізу та логічного узагальнення в технології виконання профоглядів, диспансеризації, амбулаторного і стаціонарного лікування хворих із зони відповідальності АСМ.

Результати дослідження та їх обговорення. Нами визначені науково обґрунтовані хронометражні показники оптимального варіанту проведення профогляду, діагностики та лікування в рамках клініко-статистичних груп (КСГ), діагностично зв'язаних груп (ДЗГ), ступенів складності захворювань, та їх бальні оцінки, зокрема нормативних та понаднормативних обсягів роботи лікарів, алгоритму розрахунків вартості працевитрат останніх та загальної вартості процесу лікування захворювань як необхідної передумови оцінки обсягу та якості медичної допомоги.

Оскільки механізм практичної реалізації організаційно-економічних стандартів розроблений нами на прикладі ЛОР-служби, принципи функціонування якої є такими самими, що й інших профільних служб медичного округу (хірургії, терапії тощо), то логічно і доцільно цей механізм використати головними профільними фахівцями цих служб під патронатом МОЗ України з урахуванням деякої їх специфіки. Суттєвим є те, щоб цей організаційний механізм після розгляду та оцінки відповідними профільними асоціаціями лікарів, за визначенням професора О.М. Голяченка [12], набув ознак певного нормативного документу, розробленого на основі згоди, за відсутності заперечень з принципових питань у більшості зацікавлених сторін, що буде прийнятий і затверджений уповноваженим на те органом.

Організаційний стандарт – це комплекс організаційних заходів, обов'язкових для виконання лікарями, алгоритм, зміст і якість яких сприяє отриманню максимальної ефективності в процесі профілактичних оглядів, диспансеризації та оздоровлення населення [20].

1. Алгоритм практичного впровадження нових організаційних стандартів у розділі «Профілактичні огляди» (ПО)

Ідеологічною основою в реформуванні системи ПО повинні бути принципи найбільш повного охоплення останніми населення з обов'язковим урахуванням і виконанням оптимальної моделі ПО [21].

Оптимальна модель ПО – це такий організаційний стандарт, який передбачає обґрунтовані розрахунками конкретні кількісні та якісні показники діяльності, наприклад СЛ. Вони характеризують максимально можливі результати його роботи в існуючих реальних умовах даної АСМ [20].

1.1 Організаційний стандарт № 1. Оптимальна технологія обліку, виміру, аналізу динаміки та ефективності ПО.

Відсоткове співвідношення показників нашого ідеального варіанту оптимальної моделі (ІВОМ) проф-

оглядів, тобто універсального критерію, який передбачає 100% потребу охоплення населення ПО, з фактичною кількістю ПО (наш фактичний організаційний варіант – ФОВ), з точки зору національного бюро ВООЗ, є показником ефективності даної роботи СЛ і об'єктивно визначає її динаміку [26].

Наш реальний варіант оптимальної моделі (РВОМ) профоглядів дає можливість визначити науково обґрунтовані нормативи навантаження на лікарів первинної ланки [23;27], а також провести моніторинг оцінки виконання ПО шляхом, у тому числі, й самооцінки запланованих показників [3].

1.2. Організаційний стандарт № 2. Методика обґрунтування хронометражу одного ПО.

1.2.1. З огляду на нагальну потребу у визначенні механізму нормативного навантаження на лікарів [11;22], впровадження, хронометражу з урахуванням оптимальної технології його проведення, дозволяє встановити середній статистичний мінімальний термін, протягом якого можливо якісно виконати ПО одного мешканця (табл. 1).

1.2.2. Загальноприйнятий хронометраж окремих елементів технології ПО є головним компонентом у визначенні оптимальної моделі ПО, оскільки обов'язкове його виконання, як стандарту, може забезпечити високу якість цієї роботи.

1.2.3. Наша технологія хронометражу ПО на прикладі ЛОР-служби представлена як зразок для головних профільних фахівців медичного округу, які, використовуючи цю технологію, могли б аналогічно виконати хронометраж в межах свого фаху.

1.3. Організаційний стандарт № 3. Технологія визначення понаднормативних працевитрат лікаря в процесі виконання ПО.

1.3.1. Як відомо, в діяльності лікаря часто виникає потреба виконувати понаднормативну роботу, тобто за межами встановленого державою нормативу кількості хворих та тривалості робочого дня. Наші хронометражні розрахунки витрати робочого часу лікарів на один виконаний ПО дають змогу обґрунтовано визначити конкретну кількість якісно виконаних нормативних і понаднормативних ПО. Наприклад, для СЛ понаднормативною є кількість обстежених у процесі ПО, яка перевищує його розрахунковий норматив (35 осіб) протягом робочого дня (7 годин 42 хвилини) [20;22].

1.4. Організаційний стандарт № 4. Особливості методики скринінгу в процесі ПО.

1.4.1. Для активізації виявлення хворих в процесі ПО є сенс скористатися методикою скринінгу. До виконання останнього доцільно залучити середній медичний персонал, що дозволить забезпечити 100% охоплення населення в зоні відповідальності АСМ, зменшити навантаження на СЛ і сформувати так звану «групу ризику», яку в плановому порядку можливо більш детально обстежити і вилікувати у відповідних профільних фахівців. Як зразок, демонструємо зміст анкети для виявлення, наприклад, ЛОР-захворювань (рис.).

Таблиця 1. Дані хронометражу виконання окремих елементів технології профогляду за профілем «Отоларингологія»*

№ з/п	Технологічний елемент одного профілактичного огляду	Максимальний час (з урахуванням додаткових маніпуляцій)	Мінімальний час (без додаткових маніпуляцій)
1	Бесіда (скарги) з обстежуваним	30 с	20 с
2	Фарингоскопія	30 с	10 с
3	Риноскопія (можлива анестезія слизової оболонки носової порожнини)	2 хв	30 с
4	Задня риноскопія (можлива анестезія зіва)	2 хв	1 хв
5	Непряма ларингоскопія (можлива анестезія зіва)	3 хв	1 хв
6	Отоскопія (можливий туалет слухового проходу, використання оптики та інше)	2 хв	30 с
7	Тест на сприйняття мови пошепки	3 хв	2 хв
8	Записи в амбулаторній картці	30 с	30 с
	Разом	11 хв 30 с	4 хв 30 с

Примітка. *У середньому тривалість профогляду становить 8 хвилин.

АНКЕТА ВИЯВЛЕННЯ ЛОР-ЗАХВОРЮВАНЬ (наявні у Вас скарги підкреслити)

Схема № 1

(П.І.Б.)

(рік народження)

(домашня адреса)

(домашній телефон)

(місце роботи, посада)

(службовий телефон)

ВУХО

1. Виділення з вуха
– з обох, з правого, з лівого
– постійне, періодичне
2. Зниження слуху
– до 2-х місяців, більше 2-х місяців
– помірне, різке
3. Інші скарги на вухо
– на обидва вуха, на ліве, на праве
– до 2-х місяців, більше 2-х місяців
– вписати

ГЛОТКА

- Лікарняні листи з приводу захворювання глотки
– 1-2 рази на рік
– більше 2-х разів на рік
- Температура при захворюванні глотки
– до 37°, до 38°, 38° та вище
- Чи мало місце стаціонарне лікування
– так, ні

ГОРТАНЬ

- Хриплий голос
– до 2-х разів на рік
– більше 2-х разів на рік
- Довготривалість хриплого голосу
– постійно
– до 2-х тижнів
– більше 2-х тижнів
3. Дискомфорт під час ковтання
– до 2-х тижнів
– більше 2-х тижнів
4. Інші скарги
– вписати

НІС

- Ніс закладений
– постійно, періодично
- Виділення з носа
– гнійні, слизові, водяністі
- Довготривалість хвороби носа
– до 2-х тижнів
– більше 2-х тижнів
4. Інші скарги
– постійно
– вписати

Рис. Анкета виявлення ЛОР-захворювань

1.4.2. Даний організаційний стандарт передбачає необхідність залучення усіх головних профільних фахівців медичного округу до створення подібних анкет з метою одержання максимального ефекту проведення ПО у населення в зоні відповідальності СЛ.

1.5 Організаційно-економічний стандарт № 5. Визначення вартості працездатності лікаря в процесі ПО.

1.5.1. Основу механізму визначення вартості нормативних і понаднормативних працездатностей лікарів складають вищенаведені дані хронометражу нормативів праці в процесі ПО, а також ціни одного ПО.

1.5.2. Доведено, що нормативи праці лікаря, які обґрунтовані хронометражем, є еквівалентом економічних нормативів, які можуть одержати вартісну оцінку у вигляді конкретної долі заробітної плати лікаря за певну медичну роботу [6;10].

1.5.3. При використанні формули:

$$Ц_{ПО} = Рф \times Т_{пл} \times Кп : Рб,$$

де $Ц_{ПО}$ – ціна ПО; $Рф$ – річний фонд заробітної плати СЛ; $Т_{пл}$ – технологічний нормативний термін одного ПО; $Кп$ – поправочний коефіцієнт розрахунків норм часу; $Рб$ – річний бюджет робочого часу СЛ, можливо визначити вартість одного ПО, який складає у нашому випадку 2,48 грн [19;20].

Щодо вартості понаднормативної роботи лікаря є доцільним запропонувати систему підвищуючих коефіцієнтів. Суть їх полягає в рекомендації подвоїти нормативну вартість, наприклад, одного ПО (2,48 грн \times 2), а потім цю суму помножити на інші підвищуючі коефіцієнти [20].

Наша методика передбачає варіант, коли нормативні працездатності, наприклад, СЛ становлять розмір його основного окладу з урахуванням підвищуючих коефіцієнтів, а понаднормативні – другої її частини з урахуванням вказаних коефіцієнтів, але додатково з подвоєнням вартості суми останніх, тобто змінної [9].

1.5.4. Можливість розрахунку вартості за нашою методикою нормативних і понаднормативних працездатностей дозволяє обґрунтувати розмір матеріального стимулювання більш інтенсивної та якісної праці лікарів.

2. Організаційні стандарти диспансеризації

Важливим принципом формування СЛ диспансерних груп є умова, яка передбачає включення до оздоровлення в першу чергу хворих, котрі становлять більшість у структурі профільних захворювань і ускладнення у яких можуть викликати зниження чи втрату життєво важливих функцій.

На відміну від «системи Семашка», основоположним принципом, який визначає обсяг роботи СЛ в розділі «Диспансеризація», є включення в число диспансерних усіх 100% виявлених хворих в процесі ПО. Це і є універсальний критерій, який

відображає максимальну потребу в оздоровленні. Кількість оздоровлених, наприклад, за квартал, виконує роль робочих критеріїв і характеризує динаміку оздоровлення протягом року. Цей робочий критерій є також показником ефективності роботи СЛ і величиною його професійного рейтингу серед інших СЛ медичного округу [22;26].

2.1. Організаційний стандарт № 1. Принцип розподілу обов'язків і функцій з оздоровлення диспансерних хворих.

Сенс його в тому, що хворі першого ступеня складності можуть і повинні лікуватися СЛ, а вищих ступенів – направляються до ЛПЗ II і III рівнів медичного округу.

2.2. Організаційний стандарт № 2. Технологія розподілу виявлених захворювань на клініко-статистичні групи (КСГ) і діагностично зв'язані групи (ДЗГ).

Оскільки система КСГ і ДЗГ забезпечує об'єктивну оцінку обсягу та ефективності роботи лікаря [1;25], то якість оздоровлення хворих підвищиться, якщо аналізувати діяльність лікарів на усіх трьох рівнях медичного округу відповідно до вказаної системи з урахуванням ступеня складності хвороб [8;26]. Наприклад, усі ЛОР-захворювання можливо розподілити на чотири КСГ: захворювання вуха (КСГ-I), носа та біляносових пазух (КСГ-II), глотки (КСГ-III) і гортані (КСГ-IV), у які входять захворювання, приблизно рівноцінні за обсягом діагностики і лікування, тобто ДЗГ [17;18;21].

2.3. Організаційний стандарт № 3. Диференціація виявлених захворювань відповідно до ступенів складності.

2.3.1. Діюча в теперішній час оцінка роботи лікаря не передбачає урахування ступенів складності конкретних захворювань, процес лікування яких, зокрема виконання хірургічних втручань, передбачає складне розумове, фізичне та психологічне навантаження [13], а значить і адекватної фінансової оцінки цієї праці.

2.3.2. З позицій клініцистів, ДЗГ враховує окремі захворювання та їх групи, які сумарно об'єднуються в поняття «складність захворювання». Ця система може слугувати основою не тільки функціональної, але й вартісної моделі медичних послуг [17;18;21].

Як наочний приклад, демонструємо механізм обґрунтування ступенів складності захворювань вуха (табл. 2).

Відповідно до таблиці 2, ДЗГ-1 – це перший ступінь складності, тобто захворювання вуха, які потребують консервативного лікування. ДЗГ-2 – другий ступінь складності. Це захворювання, які, крім консервативного лікування, потребують виконання амбулаторних операцій (полінаотомія вуха, парацентез та інші), лікування супутніх захворювань. ДЗГ-3 – третій ступінь, що потребує більш складних хірургічних втручань (радикальна опе-

Таблиця 2. Приклад розподілу захворювань вуха відповідно до клініко-статистичних груп (КСГ) і діагностично зв'язаних груп (ДЗГ)

КСГ, ДЗГ	I ступінь складності ДЗГ-1	II ступінь складності ДЗГ-2	III ступінь складності ДЗГ-3	IV ступінь складності ДЗГ-4	V ступінь складності ДЗГ-5
КСГ-1	Обмежений зовнішній отит Отімікоз Ураження вушної раковини Гострий евстахіїт Адгезивний отит Хронічний кохлеарний неврит Опіки, відмороження вушної раковини I ст. Суб'єктивний шум у вусі Сірчані пробки	Гострий та хронічний зовнішній дифузний отит Стороннє тіло слухового проходу Отгематома Гострий середній отит Доброякісна пухлина зовнішнього вуха Келоїдні рубці вушної раковини Епідермальні пробки слухових проходів Хронічний евстахіїт Опіки та відмороження вушних раковин II ст.; фурункул слухового проходу	Фурункульоз слухового проходу Тяжкі травми вушної раковини Опіки та відмороження вушної раковини III ст.	Некротичний зовнішній отит Ускладнений гострий гнійний середній отит Хронічний гнійний середній отит (хірургічне лікування) Атрезії слухового проходу (хірургічне лікування) Гостра нейросенсорна приглухуватість Злоякісні пухлини вуха	Отогений менінгоенцефаліт Отогений абсцес мозку Отогенний сепсис Кондуктивна приглухуватість (мікрооперація вуха) Хвороба Міньєра Лабіринтити гострі та хронічні

рація на вусі, терапія, антромастодотомія тощо). ДЗГ-4 – четвертий ступінь. Це захворювання вуха, які ускладнені лабіринтитом, паралічем лицьового нерва, чи випадки, коли необхідна пластична корекція вушних раковин. ДЗГ-5 – п'ятий ступінь. Це внутрішньочерепні отогенні ускладнення, або захворювання вуха, які потребують виконання слухопокращуючих операцій, реоперацій на вусі з елементами пластики.

2.4. Організаційний стандарт № 4. Обґрунтування можливості бальної оцінки захворювань і хірургічних втручань відповідно до ступеня їх складності.

Для спрощення оціночної характеристики результатів роботи лікаря доцільно застосувати бальну оцінку, яка виконує роль оціночних умовних одиниць у процесі лікування хворих певного ступеня складності. В основу принципу, на підставі якого діагностику і лікування можливо оцінити у різну кількість балів, закладені такі чинники, як КСГ і ДЗГ, ступені складності захворювань і хірургічних втручань, витрати робочого часу лікаря на весь процес лікування, можливі ускладнення, рівень фізичного і психологічного навантаження на лікарів [17;21].

Відповідно до таблиці 2, перший ступінь складності оцінюється в один бал (мінімальна затрата робочого часу, незначна вірогідність ускладнень, мінімальна психологічна напруга лікаря).

Другий ступінь складності оцінюється у два бали. Та сама характеристика. Трохи більша затрата робочого часу. Третій ступінь – у п'ять балів. Значно більша, ніж у перших двох, затрата робочого часу.

Можливість таких ускладнень, як кровотечі, вторинне загоєння рани, погіршення слуху, перехід хвороби у вищий ступінь складності тощо.

Четвертий ступінь оцінюється у десять балів. Складність захворювань на порядок вища. Вимоги до рівня кваліфікації лікарів – не нижче першої категорії. Значно більші затрати робочого часу лікаря та більша вірогідність серйозних ускладнень (параліч лицьового нерва, лабіринтити тощо).

П'ятий ступінь оцінюється у двадцять балів. Складність захворювань на порядок вища, ніж при IV ступені. Рівень роботи відповідає кваліфікації лікаря вищої категорії. Великий ризик ускладнень, які загрожують життю хворого. Витончена техніка виконання хірургічного втручання. Надзвичайно велика фізична втомлюваність і психологічна напруга лікаря [17].

Що стосується розподілу хірургічних втручань на ступені складності та їх бальної оцінки, то, як приклад, демонструємо наш варіант поділу виконаних хірургічних операцій на ступені складності у ЛОР-відділенні обласної лікарні.

Перший ступінь складності. Біопсія із ЛОР-органів (крім біопсії із носоглотки і гортані). Первинна хірургічна обробка рани в обсязі, який можливо виконати у перев'язочній відділенні, поліпотомія вуха, парацентез, пункція верхньощелепного синусу тощо.

Другий ступінь. Ультразвукова дезінтеграція носових раковин, біопсія із лімфатичних вузлів шиї, розтин отгематоми, видалення доброякісних новоутворень ЛОР-органів тощо.

Третій ступінь. Тонзилектомія неускладнена, резекція викривленої хрящової частини перетинки носа, кріодеструкція піднебінних мигдаликів, поліпоетмоїдотомія, неускладнена трахеотомія, аденомотомія, біопсія із носоглотки і гортані тощо.

Четвертий ступінь. Радикальна операція на вусі, часткова резекція гортані, фронтоетмоїдотомія, гайморитомія, підслизова резекція перетинки носа (усі її частини), одночасне виконання трьох і більше операцій у носовій порожнині, ускладнена тонзилектомія і трахеотомія, пластична корекція вушних раковин.

П'ятий ступінь. Екстирпація гортані та її розширені варіанти, операція Крайля, одномоментна хірургічна санація усіх біляносових синусів, розтин парафарингеальних абсцесів зовнішнім доступом, перев'язка магістральних судин шиї, слухополіпшуючі мікрооперації на вусі, тимпатоластика, розширені варіанти радикальних операцій на вусі при внутрішньочерепних отогенних ускладненнях, пластика фаринго-ларингостом тощо [17].

3. Організаційні стандарти амбулаторного оздоровлення мешканців із зони відповідальності сімейного лікаря

Основоположним принципом в організації амбулаторної медичної допомоги є виконання стандартів якості діагностики і лікування, або клінічних протоколів, які рекомендовані МОЗ України.

3.1. Організаційний стандарт № 1. Технологія хронометражу як основа визначення рівня працевитрат лікаря в процесі амбулаторного прийому хворих.

Із всіх норм щодо праці лікаря основоположною є норма часу, яка визначається методом хронометражу. Норматив праці лікаря – це комплекс технологічних елементів у процесі обстеження і лікування, якісне виконання яких потребує затрати певного робочого часу [4;5;10].

Демонструємо методику хронометражу одного із ЛОР-захворювань II ступеня складності у пацієнта, алгоритм роботи з яким у процесі діагностики і лікування організаційно, в принципі, є таким самим, що і в інших профільних фахівців (табл. 3).

3.2. Організаційний стандарт № 2. Розподіл функціональних обов'язків сімейного лікаря щодо рівнів оздоровлення мешканців із зони відповідальності АСМ.

На прикладі ЛОР-захворювань (табл. 2) наведено обґрунтування того, що роботу лікаря першого ступеня складності щодо більшості профільних хвороб доцільно включити у функціональні обов'язки сімейного лікаря, а хворих II та III ступенів останній може направляти на оздоровлення більш кваліфікованим фахівцям II та III рівнів медичного округу.

3.3. Організаційно-економічний стандарт № 3. Визначення нормативних і понаднормативних працевитрат та їх вартості для лікарів у процесі амбулаторного прийому, а також загальної вартості прийому одного хворого.

3.3.1. Представлений вище механізм формування нормативів праці, що виконують водночас роль і економічних нормативів, ми взяли за основу визначення працевитрат та їх вартості для лікарів,

Таблиця 3. Хронометраж основних технологічних елементів отоларингологічних захворювань у процесі амбулаторного прийому хворого з II ступенем складності КС Г-I захворювання вуха*

№ з/п	Технологічний елемент	Максимальний термін (з урахуванням додаткових маніпуляцій і процедур)	Мінімальний термін (без урахування додаткових маніпуляцій і процедур)
1	Анамнез	1 хв	1 хв
2	Огляд, перкусія, пальпація ділянки вух, отоскопія (можливе видалення сірки, корок та інше)	3 хв	1 хв
3	Використання мікроскопії (воронка Зілля, мікроскоп та інше)	2 хв	1 хв
4	Тест на сприйняття мови (пошепки та розмовної мови)	2 хв	1 хв
5	Риноскопія (можлива анемізація слизової оболонки носа)	2 хв	30 с
6	Задня риноскопія (можлива анестезія зівя)	2 хв	30 с
7.	Обстеження носоглотки (пальцева проба, у т.ч. у дітей)	2 хв	
8	Запис в амбулаторній карті (анамнез, об'єкт, статус, діагноз, призначення, рекомендації тощо)	3 хв	2 хв
9	Виписка рецептів, лікарняного листа, висновку тощо	3 хв	2 хв
	Загалом	20 хв (1200 с)	9 хв (540 с)

Примітка. *У середньому другий ступінь складності – 14,5 хвилини.

які беруть участь в амбулаторному прийомі. Цей норматив може отримати вартісну оцінку у вигляді певної частини встановленої державою заробітної плати лікаря. Для цього була використана формула: $C_{пз} = G_{ф} \times B_{т} \times K_{п} : G_{б}$, де $C_{пз}$ – ціна працевзатрат лікаря; $G_{ф}$ – річний фонд заробітної плати лікаря; $B_{т}$ – технологічний нормативний термін на одне відвідування; $K_{п}$ – поправочний коефіцієнт розрахункових норм часу лікаря; $G_{б}$ – річний бюджет робочого часу лікаря. Отже, якщо лікарем, наприклад, за один робочий день (7 годин 42 хвилини, або 462 хвилини) прийнято відвідувачів: I ступеня складності – 5 (5x8 хвилин) = 40 хвилин, II ступеня – 16 (16x14 хвилин) = 224 хвилин і III ступеня – 8 (8x25 хвилин) = 200 хвилин, а всього 464 хвилини, то це той максимум, який відповідає його нормативному показнику, як критерію [14;18].

3.3.2. Вартість нормативної праці лікаря, використовуючи вищевказану формулу, можливо визначити як суму розрахунків з урахуванням вартості прийому хворих усіх трьох ступенів складності хвороб, представлених у наведеному прикладі.

Існуюча система підвищуючих коефіцієнтів розміру вартості працевзатрат, яка відіграє для лікаря роль мотивуючого фактора, дозволяє внести відповідні поправки до визначення вартості прийому хворих лікарями залежно від їх кваліфікації і стажу [17]. Прийом хворого у селі передбачає підвищуючий коефіцієнт 1,5, райцентрі – 1,3, місті – 1,2. За надання допомоги дітям молодше 3-х років та людям похилого віку – старше 65 років – коефіцієнт становить 1,3 [20].

3.3.3. Щодо понаднормативних працевзатрат та їх вартості, тобто «змінної» частини медичної

роботи [9], наприклад, для лікаря за один робочий день (7 годин 42 хвилини), то, використовуючи дані про понаднормативні витрати робочого часу останнього, а також вищевказану формулу, визначаємо і рівень, і вартість понаднормативної праці лікаря з урахуванням перелічених підвищуючих коефіцієнтів. Вважаємо доцільним подвоїти вартість понаднормативної праці лікаря [19].

3.3.4. Загальну вартість амбулаторного прийому хворого можливо визначити за допомогою вищевказаної формули, а також формули:

$$Ц_{запл} = C_{пзл} \times C_{сткл.з} \times K_{коэф-1} \times K_{коэф-2} + B_{обст} + B_{мм} + B_{мвт},$$

де: $C_{запл}$ – загальна ціна амбулаторного прийому для лікаря; $C_{пзл}$ – ціна працевзатрат лікаря; $C_{сткл.з}$ – ступінь складності захворювання; $K_{коэф-1}$, $K_{коэф-2}$ – підвищуючі коефіцієнти; $B_{обст}$ – вартість обстеження; $B_{мм}$ – вартість матеріально-технічних витрат [12;20] (табл. 4).

4. Організаційно-економічні стандарти в технології визначення обсягу, інтенсивності, оцінки вартості працевзатрат лікарів відділень стаціонару

На відміну від «системи Семашка», для більш ефективного використання стаціонарного ліжка є сенс запровадити принцип першочергового стаціонарного лікування саме мешканців із зони відповідальності АСМ. Такий напрямок змін пріоритетів обумовлений новими принципами економічних відносин в межах ЛПЗ існуючих трьох рівнів медичної допомоги, суть яких полягає у концентрації фінансових коштів у СЛ, як фондоотримувача. Він має право укладати угоди на лікування «своїх»

Таблиця 4. Розрахунок вартості амбулаторного прийому одного хворого з приводу хронічного гнійного гаймориту (II ст. складності), виконаного різними за кваліфікацією і стажем медичними працівниками

Медичний персонал	Річний фонд зарплати Рф, гривень	Річний бюджет робочого часу Рб, хвилин	Термін на одне захворювання			Ціна працевзатрат з урахуванням підвищуючого коефіцієнта				Обстеження, у т.ч. рентгенографічне, гривень	Медикаменти і матеріали, угривень	Матеріально-технічні витрати, гривень	Загальна вартість, гривень
			Норматив технологічного часу Чт, хвилин	Поправочний коефіцієнт Кп	Повний технологічний час Чп, хвилин	Ціна амбулаторного прийому Цпо, гривень	Ступінь складності x2	Коеф.прийому дітей, людей > 65р. 1,3	Коеф.прийому сільських мешканців 1,3				
Мінімальна тарифна ставка													
Лікар	19836	115500	14	1,12	15,68	2,69	5,38	6,99	9,08	22,30	58,70	24,92	115,00
Тарифна ставка з урахуванням категорії і стажу													
Лікар 1 категорії	22860	115500	14	1,12	15,68	3,10	6,20	8,06	10,48	22,30	58,70	24,92	116,40

хворих з найдосвідченішими лікарями медичного округу в розрахунку на максимальну якість медичної допомоги.

4.1. Організаційний стандарт № 1. Універсальна схема експертної оцінки показників діяльності відділень стаціонару як важелів мотивації інтенсивності та якості роботи лікарів.

Суть вказаного аналізу в тому, що основу його становить, по-перше, оцінка умовної «ваги» в балах одного відсотка запланованого оптимального стандарту конкретного показника, наприклад хірургічної активності (70%) за умови, що досягнення цього максимального для даного відділення показника буде дорівнювати 15 балам із загальних 100 балів, якими оцінюються усі показники діяльності відділення. Значить, ціна в балах одного відсотка показника хірургічної активності становить – 0,21 бала (15 балів : 70%). По-друге, береться до уваги врахування умовної одиниці різності показників, наприклад по відношенню до одного запланованого показника доопераційного ліжко-дня – 1,0. У цьому випадку при максимальній оцінці даного показника в 15 балів величина оцінки одиниці різності показників – 0,1 буде дорівнювати – 1,5 бала (15 балів : 1,0, тобто десять разів по 0,1). Оскільки фактичне погіршення даного стандарту відбулося на 0,5 (тобто 5 разів по 0,1), то оцінка в балах цього фактичного показника становитиме 7,5 бала (1,5 бала x 5 разів по 0,1).

Подібна синхронізація оціночних відсоткових співвідношень, а також у вигляді оцінки їх в балах дозволяє не тільки максимально об'єктивно виконати експертну оцінку результатів роботи відділень стаціонару, але й визначити порівняльний рейтинг подібних відділень, що є доцільним в аспекті мотиваційних заходів.

4.2. Організаційний стандарт № 2. Механізм визначення навантаження і показників інтенсивності праці лікарів відділень стаціонару.

Особливістю роботи лікарів відділень стаціонару, у т.ч. і хірургічного профілю, є те, що ні кількість пролікованих хворих, ні рівень хірургічної активності кожного не дозволяє обґрунтовано оцінити ступінь інтенсивності їхньої праці. Об'єктивна оцінка вказаного аспекту роботи лікаря може бути встановлена з урахуванням ступенів складності захворювань тільки шляхом ділення кількості зроблених конкретним лікарем балів із суми «захворювання + операція + асистенція» на кількість фактично використаних цим лікарем робочих годин у процесі лікування хворих.

Показники таблиці 6 демонструють значні відмінності в обсягах та інтенсивності роботи, у тому числі й хірургічної, лікарів аналізованого відділення стаціонару.

4.3. Організаційно-економічний стандарт № 3. Алгоритм визначення вартості працезатрат лікаря відділення стаціонару.

Такі чинники, як розмір заробітної плати відповідно до стажу і рівня кваліфікації, а також результати хронометражу середньої тривалості процесу обстеження і лікування конкретного пацієнта, дають підстави для розрахунку вартості працезатрат лікаря. Оскільки складність захворювання і хірургічного втручання повинна диференційовано впливати на формування відповідної вартості працезатрат лікаря, то ціну однієї хвилини його роботи необхідно помножити на ступінь складності захворювання, яка, на нашу думку, повинна враховуватись, як і зазначені вище, в якості підвищуючих коефіцієнтів.

Таблиця 5. Експертна оцінка показників роботи стаціонарного відділення II та III рівнів медичного округу

№ з/п	Оцінюваний параметр	Стандарт	Фактичний показник	Рівень розбіжностей	Бал	
					Максимальний	Реальний
1	Хірургічна активність	70%	54%	-16%	15	11,64
2	Доопераційний ліжко-день	1,0	1,5	- 0,5	15	7,5
3	Середнє перебування операційного хворого на ліжку	8,0	9,2	- 1,2	5	3,8
4	Середнє перебування на ліжку неоперованого хворого	9,0	11,2	-2,2	5	2,8
5	Відсоток виконання ліжко-днів	102	98	- 4	5	1
6	Відсоток ускладнень	0,5	0,4	+ 0,1	15	20
7	Відсоток хірургічного лікування диспансерних хворих	65	60	- 5	5	4
8	«Д» хворі	100%	70%	відсоткове співвідношення	20	14
9	Лікування непоказаних хворих	50 іст/хв	10 деф	-	15	0

Таблиця 6. Визначення обсягу та інтенсивності роботи лікарів на прикладі ЛОР-відділення Кіровоградської обласної лікарні за 11 місяців

Лікар відділення	Кількість місяців роботи	Фактично пролікованих хворих	Усього балів за складність захворювання	Кількість захворювань і балів за ступенем складності					Усього балів за операції	Кількість операцій і балів за ступенем складності					Бали за асистенцію	Усього балів (операція + захворювання + асистенція)	Хірургічна активність, %	Фактична кількість робочих годин за 11 місяців	Показник інтенсивності роботи
				I	II	III	IV	V		I	II	III	IV	V					
Завідділення 0,5 ставки	6 місяців	179	819	39	50	64	22	7	210	104	104	53	21	24	8	1534	117,2	480	3,20
Старший ординатор 1 ставка	9 місяців	356	1605	73	76	132	60	6	418	215	250	105	33	51	14	3055	117,4	1440	2,12
Ординатор 1,5 ставки	10 місяців	514	2172	144	159	170	56	15	533	317	317	160	40	16	-	3261	985,1	1600	2,03
Ординатор 1,0 ставки	9 місяців	175	607	61	58	42	14	4	152	82	82	54	12	4	-	907	86,8	900	1,00

Вартість працездат у процесі обстеження і лікування, у тому числі хірургічного, у випадках, коли СЛ скерував свого пацієнта у медичний заклад III рівня, ми продемонструємо на прикладі ЛОР-захворювання, яким буде опікуватися хірург-отоларинголог вищої категорії зі стажем понад 20 років [20] (табл. 7). Вихідною інформацією для названого лікаря щодо розрахунку працездат є визначення ціни однієї хвилини його робочого часу за формулою $\text{Цхв.р.ч.л.} = \text{МЗПлвк} : \text{РДнм} : \text{Трдл}$, де: Цхв.р.ч.л. – ціна хвилини робочого часу лікаря вищої категорії зі стажем понад 20 років; МЗПлвк – місячна заробітна плата цього лікаря; РДнм – робочі дні місяця (грудень); Трдл – тривалість робочого дня лікаря в хвилинах. $\text{Цхв.р.ч.л.} = 2639 \text{ грн} : 21 \text{ р.день} : 462 \text{ хв} = 27 \text{ коп.}$

У розрахунку вартості працездат лікаря використовуються вищезазначені підвищуючі коефіцієнти на ступінь складності захворювання (IV), ступінь складності хірургічного втручання (V), лікування сільського мешканця у місті (1,2) та вік пацієнта понад 65 років (1,3). З урахуванням останніх, ціна однієї хвилини робочого часу лікаря становить 1,68 грн (27 коп. $\times 4 \times 1,2 \times 1,3$) без урахування хірургічного втручання і у 2,10 грн буде оцінена одна хвилина операції [18].

Таким чином, загальна вартість працездат лікаря у процесі виконання «хронометражних» розділів роботи з урахуванням IV ступеня складності хвороби і підвищуючих коефіцієнтів складала (390 хв $\times 1,68 \text{ грн}$) 655,20 гривень. А з урахуванням вартості працездат лікаря при виконанні ним операції V ступеня складності – становить 315 грн

(150 хв $\times 2,10 \text{ грн}$). Загальна вартість даної роботи лікаря-хірурга становить: 655,20 грн + 315,00 грн = 960,20 грн [20].

4.4. Організаційно-економічний стандарт № 4. Механізм визначення рівня матеріального стимулювання лікаря відділення стаціонару.

Прогнозована можливість укладання угод між СЛ, як фондотримачем, і профільними фахівцями II і III рівнів медичного округу дає підстави останнім розраховувати на суттєве матеріальне стимулювання їхньої праці, адже чим більшу кількість хворих з високою якістю лікування, у тому числі більшого ступеня складності, пролікує конкретний лікар, тим на більший рівень матеріального стимулу він може розраховувати. З іншого боку, очевидну вигоду отримують і СЛ, які в результаті успішного виконання згаданих угод зможуть суттєво покращити показники оздоровлення «свого» населення. Залежно від розрахункової суми в гривнях, зазначеної в угоді, і враховуючи ціну одного бала, визначається кількість зароблених кожним лікарем балів (табл. 6) і, відповідно, сума матеріального стимулювання.

Використання наведених вище технологій дозволить лікарям одержувати не якусь абстрактну, нічим не обґрунтовану, заробітну плату, а дійсно зароблену.

Висновки

Успішна реалізація комплексу організаційних і медико-економічних стандартів з оздоровлення мешканців із зони відповідальності сімейного лікаря, внаслідок чого підвищиться якість та ефективність медичної допомоги, може бути достатньо обґрунто-

Таблиця 7. Хронометраж роботи лікаря

№ з/п	Хронометражний розділ у технології процесу лікування	Хронометраж, хвилин	Вартість фрагментів роботи, гривень
1	Анамнез та обстеження ЛОР-органів	20	33,60
2	Записи в історії хвороби	15	25,20
3	Лист призначень	5	8,40
4	Внутрішньошкірна проба на антибіотики і розчин лідокаїну	30	50,40
5	Передопераційний епікриз	10	16,80
6	Операції – гайморотомія, поліоектомія, фронтотомія, розтин флегмони орбіти	150	315,90
7	Робота анестезіолога	320	537,60
8	Протоколи операцій в історії хвороби та операційний журнал	30	50,40
9	Спостереження за хворими після операції	50	84,00
10	Щоденне спілкування та обстеження хворого в палаті (5 хв $\times 10 \text{ л/дн}$)	50	84,00
11	Видалення тампонів із порожнини, дренажів синусів	30	50,40
12	Визначення групи крові і резус-факторів	30	50,40
13	Щоденники в історії хвороби (5 хв $\times 10$)	50	84,00
14	Консультація кардіолога вищої категорії	40	67,20
15	Виписний епікриз	30	50,40
16	Загальна вартість		1507,80

ваною підставою для впровадження наших пропозицій в усіх АСМ регіону. Матеріали статті відповідають суті доказового менеджменту в медицині.

Перспективи подальших досліджень. Удосконалення зазначених стандартів під час реалізації

відповідного пілотного проекту з оздоровлення мешканців із зони відповідальності однієї із АСМ регіону і визначення рівня якості та ефективності роботи сімейного лікаря і лікарів II та III рівнів медичного округу.

Список літератури

1. Баяджан В. А. Медицинское страхование и использование диагностически связанных групп / В. А. Баяджан, О. П. Щепин // Сов. здравоохран. – 1991. – № 5. – С. 12–18.
2. Василюшин Р. Й. Експертні оцінки якості і медичні стандарти – головний важіль реформування охорони здоров'я сьогодні / Р. Й. Василюшин // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2001. – № 1. – С. 29–32.
3. Вороненко Ю. В. Методичні підходи до впровадження стандартизації організаційних технологій у системі управління якості медичної допомоги / Ю. В. Вороненко, В. В. Горачук // Укр. мед. часоп. – 2012. – № 5 (91). – С. 108–110.
4. Вороненко Ю. В. Фінансовий менеджмент з основами економіки охорони здоров'я / Ю. В. Вороненко, В. М. Пащенко. – К., 2011. – 499 с.
5. Говрилов В. А. Оценка эффективности труда медперсонала учреждений здравоохранения / В. А. Говрилов, Ю. Н. Мисник // Материалы республиканского Пленума научного совета. – Ижевск, 1990. – С. 10–11.
6. Иванова М. А. Нормирование труда – один из путей оптимизации качества оказания медицинской помощи [Электронный ресурс] / М. А. Иванова. – 2007.
7. Картыш А. П. Организация амбулаторно-поликлинической помощи в условиях новых экономических отношений / А. П. Картыш // Материалы 2-го съезда соц. гигиенистов и организаторов здравоохранения Украины, Винница, 3–5 окт. 1990. – К., 1990. – Ч. 1. – С. 19–21.
8. Корчагин В. П. Теоретические основы экономической реформы здравоохранения / В. П. Корчагин // Экономические проблемы реформы здравоохранения. – М., 1991. – С. 6–23.
9. Лехан В. М. Система охорони здоров'я в Україні і підсумки, проблеми, перспективи / В. М. Леха. – К. : Сфера, 2002. – 28 с.
10. Методические рекомендации по организации нормирования труда в здравоохранении / Шипова В. М. [и др.]. – М. : РАМН, ЦНШОЗ, 2004. – 152 с.
11. Пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини / Слабкий Г. О. [та ін.] // Сімейна медицина. – 2014. – № 3 (53). – С. 25–27.
12. Реформа охорони здоров'я в Україні / Голяченко О. М. [та ін.] – Тернопіль, 2006. – 159 с.
13. Самоходский В. Н. К технологии определения степени напряжения работы врачей / В. Н. Самоходский // Соц. гигиена, орг. здравоохран. и история медицины. – 1994. – Вып. 25 – С. 88–91.
14. Самоходский В. Н. К технологии определения трудозатрат и их стоимости в амбулаторно-поликлинической работе / В. Н. Самоходский // «Підсумки та проблеми освоєння нового господарського механізму в системі охорони здоров'я України»: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. – Житомир, 1992. – С. 108–109.
15. Самоходский В. Н. Оценка степени занятости отоларинголога в соответствии с клинико-статистическими группами / В. Н. Самоходский // УП съезд отоларингологов УССР. – 1989. – С. 339–340.
16. Самоходський В. М. Варіант принципової схеми підготовчого етапу реалізації проекту «Експериментальна лікарня страхової медицини» / В. М. Самоходський // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2010. – № 1. – С. 72–76.
17. Самоходський В. М. Варіант технології визначення об'єму та інтенсивності праці лікарів відділення стаціонару / В. М. Самоходський // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2012. – № 2. – С. 86–90.
18. Самоходський В. М. Визначення об'єму та вартості працевзатрат амбулаторних лікарів і варіанти стимулювання їхньої праці / В. М. Самоходський // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2012. – № 1. – С. 98–103.
19. Самоходський В. М. До методики визначення вартості працевзатрат сімейного лікаря при виконанні проф. оглядів / В. М. Самоходський // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2011. – № 1. – С. 73–78.
20. Самоходський В. М. Медико-економічні механізми реалізації організаційних стандартів, критеріїв і нормативів як основи створення комп'ютерних програм для сімейного лікаря / В. М. Самоходський, Б. А. Голяченко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2013. – № 2 (56). – С. 19–27.
21. Самоходський В. М. Наукове обґрунтування медико-економічних механізмів реформування управління отоларингологічної служби на етапі переходу до БСМ : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В. М. Самоходський. – Київ, 1994. – 32 с.
22. Самоходський В. М. Оптимальна модель профілактичних оглядів як організаційний стандарт для сімейного лікаря / В. М. Самоходський // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2011. – № 3. – С. 65–70.
23. Самоходський В. М. Роль і місце організаційних стандартів як критеріїв у структурі стандарту якості діагностики та лікування в рамках профільних служб регіональної лікувальної установи / В. М. Самоходський // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2007. – № 2. – С. 72–76.
24. Сірик В. О. Доцільність реформування амбулаторно-поліклінічної системи надання медичної допомоги та переходу до практики сімейного обслуговування населення / В. О. Сірик // Сімейна медицина. – 2014. – № 3 (53). – С. 22–23.

25. *Стоимость* стационарной помощи / Обухов О. А. [и др.] // Развитие экономических отношений в здравоохранении. – М., 1991. – С. 52–55.
26. Хану В. Обеспечение качества медицинского обслуживания / В. Хану. – Копенгаген : ВООЗ, 1985. – 177 с.
27. Шекера О. Г. Нормативно-правовые аспекты формирования семейной медицины / О. Г. Шекера // Семейная медицина. – 2013. – № 2 (46). – С. 10–12.
28. Шипова В. М. Нормирование труда в условиях перехода к медицинскому страхованию / В. М. Шипова // Бюл. НИИ соц. гигиены, экономики и управления здравоохранения им. Н.А. Семашко. – М., 1992. – С. 46–53.

АЛГОРИТМ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ ОРГАНІЗАЦІОННО-ЕКОНОМІЧЕСКИХ СТАНДАРТОВ КАК ФРАГМЕНТ ТЕХНОЛОГІЇ ПОВЫШЕННЯ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПО МАРШРУТУ I, II И III УРОВНЕЙ МЕДИЦИНСКОГО ОКРУГА

В.Н. Самоходский¹, Б.А. Голяченко²

¹Кировоградская областная больница, Украина

²ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского МЗ Украины»

Цель: доказать значительное улучшение качества и эффективности оказания медицинской помощи населению, прикрепленному к амбулатории семейной медицины (АСМ), вследствие внедрения комплекса организационно-экономических стандартов.

Материалы и методы. Проведен структурно-логический анализ алгоритма имплементации организационно-экономических стандартов с использованием аутохронометража, сравнительного анализа и логического обобщения в технологии производства профосмотров, диспансеризации, амбулаторного и стационарного лечения больных из зоны ответственности АСМ.

Результаты. Предлагается вариант реформирования медицинской помощи по принципу «снизу-вверх» от уровня семейного врача, когда в процессе профессионального сопровождения больных по маршруту I, II и III уровней медицинского округа возможно реализовать научно обоснованный механизм комплекса организационно-экономических стандартов, каждый из которых с учетом мотивационных факторов способствует улучшению качества профосмотров, диспансеризации, амбулаторного и стационарного лечения.

Выводы. Предложенный комплекс организационных и медико-экономических стандартов позволит повысить качество и эффективность медицинской помощи и может быть рекомендован для внедрения во всех АСМ региона.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: организационно-экономические стандарты, амбулатория семейной медицины трудозатраты.

ALGORITHM OF IMPLEMENTATION OF ORGANIZATIONAL AND ECONOMIC STANDARDS AS FRAGMENT OF TECHNOLOGY OF QUALITY TREATMENT IMPROVEMENT IN THE PROCESS OF PROFESSIONAL SUPPORT OF PATIENTS ON ROUTE I, II AND III LEVELS OF MEDICAL DISTRICT

V.M. Samokhodskiy¹, B.A. Golyachenko²

¹Kirovohrad Regional Hospital, Ukraine

²SHEI "Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky Ministry of Health of Ukraine "

Purpose: to prove considerable improvement of quality and efficiency of medical care to the population attached to ambulatory of family medicine (AFM) as consequence of implementation of complex of organizational and economic standards.

Materials and methods. The structural and logical analysis of algorithm implementation of organizational and economic standards using auto timing, comparative analysis and logic generalisation in technology of professional surveys, prophylactic medical examination, outpatient and inpatient treatment of patients from areas of AFM responsibility is carried out.

Results. The variant of reforming health care by a principle «from-upwards» on the level of family doctor when the process of professional support of patients on route I, II, III levels of medical district may implement scientific-grounded mechanism for complex organizational and economic standards, each of which taking into account motivational factors in improvement of quality of professional surveys, prophylactic medical examination, outpatient and inpatient treatment has been offered.

Conclusions. The offered complex of organizational and medical-economic standards will improve quality and efficiency of health care and can be recommended for implementation in all AFM regions.

KEY WORDS: organizational and economic standards, ambulatory of family medicine, expenditures of labor.

Рукопис надійшов до редакції 05.05.2015 р.

Відомості про авторів:

Самоходський Віктор Миколайович – д. мед. н., проф. Кировоградської обласної лікарні

Голяченко Богдан Андрійович – лікар-інтерн каф. анестезіології та реаніматології ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», тел. (0352) 27-33-41