

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
імені О.О.БОГОМОЛЬЦЯ

**СМІЯНОВ ВЛАДИСЛАВ АНАТОЛІЙОВИЧ**

УДК 614.2:616-058:001.5

**ОПТИМІЗАЦІЯ МОДЕЛІ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ  
МІСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ ПЕРЕБУДОВИ  
ГАЛУЗІ**

14.02.03 – соціальна медицина

**АВТОРЕФЕРАТ**  
дисертації на здобуття наукового ступеня  
кандидата медичних наук

**Київ – 2006**

Дисертацією є рукопис.

Роботу виконано в Сумському державному університеті МОН України.

**Науковий керівник:** доктор медичних наук, старший науковий співробітник  
**Степаненко Алла Василівна,**  
Інститут медицини праці АМН України,  
завідувач лабораторії формування реєстру  
професійних захворювань.

**Офіційні опоненти:**

доктор медичних наук, професор **Уваренко Анатолій Родіонович,** Український центр науково-медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи МОЗ України,  
директор;

доктор медичних наук, професор **Риков Сергій Олександрович,** Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України, професор кафедри офтальмології.

**Провідна установа:**

Харківський державний медичний університет, кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я, МОЗ України, м. Харків.

Захист відбудеться “ 18 ” травня 2006 р. о 15.30 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.003.01 при Національному медичному університеті імені О.О.Богомольця за адресою: 03057, м.Київ, пр.Перемоги,34,санітарно-гігієнічний корпус, аудиторія №2.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Національного медичного університету імені О.О. Богомольця за адресою: 03057, м.Київ, вул.Зоологічна,1.

Автореферат розісланий “ 17 ” квітня 2006 р.

Вчений секретар  
спеціалізованої вченої ради

Войцеховський В.Г.

## ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**Актуальність теми.** Стратегією подальшого розвитку країни передбачено поглиблення перетворень у медичній галузі. Метою таких втручань є забезпечення доступності якісної медичної допомоги, створення правових, економічних та організаційних умов надання медичних послуг (В.Ф.Москаленко, 2004; В.М. Пономаренко, 2004р.).

На сучасному етапі напрямок розвитку системи охорони здоров'я України визначений низкою нормативно-правових документів державного рівня, насамперед, Указом Президента України від 06.12.2005 №1694/2005 “Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я”, на виконання якого МОЗ України розробило проект Національного плану дій, який включає ряд першочергових завдань з питань законотворення, формування нових фінансово-економічних важелів управління та організації системи охорони здоров'я.

Розвиток системи охорони здоров'я постійно потребує дієвих зрушень в сфері управління і організації галузі, підвищення ефективності використання обмежених фінансових ресурсів. Незважаючи на певне скорочення ліжкового фонду, дороговартісна стаціонарна медична допомога, як і раніше, продовжує поглинати найбільшу долю фінансових асигнувань, що виділяються на галузь (А.Р. Уваренко, В.Д. Парій, 1999; В.М. Пономаренко, В.М. Бодак, 2002; В.Ф.Москаленко, 2004).

Актуальність організаційних перетворень в системі охорони здоров'я України на рівнях первинної і вторинної медико-санітарної допомоги, невирішеність цього питання, насамперед в практичному плані, зумовила проведення нашого дослідження стосовно удосконалення системи надання медичної допомоги міському населенню.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дослідження проводилися відповідно до Концепції розвитку охорони здоров'я населення України, Міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації” на 2002-2011 р.р., завдань проекту Національного плану дій на виконання Указу Президента України від 06.12.05р. №1694/2005 “Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я”.

Робота виконувалась у рамках наукової тематики та згідно з планом науково-дослідної роботи кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я медичного факультету Сумського державного університету "Вивчення впливу несприятливих зовнішніх чинників Сумської області на стан здоров'я населення” № держреєстрації 0105 U 002471.

**Мета і завдання дослідження.** *Мета:* науково обґрунтувати та розробити модель медичної допомоги міському населенню на основі реорганізації та удосконалення первинної та вторинної медико-санітарної допомоги на сучасному етапі реформування галузі.

*Завдання дослідження:*

- вивчити основні моделі національних систем охорони здоров'я зарубіжних країн та принципи їх фінансування та порівняти її із сучасними тенденціями розвитку системи охорони здоров'я України;

- проаналізувати основні медико-демографічні показники населення України та великого міста (м. Суми), забезпеченість лікарями і лікарняними ліжками;

- оцінити діяльність лікувально-профілактичних закладів м. Суми за показником фактичного числа відвідувань пацієнтами лікарів поліклінічних відділень у порівнянні з нормативним, та за показником рівня навантаження роботи лікарів стаціонарів в період найвищого рівня госпіталізації;

- науково обґрунтувати і розробити модель надання медичної допомоги населенню великого міста на засадах сімейної медицини (створення самостійних сімейних лікарських поліклінік і амбулаторій), а на вторинному рівні - перепрофілювання сучасних поліклінік при багатопрофільних лікарнях, на консультативно-діагностичні центри;

- обґрунтувати оптимальну потребу в лікарях та лікарняних ліжках на первинному і вторинному рівнях надання медико-санітарної допомоги;

- проаналізувати економічні наслідки організаційних перетворень у відповідності до запропонованої моделі надання медичної допомоги населенню великого міста;

- розробити і обґрунтувати комплексну програму оптимізації впровадження моделі надання медичної допомоги в умовах великого міста.

*Об'єктом наукового дослідження є система медичної допомоги міському населенню.*

*Предмет дослідження:* здоров'я населення, організація системи первинної та вторинної медико-санітарної допомоги міському населенню.

Дослідження охоплює період 1989 - 2004р.р. і проведено в м. Суми.

*Методи дослідження:* завдання дослідження були виконані за допомогою історико-інформаційного методу, структурно - логічного, медико-статистичного, аналітико-статистичного, експертних оцінок, описового моделювання, логіко-концептуального аналізу, економічного аналізу.

**Наукова новизна одержаних результатів** полягає в тому, що вперше в Україні розроблено наукову та економічно обґрунтовану модель для первинної і вторинної медико-санітарної допомоги населенню великого міста на основі інституту сімейної медицини та інтеграції сімейних лікарських амбулаторій з консультативно-діагностичними центрами вторинного рівня. Науково обґрунтована програма впровадження запропонованої моделі із визначенням необхідних організаційних заходів та етапів їх реалізації.

**Теоретична цінність одержаних результатів** полягає в науковому обґрунтуванні та розробці моделі надання медичної допомоги населенню великого міста, на основі якої створена і

започаткована програма стосовно оптимізації надання медичної допомоги в м. Суми, що забезпечує управлінські, організаційні, економічні перетворення в первинній та вторинній медико-санітарній допомозі, реалізацію заходів соціального, економічного, наукового, матеріально-технічного характеру, що об'єднані єдиною метою – підвищення ефективності надання медичної допомоги. Ефективність впровадження цієї програми обґрунтована проведеними економічними розрахунками.

**Практичне значення роботи** полягає в обґрунтуванні практичної реалізації моделі надання медичної допомоги населенню великого міста на засадах сімейної медицини. Розроблена модель включає адміністративну і фінансову самостійність первинної ланки медичної допомоги, а також реорганізацію вторинної ланки надання медичної допомоги за принципом інтенсивності лікування. Проведене економічне обґрунтування запропонованої моделі дає можливість здійснення ефективного впровадження комплексної програми оптимізації надання медичної допомоги населенню великого міста.

Інновація отриманих результатів здійснена при розробці і прийнятті “Концепції соціально-економічного розвитку Сумської області і м. Суми до 2011 року”.

На основі отриманих результатів дослідження видані:

- розпорядження голови обласної державної адміністрації “Про розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практично-сімейної медицини” від 20.07.04р. № 286;
- розпорядження міського голови м. Суми “Про розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практично-сімейної медицини” від 09.08.04р. № 635-Р;
- рішення сесії Сумської міської ради “Про легалізацію об'єднання громадян “Міська лікарняна каса” від 23.09.2003р. №605;
- рішення сесії Сумської обласної ради “Про роботу лікарняних кас області” від 08.12.2004р. №356;
- рішення сесії Сумської міської ради “Про затвердження пріоритетних програм розвитку галузі охорони здоров'я міста на 2005 рік” від 16.11.2004р. №808.

Дані дисертаційного дослідження знайшли своє впровадження в наказах управління охорони здоров'я Сумської обласної державної адміністрації та управління охорони здоров'я Сумської міської ради. Основні результати досліджень впроваджено в чотирьох лікувально-профілактичних закладах міста. Результати дослідження використовуються у навчальному процесі на кафедрі соціальної медицини та організації охорони здоров'я медичного факультету Сумського державного Університету.

**Особистий внесок здобувача.** Дисертантом особисто визначено напрямок, мету і програму дослідження, проаналізовано стан проблеми оптимізації системи охорони здоров'я

міського населення в сучасних умовах. Здійснено аналіз медико-демографічних даних, показників діяльності лікувально-профілактичних закладів, забезпеченості населення лікарями і лікарняними ліжками. Систематизовано накопичений експериментальний матеріал, проведено статистичну обробку, аналіз одержаних результатів та їх інтерпретацію, розроблено інструментарій для медико-соціологічних досліджень. Розроблено науково-обґрунтовану модель надання первинної і вторинної медико-санітарної допомоги населенню великого міста, проведено її економічне обґрунтування.

**Апробація результатів дисертації.** Результати досліджень та основні положення дисертації доповідались на науково – практичних конференціях національного і регіонального рівнів: Всеукраїнському форумі лікарського товариства (Тернопіль, 2003), І з'їзді сімейних лікарів України (Львів, 2001), науково-теоретичній конференції “Соціологічні читання” (Харків, 2002). На науково-практичних конференціях обласного рівня: “Перспективи розвитку ПМСД в м. Суми” (Суми, 2003), “Результати роботи лікарняних кас Сумської області” (Суми, 2003, 2004), “Результати впровадження загальної практики/сімейної медицини в Сумській області” (Суми, 2004), на сесіях обласної і міської рад (Суми, 2004, 2005).

**Публікації.** По темі дисертації опублікована монографія та 4 статті в фахових виданнях, затверджених ВАК України.

**Обсяг та структура роботи.** Дисертація викладена на 177 сторінках машинописного тексту, з них 127 сторінок - основного тексту. Дисертація складається із вступу, огляду літератури, опису програми, матеріалів і методів дослідження, 3 розділів власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних першоджерел (245 найменувань, з них 87 – іноземних). Дисертаційна робота ілюстрована 21 рисунками зі схемами, 17 таблицями, містить 9 додатків.

## **ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ**

**Сучасні погляди на систему охорони здоров'я України та країн світу: розвиток, проблеми, стратегія ВООЗ щодо їх удосконалення.** В розділі представлено аналіз наукової літератури останніх 6-8 років щодо аналізу розвитку системи охорони здоров'я України та напрямки її реформування. Розгляд цього питання вийшов за рамки аналітичних досліджень української системи охорони здоров'я. Нами були розглянуті і питання розвитку національних систем охорони здоров'я країн світу, визначене єдине коло проблемних питань для цих країн, висвітлені стратегічні напрямки ВООЗ щодо ефективного функціонування систем охорони здоров'я. Розглянуті напрямки оптимізації системи медичної допомоги в Україні - впровадження сімейної медицини, удосконалення надання спеціалізованої допомоги населенню тощо.

**Програми, матеріали та методи дослідження.** Робота є комплексним соціально-гігієнічним дослідженням. В розділі представлені етапи виконання проведених досліджень, їх послідовність, обсяги роботи, методичний апарат та програма дослідження (рис. 1).

**Дослідження здоров'я населення та діяльності системи медичної допомоги на прикладі великого міста (м. Суми).** В розділі представлений аналіз показників здоров'я населення та показників діяльності ЛПЗ (на прикладі м. Суми, як великого міста) за останні 15 років (1989-2004). Вивчені статистичні дані про смертність, народжуваність, природний приріст населення його захворюваність, а також про забезпеченість населення лікарськими кадрами та ліжками. Україна за десять попередніх років втратила 4 млн. 700 тис. осіб (9,0%). Зменшення населення, в останні роки відбувались у всіх регіонах України. Не став виключенням і Північно-Східний регіон до якого належить Сумська область і місто Суми.

Характеризуючи місто Суми слід зазначити, що його населення в 2005 році складало 287450 чоловік, серед них 156100 жінок, 90912 чоловіків і 40428 дітей. Місто слід вважати типовим великим містом, обласним центром України. Аналіз основних демографічних показників по м. Суми свідчить про тенденції, що характерні для всього населення України.

Так, за період 1993 – 2004 р.р. смертність населення зросла з 10,3 на 1 тис. населення у 1993 році до 11,8 у 2003 році (табл. 1). Показник народжуваності, навпаки, зменшувався з 10,5 на 1 тис. населення у 1993 році до 7,1 у 2002 році і був найнижчим по Україні. З 2003 року показник народжуваності у місті став поступово зростати, і в 2004 році склав 8,4 на 1 тис. населення (по Україні – 9,0%). Аналіз природного руху населення по м. Суми свідчить про стійку тенденцію щодо від'ємного приросту населення (-3,4‰) в 2004р.

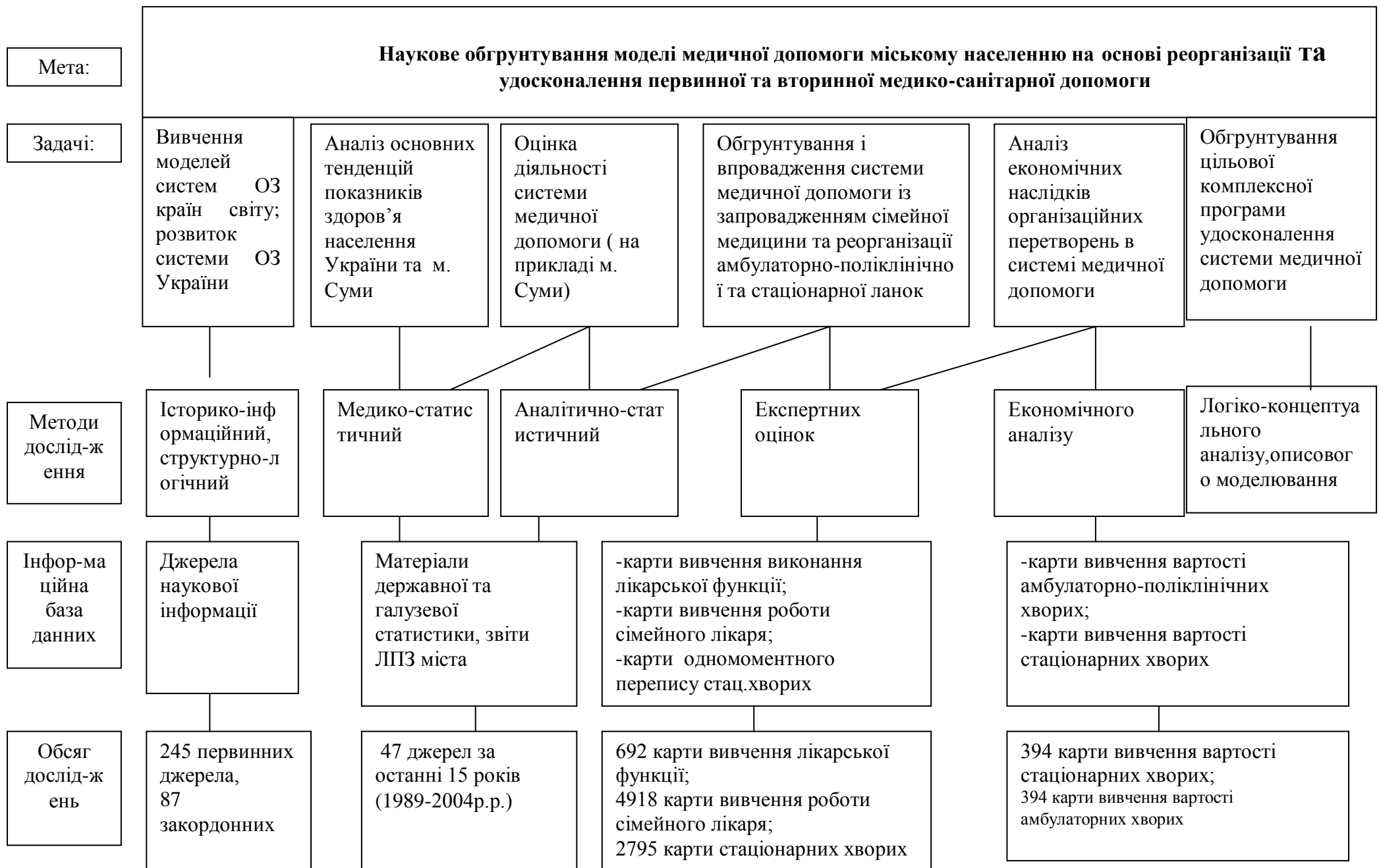


Рис.1 Програма дослідження



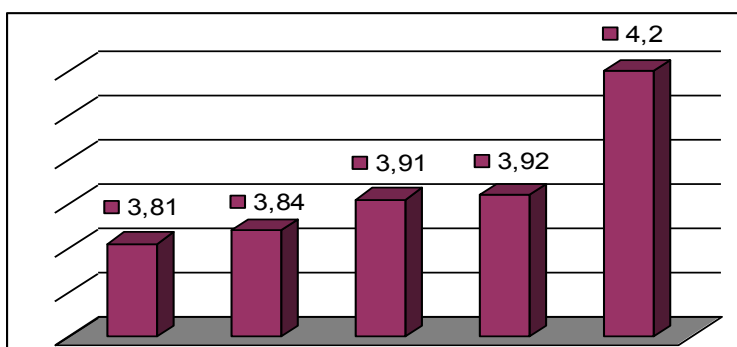
Як видно з табл. 1 тільки в 1993 році приріст населення був позитивним і склав (+0,2). В усі наступні роки він був від'ємним і коливався від (-1,3‰) в 1994 році до (-4,9‰) в 2001 році.

Таблиця 1

**Основні медико-демографічні показники по м. Суми (на 1000 населення)**

№ п/п	Показники	Роки											
		1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
1	Смертність	10,3	10,7	10,9	11,2	11,4	10,3	11,6	11,7	12,0	11,7	11,8	11,2
2	Народжуваність	10,5	9,4	8,9	8,7	8,2	8,1	7	7,2	7,1	7,1	7,8	8,4
3	Природний приріст населення	+0,2	-1,3	-1,5	-2,3	-3,2	-2,2	-4,6	-4,5	-4,9	-4,6	-4,1	-3,4

За останні роки показники смертності населення підвищились за всіма основними класами хвороб. В структурі смертності населення м.Суми хвороби системи кровообігу складають - 64,6% , злоякісні новоутворення -14,9%, нещасні випадки, отруєння, травми -9,9%. В м. Суми також відмічається зростання смертності в працездатному віці на 1 тисячу населення з 3,81‰ у 2000 році до 4,2‰ у 2004 році (рис. 2).



2000р. 2001р. 2002р. 2003р. 2004р

Рис. 2 Динаміка смертності у працездатному віці  
(%<sub>0</sub> за період 2000-2004р.р.)

Аналіз динаміки рівнів смертності населення працездатного віку за основними причинами дозволив виявити аналогічні закономірності населення м. Суми і населення України.

Аналізуючи первинну і загальну захворюваність населення м. Суми в динаміці за 15 років (з 1989 року по 2004 рік), слід відмітити зростання показників майже за всіма класами хвороб. Динаміка деяких соціально значущих хвороб у місті за останні 15 років свідчить про значне погіршення здоров'я його жителів. Ці тенденції характерні для всього населення України.

Первинна захворюваність активним туберкульозом в 2004 році в порівнянні з 1989 роком (за останні 15 років) у населення м. Суми зросла на 58,5 %. В 1,5 рази зросла захворюваність психічними хворобами. Первинна захворюваність на злоякісні новоутворення за цей період зросла на 25 %, а загальна захворюваність злоякісними новоутвореннями в 2,5 рази.

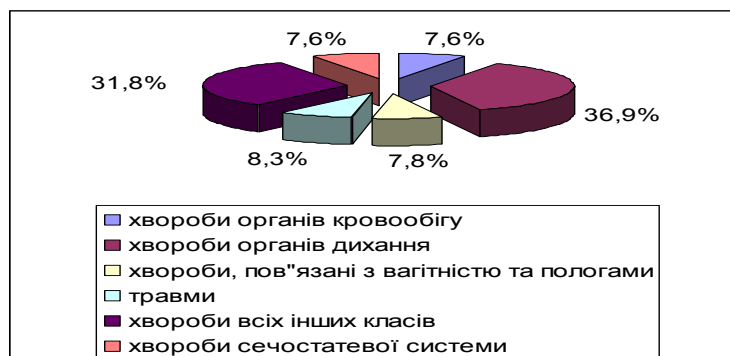


Рис. 3 Структура первинної захворюваності населення м. Суми.

Нами проведений аналіз первинної захворюваності у м. Суми за 2004 рік, який показав, що 36,9 % становлять хвороби органів дихання, 8,3 % - травми та отруєння, 7,8 % - хвороби, пов'язані з вагітністю та пологами, 7,6 % - хвороби органів кровообігу, 7,6 % - хвороби сечостатевої системи (рис. 3). Таким чином, проведений аналіз основних показників здоров'я свідчить про стійку тенденцію зростання показників загальної захворюваності.

Дані кадрового та ліжкового забезпечення лікувально-профілактичних закладів м. Суми за період 1989 – 2004 р.р. представлені в таблиці 2. Проведений аналіз свідчить, що з показниками забезпеченості лікарями і лікарняними ліжками сталися зміни, яких в попередні десятиліття не відбувалося. Раніше невпинно зростало число ліжок і адекватно зростало число лікарів.

А в період, що досліджувався нами - з 1989 по 2004 роки число лікарів зросло на 83,5 % (у відносному обчисленні), а ліжок зменшилось на 34,3 %. Ці зміни важко пояснити з позицій діючих нормативних актів МОЗ України. Чисельність лікарів в амбулаторно-поліклінічних закладах тісно

Таблиця 2

**Динаміка забезпеченості жителів м. Суми лікарняними кадрами та лікарняними ліжками**

Показник	1989	2004	Ріст (+) зменшення (-) в %, рази
1	2	3	4
Забезпеченість лікарями (фізичні особи, без зубних лікарів) на 10 тис. осіб	35,7	65,5	+83,5 %
В т.ч.: терапевти	4,6	6,2	+34,8 %
хірурги	1,3	2,9	+2,2 рази
онкологи	0,1	0,2	+2 рази
урологи	0,4	0,9	+2,3 рази
фтизіатри	0,2	0,9	+4,5 рази
акушер-гінекологи	2,9	6,5	+2,2 рази
невропатологи	0,8	2,7	+3,4 рази
психіатри	0,3	0,8	+2,7 рази
офтальмологи	0,8	1,5	+87,5 %
отоларингологи	0,6	1,1	+83,3 %
педіатри	4,6	27,1	+5,6 рази
дерматовенерологи	0,6	1,3	+2,2 рази
стоматологи	3,1	3,1	-
Забезпеченість ліжками на 10 тис. осіб – всього	80,4	52,8	-34,3 %
В.т.ч.: терапевтичні (вся група)	16,6	10,8	-35 %
хірургічні (вся група)	17,0	13,1	-23 %
інфекційні	9,8	6,3	-35,7 %
акушерські	11,1	5,6	-49,5 %
гінекологічні	7,3	4,3	-41,1 %
отоларингологічні	3,6	2,4	-33,4 %
офтальмологічні	1,4	1,4	-
неврологічні	3,6	4,9	+36,1 %
дитячі	2,2	2,8	+27,3 %

прив'язане до числа жителів (це число зменшилось в м. Суми з 294 тис. в 1989 р. до 287,6 тис. в 2004 р.), чисельність лікарів в стаціонарах – до кількості ліжок. При зменшенні числа жителів і значному зменшенні числа ліжок, число лікарів зросло. Зростання кількості лікарів “вузьких” спеціальностей свідчить про об'єктивні проблеми, що існують в теперішній час в первинній ланці надання медичної

допомоги. Неефективність надання первинної медико-санітарної допомоги за територіальним принципом, непрестижність професії лікаря первинної медичної ланки, низька заробітна плата зумовлюють зазначені кадрові диспропорції. Існуюча ситуація потребує реорганізації системи надання медичної допомоги міському населенню і в першу чергу її первинної ланки.

На вторинному рівні надання медико-санітарної допомоги за період 1989-2004 р.р. кількість ліжок була скорочена на 34,3 % (з 80,4 на 10 тис. нас. в 1989 р. до 52,8 на 10 тис. нас. в 2004 р.).

Нами було проведено вивчення і аналіз діяльності амбулаторно-поліклінічних і стаціонарних закладів і підрозділів м. Суми . Для цього був здійснений аналіз фактичного числа відвідувань пацієнтами лікарів поліклінічних відділень у порівнянні з нормативними показниками лікарських функцій. Як показали дослідження, в період максимального навантаження, поліклініки м. Суми виконали нормативну функцію лише на дві третини. У дільничних і сімейних лікарів це виконання становило 94,6 %, у т. з. “вузьких” фахівців ледве перевищило половину.

Нами було проведено дослідження навантаження лікарів стаціонарів м. Суми в період найвищого рівня госпіталізації (січень – березень 2004р.). По різних лікарнях цей показник коливався від 40,5 % до 70%.

Як свідчать проведені нами дослідження, одночасно з погіршенням здоров'я населення міста в системі медичної допомоги відбувалися два протилежні процеси – зростання числа лікарів (на 83,5 %) і зменшення числа ліжок (на 34,3 %).

Дослідженнями доведено, що потреби в зростанні кількості лікарів не було, оскільки в період максимальної завантаженості в січні - березні 2004 р. лікарі амбулаторно-профілактичних закладів виконували нормативну функцію лишень на дві третини, а в стаціонарах і того менше - на 60,3 %. “Вузькі” фахівці виконували нормативну функцію лише наполовину. Отже, проведені дослідження показали, що медична галузь України потребує ефективної реструктуризації як на первинному, так і на вторинному рівнях надання медичної допомоги. Вище зазначені завдання і були поставлені нами для подальшого дослідження.

**Удосконалення моделі надання первинної та вторинної медико-санітарної допомоги міському населенню на прикладі м. Суми.** Для поглибленого вивчення ефективності діяльності дільничної медицини на сучасному етапі нами було піддано експертній оцінці медичне забезпечення пацієнтів 4 лікарських дільниць міста ( двох терапевтичних і двох педіатричних). Чисельність жителів на цих дільницях складала 4 918 осіб.

Розподіл звертань населення, що проживає на цих дільницях, в амбулаторно-поліклінічні заклади міста за 2004 рік мало такий вигляд (табл. 3). На долю дільничного лікаря припадало 48,7 % звертань мешканців дільниць; 51,3 % звертань були до вузьких фахівців.

Нами була проведена експертна оцінка щодо визначення оптимальної кількості звертань населення м. Суми до сімейного лікаря та вузьких фахівців. У якості експертів були залучені

головні фахівці міського управління охорони здоров'я. Результати експертної оцінки звертань мешканців цих дільниць, за умови переходу на засади сімейної медицини, показує, що

Таблиця 3

**Амбулаторно- поліклінічна допомога жителям м. Суми по дільничному принципу в умовах роботи сімейного лікаря**

Фах	В умовах дільничного принципу (фактичні дані за 2004 р.)		При умові роботи сімейних лікарів (згідно експертних оцінок)	
	число звертань на 1000 населення	%	число звертань на 1000 населення	%
1	2	3	4	5
Дільничний лікар	576,0	48,7		
Сімейний лікар			963,7	85,7
Кардіолог	20,4	1,7	4,5	0,4
Гастроентеролог	9,1	0,8	2,3	0,2
Пульмонолог	11,3	1,0	2,2	0,2
Ендокринолог	6,8	0,6	6,8	0,6
Гематолог	2,1	0,2	2,1	0,2
Хірург	97,5	8,2	27,2	2,4
Травматолог	20,5	1,7	9,1	0,8
Уролог	18,1	1,5	4,5	0,4
Онколог	9,1	0,8	9,2	0,8
Акушер-гінеколог	56,7	4,8	15,9	1,4
Отоларинголог	77,1	6,5	13,6	1,2
Окуліст	74,8	6,3	20,4	1,8
Невропатолог	99,8	8,4	22,7	2,0
Психіатр	38,5	3,3	45	0,4
Інфекціоніст	11,3	1,0	6,8	0,6
Дерматовенеролог	47,6	4,0	2,3	0,2
Фтизіатр	6,8	0,6	6,8	0,6
Разом вузькі фахівці	607,5	51,3	160,9	14,3
Разом	1183,5	100,0	1124,6	100,0

частка сімейного лікаря може складати 85,7 % усього обсягу амбулаторно-поліклінічної допомоги. Звертання до деяких вузьких фахівців не зазнають змін, наприклад, до ендокринолога, гематолога, онколога, фтизіатра (загалом вони складають лише 2,2 % усіх звертань). До більшості інших вузьких фахівців (дерматовенеролог, пульмонолог, отоларинголог, офтальмолог, кардіолог, хірург, невропатолог, гастроентеролог) кількість звернень скорочується в 3 – 5 рази. До розрахунків

включені звертання населення за медичною та консультативною допомогою, без урахування профоглядів працівників підприємств і організацій.

Стационарну медичну допомогу на вторинному рівні в місті забезпечують – 1520 ліжок ( 52,8 на 10 тис. населення, 2004р.), при обласному показнику 86,1 на 10 тис. населення (по Україні 85,5 на 10 тис. населення (2004р.)). Нами проведено визначення потреби в ліжках для вторинного рівня надання медичної допомоги. Для здійснення розрахунків були використані середні нормативи зайнятості ліжка та середні терміни лікування. Доведено, що число ліжок терапевтичного та хірургічного профілю може бути скорочено на 2,0 %, акушерсько-гінекологічні – на 22%.

В цілому по м. Суми наші дослідження показали, що необхідне число ліжок, на вторинному рівні, із розрахунку на 10 тис. жителів може бути зменшено із 52,8 до 50,2.

Проведеними розрахунками потреби лікарських посад для амбулаторного і стаціонарного лікування доведено, що кількість сімейних лікарів потрібно збільшити до 240, оптимальна кількість вузьких фахівців для амбулаторної допомоги повинна складати 74 ставки, або 2,54 на 10 тис. населення, оптимальна кількість ставок вузьких фахівців для стаціонарної допомоги складає 143, або 4,9 на 10 тис. населення (табл. 4).

Загалом майже 37,3 % лікарських ставок в міських лікувальних закладах первинного і вторинного рівня мають бути скорочені або перепрофільовані. При цьому маємо дві протилежні проблеми: необхідності зростання числа лікарів ПМСД і скорочення вузьких фахівців.

В теперішній час первинна ланка амбулаторно-поліклінічної допомоги забезпечена лікарями лише на 52,7% (близько 25,0% лікарів ПМСД – це особи пенсійного віку).

Первинна медико-санітарна допомога в місті забезпечується багатоланковою мережею лікувально-профілактичних закладів. При такій системі не існує чіткого розділу між службами і структурами первинної і вторинної медичної допомоги, що веде до деперсоналізації відповідальності медичного персоналу за результати медичного обслуговування, дублювання діяльності через відсутність чіткого розмежування задач: функцій лікарів первинної ланки і вузьких спеціалістів, неефективного використання обмежених бюджетних коштів.

З метою оптимізації надання медичної допомоги міському населенню на первинному і вторинному рівнях, ефективного і якісного використання наявних ресурсів в системі охорони здоров'я, нами обґрунтована і частково впроваджена запропонована модель первинної і вторинної медико-санітарної допомоги в м. Суми.

Основними принципами її діяльності є впровадження сімейної медицини та оптимізація кількості посад вузьких спеціалістів та ліжкового фонду.

Таблиця 4

**Потреба в лікарях для надання амбулаторної і стаціонарної допомоги на первинному і вторинному рівнях в м. Суми за умови оптимізації системи медичної допомоги (без лікарів допоміжних служб)**

Фахівець	Оптимальне число лікарів для амбулаторної допомоги (на 10 тис. нас.)	Оптимальне число лікарів для амбулаторної допомоги (абс. число)	Оптимальне число лікарів для стаціонарної допомоги (на 10 тис. нас.)	Оптимальне число лікарів для стаціонарної допомоги, +ургентність та зав. відділенням (абс. число)	Оптимальне загальне число лікарів для медичної допомоги (абс. число)	Наявне число лікарів для медичної допомоги в 2003 р. (абс. число)	Різниця між оптимальним і наявним числом лікарів (абс. число)
Дільничний педіатр						53	53
Дільничний терапевт						68	68
Сімейний лікар	8,3	240			240	41	-199
Педіатр – вузький фах	0,14	4	0,27	8	12	53	41
Кардіолог	0,09	2,5	0,43	12,5	15	42	27
Гастроентеролог	0,05	1,5	0,26	7	8,5	14	5,5
Пульмонолог	0,05	1,5	0,24	6	7,5	8	0,5
Ендокринолог	0,08	2,25	0,28	8	10,25	22	11,75
Хірург	0,48	14	0,47	13,5	27,5	82	54,5
Травматолог	0,2	6	0,33	9,5	15,5	33	17,5
Уролог	0,08	2,25	0,23	6,5	8,75	25	16,25
Інфекціоніст	0,05	1,5	0,35	10	11,5	34	22,5
Акушер-гінеколог	0,34	10	0,43	12,5	22,5	102	79,5
Отоларинголог	0,26	7,5	0,3	8,5	16	31	15
Офтальмолог	0,34	10	0,26	7,5	17,5	42	24,5
Невропатолог	0,38	11	0,47	13,5	24,5	79	54,5
Разом вторинний рівень	2,54	74	4,9	143	217	567	350
Разом	11,6	314			457	729	272

Нашими попередніми дослідженнями доведена неефективність використання наявних кадрових і структурних ресурсів в амбулаторно-поліклінічній ланці через недосконале розмежування обсягів медичної допомоги первинного і вторинного рівнів.

Відповідно до запропонованих нами перетворень на рівні первинної ланки - самостійно розташовані поліклініки, їх філіали та поліклінічні відділення трансформуються у самостійні поліклініки загальної практики/сімейної медицини. У віддалених районах впроваджуються самостійні сімейні амбулаторії (рис.4).

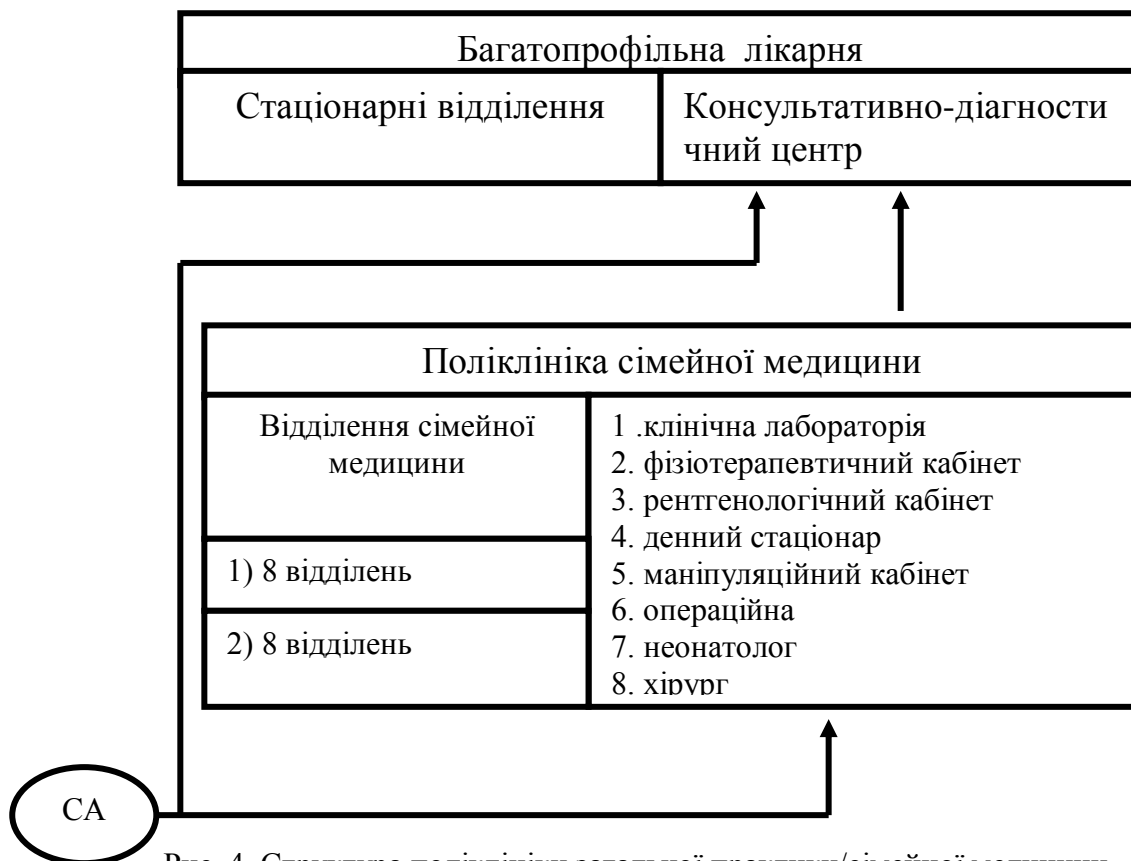


Рис. 4 Структура поліклініки загальної практики/сімейної медицини.

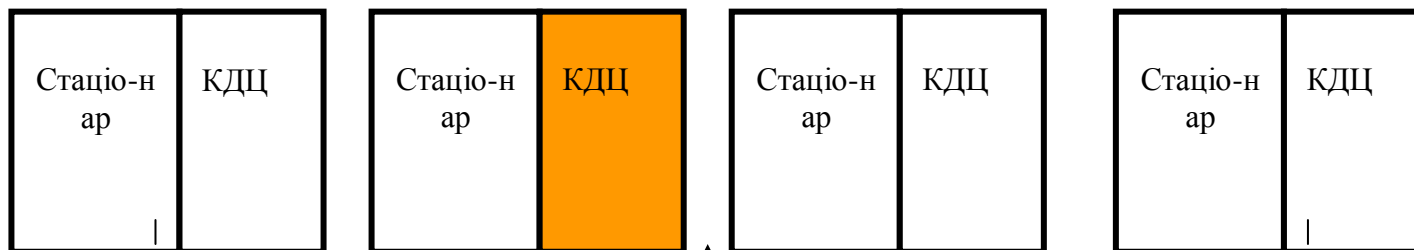
Для розмежування потоків пацієнтів і осіб, які мають проходити профілактичні медичні огляди, ми пропонуємо створити госпрозрахункову поліклініку профілактичної медицини. В 2003 році в м. Суми було відкрито поліклініку сімейної медицини на базі 4-ї міської поліклініки. В поліклініці створено два відділення по 9 дільниць в кожному. Поліклініка має: клінічну лабораторію, кабінет рентгенодіагностики, фізіотерапевтичний кабінет, денний стаціонар, операційний блок, маніпуляційний кабінет. В штат поліклініки, крім лікарів загальної практики, були введені педіатр-неонатолог, хірург, рентгенолог і лікар лаборант клінічної лабораторії.

Структура надання як первинної, так і вторинної медичної допомоги стає більш чіткою і набуває такої трансформації (рис.5).



Вторинний рівень

Багатопрофільні лікарні з консультативно-діагностичними центрами



Первинний рівень

- поліклініки загальної практики/сімейної медицини
- відділення загальної практики/сімейної медицини
- сімейні амбулаторії

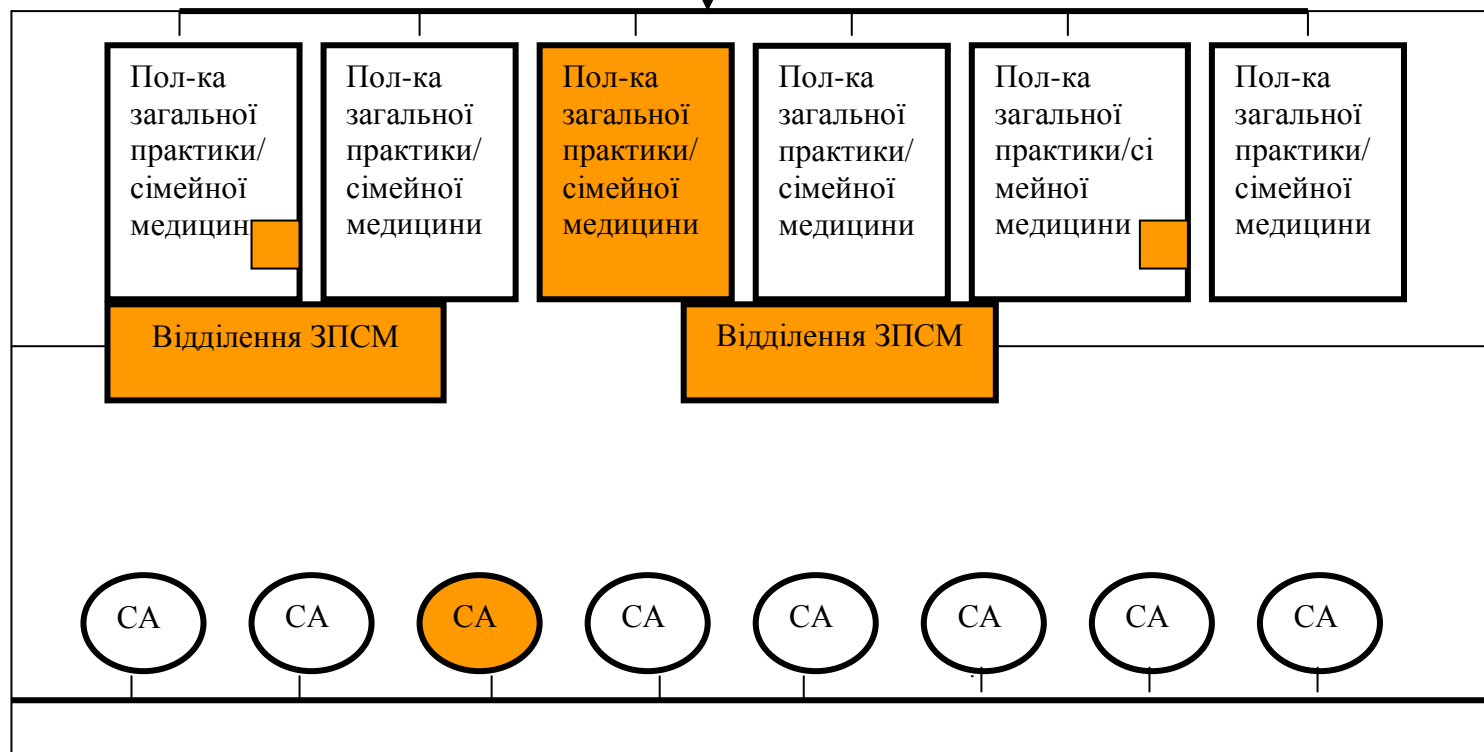


Рис. 5 Запропонована модель надання первинної і вторинної медичної допомоги міському населенню

На вторинному рівні медико-санітарної допомоги в поліклініках при багатoproфільних лікарнях розміщення підрозділів ПМСД (дільничих терапевтів і педіатрів ) є не раціональним, оскільки веде до змішання потоків первинної і вторинної медичної допомоги. На місці цих поліклінік має постати консультативно-діагностичний центр (КДЦ) Кадрові і матеріальні можливості консультативно-діагностичного центру і стаціонару відкривають можливості надання спеціалізованої медичної допомоги на якісно вищому рівні.

Впровадженням сімейної медицини і покращенням роботи ліжок в стаціонарах не вичерпуються можливості оптимізації системи медичної допомоги. Є ще один вагомий важіль, який полягає в тому, щоб організувати роботу найскладнішої і найзатратнішої ланки медичної допомоги – стаціонарної – не за фаховим принципом, а за принципом інтенсивності лікування.

Нами в стаціонарах міста двічі (взимку і влітку 2004 р.) був зроблений одномоментний перепис пацієнтів, що знаходились на стаціонарному лікуванні. Всього було заповнено 2795 карт. Аналіз і обробка цих карт дозволила отримати дані щодо потреби в лікуванні різної інтенсивності та необхідних для цього матеріально-кадрових ресурсів.

Якщо розподілити усіх госпіталізованих згідно характеру або інтенсивності лікування, то 5,9 % з них потребують інтенсивного лікування, після чого 5,6 % мають бути переведені у відділення для одужуючих; 57,5 % або більшість можуть лікуватись у відділеннях для планових хворих або тих, що не вимагають інтенсивного лікування; кожен п'ятий госпіталізований (22,3 %) потребують соціальної та медичної реабілітації і майже кожен десятий хворий (8,7 %) може перебувати в денному стаціонарі або лікуватись удома. Перебудова стаціонарної допомоги за принципом інтенсивності лікування призводить до якісно нових змін щодо потреби в ліжках і кадрах: потреба в ліжках зменшується на 57,1%, а потреба в лікарях в 2,3 рази.

Таким чином, в запропонованій нами моделі, оптимізація надання медичної допомоги ґрунтується на функціональних, структурних і організаційних змінах, що на первинному рівні стосуються створення самостійних сімейних лікарських поліклінік і амбулаторій, які повинні мати повну юридичну і економічну самостійність. На вторинному рівні - перепрофілювання сучасних поліклінік при багатoproфільних стаціонарах ( лікарнях ) на консультативно-діагностичні центри та оптимізація ліжкового фонду.

**Наукове обґрунтування цільової комплексної програми системи медичної допомоги міському населенню.** Оптимізацію ПМСД і ВМСД в м. Суми ми вважали можливим здійснити через розробку та реалізацію відповідної цільової комплексної програми, що дозволяє найбільш раціонально використати сили і засоби і досягти поставленої мети в найкоротші терміни.

Основними завданнями цільової комплексної програми оптимізації медичної допомоги на первинному і вторинному рівнях:

1. Організаційна реструктуризація системи медичної допомоги міста для забезпечення на кожному із рівнів (первинному і вторинному) повного обсягу медичної допомоги та досягнення її найвищої медичної ефективності.

2. Удосконалення механізму фінансування, запровадивши – цільове фінансування сімейних дільниць із розрахунку коштів на одного жителя і відшкодувавши витрати на лікування хворих, що направляються сімейним лікарем на вторинний рівень.

3. Реорганізація системи управління, передбачивши адміністративну і фінансову самостійність первинної ланки медичної допомоги – об'єднання сімейних дільниць - та запровадження економічних важелів мотивації медичних працівників.

4. Створення умов для переходу до цивілізованого ринку медичних послуг в системі охорони здоров'я.

5. Забезпечення економічної ефективності системи.

Виконання програми реалізується одночасно по всіх напрямках. Ця програма є середньо тривалою за термінами (5 років), а за значимістю передбачає в системі суттєві зрушення.

## **ВИСНОВКИ**

В дисертаційній роботі вирішено актуальне, наукове завдання – обґрунтовано та розроблено модель надання первинної і вторинної медико-санітарної допомоги населенню великого міста на основі впровадження загальної практики/сімейної медицини та інтеграції сімейних лікарських амбулаторій з консультативно-діагностичними центрами. Науково обґрунтовано програму впровадження запропонованої моделі із визначенням необхідних організаційних заходів та етапів їх реалізації.

1. Комплексним соціально-гігієнічним дослідженням встановлено суттєве погіршення показників здоров'я міського населення за останні 15 років (на прикладі м. Суми). Загальна смертність зросла на 47,5%, депопуляція населення з кожним роком посилювалась. Одночасно з погіршенням показників здоров'я населення в системі надання медичної допомоги спостерігалось два діаметрально протилежних явища – зростання числа лікарів на 83,5% і зменшення числа лікарняних ліжок на 34,3% .

2. Доведено, що в період максимальної завантаженості роботи лікувально-профілактичних закладів, лікарі амбулаторно-поліклінічної ланки виконували нормативну лікарняну функцію лише на дві третини, спеціалісти “вузького” профілю наполовину, а лікарі стаціонарних відділень на 60,3%. Незважаючи на істотне скорочення ліжкового фонду, термін перебування хворого на ліжку залишався завищеним, що свідчить про наявні резерви для раціонального використання лікарняних ліжок.

3. На сучасному етапі реформування ПМСД, остання залишається недостатньо ефективною. За результатами наших досліджень на долю дільничного лікаря припадає 48,7% звертань в амбулаторно-поліклінічних закладах, а до спеціалістів “вузького” профілю – 51,3%.

Проведена експертна оцінка припустимої питомої ваги звертань населення показала, що частка звертань до сімейного лікаря може складати близько 86,0% від усього обсягу амбулаторно-поліклінічної допомоги, а кількість звертань до більшості спеціалістів “вузького” профілю (дерматовенеролога, пульмонолога, отоларинголога, офтальмолога, кардіолога, хірурга, невропатолога, гастроентеролога) – може скоротитися в 3-5 рази.

4. Показано, що існуюча система охорони здоров'я, яка характеризується нерациональним використанням обмежених бюджетних ресурсів, потребує докорінних структурних змін. Розроблена модель надання первинної та вторинної медико-санітарної допомоги міському населенню, ґрунтується на створенні поліклінік загальної практики/сімейної медицини та сімейних лікарських амбулаторій (на базі існуючої мережі самостійних поліклінік, та їх філіалів), які повинні мати адміністративну, юридичну і фінансову самостійність, і реорганізації поліклінік при багатопрофільних лікарнях у консультативно-діагностичні центри.

5. Визначено необхідну кількість сімейних лікарів та спеціалістів „вузького” профілю у консультативно-діагностичних центрах і стаціонарах. Так, доведено, що на 10 тис. населення необхідно мати 8,3 посад сімейних лікарів; 2,54 посади спеціалістів “вузького” профілю для роботи в у консультативно - діагностичних центрах; 4,9 посади для надання стаціонарної допомоги (дані не враховують лікарів допоміжних та управлінських служб). Оптимальну потребу в стаціонарній допомозі на вторинному рівні здатні забезпечити 50,2 ліжка на 10 тис. населення.

6. Доведено, що оптимізація надання медичної допомоги на стаціонарному етапі за принципом інтенсивності лікування сприяє раціональному використанню ліжкового фонду і кадрових ресурсів: на вторинному рівні надання медико-санітарної допомоги потреба в ліжках зменшується на 57,1%, а потреба в лікарях – у 2,3 рази.

7. Встановлено, що за умови оптимізації первинної і вторинної медико-санітарної допомоги на основі запропонованої нами моделі питома вага витрат на первинну медико-санітарну допомогу складає - близько 58,0%, тоді як на стаціонарну допомогу – 42,0% на противагу існуючій пропорції - 15,0% і 85,0% відповідно. Використання бюджетних ресурсів при впровадженні запропонованої моделі дозволяє, насамперед, усунути існуючі деформації в постатейному фінансуванні: витрати на заробітну плату становлять 31,0% проти 63,7%; на медикаменти – 26,7% проти 12,0%; інструментальне обстеження - 11,3% проти 6,3%; майже в 3,5 рази покращується можливість капітальних витрат.

8. Запропонована модель для первинного і вторинного рівнів медико-санітарної допомоги міському населенню, при певній адаптації може бути впроваджена в інших великих

містах країни, як і науково обгрунтована програма реорганізації системи медичної допомоги населенню великого міста з визначенням необхідних організаційних заходів та етапів їх впровадження.

### **ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

З метою оптимізації системи надання ПМСД і ВМСД міському населенню в Україні, ефективного використання наявих ресурсів охорони здоров'я та удосконалення системи управління необхідні заходи, що мають впроваджуватись на національному, галузевому і регіональному рівнях. Для цього необхідно:

1. Кабінету міністрів України:

- надати пропозицію Верховній раді України щодо внесення змін до „Бюджетного Кодексу України”, надання Статусу самостійних фінансових суб'єктів господарювання закладам охорони здоров'я;

- включити до Закону України „Про бюджет” окремою графою фінансування та матеріально-технічне забезпечення закладів ПМСД.

2. Міністерству охорони здоров'я України:

- розробити проект Закону України „Про медичну допомогу”, який акумулював би у собі юридичний Статус закладів охорони здоров'я, медичних працівників і пацієнтів;

- запропонувати і розробити систему договірних взаємовідносин закладів ПМСД з органами місцевого самоврядування;

- розробити систему рейтингових оцінок діяльності закладів ПМСД з використанням моделей кінцевих результатів;

- розробити систему і структуру стаціонарної допомоги на основі інтенсивності лікування.

3. Управлінням охорони здоров'я обласних, міських державних адміністрацій:

- розробити структуру системи медичної допомоги на основі (самостійна сімейна амбулаторія – консультативно-діагностичний центр – стаціонар).

### **СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

#### *Монографія:*

Сміянов В.А. Епідеміологічні особливості вивчення здоров'я населення та його медичного забезпечення. Монографія. – Тернопіль: Лідер, 2004. – 64с.

#### *Статті у наукових фахових виданнях, затверджених ВАК України:*

1. Голяченко А.О., Сміянов В.А., Семків Н.М. Визначення взаємозв'язків в системі медичної допомоги // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.- 2004.-№1.-С. 45-48.  
Дисертанту належать ідея роботи, аналіз матеріалу, підготовка публікації.

2. Сміянов В.А. Аналіз діяльності амбулаторно-поліклінічних закладів сучасного великого міста (на прикладі м. Суми) // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.-2004.-№2.-С.58-61.

3. Сміянов В.А. Економічне обґрунтування реформи системи медичної допомоги в сучасному типовому місті // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.-2004.-№3.-С.50-53.

4. Сміянов В.А., Сміянова О.І. Методика визначення вартості (ціни) лікування амбулаторного хворого // Вісник Сумського державного університету.-2005.-№7.-С.165-168. Дисертанту належать збір та аналіз матеріалу, проведення дослідження, підготовка публікації.

*Статті в інших наукових виданнях:*

1. Сміянов В.А., Тубольцев А.Н. Организация работы дневного стационара в условиях поликлиники // Медицина залізничного транспорту України.-2002.-№2.-С.13-16. Дисертанту належить програма дослідження, аналіз матеріалу.

## **АНОТАЦІЯ**

**Сміянов В.А. Оптимізація моделі системи медичної допомоги міському населенню в умовах перебудови галузі.-Рукопис.**

Дисертація на здобуття вченого ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.02.0-соціальна медицина.-Національний медичний університет імені О.О.Богомольця МОЗ України.-Київ,2006.

Дисертація присвячена науковому обґрунтуванню та розробці моделі первинної і вторинної медико-санітарної допомоги населенню великого міста (на прикладі м. Суми). В комплексному медико-соціальному дослідженні вивчено статистичні дані про смертність, народжуваність, природний приріст населення його захворюваність, а також про забезпеченість населення лікарськими кадрами та ліжками. Був проведений детальний аналіз діяльності системи медичної допомоги по двом найважливішим параметрам: виконанню лікарями усіх спеціальностей медичних закладів міста лікарської функції та ефективність роботи лікарняних ліжок. Показано, що існуюча система медичної допомоги, яка характеризується нераціональним використанням обмежених бюджетних ресурсів, потребує докорінних структурних змін із залученням нових принципів розподілу фінансових ресурсів. Удосконалена модель надання медичної допомоги міському населенню, здійснено її економічне обґрунтування.

**Ключові слова:** модель первинної і вторинної медико-санітарної допомоги, сімейна лікарська амбулаторія, консультативно-діагностичний центр, економічне обґрунтування.

## АННОТАЦИЯ

**Смиянов В.А. Оптимизация модели системы медицинской помощи городскому населению в условиях перестройки отрасли. - Рукопись.**

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.02.03–социальная медицина. - Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца МЗ Украины. - Киев, 2006.

Диссертация посвящена научному обоснованию и разработке модели первичной и вторичной медико-санитарной помощи городскому населению (на примере г. Сумы). Комплексным социально-гигиеническим исследованием изучены данные о смертности, рождаемости населения, природном приросте и заболеваемости, а также обеспеченности населения врачебными кадрами и больничными койками. В работе был проведен детальный анализ деятельности системы здравоохранения по двум параметрам: выполнение врачами разных специальностей функций врачебной должности, работы койки в лечебных учреждениях. Проведенные исследования показали, что врачи первичного звена амбулаторно-поликлинических учреждений в период максимальной загруженности (январь-март) выполняют свою нормативную функцию только на две трети, а специалисты узкого профиля наполовину. Несмотря на сокращение коечного фонда, сроки пребывания больного в стационаре остаются завышенными, что свидетельствует об имеющихся резервах для рационального использования больничных коек.

Показано, что существующая система медицинской помощи городскому населению характеризуется нерациональным использованием ограниченных бюджетных ресурсов, требует коренных структурных изменений и привлечения новых принципов распределения финансовых ресурсов. Усовершенствование модели первичной и вторичной медико-санитарной помощи, касается создания поликлиник общей практики/семейной медицины и семейных врачебных амбулаторий на основе существующей сети самостоятельных поликлиник и их филиалов, с реорганизацией поликлиник при многопрофильной больнице в консультативно-диагностические центры.

Показано, что разработанная модель предоставления медицинской помощи на первичном уровне на принципах семейной медицины должна основываться на административной, юридической, финансовой самостоятельности.

Установлено, что при внедрении научно-обоснованной модели первичной и вторичной медико-санитарной помощи, затраты на первичную помощь составят 58,0%, а на стационарную - 42,0% (в настоящее время 15,0 % и 85,0% соответственно). Использование бюджетных ресурсов при внедрении предложенной модели позволит избежать деформаций в постатейному финансировании отрасли: затраты на заработную плату составят 31,0% вместо 63,7%, на медикаменты -26,7% вместо 12,0%.

Оптимизация вторичной медико-санитарной помощи с использованием принципов интенсивности лечения сопутствует рациональному использованию коечного фонда и кадровых ресурсов. В этом случае потребность в койках уменьшается на 57,1%, а потребность во врачах в 2,3 раза.

Научно обоснованы концептуальные подходы реорганизации системы медицинской помощи городскому населению с определением необходимых организационных мероприятий и этапов их внедрения. Предложенная модель реформирования первичной и вторичной медико-санитарной помощи может быть реализована в других больших городах страны при определенной ее адаптации.

**Ключевые слова:** модель первичной и вторичной медико-санитарной помощи, семейная врачебная амбулатория, консультативно-диагностический центр, экономическое обоснование.

## SUMMARY

Smiyanov V.A. Optimization of the model of medical care to city population system in conditions of field reconstruction. Manuscript

Dissertation for obtaining academic degree of the candidate of Medicine with specialty 14.02.0–social medicine.- Bogomolets National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine. - Kyiv, 2006.

The subject of the dissertation is scientific substantiation and development of the system of primary and secondary health care for the population of large city (by the example of Sumy city). The complex medical-social research studied statistic data for death-rate, birth-rate, natural increase of population, its sickness rate, provision of population with medical personnel and beds. A detailed analysis of activity of health care system was conducted according to the two most important criteria: fulfillment of doctor's functions by doctors of all specialties of medical institutions and work effectiveness of beds. It is shown that current health care system, which is characterized by irrational use of limited budget resources, needs fundamental structural changes with involvement of new principles of distribution of financial resources. An improvement of the model for provision of medical services to city population and its economic substantiation was developed.

**Keywords:** model of primary and secondary medical-sanitary care, family doctor ambulatory, consultative-diagnostic centre, economic substantiation.