

УДК 61:355.72

МЕДИКО-ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАХОДИ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ Й ЕФЕКТИВНОСТІ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

Л. А. Голик

Головний військовий клінічний госпіталь МО України

Ключові слова: медичне забезпечення військовослужбовців і ветеранів військової служби, медико-організаційні форми, економічна ефективність.

Перехід народного господарства нашої держави на ринкові відносини диктує необхідність запровадження принципово нових підходів до медичного забезпечення військовослужбовців Збройних сил (ЗС) України. Питанням побудови, розвитку та оптимізації медичного забезпечення присвячена низка робіт вітчизняних і зарубіжних фахівців [1–6, 8–13]. Проте наявні літературні дані свідчать, що потрібні додаткові заходи з медичного забезпечення військовослужбовців ЗС України на нових медико-організаційних засадах.

Проведені наукові дослідження з цієї проблеми виявили складність і неоднозначність отриманих результатів. Наукові пошуки допомогли розв'язати значну кількість завдань, пов'язаних зі спеціалізацією ліжкового фонду, проте це не розв'язує проблеми ефективності та якості надання амбулаторно-поліклінічної допомоги військовослужбовцям. Вплив економічних, а останнім часом і соціально-економічних чинників, значно посилюється недостатнім розвитком нових форм управління у галузі надання медичної допомоги.

Незважаючи на значний інтерес до проблеми розробки та удосконалення медико-організаційних форм, комплексних досліджень на цю тему вочевидь недостатньо. Аналіз літературних джерел свідчить, що наявні публікації здебільшого зорієнтовані на окремі дослідження амбулаторно-поліклінічної або стаціонарної допомоги.

Важливим є й те, що чинні нормативні документи не забезпечують структурну адекватність системи медико-організаційних форм медичної допомоги військовослужбовцям.

Актуальність проблеми розробки, обґрунтування та впровадження медико-організаційних заходів підвищення якості й ефективності медичного забезпечення військовослужбовців ЗС України й спонукали до проведення наукового дослідження.

Завдання дослідження:

1. Вивчення особливостей рівня, структури, динаміки захворюваності ветеранів військової

служби та військовослужбовців, а також системи надання цій категорії осіб медичної допомоги в Україні та інших країнах.

2. Обґрунтування і розробка системи удосконалення медико-організаційних форм амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної допомоги військовослужбовцям різних категорій та ветеранам військової служби ЗС України.

3. Проведення медико-соціологічного дослідження щодо удосконалення надання медичної допомоги військовослужбовцям і ветеранам військової служби лікарями загальної практики — сімейної медицини.

4. Вивчення медико-економічної ефективності розробки та впровадження медико-організаційних заходів підвищення якості медичного забезпечення військовослужбовців та ветеранів військової служби ЗС України.

Об'єктом дослідження стали військовослужбовці (солдати, курсанти, офіцери) та ветерани військової служби ЗС України, що мешкають у Київському гарнізоні, і система їхнього військово-медичного забезпечення.

Спостереження у динаміці за станом здоров'я військовослужбовців здійснене за матеріалами проведених щорічних медичних обстежень та доповнене вибіркою захворювань за даними звернень військовослужбовців у військово-профілактичні установи.

Основними джерелами інформації були матеріали статистичної звітності, яка міститься у документах обліку та звітності медичної служби: медичні книжки (форми 2, 3), історії хвороби (форми 12 і 12а), книга обліку хворих (форма 5), книга обліку направлень на госпіталізацію в Головний військовий клінічний госпіталь (ГВКГ) та інші лікувально-профілактичні заклади, на ВЛК, а також обліку осіб, що потребують диспансерного нагляду (форма 6), річний звіт медичних частин (форма 2 мед.).

Захворюваність вивчали за даними всіх названих вище документів, поширеність хвороб — за

даними відповідного розділу медичних книжок.

Проведено порівняння результативних показників діяльності медичної служби Київського гарнізону до та після її реорганізації.

Дослідження проведено на базі лікувально-профілактичних установ Київського гарнізону із загальною кількістю 100 тис. військовослужбовців і ветеранів військової служби. Для здійснення дослідження розроблено 7 первинних облікових документів.

Збирання та вивчення матеріалу здійснювали за допомогою загальноприйнятих методів — вибіркового, спрямованого вибору й формування груп за певними ознаками, системного підходу, соціологічного, історичного, економічного.

На всіх етапах дослідження застосовували статистичний метод.

Вивчено захворюваність військовослужбовців рядового та офіцерського складу, ветеранів військової служби і встановлено, що загальні показники її становили $1241,6 \pm 21,0$; $755,3 \pm 19,0$; $1353,1 \pm 22,1$ на 1000 осіб відповідного контингенту.

При цьому в структурі захворюваності військовослужбовців строкової служби на хвороби органів дихання перше місце посідали грип і ГРЗ: $(51,7 \pm 2,8) \%$, друге — гострий бронхіт: $(19,6 \pm 2,2) \%$, третє — гострий тонзиліт: $(13,5 \pm 1,9) \%$, четверте місце — пневмонії: $(12,8 \pm 1,8) \%$, п'яте місце — хронічний бронхіт: $(2,2 \pm 0,4) \%$.

У структурі загальної захворюваності офіцерського складу перше місце належить хворобам органів дихання: $364,1 \pm 21,3$ на 1000 військовослужбовців. Друге рангове місце посідали хвороби системи кровообігу: $(90,5 \pm 12,7) \%$. Третє місце — хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини: $(74,8 \pm 11,6) \%$.

Загальна захворюваність ветеранів військової служби ЗС України становила $1353,1 \pm 22,1$ на 1000 осіб і була значно вищою порівняно з військовослужбовцями офіцерського складу: $755,3 \pm 19,0$.

Структура загальної захворюваності ветеранів військової служби України така. Перше місце належить хворобам системи кровообігу: $(303,7 \pm 12,9) \%$, друге — хворобам органів травлення: $(299,8 \pm 12,8) \%$, третє — хворобам органів дихання: $(231,0 \pm 11,8) \%$, четверте — хворобам кістково-м'язової системи: $(200,9 \pm 11,2) \%$, п'яте — хворобам нервової системи: $(100,4 \pm 8,4) \%$.

Серед хвороб органів кровообігу перше місце посідала ішемічна хвороба серця: $(29,1 \pm 2,3) \%$, друге — варикозна хвороба: $(27,0 \pm 2,8) \%$, третє — гіпертонічна хвороба: $(23,9 \pm 2,1) \%$. Вказана структура захворюваності пенсіонерів значно відрізняється від структури захворюваності як військовослужбовців рядового складу, так і військо-

вослужбовців офіцерського складу, де на першому місці гіпертонічна хвороба: $(73,3 \pm 11,4) \%$ і $(56,5 \pm 7,3) \%$ відповідно.

Показник загальної захворюваності курсантів становив $758,1 \pm 35,5$ на 1000 і був нижчим порівняно з військовослужбовцями рядового складу ($1241,6 \pm 21,0$) і ветеранів військової служби України ($1353,1 \pm 22,1$); для офіцерського складу він становив $(755,3 \pm 19,0)$. У структурі захворюваності перше місце посідали хвороби органів дихання: $358,6 \pm 39,8$, друге — хвороби шкіри і підшкірної клітковини: $110,3 \pm 26,0$, третє — хвороби нервової системи: $89,6 \pm 7,3$, четверте — хвороби органів травлення: $62,0 \pm 20,0$, п'яте — інфекційні та паразитарні хвороби: $48,2 \pm 7,1$, шосте — травми й отруєння: $27,5 \pm 1,3$.

Таким чином, отримані результати не лише засвідчили закономірності високих рівнів захворюваності серед різних категорій військовослужбовців та ветеранів військової служби, а дали змогу визначити пріоритетні напрямки розвитку й оптимізації амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної допомоги, а також накреслили перспективні шляхи вдосконалення профілактичної, лікувальної та реабілітаційної допомоги.

Передумовою реформи надання медичної допомоги в Київському гарнізоні був аналіз стану медичного забезпечення військовослужбовців та ветеранів військової служби столичного гарнізону в період 1994–1996 рр., який виявив низку недоліків, які свідчили про неефективність використання кадрового, фінансового та матеріально-технічного потенціалу медичної служби.

Приміром, про неефективне використання сил і засобів медичної служби для надання амбулаторно-поліклінічної допомоги передусім свідчили такі показники: 1400 (56,0%) звернень до Центральної поліклініки МО України щоденно забезпечували 112 лікарів; 500 (20,0%) звернень у медичні пункти військово-навчальних закладів — 78 лікарів, а 600 (34,0%) звернень у медичні пункти військових частин та інших військово-медичних підрозділів центрального підпорядкування — 51 лікар. Отже, 56,0% усіх щоденних звернень забезпечували 112 лікарів Центральної поліклініки МО України, а 54,0% звернень — 128 лікарів інших амбулаторно-поліклінічних підрозділів Київського гарнізону.

Таким чином, медичне забезпечення Київського гарнізону потребувало докорінних змін — відпрацювання нової оптимальної структурно-функціональної моделі його діяльності, зміни системи фінансування, раціонального розподілу ресурсів медичної служби, формування повноцінного кадрового потенціалу тощо.

З метою практичного реформування та оптимізації системи медичного забезпечення військовослужбовців і ветеранів військової служби України в Київському гарнізоні на базі ГВКГ МО України наказом Міністра оборони № 399 від 05.11.97 р. була створена нова функціональна одиниця — Київський військово-медичний центр (КВМЦ), структура якого показана на мал. 1, а його функціонально-структурна модель подана на мал. 2.

Для ефективної діяльності КВМЦ своєчасно була відпрацьована юридично-правова база реформування медичного забезпечення Київського гарнізону, яка включала вже згаданий вище наказ Міністра оборони України № 399 від 05.11.97 р. «Про реформування лікувально-профілактичного забезпечення у Київському гарнізоні», у якому затверджено «Тимчасове положення про Київський військово-медичний центр» та «Положення про лікарську територіальну дільницю», і наказ начальника Київського гарнізону № 35 від 26.12.97 р. «Про закріплення військових частин, військово-навчальних закладів, підприємств та організацій Міністерства оборони України за військово-лікувальними установами і медичними підрозділами Київського гарнізону», а також «Інструкцію про порядок роботи лікарсько-територіальної та стоматологічно-територіальної дільниці КВМЦ, розташованих у військовій частині або у військовому навчальному закладі».

Задля конкретизації зазначених вище керівних документів розроблено посадову інструкцію лікаря загальної практики; складено перелік хвороб і симптомів, які повинен діагностувати та лікувати лікар загальної практики; визначено лікувальні процедури, якими повинен володіти або вміти оцінювати їхні результати лікар загальної практики; складено перелік інструментарію і медичного майна кабінету лікаря загальної практики та перелік обліково-звітної документації.

Функціонування медичного забезпечення Київського гарнізону організоване так.

Весь контингент (військовослужбовці строкової служби, офіцери та члени їхніх сімей, ветерани військової служби), що забезпечується медичною допомогою, в кількості 100 тис. осіб, розподіляється на 66 територіальних лікарських дільниць (ТЛД) (на 500—1 100 осіб кожна). Роботу ТЛД забезпечує один лікар. ТЛД об'єднуються у 3 загально-лікарські відділення клініки амбулаторної допомоги (АД) Головного військового клінічного госпіталю. Одна половина ТЛД (33) розміщена безпосередньо в клініці амбулаторно-поліклінічної допомоги і забезпечує в основному ветеранів військової служби України.

Друга половина ТЛД (33) розміщується на базі медичних пунктів військових частин та військово-навчальних закладів, які є дільницями клініки амбулаторної допомоги ГВКГ. У клініці амбулаторної допомоги функціонують 6 філіалів лікувальних та діагностичних відділень, що дає змогу користуватись загальною діагностичною базою як для амбулаторних, так і для стаціонарних хворих, а також уникнути дублювання обстеження хворих.

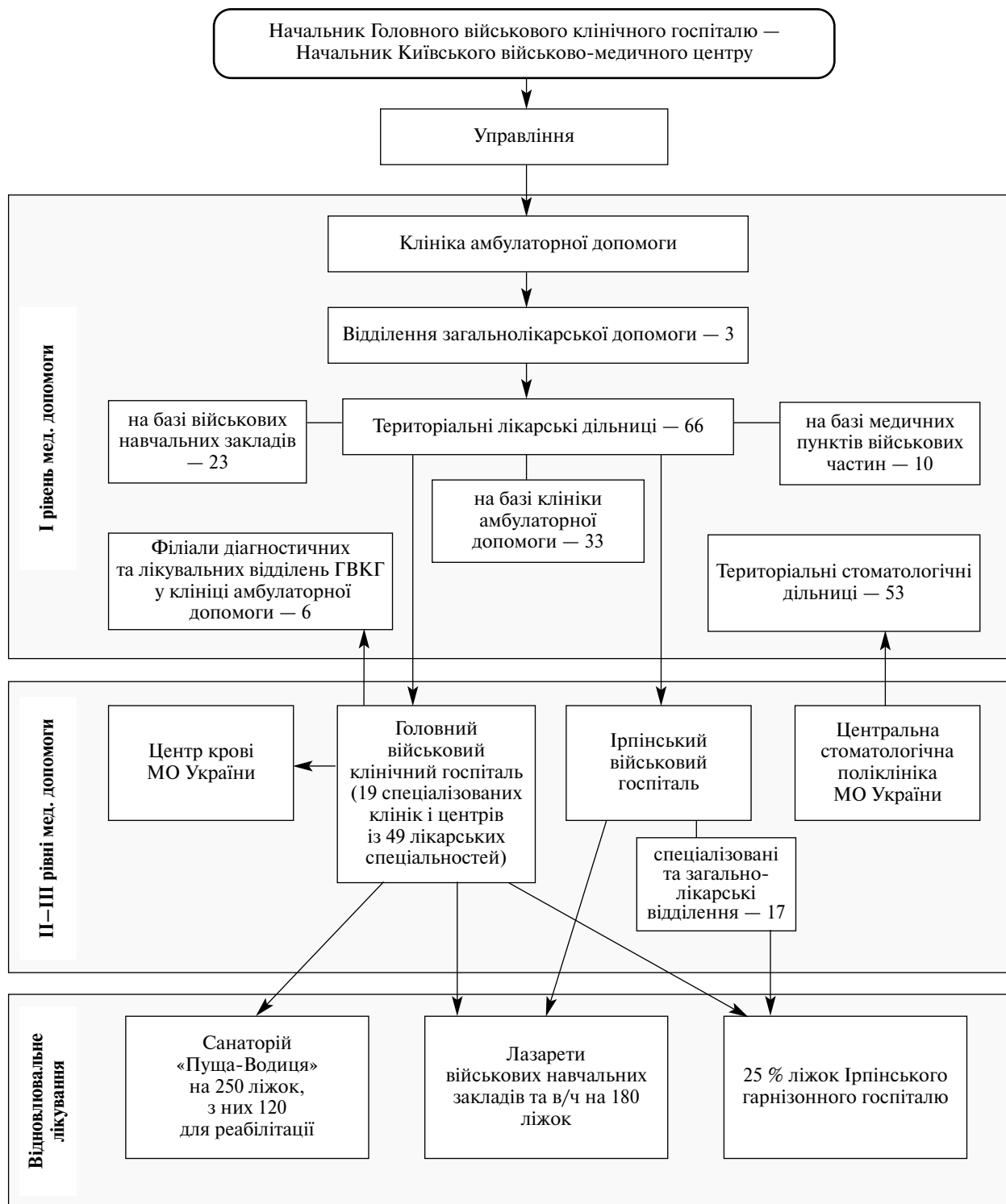
Таким чином, надання первинного рівня медичної допомоги, на нашу думку, відповідає сучасним вимогам ВООЗ та основам концепції реформування медичного забезпечення ЗС [7] України і дає можливість:

- реалізувати принцип персональної відповідальності лікаря за якість лікування хворого через механізм територіальних дільниць;
- забезпечити участь лікарів військових госпіталів у наданні спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної допомоги;
- ефективно використовувати ліжковий фонд;
- раціонально використовувати кадровий потенціал і медичні ресурси;
- забезпечити загальнодоступність медичної допомоги.

Запропонована і впроваджена у практичну діяльність функціонально-структурна модель медичного забезпечення Київського гарнізону дає змогу організувати відновлювальне лікування



Мал. 1. Структура Київського військово-медичного центру



Мал. 2. Функціонально-структурна модель Київського військово-медичного центру

(доліковування та реабілітацію) з використанням для цієї мети реабілітаційних ліжок санаторію «Пуша-Водиця», лазаретів медичних пунктів, а також частини ліжкового фонду (близько 25%) Ірпінського гарнізонного госпіталю і його філіалу «Святошин», широко використовувати денні стаціонари, стаціонари вдома з метою збільшення кількості хворих, що лікуються амбулаторно.

Надання всіх рівнів медичної допомоги проводиться під єдиним організаційним і методичним керівництвом Головного військового клінічного госпіталю — начальник якого є водночас і начальником Київського військово-медичного центру.

Важливе значення у реформуванні первинної медичної допомоги має і її кадрове забезпечення. Для створення оптимальної моделі амбулаторно-поліклінічної служби, з урахуванням регіональної захворюваності та поширеності патології серед військовослужбовців, ми здійснили розрахунок потрібної кількості фахівців.

Укомплектованість лікарським складом клініки амбулаторної допомоги наведена в табл. 1.

Важливу увагу приділено підготовці лікарів загальної практики, для чого використовується навчальна база Української військово-медичної академії. Показники спеціалізації лікарів загальної

ної практики наведено на мал. 3.

Одержані результати свідчать, що 71,6% лікарів мають сертифікат лікаря загальної практики. Усі вони підготовлені протягом останніх 3 років в основному з лікарів-терапевтів. Ще 14% лікарів направлено на спеціалізацію у вересні 2002 року. Таким чином, 85,6% лікарів загальної практики пройшли спеціалізацію, і тільки 14,4% лікарів залишаються ще без спеціалізації.

Розподіл лікарів за кваліфікаційними категоріями показано на мал. 4.

Як видно з наведених показників, 41,8% лікарів загальної практики мають кваліфікаційну категорію, 58,1% лікарів не мають категорії, це молоді лікарі без достатнього стажу роботи на посаді.

Аналізуючи результати реформи надання амбулаторно-поліклінічної допомоги в Київському гарнізоні за новими принципами в період 1998–2000 років, ми відзначили наявність позитивних тенденцій у цій роботі.

Зокрема, порівняльна характеристика звернень до лікарів загальної практики та лікарів-спеціалістів свідчить, що в 1998 році тільки 38% хворих звернулися безпосередньо до лікарів загальної практики, а вже в 2000 році до лікарів загальної практики зверталися 64% хворих (мал. 5).

Таблиця 1

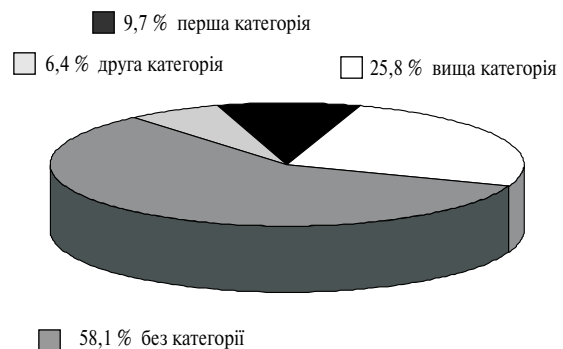
Укомплектованість лікарським складом клініки амбулаторної допомоги ГВКГ (станом на 1.12.2002 р.)

Лікарський склад	Кількість посад			Укомплектованість, %
	за штат. розкладом	зайняті	вакантні	
Офіцери медичної служби	13	11	2	84,6
Працівники ЗС України, серед них:	62	61	1	98,4
лікарі загальної практики	59	49 + 10 *	0	83,1
лікарі-хірурги	3	2	1	66,7
Усього	75	72	3	96,0

* Посади, на яких працюють лікарі-інтерни.



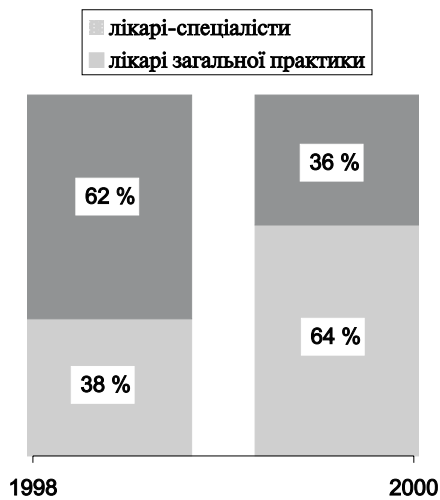
Мал. 3. Показники спеціалізації лікарів загальної практики клініки амбулаторної допомоги ГВКГ



Мал. 4. Розподіл лікарів клініки амбулаторної допомоги ГВКГ за кваліфікаційними категоріями

Досвід, набутий в процесі реформування медичного забезпечення Київського гарнізону, засвідчив, що найперспективнішим його напрямком сьогодні є надання первинної медичної допомоги лікарем загальної практики за територіальним принципом.

Наданням медичної допомоги в Київському військовому гарнізоні, внаслідок чого клініка амбулаторної допомоги і стала структурним підрозділом ГВКГ, ми досягли таких результатів. По-перше, створення лікарсько-територіальної ділянки забезпечило наближення амбулаторно-поліклінічної допомоги до району обслуговування. По-друге, досягнуто збалансування обсягів роботи з амбулаторного прийому хворих військовослужбовців, здійснення профілактичних оглядів,



Мал. 5. Порівняльна діаграма звернень до лікарів загальної практики та до спеціалістів

обліку та оздоровлення диспансерної групи, надання стаціонарної допомоги профільним хворим у ГВКГ. По-третє, і це найголовніше, досягнуто зниження захворюваності у столичному гарнізоні.

З метою вивчення задоволеності пацієнтів роботою лікарів загальної практики (сімейної медицини) клініки АД ГВКГ та з'ясування оцінки фахівцями військово-медичної служби чинної системи охорони здоров'я військовослужбовців Київського гарнізону, у 2001 р. ми провели медико-соціологічне дослідження шляхом анкетування. На запитання спеціально розроблених анкет, в основу яких покладено досвід науковців Санкт-Петербурга, які у свою чергу скористалися переліком запитань Європейського товариства з вивчення якості загальної лікарської практики (WONCA), відповіді дали 636 респондентів, що становить 2,27% від загальної кількості (28 000) ветеранів військової служби України, які перебувають на

медичному забезпеченні ГВКГ, та 51 лікар амбулаторно-поліклінічної допомоги (100%) цього військового лікувально-профілактичного закладу.

Серед 636 опитаних постійних пацієнтів клініки АД ГВКГ МО України — 627 (98,6%) чоловіків та 9 (1,4%) жінок віком від 45 до 89 років. За освітою серед ветеранів військової служби України 578 осіб (90,9% від загальної кількості опитаних) закінчили вищі навчальні заклади, а решта 58 осіб (9,1%) мають середню освіту.

Перша група запитань, з якими ми звернулися до пацієнтів, стосувалася лікаря загальної практики — сімейної медицини. Відповідаючи на першу групу запитань, переважна більшість наших респондентів (99,5%) позитивно оцінила роботу сімейного лікаря і тільки 0,2% опитаних дали негативну відповідь, 0,3% респондентів не відповідали на поставлені запитання.

Друга група запитань до пацієнтів стосувалася причин звернення до сімейного лікаря та оцінки ефективності його діяльності порівняно з роботою дільничного терапевта.

Відповіді на запитання анкети «Чи перебуваєте Ви на диспансерному обліку?» розподілилися так: позитивну відповідь дали 496 опитаних (майже 78,0%), 137 (21,5%) опитаних не перебувають на диспансерному обліку, не дали відповіді 3 пацієнти (0,5%).

Співвідношення відповідей постійних пацієнтів ГВКГ МО України на запитання «Чи зверталися Ви до сімейного лікаря впродовж останнього року?» було таким: «так» — 610 (95,9%), «ні» — 26 (4,1%). Таким чином, майже 96,0% опитаних минулого року зверталися по медичну допомогу до свого сімейного лікаря, отже, переважна більшість з наших респондентів могла впевнено говорити і про причини звернень.

Відповіді на запитання анкети «Як Ви вважаєте, чи потрібна спеціальність сімейного лікаря?» розподілилися таким чином: «так» — 600 (94,3%), «ні» — 15 (2,4%). Не дали відповіді 20 осіб (3,1%), один з опитаних (0,2%) відповів, що «не знає».

Третя група запитань стосувалася оцінки стану особистого здоров'я респондентів та з'ясування причин, які заважають пацієнтам відвідувати клініку АД ГВКГ МО України.

Відповіді на запитання анкети «Яка Ваша оцінка стану особистого здоров'я?» із запропонованими нами варіантами: А) добре; Б) задовільно; В) незадовільно — розподілилися так: А — 73 (11,5%); Б — 526 (82,7%); В — 30 (4,7%). Не дали відповіді 7 (1,1%) респондентів.

Четверта група запитань стосувалась оцінки роботи реєстратури та клініки АД в цілому. Для ілюстрації отриманих відповідей на цю частину

анкети, наводимо відповіді респондентів на два із цієї групи запитань.

На запитання «Скільки хвилин стоїть пацієнт у черзі за талоном до лікаря?» із запропонованими варіантами відповіді: до 15 хв; від 15 до 30 хв; від 30 до 60 хв; понад 60 хв — респонденти відповідали так. До 15 хв на це витрачають 382 (60,1%) опитаних; 191 (30,1%) пацієнт простоює в черзі, як правило, від 15 до 30 хв, ще 28 (4,4%) респондентів очікують на отримання талона до лікаря від 30 до 60 хв, а 35 (5,4%) опитаних витрачають на отримання талона на прийом до лікаря понад 1 годину.

Роботу клініки АД ГВКГ МО України в цілому оцінюють як відмінну 60 (9,4%) опитаних, як добру — 274 (43,1%); як задовільну — 301 (47,3%); і як незадовільну — 1 (0,2%). Таким чином, 99,8% респондентів оцінили роботу клініки АД ГВКГ МО України позитивно.

На підставі проведеного соціологічного дослідження у цій його частині можна зробити такі висновки. По-перше, інститут сімейного лікаря набуває все більшого поширення в системі охорони здоров'я в цілому і в системі медичного забезпечення ЗС України зокрема, про це свідчать:

- висока обізнаність пацієнтів про сімейних лікарів;
- звернення переважно до сімейного лікаря у кожному випадку захворювання;
- довіра до різнобічності знань та компетентності сімейного лікаря.

По-друге, опитування засвідчило, що введенню посади сімейного лікаря віддається перевага порівняно з традиційною системою дільничних терапевтів. Респонденти це пояснюють тим, що відвідування одного і того самого лікаря спричиняє менше психолого-емоційне напруження. Останнє можна пояснити з позицій клінічної психології тим, що атмосфера довіри, яка складається у стосунках сімейного лікаря і пацієнта, зменшує психологічний дискомфорт (почуття страху та тривоги) у хворого.

Опитування, проведене серед лікарів клініки АД ГВКГ МО України, виявило, що своєю роботою задоволені 37 (72,5%) респондентів з 51 опитаного. Щоправда, умовами для реалізації своїх професійних можливостей задоволені лише 50% опитаних, при цьому переважна більшість респондентів вважають, що їхня заробітна плата не відповідає виконаній роботі. Стосовно оснащення клініки АД, центрів та відділень ГВКГ МО України медичним обладнанням, можливістю використання сучасних лікувально-діагностичних технологій позитивну оцінку дали лише 60,1% респондентів.

Одним з найважливіших для нас було питання щодо ставлення лікарів до реформування первин-

ної медико-санітарної допомоги у військово-медичній службі. Відрадно вважаємо той факт, що всі опитані нами лікарі вказали на своє позитивне ставлення до реформи первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини.

На нашу думку, отримані в ході проведеного дослідження результати можуть бути цікавими і для лікувально-профілактичних закладів МОЗ України. Вони можуть, передусім, допомогти в пошуку спільних кроків відомчої та цивільної медицини у швидшому впровадженні в практику інституту лікарів загальної практики — сімейних лікарів, а по-друге, сприятимуть створенню єдиного медичного простору України.

За умов недостатнього бюджетного фінансування, найважливішим завданням було визначити напрямки, пріоритети та черговість заходів щодо реформування медичного забезпечення і, передусім, тих його складових, які мають стратегічну орієнтацію.

Економічна ефективність впровадження системи етапного лікування в КВМЦ наведена в табл. 2.

У розрахунках використовували середню собівартість одного ліжка-дня в ГВКГ — 85 грн, в Ірпінському військовому госпіталі — 38 грн.

Економія стала можливою за рахунок впровадження системи етапного лікування в КВМЦ, що дало змогу направляти хворих на відновлювальне лікування на більш дешеві загальнопрофільні ліжка гарнізонного госпіталю і медичні пункти військових частин та військових навчальних закладів.

Реорганізація стаціонарної допомоги в ГВКГ за періодами: інтенсивна терапія, інтенсивне обстеження і лікування, відновлювальне лікування, впровадження системи етапного лікування, розподіл ліжкового фонду за періодами лікувально-діагностичного процесу, впровадження нових прогресивних медичних технологій діагностики і лікування (малоінвазивної ендоскопічної хірургії та ін.), скорочення терміну доопераційного перебування хворих у стаціонарі за рахунок обстеження на амбулаторному етапі — дала можливість раціонально використовувати дорогі спеціалізовані ліжка в ГВКГ і скоротити середній ліжко-день до оптимального на теперішній час, збільшити оборотність ліжка і пролікувати значно більшу кількість хворих за рік.

З метою поліпшення медичного забезпечення військовослужбовців та ефективнішого використання ліжкового фонду військових госпіталів наказом начальника Генерального штабу Збройних сил України № 94 від 16.09.96 р. затверджене тимчасове положення про організацію роботи денного стаціонару на базі військового госпіталю (поліклініки) МО України.

Таблиця 2

Економічна ефективність переведення хворих на поетапне відновлювальне лікування в КВМЦ у 1996–2001 рр. (у тис. грн)

Рік	Кількість переведених хворих	Середній л/день у ГВКГ	Вартість лікування у ГВКГ	Середній л/день в Ірпінському ВГ	Вартість лікування в Ірпінському ВГ	Умовний загальний л/день	Умовна вартість лікування у ГВКГ	Економія у КВМЦ
1996	2404	10,0	2061,1	15,7	1454,2	25,7	5297,2	1781,8
1997	2417	9,4	1947,9	14,6	1359,6	24,0	4973,6	1665,9
1998	2055	9,1	1603,3	15,4	1219,3	24,5	4316,7	1494,0
1999	1751	9,7	1456,2	10,0	674,6	19,7	2957,5	826,6
2000	1843	10,5	1702,9	13,02	924,5	23,52	3814,6	1187,1
2001	1730	10,1	1297,8	12,62	841,2	22,74	2916,3	777,3
Усього	12200		10069,3		6473,5		24275,3	7732,5

Кількість хворих, що лікувалися в денному стаціонарі, й економічна ефективність використання ліжок денного стаціонару в КВМЦ наведені в таблицях 3 та 4.

Загальна економія в КВМЦ від використання ліжок денних стаціонарів в 1997–1999 рр. становила 1276,9 тис. грн.

Результатом проведених медико-організаційних заходів у КВМЦ була економія за період 1997–2001 рр. у сумі 16061,5 тис. грн.

Структура економічного ефекту, досягнутого в результаті реформування системи медичного забезпечення військовослужбовців і ветеранів вій-

ськової служби України Київського гарнізону за період 1997–2001 рр., показана на мал. 6.

Як видно із наведених даних, економічно найдоцільнішим є раціональне використання ліжкового фонду, скорочення середньої тривалості перебування хворого на ліжку та впровадження системи етапного лікування.

Таким чином, комплексне реформування системи медичного забезпечення Київського гарнізону і створення Київського військово-медичного центру забезпечило надання військовослужбовцям і ветеранам військової служби України Київського гарнізону всіх рівнів медичної допомоги

Таблиця 3

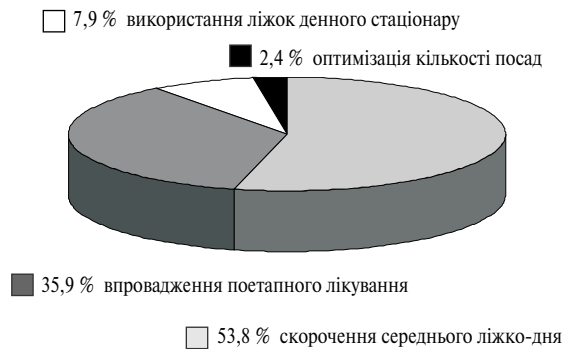
Кількість хворих, що лікувалися в денних стаціонарах КВМЦ у 1997–2001 рр. (в абс. числах)

Денний стаціонар	Кількість хворих				
	1997 р.	1998 р.	1999 р.	2000 р.	2001 р.
Клініка АД ГВКГ	458	368	416	524	792
Клініки ГВКГ	1693	1516	1556	1710	2940
Ірпінський ВГ	100	471	618	588	565
Усього	2251	2355	2590	2822	4297

Таблиця 4

Економічна ефективність використання ліжок денного стаціонару в лікувально-профілактичних закладах КВМЦ у 1997–1999 рр. (у тис. грн)

Заклад	Витрати на лікування хворих									Економічний ефект за 1997–1999 рр.
	1997 р.			1998 р.			1999 р.			
	Денний стаціонар	Стаціонар	Економічний ефект	Денний стаціонар	Стаціонар	Економічний ефект	Денний стаціонар	Стаціонар	Економічний ефект	
Клініка АД ГВКГ	310,0	498,2	188,1	278,8	448,0	169,2	317,4	510,0	192,6	549,9
Клініки ГВКГ	1845,8	2061,2	215,4	1606,2	1793,7	187,4	1670,4	1865,3	194,9	597,7
Ірпінський ВГ	36,3	47,3	11,0	161,5	210,5	48,9	228,4	297,6	69,2	129,1
Усього	2192,2	2606,8	414,5	2046,6	2452,3	405,6	2216,2	2673,0	456,7	1276,9



Мал. 6. Структура економічного ефекту від реформування системи медичного забезпечення Київського гарнізону

від амбулаторно-поліклінічної до відновлювального лікування під єдиним медичним і юридичним керівництвом ГВКГ та допомогло ефективно використовувати наявні медичні ресурси.

Економія медичних ресурсів в умовах недостатнього бюджетного фінансування, а також можливість використання позабюджетних коштів дала змогу зберегти гарантований обсяг медичної допомоги військовослужбовцям і ветеранам військової служби України в Київському гарнізоні.

Результати оптимізації медичного забезпечення Київського гарнізону та її економічна ефективність свідчать про правильний вибір стратегії реформування, а набутий нами досвід може бути успішно використаний медичною службою Збройних сил України.

Висновки

В результаті проведеного дослідження:

1. Розроблена і науково обґрунтована концепція поетапного надання амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної медичної допомоги в системі «клініка АД — ГВКГ — госпіталь долікування та реабілітації хворих», основу якої становлять центри, клініки та відділення Київського військово-медичного центру. Економічна ефективність переведення хворих на етапи відновлювального лікування в КВМЦ у 1996–2001 роках становила 7732,5 тис. грн.

2. Науково обґрунтована і втілена в практику функціонально-організаційна структура якісно

нового військово-медичного закладу — клініки амбулаторно-поліклінічної допомоги ГВКГ. Створення клініки амбулаторної допомоги дало змогу об'єднати розрізнені медичні підрозділи окремих військових частин і військових навчальних закладів Київського гарнізону в єдиний медичний заклад, що забезпечує надання амбулаторно-поліклінічної допомоги військовослужбовцям і ветеранам військової служби України загальною кількістю 100 тис. осіб.

3. Доведено, що за показником частоти захворюваності як офіцерів, так і військовослужбовців строкової служби перше рангове місце належить хворобам органів дихання: відповідно $(364,1 \pm 21,3)$ і $(459,3 \pm 19,1)$ ‰. У структурі захворюваності військовослужбовців офіцерського складу друге рангове місце посідають хвороби системи кровообігу: $(90,5 \pm 12,7)$ ‰, третє — хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини: $(74,8 \pm 11,6)$ ‰. Що стосується захворюваності військовослужбовців строкової служби, то на другому ранговому місці хвороби шкіри та підшкірної клітковини: $(345,6 \pm 18,2)$ ‰, а на третьому — інфекційні та паразитарні хвороби: $(161,0 \pm 14,1)$ ‰. Ці дані використані під час розробки комплексу заходів щодо удосконалення надання амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної медичної допомоги військовослужбовцям і ветеранам військової служби Київського гарнізону.

4. Результати медико-соціологічного дослідження засвідчили доцільність заміни посад дільничних терапевтів на лікарів загальної практики — сімейної медицини для надання медичної допомоги військовослужбовцям і ветеранам військової служби. Порівняльний аналіз виявив збільшення кількості звернень до лікарів загальної практики (64%) і зменшення до лікарів-спеціалістів (36%).

5. Результати реформування медичного забезпечення військовослужбовців Київського гарнізону довели його економічну доцільність. Структура економічної ефективності від скорочення тривалості лікування хворих, впровадження етапного лікування, використання ліжок денного стаціонару, оптимізації чисельності медичних кадрів становила 53,8; 35,9; 7,9 і 2,4% відповідно.

ЦИТОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Білий В. Я. Стратегія розвитку військової медицини в Україні // Військова медицина України.— 2001.— № 1.— С. 9—18.
2. Белый В. Я., Вовкодав Н. Н. Об основных направлениях реформы военного здравоохранения // Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования.— К., 1996.— С. 4—18.
3. Бойчак М. П., Голик Л. А. Деякі питання реформування первинної медико-санітарної допомоги в Київському гарнізоні // Сімейна медицина.— 2000.— № 1-2(3).— С. 17—22.
4. Вовкодав М. М., Бойчак М. П., Голик Л. А. Реформування медичного забезпечення Київського гарнізону: передумови, деякі підсумки, перспективи // Современные аспекты военной медицины: Сб. науч.-практ. работ.— Вып. 4.— К., 1999.— С. 14—29.
5. Вовкодав Н. Н., Бойчак М. П., Хижняк Н. И. Пути реформы военного здравоохранения на примере Киевского гарнизона // Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования.— К., 1996.— С. 160—163.
6. Вовкодав М. М. Медико-економічні проблеми реформування охорони здоров'я військовослужбовців // Наука і оборона.— 1998.— № 1.— С. 43—49.
7. Концепция развития военно-медицинской службы / Под ред. проф. В. Я. Белого.— К., 1996.— 18 с.
8. Корбут В. Б. Проблемы и направления совершенствования медицинского обеспечения войск в современных условиях // Воен.-мед. журн.— 1995.— № 2.— С. 9—12.
9. Чиж И. М. Организационные вопросы построения территориальной системы медицинского обеспечения Вооруженных сил // Воен.мед.журн.— 1995.— № 4.— С. 18—23.
10. Чиж И. М. Медицинское обеспечение Вооруженных сил: итоги и перспективы // Воен.-мед. журн.— 1999.— № 1.— С. 4—16.
11. Gold M. R., Siegel J. E., Russel L. B. et al. Cost-effectiveness in health and medicine.— Oxford: Oxford University Press, 1996.— 453 p.
12. Brien B. Principle of economic evaluation for health care programs // J. Rheumatology.— 1995.— Vol. 22, N 7.— P. 1399—1402.
13. Berwick D., Enthoven A., Bunker J. Quality Management in the NHS: the Doctor's role // BMJ.— 1992.— Vol. 25.— P. 308.

МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА И ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ УКРАИНЫ

Л. А. Голик

Статья посвящена проблеме научного обоснования, разработки и внедрения медико-организационных основ повышения качества и эффективности медицинского обеспечения военнослужащих Вооруженных сил Украины.

Показано, что, используя новые и усовершенствуя существующие медико-организационные формы медицинского обеспечения военнослужащих, можно достичь эффективного использования кадровых ресурсов и материально-технической базы военных лечебно-профилактических учреждений. На основе комплексного медико-социологического исследования научно обоснованы отдельные составляющие оказания амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи, проведенное исследование позволило обосновать, разработать и внедрить медико-организационные основы повышения качества и эффективности медицинского обеспечения военнослужащих Вооруженных сил Украины.

MEDICAL AND ORGANIZATION MEASURE FOR IMPROVING THE QUALITY AND EFFICIENCY OF MEDICAL SUPPLY OF UKRAINIAN MILITARIES

L. A. Golyk

The article is devoted to the problem of scientific grounding, development and implementation of medical-organizational principles of improving quality and efficiency of medical care of servicemen of the Armed Forces of Ukraine.

It is demonstrated, that using new and perfecting the existing medical-organizational forms in the medical care of servicemen one can achieve effective use of personnel resources and logistics of military therapeutic and prophylactic institutions. On the basis of complex medical-sociological research are scientifically grounded separate components for giving out-patient-polyclinic and hospital service. The carried out research favored to ground up, develop and implement medical-organizational principles of improving quality and efficiency of medical care of servicemen of the Armed Forces of Ukraine.