

Міністерство охорони здоров'я України
Харківський національний медичний університет

КОРОП ОЛЕГ АНДРІЙОВИЧ

УДК 614.2:(616-08:617).001.73

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ СИСТЕМИ
ОРГАНІЗАЦІЇ ПОЗАЛІКАРНЯНОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ
В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

14.02.03 - соціальна медицина

Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня
доктора медичних наук

Харків – 2015

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана у Харківській медичній академії післядипломної освіти МОЗ України.

Науковий консультант: доктор медичних наук, професор Сердюк Олександр Іванович, Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, кафедра соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров'я, завідувач кафедри.

Офіційні опоненти: доктор медичних наук, професор Лехан Валерія Микитівна, Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», кафедра соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я, завідувач кафедри;

доктор медичних наук, професор Слабкий Геннадій Олексійович, Ужгородський національний університет, кафедра громадського здоров'я, професор кафедри;

доктор медичних наук, професор Латишев Євген Євгенович, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України, кафедра управління охороною здоров'я, професор кафедри.

Захист відбудеться « 20 » « травня » 2015 р. об 11 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 64.600.06 при Харківському національному медичному університеті, 61022, м. Харків, проспект Леніна, 4, корпус А, аудиторія кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Харківського національного медичного університету, 61022, м. Харків, проспект Леніна, 4, корпус Б.

Автореферат розісланий « 17 » « квітня » 2015 р.

Вчений секретар спеціалізованої вченої ради,
к. мед.н, доцент

Чумак Л.І.

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Сучасними тенденціями розвитку охорони здоров'я в провідних країнах світу і в Україні є удосконалення організації і управління системою медичної допомоги населенню (S. Sandier, 2004; В. Ф. Москаленко, 2009; Постанова Кабінету Міністрів України № 208, 2010), оптимізація і реструктуризація мережі закладів охорони здоров'я (F. Lega, 2012; Резолюція V з'їзду спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я України, 2012), впровадження стаціонарозамінних технологій (В. М. Князевич, 2009), реформування медичної галузі шляхом пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики – сімейної медицини (А. Р. Уваренко, 2005; Є. Є. Латишев, 2005; В. Ф. Москаленко, 2006; Ю. В. Вороненко, 2009; О. М. Гиріна, 2010; Т. П. Попченко, 2011; В. М. Лехан, 2013; Ю. Б. Яценко, 2013), що передбачає перерозподіл обсягів медичної допомоги між її рівнями (Н. Ю. Кондратюк і співавт., 2007; А. Ф. Короп і співавт., 2008; Г. О. Слабкий, 2009; О. К. Надута-Скринник, 2011; О. В. Гриднєв, 2013), співпрацю медичних закладів різних рівнів (О. І. Сердюк, 2006), їх структурне розмежування (В. М. Лехан і співавт., 2012) та позитивні зміни статистичних показників розвитку ПМСД (Г. О. Слабкий, 2010).

Принципи і напрями реформування вітчизняної охорони здоров'я викладено у Програмі економічних реформ на 2010 - 2014 р.р. «Заможне суспільство, конкурентно спроможна економіка, ефективна держава», Постанові Кабінету Міністрів України «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я» (2010 р.), Законі України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» (2011 р.). Прийняття цих державних документів та виконання їх завдань сприяло систематизації законодавства щодо охорони здоров'я, визначенню пріоритетів діяльності галузі, змінам її кадрового забезпечення і впливало на доступність, якість та ефективність надання медичної допомоги населенню (О. М. Хвисяк, 2009; Н. Г. Гойда, 2011; Л. Ф. Матюха і співавт., 2011; Наказ МОЗ України № 713, 2012; О. Л. Зюков, 2012; Н. К. Гусева, 2013).

Важливим напрямом розвитку вітчизняної охорони здоров'я є перерозподіл обсягів медичної допомоги між стаціонарною й амбулаторно-поліклінічною ланками (Ю. В. Вороненко, 2005; В. М. Лехан і співавт., 2010), збільшення в 1,3 рази за останні 20 років кількості амбулаторно-поліклінічних закладів (М. Б. Щербиніна, І. Ю. Скирда, 2012), зокрема тих, що надають первинну медико-санітарну допомогу (Д. Д. Айстраханов, 2007), впровадження сучасних медичних технологій (Загально-державна програма «Здоров'я-2020: український вимір», 2012; Б. П. Криштопа, 2012; О.П.Щепін, 2013), застосування сучасних стандартів, клінічних настанов і протоколів медичної допомоги (Резолюція V з'їзду спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я України, 2012).

Виключна актуальність проблеми вдосконалення системи позалікарняної медичної допомоги населенню та її технологій (Г. О. Слабкий, 2002; В. І. Стародубов і співавт., 2007; С. А. Нікіфоров і співавт., 2007; М. К. Хобзей, 2009) в сучасних умовах реформування галузі охорони здоров'я обумовлена необхідністю розробки науково обґрунтованих рекомендацій щодо шляхів забезпечення високого рівня її організації, якості та ефективності.

Актуальність амбулаторної хірургії була визначена ще наприкінці XIX століття (С. Long, 1842; W. Morton, 1846). У зв'язку з великими матеріальними витратами на стаціонарне лікування в 50–60-і роки XX століття в США, а потім і в інших країнах, формувались основні принципи сучасної амбулаторної хірургії, вперше використано термін «одноденна хірургія» (R. Lawrie, 1964). З 1980 року в Україні почали створювати центри поліклінічної хірургії, виникла необхідність інтенсивного використання ліжкового фонду і рекомендовано організовувати «стаціонари одного дня» при стаціонарах і поліклініках (Наказ МОЗ України № 127 «Про організацію відділень (центрів) «хірургії одного дня»», 1993).

Сучасна охорона здоров'я України спрямована на оптимізацію та удосконалення хірургічної служби (О. О. Шалімов, 2000), передусім шляхом розвитку стаціонарозамінних форм надання медичної допомоги і впровадження малоінвазивних оперативних методів (М. М. Андрієнко, 2009, 2010), які мають вагомі переваги – при незначних матеріальних витратах значно підвищується якість лікування, прискорюється терміни реабілітації хворих, значно заощаджуються матеріальні кошти (С. Castoro, 2006; P. Jarrett, 2006; С. А. Сапа, 2007; А. Б. Белевитин, 2010, А. Н. Кулинский, 2011).

Проте, незважаючи на певні досягнення в організації хірургічної допомоги в позалікарняних умовах (С. М. Єсауленко, 2009; Г. О. Слабкий і співавт., 2012), ще недосконалі відповідні організаційні, лікувально-профілактичні заходи і технології вирішення актуальних питань розвитку цього напрямку, не проведено комплексні дослідження з вивчення стану організації позалікарняної хірургічної допомоги населенню та впливу на її організацію і якість різних факторів, не проводилась інтегральна оцінка її ефективності і, в зв'язку з цим, потребувало розробки науково обґрунтованої системи організації позалікарняної хірургічної допомоги в умовах реформування галузі охорони здоров'я, що і визначило актуальність нашої роботи.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційне дослідження є фрагментами НДР «Наукове обґрунтування забезпечення доступності і якості первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини населенню регіону (адміністративної області)» (2006 – 2010 р.р.) (№ державної реєстрації 0106U003999) та «Обґрунтування системи управління якістю і ефективністю первинної медико-санітарної допомоги населенню регіону (адміністративної області)» (2011 – 2013 р.р.) (№ державної реєстрації 0111U00358), які проводились у Харківській медичній академії післядипломної освіти. Дисертант виконував фрагменти роботи з науково-методичного забезпечення реструктуризації спеціалізованої медичної допомоги населенню, розподілу її надання між рівнями медичної допомоги та обґрунтуванню системи організації спеціалізованої медичної допомоги в умовах реформування галузі охорони здоров'я на засадах загальної практики – сімейної медицини.

Мета дослідження – науково обґрунтувати і розробити систему організації позалікарняної хірургічної допомоги населенню в умовах реформування галузі охорони здоров'я.

Завдання дослідження, обумовлені поставленою метою передбачали:

- розробку інформаційної моделі й методики аналізу проблем організації позалікарняної хірургічної допомоги та вивчення вітчизняного і міжнародного досвіду щодо визначення шляхів їх вирішення;

- аналіз стану основних статистичних показників здоров'я населення в регіонах України та ресурсного забезпечення їх амбулаторно-поліклінічної хірургічної і первинної медико-санітарної служби та визначення впливу на них різних факторів;

- соціологічне дослідження щодо оцінки організації і якості позалікарняної хірургічної допомоги населенню й удосконалення її системи в умовах реформування галузі охорони здоров'я на засадах загальної практики – сімейної медицини;

- вивчення сучасного стану використання стаціонарозамінних технологій при найбільш поширених хірургічних хворобах і проведення комплексної оцінки їх якості;

- дослідження стану організації диспансеризації хворих на хірургічні хвороби в амбулаторно-поліклінічних закладах і у лікарів загальної практики та проведення комплексної оцінки її якості;

- інтегральну оцінку ефективності позалікарняної медичної допомоги хворим на хірургічні хвороби;

- наукове обґрунтування і розробку системи організації позалікарняної хірургічної допомоги населенню в умовах реформування галузі охорони здоров'я України, визначення її ефективності та відповідних науково-методичних шляхів щодо її реалізації.

Об'єкт дослідження – система позалікарняної хірургічної допомоги населенню України.

Предмет дослідження – стан здоров'я населення і система охорони здоров'я; захворюваність і поширеність хірургічних хвороб; організація, якість і ефективність позалікарняної хірургічної допомоги; технології профілактики, діагностики і лікування хворих на хірургічні хвороби в амбулаторно-поліклінічних закладах і закладах загальної практики – сімейної медицини; заклади охорони здоров'я, що надають позалікарняну хірургічну допомогу.

Наукова база дослідження – міські поліклініки та поліклінічні відділення центральних районних лікарень АР Крим, Житомирського, Кіровоградського, Луганського, Львівського, Полтавського, Сумського і Харківського регіонів (адміністративних областей), заклади загальної практики – сімейної медицини Харківського і Сумського регіонів (всього – 237 закладів охорони здоров'я).

Методи дослідження:

- 1) *системного підходу і системного аналізу* – для вивчення діючої системи позалікарняної хірургічної допомоги та оцінки її організації, якості та ефективності;

- 2) *структурно-функціонального аналізу* – для вивчення стану та змін окремих складових системи позалікарняної хірургічної допомоги;

- 3) *історико-аналітичний та бібліосемантичний* – для вивчення даних вітчизняної і світової літератури щодо основних проблем організації спеціалізованої позалікарняної допомоги населенню та наукових підходів до обґрунтування її системи в сучасних умовах реформування галузі охорони здоров'я;

4) *соціологічний* – для вивчення оцінки пацієнтами, лікарями-спеціалістами і організаторами охорони здоров'я повноти і якості спеціалізованої медичної допомоги в закладах охорони здоров'я різних рівнів і дослідження проблем організації позалікарняної хірургічної допомоги населенню та розвитку її системи в сучасних умовах реформування охорони здоров'я;

5) *медико-статистичний* – для збору, обробки та аналізу одержаної інформації при проведенні дослідження та оцінки ефективності запропонованої системи позалікарняної хірургічної допомоги;

6) *статистичний*, зокрема *дисперсійний аналіз* – для вивчення впливу різних факторів та їх комплексів на організацію і якість позалікарняної хірургічної допомоги, *кореляційний аналіз* – для визначення структурних залежностей між організацією і станом надання спеціалізованої медичної допомоги хірургами і лікарями загальної практики – сімейної медицини;

7) *математичний* – для визначення комплексного показника якості діагностично-лікувальних технологій і диспансеризації хворих на хірургічні хвороби та інтегрального коефіцієнту ефективності позалікарняної хірургічної допомоги населенню;

8) *експертних оцінок* – для вивчення якості лікувально-діагностичних технологій і диспансеризації хворих та оцінки ефективності розробленої системи організації позалікарняної хірургічної допомоги населенню регіону;

9) *концептуального моделювання* – для обґрунтування, розробки та оптимізації системи організації позалікарняної хірургічної допомоги.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що автором вперше в Україні:

- системно представлено проблеми організації позалікарняної хірургічної допомоги населенню і визначено шляхи їх вирішення з досягненням позитивних медичних, соціальних та економічних результатів;

- визначено особливості організації позалікарняної хірургічної допомоги населенню і основні її зміни в умовах реформування галузі охорони здоров'я на засадах ЗПСМ;

- встановлено соціально-гігієнічні, організаційні і клініко-організаційні фактори та їх вплив на зміни основних статистичних показників здоров'я населення і ресурсного забезпечення позалікарняної хірургічної служби в регіонах України;

- визначено динаміку комплексного показника якості сучасних медичних технологій, що використовують в позалікарняній хірургічній практиці та інтегральний показник ефективності позалікарняної хірургічної допомоги;

- обґрунтовано систему організації позалікарняної хірургічної допомоги населенню регіону в сучасних умовах реформування охорони здоров'я, моделі забезпечення її якості та інформаційно-методичного забезпечення, визначено ефективність та розроблено відповідні методичні рекомендації щодо реалізації розробленої системи.

Теоретичне значення роботи полягає в суттєвому доповненні теорії соціальної медицини і організації охорони здоров'я в частині організації спеціалізованої позалікарняної медичної допомоги населенню регіону (адміністративної області) в

умовах реформування галузі охорони здоров'я України на засадах загальної практики – сімейної медицини.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що вони стали підставою для:

- формування в регіонах України оптимальної та ефективної системи організації позалікарняної хірургічної допомоги населенню;
- застосування методики структурно-функціонального аналізу діяльності медичних закладів різних рівнів надання медичної допомоги адміністративного району в умовах впровадження загальної практики – сімейної медицини;
- використання методики інтегральної оцінки розвитку системи охорони здоров'я адміністративного району в умовах впровадження і функціонування загальної практики – сімейної медицини;
- застосування алгоритму комплексної експертної оцінки якості медичної допомоги хворим лікарями-спеціалістами і лікарями загальної практики - сімейними лікарями;
- впровадження системи інформаційно-методичного забезпечення в управлінні позалікарняною хірургічною допомогою.

Впровадження результатів дослідження в практику здійснено на рівнях:

а) галузевому – шляхом викладення теоретичних і методичних питань дослідження в *методичних рекомендаціях* «Забезпечення якості амбулаторно-поліклінічної хірургічної допомоги населенню в умовах реформування охорони здоров'я України на засадах загальної практики – сімейної медицини» (Київ, 2014) та «Організація амбулаторно-поліклінічної хірургічної допомоги населенню в умовах реформування охорони здоров'я України на засадах загальної практики – сімейної медицини» (Київ, 2014), *інформаційному листі* № 135-2010 «Застосування структурно-функціонального аналізу для оптимізації системи охорони здоров'я адміністративного району в умовах впровадження загальної практики – сімейної медицини», *галузевих нововведеннях* «Алгоритм комплексної експертної оцінки якості диспансеризації хворих хірургічного профілю в закладах загальної практики-сімейної медицини» (випуск реєстру 24-25. – №158/25/06. – С.112-113), «Спосіб інтегральної оцінки розвитку системи охорони здоров'я адміністративного району в умовах впровадження і функціонування сімейної медицини» (випуск реєстру 30-31. – № 232/31/09. – С. 160), «Спосіб застосування структурно-функціонального аналізу для оптимізації системи охорони здоров'я адміністративного району в умовах впровадження загальної практики-сімейної медицини»(випуск реєстру 32-33. – № 275/33/10. – С.192), «Спосіб економічної оцінки діяльності амбулаторій загальної практики – сімейної медицини з використанням результатів структурно-функціонального аналізу» (випуск реєстру 34-35. – № 323/35/11. – С.182); при підготовці науково-методичного посібника «Профілактична діяльність сімейного лікаря» (2011 р.).

б) регіональному – шляхом впровадження результатів дослідження в діяльність хірургічної служби амбулаторно-поліклінічних закладів і в закладах загальної

практики – сімейної медицини Харківського і Сумського регіонів (147 актів про впровадження за 2013 – 2014 р.р.);

- використання результатів дослідження при підготовці науково-методичного посібника «Управління якістю медичної допомоги як механізм підвищення її ефективності» (2013 р.);

- у навчальному процесі на кафедрі соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров'я Харківської медичної академії післядипломної освіти (акт впровадження від 14.03.2014 р.), кафедрі соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Харківського національного медичного університету (акт впровадження від 19.04.2014 р.), кафедрі соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою та медичним правознавством ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (акт впровадження від 07.05.2014 р.), кафедрі організації охорони здоров'я, соціальної медицини та лікарсько-трудової експертизи Запорізького державного медичного університету (акт впровадження від 14.05.2014 р.).

Особистий внесок здобувача. Автору належить ідея розробки системи організації позалікарняної хірургічної допомоги населенню регіону в сучасних умовах реформування охорони здоров'я, її наукове обґрунтування і впровадження; самостійно визначено напрям, методологію, мету, завдання та програму проведення наукового дослідження; особисто проаналізовано вітчизняну і зарубіжну літературу, за розробленими автором програмами структурно-функціонального аналізу та соціологічного дослідження здійснено накопичення статистичного і соціологічного матеріалу, розроблені комп'ютерні програми формування баз даних і статистичної обробки результатів дослідження на основі пакету статистичного аналізу Microsoft Excel 2010 ®, отримані дані оброблені на персональному комп'ютері за допомогою ліцензованої програми BioStat 2008 Professional 5.2.5.0 та STADIA 8.0, проведена систематизація і наукова інтерпретація одержаних результатів, науково обґрунтовано та розроблено систему позалікарняної хірургічної допомоги населенню і проведена оцінка її ефективності, сформульовані висновки, розроблені практичні рекомендації, що знайшло відображення в опублікованих наукових працях за темою дисертації.

Апробація результатів дисертації. Результати дисертаційної роботи були представлені та обговорені:

- на міжнародному рівні – на VII (м. Ужгород, 1998), IX (м. Луганськ, 2002), XII (м. Івано-Франківськ, 2008), XIII (м. Львів, 2010) та XIV (м. Донецьк, 2012) Конгресах Світової Федерації Українських Лікарських Товариств; науково-практичних конференціях з міжнародною участю «Сімейна медицина на шляху до високої якості надання первинної медико-санітарної допомоги» (м. Харків, 2008), «Актуальні питання невідкладної хірургії» (м. Харків, 2010), «Актуальні питання профілактики, діагностики та лікування внутрішніх хвороб в практиці сімейного лікаря» (м. Харків, 2010); присвяченої 150-річчю курорту «Березовські мінеральні води» (м. Харків, 2012), «Методичні стандарти - шлях до забезпечення якісної та ефективної загальної лікарської практики» (м. Київ, 2012), «Актуальні питання щодо організації надання спеціалізованої дерматовенерологічної допомоги населенню в сучасних умовах» в рамках Слобожанських читань (м. Харків, 2013);

- на державному рівні – на V з'їзді спеціалістів з соціальної медицини та організації охорони здоров'я України (м. Житомир, 2012); на VII (м. Тернопіль, 2003), VIII (м. Івано-Франківськ, 2005), X (м. Євпаторія, 2009) та XI (м. Харків, 2011) з'їздах Всеукраїнського Лікарського Товариства; II (м. Харків, 2005) та III (м. Дніпропетровськ, 2011) з'їздах лікарів загальної практики – сімейної медицини України; Всеукраїнських науково-практичних конференціях «Сімейна медицина – досягнення і перспективи» (м. Харків, 2002), «Наука і практика – сімейній медицині» (м. Харків, 2003), «Лікування та реабілітація в загальній практиці – сімейній медицині» (м. Одеса, 2007);

- на регіональному рівні – науково-практичній конференції Харківської медичної академії післядипломної освіти «Сімейна медицина – досягнення і перспективи» (м. Харків, 2002); науково-практичній конференції Харківської медичної академії післядипломної освіти «Післядипломна медична освіта: досвід та перспективи» (м. Харків, 2008).

Публікації. Основні результати дисертації опубліковано в 71 науковій праці – у 23 статтях (з них 18 – у фахових виданнях, рекомендованих МОН ДАК України, 5 – у зарубіжних виданнях), 21 – праці апробаційного характеру, 27 – додатково представляють наукові результати дослідження в інших виданнях, в тому числі 2 методичних рекомендаціях, 2 науково-методичних посібниках, 1 інформаційному листі та 4 нововведеннях.

Обсяг та структура дисертації. Дисертація викладена на 414 сторінках машинописного тексту (основний текст роботи склав 308 машинописних сторінок). У структуру дисертації входить зміст, вступ, 7 розділів власних досліджень, висновки, практичні рекомендації, список використаних джерел та додатки. Використано 528 джерел наукової інформації (388 кирилицею та 140 латиницею). Дисертацію ілюстровано 124 рисунками, 103 таблицями та 8 додатками.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

У першому розділі «Про стан та шляхи розвитку позалікарняної хірургічної допомоги населенню» проведено системний огляд наукової літератури за темою дослідження, за результатами якого визначено наявність значної кількості невирішених питань, пов'язаних з відсутністю комплексних медико-соціологічних досліджень з використанням принципів системного підходу щодо вивчення проблем організації позалікарняної хірургічної допомоги населенню та розробки її сучасної системи, визначення різних факторів, які впливають на рівень її організації, якості та ефективності, що дозволило зробити висновок про значну актуальність проблеми удосконалення позалікарняної хірургічної допомоги населенню і необхідності розробки та наукового обґрунтування системи її організації і технологій в сучасних умовах реформування охорони здоров'я на засадах загальної практики – сімейної медицини.

У другому розділі «Програма, обсяги, матеріали і методи дослідження» представлено розроблену для досягнення мети і вирішення поставлених в дисертації завдань програму дослідження (рис. 1), та його методичне забезпечення (рис. 2).

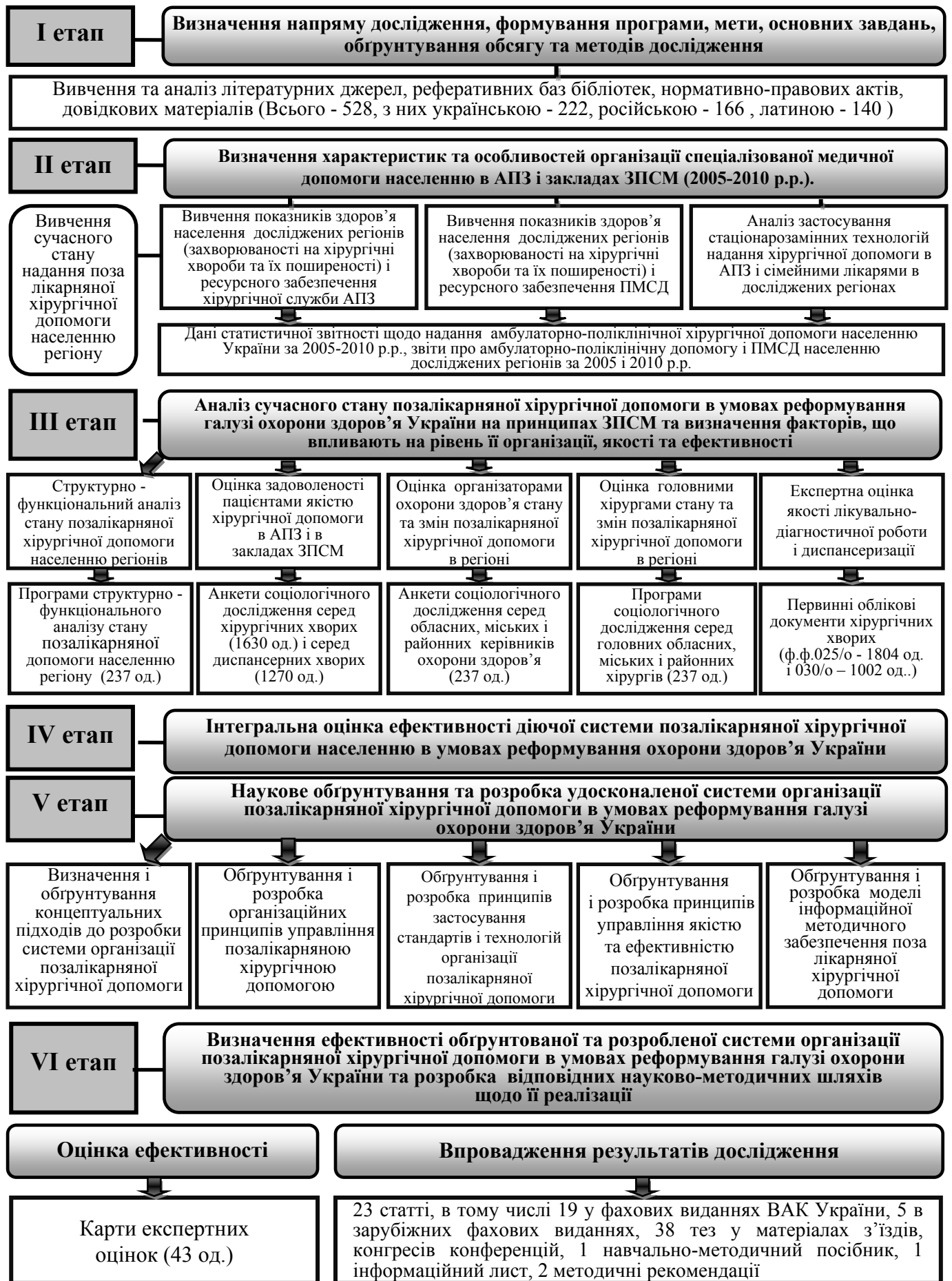


Рис. 1. Програма, матеріали та обсяг дослідження.



Рис. 2. Методичний апарат дослідження.

Дослідження складалось з 6 етапів, кожен з яких містив конкретні завдання, що забезпечило системність виконання дисертаційної роботи, узагальнення результатів проведених досліджень і наукове обґрунтування висновків та практичних рекомендацій. За результатами виконання першого і другого етапів дослідження визначено проблему, розроблено програму дослідження і методологію його проведення.

На третьому етапі, за результатами структурно-функціонального аналізу, експертного і соціологічного досліджень, проведено аналіз організації хірургічної допомоги населенню в амбулаторно-поліклінічних закладах і закладах ЗПСМ в регіонах України (АР Крим, Житомирському, Кіровоградському, Луганському, Львівському, Полтавському, Сумському та Харківському), визначено фактори (соціально-гігієнічні, організаційні і клініко-організаційні), що суттєво впливали на рівень організації, якості та ефективності медичної допомоги та вивчено силу впливу (η^2) визначених факторів на рівень організації і якості хірургічної допомоги в амбулаторно-поліклінічних закладах (АПЗ) і закладах загальної практики – сімейної медицини (ЗПСМ).

Вивчення якості позалікарняної хірургічної допомоги і диспансеризації хворих на хірургічні хвороби проведено за матеріалами клінічних спостережень з використанням принципу системного підходу і розробленого алгоритму комплексної експертної оцінки якості, принципово важливим було проведення експертної оцінки якості медичної допомоги за окремими її складовими (базовими блоками), розрахунок рівня якості кожного базового блоку, коефіцієнтів значимості базових блоків і, як результат – розрахунок комплексного показника якості (КПЯ).

Виділено наступні базові блоки позалікарняної хірургічної допомоги: оцінку повноти і правильності призначення діагностичних заходів (ОДЗ); оцінку повноти додержання стандартів діагностики (проведення діагностичних заходів, ОСД); оцінку повноти і правильності встановленого діагнозу (ОД); оцінку консультацій фахівцями (ОК); оцінку повноти і правильності призначення лікувальних заходів (ОЛЗ); оцінку повноти додержання стандартів лікування (проведення лікувальних

заходів, ОСЛ); оцінку досягнутого результату (ОДР) та оцінку задоволеності пацієнтів (ОЗП).

Для експертної оцінки якості диспансеризації хворих на хірургічні хвороби і розрахунку комплексного показника її якості виділено наступні базові блоки: оцінку своєчасності диспансерного обліку (ОСО), оцінку повноти планування диспансерних заходів (ОПЗ), оцінку консультацій фахівцями (ОК), оцінку своєчасності виконання диспансерних заходів (ОСД), оцінку повноти виконання диспансерних заходів (ОПД), оцінку досягнутих результатів (ОДР) та оцінку задоволеності пацієнтів (ОЗП). Для кожного блоку встановлене бальне значення (від 0 до 10), а для більш точної оцінки в кожному блоці встановлено коливання балів (1 – 3, 4 – 6, 7 – 9). Значимість кожного базового блоку додатково оцінювалась поправочними балами зі знаком «+» і «-».

На четвертому етапі проведено вивчення ефективності діючої системи позалікарняної хірургічної допомоги і визначено її інтегральний коефіцієнт за наступною схемою: 0 до 0,3 – низький рівень, > 0,3 – 0,7 – середній рівень, > 0,7 – 1,0 – високий рівень.

Коефіцієнт медичної ефективності (Кме) організації позалікарняної хірургічної допомоги (ПЛХД) розраховано як співвідношення кількості закладів охорони здоров'я, в яких відбулись позитивні зміни в наданні медичної допомоги хворим на хірургічні хвороби до загальної кількості закладів охорони здоров'я, де проведено дослідження. Коефіцієнт соціальної ефективності (Ксе) визначено за результатами соціологічного дослідження серед керівників регіональних органів і закладів охорони здоров'я, головних обласних, міських і районних хірургів щодо їх оцінки стану та змін в організації позалікарняної хірургічної допомоги та розвитку її системи в сучасних умовах реформування галузі охорони здоров'я і розраховано як відношення кількості респондентів, які визначили позитивні зміни в наданні медичної допомоги хворим на хірургічні хвороби хірургами амбулаторно-поліклінічних закладів та сімейними лікарями до загальної кількості респондентів. Економічна ефективність (Кее) визначена як співвідношення нормативних і фактичних фінансових витрат на надання спеціалізованої хірургічної допомоги хворим хірургами і сімейними лікарями. Інтегральний коефіцієнт ефективності (Кіе) спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної та ПМСД хворим на хірургічні хвороби визначено як добуток медичної, соціальної та економічної ефективності.

П'ятий етап дослідження присвячено науковому обґрунтуванню та розробці удосконаленої системи позалікарняної хірургічної допомоги (її організації, управлінню якістю та ефективністю, принципам застосування сучасних медичних технологій, розробці й обґрунтуванню моделі інформаційного забезпечення розробленої системи).

На заключному, шостому етапі дослідження за висновками 43 експертів (організаторів охорони здоров'я, докторів і кандидатів медичних наук) визначено ефективність удосконаленої системи позалікарняної хірургічної допомоги в умовах реформування галузі охорони здоров'я на принципах загальної практики – сімейної медицини.

Джерелами інформації для проведення дисертаційного дослідження були статистичні дані про медичну допомогу населенню України за 2005 – 2010 р.р., звіти про надання позалікарняної хірургічної допомоги населенню в досліджених регіонах і результати моніторингу діяльності закладів загальної практики – сімейної медицини Харківської і Сумської областей за цей період, 1804 первинних облікових документів (ф.ф.025/о і 030/о) хворих на хірургічні хвороби, 1630 анкет соціологічного дослідження серед хворих на хірургічні хвороби та 1270 анкет соціологічного дослідження серед диспансерних хірургічних хворих, матеріали 237 програм структурно - функціонального аналізу стану позалікарняної хірургічної допомоги в АР Крим, Житомирському, Кіровоградському, Луганському, Львівському, Полтавському, Сумському і Харківському регіонах, результати опитування за 237 програмами соціологічного дослідження серед регіональних керівників органів і закладів охорони здоров'я та за 237 програмами соціологічного дослідження серед головних обласних, міських і районних хірургів наведених вище регіонів.

У роботі використано сучасні методи експертної оцінки, кореляційного і дисперсійного аналізу. При обробці матеріалів дисертації застосовано методи математичної статистики – обчислення та оцінка середніх і відносних величин, довірчого коефіцієнту (t), показника відповідності (χ^2), коефіцієнта кореляції (r), коефіцієнту конкордації (W). Статистична обробка матеріалів дослідження проведена із застосуванням програм Excel 2010®, BioStat 2008 Professional 5.2.5.0 та STADIA 8.0. Таким чином розроблена програма, обсяги дослідження та обраний методичний інструментарій забезпечили вирішення поставлених завдань, одержання достовірних результатів, що стало основою для наукового обґрунтування оптимізованої системи позалікарняної хірургічної допомоги.

У третьому розділі «Сучасна система позалікарняної хірургічної допомоги населенню України та порівняльна інтегральна оцінка її ефективності» наведено результати вивчення організації позалікарняної хірургічної допомоги та її змін у регіонах України (АР Крим, Житомирському, Кіровоградському, Луганському, Львівському, Полтавському, Сумському та Харківському) за 2005–2010 р.р.. Визначено, що найбільша її питома вага надавалась у закладах охорони здоров'я II рівня ($82,8 \pm 1,3\%$), на I і III рівнях показник склав відповідно $12,5 \pm 1,5\%$ і $4,7 \pm 0,6\%$.

За результатами дослідження виявлено зростання рівня захворюваності на хірургічні хвороби (на $9,6\%$ – виявлених хірургами АПЗ і на $25,7\%$ – сімейними лікарями) і поширеності хірургічних хвороб (на $8,4\%$ і $24,1\%$ відповідно), що в умовах функціонування ЗПСМ можна вважати в значній мірі позитивним явищем, головним чином за рахунок покращення забезпеченості досліджених регіонів хірургами амбулаторно-поліклінічних закладів ($+3,0\%$) та сімейними лікарями ($+23,2\%$) і позитивного впливу факторів, що сприяли змінам рівня захворюваності й поширеності хірургічних хвороб – забезпечення достатнього обсягу та якості проведення профілактичних заходів ($\eta^2=27,4\%$) і належної уваги до диспансеризації ($\eta^2=19,7\%$), збільшення робочого часу сімейних лікарів на проведення профілактичних заходів ($\eta^2=14,4\%$), впровадження нових технологій формування у населення здорового способу життя ($\eta^2=12,3\%$) та збільшення обсягу роботи сімейного лікаря безпосередньо в сім'ї ($\eta^2=10,6\%$).

Виявлено зростання числа відвідувань з приводу хірургічних хвороб на 1 мешканця до хірургів АПЗ на 9,4% і до лікарів ЗПСМ на 5,9%. Водночас визначено зменшення показника відвідувань на 1 хірурга на 6,2% та істотне його зростання у сімейних лікарів – на 29,4%. Питома вага профілактичних відвідувань населення досліджених регіонів також зменшилась у хірургів на 1,5% і збільшилась на 14,1% у сімейних лікарів.

Доведено, що впровадження сімейної медицини супроводжувалось розвитком стаціонарозамінних форм надання медичної допомоги – збільшилась забезпеченість ліжками в денних стаціонарах АПЗ загалом у всіх досліджених регіонах з 13,9 до 30,5 ліжок на 10 тис. населення, в денних стаціонарах при закладах ЗПСМ забезпеченість ліжками зросла більш ніж в 2 рази. Кількість пролікованих хворих в денних стаціонарах АПЗ збільшилось у 2,8 рази, в денних стаціонарах закладів ЗПСМ – у 2,6 рази. Виявлене збільшення в 3,2 рази (з 297,3 до 953,5 на 10 тис. нас.) показника пролікованих хворих в стаціонарах вдома хірургами АПЗ і в 2,8 рази (з 339,6 до 647,3 на 10 тис. нас.) сімейними лікарями.

Визначено основні зміни в організації ПЛХД – збільшення обсягу медичної допомоги на первинній ланці, покращення доступності ПМСД, її послідовності та наступності зі спеціалізованою медичною допомогою II та III рівнів, зростання кількості первинних звернень до сімейних лікарів з приводу хірургічних хвороб, розвиток стаціонарозамінних технологій та раціональне їх використання, диспансеризація хворих на деякі хірургічні хвороби у сімейних лікарів. Виявлені зміни в маршрутах руху пацієнтів між рівнями надання медичної допомоги – збільшилось число звернень до хірургів та сімейних лікарів та кількість випадків планової госпіталізації з приводу хірургічних хвороб, більше хворих було направлено сімейними лікарями до хірургів АПЗ і, у разі потреби – на III рівень надання медичної допомоги, зросла кількість хворих, яким проведена планова госпіталізація з приводу хірургічних хвороб.

Медична ефективність ПЛХД визначена за основними позитивними змінами, які відбулись в організації її надання в умовах розвитку ЗПСМ та впливали на показники медичної ефективності на рівні закладу – покращенням організації та схем надання ПЛХД, поліпшенням доступності ПМСД, покращенням якості та збільшенням обсягу хірургічної допомоги лікарями ЗПСМ, її наступності зі спеціалізованою медичною допомогою II та III рівнів, застосуванням стаціонарозамінних форм надання медичної допомоги хворим на хірургічні хвороби (відділень (центрів) «хірургії одного дня», денних стаціонарів та стаціонарів вдома). Коефіцієнт медичної ефективності організації ПЛХД в нашому дослідженні склав 0,87, коефіцієнт соціальної ефективності діючої системи надання хірургічної допомоги населенню в АПЗ та лікарями ЗПСМ – 0,62. Коефіцієнт економічної ефективності, обчислений як співвідношення між нормативними і фактичними витратами на надання спеціалізованої позалікарняної медичної допомоги хворим хірургами поліклінік і лікарями ЗПСМ склав 0,69. Таким чином, інтегральний коефіцієнт ефективності надання ПЛХД в умовах впровадження і функціонування ЗПСМ склав 0,37, що відповідає його середньому рівню і потребує впровадження організаційних заходів щодо істотного підвищення його рівня.

У четвертому розділі «Результати соціологічного дослідження організації і якості позалікарняної хірургічної допомоги» наведено результати соціологічного вивчення якості й ефективності позалікарняної хірургічної допомоги та пропозиції щодо удосконалення її організації в умовах реформування галузі охорони здоров'я на засадах ЗПСМ.

За результатами опитування хворих визначено, що $89,0 \pm 2,0\%$ респондентів задоволені якістю хірургічної допомоги (рівнем її організації, своєчасністю діагностики і лікування, рівнем кваліфікації медичного персоналу, покращенням стану здоров'я чи одужанням, застосуванням сучасних медичних технологій, доступністю і своєчасністю необхідних консультацій спеціалістів, своєчасністю і суттєвою ефективністю відновлювального лікування). Серед недоліків обстеження і лікування визначені такі, що мали здебільш організаційний характер – неповне чи неякісне обстеження і лікування, нерегулярне спостереження лікарем за перебігом хвороби, несвоєчасно розпочате лікування та відсутність його системи.

Респондентами визначені позитивні (професіоналізм лікарів і середнього медичного персоналу, своєчасність, якість і повнота диспансерних заходів, активна участь медичного персоналу в профілактиці подальшого розвитку хвороби, покращення стану здоров'я або повне одужання, задоволеність правильною оцінкою лікарем стану здоров'я та рекомендаціями зі здорового способу життя) і негативні (неповне обстеження та нерегулярне спостереження лікарем, відсутність контролю за термінами виконання діагностичних і лікувальних заходів, відсутність необхідних консультацій інших профільних фахівців, несвоєчасність чи відсутність будь-якої системи в лікуванні та інші – недостатнє фінансування медичної галузі, недостатність часу для проходження повного обстеження, велика завантаженість лікарів, відсутність позитивних змін або погіршення стану здоров'я, неуважне ставлення лікарів і середнього медичного персоналу, відсутність інформації про перебіг хвороби і результати диспансеризації) ознаки якості диспансерної роботи хірургів.

Вивчення причин незадовільної медичної допомоги хворим на хірургічні хвороби проведено шляхом визначення сили впливу (η^2 у %) різних факторів на повноту обстеження хворих. Одержані результати виявили суттєву роль окремих факторів – особливостей перебігу хвороби, кваліфікації лікарів та їх ставлення до хворих, рівня організації лікувально-діагностичного процесу, визначенні повноти обстеження, забезпеченості лабораторними дослідженнями і медичною апаратурою, забезпеченості консультаціями відповідних спеціалістів, наявності інформації щодо надання медичної допомоги на первинному рівні. Також визначено найбільш потужний комплекс незалежних між собою факторів, які впливали на повноту обстеження в поліклініці ($\eta^2 = 78,4\%$) – забезпеченість лабораторними дослідженнями, рівень кваліфікації лікарів, особливість перебігу захворювання і рівень організації лікувально-діагностичного процесу. При цьому підтверджені закономірності впливу кожного фактору окремо, розкриті особливості їх ролі у складі комплексів і в умовах усередненої дії інших факторів, що ставить задачу диференційованого підходу до цих факторів при організації діагностичної роботи.

За висновками майже третини керівників органів і закладів охорони здоров'я ($26,9 \pm 5,4\%$) і головних хірургів ($37,3 \pm 5,9\%$) позитивні зміни стану надання ПЛХД

відбулись за рахунок покращення профілактичної спрямованості роботи хірургів, впровадження сучасних медичних технологій і стаціонарозамінних форм надання хірургічної допомоги, покращення її доступності та підвищення якості. Основними причинами, що перешкождали подальшому розвитку ПЛХД і, в цілому системи охорони здоров'я, визначено відсутність відпрацьованого механізму розвитку її системи щодо перерозподілу обсягів та взаємодії між закладами охорони здоров'я різних рівнів, відсутність сучасної нормативно-правової бази з питань організації ПЛХД та недостатність фінансування галузі.

На думку більш 55,3±3,2% респондентів – організаторів охорони здоров'я і 49,4±3,2% головних спеціалістів кількість хірургів амбулаторно-поліклінічної ланки достатня. Проте 15,2±2,3% організаторів охорони здоров'я і 16,4±2,4% хірургів зазначили недостатню забезпеченість населення спеціалістами за рахунок дефіциту штатних посад і фізичних осіб, бажання хірургів працювати в стаціонарі, низького рівня заробітної плати, відсутності пільг для медичних працівників, особливо в сільській місцевості, відсутності розвиненої соціальної інфраструктури і належних житлово-побутових умов, падінням престижу професії медичних працівників та їх соціальної захищеності.

Визначено позитивні ознаки ПЛХД (табл.1) – підвищення її якості, впровадження сучасних медичних технологій, організація стаціонарозамінних форм медичної допомоги, забезпеченість позалікарняних закладів охорони здоров'я лікарями хірургічного профілю, збільшення виявляємості хірургічних хвороб на профілактичних оглядах і на амбулаторному прийомі, зростання кількості амбулаторних операцій і маніпуляцій, покращення консультативної допомоги

Таблиця 1.

Позитивні ознаки ПЛХД (за визначенням респондентів, у % ±m).

№ з/п	Ознаки покращення ПЛХД	Респонденти	
		Організатори охорони здоров'я	Головні спеціалісти (хірурги)
1.	Підвищення якості ПЛХД	94,9±1,4	72,2±2,9
2.	Впровадження сучасних медичних технологій	64,6±3,1	57,8±3,2
3.	Організація стаціонарозамінних форм ПЛХД	62,0±3,2	36,3±3,1
4.	Забезпеченість ЗОЗ лікарями хірургами	14,8±2,3	13,5±2,2
5.	Збільшення виявляємості хвороб	14,3±2,3	13,1±2,2
6.	Зростання кількості операцій в АПЗ	13,1±2,2	11,8±2,1
7.	Покращення консультативної допомоги	12,7±2,2	11,0±2,0
8.	Покращення профілактичної роботи	11,4±2,1	12,7±2,2
9.	Покращення доступності ПЛХД на всіх її рівнях	11,0±2,0	9,7±1,9
10.	Покращення диспансеризації хворих	10,6±2,0	10,1±2,0
11.	Зростання обсягів обстежень	10,1±2,0	9,3±1,9
12.	Підвищення рівня управління ПЛХД	10,1±2,0	8,4±1,8
13.	Збільшення обсягу ПЛХД	6,8±1,6	6,3±1,6
14.	Покращення керованості ПЛХД	6,3±1,6	7,2±1,7
15.	Покращення виконавчої дисципліни хворих	5,9±1,5	5,9±1,5

лікарями іншими фахів, підвищення доступності хірургічної допомоги, позитивні зміни диспансеризації хірургічних хворих, підвищення рівня управління хірургічною допомогою та покращення її керованості, зростання обсягів лабораторних та інструментальних обстежень, збільшення обсягу хірургічної допомоги в загальному обсязі спеціалізованої позалікарняної медичної допомоги, покращення виконавчої дисципліни хворих.

На погіршення стану надання хірургічної допомоги на догоспітальному етапі вказали лише $4,2 \pm 1,3\%$ організаторів охорони здоров'я і $7,6 \pm 1,7\%$ головних районних, міських та обласних хірургів. Причинами таких змін фахівці визначили зменшення кількості хірургів амбулаторно-поліклінічної ланки, навантаження хірургів обліково-звітною документацією, зниження виявляємості хірургічних хвороб на профілактичних оглядах і амбулаторному прийомі, відсутність сучасних технологій ПЛХД, зниження її якості та ефективності, підвищення рівня захворюваності населення на хірургічні хвороби, які можливо діагностувати і лікувати на догоспітальному етапі, збільшення обсягу роботи лікаря за рахунок навантаження профілактичною роботою, кількості обстежень пацієнтів, погіршення диспансеризації хворих на хірургічні хвороби, недостатня наступність в наданні медичної допомоги між амбулаторно-поліклінічною і стаціонарною ланками, недостатня консультативна допомога профільними спеціалістами (судинний хірург, проктолог, онколог і т.і.) медичних закладів вищих рівнів, спеціалізованих хірургічних відділень, ВНЗ і НДІ та недостатній аналіз недоліків роботи з подальшим їх усуненням і розробкою оптимальної системи позалікарняної хірургічної допомоги (табл.2).

Таблиця 2.

Причини погіршення стану ПЛХД (за визначенням респондентів, у % \pm m).

№ з/п	Причини погіршення стану ПЛХД	Респонденти	
		Організатори охорони здоров'я	Головні спеціалісти (хірурги)
1.	Перевантаженість хірургів документацією	$4,2 \pm 1,3$	$7,6 \pm 1,7$
2.	Зменшення кількості хірургів в АПЗ	$2,5 \pm 1,0$	$4,2 \pm 1,3$
3.	Зниження виявляємості хірургічних хвороб	$2,5 \pm 1,0$	$2,9 \pm 1,1$
4.	Відсутність сучасних технологій ПЛХД	$2,1 \pm 0,9$	$2,11 \pm 0,9$
5.	Зниження якості і ефективності ПЛХД	$1,7 \pm 0,8$	$2,1 \pm 0,9$
6.	Підвищення хірургічної захворюваності	$1,7 \pm 0,8$	$2,1 \pm 0,9$
7.	Збільшення обсягу роботи лікаря	$1,3 \pm 0,7$	$2,1 \pm 0,9$
8.	Погіршення диспансеризації хворих	$1,3 \pm 0,7$	$1,7 \pm 0,8$
9.	Недостатня наступність в наданні ПЛХД	$0,9 \pm 0,6$	$2,1 \pm 0,9$
10.	Недостатня консультативна допомога	$0,9 \pm 0,6$	$0,9 \pm 0,6$
11.	Недостатній аналіз недоліків роботи	$0,4 \pm 0,4$	$0,4 \pm 0,4$

При вивченні сутності позитивних змін, що відбулись в профілактиці хірургічних хвороб в умовах розвитку ПМСД і визначені $53,6 \pm 3,0\%$ організаторів охорони здоров'я і $60,3 \pm 3,1\%$ головних хірургів, виявлено, що їх складовими були

підвищення рівня пропаганди і формування здорового способу життя, впровадження сучасної моделі профілактичної роботи закладів охорони здоров'я (перш за все - первинної ланки), збільшення кількості задоволених профілактичними заходами, збільшення обсягу і покращення якості гігієнічного виховання населення, зниження захворюваності на хірургічні хвороби внаслідок проведення певних профілактичних заходів та зростання кількості осіб, що додержуються здорового способу життя.

Основними причинами погіршення стану профілактичної роботи в АПЗ, на думку $19,4 \pm 2,5\%$ опитаних керівників охорони здоров'я і $26,6 \pm 2,3\%$ головних хірургів були відсутність відповідальності у населення за своє здоров'я, недостатня кількість хірургів для проведення профілактичних оглядів, перекладання обов'язків по профілактичній роботі на сімейних лікарів та збільшення кількості осіб, що незадоволені профілактичною роботою.

За висновками респондентів, основними факторами, що перешкоджали подальшому розвитку ПЛХД були недостатнє фінансування галузі охорони здоров'я ($35,4 \pm 3,1\%$ і $34,6 \pm 3,1\%$), відсутність системи матеріального заохочення медичних працівників ($26,2 \pm 2,8\%$ і $23,2 \pm 2,7\%$), відсутність відпрацьованого механізму розвитку системи ПЛХД ($13,9 \pm 2,2\%$ і $14,8 \pm 2,3\%$) недостатність нормативно-правової бази з питань організації ПЛХД ($13,5 \pm 2,2\%$ і $16,9 \pm 2,4\%$), невизначеність або недодержання маршрутів руху хворих на хірургічні хвороби ($4,6 \pm 1,4\%$ і $3,4 \pm 1,2\%$), мала активність керівників охорони здоров'я щодо розвитку та функціонування системи ПЛХД населенню в регіоні ($2,5 \pm 1,0\%$ і $5,5 \pm 1,5\%$) і деякі інші фактори (недовіра до лікарів, медична неграмотність населення та схильність до самолікування – $2,5 \pm 1,0\%$ і $5,5 \pm 1,5\%$).

Визначено заходи, необхідні для удосконалення ПЛХД населенню в умовах впровадження і функціонування сімейної медицини. Так, $30,8 \pm 3,0\%$ опитаних організаторів охорони здоров'я і $38,0 \pm 3,2\%$ головних хірургів зазначили забезпечення достатнього фінансування галузі охорони здоров'я, $22,8 \pm 2,7\%$ і $29,1 \pm 2,9\%$ – розробку системи ПЛХД на всіх її рівнях в умовах функціонування ЗПСМ, $20,3 \pm 2,6\%$ і $27,0 \pm 2,9\%$ – нормативів навантаження роботи хірургів в сучасних умовах їх діяльності, $18,6 \pm 2,5\%$ і $24,1 \pm 2,8\%$ – визначення обсягів ПЛХД на всіх рівнях її надання, $14,3 \pm 2,3\%$ і $16,5 \pm 2,4\%$ – відпрацювання системи інформаційного забезпечення управління охороною здоров'я та ПЛХД, $13,1 \pm 2,2\%$ і $18,6 \pm 2,5\%$ – впровадження сучасної моделі профілактичної роботи амбулаторно-поліклінічної хірургічної служби закладів охорони здоров'я різних рівнів, $12,7 \pm 2,2\%$ і $16,5 \pm 2,4\%$ – підвищення ролі органів місцевого самоврядування в управлінні системою охорони здоров'я і діяльності ЗОЗ, $11,0 \pm 2,0\%$ і $12,7 \pm 2\%$, – розробку і впровадження програм автоматизованого управління охороною здоров'я, $10,6 \pm 2,0\%$ і $2,1 \pm 0,9\%$ – розробку алгоритму надання безоплатної та платної ПЛХД, $8,0 \pm 1,8\%$ і $11,8 \pm 2,1\%$ – перегляд нормативів потреби в лікарях хірургічного профілю амбулаторно-поліклінічної ланки на всіх рівнях надання медичної допомоги, $6,8 \pm 1,6\%$ і $8,4 \pm 1,8\%$ – покращення ставлення керівників охорони здоров'я та підвищення їх відповідальності за організацію сучасної ефективної системи ПЛХД.

Статистичні дані, одержані за розробленою нами програмою структурно-функціонального аналізу, експертна оцінка повноти використання рекомендованих стандартів діагностики і лікування хворих хірургами АПЗ і лікарями ЗПСМ,

дозволили вивчити основні показники якості ПЛХД у досліджених регіонах і виділити наступні групи факторів, що впливають на якість ПЛХД – соціально-гігієнічні (медична активність населення і додержання здорового способу життя, профілактика захворювань і пропаганда здорового способу життя), організаційні (підвищення кваліфікації хірургів і лікарів ЗПСМ за фахом «Хірургія», впровадження і функціонування сімейної медицини, забезпеченість поліклінічними хірургами, оснащеність кабінетами, медичним устаткуванням і апаратурою, розвиток нормативно-правової бази ПЛХД, збільшення зарплати медичних працівників і матеріальне стимулювання праці, рівень організаційно-методичної роботи) і клініко-організаційні (розвиток стаціонарозамінних форм ПЛХД – центрів амбулаторної хірургії, центрів хірургії «одного дня», денних стаціонарів, стаціонарів вдома і додержання стандартів діагностики і лікування хворих хірургами АПЗ і лікарями ЗПСМ).

Найбільш сильний вплив на якість ПЛХД на думку організаторів охорони здоров'я чинить додержання рекомендованих лікувально-діагностичних стандартів (сила впливу η^2 в комплексі інших чинників рівна 86,2%). Показник сили впливу (η^2) якості діагностики хвороб хірургічного профілю і лікування хворих лікарями на I рівні надання медичної допомоги склав 72,9%; медичної активності населення і додержання здорового способу життя – 70,0%; профілактичної спрямованості роботи хірургів і лікарів ЗПСМ – 67,6%; своєчасного підвищення кваліфікації амбулаторно-поліклінічних хірургів і лікарів ЗПСМ за фахом «Хірургія» – 54,2%; забезпеченості необхідними приміщеннями і їх оснащеності відповідним устаткуванням, апаратурою та інструментарієм для адекватної допомоги хірургічним хворим – 47,3%; матеріального стимулювання праці медичних працівників і підвищення заробітної плати – 43,6%; забезпеченості населення хірургами в АПЗ – 40,7%; застосування стаціонарозамінних форм надання хірургічної допомоги – 28,1%; зміцнення і подальшого розвитку нормативної і науково-методичної бази діяльності АПЗ, невідповідності внутрішньої структури і змісту роботи поліклінік сучасним підходам і вимогам – 23,0%; рівня організаційно-методичної роботи – 14,6%.

При ранжируванні вивчених чинників з урахуванням результатів соціологічних досліджень серед хірургів були виявлені відмінності їх позицій. Найбільший вплив становить додержання лікувально-діагностичних стандартів ($\eta^2 = 89,5\%$). Показник сили впливу медичної активності населення і додержання здорового способу життя склав 70,5%, профілактичної спрямованості роботи хірургів і лікарів ЗПСМ – 68,7%, якості діагностики хірургічних хвороб і лікування хворих на I рівні надання медичної допомоги – 63,2%; забезпеченості необхідними приміщеннями і їх оснащеності відповідним устаткуванням, апаратурою та інструментарієм – 48,0%; застосування стаціонарозамінних форм ПЛХД – 47,8%; матеріального стимулювання праці медичних працівників і підвищення заробітної плати – 45,3%; своєчасного підвищення кваліфікації амбулаторно-поліклінічних хірургів і сімейних лікарів за фахом «Хірургія» – 45,1%; забезпеченості хірургами в АПЗ – 43,5%, зміцнення і подальшого розвитку нормативної і науково-методичної бази хірургічної служби – 21,0%; рівня організаційно-методичної роботи – 16,6%.

Проведеним дослідженням виявлена найбільша потужність незалежних між собою чинників, що впливають на якість хірургічної допомоги ($\eta^2=88,4\%$) – підвищення кваліфікації хірургів і сімейних лікарів, дотримання рекомендованих лікувально-діагностичних стандартів і впровадження стаціонарозамінних технологій, достатня матеріально-технічна база АПЗ і закладів ПМСД та якість діагностики і лікування на первинному рівні.

У п'ятому розділі «Комплексна оцінка якості сучасних позалікарняних хірургічних технологій в закладах охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги» визначено, що протягом 2005 – 2010 р.р. у досліджених регіонах на 16,5% збільшилось число операцій, проведених хірургами АПЗ і відбулись значні позитивні зміни в хірургічній діяльності сімейних лікарів (показник числа проведених амбулаторних оперативних втручань зріс майже в 4 рази). Найбільш чисельними серед оперативних втручань, проведених хірургами АПЗ і сімейними лікарями також були операції на шкірі і підшкірній клітковині.

Визначено, що одним із ефективних напрямів і суттєвим критерієм якості реформування охорони здоров'я в Україні на сучасному етапі є впровадження і розвиток стаціонарозамінних форм надання медичної допомоги – денних стаціонарів і стаціонарів вдома. Разом з тим на шляху їх впровадження залишається ряд невирішених проблем і невідкладних завдань – перехід на ці форми надання медичної допомоги здійснюється дуже повільно, відсутні відповідні нормативи потреби в містах і сільській місцевості, обмежений перелік показань лікування в денних стаціонарах і в стаціонарах вдома, недостатньо використовуються ці форми для здійснення реабілітаційних і оздоровчих заходів, недосконала законодавча база з питань організації стаціонарозамінних технологій медичного обслуговування хворих на хірургічні хвороби. За даними нашого дослідження на 17,0% збільшилась забезпеченість ліжками хірургічного профілю в денних стаціонарах при АПЗ, кількість пролікованих в них хворих хірургами – на 30,6%. Також на 78,2% збільшилось число пролікованих в стаціонарах вдома.

Проведена комплексна оцінка якості позалікарняної хірургічної допомоги за визначеними (як найбільш масовими) групами хірургічних хвороб виявила позитивні зміни її показника за 2003 – 2010 р.р. (певний досвід роботи мережі закладів ЗПСМ) у порівнянні з результатами за 1997 – 2002 р.р. (період впровадження ПМСД в практику охорони здоров'я) (табл.3).

Таблиця 3.

Динаміка КПЯ ПЛХД за групами хірургічних хвороб за 1997-2002 і 2003-2010 р.р..

№ з/п	Назва групи хірургічних хвороб	КПЯ		Динаміка (у %)
		1997 – 2002	2003 – 2010	
1.	Доброякісні пухлини м'яких тканин	0,71	0,75	+ 5,6 %
2.	Захворювання молочної залози	0,64	0,65	+ 1,6 %
3.	Гострі хірургічні захворювання ОЧП	0,62	0,64	+ 3,2 %
4.	Захворювання судин кінцівок	0,59	0,63	+ 6,8 %
5.	Гнійно-запальні хвороби м'яких тканин	0,56	0,60	+ 7,1 %
6.	Хірургічні гастроентерологічні хвороби	0,55	0,60	+ 9,1 %
7.	Захворювання прямої кишки	0,52	0,53	+ 1,9 %

Статистичні дані за програмою структурно-функціонального аналізу та результати експертної оцінки повноти використання рекомендованих стандартів діагностики і лікування хворих хірургами АПЗ і лікарями ЗПСМ дозволили вивчити основні показники якості ПЛХД населенню в досліджених регіонах і виділити наступні групи факторів, що ймовірно впливають на якість медичної допомоги: соціально-гігієнічні (медична активність населення і додержання здорового способу життя, профілактика хвороб і пропаганда здорового способу життя), організаційні (підвищення кваліфікації хірургів АПЗ і сімейних лікарів за фахом «Хірургія», розвиток мережі закладів ЗПСМ, забезпеченість населення хірургами, достатня оснащеність кабінетами, медичним устаткуванням і апаратурою, розвиток нормативно-правової бази ПЛХД, збільшення заробітної плати медичних працівників, матеріальне стимулювання праці, рівень організаційно-методичної роботи) і клініко-організаційні (розвиток стаціонарозамінних форм ПЛХД – центрів амбулаторної хірургії, центрів (відділень) хірургії «одного дня», денних стаціонарів і стаціонарів вдома, додержання стандартів діагностики і лікування хворих на хірургічні хвороби в АПЗ і у лікарів ЗПСМ).

За результатами дослідження серед організаторів охорони здоров'я щодо впливу визначених факторів на якість ПЛХД визначено, що найбільший вплив має додержання рекомендованих лікувально-діагностичних стандартів ($\eta^2 = 86,2\%$). Сила впливу якості діагностики і лікування лікарями ЗПСМ склала 72,9%, медичної активності населення і додержання здорового способу життя – 70,0%, профілактичної спрямованості роботи хірургів і лікарів ЗПСМ – 67,6%, своєчасного підвищення кваліфікації хірургів і сімейних лікарів за фахом «Хірургія» – 54,2%, забезпеченості необхідними приміщеннями і відповідної їх оснащеності – 47,3%, матеріального стимулювання праці медичних працівників і підвищення їх заробітної плати – 43,6%, забезпеченості населення хірургами в АПЗ – 40,7%, застосування стаціонарозамінних форм надання ПЛХД – 28,1%, розвитку нормативної і науково-методичної бази ПЛХД – 23,0%, рівня організаційно-методичної роботи – 14,6%.

При ранжируванні вивчених факторів з урахуванням результатів дослідження серед хірургів виявлені відмінності їх позицій (рис.3).

Найбільший вплив як фактор має додержання лікувально-діагностичних стандартів ($\eta^2=89,5\%$). Сила впливу медичної активності населення і додержання здорового способу життя склала 70,5%, профілактичної спрямованості роботи хірургів і лікарів ЗПСМ - 8,7%, якості діагностики хвороб хірургічного профілю і лікування хворих лікарями ЗПСМ на первинному рівні надання медичної допомоги - 63,2%, забезпеченості необхідними приміщеннями та їх оснащеності - 48,0%, застосування стаціонарозамінних форм ПЛХД - 47,8%, матеріального стимулювання праці медичних працівників і підвищення їх заробітної плати - 45,3%, своєчасного підвищення кваліфікації амбулаторно-поліклінічних хірургів і лікарів загальної практики за фахом "Хірургія" - 45,1%, забезпеченості населення хірургами в АПЗ - 43,5%, зміцнення і подальшого розвитку нормативної і науково-методичної бази ПЛХД - 21,0% і рівня організаційно-методичної роботи - 16,6%.

Проведеним дослідженням виявлена найбільша потужність незалежних між собою чинників, що впливають на якість хірургічної допомоги ($\eta^2=88,4\%$) - підвищення кваліфікації хірургів і сімейних лікарів, дотримання рекомендованих

лікувально-діагностичних стандартів і впровадження стаціонарозамінних технологій, достатня матеріально-технічна база АПЗ і закладів ПМСД та якість діагностики і лікування на первинному рівні.

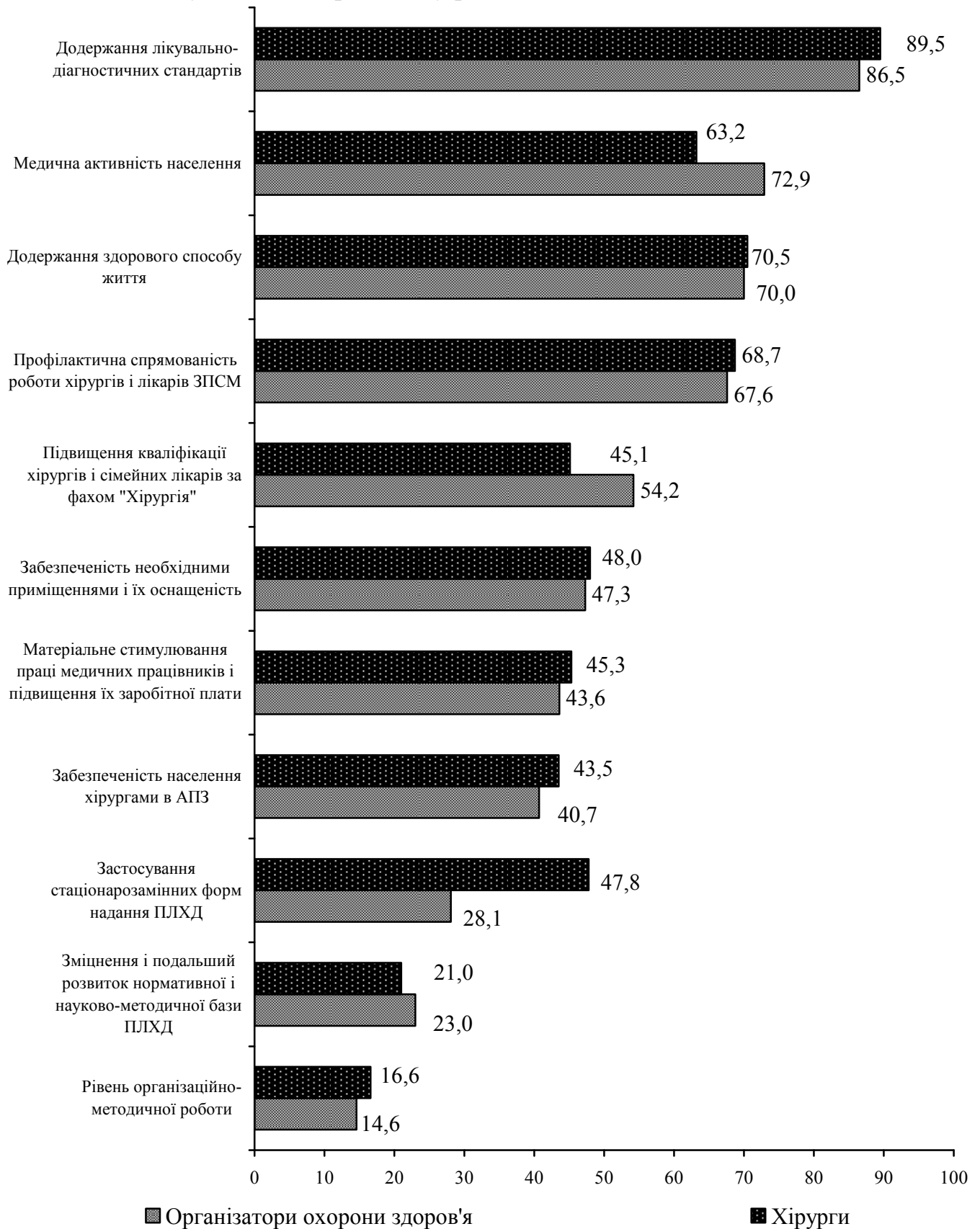


Рис. 3. Порівняльна характеристика сили впливу різних факторів (η^2 у %) на якість позалікарняної хірургічної допомоги.

При порівнянні одержаних результатів дослідження в групах організаторів охорони здоров'я і хірургів, незважаючи на певні відмінності в рангових позиціях вивчених чинників, немає істотних відмінностей між показниками сили впливу кожного з них на якість ПЛХД ($\chi^2 = 7,117$; $n' = 10$; $P = 0,130$).

У шостому розділі «Організація диспансеризації хворих на хірургічні хвороби та комплексна оцінка її якості» наведено результати вивчення стану та змін організації диспансерної роботи хірургів АПЗ і лікарів ЗПСМ м. Харкова, сільських районів Харківської області і окремих регіонів України за 2005 – 2010 р.р. і виявлено, що кількість хворих хірургічного профілю, що знаходились на диспансерному обліку в хірургів АПЗ у 2010 р. збільшилась у порівнянні з 2005 р. у м. Харкові – на 49,0% (з 5014,9 до 7470,4 на 100 тис. нас.), у Харківській області – на 13,2% (з 14003,9 до 15850,2) і в досліджених регіонах – на 5,5% (з 8868,7 до 9358,6). Також збільшились показники кількості диспансерних хворих у лікарів ЗПСМ – у м. Харкові – на 7,4% (з 1307,5 до 1404,6), у Харківській області – на 11,0% (з 9891,2 до 10979,0) і в досліджених регіонах – на 16,2% (з 3373,9 до 3922,3). Впровадження і функціонування сімейної медицини сприяло забезпеченню достатнього обсягу та якості проведення цілеспрямованих профілактичних заходів, подальшому розвитку диспансеризації, збільшенню робочого часу сімейних лікарів на проведення профілактичних заходів, впровадженню нових технологій формування у населення здорового способу життя та збільшенню обсягу роботи сімейного лікаря безпосередньо в сім'ї.

Виявлені позитивні зміни показників питомої ваги хірургічних хворих, які були взяті на диспансерний облік від загальної кількості хворих, у яких зареєстровано такі захворювання хірургами АПЗ і лікарями ЗПСМ – питома вага диспансеризованих хірургами АПЗ м. Харкова збільшилась на 34,9% (з $32,8 \pm 1,4$ до $43,7 \pm 1,8\%$), Харківської області – на 11,5% (з $46,1 \pm 1,5$ до $47,4 \pm 1,5\%$) і досліджених регіонів – на 8,0% (з $37,6 \pm 1,2$ до $40,6 \pm 1,3\%$). Також збільшення аналогічних показників виявлене і лікарями ЗПСМ – у м. Харкові – на 11,1% (з $39,6 \pm 1,5$ до $44,0 \pm 1,6$), у Харківській області – на 7,6% (з $46,2 \pm 1,6$ до $49,7 \pm 1,6$) і в досліджених регіонах – на 16,1% (з $36,1 \pm 1,4$ до $41,9 \pm 1,0\%$).

Проведеним порівняльним аналізом організації і якості диспансеризації хворих за двома періодами дослідження виявлено збільшення показника кількості диспансерних хірургічних хворих (на 100 тис. нас.) на 53,4% ($\chi^2 = 29,1$). Результати розрахунків за алгоритмом комплексної оцінки якості диспансеризації хірургічних хворих свідчать, перш за все, про збільшення КПЯ диспансеризації хворих хірургічного профілю в 2003 – 2010 р.р. в порівнянні з 1997 – 2002 р.р. при всіх досліджуваних захворюваннях – спайковій хворобі – на 9,5%; синдромі та хворобі Рейно – на 8,7%; варикозній хворобі вен кінцівок – на 7,0%; після хірургічних операцій з приводу виразкової хвороби шлунку і дванадцятипалої кишки – на 6,2%; при захворюваннях молочної залози – на 3,8%; остеомієліті – на 2,9% (табл.4).

Таблиця 4.

Динаміка КПЯ диспансеризації хворих за 1997–2002 і 2003–2010 р.р..

№ з/п	Назва групи хірургічних хвороб	КПЯ		Динаміка (у %)
		1997-2002	2003-2010	
1.	Захворювання молочної залози	0,78	0,81	+ 3,8 %
2.	Варикозна хвороба вен кінцівок	0,71	0,76	+ 7,0 %
3.	Синдром та хвороба Рейно	0,69	0,75	+ 8,7 %
4.	Остеомієліт	0,69	0,71	+ 2,9 %
5.	Спайкова хвороба очеревини	0,63	0,69	+9,5 %
6.	Перфоративна виразка шлунку (оперовані)	0,64	0,68	+ 6,2 %

Найбільший рівень КПЯ виявлено при диспансеризації хворих на хвороби молочної залози (показник збільшився з 0,78 до 0,81), що обумовлено своєчасним диспансерним обліком хворих та кращою організацією цієї роботи, більш повним охопленням хворих консультаціями спеціалістів, плануванням і виконанням диспансерних заходів. Всі ці показники, як складові КПЯ, зросли в 2003-2010 р.р. - покращилась задоволеність пацієнтів, збільшився показник досягнутих результатів. Менший рівень КПЯ в 1997-2002 р.р. виявлено в групі диспансерних хворих на варикозну хворобу вен кінцівок. В 2003-2010 р.р. він збільшився до високого рівня (0,76) за рахунок покращення організації диспансеризації та більш своєчасного обліку, своєчасності і правильності запланованих диспансерних заходів, повноти їх виконання, в результаті чого збільшилась кількість задоволених пацієнтів та підвищився рівень досягнутих результатів. Третє та четверте місця за комплексним показником якості диспансеризації розділили групи хворих на хворобу і синдром Рейно та остеомієліт (КПЯ = 0,69). При цьому в першій групі показник збільшився в 2003-2010 р.р. до межі високого рівня (0,75), а у хворих на остеомієліт лише на 2,9% (0,71). Зростання КПЯ диспансеризації хворих на хворобу і синдром Рейно обумовлено покращенням організації та своєчасності диспансерного обліку, більш повним і правильним плануванням диспансерних заходів та кращим їх виконанням. Показник задоволеності хворих цієї групи та коефіцієнт досягнутих результатів зросли. Збільшення КПЯ в групі диспансеризованих хворих на остеомієліт пов'язане з покращенням проведення організаційних, консультативних і лікувальних заходів. Водночас зменшилась доля задоволених диспансеризацією і погіршився показник досягнутих результатів. Проте покращився КПЯ диспансеризації хворих, що були оперовані з приводу виразкової хвороби шлунку і дванадцятипалої кишки (з 0,64 до 0,68, що відповідає середньому рівню показника). Зростання КПЯ обумовлено більш своєчасним диспансерним обліком хворих, кращим плануванням та проведенням диспансерних заходів, що підвищило рівень задоволеності пацієнтів диспансерним обслуговуванням та покращило досягнення результатів. Найгірший КПЯ диспансеризації хворих виявлено у хворих на спайкову хворобу (зріс з 0,63 до 0,69 і відповідав середньому рівню), в більшій мірі ніж КПЯ диспансеризації хворих на інші хірургічні хвороби, чому сприяло покращення своєчасності диспансерного обліку, збільшення повноти та правильності планування диспансерних заходів, покращення консультативної допомоги, своєчасності проведення диспансерних

заходів та повноти їх виконання, в результаті чого зросла задоволеність пацієнтів диспансеризацією і збільшився показник досягнення результатів.

У сьомому розділі «Обґрунтування, розробка і впровадження системи організації позалікарняної хірургічної допомоги населенню в умовах реформування галузі охорони здоров'я України» представлена система організації позалікарняної хірургічної допомоги населенню регіону (адміністративної області) (рис.4), основою якої визначено забезпечення населення якісною та ефективною спеціалізованою медичною допомогою з використанням сучасних стандартів і технологій, удосконалення управління якістю та ефективністю на різних рівнях її надання.

Структура організації ПЛХД передбачала зв'язок і наступність між її рівнями – I (ПМСД), II (спеціалізованою амбулаторно-поліклінічною допомогою районного та міського рівнів) і III (в обласних медичних закладах), що вимагало визначення організаційних принципів, систематизації та удосконалення профілактичних, діагностичних, лікувальних стандартів і технологій, і технологій диспансеризації хворих на хірургічні хвороби. Це потребувало удосконалення і систематизації форм ПЛХД (стаціонарозамінних технологій) – центрів амбулаторної хірургії (загального профілю або спеціалізованих), відділень (центрів) хірургії «одного дня», денних стаціонарів і стаціонарів вдома.

Кадрове забезпечення амбулаторно-поліклінічних закладів II – III рівнів надання медичної допомоги потребувало удосконалення кваліфікованими хірургами (загально хірургічного профілю та з підвищенням рівня їх знань на циклах тематичного удосконалення з питань ортопедії і травматології, онкології, урології, проктології). Виходячи з того, що лікар загальної практики зобов'язаний знати хірургічні хвороби в обсязі професійно орієнтованих завдань, до яких належить весь спектр дій по встановленню характеру хірургічної хвороби з визначенням пріоритетів на вибір місця та обсягу медичної допомоги в стаціонарних або амбулаторних умовах, а також принципи реабілітаційного лікування після хірургічних операцій), кадрове забезпечення закладів ЗПСМ потребувало удосконалення сімейними лікарями, які навчались у тренінгових і навчально-практичних центрах, на циклах тематичного удосконалення щодо надання медичної допомоги хворим на хірургічні хвороби та середнім медичним персоналом у відповідності до нових організаційних та клінічних технологій, які ґрунтуються на принципах доказової медицини, забезпечення медичних закладів відповідним обладнанням і апаратурою (з обсягом фінансового забезпечення для придбання лікарських засобів та засобів медичного призначення на рівні галузевих стандартів медичної допомоги при патології хірургічного профілю), комп'ютеризацію закладів охорони здоров'я (з доступом до мережі Інтернет для впровадження новітніх інформаційних технологій та процесу інформатизації управління медичною допомогою, створення і використання електронних амбулаторних карт пацієнтів, формування певних реєстрів пацієнтів згідно директивної документації з цих питань тощо).

Застосування сучасних клінічних та організаційних технологій на всіх рівнях інформаційних технологій та процесу інформатизації управління медичною допомогою, створення і використання електронних амбулаторних карт пацієнтів, формування певних реєстрів пацієнтів згідно директивної документації з цих питань тощо.

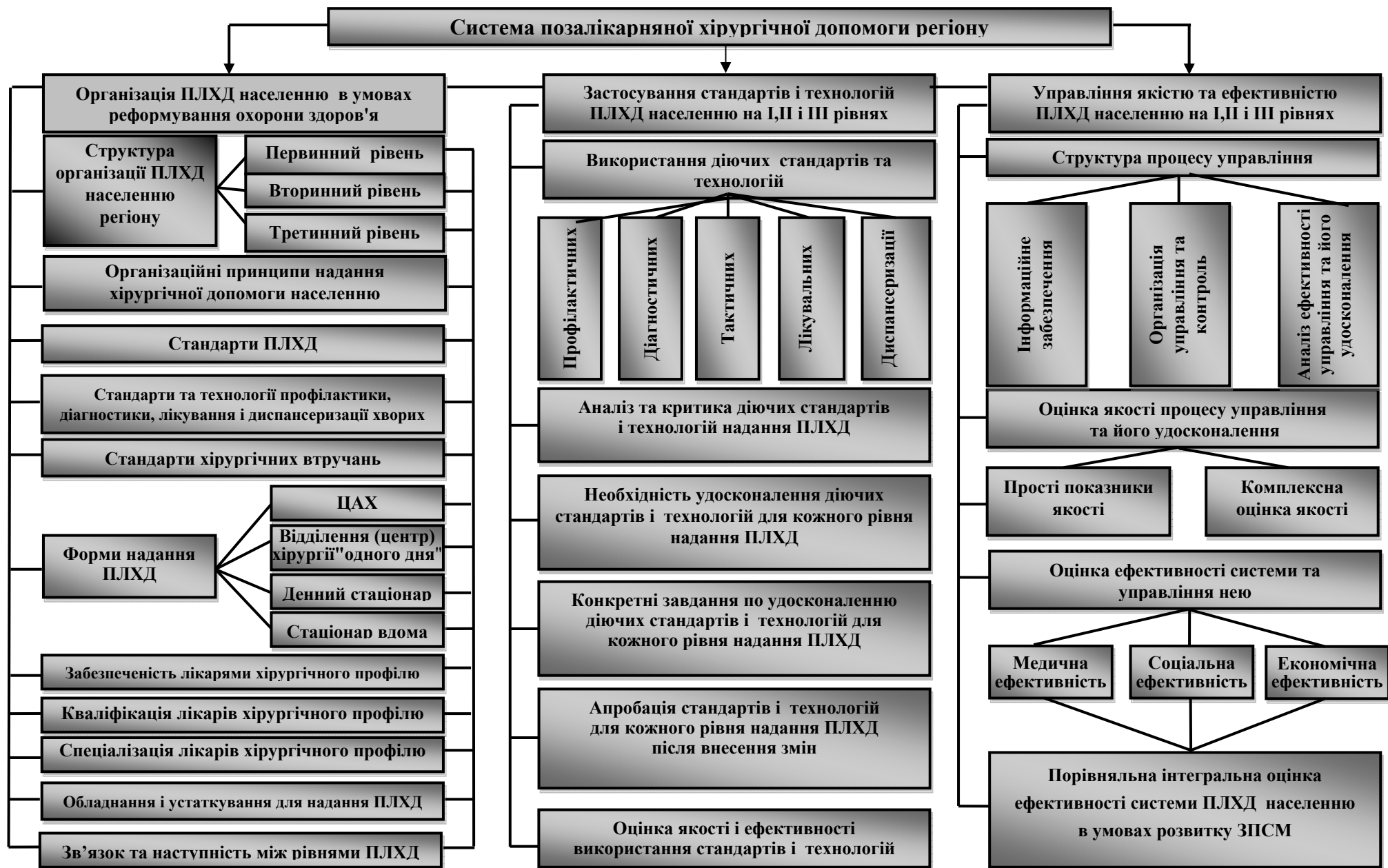


Рис. 4. Система організації позалікарняної хірургічної допомоги населенню регіону (адміністративної області) в умовах реформування галузі охорони здоров'я на принципах ЗПСМ.

Застосування сучасних клінічних та організаційних технологій на всіх рівнях надання медичної допомоги населенню, які ґрунтуються на доказовій базі, є надзвичайно важливим напрямом сучасного розвитку охорони здоров'я в Україні і значно впливає на якість і ефективність профілактичної, діагностичної, лікувальної роботи та диспансеризації хворих. Щодо подальшого його розвитку розроблена система передбачає поглиблений аналіз і критику діючих стандартів і технологій ПЛХД, з визначенням необхідності їх удосконалення та розробкою конкретних завдань для кожного рівня надання медичної допомоги, апробацію медичних стандартів та технологій після внесення відповідних змін і експертну оцінку якості та ефективності використання цих стандартів і технологій.

Система ПЛХД населенню регіону (адміністративної області) містить модель управління її якістю та ефективністю на всіх рівнях надання медичної допомоги. Перш за все – це структура процесу управління, яка вимагає відповідного рівня сучасного інформаційного забезпечення (головним чином за рахунок накопичення, аналізу та використання різних видів і джерел інформації з питань організації, якості та ефективності), організації управління та контролю виконання управлінських рішень і аналіз ефективності управління з подальшим його удосконаленням. В основу моделі системи забезпечення якості надання ПЛХД населенню в умовах розвитку ЗПСМ (рис.5) покладено циклічний процес, який складається з етапів визначення проблеми, планування її вирішення, організації системи для виконання рішень і контролю. Діяльність щодо її покращення проводиться через управління ресурсами, процесом та результатом. Особливістю структурної побудови запропонованої системи забезпечення якості надання ПЛХД населенню в умовах розвитку ЗПСМ було включення до неї існуючих елементів системи охорони здоров'я (технології надання медичної допомоги в умовах сімейної медицини), існуючих, але функціонально змінених елементів (моделі ПЛХД, обсягів роботи сімейного лікаря), якісно нових елементів (навчально-практичний центр сімейної медицини, науково-методичного супроводу розвитку сімейної медицини, алгоритму дій лікаря загальної практики - сімейного лікаря з надання ПЛХД), інтеграція яких з раніше існуючими та функціонально удосконаленими елементами надала підсистемі нових якостей.

Планування визначення проблеми, побудова моделей, визначення ресурсів та технологій для вирішення визначеної проблеми базується на вивченні основних факторів що впливають на якість ПЛХД населенню в умовах функціонування ЗПСМ – якості структури, процесу, результату, управління та контролю поточних процесів і результатів управління якістю медичної допомоги.

Якість структури визначена рівнем організації роботи медичного персоналу АПЗ і закладів ЗПСМ, їх укомплектованістю лікарями і молодшим медичним персоналом, рівнем кваліфікації хірургів і сімейних лікарів, достатністю фінансового забезпечення, відповідним оснащенням обладнанням і устаткуванням та забезпеченістю медикаментами.

Якість процесу визначається обсягом та технологіями надання медичної допомоги хворим хірургами АПЗ і сімейними лікарями, правильністю вибору медичних технологій і дотримання їх якості, забезпеченістю консультативної допомоги сімейним лікарям з питань надання хірургічної допомоги населенню на вторинному та третинному рівнях.

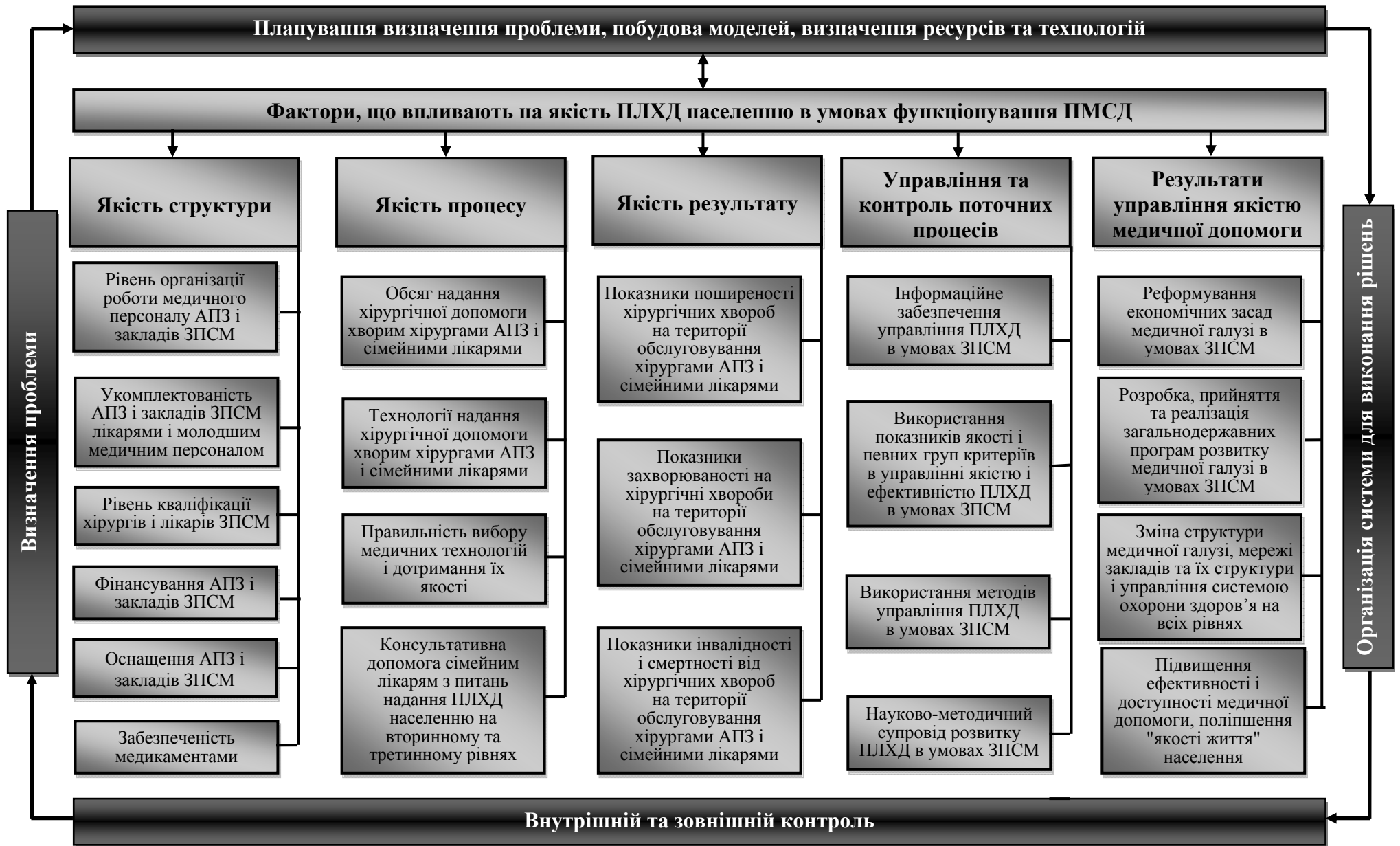


Рис. 5. Функціонально-структурна модель забезпечення якості надання позалікарняної хірургічної допомоги населенню в умовах розвитку ЗПСМ.

Якість результату відображають показники поширеності хірургічних хвороб і захворюваності на території обслуговування хірургами АПЗ і сімейними лікарями, рівень інвалідності та смертності від них.

Управління і контроль поточних процесів безпосередньо залежить від інформаційного забезпечення управління ПЛХД, використання показників якості та певних груп критеріїв в управлінні її якістю і ефективністю, використання методів управління ПЛХД і науково-методичного супроводу її розвитку. Результатами адекватного управління якістю медичної допомоги є реформування економічних засад медичної галузі в умовах ЗПСМ, розробка, прийняття та реалізація державних програм подальшого розвитку медичної галузі, зміна її структури, мережі закладів та їх структури і управління системою охорони здоров'я на всіх рівнях та підвищення ефективності та доступності медичної допомоги, покращення «якості життя» населення.

Оптимізація системи організації ПЛХД в умовах розвитку сімейної медицини потребує розробки системи її інформаційно-методичного забезпечення, головним суб'єктом якої є органи державної влади України, що формують і визначають систему інформатизації охорони здоров'я, в тому числі й ПМСД, яка забезпечує підвищення інформованості серед організаторів охорони здоров'я, лікарів і населення та може ефективно функціонувати як структурний елемент загальної системи інформатизації охорони здоров'я, вивчення та формування якої розпочато в країні.

Проведені експертні оцінки у $60,5 \pm 3,5\%$ випадків визначили абсолютну доцільність впровадження розробленої системи організації ПЛХД. За оцінкою експертів її особливостями є структурне розмежування спеціалізованої медичної допомоги населенню за рівнями її надання (в середньому $9,14 \pm 1,56$ бали за десятибальною шкалою), покращення стану СМД в умовах реформування галузі охорони здоров'я на засадах ЗПСМ ($8,46 \pm 1,42$), доцільність подальшого розвитку стаціонарозамінних технологій ($8,18 \pm 1,32$), розширення обсягів надання медичної допомоги хірургічним хворим в закладах ЗПСМ ($7,78 \pm 1,22$), важливість розвитку технологій профілактики хірургічних хвороб ($7,68 \pm 1,20$) і значущість вивчення різних факторів на якість ПЛХД ($7,28 \pm 1,14$), що дозволяє покращити показники рівня захворюваності на хвороби хірургічного профілю та їх поширеності (90,7% експертних висновків), збільшити повноту охоплення населення профілактичними оглядами (83,7%), знизити рівень госпіталізації хворих на хірургічні хвороби (72,1%), знизити індивідуальний ризик виникнення захворювання (65,1%) та рівень інвалідізації внаслідок хірургічних хвороб (60,5 %).

ВИСНОВКИ

У роботі реалізовано виконання важливої наукової проблеми обґрунтування якісно нової системи організації позалікарняної хірургічної допомоги населенню в умовах реформування галузі охорони здоров'я. На підставі широкомасштабного медико-соціального аналізу доведено недосконалість існуючої позалікарняної хірургічної допомоги в Україні та розроблено, з урахуванням розвитку технологій профілактики хірургічних хвороб, впровадження стаціонарозамінних лікувальних

технологій та розширення обсягів надання медичної допомоги хворим на хірургічні хвороби в закладах загальної практики – сімейної медицини, систему організації позалікарняної хірургічної допомоги населенню, впровадження якої має важливе наукове і практичне значення і підтверджується результатами медичної, соціальної та економічної ефективності.

1. Встановлено, на основі аналізу та оцінки опрацьованої тематичної добірки інформаційного масиву доступних літературних та нормативно-правових джерел, відсутність наукових досліджень стосовно сучасних проблем ПЛХД, що підтверджує актуальність структурно-функціонального аналізу, соціологічних досліджень, комплексної оцінки якості сучасних медичних технологій в позалікарняній хірургічній практиці та інтегральної оцінки її ефективності і, як результат – обґрунтування системи організації ПЛХД в умовах реформування галузі охорони здоров'я.

2. Доведено, що в умовах зростання забезпеченості населення лікарями загальної практики - сімейними лікарями (на 23,1%), збільшення показників відвідувань з приводу хірургічних хвороб на одного мешканця (на 5,9%) та на одного сімейного лікаря (на 29,4%), зростання рівня захворюваності на хірургічні хвороби на території діяльності закладів загальної практики-сімейної медицини (на 25,7%), та поширеності хірургічних хвороб (на 24,1%), найбільша питома вага ПЛХД населенню в досліджених регіонах ($82,8 \pm 1,3\%$ від її загального обсягу) надавалась в закладах охорони здоров'я вторинного рівня.

3. Обґрунтовано, що найбільш впливовими факторами, котрі сприяли змінам рівня захворюваності населення на хірургічні хвороби в досліджених регіонах та поширеності хірургічних хвороб є підвищення якості профілактичних заходів ($\eta^2=27,4\%$) і диспансеризації хворих ($\eta^2=19,7\%$), збільшення обсягу роботи лікарів загальної практики - сімейних лікарів стосовно проведення профілактичних заходів ($\eta^2=14,4\%$), формування серед населення основ здорового способу життя ($\eta^2=12,3\%$) та збільшення обсягу роботи лікарів загальної практики - сімейних лікарів безпосередньо в сім'ях ($\eta^2=10,6\%$).

4. Аргументована сила впливу соціально-гігієнічних, організаційних і клініко-організаційних факторів (залежних і не залежних від діяльності закладів охорони здоров'я) на повноту обстеження ($\eta^2=78,4\%$) і якість лікування ($\eta^2=88,4\%$) хворих на хірургічні хвороби в позалікарняних умовах.

5. Визначені основні чинники, що перешкоджали розвитку ПЛХД, а саме: недостатнє фінансування галузі охорони здоров'я, про що засвідчують $35,4 \pm 3,1\%$ респондентів із числа організаторів охорони здоров'я та $34,6 \pm 3,1\%$ анкетованих головних хірургів, відсутність системи матеріального стимулювання медичних працівників (відповідно $26,2 \pm 2,8\%$ і $23,2 \pm 2,7\%$), не відпрацьованість механізму розвитку ПЛХД (належно $13,9 \pm 2,2\%$ і $14,8 \pm 2,3\%$) і недостатність нормативно-правової бази з питань її організації (адекватно $13,5 \pm 2,2\%$ і $16,9 \pm 2,4\%$), невизначеність маршрутів руху хворих на хірургічні хвороби (згідно $4,6 \pm 1,4\%$ і $3,4 \pm 1,2\%$) і низька активність керівників охорони здоров'я щодо розвитку та функціонування системи ПЛХД в регіоні (стосовно $2,5 \pm 1,0\%$ і $5,5 \pm 1,5\%$).

6. Вмотивовані заходи щодо удосконалення організації ПЛХД, серед яких відпрацювання нормативів навантаження хірургів в поліклініці ($62,7 \pm 5,9\%$)

організаторів охорони здоров'я і $58,2 \pm 6,0\%$ головних обласних, міських і районних хірургів), визначення обсягів ПЛХД на всіх рівнях її надання ($59,7 \pm 6,0\%$ і $58,2 \pm 6,0\%$), підвищення ролі органів місцевого самоврядування в управлінні розвитком системи охорони здоров'я та діяльності закладів охорони здоров'я в регіоні ($43,3 \pm 6,0\%$ і $38,2 \pm 5,9\%$), впровадження сучасної моделі профілактичної роботи ($35,8 \pm 5,8\%$ і $40,3 \pm 6,0\%$), відпрацювання системи інформаційного забезпечення управління охороною здоров'я та її позалікарняною хірургічною службою ($32,8 \pm 5,7\%$ і $44,8 \pm 6,1\%$).

7. Доказано, коли розширення обсягів використання стаціонарозамінних технологій в амбулаторно-поліклінічних закладах і закладах ЗПСМ дозволило на думку $17,0\%$ респондентів із числа організаторів охорони здоров'я та міркування $33,3\%$ інтерв'юйованих головних хірургів збільшити забезпеченість ліжками в денних стаціонарах, сприяло зростанню чисельності пролікованих хворих на хірургічні хвороби в денних стаціонарах (належно $30,6\%$ і $0,1\%$) та домашніх стаціонарах (адекватно $78,2\%$ і $8,7\%$), що сприяло на $16,5\%$ або в $+ 3,9$ рази (з $184,6 \pm 29,5$ до $727,9 \pm 125,6$ на 10 тис. населення) росту рівня позалікарняної оперативної хірургічної діяльності (за 2005-2010 р.р.).

8. З'ясовано, коли зміни показників обсягу диспансеризації хворих з причини хірургічної патології сприяли як збільшенню показника чисельності штатних посад лікарів-хірургів в амбулаторно-поліклінічних закладів м. Харкові – на $49,0\%$, у Харківській області – на $13,2\%$, в досліджених регіонах – на $5,5\%$, а також кількості ЛЗП/СЛ – відповідно на $7,4\%$, $11,0\%$ і $16,2\%$, так і індексів охоплених динамічним лікарським спостереженням за результатами профілактичних оглядів лікарями-хірургами (адекватно на $34,9\%$, $11,5\%$ і $8,0\%$) і ЛЗП/СЛ (відповідно на $11,1\%$, $7,6\%$ і $16,1\%$), що в кінцевому результаті сприяло збільшенню рівня комплексного показника якості ПЛХД населенню а $5,0\%$ (з $0,60$ до $0,63$), а комплексного показника якості диспансеризації хворих на хірургічні хвороби – на $5,8\%$ (з $0,69$ до $0,73$).

9. Визначено, що згідно значимості величини середнього рівня інтегрального коефіцієнта медичної, соціальної та економічної ефективності ($0,37$) ПЛХД населенню в досліджених регіонах потребує вдосконалення в контексті проведення низки організаційних, структурних, медико-технологічних і фінансово-економічних заходів, спрямованих на його підвищення.

10. Опрацьована модельна система організації ПЛХД населенню в умовах реформування галузі охорони здоров'я, особливостями якої є структурне розмежування медичної допомоги населенню за рівнями її надання з розвитком відповідних технологій профілактики хірургічних хвороб, впровадженням стаціонарозамінних лікувальних технологій, розширенням обсягів надання медичної допомоги хворим з хірургічними станами в закладах ЗПСМ та значущістю вивчення впливу різних факторів на якість і ефективність позалікарняної хірургічної допомоги.

11. Експертна оцінку опрацьованої моделі системи організації позалікарняної хірургічної допомоги населенню в умовах реформування галузі охорони здоров'я України в $60,5 \pm 3,5\%$ висновків засвідчила доцільність її впровадження до

практичної охорони здоров'я України, що цілком і повністю відповідає рекомендаціям ВООЗ з цього питання.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Результати проведеного наукового дослідження дозволяють запропонувати для впровадження в практику охорони здоров'я модель системи організації позалікарняної хірургічної допомоги населенню в умовах реформування галузі, для чого необхідно:

на рівні Міністерства охорони здоров'я України, управлінь охорони обласних та міських державних адміністрацій:

- підготувати і затвердити документи, що регламентують систему позалікарняної хірургічної допомоги, оптимізацію планового навантаження і планових показників обсягів діяльності амбулаторних хірургів, організацію на базі позалікарняних закладів охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги центрів амбулаторної хірургії, денних стаціонарів хірургічного профілю та стаціонари вдома, систематизацію профілактичних оглядів населення шляхом впровадження нових сучасних технологій скринінгової діагностики;
- впровадити постійно діючу систему соціологічних досліджень серед пацієнтів, лікарів-спеціалістів і організаторів охорони здоров'я, забезпечити проведення періодичного контролю якості спеціалізованої медичної допомоги з подальшим аналізом і прийняттям управлінських рішень;
- визначити процедуру оволодіння організаторами охорони здоров'я та медичними працівниками сучасними засобами та інструментарієм інформатики; комп'ютеризувати робочі місця лікарів для роботи в єдиному інформаційному просторі та формалізувати облікову документацію;

на рівні закладів охорони здоров'я, хірургів і лікарів загальної практики:

- забезпечити пацієнтів інформацією про платні медичні послуги; забезпечити в необхідних випадках доступність виклику лікарів хірургічного профілю додому; в кожному випадку отримувати інформовану згоду хворих на проведення обстежень, процедур, пояснювати необхідність їх проведення; забезпечити кожного лікаря амбулаторно-поліклінічної служби стандартами надання амбулаторної допомоги та індикаторами якості (краще в комп'ютерному варіанті);
- забезпечити контроль якості диспансеризації хворих на хірургічні хвороби;
- при плануванні та проведенні заходів щодо подальшого удосконалення і підвищення якості спеціалізованої медичної допомоги та ПМСД – застосовувати кількісні оцінки впливу різних факторів та їх комплексів (демографічних показників, стану здоров'я населення, обізнаності про хвороби хірургічного профілю та обсяги медичної допомоги на до госпітального етапі, своєчасності звернення за медичною допомогою і її доступності, можливостей ресурсного забезпечення загальної лікарської та спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної служби) на підвищення рівня якості й ефективності медичної допомоги;
- приділяти особливу увагу організаційно-методичній роботі із застосуванням єдиної доктрини щодо розвитку позалікарняної хірургічної допомоги, що має

базуватись на поглибленому вивченні впливу соціально-гігієнічних, організаційних та клініко-організаційних факторів;

- з метою подальшого вдосконалення системи організації ПЛХД і підвищення її якості та ефективності проводити експертні оцінки вихідних матеріалів з повним виявленням дефектів в роботі та їх причин; розробити систему рейтингових оцінок діяльності хірургів амбулаторно-поліклінічної ланки та лікарів ЗПСМ щодо надання медичної допомоги хворим на хірургічні хвороби з використанням моделей кінцевих результатів.

на рівні Вищих навчальних медичних закладів:

- включити в навчальні програми соціальної медицини та організації охорони здоров'я, хірургії, сімейної медицини викладення питань організації спеціалізованої позалікарняної медичної допомоги населенню.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, у яких опубліковані основні результати дисертації:

1. Результати соціологічного дослідження по оцінці організації якості та ефективності спеціалізованої медичної допомоги / А. Ф. Короп, Ю. Г. Федченко, К. М. Сокол, О. А. Короп, С. Н. Малыгина / Проблеми медичної науки і освіти. – 2000. – № 3. – С.4-6 (**дисертантом розроблено методологію дослідження, здійснено збір, статистичний аналіз даних і написання висновків*).
2. Короп О. А. Вплив організаційних та інших факторів на якість поліклінічної хірургічної допомоги населенню / О. А. Короп // Проблеми медичної науки і освіти. – 2001. – № 4. – С. 27-29.
3. Короп О. А. Якість обстеження і лікування хворих студентів на захворювання хірургічного профілю / О. А. Короп // Проблеми медичної науки і освіти. – 2007. – № 2. – С.19-21.
4. Короп О. А. Хірурги про стан та шляхи розвитку хірургічної допомоги в умовах впровадження і функціонування сімейної медицини / О. А. Короп // Сімейна медицина. – 2008. – № 3. – С. 38-39.
5. Захворюваність населення сільських районів і виявляємість патології в закладах загальної практики – сімейної медицини / О. М. Хвисяк, М. І. Хвисяк, А. Ф. Короп, О. М. Зайцев, О. А. Короп // Сімейна медицина. – 2009. – № 3. – С. 78-80 (**дисертантом зібрано матеріал, проведено статистичний аналіз результатів досліджень та сформульовані висновки*).
6. Комплексна оцінка якості діагностики і лікування / А. Ф. Короп, О. А. Короп // Проблеми сучасної медичної науки і освіти. – 2010. – № 1. – С. 19-21 (**дисертанту належать аналіз наукової літератури з визначеної проблеми, розробка програми і методики комплексної оцінки якості діагностики і лікування хворих, аналіз та узагальнення даних, формулювання висновків та оформлення статті*).
7. Короп О. А. Сучасні технології діагностики і лікування хворих на гінекомастію в амбулаторно-поліклінічних закладах / О. А. Короп // Харківська хірургічна школа. – 2010. – № 1. – С. 101-103.

8. Розвиток стаціонарозамінних форм надання медичної допомоги населенню сільських районів за період впровадження загальної практики – сімейної медицини / О. М. Зайцев, О. А. Короп // Сімейна медицина. – 2010. – №1. – С. 61-64 (**дисертанту належить ідея написання статті, збір та статистична обробка матеріалу, формулювання висновків*).
9. Застосування стандартів профілактики, діагностики й лікування передпухлинних захворювань молочної залози у хірургів поліклініки і їх удосконалення / О. А. Короп // Експериментальна і клінічна медицина. – 2010. – № 2. – С. 60-63.
10. Короп О. А. Комплексна оцінка якості диспансеризації хворих хірургічного профілю / О. А. Короп // Проблеми сучасної медичної науки і освіти. – 2010. – № 3. – С. 15-17.
11. Короп О. А. Поширеність хвороб хірургічного профілю серед населення сільських районів Харківської області на території обслуговування сімейними лікарями / О. А. Короп // Сімейна медицина. – 2010. – № 3 (спецвипуск). – С. 55-58.
12. Короп О. А. Розвиток організаційних технологій диспансеризації хворих хірургічного профілю / О. А. Короп // Медицина сьогодні і завтра. – 2010. – № 2-3. – С. 242-245.
13. Короп О. А. Розвиток амбулаторно-поліклінічної хірургії (огляд літератури) / О. А. Короп // Харківська хірургічна школа. – 2010. – № 4. – С. 134-138.
14. Короп О. А. Технології амбулаторно-поліклінічної хірургічної допомоги населенню на прикладі роботи центру хірургії одного дня / О. А. Короп // Харківська хірургічна школа. – 2010. – № 5. – С. 88-90.
15. Короп О. А. Організація амбулаторно-поліклінічної хірургічної допомоги населенню в умовах розвитку загальної практики-сімейної медицини (огляд літератури) / О. А. Короп // Сімейна медицина. – 2011. – № 3. – С. 39-42.
16. Короп О. А. Застосування стандартів профілактики, діагностики і лікування хворих на гнійно-запальні захворювання м'яких тканин хірургічного профілю в амбулаторно-поліклінічних закладах та їх удосконалення / О. А. Короп // Проблеми безперервної медичної науки і освіти. – 2011. – № 3. – С. 58-62.
17. Короп О. А. Захворюваність і поширеність хвороб хірургічного профілю в деяких регіонах України в сучасних умовах реформування охорони здоров'я на засадах загальної практики – сімейної медицини / О. А. Короп // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 2-3. – С. 168-173.
18. Короп О. А. Стан та зміни організації амбулаторно-поліклінічної хірургічної допомоги населенню м. Харкова в сучасних умовах реформування охорони здоров'я / О. А. Короп // Харківська хірургічна школа. – 2012. – № 4 (55). – С. 106-109.
19. Короп О. А. Применение стационарозамещающих технологий медицинской помощи хирургическим больным в условиях функционирования общей практики – семейной медицины / О. А. Короп // Стационарозамещающие технологии. Амбулаторная хирургия (Россия, Санкт-Петербург). – 2012. – № 4 (48). – С. 12-15.
20. Короп О. А. Интегральная оценка эффективности развития системы специализированной медицинской помощи в условиях внедрения и функционирования общей практики – семейной медицины / О. А. Короп //

Общественное здоровье и здравоохранение (Россия, Казань). – 2013. – № 2. – С. 58-61.

21. Короп О. А. Изменения организации, качества и эффективности амбулаторно-поликлинической хирургической помощи населению некоторых регионов Украины в современных условиях реформирования здравоохранения на принципах общей практики – семейной медицины и предложения по их усовершенствованию / О. А. Короп // Общественное здоровье и здравоохранение (Россия, Казань). – 2013. – № 3. – С. 71-75.

22. Короп О. А. Влияние различных факторов на качество амбулаторно-поликлинической хирургической помощи населению в условиях реформирования здравоохранения на принципах общей практики – семейной медицины / О. А. Короп // «Стационарозамещающие технологии. Амбулаторная хирургия» (Россия, Санкт-Петербург). – 2013. – № 1 (49). – С. 26-30.

23. Короп О. А. Модель системы амбулаторно-поликлинической хирургической помощи населению в условиях внедрения и функционирования общей практики – семейной медицины / О. А. Короп // Стационарозамещающие технологии. Амбулаторная хирургия (Россия, Санкт-Петербург). – 2013. – № 2 (50). – С. 23-26.

Опубліковані праці апробаційного характеру:

24. Короп О. А. Розвиток технології управління диспансеризацією студентів шляхом застосування методу експертних оцінок і комп'ютерного моніторингу / О. А. Короп // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні питання реформування системи охорони здоров'я на сучасному етапі соціально-економічного розвитку суспільства». – Харків, Фоліо. – 2002. – С. 93.

25. Короп О. А. Про критерії організації, якості і ефективності хірургічної допомоги / О. А. Короп // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні питання реформування системи охорони здоров'я на сучасному етапі соціально-економічного розвитку суспільства». – Харків, Фоліо. – 2002. – С. 94.

26. Короп О. А. Комп'ютерна технологія експертної оцінки якості диспансеризації студентів / О. А. Короп // Матеріали ІХ Конгресу СФУЛТ. – 19-22 серпня 2002 р. – Луганськ. – С. 83.

27. Короп О. А. До оцінки надання лікувально-профілактичної допомоги хворим хірургічного профілю у лікаря загальної практики / О. А. Короп // Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції «Наука і практика-сімейній медицині». – Харків, 19-20 червня 2003 р. – С. 27-28.

28. Розвиток загальної практики – сімейної медицини і стан спеціалізованої медико-санітарної допомоги в амбулаторно-поліклінічних закладах / А. Ф. Короп, О. М. Зайцев, О. А. Короп // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Сімейна медицина на шляху до високої якості надання первинної медико-санітарної допомоги», 29-30 травня 2008 р. – Харків. – С. 37-38 (**дисертанту належать збір, статистична обробка та узагальнення даних, формулювання висновків, оформлення статті*).

29. Короп О. А. Застосування алгоритму комплексної експертної оцінки якості диспансеризації хворих в закладах загальної практики – сімейної медицини / О. А.

Короп // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Сімейна медицина на шляху до високої якості надання первинної медико-санітарної допомоги», 29-30 травня 2008 р. – Харків, 2008. – С. 41-42.

30. Короп О. А. Порівняльна оцінка надання хірургічної допомоги безпосередньо сімейними лікарями в закладах загальної практики – сімейної медицини різних типів / О. А. Короп // Матеріали Української республіканської науково-практичної конференції «Лікування та реабілітація у загальній практиці – сімейній медицині». – Харків, 2008. – С. 74-75.

31. Порівняльна оцінка кваліфікації лікарів загальної практики – сімейної медицини і лікарів інших профілів / О. М. Зайцев, Ю. В. Жиліна, О. А. Короп, О. В. Жук // Матеріали ювілейного X з'їзду ВУЛТ. м. Євпаторія, 24-27 вересня 2009 р. – С. 544 (**дисертанту належать аналіз наукової літератури з визначеної проблеми, статистична обробка результатів власних досліджень, написання роботи*).

32. Алгоритм діагностики і лікування хворих на гнійно-септичні захворювання / А. Ф. Короп, О. А. Короп // Матеріали ювілейного X з'їзду ВУЛТ. м. Євпаторія, 24-27 вересня 2009 р. – С. 310 (**дисертанту належать ідея написання статті, збір, аналіз та узагальнення даних, формулювання висновків та оформлення статті*).

33. Короп О. А. Організація диспансеризації хворих хірургічного профілю / О. А. Короп // Матеріали ювілейного X з'їзду ВУЛТ. м. Євпаторія, 24-27 вересня 2009 р. - С.311.

34. Короп О.А. Діагностика і лікування хворих з хронічною венозною недостатністю в поліклініці / О.А.Короп // Матеріали ювілейного X з'їзду ВУЛТ. м. Євпаторія, 24-27 вересня 2009 р. – С. 312.

35. Виявляємість патології в закладах загальної практики – сімейної медицини різних типів / М. І. Хвисяк, В. Г. Марченко, А. Ф. Короп, О. М. Зайцев, О. А. Короп // Матеріали XIII Конгресу СФУЛТ, 30.09-03.10.2010 р. – Львів, 2010. – С. 745 (**дисертанту належить аналіз наукової літератури з визначеної проблеми, збір, статистична обробка даних, формулювання висновків, оформлення статті*).

36. Застосування структурно-функціонального аналізу для обґрунтування шляхів розвитку сімейної медицини в регіоні / О. М. Хвисяк, А. Ф. Короп, О. М. Зайцев, О. А. Короп, Ю. В. Жиліна // Матеріали XIII Конгресу СФУЛТ, 30.09-03.10.2010 р. – Львів, 2010. – С. 745 (**дисертантом вивчено наукову літературу з визначеної проблеми, розроблено програму структурно-функціонального аналізу, проведено аналіз та узагальнення даних, формулювання висновків та оформлення статті*).

37. Особливості структурно-функціонального аналізу діяльності амбулаторій загальної практики – сімейної медицини та її результати / О. М. Хвисяк, А. Ф. Короп, О. М. Зайцев, О. А. Короп // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання профілактики, діагностики та лікування в практиці сімейного лікаря», Харків, 2010. – С. 133-135 (**дисертантом вивчено наукову літературу з визначеної проблеми, проведено збір та статистичну обробку матеріалів, формулювання висновків та оформлення статті*).

38. Короп О. А. Застосування стандартів профілактики, діагностики і лікування хворих на передпухлинні захворювання молочної залози / Короп О. А. // Матеріали XIII Конгресу СФУЛТ, 30.09-03.10.2010 р. – Львів, 2010. – С. 490.

39. Алгоритм технологій сімейного лікаря з питань формування здорового способу життя людини / А. Ф. Короп, Ю. В. Жиліна, Л. М. Патока, О. А. Короп, О. В. Жук // Матеріали XIII Конгресу СФУЛТ, 30.09-03.10.2010 р. – Львів, 2010. – С. 720 (**дисертанту належать ідея написання статті, збір, аналіз та узагальнення даних, формулювання висновків та оформлення статті*).
40. Комплексна оцінка якості процесу управління первинною медико-санітарною допомогою на засадах сімейної медицини / А. Ф. Короп, О. А. Короп // Матеріали XI з'їзду ВУЛТ, 28-30 вересня 2011 р., м. Харків. – С. 328 (**дисертанту належать аналіз наукової літератури з визначеної проблеми, аналіз та узагальнення даних, формулювання висновків та оформлення статті*).
41. Стаціонарозамінюючі технології надання медичної допомоги хірургічним хворим в амбулаторно-поліклінічних закладах і сімейними лікарями в деяких регіонах України / О. І. Сердюк, О. А. Короп // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвячені «Проблеми організації, управління, маркетингу санаторно-курортних послуг. Актуальні питання курортології, фізіотерапії та медичної реабілітації». – Харків, 10-12 жовтня 2012 р. – С.72-73 (**дисертантом проведено аналіз наукової літератури з визначеної проблеми, збір та статистичну обробку матеріалів про стан використання стаціонарозамінних хірургічних технологій, аналіз та узагальнення даних, формулювання висновків та оформлення статті*).
42. Виявляємість захворювань на території діяльності закладів загальної практики – сімейної медицини / О. А. Короп, О. В. Жук // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання профілактики, діагностики та лікування в практиці сімейного лікаря», 18-19 квітня 2012 р. – Харків, 2012. – С. 68-69 (**дисертанту належить збір, обробка, аналіз та узагальнення даних, формулювання висновків, оформлення статті*).
43. Забезпеченість населення деяких регіонів України амбулаторно-поліклінічною хірургічною допомогою / О. І. Сердюк, О. А. Короп // Матеріали XIV Конгресу СФУЛТ, 04-06 жовтня 2012 р. – Донецьк. – С. 56 (**дисертанту належить збір, статистична обробка та узагальнення даних, формулювання висновків, оформлення статті*).
44. Результати соціологічного дослідження стану та змін організації амбулаторно-поліклінічної хірургічної допомоги населенню деяких регіонів України / А. Ф. Короп, О. І. Сердюк, О. А. Короп // Матеріали V з'їзду спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я України. – Київ, 11-12 жовтня 2012 р. – Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – Спеціальний випуск. – С. 50-51 (**дисертанту належить збір, статистична обробка та узагальнення даних, формулювання висновків, оформлення статті*).

Роботи, які додатково відображають наукові результати дисертації:

45. Короп О. А. Діагностика і лікування хворих хірургічного профілю у сімейного лікаря / О. А. Короп // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції «Сімейна медицина – досягнення і перспективи». – Київ-Харків, 17-18.10.2002 р. – С.102.

46. Короп О. А. Принципи комп'ютерного моніторингу диспансеризації хворих хірургічного профілю / О. А. Короп // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції «Сімейна медицина – досягнення і перспективи». – Київ -Харків, 17-18 жовтня 2002 р. – С. 102.
47. Короп О. А. Принципи та напрямки підготовки сімейних лікарів по хірургії / О. А. Короп // Матеріали VII з'їзду ВУЛТ. – Тернопіль, 16-17 травня 2003 р. – Українські медичні вісті. – 2003. – Т. 5. – № 1 (63). – С. 27.
48. Реальні шляхи вирішення проблем надання спеціалізованої медичної допомоги в умовах розвитку сімейної медицини / Б. А. Рогожин, К. М. Сокол, О. А. Короп, О. В. Жук, В. І. Коцур, Ж. М. Тарабанова // Матеріали VII з'їзду ВУЛТ. –16-17 травня 2003 р. – м. Тернопіль. – Українські медичні вісті. – 2003. – Т.5. – № 1 (63). – С. 28 (**дисертанту належать аналіз наукової літератури з визначеної проблеми, аналіз та узагальнення даних, формулювання висновків та оформлення статті*).
49. Деякі висновки та напрямки подальшого наукового обґрунтування розвитку сімейної медицини в адміністративній області / А. Ф. Короп, М. І. Хвисяк, Б. А. Рогожин, О. А. Короп, О. В. Арямнова // Сімейна медицина. – 2004. – № 3. – С. 34 (**дисертанту належать аналіз наукової літератури з визначеної проблеми, аналіз та узагальнення даних, формування висновків та оформлення статті*).
50. Визначення нормативів потреби в лікарях для надання первинної медико-санітарної та спеціалізованої медичної допомоги в умовах функціонування сімейної медицини / А. Ф. Короп, Ю. Г. Федченко, К. М. Сокол, О. А. Короп // Матеріали II з'їзду лікарів загальної (сімейної) практики України. – 25-26 жовтня 2005 р. – Харків. – Міжнародний медичний журнал. – Спеціальний випуск. – 2005. – С. 30 (**дисертанту належить збір, обробка, аналіз та узагальнення даних, формулювання висновків, оформлення статті*).
51. Напрямок подальшої реструктуризації спеціалізованої медичної допомоги в умовах розвитку сімейної медицини в Харківській області / М. І. Хвисяк, А. Ф. Короп, Б. А. Рогожин, О. В. Жук, О. В. Арямнова, О. А. Короп, І. І. Зінов'єв, Л. М. Патока // Матеріали II з'їзду лікарів загальної (сімейної) практики України, 25-26 жовтня 2005 р. – Харків. – Міжнародний медичний журнал. – Спеціальний випуск. – 2005. – С. 60 (**дисертанту належать аналіз наукової літератури з визначеної проблеми, аналіз та узагальнення даних, формулювання висновків та оформлення статті*).
52. Короп О. А. Участь центрів первинної медико-санітарної допомоги в диспансеризації студентів із захворюваннями хірургічного профілю / О. А. Короп // Сімейна медицина. – 2007. – № 3. – С. 96-97.
53. Короп О. А. Порівняльна оцінка надання хірургічної допомоги безпосередньо сімейними лікарями в закладах загальної практики – сімейної медицини різних типів / О. А. Короп // Матеріали Української республіканської науково-практичної конференції «Лікування та реабілітація у загальній практиці – сімейній медицині». – Харків, 2008. – С. 74-75.
54. Порівняльна оцінка кваліфікації лікарів загальної практики – сімейної медицини і лікарів інших профілів / О. М. Зайцев, Ю. В. Жиліна, О. А. Короп, О. В. Жук // Матеріали XII Конгресу СФУЛТ. – 25-28 вересня 2008 р. – Івано-Франківськ –

Київ – Чикаго. – С. 544 (**дисертанту належить збір, обробка, аналіз та узагальнення даних, формулювання висновків, оформлення статті*).

55. Розвиток загальної практики – сімейної медицини / О. А. Короп, С. М. Ромаєв, О. М. Зайцев // Матеріали XII Конгресу СФУЛТ. – 25-28 вересня 2008 р. – Івано-Франківськ – Київ – Чикаго. – С. 552 (**дисертанту належить збір, обробка, аналіз та узагальнення даних, формулювання висновків, оформлення статті*).

56. Про розвиток загальної практики – сімейної медицини і стан спеціалізованої медико-санітарної допомоги в амбулаторно-поліклінічних закладах / А.Ф.Короп, О.М.Зайцев, О.А.Короп // Матеріали науково-практичної конференції, присвяченої 85-річчю ХМАПО, 2-3 жовтня 2008 р. – Харків, 2008. – С. 97-98 (**дисертантом вивчено наукову літературу з визначеної проблеми, проведено збір та статистичну обробку матеріалів, формулювання висновків та оформлення статті*).

57. Про визначення конкретних шляхів оптимізації системи охорони здоров'я при впровадженні сімейної медицини / А. Ф. Короп, О. М. Зайцев, О. А. Короп // Матеріали ювілейного X з'їзду ВУЛТ. – Євпаторія, 24-27 вересня 2009 р. – С. 310 (**дисертанту належать аналіз наукової літератури з визначеної проблеми, аналіз та узагальнення даних, формулювання висновків та оформлення статті*).

58. Прогноз ефективності ендоскопічних методик в ліченні ахалазії пищевода / Н. Н. Велигоцький, А. В. Горбулич, Г. Н. Урсол, А. А. Шептуха, О. А. Короп // Харківська хірургічна школа. – 2010. – № 2. – С. 25-28 (**дисертантом вивчено наукову літературу з визначеної проблеми, проведено збір та статистичну обробку матеріалів, формулювання висновків та оформлення статті*).

59. Про розвиток системи управління якістю первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини сільському населенню / О. М. Хвисьок, А. Ф. Короп, В. І. Поцелуєв, О. А. Короп, О. В. Жук // Матеріали XI з'їзду ВУЛТ, 28-30 вересня 2011 р. – Харків. – С. 75-76 (**дисертантом вивчено наукову літературу з визначеної проблеми, проведено збір та статистичну обробку матеріалів, формулювання висновків та оформлення статті*).

60. Критерії і показники якості в управлінні первинною медико-санітарною допомогою на засадах сімейної медицини сільському населенню / М. І. Хвисьок, А. Ф. Короп, О. В. Жук, О. А. Короп // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Методичні стандарти – шлях до забезпечення якісної та ефективної загально лікарської практики». – Київ, 25-26 жовтня 2012 р. – С. 127 (**дисертанту належать аналіз наукової літератури з визначеної проблеми, аналіз та узагальнення даних, формулювання висновків та оформлення статті*).

61. Структура управління первинною медико-санітарною допомогою на засадах сімейної медицини сільському населенню / М. І. Хвисьок, О. А. Короп // Матеріали V з'їзду спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я України, Київ, 11-12 жовтня 2012 р. – Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – Спеціальний випуск. – С. 119 (**дисертанту належать аналіз*

наукової літератури з визначеної проблеми, аналіз та узагальнення даних, формулювання висновків та оформлення статті).

62. Управління якістю і ефективністю первинної медико-санітарної допомоги в сільських районах Харківської області / О. І. Сердюк, О. А. Короп // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання щодо організації надання спеціалізованої дерматовенерологічної допомоги населенню в сучасних умовах» в рамках Слобожанських читань. – Харків. – 2013. – С. 32 (**дисертанту належать аналіз наукової літератури з визначеної проблеми, аналіз та узагальнення даних, формулювання висновків та оформлення статті*).

63. Забезпечення якості амбулаторно-поліклінічної хірургічної допомоги населенню в умовах реформування охорони здоров'я України на засадах загальної практики – сімейної медицини / А. Ф. Короп, О. І. Сердюк, О. А. Короп, О. М. Зайцев // Методичні рекомендації МОЗ України. – Київ, 2014. – 32 с.

64. Організація амбулаторно-поліклінічної хірургічної допомоги населенню в умовах реформування охорони здоров'я України на засадах загальної практики – сімейної медицини / О. І. Сердюк, О. А. Короп // Методичні рекомендації МОЗ України. – Київ, 2014. – 26 с.

65. Застосування структурно-функціонального аналізу для оптимізації системи охорони здоров'я адміністративного району в умовах впровадження загальної практики – сімейної медицини / А. Ф. Короп, О. М. Зайцев, О. А. Короп, Ю. В. Жиліна // Інформаційний лист. – Київ, 2010. – 4 с.

66. Алгоритм комплексної експертної оцінки якості диспансеризації хворих хірургічного профілю в закладах загальної практики – сімейної медицини / О. А. Короп // Реєстр галузевих нововведень. – Вип. реєстру 24-25. – №158/25/06. – Київ, 2006. – С. 112-113.

67. Спосіб інтегральної оцінки розвитку системи охорони здоров'я адміністративного району в умовах впровадження і функціонування сімейної медицини / А. Ф. Короп, О. М. Зайцев, О. А. Короп, Ю. В. Жиліна // Реєстр галузевих нововведень. – Вип. реєстру 30-31. – № 232/31/09. – С. 160.

68. Спосіб застосування структурно-функціонального аналізу для оптимізації системи охорони здоров'я адміністративного району в умовах впровадження загальної практики – сімейної медицини / М. І. Хвисьюк, А. Ф. Короп, О. А. Короп, О. М. Зайцев // Реєстр галузевих нововведень. – Вип. реєстру 32-33. – № 275/33/10. – С.192.

69. Спосіб економічної оцінки діяльності амбулаторій загальної практики – сімейної медицини з використанням результатів структурно-функціонального аналізу / А. Ф. Короп, І. І. Парфьонова, О. А. Короп, О. М. Зайцев // Реєстр галузевих нововведень. – Вип. реєстру 34-35. – №323/35/11. – С.182.

70. Профілактична діяльність сімейного лікаря. Під редакцією О. М. Хвисьюка, Б. А. Рогожина, Т. А. Титової. Навчально-методичний посібник для лікарів загальної практики – сімейної медицини. – Х.: Нове слово, 2011 р. – 496 с.

71. Управління якістю медичної допомоги як механізм підвищення її ефективності / В. І. Крупеня, О. А. Короп // Навчальний посібник. – Харків, 2013. – 48 с.

АНОТАЦІЯ

Короп О. А. Медико-соціальне обґрунтування системи організації позалікарняної хірургічної допомоги в умовах реформування галузі охорони здоров'я. – На правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.03 – соціальна медицина. – Харківський національний медичний університет МОЗ України, Харків, 2015.

Дисертація присвячена організації позалікарняної хірургічної допомоги населенню в умовах реформування галузі охорони здоров'я на засадах загальної практики – сімейної медицини. Визначені основні зміни в організації і схемах надання спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної хірургічної і первинної медико-санітарної допомоги населенню та напрями підвищення їх якості в умовах реформування охорони здоров'я на засадах загальної практики – сімейної медицини. Наведені в дисертації результати вивчення медичної, соціальної та економічної ефективності медичної допомоги хірургічним хворим в амбулаторно-поліклінічних закладах та інтегральна оцінка їх показників відобразили реальний стан організації надання первинної медико-санітарної і спеціалізованої медичної допомоги хворим на хірургічні хвороби і показали, що існуюча система за медичними, соціальними та економічними критеріями є недостатньо ефективною.

На основі комплексного соціально-гігієнічного дослідження встановлена доцільність проведення реформування існуючої системи спеціалізованої медичної допомоги, в зв'язку з чим науково обґрунтована і розроблена удосконалена система амбулаторно-поліклінічної хірургічної допомоги в умовах реформування галузі охорони здоров'я на засадах загальної практики – сімейної медицини населенню регіону (адміністративної області), що базується на структурно-функціональному вдосконаленні її діючої системи, спрямована на удосконалення організації медичної допомоги і містить складові системи охорони здоров'я.

Впровадження розробленої системи позалікарняної хірургічної допомоги дозволить підвищити доступність, якість й ефективність усіх її складових: профілактики і діагностики хірургічних хвороб, лікування хворих і диспансеризації.

Ключові слова: система позалікарняної хірургічної допомоги, загальна практика – сімейна медицина, первинна медико-санітарна допомога, амбулаторно-поліклінічні заклади, організація, управління, якість, ефективність.

АННОТАЦИЯ

Короп О. А. Медико-социальное обоснование системы организации внебольничной хирургической помощи в условиях реформирования здравоохранения. – На правах рукописи.

Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.02.03 – социальная медицина. – Харьковский национальный медицинский университет МЗ Украины, Харьков, 2015.

Диссертация посвящена организации внебольничной хирургической помощи населению в условиях реформирования здравоохранения на принципах общей практики – семейной медицины. Определены основные изменения в организации и схемах специализированной амбулаторно-поликлинической хирургической и первичной медико-санитарной помощи населению и направления повышения их качества в условиях реформирования здравоохранения на принципах общей практики – семейной медицины. Приведенные в диссертации результаты изучения медицинской, социальной и экономической эффективности медицинской помощи хирургическим больным в амбулаторно-поликлинических учреждениях и интегральная оценка их показателей отразили реальное положение организации оказания первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи больным хирургическими заболеваниями и показали, что существующая система по медицинским, социальными и экономическими критериями недостаточно эффективна. На основе комплексного социально-гигиенического исследования установлена целесообразность проведения реформирования существующей системы специализированной медицинской помощи, в связи с чем научно обоснована и разработана система амбулаторно-поликлинической хирургической помощи населению региона (административной области) в условиях реформирования здравоохранения на принципах общей практики – семейной медицины, базирующаяся на структурно-функциональном совершенствовании действующей ее системы, направлена на совершенствование организации медицинской помощи и содержит составляющие системы здравоохранения.

Внедрение разработанной системы внебольничной хирургической помощи позволит повысить доступность, качество и эффективность всех ее составляющих – профилактики и диагностики хирургических болезней, лечения больных и диспансеризации.

Ключевые слова: система внебольничной хирургической помощи, первичная медико-санитарная помощь, общая практика – семейная медицина, амбулаторно-поликлинические учреждения, организация, управление, качество, эффективность.

SUMMARY

Korop O. A. *Medical and social support systems outside of the hospital surgical care in a health care reform.* – Manuscript.

The dissertation on the competition of graduate degree of Doctor of Medical Sciences, specialty 14.02.03 – social medicine. – Kharkov national medical university of Ministry of Health of Ukraine, Kharkov, 2015.

The thesis is devoted to the organization of outside of the hospital surgical care in a health care reform on the basis of general practice – family medicine. The basic changes in the organization and schemes providing specialized outpatient surgical and primary health care to the population and areas of improvement of quality in health care reform on the basis of general practice – family medicine. Presented in the paper results of a study of medical, social, and economic efficiency of medical care of surgical patients in outpatient

clinics and integrated assessment of their performance reflected the current state of the organization of primary health care and specialized care for patients with surgical disease and showed that the current system for medical, social and economic criteria are not sufficiently effective.

Based on a comprehensive socio-hygienic study established the feasibility of reforming the current system of specialized care, and therefore scientifically substantiated and developed an improved system of outside of the hospital surgical care in the health care reform on the basis of general practice – family medicine population of region (administrative region) based on structural and functional improvement of the current system, aimed at improving the organization of care and contains elements of health care.

The implementation of the developed system of outpatient surgical care will improve the accessibility, quality and effectiveness of all its components: prevention and diagnosis of surgical diseases, treatment and clinical examination.

Keywords: system of outside of the hospital surgical care, primary health care, general practice – family medicine, outpatient clinics, organization, management, quality and efficiency.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

НАМН	-	Академія медичних наук
АПЗ	-	амбулаторно-поліклінічні заклади
АПХД	-	амбулаторно-поліклінічна хірургічна допомога
ВНЗ	-	вищий навчальний заклад
ВООЗ	-	Всесвітня організація охорони здоров'я
ДМ	-	доказова медицина
ДС	-	денний стаціонар
ЗОЗ	-	заклади охорони здоров'я
ДХС	-	денний хірургічний стаціонар
ЛЗП/СЛ	-	лікар загальної практики - сімейний лікар
ЗПСМ	-	загальна практика – сімейна медицина
ЗЗПСМ	-	заклади загальної практики – сімейної медицини
КЕОЯ	-	комплексна експертна оцінка якості
КПЯ	-	комплексний показник якості
ЛПЗ	-	лікувально-профілактичні заклади
МОЗ	-	Міністерство охорони здоров'я
НДІ	-	науково-дослідний інститут
ПЛХД	-	позалікарняна хірургічна допомога
ПМСД	-	первинна медико-санітарна допомога
РЯ	-	рівень якості
СМ	-	сімейна медицина
СМД	-	спеціалізована медична допомога
СФА	-	структурно-функціональний аналіз
ХСВ	-	хірургічний стаціонар вдома
ЦАХ	-	центр амбулаторної хірургії
ЯМД	-	якість медичної допомоги