

В.М. САМОХОДСЬКИЙ

ОБҐРУНТУВАННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ТА МЕДИКО-ЕКОНОМІЧНИХ СТАНДАРТІВ НА ОСНОВІ НАТУРНОГО ЕКСПЕРИМЕНТУ ДЛЯ СТАРТУ ПЕРШИХ ЕТАПІВ БЮДЖЕТНО-СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ

*Кропивницький філіал Донецького національного медичного університету
МОЗ України*

Цикл лекцій на тему "Обґрунтування інноваційних організаційних та медико-економічних стандартів на основі натурального експерименту для старту бюджетно-страхової медицини в Україні" розроблено на основі докторської дисертації автора "Наукове обґрунтування медико-економічних механізмів управління оториноларингологічної служби на етапі переходу до бюджетно-страхової медицини" (1994 р.), монографій "Больница страховой медицины. Натурный эксперимент/организационные, медико-экономические и правовые механизмы" (2004 р.), "Обґрунтування алгоритму організаційних і медико-економічних стандартів як інструменту технології діагностично-лікувального менеджменту в ЗОЗ трьох рівнів медичного округу. Проект" (2020 р.) та низки опублікованих автором наукових статей. (Першу частину лекції опубліковано в журналі «Оториноларингологія», №6, 2022. http://www.lorlife.kiev.ua/2022/2022_6_78.pdf).

Епіграф

"Для того, щоб входження в бюджетно-страхову медицину не відбулося, як стрибок у невідомість, треба інші критерії та стандарти у розвитку системи охорони здоров'я в усіх її ланках".

(Із докторської дисертації В.М. Самоходського)

III. Обґрунтування алгоритму реалізації організаційно-економічних стандартів в процесі профілактичних обстежень

Найважливішою метою, заради якої суспільству необхідна саме медична служба, є потреба попередити хвороби або оздоровити всіх захворілих, тому що лише здорове суспільство здатне з максимальною користю для своїх громадян, збільшення заможності держави отримати оптимальний ефект, використовуючи можливості кожного її члена, в т.ч. і як компоненти творчої робочої сили.

Як відомо, значення якісно виконаних профілактичних обстежень (ПО) населення важко переоцінити. Тим не менше, посилаючись на результати досліджень у докторській дисертації [103] і монографії автора [103, 119], а також медичних літературних

джерел останніх десятиріч, якість виконання профілактичної роботи у наших ЗОЗ дають підстави для незадоволення. Це обумовлено тим, що на протязі довгого періоду існування радянської системи охорони здоров'я ("системи Семашко") і аналогічної – в Україні профілактичний напрямок мав більше декларативний і популістський характер. За умови, що в системі практично не існувало контролю за якістю цієї роботи, кожний лікар при відсутності відповідних організаційних стандартів та адекватної мотивації, виконував її на свій розсуд.

Так, за даними В.К. Овчарова [80], більшість лікарів виконували цю роботу на низькому рівні. Г.Ф. Смелянова і Н.И. Зая-

рський [28] виявили, що причиною невідповідності фактичного рівня профоглядів у порівнянні з пред'явленими до них вимогами є високе навантаження на практичних лікарів в зв'язку з дефіцитом робочого часу у останніх. Щоб характеристика процесу ПО не залишалася у свідомості нових поколінь лікарів, як "фікція" (А.П. Картиш, 1990) [38] або "бутафорія" (Л. Бабінець, 2018) [5], очевидно, є доцільним визначити певні критерії якості та оцінки відповідної роботи медичного персоналу.

"В умовах високої захворюваності і смертності населення України пріоритетним щодо стандартів в охороні здоров'я науковці вважають, зокрема, стандарти профілактики захворювань і впровадження в межах ПМСД інноваційних медико-економічних механізмів раціонального використання наявних ресурсів охорони здоров'я" [81].

На нашу думку, ідеологічною основою профілактичної роботи повинні бути принципи максимально можливого повного охоплення профоглядами, зокрема, населення зони відповідальності СЛ з використанням рекомендованих організаційно-економічних стандартів при умові загально узгодженого алгоритму усіма зацікавленими сторонами – керівниками ЗОЗ, лікарями та середнім медичним персоналом.

3.1. Організаційно-економічний стандарт №1.

Оптимальна технологія обліку, виміру, аналізу динаміки та ефективності профілактичних оглядів (ПО)

На думку експертів, в основі технології реформування діяльності лікарняних закладів регіону повинен бути закладений принцип оптимальної потреби населення регіону у якісній медичній допомозі, зокрема, в процесі профілактичних оглядів. Оптимальна модель ПО – це такий організаційний стандарт, який передбачає обґрунтовані конкретні кількісні та якісні показники діяльності сімейного лікаря (СЛ). Вони характеризують максимально можливі результати його роботи в існуючих реальних умовах даної амбулаторії сімейної медицини (АСМ). Це такі рекомендовані нами критерії, як ідеальний варіант організаційної мо-

делі (ІВОМ), реальний варіант організаційної моделі (РВОМ) і фактичний організаційний варіант (ФОВ). Показник ІВОМ приймається за 100% і виконує роль універсального критерію, оскільки визначає максимальну потребу населення у профоглядах зони відповідальності СЛ. Він ідеальний, тому що у наших реальних умовах є практично нездійсненим внаслідок багатьох суб'єктивних і об'єктивних причин [109]. Загалом, якщо взяти до уваги хоча б економічні аспекти (оскільки кожного мешканця потрібно розглядати в т.ч. з точки зору компоненти робочої сили), то, очевидно, коли обстежують все населення, така робота в принципі вигідна і мешканцю, і лікувальному закладу (раннє виявлення захворювань, зменшення терміну і вартості лікування тощо).

Для вирішення питання, за який термін можливо якісно виконати ПО населенню, найбільше практичне значення для сімейного лікаря набуває РВОМ, оскільки при створенні організаційної моделі ПО необхідно брати до уваги, окрім потреб ідеального варіанту, тобто 100% обстежених, також і реальні можливості щодо якісного обстеження мешканців. Цей варіант реальний ще й тому, що дає можливість обґрунтувати і визначити реальні строки завершення ПО, а також обсяги працезатрат медперсоналу, в т.ч. загальну вартість ПО населення, зокрема, зони відповідальності сімейного лікаря.

Оскільки в реальній діяльності сімейних лікарів вказанні вище чинники не завжди сприяють виконанню ПО в об'ємі РВОМ, то виникає потреба запровадити так званий фактичний організаційний варіант (ФОВ), тобто визначення фактичних показників профоглядів у АСМ на момент експертної оцінки [119].

Показник співвідношення ФОВ та РВОМ, представлений у відсотках, відповідає суті характеристики одного з основних критеріїв ефективності надання медичної допомоги з точки зору Європейського бюро ВООЗ, який озвучив В. Хану [137]. Таким критерієм, на його думку, слід вважати ефективність як показник співвідношення між фактичним впливом діючої служби – нашим ФОВ і РВОМ профілактичних оглядів. Кон-

кретні можливості сімейного лікаря щодо оперативної інформації про обсяги і динаміку та результати ПО в зоні відповідальності АСМ визначаються шляхом порівняння показників цих організаційних варіантів, що дозволяє в межах регіону оцінювати ефективність роботи останніх. Наприклад, у сімейних лікарів госпітального округу визначились різні показники виконання роботи по профоглядам. Оскільки порівняння показників ФОВ та РВОМ, проаналізованих сімейним лікарем, будучи різними, окрім визначення їх ефективності в роботі кожного, дозволяють виявити конкретний коефіцієнт персонального досягнення (КПД) цих лікарів.

Відпрацьовуючи цю модель, є сенс врахувати і реальну можливість виконання сімейним лікарем 29 функціональних обов'язків, які рекомендовані МОЗ [46, 47]. Як наслідок, за даними деяких досліджень [46], сімейному лікарю не вистачає часу на проведення ПО, оскільки понаднормативна витрата робочого часу останнього у 1,6 разів перевищує нормативну тривалість його робочого дня. Це практично унеможливує якісне виконання СЛ профілактичних обстежень.

Виїзди вказаних вище бригад лікарів до амбулаторії сімейної медицини, за результатом нашого аналізу, суттєво ускладнювали діагностичну і лікувальну роботу у своїх ЗОЗ, оскільки на протязі року названі фахівці 25,6% робочого часу відволікались на виконання профобстежень населення за межами своїх лікувальних установ, що виявилось економічно недоцільним. [109].

Вказані обставини з урахуванням поки що недостатньої кваліфікації СЛ щодо особливостей процесу клінічної діагностики заключного діагнозу широкого кола захворювань основних медичних фахів, обумовлюють доцільність використання двох організаційних варіантів проведення ПО мешканців зони відповідальності сімейного лікаря. А саме: варіант, який передбачає направлення до АСМ бригади лікарів із ЗОЗ другого рівня у складі терапевта, педіатра, хірурга, гінеколога, невропатолога, отоларинголога і окуліста на певний термін для професійного виконання ПО при умові, що частині хворих з числа тих, хто не прийшов

на ПО в АСМ, буде обов'язково проведено профогляд у ЦМЛ чи ЦРЛ, коли ці особи звертаються на протязі року в ЗОЗ другого чи третього рівня. Або другий варіант: реалізувати виконання за нашою інноваційною методикою [117] доказового скринінгу усіх 100% мешканців зони обслуговування АСМ з послідовним обстеженням у плановому порядку осіб із "групи ризику", клінічні заключні діагнози яким будуть сформовані по закінченню доказового скринінгу у ЗОЗ другого або третього рівня. Як відомо, там існує більше можливостей для визначення обґрунтованих заключних діагнозів, а також вирішення конкретних строків можливого амбулаторного чи стаціонарного оздоровлення цих диспансерних хворих у плановому порядку.

Рівень організаційної та економічної неефективності реалізації згаданої вище методики ПО демонструємо на прикладі аналізу роботи одної із таких лікарських бригад у АСМ селища Соколівське Кіровоградської області [130]. З метою вивчення реальної можливості якнайкраще організувати ПО в аналізованій нами АСМ, з ініціативи заступника мера міста з медичного обслуговування Л.М. Андреевої провели спочатку активну підготовчу роботу з максимальним використанням ЗМІ (місцеві газети, радіо, телебачення), подвірні обходи членами домових комітетів щодо інформування населення про необхідність залучення всіх мешканців до медичного обстеження. Потім був виїзд бригади кваліфікованих лікарів із ЗОЗ другого рівня на п'ять робочих днів у цей населений пункт. Із усіх 1300 мешканців, якими опікується сімейний лікар, побажали обстежитись лише 215 (!). Це наш критерій фактичного організаційного варіанту ПО (ФОВ). У обстежених виявлено 125 захворювань (58,14%). Частка охоплення ПО щодо універсального критерію (ІВОМ) склала 22%, тобто надзвичайно мала. Отже, продемонстровані показники можуть розглядатись як критерії в процесі визначення професійного рейтингу діяльності сімейних лікарів регіону.

Враховуючи вказану економічну неефективність щомісячних виїздів бригади лікарів із ЗОЗ другого рівня для профоглядів мешканців зон відповідальності сімей-

них лікарів, доцільно в межах АСМ застосувати рекомендований нами новий метод ПО з використанням анкетно-анамнестичного і діагностично-доказового скринінгу [34, 117].

3.2. Організаційний стандарт №2. Обґрунтування хронометражу профілактичних обстежень

З усіх норм по працезатратам у медичній сфері основоположними є нормативи робочого часу [146]. На жаль, сьогодні нормативи працезатрат та їх вартість відображають можливість нашого бюджету, а не потреби в технологіях і коштах при необхідності надання якісної медичної допомоги.

Нормативи медичних працезатрат – це комплекс певних технологічних елементів, якісне виконання яких потребує затрат визначеного робочого часу. В основі критерія праці, зокрема, лікаря повинен бути певний об'єм праці за одиницю робочого часу. Одиницею часу є такий оптимальний час, на протязі якого можливо якісно надати медичну допомогу пацієнту.

Основоположним принципом в прогнозуванні того чи іншого об'єму роботи є науково обґрунтовані нормативи праці, облік сукупності розділів роботи, обов'язкових для виконання конкретним лікарем, а також певний технологічний алгоритм даної роботи в межах її оптимальної моделі для профілактичних оглядів, диспансеризації, амбулаторного прийому чи стаціонарного лікування. Виходячи з вказаних принципів, одержуємо можливість обґрунтовано розраховувати конкретну кількість медичної роботи на наступний день, місяць, квартал, рік одному лікарю або окремому колективу медичних працівників.

Визначення необхідних затрат медичної праці ґрунтується на принципах аналітично-дослідницького методу нормування праці з широким використанням хронометражу технологічних елементів діагностично-лікувального процесу, науково обґрунтованих нормативів. Економіко-математичний аналіз зайнятості медичного персоналу базується на аналітично-розрахунковому методі нормування праці [147].

Вибираючи метод хронометражу, ми скористалися методичними рекомендаціями, які розроблені співробітниками нормативно-дослідного центру праці закладів охорони здоров'я НДІ соціальної гігієни та організації охорони здоров'я ім. Н.А. Семашко [94], а також методикою Н.В. Гусилетової [23], що використовували хронометраж у своїх дослідях. Проте, враховуючи особливість нашої роботи – необхідність хронометражу окремих технологічних елементів оптимальної моделі діагностичного та лікувального процесу ЛОР-захворювань, ми трохи модифікували цей хронометраж, акцентувавши увагу на тій чи іншій діагностично-спорідненій групі (ДСГ) названих хвороб, ступенів їх складності тощо.

Якщо поставлена мета проведення профілактичних оглядів з використанням оптимальної технології, то необхідно скористатися хронометражними показниками середньої тривалості одного ПО, які рекомендовані фахівцями Кіровоградської обласної лікарні [109, 119]. Відповідно цим даним, у хірурга і гінеколога – це 10 хв., у терапевта і педіатра – 13, невропатолога – 11, офтальмолога – 15 і отоларинголога – 8 хв.

В процесі профілактичних оглядів у діях кожного лікаря простежується потреба виконання певної технології, специфіка якої обумовлена загальноприйнятим комплексом стандартних маніпуляцій та заходів, що часто повторюються при обстеженні особи (табл. 1). Хронометраж враховував такі особливості, як збільшення працезатрат при виконанні того чи іншого елемента роботи, коли виникала потреба в додаткових маніпуляціях і процедурах, і випадки, коли необхідність в таких була відсутня. Оскільки, як в нашому прикладі, спостерігалася різна частота тих і других, ми встановили середній термін, який розглядався як розрахунковий норматив працезатрат, або технологічний норматив.

Встановлений нами розрахунковий норматив працезатрат лікаря при виконанні одного профілактичного огляду є одночасно і економічним нормативом, який може отримати вартісну оцінку у вигляді певної долі заробітної плати лікаря, встановленою державою.

Таблиця 1

Дані хронометражу виконання окремих елементів технології профілактичного огляду за профілем "оториноларингологія"

№ п/п	Технологічні елементи одного профілактичного огляду	Максимальний час (з урахуванням додаткових маніпуляцій)	Мінімальний час (без додаткових маніпуляцій)
1	Бесіда (скарги) з обстежуванним	30 с	20 с
2	Фарингоскопія	30 с	10 с
3	Риноскопія (можлива анестезія слизової оболонки носової порожнини)	2 хв	30 с
4	Задня риноскопія (можлива анестезія зіву)	2 хв	1 хв
5	Непряма ларингоскопія (можлива анестезія зіву)	3 хв	1 хв
6	Отоскопія (можливий туалет слухового проходу, використання оптики та інше)	2 хв	30 с
7	Тест на сприйняття мови пошепки	3 хв	2 хв
8	Записи в амбулаторній карті	30 с	30 с
	Всього	11 хв 30 с	4 хв 30 с
В середньому – 8 хв.			

Таким чином, в процесі реформування медичних служб, зокрема діяльності сімейного лікаря у розділі організації ПО, набуває особливого значення такий організаційний стандарт, як використання хронометражних показників у якості критерія для обліку, аналізу та оцінки медичної роботи. На думку професора В.М. Лехан [62], "ніхто поки що не вигадав методики, кращої за хронометраж".

Оскільки вказані нормативи виражено у хвиликах, а тривалість робочого дня сімейного лікаря на одну ставку з врахуванням п'ятиденного тижня становить 7 год. 42 хв., то є необхідність розглянути структуру робочого дня лікарів, яких у складі бригад за графіком ЦМЛ чи ЦРЛ два рази на тиждень відправляють на проведення ПО мешканців зони відповідальності СЛ. Це три організаційних компонента: а) час, який необхідний для виконання так званих підготовчо-заклучних розділів роботи лікаря; б) технологічні перерви; в) технологічний термін для проведення, власне, профогляду. Отже, якщо тривалість робочого дня лікаря на одну ставку становить 7 год. 42х в. (462 хв.), то від початку робочого дня (8-а година ранку), необхідно доїхати із ЗОЗ до ам-

булаторії сімейної медицини (це, приблизно, 40 хв.), розділ підготовчо-заклучних робіт в АСМ займає 30 хв., технологічні перерви – дві по 10 хв. = 20 хв., то на технологічний час для проведення ПО залишається (462 хв. – 90 хв.) = 372 хв.

Для планування реального варіанту оптимальної моделі (РВОМ) профоглядів нами використовуються хронометражні розрахунки витрат робочого часу лікаря на один ПО. Наприклад, якщо для хірурга, як вже зазначалось, якісне виконання ПО займає 10 хв., то за один робочий день, використовуючи наш технологічний час (372 хв.), він зможе виконати ПО тільки 37 мешканцям (372 хв. : 10 хв.). Значить, за два виїзди на протязі тижня він зможе виконати ПО тільки 74 мешканцям (37 осіб х 2). Ці показники дозволяють визначити реальний варіант оптимальної моделі профоглядів для даного лікаря на місяць, квартал, рік, враховуючи його робочі дні. Таким чином, хронометражні показники нашої технології ПО, які би розглянули і затвердили профільні асоціації лікарів, є головним компонентом у визначенні оптимальної моделі ПО, оскільки їх обов'язкове виконання може забезпечити високу якість цієї роботи.

З огляду на нагальну потребу у визначенні нормативів робочого навантаження на лікарів, впровадження хронометражу з урахуванням оптимальної технології його проведення, дозволяє встановити статистичний мінімальний термін, протягом якого можливо якісно виконувати ПО. Ця інформація шляхом певних розрахунків трансформується у механізм визначення і оцінки нормативних і понаднормативних працездат лікарів в процесі профілактичних оглядів [109, 111].

3.3. Організаційний стандарт №3.

Технологія визначення понаднормативних працездат лікарів в процесі профілактичних оглядів

На сьогоднішній день обґрунтування механізму понаднормативних працездат лікаря взагалі не існує. Як відомо, приведені вище принципи щодо нормативів працездат не враховувались системою соціалістичної охорони здоров'я. У свідомість лікарів вкладались певні ідеологічні штампи. Один з них передбачав безвідмовний прийом лікарем усіх, хто звернеться до нього протягом робочого дня. Ідея гарна, але ніхто не визначив, хто і як повинен компенсувати лікарю за понаднормативну роботу. Адже бюджет лікувальної установи передбачає розмір заробітної плати (ЗП) лікарю тільки за офіційно встановлену тривалість його робочого дня. Тому, коли було очевидно, що кількість осіб, які потребують ПО, значно перевищує можливість лікаря виконати цю роботу без поспіху та якісно, із забезпеченням умов технологічно оптимального часу на кожного відвідувача (наприклад, у ЛОР-лікаря – 8 хв. робочого часу), то останній свідомо скорочує термін огляду особи до 2-3 хвилин. Тільки таким чином практично виконувався "принцип безвідмовності" і лікарі не виходили за межі офіційної тривалості їх робочого дня. Зрозуміло, подібні профілактичні огляди не можуть бути ані якісними, ані ефективними. Можливо, така система роботи дозволила професору А.П. Картишу [38] стверджувати, що профілактичні огляди в нашій системі охорони здоров'я є фікцією.

У попередньому обґрунтованому нами стандарті (3.2) було визначено, що норма-

тивний робочий час, наприклад, для сімейного лікаря, як терапевта, становить 13 хв. для виконання ПО одного мешканця. Якщо в день, коли працює бригада із ЦРБ, до лікарів звертається більша кількість мешканців з приводу ПО, наприклад, ще 10 осіб, то обстеження останніх розглядається як понаднормативна робота.

Оскільки одним із принципів якісного реформування системи охорони здоров'я є необхідність стимулювання праці лікаря, то ми скористалися методикою професора В.М. Лехан [60], яка будується на основі, що вартість працездати лікаря складається з двох частин – постійної та змінної. Ми рекомендуємо постійну частину працездат лікаря – нормативну – розраховувати на основі його бюджетної ставки (за 7 год. 42 хв.), а вартість понаднормативної роботи оцінювати в два рази більше, ніж нормативну. Така система стимулювання лікаря спонукала би їх до більш інтенсивного та якісного проведення профоглядів.

3.4. Організаційно-економічний стандарт № 4.

Визначення вартості працездат лікаря в процесі профілактичних обстежень

Норма як міра праці, яка використовується для оцінки результатів праці, служить основою її оплати. Доведено, що "нормативи праці, які обґрунтовані методом хронометражу, є еквівалентом нормативів, які можуть отримати вартісну оцінку у вигляді конкретної долі заробітної плати (ЗП) лікаря за певну медичну допомогу" [147]. "Незнання вартості медичної допомоги є найважливішою проблемою нашої системи охорони здоров'я" [70].

Профілактичні обстеження, які виконані якісно, відповідно до оптимальної технології цієї роботи, є апіорі економічно вигідними, оскільки дозволяють діагностувати захворювання на ранніх стадіях (скорочення терміну лікування, зменшення об'єму лікувальних процедур, здешевлення лікувального процесу).

Основу механізму визначення нормативної і понаднормативної кількості ПО за певний період (робочий день, квартал, рік), а також вартості працездат лікарів, які

виїзять для виконання ПО у АСМ, складають прогнозовані показники кількості обстежуваних відповідно до нашого реального варіанту оптимальної моделі. Прогнозувати реальну кількість ПО за певний період можливо, якщо відомо за результатами хронометражу нормативний термін одного ПО для кожного із бригади лікарів, які виїзять із ЦРЛ до амбулаторії сімейної медицини для виконання ПО.

Оскільки нам відомий норматив виконання одного ПО кожним лікарем даної бригади, а також вартість в гривнях виконання одного ПО (табл. 2), то наша методика передбачає такий алгоритм. Спочатку доцільно визначити розрахунками можливість кількості виконаних ПО лікарями за один робочий день з урахуванням технологічного часу – 372 хв., необхідного для кожного лікаря бригади на поточний день (у нас це 7 год. 42 хв. робочого часу лікаря від початку роботи, доїзду до АСМ з врахуванням певного підготовчого періоду). Сімейний лікар, який виконує в бригаді функцію терапевта, може якісно обстежити за день 28 мешканців (372 хв. : 13 хв.); сімейний лікар-педіатр – 28 (372 хв. : 13 хв.); хірург – 37 (372 хв. : 10 хв.); гінеколог – 37 (372 хв. : 10 хв.); невропатолог – 34 (372 хв. : 11 хв.); офтальмолог – 25 (372 хв. : 15 хв.); отоларинголог – 46 (372 хв. : 8 хв.); дерматолог – 46 (372 хв. : 8 хв.). Всього за один робочий день ця бригада лікарів зможе якісно обстежити 281 мешканця.

Якщо на протязі тижня аналізована бригада лікарів виконає два виїзди на профілактичні обстеження, то за квартал, за планом ЦРЛ можливо виконати 32 таких виїздів, в результаті яких лікарі із ЦРЛ зможуть обстежити, відповідно до нашого реального варіанту оптимальної моделі, таку кількість мешканців: сімейний лікар, як терапевт, – 896 мешканців (32 виїзди x 28 осіб); сімейний лікар, як педіатр – 896, відповідно; хірург – 1184 (32 виїзди x 37 осіб); гінеколог – 1184 (32 x 37); невропатолог – 1088 (32 x 34); офтальмолог – 800 (32 x 25); отоларинголог – 1472 (32 x 46); дерматолог – 1472 мешканця (32 x 46).

Таким чином, всього за один квартал, відповідно до наших нормативів, аналізова-

на бригада лікарів має можливість якісно провести профілактичні огляди 8992 мешканцям зони відповідальності сімейного лікаря.

Щодо визначення вартості працевзят- рат професійних лікарів із ЦРЛ, які брали участь у вищевказаних ПО, то, відповідно до нашої методики, знаючи вартість одного ПО для кожного лікаря, не складе великих зусиль сімейному лікарю або медичному експерту помножити вартість одного профобстеження на певну кількість виїздів бригади лікарів і кількість обстежених осіб, щоб отримати загальну вартість в гривнях роботи цих лікарів за визначений термін.

На жаль, можливості такої методики ПО відзначаються низьким відсотком бажаних із числа мешканців зони відповідальності сімейного лікаря добровільно приходити на профілактичні обстеження. Тому кожного разу треба користуватись нашими критеріями – реальним варіантом оптимальної моделі профоглядів і порівнювати останній з кількістю фактично виконаних ПО – нашим фактичним організаційним варіантом (ФОВ).

Загальну прогнозовану вартість процесу ПО усіх мешканців зони відповідальності СЛ можливо визначити при умові обов'язкової участі вирішення питань розрахунку вартості ПО професійних лікарів усіх клінічних фахів запланованого "Натурного експерименту".

Щодо лікувальної роботи сімейного лікаря, то окрім організаційної, в обов'язки СЛ входить і амбулаторне лікування хворих із зони його відповідальності, про що піде мова у наступному розділі.

3.5. Організаційний стандарт № 5.

Алгоритм реалізації доказового скринінгу в зоні відповідальності сімейного лікаря

Зараз ми стоїмо на порозі створення власної вітчизняної програми скринінгу доказової профілактики захворювань [43, 75], в т. ч. на основі так званого «золотого стандарту», рекомендованого американською робочою групою превентивних заходів [150].

Таблиця 2

Розрахунок загальної вартості одного ПО для ЛОР-лікаря
і працевзатрат на один ПО лікарів різних фахів

Медичний персонал	Р _{ф.з.пл.д.} річний фонд зп. лікаря, коп.	Р _{в.р.ч.д.} річний бюджет робочого часу лікаря, хв.	Т _{т.п.п.о} термін технологічного нормативу ПО, хв.	Вартість ПО, грн.	Нарахування на ЗП (22%), грн.	Вартість працевзатрат лікаря без підвищення коефіцієнтів, грн.	Підвищуючі коефіцієнти			Загальна вартість працевзатрат лікаря за один ПО, грн.	Медикаменти і матеріали (ММ), грн.	Матеріально-технічні витрати (МТВ), грн.	Загальна вартість, грн.
							За прийом особи з сілської місцевості – 1,5	За прийом літніх осіб > 65 років – 1,3	За прийом дітей <3 років – 1,3				
Мінімальний тарифний оклад – 3152 грн.													
ЛОР-лікар	3782400	115038	8	2,63	0,38	3,21	1,6	0,96	0,96	6,72	20,36	5,46	32,54
Сімейний лікар терапевт	3782400	115038	13	4,27	0,94	5,21	2,51	1,50	1,50	10,82	-	-	-
Сімейний лікар педіатр	3782400	115038	13	4,27	0,94	5,21	2,51	1,50	1,50	10,82	-	-	-
Хірург	3782400	115038	10	3,29	0,72	4,01	2,00	1,20	1,20	8,41	-	-	-
Гінеколог	3782400	115038	10	3,29	0,72	4,01	2,00	1,20	1,20	8,41	-	-	-
Невропатолог	3782400	115038	11	3,61	0,79	4,4	2,20	1,32	1,32	9,24	-	-	-
Окуліст	2782400	115038	15	4,93	1,08	6,01	3,00	1,80	1,80	12,61	-	-	-
Дерматолог	2782400	115038	8	2,63	0,58	4,01	1,60	0,96	0,96	6,72	-	-	-
Разом			88							73,79			

З огляду на необхідність такого обов'язкового для практичних лікарів розділу, як вторинна профілактика, нами представлено організаційний алгоритм доказового скринінгу на прикладі однієї із медичних служб – оториноларингологічної, принципи функціонування якої є такими, як інших клінічних служб – хірургії, терапії тощо.

Використовуючи методи структурно-логічного аналізу і цільового прогнозування, нами подано пропозиції щодо технології реалізації доказового скринінгу в процесі вторинної профілактики та лікувального менеджменту на основі ретроспективного аналізу значної кількості історій хвороб і амбулаторних карт оториноларингологічних хворих Кіровоградської обласної лікарні за 10 років [119]. У кожному випадку захворювань пацієнтів розподіляли щодо клініко-статистичних груп (КСГ), діагностично-споріднених груп (ДСГ) і ступенів складності хвороб та хірургічних операцій. Після підтвердження клінічного заключного діагнозу з визначенням КСГ, ДСГ і ступеня складності фахівцями ЗОЗ другого чи третього рівня ця інформація передавалася сімейному лікарю для відповідного кодування.

3.6. Організаційно-економічний стандарт № 6. Обґрунтування анкетно-анамнестичного розділу доказового скринінгу

Реалізація доказового скринінгу, на нашу думку, включає необхідність виконання двох розділів: анкетно-анамнестичного і діагностично-доказового. Перший передбачає забезпечення АСМ необхідною кількістю уніфікованих анкет, аналогічних тим, що рекомендовано нами щодо ЛОР захворювань (табл. 3), в розрахунку на кожного мешканця зони відповідальності СЛ, у якій будуть сконцентровані скарги мешканців щодо їх захворювань. З огляду на те, що зазвичай, за даними досліджень [119], на профогляди, які виконувала виїзна бригада із 5-6 лікарів різних фахів із ЗОЗ другого рівня, зверталось всього 22-30% мешканців, запропонований нами організаційний варіант, окрім економії значних коштів на виїзд та оплату праці лікарям, дозволяє за участю патронажних медсестер сформувати "групу ризику" можливих

захворювань із числа 100% мешканців. Сформована таким чином "група ризику" підлягає обов'язковому обстеженню відповідними фахівцями ЗОЗ другого рівня.

З метою розрахунку нормативного робочого навантаження на патронажну медсестру сімейний лікар визначає приблизну відстань та пересічний час, який витрачає остання на шлях до осель мешканців, а також термін опитування та заповнення анкети на осіб щодо усіх медичних фахів протягом її робочого часу. Така інформація дає можливість визначати вартість працездатності медсестри за один робочий день, а також обґрунтовано планувати термін завершення формування "групи ризику" захворювань та розрахунку загальної вартості цієї роботи. Якщо, наприклад, медсестра витрачає 10 хв. на заповнення одної анкети щодо ЛОР-захворювань і стільки ж потрібно часу для одного мешканця стосовно інших медичних фахів (хірургія, терапія тощо), не важко визначити, скільки за робочий день можливо заповнити анкет і, відповідно, обґрунтовано вирахувати, за скільки робочих днів медсестра сформує "групу ризику" захворювань за всіма основними клінічними фахами.

Удосконалення організації профілактичних оглядів з урахуванням оптимальних варіантів для їх ефективності, на наш погляд, потребує створення і реалізації відповідних комп'ютерних програм, які би передбачали звільнення сімейного лікаря від необхідності неминучих і численних розрахунків вказаних вище показників і суттєво скоротили б необхідний аналіз цієї роботи з оцінкою результатів. Така система варта того, щоб облаштувати кожен АСМ регіону комп'ютером для оперативного аналізу медичної інформації не тільки щодо профілактичних обстежень. Комп'ютеризація, як відомо, виключає можливість суб'єктивних оцінок та помилок в розрахунках показників медичної роботи, а також дозволяє одержати необхідну інформацію за певний період (місяць, квартал, рік) для всіх зацікавлених сторін (лікарів, медичних експертів, керівників ЗОЗ, держадміністрації тощо).

Можливість реалізації рекомендованого алгоритму профоглядів як обґрунтованого і обов'язкового організаційного стан-

дарту в зонах відповідальності АСМ дозволила б розглядати результати даної роботи у

відповідності з принципами доказової медицини.

Таблиця 3

АНКЕТА ВИЯВЛЕННЯ ЛОР-ЗАХВОРЮВАНЬ

(наявні у Вас скарги підкреслити)

_____	_____
(П.І.Б.)	(Рік народження)
_____	_____
(Домашня адреса)	(Домашній телефон)
_____	_____
(Місце роботи, посада)	(Службовий телефон)

ВУХО	
Виділення з вуха	- із обох, з правого, з лівого - постійне, періодичне
Зниження слуху	- на обидва вуха, на ліве, на праве - до 2-х місяців, більше 2-х місяців - помірне, різке
Інші скарги на вухо	- до 2-х місяців, більше 2-х місяців - вписати
ГЛОТКА	
Лікарняні листи з приводу захворювання глотки	- 1-2 рази на рік - більше 2 разів на рік
Температура при захворюванні глотки	- до 37°, до 38°, 38° та вище
Чи мало місце стаціонарне лікування	- так, ні
ГОРТАНЬ	
Хриплий голос	- до 2-х разів на рік - більше 2-х разів на рік - постійно
Тривалість захриплості голосу	- до 2-х тижнів - більше 2-х тижнів
Дискомфорт під час ковтання	- до 2-х тижнів - більше 2-х тижнів
Інші скарги	- вписати
НІС	
Закладеність носа	- постійно, періодично
Виділення з порожнини носа	- гнійні, слизові, водянисті
Тривалість захворювання	- до 2-х тижнів - більше 2-х тижнів - постійно
Інші скарги	- вписати

Висновки

1. Ідеологічною основою успішної роботи лікаря щодо аналізованого розділу має бути принцип найбільш повного охоплення профілактичними оглядами населення з обов'язковим урахуванням комплексу організаційно-економічних стандартів в про-

цесі виконання нашої моделі профілактичних оглядів.

2. Порівняння показників робочих критеріїв реального варіанта організаційної моделі (РВОМ) і фактичного організаційного варіанту (ФОВ) з універсальним критерієм оцінки цієї роботи – ідеальним варіантом

(ІВОМ) вказує на динаміку охоплення профілактичними оглядами і на конкретний рівень ефективності роботи сімейного лікаря у розділі ПО, а також дозволяє визначити певний професійний рейтинг в межах ЗОЗ госпітального округу.

3. Наш реальний варіант оптимальної моделі (РВОМ), як робочий критерій, дає змогу лікарям шляхом розрахунків визначити рівень нормативних і понаднормативних профілактичних оглядів за робочий день, місяць, квартал тощо, а також загальний термін якісного виконання ПО усім мешканцям зони відповідальності СЛ.

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

5. Реалізація анкетно-анамнестичного розділу в процесі виконання "Золотого стандарту" доказового скринінгу за участю

середнього медичного персоналу забезпечує майже 100% охоплення профоглядами мешканців зони відповідальності СЛ і є економічно вигідним.

6. Реалізація сімейним лікарем у логічному взаємозв'язку алгоритму принципово нових організаційно-економічних стандартів і критеріїв за умови узгодження їх в якості нормативного документу асоціаціями лікарів України дозволяє розглядати результати профілактичних оглядів як таких, що відповідають принципам доказової медицини.

7. Створення відповідної комп'ютерної програми дозволить звести до мінімуму витрати робочого часу лікарям на облік, аналіз, оцінку динаміки, розрахунки працездатностей та їх вартості, моніторинг процесу профоглядів, а контролюючим органам і експертам – проведення і визначення оцінки якості та ефективності даного розділу медичної роботи.

Надійшла до редакції 12.12.2022

© В.М. Самоходський, 2023