

# HISTORICAL ASPECTS OF REFORMING OUTPATIENT CARE IN UKRAINE ARMED FORCES: PAST AND FUTURE

Kamalov R.Kh., Gulpa V.S., Varus V.I.

## ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ РЕФОРМУВАННЯ ПОЛІКЛІНІЧНОЇ ДОПОМОГИ У ЗБРОЙНИХ СИЛАХ УКРАЇНИ. СТАНОВЛЕННЯ ТА СЬОГОДЕННЯ

**A**

**КАМАЛОВ Р.Х.,  
ГУЛЬПА В.С., ВАРУС В.І.**

Військово-медичний  
департамент Міністерства  
оборони України,  
м. Київ;

Науково-дослідний інститут  
проблем військової медицини  
ЗС України,  
м. Ірпінь

УДК: 614.2:355+61:355.72

Амбулаторно-поліклінічній службі належить найважливіший сектор системи охорони здоров'я, від стану якої залежать ефективність та якість діяльності усєї системи охорони здоров'я, а також вирішення багатьох медико-соціальних проблем. Стратегія Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо переорієнтації медичної допомоги на первинну медико-санітарну допомогу прийнята більшістю держав світу. Про необхідність розвитку амбулаторно-поліклінічної допомоги йдеться нині на усіх рівнях. На урядовому рівні прийнято програму розвитку медичної галузі.

У доповіді ВООЗ "Про стан систем охорони здоров'я у сві-

ті" (2008 р.), присвяченій первинній медико-санітарній допомозі, зокрема вказано, що основними недоліками управління систем охорони здоров'я у світі є орієнтація на стаціонарний вид надання медичної допомоги та надмірну спеціалізацію медичних кадрів, фрагментарність систем охорони здоров'я, які сформовані навколо пріоритетних програм, і нерегульована комерціалізація медичних послуг.

У Збройних Силах України з моменту їх становлення відбувалося послідовне зменшення сил та засобів медичної служби відповідно до скорочення військ. Реформування медичної служби здійснювалося з метою покращання стану здо-

**ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ  
РЕФОРМИРОВАНИЯ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ  
ПОМОЩИ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ  
УКРАИНЫ. СТАНОВЛЕНИЕ И НАСТОЯЩЕЕ  
Камалов Р.Х., Гульпа В.С., Варус В.И.**

**Целью работы** было проведение анализа последствий реформирования амбулаторно-поликлинической помощи в ВС Украины. В работе использованы медико-статистические, структурно-логические, библиосемантические и аналитические **методы исследования.**

В результате было установлено, что создание поликлинической помощи в Вооруженных Силах происходило в четыре периода: довоенный, послевоенный, советский и период независимости. Продолжительное время поликлиники существовали на отдельных штатах. Учреждения первичной медпомощи были этапом лечебно-эвакуационного обеспечения и выполняли функцию по сортировке больных. При такой организационной структуре около 70% военнослужащих получали медпомощь на амбулаторно-поликлиническом уровне и около 30% — на госпитальном.

Проведен анализ последствий реформирования амбулаторно-поликлинической помощи. Отмечено, что после очередного объединения поликлиник и стационара значительно вырос

уровень необоснованной госпитализации. Из общего количества военнослужащих, которые обращались за медпомощью в амбулаторно-поликлинические учреждения, направлялись на стационарное лечение военнослужащие срочной службы — 67-68%, офицеры — 26%, военнослужащие по контракту — 31%. При этом 44% случаев обращений не требовали специализированной медпомощи, и она могла быть предоставлена на догоспитальном уровне. Отрицательные последствия данной ситуации — увеличение процента неоправданной госпитализации и финансовых затрат, поскольку стоимость стационарного лечения в 4-7 раз превышает стоимость амбулаторной помощи. Отмечено, что финансирование медицинской службы Вооруженных Сил Украины в соотношении "стационар — амбулаторная помощь" имеет следующие показатели: 82,5% и 17,5% (из них 10% — для обеспечения войскового звена и 7,5% — для оказания амбулаторно-поликлинической помощи). Приведены объективные предпосылки необходимости осуществления мероприятий по переориентации медпомощи на первичную медико-санитарную помощь, а также мероприятий по развитию профилактического направления медицины с целью уменьшения заболеваемости и госпитализации военнослужащих.

© Камалов Р.Х., Гульпа В.С., Варус В.И. СТАТТЯ, 2012.

№ 4 2012 ENVIRONMENT & HEALTH 72

ров'я військовослужбовців, підвищення якості та оперативності надання медичної допомоги, забезпечення широкого доступу військовослужбовців до сучасних засобів діагностики та лікування у системі раціонального розподілу і використання військово-медичних ресурсів.

Однак відсутність профілактичної роботи, направленої на попередження захворювань особового складу, призводило до високого рівня захворюваності, а неукомплектованість медичним персоналом та медичним майном — до необґрунтованої госпіталізації.

У наявній сучасній медичній літературі публікації щодо комплексного аналізу показників якості реформування амбулаторно-поліклінічної допомоги у Збройних Силах України мають фрагментарний характер, що зумовило актуальність даного дослідження.

**Предмет дослідження** — організація поліклінічної допомоги у Збройних Силах України.

**Методи досліджень:** медико-статистичні, структурно-логічні, бібліосемантичні, аналітичні.

**Результати та обговорення.** У процесі виконання досліджень було здійснено підбір, аналіз та узагальнення наукової, нормативної інформації та інших матеріалів щодо організації поліклінічної допомоги у Збройних Силах України. Загалом було опрацьовано з даної тематики 37 наукових джерел: 3 дисертації, 20 наукових статей, 14 монографій та методичних посібників, звіти медичної статистики за 2001-2010 роки. Крім того, підготовлено розпорядження директора ВМД щодо надання інформації про роботу поліклінік зон відповідальності та узагальнено отримані дані.

При вивченні історичних аспектів створення поліклінічної допомоги у Збройних Силах, на нашу думку, можна визначити чотири періоди: довоєнний, повоєнний, радянський та період незалежності.

Довоєнний період відзначався бурхливим розвитком первинної медико-санітарної допомоги. У 20-ті роки минулого століття вийшло багато важливих декретів та постанов щодо створення мережі поліклінік, жіночих та дитячих консультацій, розширення профілактичних заходів не лише у діяльно-



## ПРОБЛЕМИ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЦИНИ

сті санітарних лікарів, але й лікарів лікувального профілю. Поліклінікам надавалося все більшого значення в організації лікувально-профілактичної допомоги населенню. Здійснено націоналізацію приватних, суспільних, благодійних та страхових закладів.

У частинах Радянської Армії у середині 20-х років (1926-1928) так само було організовано поліклініки, що функціонували у складі військових госпіталів як поліклінічні відділення.

У 1940-ві роки військові поліклініки отримали статус самостійних установ — гарнізонних поліклінік. Гарнізонні поліклініки призначалися для надання загальнолікарської і спеціалізованої амбулаторної допомоги особовому складу військових частин і установи даного гарнізону.

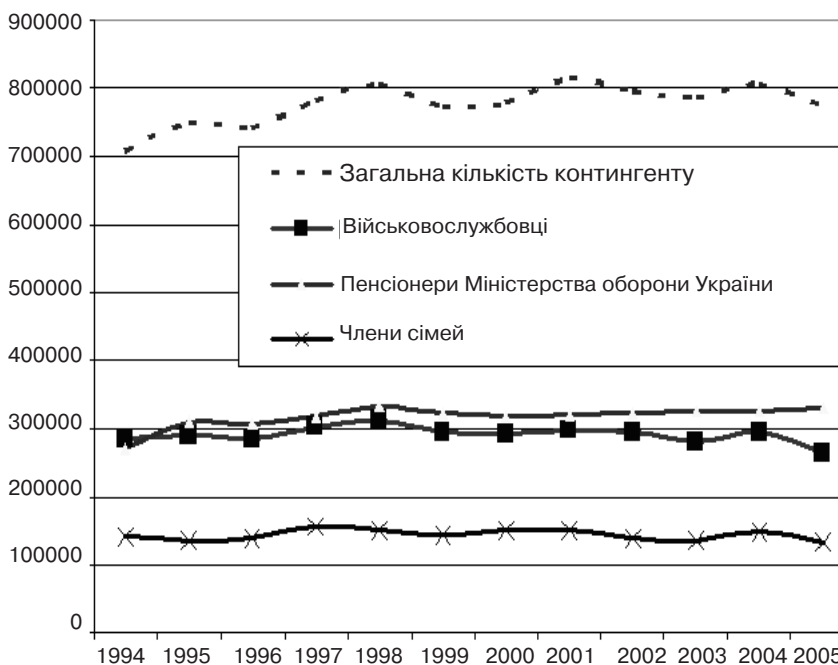
Гарнізонні поліклініки були тісно пов'язані з санітарною

службою військових частин. Вони спільно вивчали причини й умови виникнення і розвитку захворювань серед військовослужбовців, вели санітарно-просвітницьку роботу. Разом з тим, гарнізонна поліклініка з питань санітарно-епідеміологічного благополуччя військ підтримувала зв'язок з місцевими органами охорони здоров'я.

Другий період, повоєнний. Після закінчення Великої Вітчизняної війни усі гарнізонні поліклініки було перетворено на поліклінічні відділення гарнізонних військових госпіталів з метою забезпечення наступності амбулаторного і стаціонарного лікування. Реформування поліклінік було розпочато ще 1941 року, коли з ініціативи начальника Головного військово-санітарного управління Червоної армії Смирнова Є.І. вперше до штату Центрального військового госпіталю імені П.В. Мандрики були

Рисунок 1

Кількість контингенту, що має право на медичне обслуговування



СРСР Є.І. Смирнова ідея об'єднання поліклінік та госпіталів згасла. З приходом нових керівників охорони здоров'я з 1955 року поліклініки знов стали окремими структурними підрозділами.

Четвертий період — незалежності, розпочався з формуванням Збройних Сил України. Необхідно відзначити, що основний період реформування поліклінічної допомоги відбувся у 1994-2005 роках. Ініціаторами реформ поліклінічної допомоги були начальник Головного військово-медичного управління Збройних Сил України, генерал-лейтенант ме-

дичної служби Білий В.Я. та його заступник, генерал-майор медичної служби Вовков М.М.

До складу Збройних Сил України на момент їх формування входило 46 військових госпіталів, які були передовою (першою) ланкою у загальній системі лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил СРСР.

Переважна більшість цих госпіталів — малопотужні лікувальні заклади (від 50 до 150 ліжок), лікувальні відділення яких були укомплектовані за штатом одним-двома лікарями за профілем.

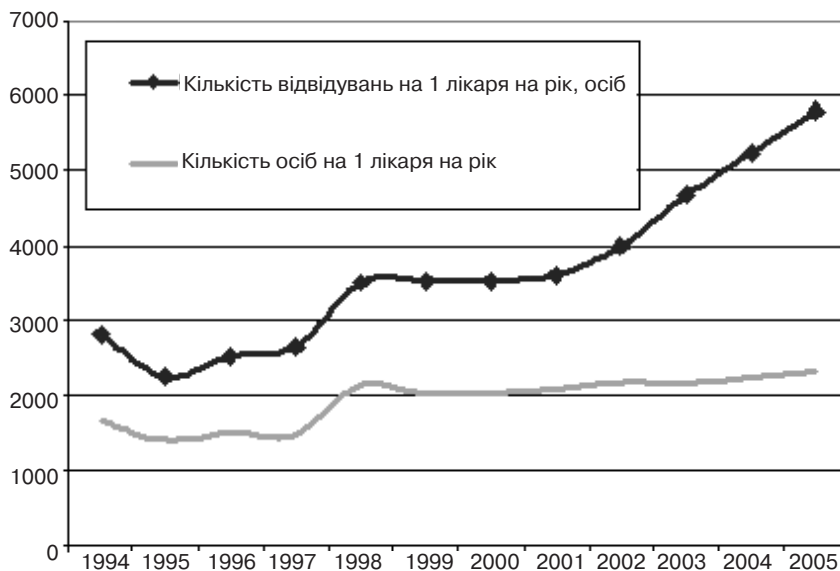
Основним призначенням таких військових госпіталів було виконання мобілізаційних завдань — розгортання у военний час госпітальних баз.

Починаючи реформування, військово-медична служба передусім звільнилася від військово-медичних частин та закладів, що мали низьку завантаженість та нерозвинену лікувально-діагностичну базу. Це окремі медичні батальйони, військові лазарети, поліклінічні відділення та госпіталі: 1992-й військовий госпіталь (м. Лебедин), 747-й військовий госпіталь (м. Бердянськ), 1910-й військовий госпіталь (м. Броди) та інші.

Головним військово-медичним управлінням були відпрацьовані типові штати головного, базового і гарнізонного військових госпіталів та їхніх філій.

введені поліклініки. З організацією поліклінічних відділень при гарнізонних військових госпіталях здійснилася ідея безпосереднього зв'язку ста-

**Рисунок 2**  
**Показники відвідувань поліклініки та співвідношення лікарі/контингент**



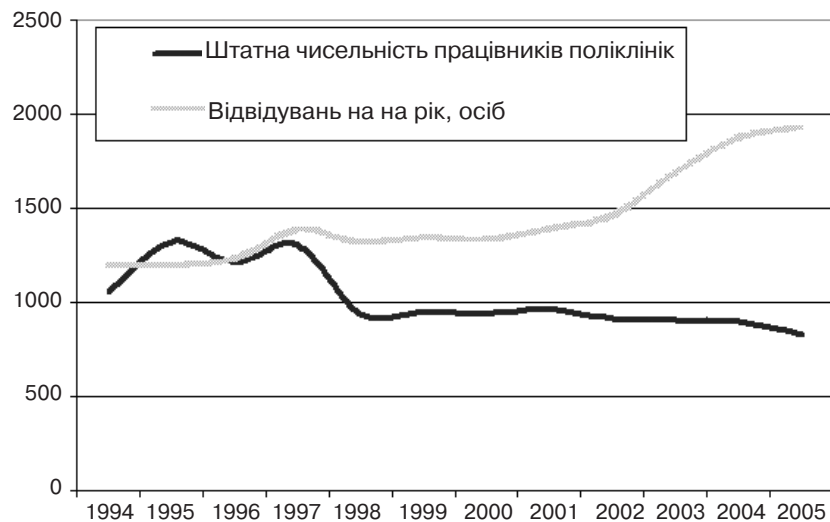
ціонару з поліклінікою. Лікар стаціонару приймав також хворих у поліклініці.

Такий порядок створював умови для надання лікареві можливості спостерігати розвиток захворювання з самого його початку. Залучення до роботи поліклініки фахівців госпіталів підвищувало якість надання допомоги у поліклініці.

Третій — радянський період розпочався з 1960-х років та ознаменувався екстенсивним розвитком медичної галузі та переважно стаціонарної медичної допомоги і вузької спеціалізації. У цей час збільшилася кількість ліжок, медичного персоналу, нових медичних закладів.

1952 року після відставки міністра охорони здоров'я

**Рисунок 3**  
**Співвідношення штатної чисельності працівників поліклінік та кількості відвідувань**



**HISTORICAL ASPECTS OF REFORMING  
OUTPATIENT CARE IN UKRAINE ARMED FORCES:  
PAST AND FUTURE**

**Kamalov R.Kh., Gulpa V.S., Varus V.I.**

*Outpatient care reforming results in Ukraine Armed Forces have been analyzed.*

*Methods used for research: medical statistics, structure-logical, library findings, analytical.*

*Four stage of outpatient care development in Ukraine Armed Forces has been revealed. They are pre WW II, past WW II, Soviet and Ukrainian periods.*

*Long time outpatient clinics had own separate staffs of employees. Medical treatment facilities of first medical care acted as triage role. In such system servicemen were admitted to hospital only in 30% cases, the rest was treated in outpatient level.*

*The results of outpatient care next reforming has been analyzed. Increase of groundless admission to hospital rates after next integration of military outpatient clinics and hospitals has been pointed out. The structure of servicemen referrals to inpa-*

*tient medical treatment facilities was following: 67-68% — active duty servicemen, 31% — contracted servicemen, 26% — officers. Among them 44% cases didn't require specialized medical care (role 3, 4) and may be treated in military units' medical stations. Thereby increase admission to hospital rates caused expenses boost as inpatient care is 4-7 times more expensive than outpatient care. Disproportion of outpatient and inpatient care financing has been revealed. 82,5% of budget finance has been allocated to inpatient health care, correspondingly 17,5% — to outpatient level (10% — units' medical service, 7,5% — policlinics). Necessity of cardinally shift emphasis on outpatient care development in current situation has been substantiated. Actions to decrease morbidity and admission to hospital rates in Ukraine Armed Forces have been proposed.*

**Keywords: historical aspects, military outpatient clinics and hospitals, outpatient care, prophylactic medicine.**

Організаційно-штатна структура зазначених військово-лікувальних закладів була максимально збалансованою, виходячи із завдань, що на них покладалися.

Розроблено територіальну систему медичного забезпечення особового складу Збройних Сил України. Військові госпіталі видів Збройних Сил України та оперативних командувань мали жорстку вертикаль підпорядкування з спеціальних питань від Головного військового клінічного госпіталю до філії військового госпіталю.

Надання догоспітальної допомоги здійснювалось у гарнізонних поліклініках при військових госпіталях, яких налічувалося 17, з них 5 стоматологічних. 1997 року відбулося об'єднання поліклінік та госпіталів в єдиний штат.

Для здійснення оцінки ефективності реформування поліклінічної допомоги нами було використано дані про роботу поліклінік зон відповідальності за 1994-2005 роки та звітні матеріали медичної статистики у період з 2001 по 2010 роки.

Отримані дані опрацьовано за такими показниками: кількість контингенту, що має право обслуговування, штатна чисельність поліклінік, кількість лікарів, кількість відвідувань поліклініки, навантаження на одного лікаря, кількість проведених досліджень на одне відвідування. Як видно з рисунка 1, кількість контингенту за 1994-2005 роки майже не

змінилася та становила близько 800 тисяч осіб.

Протягом цього періоду кількість відвідувань особового складу поліклінік (поліклінічних відділень) зменшилася з 1057 до 831, з них лікарів 423 та 332 відповідно. За цей період кількість відвідувань значно зросла: з 1195401 до 1931376 осіб на рік. При цьому у результаті реформування кількість кабінетів зменшилася з 556 до 482, загальна площа збільшилася з 21267 м<sup>2</sup> до 23149,45 м<sup>2</sup>.

Розраховані показники відвідувань на одного лікаря на рік за період з 1994 по 2005 рік збільшилися з 2266 до 5800. За сталих кількостей лікарів та контингенту зростання показника відвідувань здійснюється за рахунок частоти звернень, який дорівнював у 1994 р. 1,7, у 2005 р. — 2,5. Водночас після 1998 року кількість контингенту, що має право на медичне обслуговування, склало майже 2 тисячі осіб на одного лікаря (рис. 2).

Як видно з рисунка 3, штатна чисельність поліклінік максимальною була у 1995-1997 роках, однак після 1998 року різко зменшилася. Водночас відзначається зростання кількості відвідувань на рік за рахунок збільшення кількості звернень.

За структурою звернень до поліклініки необхідно зазначити, що 29% усіх відвідувань здійснено лікарями загальної практики та терапевтами, окулістом — 8%, хірургом — 7%, отоларингологом — 8%, неврологом — 9%, дерматовенерологом — 5%, психіатром —

3%, гінекологом — 3%, іншими — 15%.

Як видно з рисунка 4, у період з 1994 по 2005 рік час на обстеження 1 хворого зменшився. У період з 1994 по 1997 рік кількість лікарів не відповідала кількості звернень до поліклініки, тобто була завищеною. У середньому на одного лікаря припадало менше 10 відвідувань, що у 2,5 рази менше від нормативів. З 1998 року кількість обстежених на одного лікаря зросла більше ніж вдвічі. За цей період показники кількості осіб, обстежених одним лікарем за рік, зросли та наблизилися до загальноприйнятих показників Міністерства охорони здоров'я.

Дослідження динаміки направлення на стаціонарне лікування показало високий відсоток госпіталізації військово-службовців строкової служби (рис. 5). За категоріями військовослужбовців частки направлених на стаціонарне лікування, у тому числі до лазаретів, а також частки переведених з лазаретів до "інших закладів" представлені таким чином: 66,14% військово-службовців строкової служби, 26,7% офіцерів та 31,0% військовослужбовців за контрактом направлено на стаціонарне лікування (від кількості первинних звернень). 56,6% військовослужбовців строкової служби, 8,4% офіцерів та 10,9% військовослужбовців за контрактом надійшло до лазарету (від кількості направлених на стаціонарне лікування).

чення поліклінічної роботи, мали чітку тенденцію до зниження з 10,2% (2005 р.) до 7,6% (2010 р.).

Дослідження показали, що у структурі фінансування медичної служби Збройних Сил України співвідношення "стаціонар — амбулаторна допомога" у середньому за 10 років складає 82,5% : 17,5% (з них 10% — для забезпечення військової ланки, 7,5% — для забезпечення надання амбулаторно-поліклінічної допомоги у поліклініках).

Все це вказує на наявність внутрішніх протиріч двох взаємовиключних тенденцій, які не повинні, на нашу думку, бути поєднаними у межах однієї організаційної структури, бо основним завданням первинної медико-санітарної допомоги є профілактика захворювань, у той час як стаціонар, за своєю сутністю та ідеологією, заці-

кавлений у збільшенні кількості хворих.

Крім того, одним з основних критеріїв ефективності діяльності закладів охорони здоров'я є завантаженість ліжок, тому перерозподіл потоків хворих на більш дешевий первинний рівень медичного забезпечення, де мають закінчувати лікування 70% усіх пацієнтів, потягне за собою скорочення кількості ліжок через їх незавантаженість та призведе до перерозподілу наявних обмежених ресурсів на розвиток профілактичного напрямку медицини, що ніяким чином не входить до кола інтересів стаціонару. І все це тому, що стаціонар є системоутворюючим елементом військово-медичного центру, який формує імідж цього центру і навіть просто є визначальним чинником самого факту існування військово-медичного центру.

Забезпечення медичним майном амбулаторно-поліклінічних відділень (клінік амбулаторної допомоги) здійснюється з аптек госпіталів (відділів медичних постачань, фармацевтичних центрів). Значна частина коштів використовується на забезпечення стаціонарної допомоги.

Так, у період з 2005 по 2010 рік обсяги фінансування, що були спрямовані на забезпе-

Рисунок 4

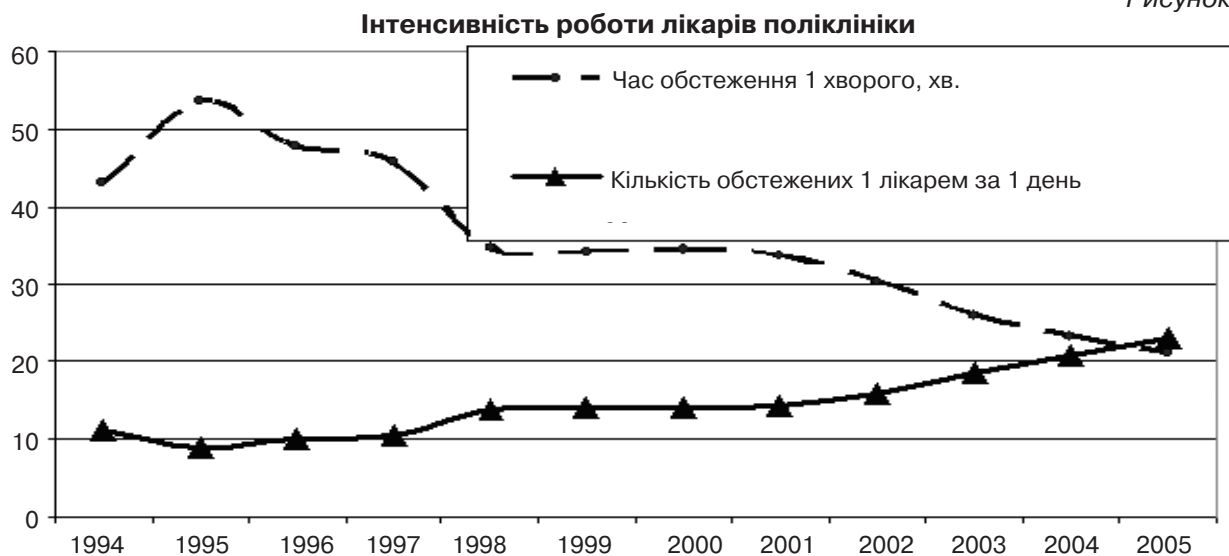
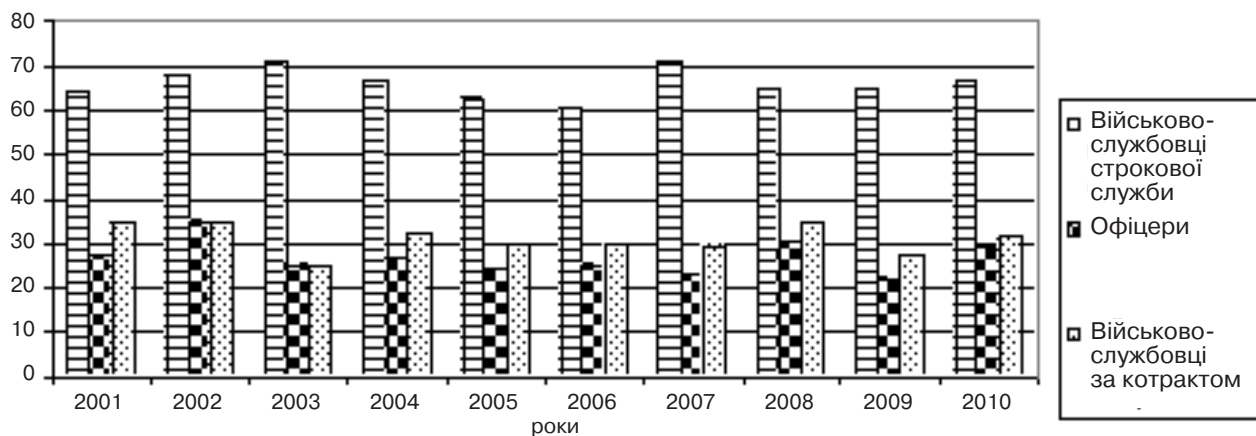


Рисунок 5

**Направлення військовослужбовців на стаціонарне лікування (від кількості первинних звернень), %**



Тому інтеграція поліклінік та госпіталів, безумовно, корисна заради забезпечення тісної послідовності та спадкоємності у лікуванні. Однак, інтеграція функціональна, а не організаційно-штатна. На думку ряду російських військових медиків, саме юридична самостійність стала вагомим стимулом розвитку амбулаторно-поліклінічної ланки.

#### Висновки

1. В історичному аспекті розвитку поліклінічної допомоги тривалий час поліклініки існували на окремих штатах. Заклади первинної медичної допомоги були етапом лікувально-евакуаційного забезпечення та виконували функцію з сортування хворих.

Перевага надавалася поліклінічній допомозі у формі самостійної ланки. За такої організаційної побудови близько 70% військовослужбовців отримували медичну допомогу на амбулаторно-поліклінічному рівні, майже 30% — на госпітальному.

2. З чергового реформування 1998 року відбулася зміна функціонального підпорядкування поліклінік. З того часу із загальної кількості військовослужбовців, що зверталися за медичною допомогою до амбулаторно-поліклінічних закладів, направлялися на стаціонарне лікування військовослужбовці строкової служби (67-68%), офіцери (26%), військовослужбовці за контрактом (31%). При цьому 44% випадків звернень не потребували спеціалізованої медичної допомоги, яку могли надавати на догоспітальному рівні. Негативні наслідки такої ситуації — збільшення відсотка невідрядної госпіталізації та фінансових витрат, оскільки вартість стаціонарного лікування у 4-7 разів перевищує вартість амбулаторної допомоги.

3. Назріла потреба у здійсненні заходів з переорієнтації медичної допомоги на первинну медико-санітарну допомогу та запровадження заходів, спрямованих на розвиток профілактичного напрямку медицини з метою зменшення захворюваності і госпіталізації військовослужбовців та впровадження механізму ефективного використання наявних ресурсів.

Надійшла до редакції 13.10.2011.

## HYGIENIC ASPECTS OF DENTAL DISEASE IN RESIDENTS OF TRANSCARPATHIAN REGION IN 2006-2010

Fera O.V., Yerem T.V., Fera M.O.

## ГІГІЄНИЧНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У МЕШКАНЦІВ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА 2006-2010 РОКИ



**ФЕРА О.В.,  
ЕРЕМ Т.В.,  
ФЕРА М.О.**

Ужгородський  
національний університет

УДК 613.31-083(477.87)

Загальновідомо, що життєдіяльність людини залежить від стану довкілля, а здоров'я формується під впливом природних чинників. На організм впливає комплекс факторів довкілля, і життєдіяльність перебуває у безперервному динамічному взаємозв'язку з дією цих чинників. Коли ця взаємодія перевищує адаптаційні можливості організму, можуть виникнути донозологічні стани і патології [1-6].

Оскільки Закарпатська область України належить до ендемічних регіонів, особливо її гірські та передгірні райони, то мікроелементна недостатність негативно впливає на стоматологічне здоров'я місцевого населення.

### ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖИТЕЛЕЙ ЗАКАРПАТСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2006-2010 ГОДЫ

**Фера О.В., Ерем Т.В., Фера М.О.**

**Цель работы** заключалась в оценке с гигиенических позиций аспектов формирования стоматологической заболеваемости у жителей Закарпатской области за 2006-2010 гг. Проведено изучение ключевых причин возникновения стоматологической патологии у жителей эндемического региона. Количество обследованного населения Закарпатской области за 2006-2010 гг. составляло 6136492 человек. Изучались и рассчитывались стандартизированные показатели заболеваемости по пяти отдельным формам патологии полости рта для населения каждого района по разным биогеохимическим зонам области.

**Методы исследования:** социально-гигиенический (для выявления характера и степени воздействия условий проживания на основные показатели стоматологического здоровья населения эндемического региона), эпидемиологический, социальный (при обследовании местного населения разных биогеохимических зон Закарпатской области использовались специально разработанные анкеты), статистический (обработка результатов исследования). Все полученные в ходе экспериментов цифровые данные подвергали обработке методами вариационной статистики. Полученные результаты исследования свидетельствуют, что не только микроэлементный дефицит, но и постоянное воздействие неблагоприятных факторов внешней среды обуславливают возникновение стоматологической патологии у жителей эндемического региона. Выявленные особенности сочетанного действия дефицита микроэлементов и факторов внешней среды необходимо учитывать при разработке системных мер по первичной профилактике заболеваний органов ротовой полости и внедрение оздоровительных мер, направленных на снижение стоматологической заболеваемости населения эндемического региона.

© Фера О.В., Ерем Т.В., Фера М.О.

СТАТТЯ, 2012.