

**В.Н. Лехан,
М.В. Павленко**

ВПЛИВ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ФІНАНСУВАННЯ ЛІКАРЕНЬ НА ЯКІСТЬ ПЛАНОВОГО СТАЦІОНАРНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

*Дніпропетровська державна медична академія
кафедра соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я
(зав. – д. мед. н., проф. В.М. Лехан)*

Ключові слова: методи фінансування, якість лікарняної медичної допомоги, пацієнти хірургічного профілю
Key words: methods of financing, quality of hospital medicare, patients of surgical profile

Резюме. В статті описано порівняння результатів експертної оцінки адекватності стаціонарної допомоги плановим больним хірургічного профілю в бюджетній та частинній лікарнях, проведеної для аналізу впливу різних методів фінансування медичних установ на повноцінність медичного обслуговування. Визначено, що в обох досліджуваних закладах мають місце дефекти якості медичної допомоги та недостатня ефективність використання коечного фонду, проте в частинній клініці недоліки суттєво менше, ніж в бюджетній лікарні.

Summary. The article describes comparison of results of expert estimation of stationary help adequacy given to the patients of surgical profile in the government and private hospitals, conducted to analyse influence of various methods of financing of medical establishments on the efficiency of medical service. It was determined that in both medical institutes defects and disadvantages of quality of hospital medicare and inefficient bed fund use occur, but in the private clinic there are substantially less disadvantages, than in a budgetary hospital.

Недосконалість українського законодавства у сфері охорони здоров'я, а саме архаїчність способів розподілу фінансових коштів у державних медичних установах є одним з головних чинників, що негативно впливають на організацію лікувально-діагностичного процесу на будь-якому рівні системи охорони здоров'я, і в першу чергу – в стаціонарах [1, 5].

Якість та ефективність організації діяльності лікарень мають величезне значення, адже на фінансування стаціонарних закладів спрямовується значна частина загального бюджету всієї системи охорони здоров'я, лікарні визначають політику доступу до спеціалізованих медичних послуг і мають у своєму складі найбільш кваліфікованих медичних фахівців, оскільки надають допомогу населенню в найскладніших випадках [4].

Вказаний провідний, найбільш впливовий прошарок професійних медичних працівників, що працює в державних та комунальних стаціонарних закладах, не має мотивації до підвищення якості послуг та їх позитивного впливу на здоров'я населення, належного контролю витрат наявних ресурсів [1, 5]. Поряд із цим, у приватних стаціонарах менеджмент може застосувати різноманітні фінансові стимули для пос-

тійного підвищення якості лікування пацієнтів та ефективного використання ресурсів.

Метою проведеного дослідження було порівняння впливу різних методів фінансування стаціонарів на якість планового стаціонарного лікування хворих хірургічного профілю та визначення резервів підвищення ефективності лікування на прикладі хворих, оперованих з приводу неускладненої вентральної грижі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Дослідження проведено на базі лікарень м. Дніпропетровська, які використовують різні методи фінансування: міського комунального закладу – бюджетної установи, яка фінансується за методом постатейного кошторису та здійснює оплату праці медичних працівників за посадовими окладами, і приватного центру ендоскопічної та пластичної хірургії «Гарвіс», який здійснює оплату праці лікарів за пролікований випадок.

За одиницю спостереження прийнято закінчений випадок лікування пацієнта. Збір інформації проводився методом викопювання з медичних карт стаціонарних хворих.

Адекватність та якість медичної допомоги вивчено за матеріалами експертної оцінки 101

випадку стаціонарного лікування хворих, оперованих у плановому порядку з приводу неускладненої вентральної грижі. Було проаналізовано 52 випадки лікування протягом 2007-2009 років на базі міського комунального закладу та 49 випадків лікування протягом 2007-2008 років на базі приватної клініки. В усіх досліджених випадках було проведено оперативне втручання - герніопластику із застосуванням алопластичних (ненатяжних) методів з імплантацією сітчастого ендопротезу.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Виявлено, що відсутні достовірні відмінності в таких показниках груп пацієнтів, що порівнюються, як: середній вік ($53,8 \pm 12,0$ року ($M \pm SD$) у бюджетному закладі та $53,6 \pm 12,7$ року у приватній клініці, $p=0,98$); розподіл за статтю (чоловіків 30,8% та 30,6% відповідно, $p=0,98$); тривалість грижоносійства ($58,8 \pm 82,2$ ($M \pm SD$) і $54,6 \pm 80,8$ місяця, $p=0,67$); питома вага пацієнтів із супутньою патологією (61,5% і 77,6%, $p=0,07$); тривалість оперативного втручання ($1,5 \pm 0,1$ і $1,3 \pm 0,1$ годин, $p=0,16$) та наркозу ($1,8 \pm 0,1$ і $1,6 \pm 0,1$ годин, $p=0,16$).

За результатами експертної оцінки якості стаціонарного перебування досліджених пацієнтів встановлено, що в хірургічних відділеннях несвоєчасно, із запізненням на одну добу і більше діагноз був встановлений 94,2% хворих ко-

мунального бюджетного закладу і 6,1% пацієнтів приватної клініки ($p < 0,001$). У бюджетній установі із запізненням на добу було встановлено діагноз 40,4% пацієнтів, на дві доби – 34,6% хворих, на три і більше діб – 19,2%. У приватній клініці запізнень у постановці клінічного діагнозу більше ніж на 1 добу не було.

При плановому стаціонарному лікуванні одним з важливих факторів забезпечення ефективності медичного обслуговування є наступність медичної допомоги. У дослідженні визначено, що перед госпіталізацією в бюджетну установу було проведено обстеження 32,7% пацієнтів, у приватну клініку – 67,4% хворих ($p < 0,001$, рис. 1). Однак слід відмітити, що усі призначені дослідження передопераційного етапу були проведені до початку госпіталізації 7,7% пацієнтів комунального закладу і 42,9% хворих приватної клініки ($p < 0,001$), а якщо враховувати консультативну допомогу (насамперед консультацію анестезіолога) – лише 1,9% і 10,2% відповідно ($p=0,08$). Ще чверть із досліджених пацієнтів кожної групи була обстежена на догоспітальному етапі частково (25% і 24,5% відповідно, $p=0,95$). Недостатня підготовка хворих до планової госпіталізації призвела до необґрунтованих витрат часу стаціонарного перебування хворих у передопераційний період, запізнення в постановці діагнозу в стаціонарах.

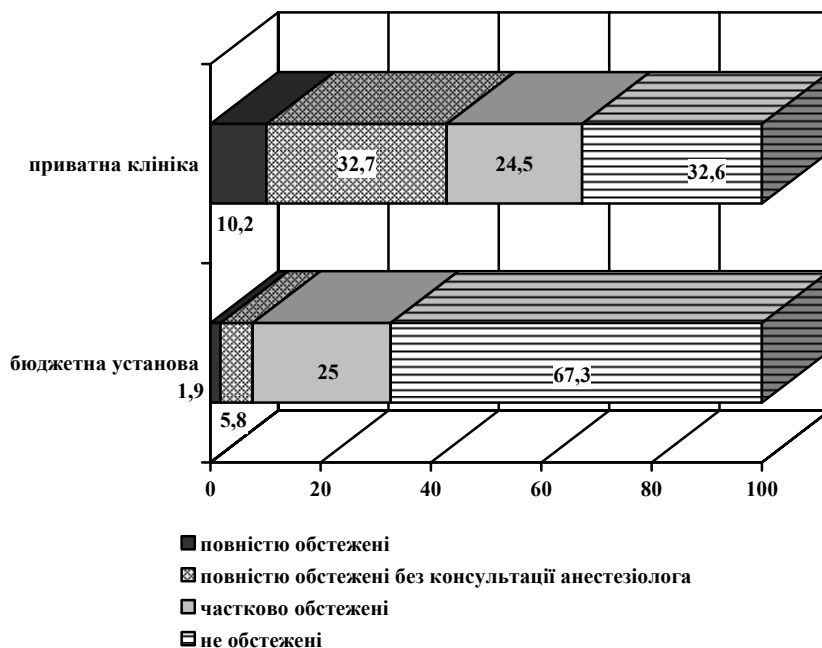


Рис. 1. Порівняльна характеристика догоспітального обстеження хворих у залежності від типу фінансування лікарень (у % від загальної кількості обстежених)

При аналізі повноти проведених досліджень встановлено, що частота обстеження на догоспітальному етапі за основними 6 найменуваннями лабораторних досліджень, перелічених в існуючих вітчизняних стандартах щодо обстеження та лікування хворих на грижі [2, 3], у клініці «Гарвіс» була достовірно вище, ніж у бюджетній лікарні ($p < 0,05$). У приватній установі також відмічаються значно вищі відсотки охоплення хворих електрокардіографічним дослідженням та консультаціями терапевта з приводу супутньої патології, а також своєчасності проведення даних втручань ($p < 0,05$).

При вивченні доцільності та достатності консультативного огляду профільних спеціалістів виявлено, що 61,5% від загальної кількості хворих бюджетного стаціонару мали супутні захворювання інших систем організму, які впливали на основне захворювання, з них консультація терапевта була призначена лише 50,1%, в тому числі на догоспітальному етапі – лише 3,1%. У приватній клініці усі 77,6% пацієнтів, що потребували надання такої допомоги, отримали її, з них на догоспітальному етапі – 63,2% ($p < 0,001$). Експерти прийшли до висновку, що дефекти консультативної допомоги мали вплив на правильність встановлення клінічного діагнозу.

За даними експертної оцінки, заключний клінічний діагноз був вірним у частині встановлення основної нозологічної форми в усіх досліджених випадках. Але повністю правильний та повний діагноз визначений у більшості хворих приватної клініки (73,5%) та лише 40,4% пацієнтів бюджетного стаціонару ($p = 0,001$). В інших випадках були допущені більш (26,5% та 53,8% випадків відповідно, $p = 0,004$) та/або менш (4,1% і 42,3% випадків, $p < 0,001$) істотні помилки. До більш істотних помилок експерти віднесли те, що в діагнозі не були відображені наявні супутні захворювання. До менш істотних, але теж значущих помилок, віднесений неточно встановлений основний діагноз, у якому було невірно встановлені або не визначені ширина гризових воріт, клінічні прояви грижі.

При визначенні адекватності проведеного лікування експерти відзначили, що лікування було частково невідповідним стану хворого у 40,4% пацієнтів бюджетного стаціонару (в тому числі у 5,8% - скоріше неадекватним) і 16,3% хворих приватної клініки ($p = 0,006$). Також визначено, що за складом лікування було дефектним (надлишковим та/або недостатнім) у майже кожного третього хворого бюджетного стаціонару та приблизно кожного десятого пацієнта приватної клініки (32,7% та 12,3% відповідно, $p = 0,013$).

Встановлено, що в післяопераційному періоді пацієнти в бюджетних установах у середньому

після $5,6 \pm 0,4$ ($M \pm m$) діб, а хворі приватної клініки – після $2,5 \pm 0,6$ діб одержували мінімальну за інтенсивністю терапію (лише пероральні медикаментозні препарати). Експерти також відзначили, що на четверту – п'яту добу стаціонарного перебування переважна більшість пацієнтів обох груп (86,5% хворих бюджетного закладу та 83,7% пацієнтів приватної клініки) вже не потребували медичного моніторингу стану здоров'я протягом усієї доби.

Експертами були визначені імовірні причини неповноцінного лікування: недостатня діагностика основного та супутніх захворювань (у 32,7% хворих комунальних закладів і 12,2% пацієнтів приватної клініки, $p = 0,012$); особливості індивідуального перебігу захворювання (у 3,8% та 6,1% хворих відповідно, $p = 0,60$), а також врахування вартості призначених ліків (у 1,9% пацієнтів бюджетних установ). Вищевказані аспекти призвели до подовження терміну перебування хворих у стаціонарах (в 40,4% випадків у комунальному медичному закладі та 16,3% випадків у приватній клініці, $p = 0,01$) та виникнення ускладнень оперативного втручання (у 5,8% пацієнтів бюджетної установи).

Фактична середня тривалість лікування досліджених хворих у бюджетному закладі майже втричі довша, ніж у приватній клініці ($15,0 \pm 0,7$ та $5,2 \pm 0,9$ ліжко-днів відповідно, $p < 0,001$). Ця тенденція зберігається при порівнянні тривалості передопераційного ($3,0 \pm 0,4$ і $1,0 \pm 0,1$ ліжко-днів) та післяопераційного періодів ($11,9 \pm 0,4$ і $4,2 \pm 0,9$ ліжко-днів) в установах різної підпорядкованості ($p < 0,001$).

Виправдана тривалість стаціонарного лікування, на думку експертів, становить приблизно чверть від фактичної кількості ліжко-днів у бюджетному стаціонарі (27,3%) і три чверті - у приватній клініці (76,9%, $p < 0,001$, рис. 2). Протягом іншого часу, фактично проведеного в лікарні, пацієнти без збитку для здоров'я могли б лікуватись амбулаторно.

Фактична тривалість лікування співпала з оптимальною, на думку експертів, у майже половини пацієнтів приватної клініки (49,0%) і в жодного хворого бюджетного стаціонару.

У результаті проведеного дослідження виявлена можливість скорочення кількості ліжок для хворих, оперованих у плановому порядку з приводу неускладненої вентральної грижі, у відділеннях хірургічного профілю бюджетних лікарень – майже на три чверті (на 72,7%), приватної клініки - майже на чверть (на 23,1%, $p < 0,001$) після інтенсифікації лікувального процесу, перегляду навантаження на медичний персонал, належного устаткування стаціонарних відділень.

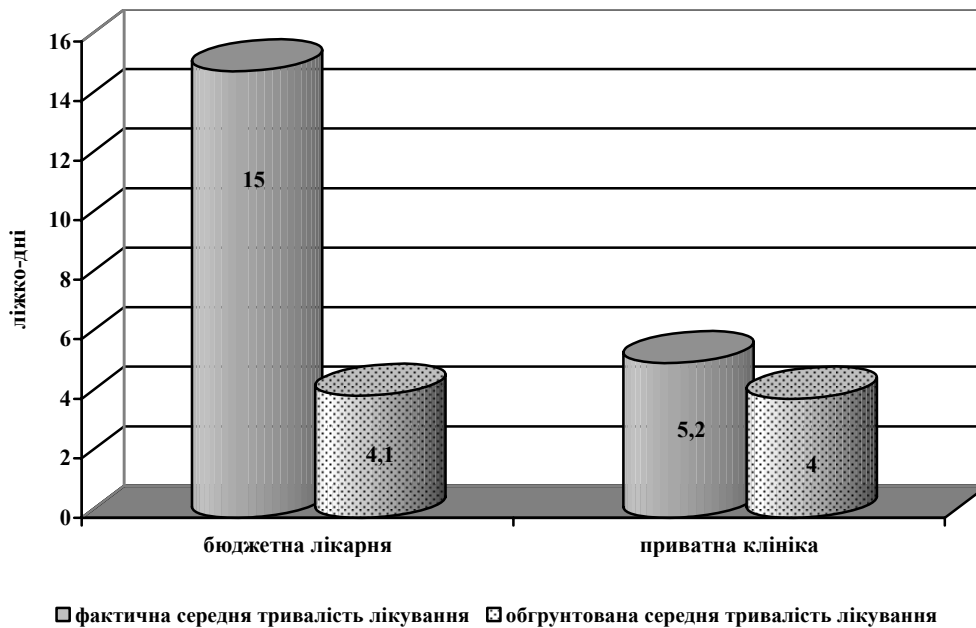


Рис. 2. Порівняння фактичної та обґрунтованої тривалості лікування досліджених хворих у бюджетному та приватному стаціонарах (за даними експертної оцінки, ліжко-дні)

ПІДСУМОК

Результати проведеного дослідження свідчать, що якість медичного обслуговування пацієнтів та ефективність використання ресурсів стаціонарів значною мірою залежать від методу їх фінансування. Визначено, що якість планового стаціонарного лікування хворих хірургічного профілю в клініці з фінансуванням за пролікований випадок істотно вище, ніж у бюджетній

лікарні з кошторисним фінансуванням. Встановлено, що в обох досліджених закладах має місце недостатня ефективність використання ліжкового фонду. Але частка виправданої тривалості стаціонарного лікування від фактичної кількості ліжко-днів у бюджетній установі значно менша, ніж у приватній клініці (27,3% і 76,9% відповідно, $p < 0,001$).

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Москаленко В.Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст: [монографія] / В. Ф. Москаленко. — К. : Книга плюс, 2008. — 320 с.
2. Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних установах України та Тимчасових стандартів обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критеріїв якості лікування дітей: наказ Міністерства охорони здоров'я України №266 від 27.07.98р.
3. Стандарти організації та професійно орієнтовані протоколи надання невідкладної допомоги хво-

4. Investing in hospitals of the future / B. Rechel, S. Wright, N. Edwards [et al.] // European Observatory on Health Systems and Policies. Observatory studies Series №16. - United Kingdom, 2009. — 284 p.
5. Lekhan V. The Ukrainian health financing system and options for reform / V. Lekhan, V. Rudi, S. Shishkin [Електронний ресурс]: Report to the World Health Organization Regional Office for Europe. 2007. Режим доступу : <http://www.euro.who.int/Document/E82973.pdf>. — Название с титул. екрана.

