

УДК 30.614.2:364.42/44.003.2

ЗМЕНШЕННЯ ПОТРЕБИ У СТАЦІОНАРНІЙ ДОПОМОЗІ ЯК ОДИН ІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ВПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЙНИХ МЕТОДІВ ФІНАНСУВАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ НА ЗАСАДАХ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ / СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

О.К. Надута-Скринник (Полтава)

ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія МОЗ України»

Резюме. Проаналізовано надання медичної допомоги пацієнтам лікарями загальної практики / сімейної медицини (ЛЗП/СМ) інноваційними методами фінансування: за бюджетним фінансуванням і за подушним методом (на прикладі м. Комсомольська Полтавської області).

Ключові слова: первинна медична допомога, сімейна медицина, фінансування, бюджетне фінансування.

Погіршення стану здоров'я населення, високі показники смертності осіб працездатного віку, зменшення середньої тривалості життя, нерівність у доступності медичної допомоги призводять до об'єктивного збільшення потреби у медичній допомозі, яку існуюча система охорони здоров'я України задовольнити не в змозі.

За рекомендаціями ВООЗ, підготовленими на основі кращого світового досвіду, лише розвиток первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах загальної практики / сімейної медицини (ЗП/СМ) сприятиме поліпшенню демографічної ситуації, досягненню справедливого розподілу і раціональному використанню бюджетних коштів.

У більшості держав світу на ПМСД припадає до 90% загального обсягу медичних послуг, а питома вага чисельності лікарів ЗП/СМ у загальній частці лікарів галузі охорони здоров'я становить 30–50%.

ПМСД сьогодні є частиною спеціалізованої амбулаторної допомоги, тому управління первинною допомогою із застосуванням економічних важелів практично неможливе. Первинний рівень – єдиний у системі охорони здоров'я, який може суттєво вплинути на показники громадського здоров'я за підтримки держави. Про це свідчить світовий досвід, узагальнений ВООЗ [8].

Актуальність зумовлена тим, що в умовах дефіциту фінансових ресурсів одним із головних пріоритетів розбудови національних систем охорони здоров'я має бути розвиток ПМСД на засадах ЗП/СМ [3].

Мета роботи – встановити відмінності у показниках госпіталізації до лікарень вторинного рівня двох груп пацієнтів, які на первинному рівні обслуговувалися провайдером, що фінансується за кошторисом витрат і за подушним методом (на прикладі м. Комсомольська Полтавської області).

Для досягнення мети поставлено ряд завдань:

1. Визначити кількість населення, охопленого обслуговуванням двома вищезазначеними категоріями провайдерів ПМСД.
2. Визначити заклади, які надають населенню м. Комсомольська стаціонарну допомогу вторинного рівня.
3. Вивчити статистичну інформацію щодо госпіталізації до лікарень вторинного рівня за 6 років (2004–2009 рр.).
4. Розподілити статистичні дані щодо госпіталізації за групами населення, відповідно до 2 категорій провайдерів ПМСД, розрахувати та порівняти рівні госпіталізації за 6 років до лікарень вторинного рівня у зазначених групах населення.
5. Порівняти економічну ефективність у зазначених групах залежно від рівня госпіталізації у м. Комсомольську Полтавської обл.

Матеріали та методи

Методи: бібліографічний, порівняльний аналіз, статистичний аналіз. На вибірковій сукупності госпіталізованих чисельністю 15030 осіб (29,1% від генераль-

ної сукупності) методом поточного динамічного когортного дослідження із подальшим застосуванням індексного методу, методу угруповань проведено порівняльний аналіз частоти та динаміки госпіталізації двох груп населення, які на первинному рівні обслуговувалися провайдером, що фінансуються за кошторисом витрат і за подушним методом відповідно.

Як первинний документ використано статистичні карти хворих, вибулих зі стаціонару (ф. №066/0), за 2004–2009 рр.

Статистичну обробку та математичний аналіз результатів дослідження проведено із застосуванням програми «Microsoft Excel».

Результати дослідження та їх обговорення

Україна прийняла ряд законодавчих актів, в яких визнано пріоритетність розвитку ПМСД. Документи, прийняті на державному рівні:

1. Указ Президента № 1694/2005 «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення», в якому Кабінету Міністрів України доручено:
 - розробити План дій з реформування системи охорони здоров'я населення;
 - розробити та внести на розгляд Верховної Ради України загальнодержавну Програму щодо розвитку сімейної медицини в Україні.
 - Міністерству охорони здоров'я України, Раді міністрів Автономної Республіки Крим, обласним, Київській та Севастопольській міським державним адміністраціям: «невідкладно здійснити комплекс заходів щодо підвищення рівня забезпечення населення медичною допомогою та лікарськими засобами, особливо у сільській місцевості, виділення приміщень для сільських лікарських амбулаторій та вдосконалення системи профілактичних медичних оглядів населення».
2. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 24.07.2006 р. № 421-р «Про схвалення концепції державної Програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2010 р.», де йдеться про необхідність:
 - формування національної моделі ПМСД на засадах ЗП/СМ, її нормативно-правового, організаційного та матеріально-технічного забезпечення;
 - кадрового та науково-методичного забезпечення реорганізації ПМСД на засадах ЗП/СМ;
 - забезпечення керованості діяльності та реформування ПМСД;
 - інформаційної підтримки і супроводу перетворень.

3. Постанова Кабінету Міністрів України від 13.06.2007 р. № 815 «Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року», в якій йдеться про необхідність:

- внесення змін до Бюджетного кодексу України в частині чіткого розмежування бюджетних асигнувань, виділених для надання медичної допомоги первинного та інших рівнів;
- затвердження нормативів надання населенню медичної допомоги первинного, вторинного і третинного рівнів;
- розробка та затвердження регіональних програм формування мережі лікарських амбулаторій на засадах сімейної медицини.

У рамках виконання цих документів МОЗ України видало низку наказів, серед яких: наказ від 21.12.2006 р. № 848 «Про внесення змін до наказу МОЗ від 12.07.2006 р. № 468 «Про заходи щодо посилення моніторингу забезпечення населення медичною допомогою та лікарськими засобами» та наказ від 11.05.2007 р. № 237 «Про проведення інвентаризації закладів та підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають населенню первинну медико-санітарну допомогу», коли фактично вперше в незалежній Україні було проведено інвентаризацію первинної ланки медичної допомоги: стану мережі, її матеріального, кадрового і фінансового забезпечення.

Проведені наукові дослідження вказують на такі основні проблеми функціонування та розвитку ПМСД в Україні:

- недостатнє фінансування – на галузь охорони здоров'я виділяється протягом останніх 10 років не більше 3,5% від валового внутрішнього продукту (ВВП); у 2009 р. виділялося 3%; на ПМСД виділялося не більше 10% від загального обсягу фінансування галузі охорони здоров'я, тоді як, згідно зі світовою практикою, має виділятися 25–30%;
- структурна неефективність – ПМСД надається багатопрофільними амбулаторно-поліклінічними закладами, що не дає змоги чітко розмежувати:
 - ПМСД та амбулаторну спеціалізовану допомогу;
 - фінансування первинного та вторинного рівнів медичної допомоги.
 Неефективність методу фінансування:
 - розрахунки обсягів фінансування закладів, які надають ПМСД, здійснюється залежно від кількості відвідувань;
 - фінансування здійснюється за кошторисом витратків.
 Відсутність мотивації медперсоналу ПМСД (заробітна плата лікаря і медсестри є фіксованою і не залежить від обсягу та якості роботи).

Як наслідок, ефективність роботи і ПМСД зокрема, і системи охорони здоров'я в цілому є низькою. Це зумовлює необхідність пошуку шляхів її підвищення, що особливо важливо в умовах дефіциту ресурсів.

Останніми кроками в Україні з метою вирішення цих проблем прийнято Закон «Про Загальнодержавну програму розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2012 року», в якому постановлено завдання щодо впровадження ефективної моделі фінансування галузі, сучасних економічних механізмів, забезпечення раціонального використання ресурсів закладів і галузі в цілому [3].

В Україні традиційними фінансово-організаційними компонентами ПМСД наразі є такі (рис. 1).

З метою забезпечення населення доступною і якісною ПМСД, підвищення ефективної роботи галузі охорони здоров'я за організаційно-методичної підтримки МОЗ та ініціативах місцевих громад в Україні ведеться пошук ефективних фінансово-організаційних моделей ПМСД, із застосуванням сучасних та інноваційних для України механізмів.

Такі інноваційні ініціативи в Україні щодо організації ПМСД реалізовано в м. Львові, сільських районах Харківської та Житомирської областей, м. Комсомольську Полтавської обл., м. Вознесенську Миколаївської обл., м. Кам'янець-Подільський Хмельницької обл. та інших.

Дефіцит ресурсів охорони здоров'я за останні 10 років є одним з важливих чинників подальшого погіршення стану здоров'я населення, а також вказує на необхідність пошуку механізмів для ефективного використання обмежених коштів [6].

Традиційний постатейний або кошторисний метод фінансування закладів охорони здоров'я в Україні [5] не передбачає мотивацій для ефективного використання ресурсів, поглиблює проблему дефіциту ресурсів галузі та не сприяє поліпшенню результатів її діяльності.

Таким чином, поряд з пошуком можливостей збільшення обсягів фінансування галузі охорони здоров'я зазначені фактори зумовлюють необхідність розробки і впровадження методів підвищення ефективності використання наявних ресурсів.

Нетрадиційні для України варіанти організаційно-фінансових компонент закладів охорони здоров'я, які застосовувались в експериментальному порядку у ході пілотних проектів, у ряді публікацій розцінені як такі, що створюють мотивацію до підвищення ефективності та якості медичних послуг [1], а також до раціонального та економного використання коштів провайдером [2].

Як свідчить світовий досвід, правильно організована ПМСД знижує загальний обсяг витрат на медичну допомогу приблизно на 30%. Саме з метою економії ресурсів при постійно зростаючій потребі населення у медичній допомозі в розвинених країнах Європи та відповідно зростання витрат на сферу охорони здоров'я

- А) ПМСД надають лікарі наступних спеціальностей:**
- лікарі загальної практики-сімейної медицини (що обслуговують всю родину або дорослих чи дітей окремо)
 - педіатри дільничні
 - терапевти дільничні
- Б) у ПМСД застосовуються такі організаційні моделі**
- індивідуальна практика
 - групова практика
- В) провайдери ПМСД**
- у містах самостійні поліклініки або поліклініки у складі багатопрофільних лікарень,
 - у сільській місцевості лікарські амбулаторії та амбулаторії у складі лікарень
- Г) метод фінансування:**
- кошторисний (бюджет по статтях)

Рис. 1. Основні фінансово-організаційні компоненти первинної медико-санітарної допомоги в Україні

в 80-их роках ХХ ст. зроблено кроки для розвитку ПМСД та зменшення стаціонарної – більш дорогою допомогою [8]. При цьому, як свідчить світовий досвід, на первинному рівні можна вирішити до 90% усіх медичних потреб пацієнта [3].

В Україні в медичних закладах, які надають ПМСД, у містах задовольняється лише до 30% таких потреб [4]. Надмірний рівень госпіталізації в Україні спричинений прямим доступом пацієнтів до лікарів-спеціалістів і недоліками у наданні ПМСД.

Таким чином, підвищення ефективності ПМСД і мотивація лікарів первинної ланки до вирішення більшості проблем своїх пацієнтів і відповідно зменшення користуванням стаціонарної допомоги є одним зі шля-

Провайдери ПМСД / прикріплене населення (2009 р.)	Спеціальність лікарів, що надають ПМСД	Методи фінансування
Медичний центр ПМСД / 32696 осіб (60%)	Дільничний терапевт	Кошторисний
	Дільничний педіатр	
	Лікар загальної практики – сімейної медицини	
Дмитрівська сільська лікарська амбулаторія / 2480 осіб (5%)	Лікар загальної практики – сімейної медицини	Подушний
Приватні загальнолікарські практики / 19263 особи (35%)	Лікар загальної практики – сімейної медицини	

Рис. 2. Основні фінансово-організаційні компоненти системи первинної медико-санітарної допомоги у м. Комсомольську

Методи фінансування провайдерів ПМСД	Кількість охопленого населення за роками					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Кошторисний	34782	33218	35623	35249	35190	35156
Подушний (відповідно до договору про закупівлю послуг ПМСД)	19518	21016	18591	19044	19129	19231

Рис. 3. Кількість населення, охопленого обслуговуванням двома категоріями провайдерів первинної медико-санітарної допомоги, що відрізняються за методами їх фінансування

хів до зниження рівня госпіталізації зокрема та, як наслідок, до економії ресурсів охорони здоров'я в Україні.

У м. Комсомольську Полтавської області існує мережа провайдерів безоплатної (забезпеченої бюджетним фінансуванням) ПМСД, суб'єкти якої отримують бюджетне фінансування із застосуванням двох методів – кошторисного (бюджет по статтях) і подушового (фінансування на душу населення) (рис. 2).

Подушовий метод фінансування ПМСД розцінюється рядом зарубіжних авторів як найкращий для фінансування ПМСД у розвинених країнах, оскільки створює економічну мотивацію до підвищення якості та ефективності надання ПМСД [4;7].

Критерії оцінки ефективності надання ПМСД на засадах ЗП/СМ визначено у методичних рекомендаціях «Технологія формування оперативної інформації моніторингу закладів сімейної медицини».

Серед них:

- рівень госпіталізації пацієнтів до лікарень вторинного і третинного рівнів;
- звернення до вузьких спеціалістів;
- рівень використання екстреної та невідкладної допомоги та інші.

Безоплатну ПМСД населенню м. Комсомольська надають:

- медичний центр ПМСД (на його площах – дільничні терапевти, педіатри, сімейні лікарі);
- Дмитрівська сільська лікарська амбулаторія;
- приватні підприємці – лікарі ЗП/СМ (усього 9).

Стаціонарна допомога вторинного рівня населенню міста надається Комсомольською міською лікарнею.

З 2004–2009 рр. провайдерами ПМСД, що фінансувались за кошторисним методом, охоплено близько 35 тис. осіб, або 65% населення міста, провайдерами ж, які фінансувались за подушним методом, охоплено біля 19 тис. осіб, або близько 35% населення міста (рис. 3).

Рівень госпіталізації у контингенті пацієнтів провайдерів ПМСД, що фінансувались за подушним методом, коливався у межах від 15,6 у 2004 р. до 13,8 у 2009 р. і в середньому за 6 років становив 14,1.

У контингенті пацієнтів провайдерів ПМСД, що фінансувались за кошторисним методом, він коливався у межах від 16,1 у 2007 р. до 17,4 у 2009 р. і в середньому становив 16,8 (рис. 4).

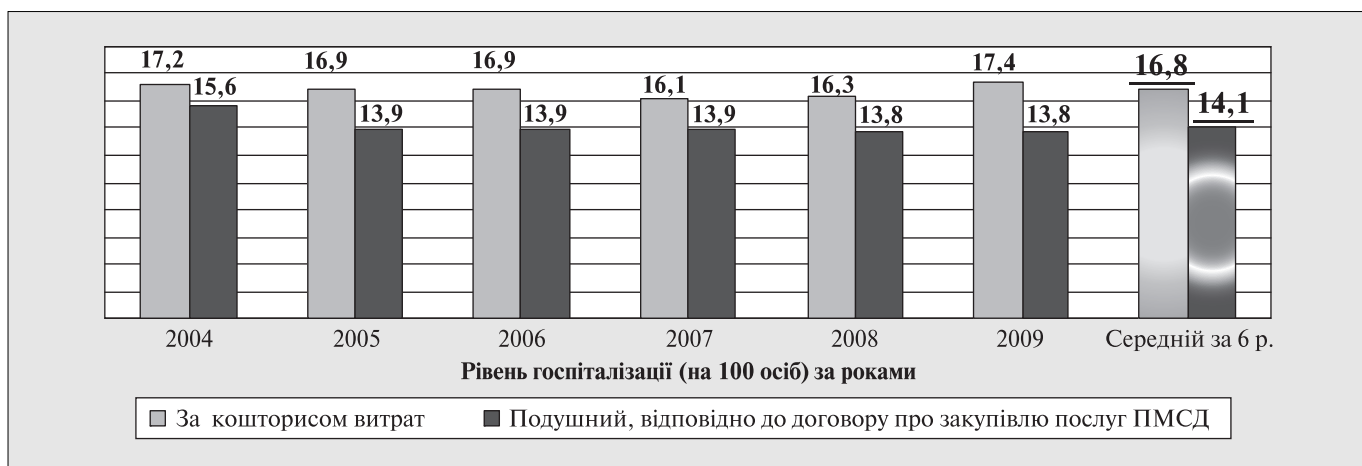


Рис. 4. Рівні госпіталізації населення м. Комсомольська залежно від методу фінансування первинної медико-санітарної допомоги у 2004–2009 рр.

Висновки

У м. Комсомольську Полтавської області рівень госпіталізації до лікарень вторинного рівня у групі населення, яка на первинному рівні обслуговувалась провайдерами, що фінансуються за подушним методом, у період 2004–2009 рр. становив у середньому 14,1, що на 16,8% нижче, ніж у групі населення, яка обслуговувалась провайдерів ПМСД, що фінансуються за кошторисним методом.

Перспективи подальших досліджень

Згідно з одним із сучасних критеріїв оцінки ефективності надання ПМСД на засадах ЗП/СМ, проведене нами дослідження довело вплив подушного методу фінансування провайдерів ПМСД на ефективність надання ПМСД, що дасть змогу в подальшому продовжити роботу в цьому напрямку.

Список літератури

1. *Витер Софі*. Введение в экономику здравоохранения для стран Восточной Европы и СНГ. Глава 5. Методы оплаты поставщикам медицинских услуг / Софі Вітер, Тім Енсон // Главный врач. – 2007. – № 5. – С. 35–48.
2. *Матюха Л. Ф.* Актуальні проблеми на шляху впровадження сімейної медицини / Л. Ф. Матюха, К. О. Надутий // Сімейна медицина. – 2007. – № 3. – С. 10–11.
3. *Москаленко В. Ф.* Діяльність системи охорони здоров'я за 2000 рік: Завдання щодо подальшого її розвитку та підвищення рівня здоров'я населення України (доповідь на підсумковій колегії МОЗ України 12.02.2001 р.) / В. Ф. Москаленко // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2001. – № 2. – С. 6.
4. *Надута Г. М.* Порівняння економічної ефективності двох організаційних моделей ПМСД: поліклінічної (традиційної) і ПМСД, що надається приватними лікарями загальної медичної практики / Г. М. Надута, К. О. Надутий, Л. І. Жаліло // Главный врач. – 2004. – № 4. – С. 43–45.
5. *Програма розвитку первинної медико-санітарної допомоги на період до 2012 року* [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.likar.info/news/22754.html>. – Назва з екрана.
6. *Рудень В. В.* Диспропорція між бюджетним фінансуванням медичної галузі та станом здоров'я населення України, як необхідність запровадження економічних методів управління у практичній охороні здоров'я / В. В. Рудень, О. М. Сидорчук, Т. Г. Гутор // Укр. мед. часопис. – 2006. – № 15 (55). – С. 11–16.
7. *Voerma G. W.* Роль общей практики в первичной медико-санитарной помощи [Электронный ресурс] / G. W. Voerma, D. M. Fleming. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2001. – Режим доступа: http://openlibrary.org/b/OL22478056M/role_of_general_practice_in_primary_health_care. – Название с экрана.
8. *The world health report 2008: primary health care now more than ever* [Electronic resource]. – WHO Press, 2008. – 152 p. – Access mode: http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf. – Title from screen.

Уменьшение потребности в стационарной помощи как один из результатов внедрения инновационных методов финансирования первичной медико-санитарной помощи на принципах общей практики/семейной медицины

О.К. Надута-Скринник (Полтава)

Проанализировано оказание медицинской помощи пациентам врачами общей практики / семейной медицины за инновационными методами финансирования: за бюджетным финансированием и за подушным методом (на примере г. Комсомольска Полтавской области).

Ключевые слова: первичная медицинская помощь, семейная медицина, финансирование, бюджетное финансирование.

Reduce the need for inpatient care as a result of the introduction of innovative methods of financing primary health care based on general practice / family medicine

O.K. Naduta-Skrzynnyk (Poltava)

In the article the analysis of patient care by general practitioners / family medicine for innovative methods of financing: for budget financing and funding for the poll by the Komsomolsk, Poltava region.

Key words: primary care, family medicine, finance, budget financing.

Рецензент: канд. мед. наук Л.Ф. Матюха.