

В. Д. Долот,
к. держ. упр., докторант кафедри управління охороною суспільного здоров'я,
Національна академія державного управління при Президентові України
А. А. Ляховченко,
аспірант кафедри управління охороною суспільного здоров'я,
Національна академія державного управління при Президентові України
Я. Ф. Радиш,
д.держ.упр., професор, професор кафедри управління охороною суспільного здоров'я,
Національна академія державного управління при Президентові України

ДО ПРОБЛЕМИ ВИЗНАЧЕННЯ ВАРТОСТІ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТА В АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНИХ УМОВАХ

У статті здійснено аналіз основних методів визначення вартості лікування в амбулаторіях, проведено оцінку ефективності первинної медико-санітарної допомоги, а також досліджено проблеми розвитку первинної допомоги та запропоновано шляхи для їх розв'язання.

The article presents analysis of the main methods of determining the cost of treatment in outpatient, evaluated the effectiveness of primary health care, and also studied the problem of primary care and suggests ways to address them.

Ключові слова: система охорони здоров'я, амбулаторії, поліклініки, первинна допомога.
Key words: health care, outpatient clinics, clinics, primary care.

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі — ВООЗ), якість систем охорони здоров'я визначається як рівень досягнення здоровоохоронної галузю завдань щодо покращення стану здоров'я та відповідність справедливим очікуванням населення. Основною метою підвищення якості медичної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні є зміцнення здоров'я громадян, підвищення доступності та ефективності медичної допомоги. При цьому, основним результатом є задоволення потреб пацієнта.

Для успішного виконання Указу Президента України "Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення" від 6 грудня 2005 р. № 1694/2005 [3], Програми економічних реформ Президента України на 2010—2014 роки "Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава" [5], Закону України "Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві" від 7 липня 2011 року № 3612-VI [1] особливе значення має бути приділено відпрацюванню принципів розподілу бюджетних коштів між рівнями медичної допомоги. Світовий досвід показує, що лікарі загальної практики/сімейні лікарі забезпечують повне медичне обслуговування 70—90 % пацієнтів і на первинну медико-санітарну допомогу¹ (далі — ПМСД) витрачається 20—30% загальних видатків на охорону здоров'я. Тому, враховуючи важливу роль ПМСД та високу питому вагу у загальному обсязі обслуговування населення, для її належного функціонування необхідно науково обґрунтувати вартість амбулаторного лікування хво-

рих для переорієнтування пріоритетів фінансового забезпечення і збільшення видатків на ПМСД.

АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ І ПУБЛІКАЦІЙ

Системний аналіз літературних джерел свідчить, що розвиток первинної допомоги на засадах сімейної медицини є одним з найефективніших механізмів підвищення результативності роботи закладів охорони здоров'я, справедливого розподілу і раціонального використання ними коштів. В Україні ж основна увага приділяється розвитку і фінансуванню дорогих видів спеціалізованої та швидкої медичної допомоги. Протягом багатьох років на утримання українських закладів первинної допомоги, де можливо розпочинати і закінчувати лікування понад 80 % пацієнтів, витрачалось лише 10 % коштів державного бюджету, виділених для охорони здоров'я. Крім того, не застосовується комплексність та наступність у наданні медичної допомоги, не приділяється достатньої уваги профілактиці та диспансерній роботі, внаслідок чого ускладнюються захворювання, що потребують дорогого лікування; не проводиться порівняльний аналіз вартості лікування в амбулаторних та стаціонарних відділеннях.

Обґрунтування технологій розрахунку собівартості лікування в амбулаторних умовах розглянуто в працях вітчизняних науковців, зокрема Р.И.Василишина [6], Ю.В.Вороненка [7], А.С.Кутузи [8], В.В.Загороднього [9] та інших [10].

Метою статті є аналіз основних методів визначення вартості лікування в амбулаторіях, проведення оцінки ефективності первинної медико-санітарної допомоги.

¹ Первинна медико-санітарна допомога передбачає консультацію лікаря, забезпечує діагностику і лікування найпоширеніших хвороб, травм, отруєнь та інших станів, проведення індивідуальних санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів, медичної профілактики захворювань, гігієнічного виховання та санітарної просвіти населення, реалізацію прав людини щодо охорони здоров'я дитини, матері та батька, а також направлення пацієнтів на отримання вторинної, третинної медичної допомоги та санаторно-курортного лікування.

ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ

Грунтуючись на аналізі літературних джерел, нами встановлено, що увага до пріоритетності первинної ланки виникла через те, що пацієнт поступово почав відчувати незадоволення раніше існуючою медичною допомогою, при якій існувало чимало вузьких фахівців. За останні декілька десятиліть у структурі амбулаторно-поліклінічної^{2, 3} ланки пріоритетного розвитку набувала спеціалізована медична допомога. В пошуках медичної допомоги пацієнт зважив до думки, що найбільш оптимальним є самостійне вирішення, до якого спеціаліста йому потрапити, виступаючи довгі черги, одержуючи багато рекомендацій та рецептів на ліки і не знаючи напевне, що з ними робити, у якій послідовності їх приймати. Поступово гостро назріло проблемне питання необхідності якихось змін у медичній справі. Значення первинної медико-санітарної допомоги було визначено в Алма-Атинській декларації⁴ ВООЗ у 1978 році. Алма-Атинська декларація ініціювала проведення реформ в галузі охорони здоров'я з пріоритетним розвитком ПМСД. Одна з основних вимог, на якій акцентує увагу ВООЗ, — це фізична доступність медичної допомоги населенню.

Відповідно до засад "Європейської політики з досягнення здоров'я на ХХІ століття", на рівні ПМСД державою повинна бути забезпечена безперервність медичної опіки. Це означає надання лікувально-діагностичної допомоги пацієнту у будь-який час, включаючи нічний та святковий дні, а також забезпечення нагляду за пацієнтами, які виписались із стаціонарів для продовження лікування за місцем проживання. Передбачається також надання невідкладної медичної допомоги хворим у тяжкому стані. Всім цим вимогам відповідає концепція надання медичної допомоги на засадах сімейної медицини, яка для будь-якого пацієнта та членів його сім'ї є фізично доступною, безперервною та невідкладною.

Сьогодні впровадження сімейної медицини в Україні відбувається у складних соціально-економічних умовах, що значно сповільнює цей процес. Різне скорочення бюджетного фінансування на медико-санітарне забезпечення населення в умовах складної демографічної ситуації вимагає зміни ставлення уряду держави до медицини та принципів фінансування у системі охорони здоров'я. Докорінне реформування такої розвиненої галузі вимагає кількарізного збільшення фінансування з наближенням його до рекомендованої ВООЗ відповідної частки валового національного доходу, що дозволило б на належному рівні гарантувати медико-санітарне забезпечення громадян України.

Найнефективнішою можливістю покращення їх використання є встановлення пріоритету фінансування ПМСД, адже, за даними країн з розвиненими системами охорони здоров'я (Великобританія, Канада, США, Японія та ін.), вартість медичної допомоги, наданої на рівні первинної ланки, коштує у десять разів дешевше, ніж на наступних рівнях. До того ж на цю ланку покладено і здійснення всього комплексу профілактики та раннього виявлення захворювань, що дозволяє спеціалістам сімейної медицини як найефективнішої форми організації ПМСД за сімейним принципом забезпечити 80—90 % звертань пацієнтів.

Грунтуючись на дослідженнях українських науковців Н.Г. Гойди, О.О. Дудіна, О.С. Коваленка, А.Ф. Матюха, Г.О. Слабкого, нами визначено необхідність запровадження показників забезпечення об'єктивної кількісної оцінки ме-

дичної, соціальної та економічної ефективності ПМСД, внутрішнього управління якістю (на рівні закладу ПМСД) та зовнішньої гарантії якості (на рівні структур управління охороною здоров'я), забезпечення можливості інформування широких кіл громадськості (пацієнтів, управлінців, професіоналів тощо) стосовно якості охорони здоров'я.

Спираючись на узагальнені літературні дані, для забезпечення методів оцінювання результатів у формі еталонного порівняння запропоновано поділ індикаторів на окремі групи для оцінки структури, процесу і результату (рис. 1).

Структурний елемент характеризує можливість суб'єкта надавати ПМСД і оцінюється кількістю та якістю ресурсів (нами оцінено фінансування, кадрове забезпечення, наукове забезпечення, навантаження на лікаря, матеріально-технічне і інформаційне забезпечення, доступність медичної допомоги, стан будівель) та організаційних форм надання ПМСД населенню (індивідуальна, групова практика, навантаження на лікаря, управлінська та фінансова підпорядкованість).

Процесний елемент включає технології надання ПМСД, тобто виконання медичним персоналом своїх функцій з надання ПМСД, розробку і використання стандартів надання медичної допомоги, координацію надання медичної допомоги, визначення медичного маршруту пацієнта, орієнтацію на сім'ю, орієнтацію на громаду, холистичний (комплексний) підхід, взаємостосунки лікар-пацієнт, в центрі яких перебувають потреби пацієнта.

Результат розглянуто як елемент управління, що відображає ефективність та якість наданої ПМСД і націлений на досягнення мети.

Використання вищезазначених індикаторів дасть можливість приймати управлінські рішення як на рівні окремого закладу, району чи області, так і на державному рівні, і, таким чином, впливати на результат — здоров'я населення — через покращення структури й процесу. Для уникнення помилок і прийняття правильного рішення закладам охорони здоров'я необхідно дотримуватися принципів і методології розрахунку вартості медичних послуг, у тому числі і в амбулаторних умовах. Практична користь розрахунку вартості медичних послуг полягає в його спроможності полегшити управлінський процес в здравоохоронній сфері.

Виходячи з вищевикладеного і спираючись на міжнародні характеристики загальної практики-сімейної медицини (ЗП/СМ) як спеціальності, запропоновано індикатори ефективності ПМСД, за якими можна оцінити діяльність, організацію та розвиток ПМСД на місцевому, регіональному і на державному рівні.

Ці характеристики спеціальності є узагальненими і розподіленими за сімома напрямками.

Перший напрям — доступність. Його можуть характеризувати індикатори, що визначають структурний елемент, а саме: радіус обслуговування закладу ПМСД; частка сімейних лікарів, серед усіх лікарів закладу ПМСД; частка сімейних медичних сестер, серед усіх медсестер закладу ПМСД; співвідношення лікарів і медсестер ЗП/СМ; обслуговування незалежно від віку; забезпеченість автотранспортними засобами в робочому стані (для села і міста окремо); забезпеченість обладнанням згідно табеля, затвердженого МОЗ України; потреба у капітальному ремонті; навантаження лікарів (для села і міста окремо).

² Амбулаторія — заклад охорони здоров'я, що надає первинну медичну допомогу пацієнтам.

³ Поліклініка — заклад охорони здоров'я, що надає консультативну медичну допомогу хворим в амбулаторних умовах з багатьох лікарських спеціальностей.

⁴ Алма-Атинська декларація ВООЗ прийнята 12 вересня 1978 року в м. Алма-Ата на Міжнародній конференції з первинної медико-санітарної допомоги. Вона визначила значення ПМСД в організації медичної допомоги населенню за рахунок надання загальної практики/сімейної медицини статусу провідної медичної спеціальності, "представники якої відповідають за надання медичної допомоги при першому контакті з пацієнтом та подальше спостереження за хворими, а також за питання зміцнення здоров'я та профілактики захворювань".

Цей документ став першим кроком на шляху до формування нової політики охорони здоров'я на глобальному, регіональному та національному рівнях держав-членів ВООЗ, підкресливши, що охорона здоров'я кожної людини є стрижнем стратегії досягнення здоров'я для всіх і що вона залежить від рівня санітарної освіти та інформованості людини з питань охорони здоров'я.

Алма-Атинська декларація ініціювала проведення реформ в галузі охорони здоров'я з пріоритетним розвитком первинної медико-санітарної допомоги у багатьох країнах світу, в тому числі і в Україні. У зв'язку з цим виникла необхідність у формуванні якісно нової схеми надання ПМСД населенню та якісно нового спеціаліста — лікаря загальної практики, або сімейного лікаря, повноваженнями якого було б вирішення більшості медичних питань одночасно із наданням кваліфікованих рекомендацій з питань соціальної, правової, профілактичної і реабілітаційної допомоги [11].



Рис. 1. Оцінка ефективності розвитку ПМСД

Другий напрям — підхід, орієнтований на пацієнта, сім'ю, громаду. Пропонуються такі індикатори структури, як обладнання робочих місць лікарів персональними комп'ютерами із ліцензійним програмним забезпеченням. Індикаторами процесу є визначення думки пацієнтів шляхом опитування; наявність повідомлень про виявлення побічної дії лікарських засобів.

Індикаторами, що визначають результат, може бути задоволеність пацієнтів медичним обслуговуванням впродовж звітного періоду; вивчення скарг пацієнтів на медичне обслуговування/медичний персонал.

Для моніторингу дотримання третього напрямку — співпраця та координація медичної допомоги — запропоновано такі індикатори процесу, як направлення на другий та вищий рівні медичної допомоги; наявність довірливих відносин між лікарем ЗПСМ/закладом ПМСД; членство у професійній асоціації.

Четвертим важливим напрямом є профілактика. Характеризувати ефективність такої діяльності можуть показники ефективності процесу: охоплення пацієнтів оцінкою індексу маси тіла; постановка на облік вагітної до 12 тижнів вагітності; ведення фізіологічної вагітності; охоплення дітей профілактичними оглядами впродовж звітного періоду; охоплення дітей до 1 року плановою вакцинацією; охоплення дітей пробами на туберкульоз; охоплення населення профілактичними щепленнями за епідемічними показниками; консультування з профілактичною метою; виконання бактеріоскопічних обстежень на туберкульоз, дотримання програми календаря щеплень. Індикаторами результату можуть бути наступні: питома вага запровадження виключно грудного вигодовування.

Забезпечення медичних потреб пацієнтів є п'ятим принципом ЗП/СМ. Оцінити цей напрям пропонується за індикаторами результату, такими як завершення лікування на рівні ПМСД, питома вага скерованих в цілодобові стаціонари; викиди швидкої медичної допомоги до хронічно хворих; частка дітей віком до 18 років з вперше встановленою інвалідністю; частка компенсованих хворих на цукровий діабет; диспансерний облік хворих на артеріальну гіпертензію; частка пацієнтів з ускладненнями (інсульт, інфаркт) серед хворих на артеріальну гіпертензію та ІХС. Індикаторами оцінки процесу можуть бути виявлення онкологічних захворювань візуальних форм (занедбані випадки, 3—4 стадії); виявлення захворювання на туберкульоз в занедбаній формі.

Шостий напрям — повнота володіння кваліфікаційними компетенціями — визначається такими процесними компонентами, як навички користування технологіями клінічних протоколів ПМСД; вміння застосовувати переважно ліки, що входять до формуляру ПМСД; підвищення кваліфікації лікарів і медичних сестер за принципом "безперервного навчання".

Розвиток ПМСД є сьомим напрямом оцінки. До

структурних індикаторів забезпечення цього напрямку відносяться оцінка використання у закладі ПМСД технологій медичних стандартів, уніфікованих та локальних клінічних протоколів; бюджетних відрахувань на організацію ПМСД (рівень області, держави).

Первинна допомога є частиною спеціалізованої амбулаторної допомоги, яка має низьку проблем, спричинених:

- низькою доступністю населення, особливо у сільській місцевості, до первинної допомоги, що зумовлено нераціональною інфраструктурою, віддаленістю закладів від місця проживання пацієнтів;

- низькою якістю первинної допомоги внаслідок технологічної відсталості закладів, відсутністю мотивації працівників, стандартів лікування;

- неналежним кадровим забезпеченням;
- відсутністю дієвої системи управління галуззю охорони здоров'я;

- недостатністю наукового обґрунтування функціонування і розвитку первинної допомоги;

- недосконалістю нормативно-правової

бази.

Щодо перспектив розвитку первинної допомоги, то слід розглядати такі варіанти:

- удосконалення роботи поліклінічної моделі;
- подальше впровадження засад сімейної медицини.

Розвиток первинної допомоги на засадах сімейної медицини є оптимальним засобом підвищення ефективності роботи галузі охорони здоров'я.

Для розв'язання проблеми необхідно здійснити заходи щодо:

- удосконалення нормативно-правової та науково-методичної бази, зокрема з питань реорганізації закладів первинної допомоги та їх ефективного функціонування;

- забезпечення доступності населення, особливо у сільській місцевості, до первинної допомоги;

- формування позитивного ставлення населення, медичної громадськості до змін в галузі охорони здоров'я;

- продовження організації мережі амбулаторій сімейної медицини, наближення їх до місця проживання пацієнтів, особливо у сільській місцевості, а також матеріально-технічного оснащення таких закладів;

- забезпечення високоякісної підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації лікарів, медсестер, менеджерів та іншого персоналу для надання первинної допомоги в достатньому обсязі;

- розроблення і впровадження стандартів первинної допомоги та критеріїв оцінки її якості;

- здійснення поетапної реструктуризації амбулаторно-поліклінічних закладів (підрозділів) з чітким розмежуванням первинної та інших рівнів медичної допомоги;

- впровадження сучасних інформаційних технологій;

- розроблення і впровадження механізму активної участі громадськості в управлінні галуззю охорони здоров'я.

Як відомо, існують прямі та накладні витрати⁵, які пов'язані із забезпеченням лікувально-профілактичних заходів і створенням умов для роботи підрозділу, частини, закладу в цілому щодо виконання декількох видів послуг. У результаті розподілу накладних витрат отримуємо коефіцієнти, які дозволяють визначити побічні (накладні) витрати конкретного підрозділу (поліклініки). Так, при розрахунку таких коефіцієнтів враховується базова характеристика конкретного підрозділу та додатково розраховується частина цієї характеристики допоміжних підрозділів.

Розглянемо існуючу практику розподілу коефіцієнтів перерозподілу накладних витрат за чисельністю штатних одиниць, заробітної плати, наявністю медичного обладнання, кількісною характеристикою, нормою білизни, площею, тільки на стаціонарні підрозділи.

Що ж стосується визначення коефіцієнта перерозподілу за "чисельністю штатних одиниць", то він визначається за формулою [6]:

⁵ Накладні витрати не можна точно розподілити між конкретною продукцією, так як вони поширюються на всю виробничу продукцію.

$$KRKR = \frac{KOLR + \frac{KOLR}{KOLRST + KOLRAM} * KOLRVSOO}{KOLRAO} \quad (1),$$

де KRKR — коефіцієнт розподілу за "чисельністю штатних одиниць";

KOLR — кількість штатних одиниць даного основного підрозділу;

KOLRST — загальна кількість штатних одиниць стаціонарних підрозділів;

KOLRAM — загальна кількість штатних одиниць амбулаторних підрозділів;

KOLRVSOO — загальна кількість штатних одиниць допоміжних підрозділів, що обслуговують всі основні відділення;

KOLRAO — загальна кількість штатних одиниць клініки.

Процес розвитку сімейної медицини зумовлює формування нормативно-законодавчої бази та належного фінансово-економічного забезпечення. Надалі необхідне подальше їх вдосконалення з тим, щоб забезпечити заляжність оплати праці спеціалістів сімейної медицини як від обсягу та якості наданих профілактичних, діагностичних та лікувально-оздоровчих і реабілітаційних послуг, так і від кількості населення, що на добровільній основі обра-ло собі певного сімейного лікаря.

Матеріальна винагорода спеціалістів сімейної медицини має залежати певним чином від реалізації та ефективності заходів ПМСД на сімейно-територіальних дільницях з врахуванням певних показників стану здоров'я та їх динаміки. Оплата за якість надання медичних послуг має визначитися з врахуванням коефіцієнтів складності виконаних процедур і видів роботи, передбачених розробленими прейскурантами, класифікаторами, тарифікацією. Оплата праці менеджерів сімейної медицини також має визначитися ефективністю діяльності сімейних лікарів, середнього і додаткового медичного персоналу, що перебувають під його керівництвом.

Аналіз літературних джерел дає можливість нам визначити коефіцієнт перерозподілу за "заробітною платою" [6]:

$$KRZR = \frac{PODTO + KRKR * ZPVS0}{ZPKLIN} \quad (2),$$

де KRKR — коефіцієнт розподілу за "заробітною платою";

PODTO — заробітна плата даного підрозділу;

KRKR — коефіцієнт розподілу за "чисельністю штатних одиниць + планова кількість хворих";

ZPVS0 — загальна заробітна плата допоміжних підрозділів, що обслуговують основні підрозділи;

ZPKLIN — загальна заробітна плата клініки.

У той же час коефіцієнт перерозподілу за "наявністю обладнання" розраховують наступним чином [6]:

$$KRNO = \frac{IZNOBP + KRKR * IZODVSO}{IZOBKLIN} \quad (3),$$

де KRNO — коефіцієнт розподілу за "наявністю обладнання";

IZNOBP — річний знос обладнання даного основного підрозділу;

KRKR — коефіцієнт розподілу за "чисельністю штатних одиниць + планова кількість хворих";

IZODVSO — знос обладнання допоміжних підрозділів, що обслуговують основні підрозділи;

IZOBKLIN — знос обладнання клініки.

У формулі (4) відображено розрахунок коефіцієнта перерозподілу за "кількісною характеристикою" [6]:

$$KRKHAR = \frac{KOLHAR + \frac{KOLR}{KOLRST + KOLRAM} * KHARVSOO}{KHARKLIN} \quad (4),$$

де KRKHAR — коефіцієнт розподілу за "кількісною характеристикою";

KOLHAR — величина кількісної характеристики даного основного підрозділу;

KOLR — кількість штатних одиниць даного основного підрозділу;

KOLRST — загальна кількість штатних одиниць стаціонарних підрозділів;

KHARVSOO — величина кількісної характеристики до-

поміжних підрозділів, що обслуговують стаціонари;

KOLRAM — загальна кількість штатних одиниць амбулаторних підрозділів;

KHARVSOO — величина кількісної характеристики допоміжних підрозділів, що обслуговують всі основні відділення;

KHARKLIN — величина кількісної характеристики в клініці.

Аналіз літературних джерел дає нам підстави стверджувати, що розрахунок вартості медичних послуг дозволяє покращити процеси [8]:

— планування діяльності закладів охорони здоров'я на короткотерміновий і довготерміновий періоди шляхом фінансового та експлуатаційного прогнозування і складання бюджету з метою прийняття рішень щодо ціноутворення, інвестицій та припинення фінансування, а також прийняття виважених рішень про аналіз обсягу витрат і прибутків, аналіз самоокупності тощо;

— організації і впровадження шляхом кількісного визначення ресурсів, необхідних для реалізації управлінських планів, а також контролю над витратами під час здійснення поточної діяльності закладів охорони здоров'я;

— контролю шляхом інформування управлінців про те, як вони діють у порівнянні із запланованим чи очікуваним рівнем діяльності, розрахунок вартості дозволяє отримати цю інформацію шляхом надання звітів про виконання, аналізів невідповідностей меж внутрішнього контролю, включаючи виробничі цілі та інші механізми зворотного зв'язку управлінців для контролю за поточним управлінням;

— управління і обмін інформацією.

Фінансово-економічне забезпечення сімейної медицини може здійснюватись як неекономічними — адміністративними, так і економічними, ринковими методами. Принципи фінансування визначаються суспільними можливостями та державною політикою у галузі охорони здоров'я, яка має бути спрямована на децентралізацію управління, розвиток самоврядування у лікувально-профілактичних закладах та самостійність працівників охорони здоров'я на правовій, договірній основі.

Вільний вибір сімейного лікаря та розподіл функцій дозволить створити умови для здорового конкуренті, що сприятиме здешевленню вартості медичних послуг та більш раціональному використанню коштів. При переході на господарський розрахунок і нові умови господарювання медичні заклади, зокрема сімейні лікарі, можуть за угодами отримувати як бюджетне фінансування, так і позабюджетне від працедавців і організацій, підприємств та страхових фондів. Крім того, вони, оговоривши це в угодах, можуть також надавати платні послуги населенню. Причому, очевидно, що у зв'язку зі скороченням бюджетного фінансування та обмеженням коштів підприємств через кризу і скорочення виробництва має на перспективу зростати частка платних медичних послуг.

Створення ринку медичних послуг ставить проблему організації системи контролю якості та медико-економічних стандартів роботи спеціалістів. Причому до різної діяльності мають застосовуватись різні підходи. Так, якість профілактичної діяльності має оцінюватись передовсім органами охорони здоров'я, які оплачують цю діяльність через досягнення кінцевих результатів закладу сімейної медицини. Якість наданих медичних послуг і допомоги оцінюється передовсім самими пацієнтами, що їх отримали в трьох аспектах: терміни (своєчасність), результативність та вартість (обґрунтованість) комплексу виконаних процедур та призначень.

Аналіз літературних джерел свідчить про ефективність впровадження сімейної медицини як для громадян та медичних закладів, так і для держави в цілому. Широке впровадження економічних методів в управління сімейною медициною дозволить домогтись значних успіхів у підвищенні якості медико-санітарного забезпечення населення, зміцненні та збереженні його здоров'я.

На сьогоднішній день в амбулаторно-поліклінічній службі до лікарів первинної ланки звертається 40 % хворих, а до лікарів-спеціалістів — 60 %, обслуговування сімейним лікарем показує, що це співвідношення змінюється. Очікується, що до лікарів первинної ланки буде звертатися 60—70 % хворих, а до лікарів-спеціалістів 30—40 %, що наблизить нас до раціонального використання ре-

Таблиця 1. Етапи ухвалення рішення про купівлю медичної послуги

Етап	Покупець платної медичної послуги	Покупець медичної послуги з програми добровільного медичного страхування (ДМС)
1. Усвідомлення проблеми	Відразу після виникнення потреби (її усвідомлення) у будь-якій медичній допомозі починається процес купівлі	Процес купівлі починається задовго до усвідомлення потреби в медичній допомозі, відбувається усвідомлення можливості виникнення такої потреби в майбутньому
2. Пошук інформації	Для пошуку і добору інформації не має багато часу. Зібрана інформація обмежена в обсязі, в основному про медичні послуги і ЛПЗ, що їх надають.	Має багато часу на пошук і добір достатнього обсягу інформації про пропозиції страхових компаній і ЛПЗ про медичні послуги. При колективному страхуванні інформацію добирає і аналізує страховальник
3. Оцінка варіантів	Можлива з обмеженого списку варіантів ринку платних медичних послуг.	Походить з необмеженого списку ДМС
4. Рішення про купівлю	Приймається, виходячи з: - терміновості купівлі; - рівня цінності купівлі (купує для себе, родича, друзів, співробітника тощо); - вартості покупки; - припускає вірогідність щодо подальшої потреби у платній медичній допомозі, її обсягах і вартості.	Приймається, виходячи з: - обсягу медичної допомоги за страховою програмою; - вартості страхової програми; - повноти додаткових сервісних послуг; - рівня медичної допомоги; - меж відповідальності страховальника.
5. Реакція на купівлю	Короткострокова. Задоволений або незадоволений даною медичною послугою (відповідність ціни і якості). Оцінюється короткостроковий результат медичної допомоги.	Довгострокова (протягом дії страховки). Задоволений або незадоволений комплексом медичних і сервісних послуг зі страхової програми ДМС. Оцінюється результат комплексної медичної допомоги.

ВИСНОВКИ

1. Розглянуто існуючу практику розподілу коефіцієнтів перерозподілу накладних витрат за чисельністю штатних одиниць, обсягом заробітної плати, наявністю медичного обладнання, кількісною характеристикою, нормою білизни, площею, тільки на стаціонарні підрозділи.

2. Доведено, що створення ефективної системи ПМСД гарантує загальнодоступність медичної допомоги, дозволяє забезпечити більш високий рівень здоров'я відносно дешевим способом.

3. Визначено основні проблеми первинної допомоги та запропоновано шляхи для їх усунення.

Література:

1. Закон України "Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві" від 7 липня 2011 року № 3612-VI // Законодавство України [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/>

2. Закон України "Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини до 2011 року" від 22 січня 2010 р. № 1841-VI // Законодавство України [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/>

3. Указ Президента України "Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення" від 6 грудня 2005 р.

№ 1694/2005 // Законодавство України [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/>

4. Постанова Кабінету Міністрів України "Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти" від 17 верес. 1996 р. № 1138 // Законодавство України [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/>

5. Програма економічних реформ Президента України на 2010—2014 роки "Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава" // Законодавство України [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/>

6. Васишин Р.І. Технології розвитку собівартості і цін медичних процедур та нозологічної одиниці. Алгоритми визначення коефіцієнтів перерозподілу накладних витрат у закладах охорони здоров'я — основа для створення медико-економічних стандартів / Р.І. Васишин // Український медичний часопис. — 2006. — № 6 (56). — С. 28—34.

7. Вороненко Ю.В., Пащенко В.М. Фінансовий менеджмент з основами економіки охорони здоров'я: навчально-методичний посібник / Ю.В. Вороненко, В.М. Пащенко. — К.: Міжрегіональний видавничий центр "Медінформ", 2011. — 499 с.

8. Економіка військової системи охорони здоров'я: навчальний посібник / За редакцією А.С.Кутузи. — К.: УВМА, 2010. — 396 с.

9. Загородній В.В., Яструбинський В.І., Васько Л.А. Методика розвитку цін на медичні послуги в медичних закладах, санаторно-курортних підприємствах, страхових компаніях та інших медичних структурах / В.В. Загородній, В.І. Яструбинський, Л.А. Васько. — Київ, 1998. — 43 с.

10. Євтушенко О.А. Механізми державного управління ціноутворенням в охороні здоров'я: автореф. дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 [Електронний ресурс] / О.А. Євтушенко; Донец. держ. ун-т упр. — Донецьк, 2006. — 20 с.: <http://uk.wikipedia.org/>

Стаття надійшла до редакції 21.11.2011 р.

курсів, коли на первинному рівні за даними ВООЗ обслуговується 90 % хворих [7].

На основі вивчення фактичного обсягу і потреби населення в амбулаторно-поліклінічній допомозі ми встановили, що створення інституту лікарів загальної практики / сімейних лікарів уможливить скорочення затрат на безліч консультацій вузьких спеціалістів, направлення пацієнтів у різні центри, а також підвищить якість та оперативність діагностики на амбулаторному прийомі. Стає очевидним, що така кількість вузьких спеціалістів не потрібна на амбулаторному прийомі.

Економічні показники діяльності амбулаторії сімейного лікаря підтверджують положення, що сімейна медицина рентабельна за рахунок зменшення направлень на консультації, аналізи, госпіталізацію. Прийом сімейного лікаря дешевший за прийом лікаря-спеціаліста в 2 рази.

Отже, сімейно-медична практика є соціально, медично та економічно обґрунтованою, але ефективність її функціонування залежить від впливу соціально-економічних та правових чинників.

Слід зважати й на те, що в поліклініці також можуть надаватися платні медичні послуги, перелік яких затверджений постановою Кабінету Міністрів України "Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти" від 17 вересня 1996 року № 1138 [4]. При купівлі медичної послуги пацієнти можуть бути як споживачами платних медичних послуг, так і споживачами послуг добровільного медичного страхування. Грунтуючись на дослідженнях українських науковців, ми виявили особливості етапів ухвалення рішення про купівлю таких медичних послуг, які відображено у таблиці 1 [10].

Як видно із табл. 1, процес ухвалення рішення про купівлю медичних послуг у споживача добровільного медичного страхування більш глибокий і складний, на відміну від процесу ухвалення рішення про купівлю у споживача окремої платної медичної послуги.