

ЗМІНА МЕТОДУ ФІНАНСУВАННЯ СТАЦІОНАРІВ ЯК ДІЄВИЙ СПОСІБ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ РЕСУРСОВИТРАТНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпропетровськ, Україна

Мета – медико-соціальне обґрунтування дієвості зміни методу фінансування стаціонарів як способу підвищення якості та ефективності медичної допомоги на прикладі дослідження інтенсивності використання ресурсів та якості медичного обслуговування хворих хірургічного профілю.

Методи: системний підхід і аналіз, історичний та бібліосемантичний; експертних оцінок, біостатистичний.

Результати. Зміна методу фінансування стаціонарів із постатейного методу за кошторисом на більш гнучкий метод є дієвим способом інтенсифікації використання основних ресурсів стаціонарів і підвищення якості медичних втручань. Медико-соціальне значення запропонованого способу пов'язане з достовірним збільшенням ефективності використання ресурсів (питомої ваги ліжко-днів, проведених пацієнтами в стаціонарі обґрунтовано у 2,4–2,8 разу) і значним підвищенням якості медичної допомоги: зменшення частоти дефектів діагностики та лікування. Економічна ефективність визначається економією ресурсів за рахунок зменшення тривалості середнього терміну госпіталізації хворих.

Висновки. Доцільність впровадження запропонованого способу полягає в тому, що він дасть змогу значно оптимізувати використання наявних ресурсів лікарень і підвищити якість госпітальних медичних послуг.

Ключові слова: метод фінансування, ресурси стаціонарів, заклади охорони здоров'я.

ВСТУП

Для сучасної української охорони здоров'я в умовах значного дефіциту коштів особливо важливим є ефективне використання наявних ресурсів [13]. На заваді цьому, за оцінками Світового банку, стоїть брак фінансової самостійності та конкуренції серед надавачів медичних послуг, спричинений передусім фінансуванням за нормативами, а не за дійсними результатами їх діяльності та неадекватністю системи оплати праці медичних фахівців [12].

Експерти у сфері охорони здоров'я відзначають, що стаціонари як найбільш високовартісні заклади, відіграють ключову роль у процесі реформування усієї системи охорони здоров'я та визначають розвиток структури мережі закладів охорони здоров'я на до- та післягоспітальному етапах. Більшість загального бюджету української системи охорони здоров'я спрямовується на фінансування стаціонарів. Лікарні відіграють значну роль у галузі охорони здоров'я будь-якої країни: вони надають допомогу населенню в найскладніших випадках, мають в своєму складі найбільш кваліфікованих медичних фахівців, визначають політику доступу до спеціалізованих медичних послуг тощо [1–5, 7].

Аналіз систем охорони здоров'я Західної Європи демонструє, що витрати на охорону здоров'я (навіть значні) не дають очікуваної віддачі, якщо не підкріплені раціоналізацією організації медичної допомоги та підвищенням відповідальності закладів охорони здоров'я за рентабельність послуг, адекватними змінами місця й характеру надання медичної допомоги, орієнтацією на внутрішній ринок і керовану конкуренцію (Доповідь ВООЗ про стан охорони здоров'я у світі 2010 р. «Фінансування систем охорони здоров'я») [11].

На теперішній час проблеми подолання низької якості та недостатньої ефективності стаціонарної медичної допомоги розглядаються через призму оптимізації потужності та структури ліжкового фонду відповідно до потреб населення та з орієнтуванням на кінцеві результати діяльності галузі – показники здоров'я населення [15]. При цьому стаціонар може вигравати не тільки в результаті розширення обсягу робіт, але й їх згортання – за рахунок відмови від необґрунтованих госпіталізацій, зниження середньої тривалості перебування пацієнта, використання ресурсозберігаючих медичних технологій [2–4, 6, 14].

Але українські стаціонари, на відміну від європейських, не мають змоги самостійно розпоряджатися своїми ресурсами. Наявна в Україні система фінансування закладів охорони здоров'я, які мають статус «бюджетних», згідно з чинним законодавством, за методом постатейного кошторису (який базується на показниках потужності), а також оплати праці медичних працівників на основі посадових окладів позбавляють систему управлінської інформації для оцінки варіантів – чи будувати (реконструювати) лікарню, лікувати пацієнта в стаціонарі або амбулаторно, узяти нового лікаря чи більше заплатити вже працюючому. Така система не містить економічних стимулів до пошуку нових типів медичних установ, альтернативних форм надання медичної допомоги тощо [8, 10, 12, 15].

Ще у 2011 р. у статті 18 Закону України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» було визначено курс на удосконалення фінансування закладів охорони здоров'я [9], однак практичних змін досі не відбулось. Нещодавно МОЗ України розробило нову стратегію реформ, яка включає зміну системи оплати та юридичного статусу закладів

охорони здоров'я. Приведене в статті дослідження доводить, що зміна методу фінансування стаціонарів є ключовим завданням для реформування галузі.

Мета роботи – медико-соціальне обґрунтування дієвості зміни методу фінансування стаціонарів як способу підвищення якості та ефективності медичної допомоги на прикладі дослідження інтенсивності використання ресурсів та якості медичного обслуговування хворих хірургічного профілю.

Предмет дослідження – медико-статистичні особливості структури, організації, медичних технологій, якості та ефективності стаціонарної допомоги, підходи до підвищення ефективності організації та якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я.

У статті використано фрагмент науково-дослідної роботи «Наукове обґрунтування модернізації системи медичного обслуговування на регіональному рівні» (№ держреєстрації 0114U000928, термін виконання – 2014–2016 рр.), яка проводиться на кафедрі соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України».

Дослідження здійснювалося протягом 2007–2013 рр. на базі хірургічних стаціонарів трьох лікувально-профілактичних закладів м. Дніпропетровська: двох стаціонарів, що знаходяться у складі багатопрофільних міських лікарень, з традиційним кошторисним методом фінансування та одного стаціонару приватної клініки загальної та пластичної хірургії, яка фінансується за закінчений випадок лікування (далі – стаціонар із фінансуванням за пролікований випадок). Інформаційна база сформована з даних спеціальних вибіркового досліджень: порівняльної оцінки якості та адекватності стаціонарної допомоги хворим у закладах із різними методами фінансування (404 карти експертної оцінки).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Експертами виступили 5 лікарів-хірургів вищої категорії (у тому числі 1 професор, доктор медичних наук; 1 кандидат медичних наук), ступінь компетентності яких з означених питань був високим – $0,92 \pm 0,11$ ($M \pm SD$) (за коефіцієнтами інформованості та аргументації, О.Л. Бондаренко, 2005). Обґрунтованість використання ліжкового фонду визначалася за допомогою методики Г.О. Слабкого і В.Л. Подоляки (2004). Розрахунки необхідної кількості спостережень проводилися за загальновідомими методами. Розраховувались відносні та середні величини, вірогідність різниці між досліджуваними показниками оцінювалась за критеріями Стюдента (t) із використанням програм EXCEL-2003 і

STATISTICA 6.1 (StatSoft Inc., серійний №AGAR909E415822FA). Усі проведені дослідження відповідали принципам біологічної етики та медичної деонтології, що підтверджено висновком Комітету з біологічної етики ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» (протокол № 5 від 21.02.2011 р.).

Методи: системний підхід і аналіз, історичний та бібліосемантичний; експертних оцінок, біостатистичний.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Порівняльний аналіз впливу різних методів фінансування стаціонарів (кошторисного та фінансування за пролікований випадок) на якість лікувально-діагностичного процесу та ефективність використання ресурсів закладу проводився на вибірці чисельністю 404 пацієнти: здійснювалася експертна оцінка стаціонарного лікування 197 хворих, госпіталізованих до бюджетних стаціонарів із кошторисним фінансуванням, і 207 пацієнтів, госпіталізованих до стаціонару із фінансуванням за пролікований випадок, за окремими нозологіями: калькульозний холецистит (код за МКХ-10 – K81.1) – 100 і 106 хворих відповідно, вентральна грижа / грижа черевної стінки (K43) – 52 та 49 пацієнтів і пахова грижа (K40) – 45 та 52 хворих. Пацієнти, що страждали на калькульозний холецистит і пахові грижі, були прооперовані лапароскопічним методом.

Відсутність достовірних відмінностей в основних характеристиках груп пацієнтів стаціонарів із різними методами фінансування (середній вік хворих; розподіл за статтю; своєчасністю звертань по медичну допомогу; за основним клінічним діагнозом та його ускладненнями; питома вага хворих із супутньою патологією; а також з поєднаними оперативними втручаннями тощо) в цілому та по окремих нозологіях ($p > 0,05$) свідчила про однорідність сукупностей, що порівнюються.

Встановлено, що заміна існуючого (кошторисного) фінансування стаціонару на більш гнучкий спосіб (за пролікований випадок) суттєво підвищувала інтенсивність використання ліжкового фонду в закладі, про що свідчило зменшення середньої тривалості лікування хворих із різними захворюваннями при фінансуванні за випадок більше ніж у 2 рази (табл.) та збільшення питомої ваги ліжко-днів, проведених пацієнтами в стаціонарі обґрунтовано: при хронічному холециститі – до 85,8% (проти 36,3% в установах із фінансуванням за кошторисом, $p < 0,001$), вентральних грижах – 76,9% (проти 27,3%, $p < 0,001$), пахових грижах – 94,4% (проти 39,3%, $p < 0,001$); рис. 1.

Таблиця
**Середня тривалість лікування хворих
у стаціонарах із різними методами фінансування (ліжко-днів, $M \pm m$)**

Нозологічна форма	Стаціонар із кошторисним фінансуванням	Стаціонар із фінансуванням за пролікований випадок
Калькульозний холецистит	10,2±0,27	3,4±0,18*
Вентральна грижа	15,0±0,7	5,2±0,9*
Пахова грижа	10,0±0,26	3,1±0,09*

Примітка: * – вірогідність розбіжностей $p < 0,001$.

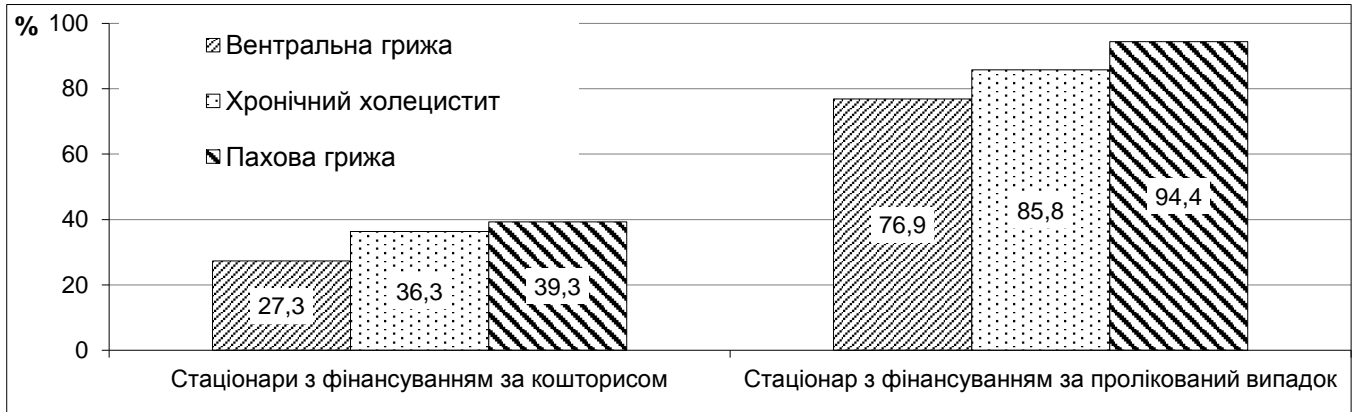


Рис. 1. Інтенсивність адекватної експлуатації ліжкового фонду хірургічних стаціонарів залежно від застосування різних методів їх фінансування (% від загальної кількості ліжко-днів)

Поряд із підвищенням ефективності використання ліжкового фонду в стаціонарі, що фінансується за закінчений випадок лікування, виявлено поліпшення показників якості медичного обслуговування, що пояснюється впливом економічної мотивації до більш якісної роботи. Так, відмічено вищі показники охоплення, за рекомендованими міжнародними та українськими клінічними протоколами, діагностичними втручаннями досліджених хворих та своєчасності проведення досліджень на передопераційному етапі; істотно рідше діагноз захворювання встановлювався із запізненням – у групі хворих на хронічний холецистит у 5,7% випадків проти 89,3% при кошторисному фінансуванні ($p < 0,001$), у пацієнтів із вентральними грижами – у 6,1% проти 94,2% ($p < 0,001$), паховими – у 7,7% проти 86,7% ($p < 0,001$)

відповідно. У клінічному діагнозі стаціонарів, що фінансувалися за закінчений випадок лікування, рідше, ніж у закладах із кошторисним фінансуванням, мали місце помилки: в групі хворих на калькульозний холецистит – у 0% та 43% випадків відповідно ($p < 0,001$), у пацієнтів із вентральними грижами – у 26,5% та 59,6% ($p = 0,001$), паховими грижами – у 40,4% та 95,6% ($p < 0,001$).

Дефекти лікування хворих також значно рідше зустрічались у стаціонарі з фінансуванням за пролікований випадок порівняно із закладами з кошторисним фінансуванням: при хронічному холециститі в 3,8% випадків порівняно з 17% відповідно ($p = 0,002$), хворих на вентральні грижі – у 12,3% та 32,7%, ($p = 0,013$), на пахові грижі – у 17,3% та 44,4% ($p = 0,004$) (рис. 2).

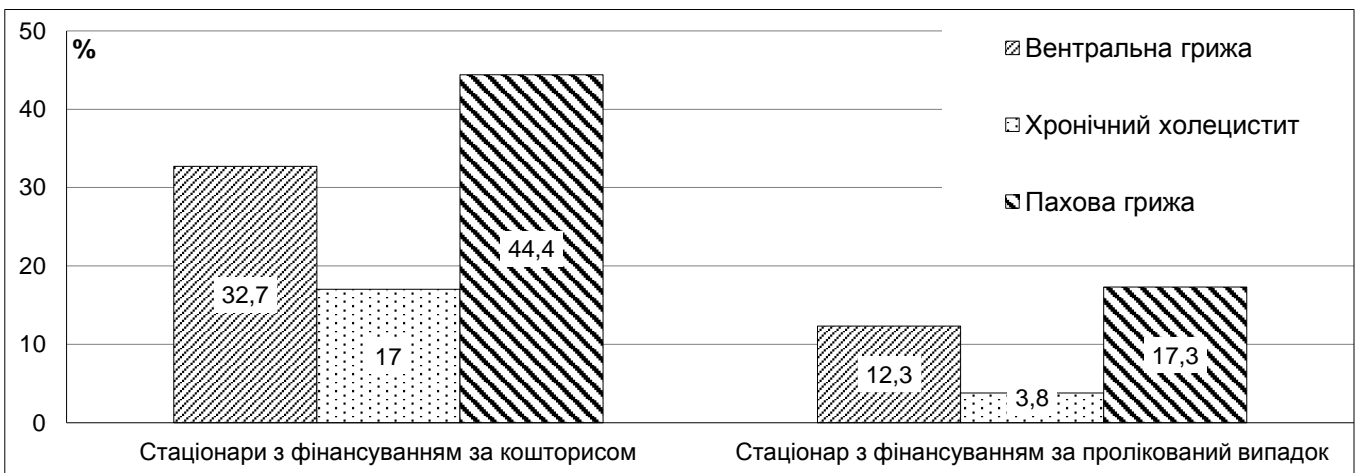


Рис. 2. Частота дефектів лікування у стаціонарах залежно від застосування різних методів їх фінансування (% від загальної кількості досліджених хворих)

Врахуванню ролі супутньої патології у веденні хворого в лікарні, що фінансується за закінчений випадок лікування, було приділено більше уваги, ніж у медичних закладах із кошторисним фінансуванням. На вибір методів лікування основного захворювання супутня патологія інших систем організму мала вплив у приблизно восьми з кожних десяти хворих на калькульозний

холецистит (81% у стаціонарах із кошторисним фінансуванням та 79,3% у лікарні з фінансуванням за пролікований випадок), приблизно семи з десяти хворих – із паховими (77,8% і 69,2% відповідно) і вентральними грижами (61,5% і 77,6%). Водночас, враховувалися при діагностиці та лікуванні супутні захворювання в медичних закладах із кошторисним фінансуванням недостатньо:

у 14,8% з усієї кількості випадків впливу на вибір методів лікування калькульозного холециститу, 50,1% – венральних, 2,8% – пахових гриж. У стаціонарі з фінансуванням за пролікований випадок значення супутньої патології усіх пацієнтів було враховане.

ВИСНОВКИ

Результати проведеного аналізу впливу різних методів фінансування стаціонарів на ефективність використання ресурсів, якість та адекватність лікувально-діагностичного процесу переконливо доводять, що спосіб фінансування стаціонарів (за кошторисом витрат або за закінченим випадком лікування) суттєво впливає на інтенсивність використання ліжкового фонду в закладі охорони здоров'я. Зміна методу фінансування стаціонарів із постатейного методу за показниками потужності, який достовірно сприяє неефективному використанню наявних ресурсів та негативно впливає на адекватність медичного обслуговування пацієнтів, на більш гнучкий метод фінансування є дієвим способом інтенсифікації використання основних ресурсів стаціонарів і підвищення якості медичних втручань. Впровадження цього способу в практику потребує законодавчої зміни методів фінансування комунальних закладів на державному рівні.

Медико-соціальне значення запропонованого способу пов'язане з достовірним збільшенням ефективності використання ресурсів стаціонарів (питомої

ваги ліжко-днів, проведених пацієнтами в стаціонарі обґрунтовано у 2,4–2,8 разу) та значним підвищенням якості медичної допомоги: зменшення частоти дефектів діагностики (0÷40,4% проти 43÷95,6% при різних патологіях відповідно, $p \leq 0,001$) та лікування (3,8÷17,3% проти 17÷44,4%, $p < 0,01$). Економічна ефективність визначається економією ресурсів за рахунок зменшення тривалості середнього терміну госпіталізацій хворих.

Доцільність впровадження запропонованого способу полягає в тому, що його використання дасть змогу оптимізувати потужність стаціонарів як вторинного, так і третинного рівня надання медичної допомоги та підвищити раціональність використання ліжкового фонду; науково забезпечити управлінські рішення та створення комплексу організаційних заходів стосовно підвищення ефективності використання ресурсів закладів охорони здоров'я при розробці програм реформування галузі, зокрема, стаціонарного сектору і, як наслідок, значно оптимізувати використання наявних ресурсів лікарень і підвищити якість госпітальних медичних послуг.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Потребує термінової розробки методика фінансування стаціонарів за випадок із використанням австралійської системи діагностично-споріднених груп, обраної в якості референтної для української системи охорони здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА

1. Абовська О. Рекомендації ЄС щодо реорганізації системи вторинної медичної допомоги в Україні / О. Абовська // Ваше здоров'я: медична газета України. – 2010. – № 9 (1037). – С. 2.
2. Бугро В. І. Роль лікарень в інтегрованій мережі надання медичної допомоги / В. І. Бугро, Н. Г. Гойда, В. В. Горачук // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2015. – № 1 (22). – С. 79–80.
3. Волчек В. В. Обґрунтування способів оптимізації структурної організації стаціонарної допомоги вторинного рівня : автореф. дис. ... к.мед.н. : спец. 14.02.03 «Соціальна медицина» / В. В. Волчек. – Київ, 2010. – 23 с.
4. Дьяченко В. Г. Управление качеством медицинской помощи : учебник / В. Г. Дьяченко, Л. В. Солохина, С. В. Дьяченко. – Москва : ГБОУ ВПО ДВГМУ, 2012. – 655 с.
5. Кадыров Ф. Н. Экономические методы оценки эффективности деятельности медицинских учреждений / Ф. Н. Кадыров. – Москва : ИД «Менеджер здравоохранения», 2011. – 496 с.
6. Лашкул З. В. Проблеми експертної оцінки дефектів надання медичної допомоги: лікарська помилка, нещасний випадок чи ятрогенія? / З. В. Лашкул, Ю. Ю. Сізнцова // Главный врач. – 2012. – № 5. – С. 56–57.
7. Лехан В. М. Характеристика ресурсного обеспечения здравоохранения Украины / В. М. Лехан // Главный врач. – 2010. – № 7. – С. 26–52.
8. Ліщишина О. М. Вимірювання якості медичної допомоги: проблеми імплементації кращої світової практики в Україні / О. М. Ліщишина, Є. Л. Горох // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 2. – С. 121–127.
9. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України від 07.07.2011 р. № 3611-VI [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.zakon.rada.gov.ua/laws/show/3611-17>. – Назва з екрана.
10. Сибурина Т. А. Современные технологии обеспечения конкурентного преимущества учреждения здравоохранения на рынке медицинских услуг / Т. А. Сибурина // Главный врач. – 2011. – № 11. – С. 75–85.
11. Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью : доклад о состоянии здравоохранения в мире. – Копенгаген : ВОЗ, 2010. – 106 с.
12. Як працює система? Новий підхід до аналізу і оцінки процесів управління в системі охорони здоров'я України / Міжнародний банк реконструкції та розвитку. Світовий банк. – Вашингтон : ТОВ «ОБНОВА КОМПАНІ», 2015. – 224 с.
13. Lekhan V. N. Influence of care quality on the consumption of health resource / V. N. Lekhan, V. V. Volchek // Management in health. – 2015. – XIX/3. – P. 9–12.
14. Quality of care and health status in Ukraine / J. W. Peabody, J. Luck, L. DeMaria, R. Menon // BMC Health Services Research. – 2014. – № 14. – P. 446–457.

15. Porter M. E. The strategy that will fix health care / M. E. Porter, T. H. Lee // Harvard Business Review 91. – № 10 (October 2013). – P. 50–70.

Дата надходження рукопису до редакції: 22.10.2015 р.

Изменение метода финансирования стационаров как действенный способ повышения эффективности ресурсозатратных медицинских услуг

В.М. Лехан, В.В. Волчек, М.В. Павленко
ГУ «Днепропетровская медицинская академия
МЗ Украины», г. Днепропетровск, Украина

Цель – медико-социальное обоснование действенности изменения метода финансирования стационаров как способа повышения качества и эффективности медицинской помощи на примере исследования интенсивности использования ресурсов и качества медицинского обслуживания больных хирургического профиля.

Методы: системный подход и анализ, исторический и библиосемантический; экспертных оценок, биостатистический.

Результаты. Изменение метода финансирования стационаров с постатейного метода по смете на более гибкий метод является действенным способом интенсификации использования основных ресурсов стационаров и повышения качества медицинских вмешательств. Медико-социальное значение предложенного способа связано с достоверным увеличением эффективности использования ресурсов (удельного веса койко-дней, проведенных пациентами в стационаре обосновано – в 2,4–2,8 раза) и значительным повышением качества медицинской помощи: уменьшением частоты дефектов диагностики и лечения. Экономическая эффективность определяется экономией ресурсов за счет уменьшения продолжительности среднего срока госпитализации больных.

Выводы. Целесообразность внедрения предложенного способа заключается в том, что он позволит значительно оптимизировать использование имеющихся ресурсов больниц и существенно повысить качество госпитальных медицинских услуг.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: метод финансирования, ресурсы стационаров, учреждения здравоохранения.

Changing of hospital payment method as an effective way to improve resource-intensive medical services

V.M. Lekhan, V.V. Volchek, M.V. Pavlenko
SE «Dnipropetrovsk Medical Academy
MHC of Ukraine», Dnipropetrovsk, Ukraine

Purpose – medical and social substantiation of effectiveness of changing of hospital payment method as a way of improving the quality and efficiency of medical care by investigating the intensity of resources use and care quality for surgical patients.

Methods: systematic approach and analysis, historical and bibliosemantic; expert assessments, biostatistical.

Results. Changing of hospital payment method from method of line-item estimates to a more flexible method is an effective way to intensify the use of basic resources of hospitals and to improve the quality of health care interventions. Medical and social significance of proposed method is associated with a significant increase of resource efficiency (the proportion of bed-days which patients justifiably spent in the hospital – in 2.4–2.8 times) and a significant increase of care quality: a decrease the frequency of defects of diagnosis and treatment. Economic efficiency is determined by saving resources though the reducing of average duration of hospitalization period.

Conclusions. The expediency of introduction of the proposed method lies in the fact that it will greatly optimize the use of available resources of hospitals and improve the quality of hospital care.

KEY WORDS: method of financing, hospital resources, health facilities.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Лехан Валерія Микитівна – д.мед.н., проф., Заслужений діяч науки і техніки України, зав. кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; просп. К. Маркса, 24, м. Дніпропетровськ, 49000, Україна.

Волчек Віра Володимирівна – к.мед.н., доц. кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; просп. К. Маркса, 24, м. Дніпропетровськ, 49000, Україна.

Павленко Максим Віталійович – лікар вищої категорії, медичний директор клініки загальної та пластичної хірургії «Гарвіс»; вул. Батумська, 13, м. Дніпропетровськ, 49000, Україна.