

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

КРЯЧКОВА ЛІЛІЯ ВІКТОРІВНА

УДК 614.23:616-08-039. 57: 316. 11

**НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ШЛЯХІВ ОПТИМІЗАЦІЇ РОЗПОДІЛУ
ОБСЯГІВ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ МІЖ РІВНЯМИ МЕДИЧНОЇ
ДОПОМОГИ**

14.02.03 – соціальна медицина

АВТОРЕФЕРАТ

дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Київ - 2004

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Дніпропетровській державній медичній академії МОЗ України.

Науковий керівник:

доктор медичних наук, професор **Лехан Валерія Микитівна**, Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України, завідувач кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я.

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, старший науковий співробітник **Ледощук Борис Олександрович**, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України, завідувач кафедри соціальної гігієни та організації управління охорони здоров'я по підвищенню кваліфікації керівних кадрів;

доктор медичних наук, старший науковий співробітник **Степаненко Алла Василівна**, Інститут медицини праці АМН України, завідувач лабораторією формування реєстру професійних захворювань.

Провідна установа:

Харківський державний медичний університет, кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я, МОЗ України, м. Харків.

Захист відбудеться " ____ " _____ 2004 р. о ____ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.003.01 при Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця МОЗ України за адресою: 03057, м.Київ-57, проспект Перемоги, 34, санітарно-гігієнічний корпус, аудиторія №2.

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці Національного медичного університету імені О.О. Богомольця МОЗ України за адресою: 03057, м.Київ-57, вул. Зоологічна, 1.

Автореферат розісланий " ____ " _____ 2004 р.

**Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради**

Войцеховський В.Г.

.

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Сьогодні медична допомога населенню надається значною кількістю медичних працівників та лікувальних закладів, що утворюють складну, багатокомпонентну організаційну структуру. Від раціонального розподілу її складових, передусім обсягів медичних послуг, залежить ефективність медичного обслуговування пацієнтів: забезпечення раціонального використання ресурсів з позиції досягнення найкращих кінцевих результатів – оптимальних показників здоров'я населення (П.Р. Конгстведт, 2000; В.Ф. Москаленко, 2002; В.М. Лехан, 2003; А.В. Підаєв, 2003).

У провідних публікаціях ВООЗ та українських офіційних документах з проблем охорони здоров'я підкреслюється необхідність наукового обґрунтування перетворень у охороні здоров'я, що торкаються структури розподілу ресурсів за видами медичної допомоги та поліпшення стану здоров'я усіх верств населення. Підґрунтям для виконання цього завдання є визначення оптимального розподілу обсягів медичних послуг між рівнями надання медичної допомоги і сполучене з цим підвищення ефективності медичного обслуговування.

Про гостроту та актуальність завдання оптимізації розподілу обсягів медичних послуг між рівнями медичної допомоги для української охорони здоров'я свідчить низка об'єктивних обставин: погіршення показників здоров'я населення, диспропорції розподілу медичних послуг між рівнями надання допомоги з превалюванням спеціалізованих і стаціонарних послуг над послугами первинної медико-санітарної допомоги, нераціональний розподіл обмежених ресурсів, неурегульоване залучення особистих коштів населення для відшкодування витрат на лікування та пов'язане з цим зниження доступності медичного обслуговування (Т.С. Грузєва, 2002; А.М. Нагорна, 2002; А.Р. Уваренко зі співавт., 2002; Голяченко, 2003; В.М. Пономаренко, 2003).

В Україні проводилися дослідження, що висвітлювали підвищення ролі закладів первинної медико-санітарної допомоги в організації медичної допомоги населенню та збільшення обсягів втручань на первинному рівні, нераціональну організацію надання витратних стаціонарних і спеціалізованих медичних послуг, ефективність різних стратегій перегрупування наявних ресурсів (Н.П. Ярош, 2001; В.М. Слабкий, 2002; Ю.А. Хунов, 2002).

Досліджень, що розглядали б організаційні перетворення через призму впливу структурної перебудови на показники громадського здоров'я і стосувалися усього процесу медичного обслуговування на всіх рівнях надання медичної допомоги, в країні бракує. Розв'язання завдання оптимізації розподілу

обсягів медичних послуг між службами охорони здоров'я потребує визначення науково-обґрунтованих стратегій структурних перетворень, що дозволять реалізувати внутрішній потенціал організаційних змін системи охорони здоров'я та позитивно вплинути на здоров'я населення.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота виконувалась у рамках наукової тематики та згідно з планом науково-дослідної роботи кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я Дніпропетровської державної медичної академії МОЗ України “Наукове обґрунтування організації та управління первинною медико-санітарною допомогою у сучасних економічних умовах”, № держреєстрації 0100U000471.

Дослідження проводилися відповідно до Концепції розвитку охорони здоров'я населення України та завдань Міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації” на 2002-2011 роки.

Мета дослідження: ообґрунтування стратегічних напрямків щодо оптимізації розподілу обсягів медичних послуг між рівнями медичної допомоги на основі вивчення організації та адекватності медичного обслуговування.

Задачі дослідження, обумовлені метою, передбачали:

- провести аналіз тенденцій розвитку наукових досліджень та сучасних підходів до вирішення проблеми підвищення ефективності охорони здоров'я; визначити найбільш впливові, пов'язані з діяльністю системи охорони здоров'я, медико-соціальні детермінанти здоров'я населення;
- провести дослідження організації надання медичної допомоги населенню на основі вивчення медичних маршрутів пацієнтів;
- визначити адекватність медичного обслуговування пацієнтів: своєчасність, обсяги втручань, місце (рівень) надання медичної допомоги та їх відповідність важкості стану пацієнтів і перебігу захворювання;
- дослідити повноцінність та якість медичної допомоги пацієнтам, провести аналіз медико-організаційних факторів, що впливають на результат лікування;
- визначити обсяг і структуру доплат (особистих витрат) населення в системі охорони здоров'я, визначити їх вплив на своєчасність звертання пацієнтів за медичною допомогою;
- вивчити вплив різних організаційних стратегій перерозподілу обсягів медичних послуг між рівнями медичної допомоги на підставі імітаційного моделювання;
- обґрунтувати стратегічні підходи щодо оптимізації розподілу обсягів медичних послуг між рівнями медичної допомоги на сучасному етапі розвитку охорони здоров'я та у перспективі.

Об'єкт дослідження: система організації надання медичної допомоги дорослому міському населенню.

Предмет дослідження: структура і розподіл обсягів медичних послуг між рівнями медичної допомоги на прикладі медичного обслуговування населення, що страждає на артеріальну гіпертензію та асоційовані з нею захворювання.

Методи дослідження:

графо-аналітичний – для аналізу медико-соціальних детермінант здоров'я населення, тенденцій розвитку наукових досліджень та сучасних підходів щодо вирішення проблеми підвищення ефективності охорони здоров'я та визначення стратегічних напрямків організаційних перетворень;

медико-статистичний – для аналізу показників використання ресурсів охорони здоров'я; порівняльного аналізу матеріалів дослідження;

дослідження медичних маршрутів пацієнтів – для вивчення організації надання медичної допомоги населенню;

безпосереднього спостереження - для визначення особливостей надання медичної допомоги населенню на різних рівнях медичного обслуговування;

експертних оцінок – для оцінки адекватності медичного обслуговування, повноцінності та якості медичної допомоги пацієнтам;

математичний (імітаційного моделювання) – для вивчення впливу різних стратегій організаційних перетворень на підвищення ефективності охорони здоров'я, обґрунтування та розробки стратегічних підходів щодо оптимізації розподілу обсягів медичних послуг між рівнями медичної допомоги.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше в Україні:

- дана комплексна характеристика адекватності медичного обслуговування за своєчасністю, місцем, обсягом та якістю надання медичної допомоги на прикладі контингенту хворих на артеріальну гіпертензію та асоційовані з нею захворювання;
- науково обґрунтовано на основі всебічного аналізу результатів імітаційного моделювання комплексу стратегічних підходів, що забезпечують оптимізацію розподілу обсягів медичних послуг між рівнями медичної допомоги і підвищення ефективності охорони здоров'я;
- визначено прямий вплив керованості медичної допомоги на розподіл обсягів медичних послуг між рівнями медичного обслуговування;
- встановлено ефективність наділення первинної ланки медичної допомоги функціями контрольно-пропускового характеру для управління обсягами послуг, що надаються на вторинному і третинному рівнях медичної допомоги;
- доведена доцільність використання методу імітаційного моделювання при прийнятті стратегічних рішень щодо розвитку системи охорони здоров'я.

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що вони є підставою для:

- наукового забезпечення управлінських рішень стосовно підвищення ефективності охорони здоров'я при розробці програм реформування галузі;
- розробки системи організаційних заходів щодо оптимізації розподілу обсягів медичних послуг між рівнями медичної допомоги;
- обґрунтування підходів до співучасті населення у фінансуванні медичних послуг;
- застосування методики вивчення медичних маршрутів пацієнтів для характеристики організації надання медичної допомоги населенню.

Впровадження результатів дослідження здійснено:

На державному рівні шляхом викладення теоретичних і методичних питань дослідження в інформаційному листі № 286-2003 “Підвищення ефективності використання ресурсів охорони здоров'я шляхом оптимізації структури медичних послуг за рівнями надання медичної допомоги”, ухваленому рішенням проблемної комісії “Соціальна гігієна” (Київ, 2003).

Результати дослідження впроваджено в шести медичних закладах трьох областей України (Дніпропетровській, Херсонській, Львівській).

На регіональному рівні при розробці “Концепції соціально-економічного розвитку Дніпропетровської області до 2011 року”.

Матеріали дисертаційної роботи використано при підготовці навчального посібника “Організація роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря)” (2002), рекомендованого ЦМК з вищої медичної освіти МОЗ України для студентів і лікарів.

Результати дослідження використовуються у навчальному процесі на кафедрі соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я Дніпропетровської державної медичної академії.

Особистий внесок здобувача. Дисертантом особисто визначено напрямок, мету і програму дослідження, проаналізовано стан проблеми оптимізації розподілу обсягів медичних послуг між рівнями медичної допомоги за даними літератури. Самостійно проведено збір матеріалу, організовано експертну оцінку та впровадження результатів дослідження у практику. Дисертантом систематизовано накопичений експериментальний матеріал, проведено статистичну обробку, аналіз одержаних результатів та їх інтерпретацію, сформульовано висновки. Розроблені дисертантом наукові положення та одержані дані є самостійним внеском у вирішення проблеми підвищення ефективності охорони здоров'я. Дисертантом не були використані результати та ідеї співавторів публікацій.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертації доповідались на науково-практичних конференціях: “Організація та управління системою охорони здоров'я, її правове і фінансове забезпечення на сучасному етапі реформування галузі” (Житомир, 1999); “Наука і освіта '99”

(Дніпропетровськ, 1999); “Охорона здоров’я: Україна і світ” (Київ, 1999); “Актуальні питання реформування системи охорони здоров’я на сучасному етапі соціально-економічного розвитку суспільства” (Харків, 2002); “Динаміка наукових досліджень” (Дніпропетровськ, 2002); “Сучасний стан та перспективи розвитку соціальної медицини та організації охорони здоров’я: напрямки та шляхи реформування системи охорони здоров’я” (Одеса, 2003); “Підвищення ефективності державного управління охороною здоров’я на регіональному рівні та на рівні місцевого самоврядування на засадах принципів громадянського суспільства” (м. Комсомольськ, Полтавська обл., 2003); “Фінансово-економічні засади реформування охорони здоров’я України: нові законодавчі ініціативи” (Київ, 2004); на 73-ї та 74-й підсумковій науковій конференції студентів та молодих вчених ДДМА (2002, 2003); засіданні кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров’я ДДМА (2002, 2003, 2004).

Публікації. За результатами досліджень опубліковано 14 наукових праць, із яких: 6 – у наукових фахових виданнях, рекомендованих ВАК України; 6 – у журналах, збірках матеріалів і тезах з’їздів та конференцій; навчальний посібник і інформаційний лист.

Структура і обсяг роботи. Дисертаційна робота викладена на 225 сторінках друкарського тексту, в т.ч. власно тексту 134 сторінки, складається із вступу, 5 розділів, висновків, 13 додатків. Список використаних джерел містить 198 робіт вітчизняних авторів та авторів держав СНД і 64 іноземних джерела. Дисертація ілюстрована 24 таблицями і 20 рисунками.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали і методи дослідження. Дослідження проводилося протягом 1999 – 2003 рр. на базі 8 лікувально-профілактичних закладів м. Дніпропетровська на прикладі обслуговування міського дорослого населення, що страждає на артеріальну гіпертензію (АГ) та асоційовані з нею захворювання, з наступною екстраполяцією отриманих результатів на генеральну сукупність. Усі випадки спостереження були стратифіковані експертами на групи ризику серцево-судинних ускладнень за сучасною методикою, що запропонована всесвітнім товариством з АГ та схвалена українськими фахівцями.

Програма, методи та обсяг дослідження представлені на рис. 1.

Робота проводилась у чотири етапи. Виходячи з задач дослідження, було виділено чотири рівні медичної допомоги: первинна медична допомога, спеціалізована амбулаторна допомога, стаціонарозамінюючі послуги та стаціонарна допомога.

Мета:

Обґрунтування стратегічних напрямків щодо оптимізації розподілу обсягів медичних послуг між рівнями медичної допомоги на основі вивчення організації та адекватності медичного обслуговування

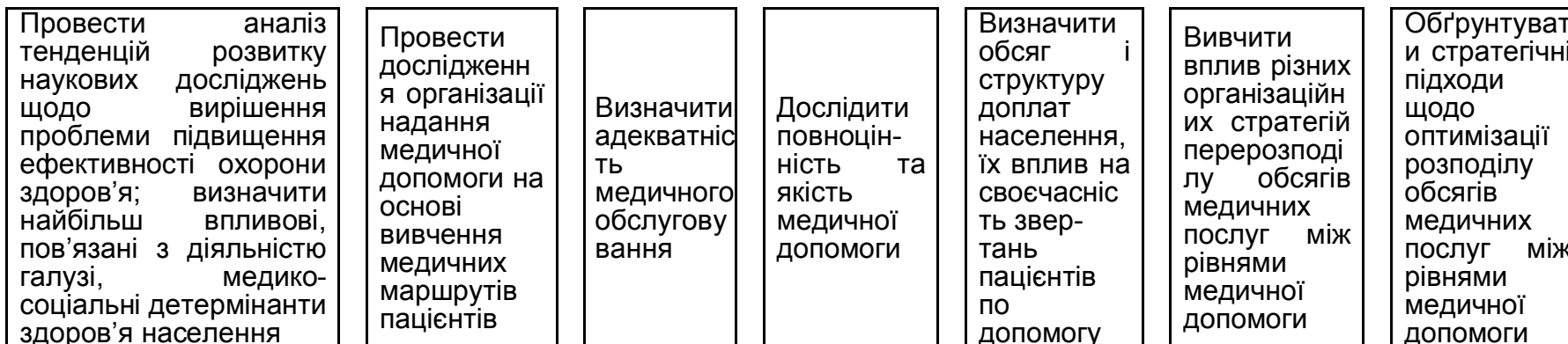
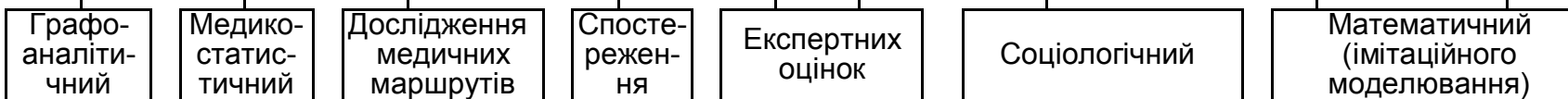
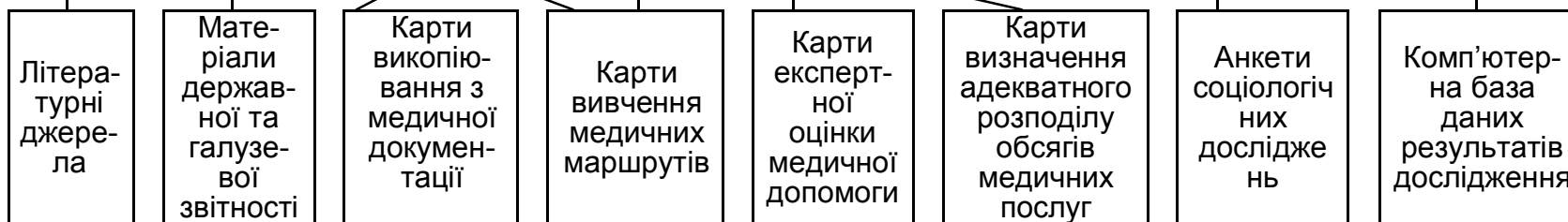
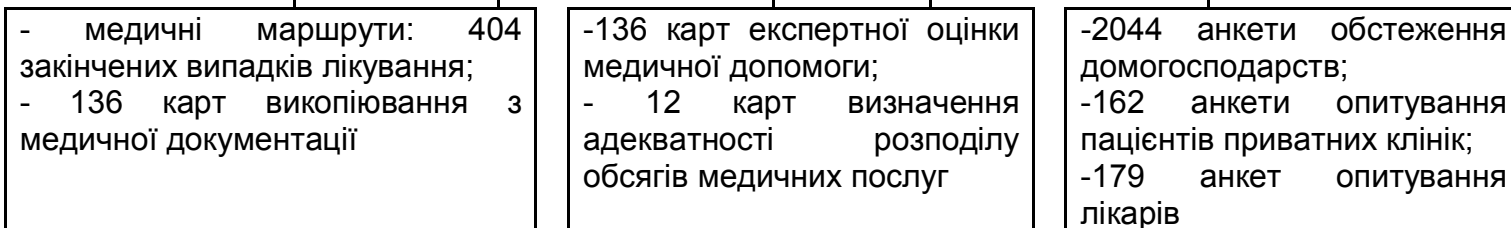
Задачі:**Методи дослідження:****Інформаційна база даних:****Обсяг дослідження:**

Рис. 1. Програма і обсяг досліджень

Основні результати дослідження та їх обговорення. Вивчення за допомогою причинно-наслідкових діаграм (схем Ішикаве у вигляді риб'ячого скелету) стану наукових досліджень щодо підвищення ефективності охорони здоров'я показало, що на сучасному етапі розвитку галузі гостро постає проблема оптимізації розподілу обсягів медичних послуг між рівнями медичної допомоги. Вирішення цього питання дозволить позитивно вплинути на рівень громадського здоров'я, оскільки характер розподілу обсягів медичних послуг між рівнями медичної допомоги є однією з найбільш впливових, пов'язаних з діяльністю системи охорони здоров'я, медико-соціальною детермінантою здоров'я населення.

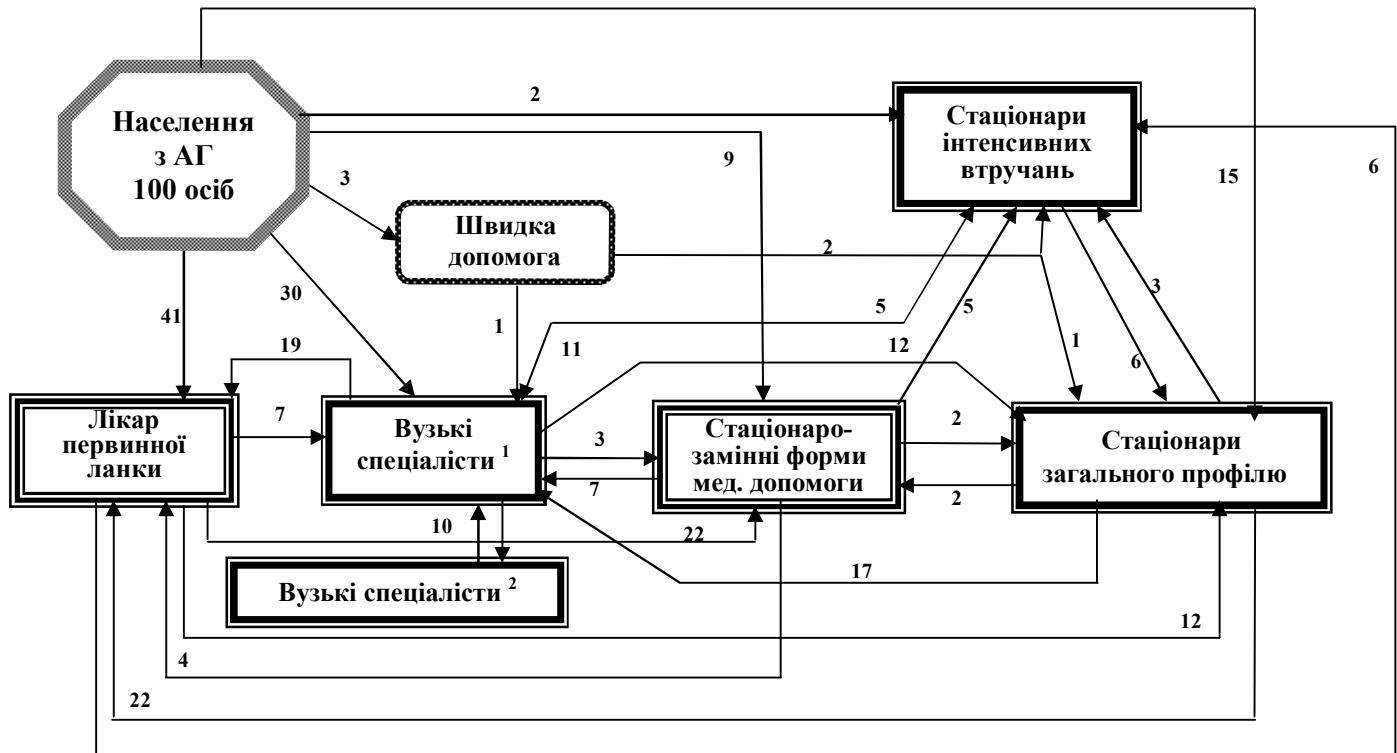
Встановлено, що резерви оптимізації розподілу обсягів медичних послуг між рівнями медичної допомоги криються у впливі на керовані організаційні фактори системи охорони здоров'я, до яких відносяться: адекватність медичного обслуговування (застосування заходів і технологій у кількісному і якісному відношенні достатніх для досягнення поставлених цілей), відповідність рівня надання медичної допомоги важкості стану пацієнтів та перебігу захворювання, порядок доступу пацієнтів до спеціалізованих, високоспеціалізованих та стаціонарних медичних послуг, керованість процесу надання медичної допомоги, доступність медичних послуг для населення, якість медичного обслуговування, ресурсне наповнення галузі та порядок фінансування медичних служб.

Підґрунтям для визначення шляхів організаційних перетворень, які здатні привести до оптимізації розподілу обсягів медичних послуг, стали результати дослідження стану організації надання медичної допомоги на основі вивчення медичних маршрутів пацієнтів, що відтворюють організаційну технологію і послідовність надання медичної допомоги населенню. Аналізом медичних маршрутів пацієнтів доведено існування деформації у розподілі обсягів медичних послуг між рівнями медичної допомоги (рис. 2).

У структурі первинних звертань хворих з АГ переважають візити до спеціалізованих та стаціонарних служб – 29,5 % пацієнтів одразу звертаються до вузьких спеціалістів, з них кожен третій помиляється у виборі спеціалізації лікаря; 16,9 % - до стаціонарів. Менше половини пацієнтів (41,2 %) звертаються безпосередньо до лікаря первинної ланки, який лише частково координує їх переміщення в системі медичного обслуговування, в результаті – тільки 26,5 % пацієнтів одержують медичну допомогу в одному закладі або у одного спеціаліста.

Недостатня керованість процесу медичного обслуговування має прямий вплив на розподіл обсягів медичних послуг між рівнями медичної допомоги. У більшості досліджених випадків (65,9 %) рівень обслуговування пацієнтів не

відповідав важкості їх стану та перебігу захворювання, найбільш характерним було надання медичної допомоги на більш високих рівнях, ніж це було необхідно у даному випадку - 43,2 %. У 22,7 % випадках пацієнти потребували



надання медичних послуг на більш високому рівні обслуговування.

Рис. 2. Узагальнений медичний маршрут пацієнтів з артеріальною гіпертензією:
 1 – кардіологи;
 2 – фахівці інших спеціальностей: невропатологи, окулісти та інші.

За даними експертної оцінки, при запровадженні ефективних організаційних і фінансових механізмів регуляції структуру надання медичних послуг можна істотно змістити у бік підвищення обсягів допомоги на первинному рівні (від 100 % випадків для пацієнтів з легкими формами АГ до 15 % - для гіпертонічної хвороби з ускладненнями).

Визначено, що деформований розподіл обсягів медичних послуг призводить до погіршення якості та повноцінності медичної допомоги. Інтегральний показник якості лікування пацієнтів становив 56,4 %, що відповідає нижній межі інтервалу, де якість медичного обслуговування оцінюється як задовільна. Незадовільним виявився загальний рівень якості лікування на всіх етапах позалікарняного обслуговування, найгірші показники зареєстровані при обслуговуванні пацієнтів на первинному рівні (10,2 %). Підвищення адекватності медичного обслуговування на амбулаторному рівні, на думку експертів, дозволило б запобігти спеціалізованому та/або стаціонарному лікуванню у 58,1 % випадків.

Незважаючи на недостатнє фінансування галузі, наявні ресурси в системі

охорони здоров'я використовуються нераціонально - у 19,6 % випадків пацієнтам призначалися лікувально-діагностичні заходи у надмірному обсязі, а в третині випадків (34,3 %) ресурсне наповнення випадку лікування було визнано недостатнім (табл. 1).

Таблиця 1

Повноцінність лікувально-діагностичних заходів, що проведені пацієнтам з АГ (на 100 пацієнтів, за даними експертної оцінки)

Лікувально-діагностичні заходи	Повноцінні	Надлишкові	Недостатні
Немедикаментозна терапія	26,7	0	73,3
Медикаментозна терапія	42,5	32,2	25,3
Параклінічні методи лікування	62,8	5,8	31,4
Залучення вузьких спеціалістів	56,6	23,9	19,5
Реанімаційні заходи	85	4,6	10,4
Диспансерне спостереження	23,7	0	44,7
Число відвідувань (для амбулаторних хворих)	38	13,9	48,1
Число ліжко-днів (для стаціонарних хворих)	23,7	44,7	31,6
В цілому ресурсне наповнення випадку	44,9	19,6	34,3

Показники обсягів медичної допомоги (число відвідувань для амбулаторних хворих та число ліжко-днів для стаціонарних пацієнтів) були оцінені експертами як повноцінні (їх число було визнано адекватним, достатнім) відповідно у 38 % і 23,7 % випадків. Для випадків амбулаторного лікування характерне переважання недостатньої кількості відвідувань (48,1 %) над зайвими (13,9 %), для стаціонарних випадків навпаки - число ліжко-днів, проведених пацієнтами у стаціонарах, у 44,7 % випадків визнано надлишковим і в 31,6 % недостатнім.

На розподіл обсягів медичних послуг між рівнями медичного обслуговування впливає також доступність медичної допомоги та своєчасність звернень населення до лікувальних закладів. За даними проведеного дослідження, несвоєчасно звертається за медичною допомогою переважна більшість пацієнтів (56,2 %). Це обумовлено поєднанням низької фінансовою доступністю медичних послуг з браком гігієнічних знань пацієнтів. За результатами дослідження фінансова доступність медичної допомоги для населення визначається перш за все структурою та розміром доплат за медичні послуги.

За результатами обстеження бюджетів 2044 домогосподарств мешканців м. Дніпропетровська встановлено, що доплати пацієнтів у зв'язку з отриманням медичної допомоги (кошти, які громадяни витрачають на медикаменти, медичні

послуги у державних і в приватних лікувальних закладах, неформальні платежі) складають в середньому 19,35 гривень на одну особу за місяць або 230 гривень на рік (з урахуванням осіб, які не мали витрат у минулому місяці). Основна частина особистих витрат населення припадає на придбання медикаментів – понад 62 %. У більшості обстежених домогосподарств (51,6 % сімей) існуючий обсяг платежів за медичні послуги вважається непосильним тягарем для сімейного бюджету.

Встановлено, що при першому відвідуванні лікаря вплив доплат на своєчасність звертання за допомогою найбільший (ранговий коефіцієнт кореляції $\rho=0,71$, $p<0,05$). При подальшому переміщенні пацієнтів за рівнями медичного обслуговування вплив доплат слабшає (табл. 2).

Таблиця 2

Вплив доплат за медичне обслуговування на своєчасність звертання (надходження) пацієнтів до лікувально-профілактичних закладів

Етап медичного маршруту пацієнта	Кореляційний зв'язок між впливом доплат за медичні послуги та своєчасністю звертання (надходження), $p<0,05$
Входження в систему надання медичної допомоги /перше відвідування лікаря/ (крок 1)	0,71
Перехід до іншого закладу /спеціаліста/ (крок 2)	0,67
Перехід до іншого закладу /спеціаліста/ (крок 3)	0,32
Перехід до іншого закладу /спеціаліста/ (крок 4)	0,17
Перехід до іншого закладу /спеціаліста/ (крок 5)	0,08

Пацієнти незадоволені як обсягом, так і нерегульованістю доплат. Так 14 % пацієнтів приватних клінік основною причиною звертань до недержавних закладів назвали передбачуваність та прозорість особистих витрат. Нерегульованість доплат у державних лікувальних закладах та низька платоспроможність населення (65,7 % опитаних вважають свої доходи нижчими за середній рівень) призводить до того, що пацієнти перестають звертатися за медичною допомогою навіть коли її потребують. На це вказує третина обстежених пацієнтів та 40,3 % опитаних лікарів. Але ця ситуація не призводить до скорочення споживання ресурсів у охороні здоров'я, оскільки збільшується частка занедбаних захворювань і переважна більшість пацієнтів звертається до медичних закладів у важких станах (що підтверджує 64,5 % опитаних лікарів), лікування яких потребує нарощування кількості спеціалізованих та стаціонарних медичних послуг, що сприяє деформації розподілу обсягів медичних послуг.

Для виявлення ефективного, ресурсозберігаючого розподілу обсягів медичних послуг між рівнями медичної допомоги в роботі було проведено імітаційне моделювання функціонування охорони здоров'я. З різних варіантів

сполучення регулюючих параметрів, виявлених на попередніх етапах дослідження, було сформовано сім основних сценаріїв моделювання: 1 - існуюча система організації медичної допомоги; 2 - керована медична допомога з доплатами населення; 3 - некерована медична допомога зі зниженням доплат населення на первинному рівні; 4 - керована медична допомога зі зниженням доплат населення на первинному рівні; 5 - некерована медична допомога з практично повною ліквідацією доплат населення; 6 - керована медична допомога з практично повною ліквідацією доплат населення; 7 - керована медична допомога з достатнім фінансуванням. Результати медичного обслуговування оцінювалися на прикладі обраної для дослідження групи хворих на АГ та асоційовані з нею серцево-судинні захворювання віком до 65 років.

Результати моделювання показали (рис. 3), що зниження загального обсягу фінансування (через зменшення доплат населення) у порівнянні з існуючою ситуацією і/або наявність вільного доступу на всі рівні медичного обслуговування (3-й, 5-й і 6-й сценарії) призводить до негативних наслідків у порівнянні з існуючою ситуацією (1-й сценарій): зменшення загального числа пролікованих хворих відповідно на 26 %, 47 % і 33,2 %; значного зменшення числа пацієнтів, яким надається медична допомога на первинному рівні (відповідно у 6, 21 і 1,5 рази); зростання числа погіршень та ускладнень у пацієнтів (на 12,6 %, 28,8 % і 17,4 % відповідно); зростання смертності від серцево-судинних ускладнень (ССУ) пацієнтів віком до 65 років на 50,5 %, 69,9 % і 73,5 % в залежності від сценарію.

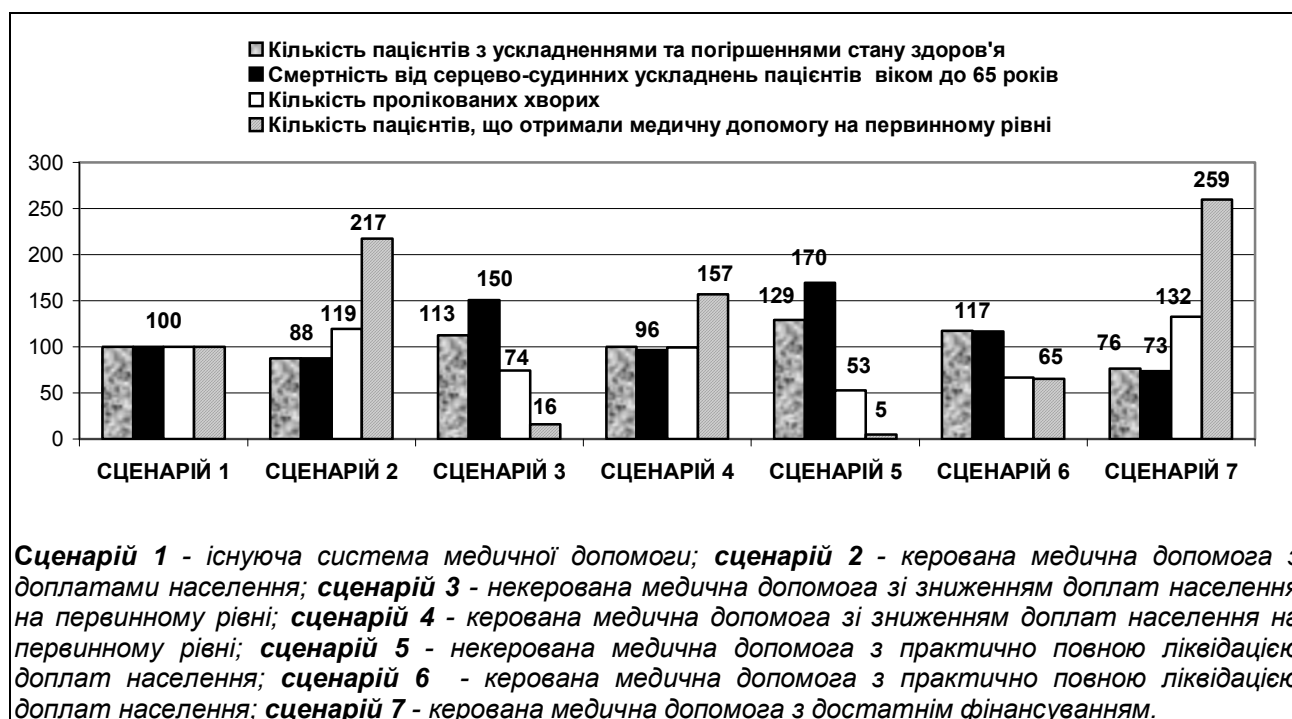


Рис. 3. Порівняльна характеристика різних сценаріїв функціонування системи охорони здоров'я (за даними імітаційного моделювання, у показниках

При сценаріях з некерованою медичною допомогою (1-й, 3-й і 5-й) у структурі розподілу пролікованих пацієнтів за рівнями медичного обслуговування простежується істотна перевага спеціалізованої та стаціонарної допомоги. Найбільш несприятливою є ситуація сполучення вільного доступу із зниженням загального обсягу фінансування (5-й сценарій), тоді в стаціонарах буде обслуговуватися переважна частка пацієнтів (81,3 %).

Перерозподіл медичних послуг в бік збільшення втручань на первинному рівні відбувається при збільшенні фінансової доступності медичного обслуговування та керованості медичної допомоги (4-й і 7-й сценарії): від 38,5 % до 47,6 % в залежності від сценарію. Перерозподіл обсягів медичних послуг призводить до зміни структури розподілу ресурсів. При сценаріях з керованою медичною допомогою (2-й, 4-й, 6-й і 7-й) збільшення втручань на первинному рівні супроводжується підвищенням частки фінансових ресурсів, що виділяється на діяльність первинної ланки з 6 % при існуючій ситуації до 21 %, 19 %, 12 % або 24 % в залежності від сценарію.

Надання лікарю первинної ланки функцій контролю за використанням спеціалізованих і стаціонарних медичних послуг у підсумку здатне призвести до зниження кількості серцево-судинних ускладнень на 12,2 %, зменшення числа смертельних випадків від ССУ пацієнтів віком до 65 років на 12,4 %.

Однак суттєвих змін у показниках здоров'я при запровадженні ізолювано контрольної-пропускної системи не відбувається. Найкращі показники здоров'я спостерігаються при функціонуванні системи за сьомим сценарієм, який характеризується: збільшенням обсягу фінансових надходжень за рахунок громадських джерел, зниженням загальних доплат населення за медичне обслуговування; зняттям фінансового бар'єру при звертанні на первинний рівень; наявністю контрольної-пропускної системи. Функціонування системи в таких умовах дозволить підвищити загальні обсяги медичної допомоги населенню на 32 %, збільшити у 2,6 разів обсяги втручань на первинному рівні та, завдяки цьому, оптимізувати структуру споживання медичних послуг і структуру розподілу ресурсів. Майже чверть коштів системи відійде на діяльність первинної ланки, а 39 % ресурсів на госпітальну допомогу.

В остаточному підсумку, в перспективі, після завершення перебудови охорони здоров'я (у показниках модельного часу через 9-15 кроків) можна очікувати поліпшення показників здоров'я населення в порівнянні з існуючою ситуацією: зменшення числа погіршень стану здоров'я пацієнтів (зменшення кількості серцево-судинних ускладнень) на 23,7 %, зниження смертності пацієнтів віком до 65 років на 26,5 %, що складає 78 % від можливостей системи охорони здоров'я по контролю за даною групою захворювань.

ВИСНОВКИ

Основні наукові та практичні результати дисертаційного дослідження визначені встановленими особливостями та рядом закономірностей впливу медико-організаційних детермінант на ефективність медичного обслуговування. Виявлено, що резерви підвищення ефективності використання ресурсного потенціалу охорони здоров'я можливо реалізувати через подолання структурних диспропорцій галузі, оскільки однією з найбільш впливових, пов'язаних з діяльністю системи охорони здоров'я, медико-соціальною детермінантою здоров'я населення є характер розподілу обсягів медичних послуг між рівнями медичної допомоги.

Розроблено та науково обґрунтовано стратегічні напрямки щодо оптимізації розподілу обсягів медичних послуг між рівнями медичної допомоги на сучасному етапі розвитку охорони здоров'я та у перспективі.

1. Встановлено, що провідним шляхом вирішення актуального завдання підвищення ефективності охорони здоров'я є вплив на характер розподілу обсягів медичних послуг між рівнями медичної допомоги комплексу факторів, серед яких: адекватність медичного обслуговування, порядок доступу пацієнтів до спеціалізованих та стаціонарних медичних послуг, керованість та доступність медичної допомоги, якість медичного обслуговування, ресурсне наповнення галузі і порядок фінансування медичних служб.

2. Виявлено на репрезентативній виборці (404 закінчених випадків лікування пацієнтів з артеріальною гіпертензією та асоційованими з нею захворюваннями) недостатню керованість процесу надання професійної медичної допомоги внаслідок самостійного формування пацієнтами своїх медичних маршрутів: контакт з системою медичної допомоги розпочинають з первинного рівня 41,2 % пацієнтів; в середньому отримують допомогу на одному рівні медичного обслуговування та не перенаправляються до іншого спеціаліста або до інших закладів 26,5 % пацієнтів; безпосередньо до вузьких спеціалістів без направлення звертається третина пацієнтів (29,5 %) і кожний шостий (16,9 %) - до стаціонарів різного рівня.

3. Встановлено, що відсутність координації медичних маршрутів є основною причиною неадекватності медичного обслуговування. За даними експертної оцінки, місце (рівень) надання медичної допомоги лише в 34,1% відповідало стану здоров'я пацієнтів; у 43,2 % випадків медична допомога надавалася на рівнях, вищих за необхідний відповідно до перебігу захворювання (амбулаторному спеціалізованому та стаціонарному).

4. Визначено, що інтегральний показник якості медичного обслуговування складає 56,4 %, що відповідає нижній межі задовільного рівня.

Найгірші показники якості зафіксовані при наданні первинної медичної допомоги – 10,2 %. Ресурсне наповнення випадку лікування визнано експертами повноцінним у 44,9 % випадків, у третині випадків (34,3 %) - недостатнім і у кожному п'ятому випадку (19,6 %) - надлишковим. Допомога в належному обсязі надавалася у 38% амбулаторних та 23,7% стаціонарних випадків.

5. Встановлено, що загальний обсяг витрат населення в зв'язку з отриманням медичної допомоги складає понад 230 гривень на одну особу на рік ($19,35 \pm 0,6$ грн. на місяць), що перевищує подушні витрати на охорону здоров'я з бюджетів усіх рівнів. Платність негативно впливає на своєчасність надання медичної допомоги (52,6 % звертань пацієнтів були несвоєчасними, з них половина через необхідність доплат), що призводить до зростання важкості захворювань і в результаті - до диспропорцій у розподілі медичних послуг між рівнями медичної допомоги. Населення незадоволено як обсягом платежів з власних коштів (51,6 % домогосподарств оцінює їх як непосильні), так і неврегульованістю оплати у державних та комунальних медичних закладах (14 % пацієнтів приватних медичних закладів основною причиною звертань до недержавних закладів назвали передбачуваність витрат).

6. Обґрунтовано, що оптимізацію структури медичних послуг за рівнями медичної допомоги забезпечує сполучення чотирьох стратегічних підходів: підвищення ефективності використання ресурсів охорони здоров'я шляхом запровадження контрольно-пропускної системи при використанні витратних видів спеціалізованих і стаціонарних послуг, збільшення фінансових надходжень за рахунок громадських джерел, зменшення співучасті населення у витратах та зняття фінансового бар'єру при звертанні за первинною медичною допомогою. За результатами імітаційного моделювання встановлено, що реалізація зазначеного комплексу дозволить збільшити частку витрат на первинну медичну допомогу до 24 %, підвищити загальну кількість пролікованих хворих на 32,2 %, зменшити смертність від серцево-судинних захворювань, асоційованих з артеріальною гіпертензією населення віком до 65 років на три чверті від можливостей по її контролю системою охорони здоров'я.

7. Доведено, що в умовах збереження бюджетного фінансування в існуючих обсягах провідною стратегією оптимізації використання ресурсного потенціалу охорони здоров'я є наділення лікаря первинної ланки функціями контрольно-пропускного характеру для управління обсягами спеціалізованих та стаціонарних послуг, що дозволить збільшити на 19 % загальні обсяги медичної допомоги; знизити на 12,4 % число смертельних випадків від серцево-судинних захворювань, пов'язаних з артеріальною гіпертензією, у працездатному віці ($p < 0,01$).

8. Розроблено та запропоновано комплекс заходів стосовно оптимізації розподілу обсягів медичних послуг між рівнями медичної допомоги, впровадження якого дозволить забезпечити підвищення ефективності використання наявних ресурсів для задоволення потреб населення у медичних послугах та буде сприяти підвищенню результативності діяльності системи охорони здоров'я.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

З метою раціоналізації розподілу обсягів медичних послуг між рівнями медичної допомоги в Україні вважаємо за доцільне рекомендувати:

На державному рівні:

- на підставі обґрунтованого комплексу організаційних стратегій щодо підвищення ефективності охорони здоров'я розробити довгострокову програму реформування галузі;
- розробити і законодавчо відрегулювати механізми співучасті населення у покритті витрат на медичне обслуговування, які забезпечують диференціацію фінансових зобов'язань пацієнтів залежно від їх стану здоров'я і доходів;
- для стимулювання керуваності медичної допомоги та оптимізації розподілу ресурсів в охороні здоров'я розробити:
 - механізми оплати медичних послуг для закладів і підрозділів первинної медичної допомоги за методом подушного фінансування із застосуванням схеми фондотримання, для стаціонарів - за методом глобального бюджету;
 - механізми договірної оплати медичних послуг;
 - нормативно-правове забезпечення для зміни організаційно-правового статусу медичних закладів з наданням їм самостійності у здійсненні господарчої діяльності.

На регіональному рівні:

- передбачити запровадження контрольної-пропускної системи за наданням спеціалізованих та стаціонарних послуг;
- доповнити плани щодо реалізації "Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії" (1997-2010 рр.) на місцевому рівні організаційними заходами, спрямованими на підвищення ефективності використання ресурсів охорони здоров'я.

СПИСОК РОБІТ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Навчальний посібник:

1. *Організація роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря) / Лехан*

В.М., Іпатов А.В., Борвінко Е.В., Крячкова Л.В., Зюков О.Л.; Під ред. В.М.Лехан. - 2-ге вид., доп. - Дніпропетровськ, АРТ-ПРЕС, 2002.-367 с. (Дисертантом проведено добір літератури, аналіз історичних аспектів, освітлення організації стаціонарозамінюючих форм медичного обслуговування, розробка тестових завдань та ділових ігор, підготовка посібника до видання).

У періодичних фахових виданнях, затверджених ВАК України:

1. *Крячкова Л.В.* Використання соціологічних опитувань медичних працівників для обґрунтування напрямів подальшого реформування охорони здоров'я // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2000. - №1. - С. 80-83.
2. *Крячкова Л.В., Бєчке І.П., Бойко О.О.* Обстеження бюджетів домогосподарств як механізм аналізу попиту на медичні послуги // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. 2000. - №1.- С. 90-92. (Дисертантом організовано і проведено збір матеріалу, його обробка, написання статті).
3. *Крячкова Л.В.* Аналіз медичних маршрутів пацієнтів кардіологічного профілю // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2003. - №3. - С. 61-64.
4. *Лехан В.М., Крячкова Л.В.* Методичні підходи до аналізу детермінант здоров'я населення // Буковинський медичний вісник. - 2003. - №4. - С. 13-15. (Дисертантом проведено аналіз літератури, побудова діаграм та рисунків, написання статті).
5. *Оцінка якості медичної допомоги пацієнтам кардіологічного профілю (з артеріальною гіпертензією) / Лехан В.М., Крячкова Л.В., Волчек В.В., Прохорова Т.В., Юркова О.Ю.* // Медичні перспективи. - 2003. - Т.VIII, №4. - С. 89-93. (Дисертантом прийнято участь у зборі матеріалу, організовано проведення експертної оцінки, здійснено обробку та інтерпретацію результатів експертизи).
6. *Лехан В.М., Крячкова Л.В., Губар І.О.* Стратегічні підходи щодо оптимізації структури медичної допомоги (на підставі результатів імітаційного моделювання) // Охорона здоров'я України. - 2004. - №1. - С. 42-48. (Дисертанту належить аналіз та узагальнення результатів імітаційного моделювання, підготовка ілюстрацій).

В інших наукових виданнях:

1. *Лехан В.М., Крячкова Л.В., Губар І.О.* Підвищення ефективності використання ресурсів охорони здоров'я шляхом оптимізації структури медичних послуг за рівнями надання медичної допомоги // Інформаційний лист № 286-2003, ухвалений рішенням проблемної комісії "Соціальна гігієна". - К., 2003.-3с. (Дисертантом проведено збір експериментального матеріалу, взято участь у обробці матеріалів дослідження, обговоренні результатів, оформленні

інформаційного листа до видання).

2. *Лехан В.Н., Крячкова Л.В.* Перспективы и опыт внедрения замещения функций в организационных структурах системы здравоохранения // Главный врач. - 2002. - №7. - С. 33-38. (Дисертантом проведено аналіз літератури, постановка проблеми, написання статті).
3. *Крячкова Л.В.* Стационарозамещающие формы медицинской помощи как пример замещения в организационных структурах здравоохранения // Главный врач. - 2002. - №8. - С. 41-54.
4. *Лехан В.М., Крячкова Л.В.* Дослідження витрат населення при отриманні медичної допомоги // Главный врач. - 2003. - №4. - С. 48-51. (Дисертантом організовано і проведено збір матеріалу, його обробка, написання статті).
5. *Лехан В.М., Губар І.О., Крячкова Л.В.* Концептуальні підходи до моделювання оптимальної структури медичної допомоги населенню //Формування регіональної політики в галузі охорони здоров'я: Матер. наук. конф. / За ред. В.О.Колоденка. -Одеса: ОФ УАДУ, 2001. - Ч.2. - С. 135-141. (Дисертант брала участь у розробці концепції дослідження, написанні статті).
6. *Крячкова Л., Константинова О., Константинов С.* Роль та місце приватних медичних послуг у наданні медичної допомоги населенню (за даними регіонального соціологічного дослідження) // Матер. міжнар. наук.-практ. конф. “Регіональна політика в галузі охорони здоров'я: шляхи формування та реалізації”. - Одеса: ОРІДУ УАДУ, 2003. - С. 167-178. (Дисертанту належить пошук та аналіз літературних джерел, постановка проблеми, обробка результатів, написання статті).
7. *Місце та роль наукових досліджень при розробці управлінських рішень щодо розвитку охорони здоров'я / Лехан В.М., Крячкова Л.В., Борвінко Е.В., Губар І.О., Розумовська О.В., Юркова О.Ю.* // Матер. міжнар. наук.-практ. конф. “Динаміка наукових досліджень”. - Дніпропетровськ – Дніпродзержинськ - Черкаси, 2003. - Т.5. - С. 21-22. (Дисертантом здійснено постановку проблеми, проведено аналіз літератури та оформлення публікації).

АНОТАЦІЯ

Крячкова Л.В. *Наукове обґрунтування шляхів оптимізації розподілу обсягів медичних послуг між рівнями медичної допомоги. - Рукопис.*

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.02.03 - соціальна медицина. - Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, Київ, 2004.

Дисертацію присвячено питанням наукового обґрунтування шляхів оптимізації розподілу обсягів медичних послуг між рівнями медичної допомоги на основі вивчення організації та адекватності медичного обслуговування. Дана

комплексна оцінка адекватності медичного обслуговування за своєчасністю, місцем, обсягом та якістю надання медичної допомоги на прикладі контингенту хворих на артеріальну гіпертензію та асоційовані з нею захворювання. Визначено прямий вплив керованості медичної допомоги на розподіл обсягів медичних послуг між рівнями медичного обслуговування. Вивчено обсяг та структуру витрат населення у зв'язку з медичним обслуговуванням та їх вплив на доступність медичної допомоги. Обґрунтовано, з використанням методу імітаційного моделювання, комплекс стратегічних підходів, який забезпечує підвищення ефективності медичного обслуговування.

Ключові слова: обсяги медичних послуг, рівні медичного обслуговування, ефективність охорони здоров'я, стратегічні напрямки, імітаційне моделювання.

АННОТАЦІЯ

Крячкова Л.В. *Научное обоснование путей оптимизации распределения объемов медицинских услуг между уровнями медицинской помощи. - Рукопись.*

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.02.03 - социальная медицина. - Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев, 2004.

Диссертация посвящена научному обоснованию путей оптимизации распределения объемов медицинских услуг между уровнями медицинской помощи на основании изучения организации и адекватности медицинского обслуживания населения. Работа выполнена на примере изучения оказания медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией и ассоциированными с ней заболеваниями с последующей экстраполяцией полученных данных на генеральную совокупность.

Установлено, что характер распределения объемов медицинских услуг между уровнями медицинской помощи является одной из наиболее влиятельных, связанных с деятельностью системы здравоохранения, медико-социальной детерминантой здоровья населения, который в свою очередь формируется под влиянием комплекса факторов: адекватности медицинского обслуживания, порядка доступа пациентов к специализированным и стационарным медицинским услугам, управляемости и доступности медицинской помощи, качества медицинского обслуживания, ресурсного наполнения отрасли и порядка финансирования медицинских служб.

Выявлена недостаточная управляемость процесса предоставления профессиональной медицинской помощи, что оказывает прямое влияние на распределение объемов медицинских услуг между уровнями медицинского обслуживания. Установлено, что пациенты самостоятельно формируют свой

медицинский маршрут: только 41,2 % пациентов непосредственно обращаются со своими проблемами на первичный уровень; треть пациентов (29,5 %) обращается к узким специалистам, а каждый шестой (16,9 %) - в стационары разного профиля. В среднем получают помощь на одном уровне медицинского обслуживания и не перенаправляются к другому специалисту или в другие учреждения 26,5 % пациентов.

Проблемы с управляемостью медицинской помощью являются основной причиной неадекватности медицинского обслуживания. По данным экспертной оценки, место (уровень) предоставления медицинской помощи лишь в 34,1 % случаев соответствовало состоянию здоровья пациентов; в 43,2 % случаев помощь предоставлялась на более высоких, чем это было необходимо, уровнях медицинского обслуживания (специализированном амбулаторном и стационарном). В надлежащем объеме помощь оказывалась лишь в 38 % амбулаторных и 23,7 % стационарных случаев. Определено, что уровень качества медицинского обслуживания является достаточно низким - интегральный показатель качества лечения составляет 56,4 %. Ресурсное наполнение случая лечения оценено экспертами как полноценное в 44,9 % случаев, в трети случаев (34,3 %) – как недостаточное, и в каждом пятом (19,6 %) случае – как избыточное.

Установлено, что общий объем затрат (доплат) населения в связи с получением медицинской помощи составляет более 230 гривен на человека в год, что превышает подушные затраты на здравоохранение из бюджетов всех уровней. Необходимость доплат за медицинские услуги отрицательно влияет на своевременность обращения пациентов за медицинской помощью: по данным анализа медицинских маршрутов 52,6 % обращений пациентов были несвоевременными, из них половина - из-за необходимости доплат. Это приводит к усложнению заболеваний и в результате - к диспропорциям в распределении медицинских услуг между уровнями медицинской помощи.

С использованием метода имитационного моделирования обосновано, что оптимизацию распределения медицинских услуг между уровнями медицинской помощи и повышение эффективности медицинского обслуживания обеспечивает соединение четырех стратегических подходов: повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения путем внедрения контрольно-пропускной системы за использованием затратных видов специализированных и стационарных услуг; увеличение финансовых поступлений за счет общественных источников; уменьшение соучастия населения в затратах на медицинское обслуживание и снятие финансового барьера при обращении за первичной помощью. Комплексная реализация указанных стратегий позволит оптимизировать распределение ресурсов между уровнями медицинской помощи (доля затрат на первичную помощь может

увеличиться с 6 % до 24 %), увеличить число пролеченных больных (общее количество на 32,2 %, пролеченных на первичном уровне – в 2,6 раз), улучшить конечные результаты деятельности системы здравоохранения.

Доказано, что в условиях неизменного бюджетного финансирования эффективной стратегией оптимизации распределения объемов медицинских услуг между уровнями медицинской помощи является выполнение врачом первичного звена контрольно-пропускной функции по ограничению необоснованного доступа пациентов к затратным видам медицинских услуг.

Разработана и предложена система мероприятий по оптимизации распределения объемов медицинских услуг между уровнями медицинской помощи, реализация которой позволит повысить эффективность медицинского обслуживания.

Ключевые слова: объемы медицинских услуг, уровни медицинского обслуживания, эффективность здравоохранения, стратегические направления, имитационное моделирование.

SUMMARY

Krayckova. L.V. *The scientific basis of the optimization ways of medical service volume and its distribution among the medical care levels. – The manuscript.*

Dissertation to be registered for the scientific degree of the Candidate of Medical Sciences in the speciality 14.02.03 - Social Medicine. - National Medical University named after O.O. Bogomolets, Kyiv, 2004.

The dissertation is devoted to the questions of the scientific basis of the strategic approach concerning medical service volume distribution between medical care levels on the basis of determination of strategies applied to ensure health protection effectiveness. There is a complex estimation of medical care adequacy as to the opportuness, place, volume and quality of the medical care. The contingent of patients with the arterial hypertension and associated diseases served the basis of our investigation. The direct influence of managed care (“gatekeeper” principle) on medical service volume division between medical care levels is determined. The volume and the structure of population expenditures in connection with the medical care and their influence on the medical care availability are studied. Complex of strategic approaches with the purpose to raise the effectiveness of medical service structure is substantiated using imitation modeling method.

The key words: the medical care volumes, the medical service levels, the effectiveness, the strategic approaches, the imitation modeling.