

**Міністерство охорони здоров'я України
Український центр наукової медичної інформації
та патентно-ліцензійної роботи**

**ІНТЕГРАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЯК ТЕХНОЛОГІЯ
ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ
СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
(Методичні рекомендації)**

(64.15/109.15)

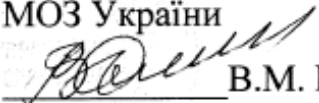
Київ – 2015

Міністерство охорони здоров'я України
Український центр наукової медичної інформації
та патентно-ліцензійної роботи

«УЗГОДЖЕНО»

В.о. директора Департаменту
медичної допомоги

МОЗ України

 В.М. Коломейчук

« 18 » 05 2015 р.

ІНТЕГРАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЯК ТЕХНОЛОГІЯ
ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ
СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
(Методичні рекомендації)

(64.15/109.15)

Київ – 2015

Установи-розробники:

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,
Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної
роботи МОЗ України

Укладачі:

Лехан В.М., д. мед. н., професор	+38(056)713-35-84
Гінзбург В.Г, к. мед. н., доцент	
Волчек В.В., к. мед. н.	+38 (093)811-79-03
Горбань А.Є., к. мед. н.	

Рецензенти:

д. мед. н., професор Децик О.З. завідувач кафедри соціальної медицини,
організації охорони здоров'я і медичного правознавства Івано-Франківського
національного медичного університету;

д. мед. н., професор Голованова І.А. завідувач кафедри соціальної медицини,
організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою та медичним
правознавством Української медичної стоматологічної академії

Затверджено на засіданні Вченої Ради Державного закладу
«Дніпропетровська медична академія МОЗ України» (протокол №8 від
26.03.2015 р.)

Затверджено на засіданні проблемної комісії «Соціальна медицина» МОЗ та
НАМН України (протокол №2/2015 від 26.02.2015 р.)

Зміст

Перелік умовних скорочень	4
Вступ	5
Інтеграція медичної допомоги – провідний підхід щодо зміцнення системи охорони здоров'я та підвищення її ефективності	11
Модель інтеграції медичної допомоги в Україні	15
Приклад розробки інтегрованої системи окремої служби медичної допомоги на регіональному рівні та механізму її впровадження	19
Результати впровадження інтегрованої системи окремої служби медичної допомоги на регіональному рівні	29
Висновки	40
Перелік рекомендованої літератури	42

Перелік умовних скорочень

ВООЗ	–	Всесвітня організація охорони здоров'я
ЄРБ	–	Європейське регіональне бюро
ЗОЗ	–	заклад охорони здоров'я
МЛ	–	міська лікарня
МОЗ	–	Міністерство охорони здоров'я
ПіАР	–	перинатальний і акушерський ризик
ПМСД	–	Первинна медико-санітарна допомога
ЦМЛ	–	Центральна міська лікарня
ЦРЛ	–	Центральна районна лікарня

Вступ

Актуальність проблеми в сфері охорони здоров'я. Європейське регіональне бюро (ЄРБ) Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) проголосило, що метою нової європейської політики охорони здоров'я на 21 сторіччя «Здоров'я 2020» є «значне поліпшення здоров'я і підвищення рівня благополуччя населення, забезпечення наявності універсальних, стійких і високоякісних систем охорони здоров'я, орієнтованих на людину» [20], що неможливо без ціленаправлених зусиль щодо зміцнення систем охорони здоров'я [18].

Однією з провідних стратегій зміцнення систем охорони здоров'я є виявлення та усунення перешкод в наданні медичних послуг у вибраних пріоритетних областях поліпшення здоров'я [24]. Такою перешкодою зокрема є фрагментація діяльності медичних служб, яка останнім часом обернулася серйозним викликом для систем управління охороною здоров'я, оскільки погана координація структур та недостатня взаємодія окремих служб істотно підривають якість функціонування систем охорони здоров'я. Її подолання та формування інтегрованих систем стало розглядатися ВООЗ та провідними міжнародними експертами (Blantes F., 2009; Clague C., 2004; Hofmarcher M., 2007; Enthoven A., 2009; Gröne O., 2002; Suter E. et al., 2009) як самостійний напрямок державної політики [21].

У вітчизняній науковій літературі масштабних досліджень, присвячених науковому опрацюванню проблем та розробці підходів до інтеграції медичної допомоги, до останнього часу не проводилися. Існують поодинокі роботи, в яких розглядаються на концептуальному рівні питання інтеграції медичної допомоги хворим на синдром набутого імунodefіциту [12], окремі компоненти інтеграції в системі перинатальної допомоги, до числа яких можна віднести її регіоналізацію [9]. Водночас потреба в інтегрованій, скоординованій медичній допомозі зростає в зв'язку зі збільшенням числа хворих зі складним перебігом захворювань, та хронічних хворих, що страждають одночасно декількома захворюваннями (коморбідність) перш за все через постаріння населення, що зумовлює актуальність представленої розробки.

Перевага запропонованої розробки порівняно з існуючими аналогами в світі полягає в тому, що:

1 - модель інтеграції медичної допомоги обґрунтована на базі сформульованих в систематичному огляді доказових принципів інтеграції медичної допомоги та результатах наукових досліджень, присвячених пошуку напрямів і механізмів інтеграції в різних країнах, і включає центральні компоненти (координацію діяльності між рівнями медичної допомоги, між різними закладами охорони здоров'я, що належать до одного рівня, та між структурними підрозділами одного закладу; командну роботу лікарів різних спеціальностей та середнього медичного персоналу, наступність медичного обслуговування як в межах одного медичного закладу, так між закладами різних рівнів) та умови, що забезпечують реалізацію моделі (стандартизацію медичної допомоги, створення потужного фінансового пулу, налагодження ефективного обміну інформацією між учасниками процесу надання медичної допомоги та створення системи колективної відповідальності за результати діяльності);

2 – розроблені етапи впровадження запропонованої моделі в сучасному українському контексті,

3 - доведено дієвість та ефективність моделі в Україні на регіональному рівні на прикладі інтегрованої системи окремої служби галузі.

Доцільність впровадження запропонованої інноваційної технології полягає у тому, що використання загальної моделі інтеграції медичної допомоги та технології її впровадження на прикладі окремої служби на рівні регіональних систем охорони здоров'я, дозволить:

- визначити комплекс основних, підтримуючих та допоміжних механізмів для забезпечення координованості, наступності та безперервності медичної допомоги;
- провести розподіл закладів / структур, що надають медичну допомогу, виходячи з їх готовності до надання допомоги пацієнтам з різними ступенями важкості захворювань;
- впорядкувати переміщення пацієнтів в рамках системи з врахуванням ступеню важкості захворювань;

- раціоналізувати використання матеріально-технічного і кадрового потенціалу системи за рахунок оптимізації мережі закладів охорони здоров'я;
- підвищити безперервність медичної допомоги через застосування загальних наскрізних клінічних протоколів;
- підтримувати у постійній готовності необхідні професійні навички медичного персоналу завдяки концентрації пацієнтів у потужних закладах охорони здоров'я та застосуванню комплексу сучасних освітніх технологій;
- створити підґрунтя для запровадження мотивуючої системи оплати праці медичного персоналу через формування нормативів навантаження лікарів медичних служб різних спеціальностей на основі обсягів та складності роботи, що виконується;
- підвищити структурну ефективність галузі охорони здоров'я та поліпшити якість медичної допомоги,
- позитивно вплинути на медичну, соціальну та економічну ефективність системи охорони здоров'я та в результаті сприятиме покращенню кінцевих показників її діяльності – поліпшенню показників здоров'я та якості життя населення України.

Мета дослідження полягала в медико-соціальному обґрунтуванні, розробці та оцінці ефективності загальної моделі інтеграції медичної допомоги в Україні та технології її впровадження в окремих службах на регіональному рівні.

Робота є фрагментом 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 Державного закладу «Дніпропетровська медична академія МОЗ України».

Дизайн дослідження

Об'єкт дослідження: система організації медичної допомоги.

Предмет дослідження: медико-статистичні особливості структури,

організації, медичних технологій, якості та ефективності медичної допомоги, підходи до підвищення ефективності організації медичної допомоги на державному та регіональному рівнях.

Науковою базою дослідження, яке проводилось протягом 2000 - 2014 років, став 41 заклад охорони здоров'я Дніпропетровської області, який надавав родопомічну допомогу.

Інформаційна база сформована з фактичних даних щодо інтеграції медичної допомоги в різних країнах (опрацьовано більше 1500 інформаційних джерел, для поглибленого вивчення відібрано 180 інформаційних джерел щодо підходів до інтеграції медичної допомоги) та даних власних досліджень щодо організації та результативності медичної допомоги (на основі аналізу матеріалів державної і галузевої статистичної звітності щодо показників репродуктивного здоров'я, функціонування закладів та підрозділів, що надають перинатальну допомогу, зокрема матеріалів баз даних ВООЗ «Здоров'я для всіх» (WHO Europe "HFA-DB", updated: April, 2014) та Державної служби статистики України за 1990-2013 роки, даних Центру медичної статистики МОЗ України за 1990-2013 роки; даних щорічного Моніторингу стану здоров'я матері та дитини, що проводиться Центром медичної статистики МОЗ України, за 2007-2013 роки; матеріалів фінансово-економічного відділу Департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації (2000-2014 роки); даних моніторингу щодо запровадження перинатальних технологій в Дніпропетровській області за 2000-2013 роки; а також даних спеціальних вибіркового досліджень: експертної оцінки якості стаціонарної медичної допомоги (860 карт експертної оцінки якості та адекватності медичної допомоги вагітним, породіллям та новонародженим; задоволеності медичним обслуговуванням пацієнток (1754 осіб), медичного персоналу (784 осіб) і організаторів охорони здоров'я (81 особа).

Використано комплекс методів дослідження: системний підхід і аналіз, бібліосемантичний, історичний, медико-статистичний, соціологічний, біостатистичний, економічний методи, методи концептуального моделювання,

організаційного проектування, організаційного експерименту та експертних оцінок.

Експертиза якості та адекватності медичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям та новонародженим проводилась 12 досвідченими спеціалістами з фахів: акушерство та гінекологія, неонатологія, анестезіологія з використанням затверджених МОЗ клінічних протоколів. Ступінь компетентності експертів з означених питань був високим: $0,92 \pm 0,11$ та $0,90 \pm 0,12$ ($M \pm SD$) відповідно за коефіцієнтами інформованості і аргументації [Бондаренко О.Л., 2005]. Вимірювання задоволеності респондентів якістю акушерської допомоги проводилася за методикою двохмірного аналізу «важливість-виконання» (importance-performance analysis), модифікованою Е.В. Новаторовим [Новаторов Э.В., 2000].

Розрахунки необхідної кількості спостережень проведено за загальновизнаними методами. Для статистичної обробки матеріалів дослідження використовувалися наступні методи математико-статистичного аналізу: перевірка нормальності розподілу кількісних показників з використанням критеріїв Колмогорова-Смірнова і Шапіро-Уїлка; обчислення середніх та відносних величин, оцінка достовірності різниці середніх для кількісних ознак з нормальним розподілом за критерієм Стюдента (t); вірогідність різниці відносних показників з використанням критерію Хі-квадрат (χ^2) Пірсона, в тому числі з поправкою Йейтса при значеннях показника, близьких до 0 або 100. Проводився кореляційний аналіз з розрахунком коефіцієнтів рангової кореляції Спірмена (ρ), лінійної кореляції Пірсона (r), коефіцієнтів асоціації (ϕ); множинних (R) і парціальних (часткових) коефіцієнтів кореляції (r), коефіцієнтів детермінації (R^2) з використанням програм EXCEL-2003® і STATISTICA 6.1 (StatSoft Inc., серійний №AGAR909E415822FA).

Всі проведені дослідження відповідали принципам біологічної етики та медичної деонтології, що підтверджено висновком Комітету з біологічної етики ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» (протокол № 8 від 08.12.2014 р.)

В цілому розроблена програма дослідження, обраний методичний інструментарій та обсяги дослідження забезпечили вирішення поставлених завдань, отримання достовірних результатів, які стали основою для наукового обґрунтування, оцінки ефективності загальної моделі інтеграції медичної допомоги в Україні та технології її впровадження в окремих службах на регіональному рівні.

Методичні рекомендації призначені для управлінців центральних та регіональних органів виконавчої влади України, органів місцевого самоврядування центрального та регіонального органів виконавчої влади у сфері охорони здоров'я, керівників закладів охорони здоров'я різного рівня, науковців і викладачів. Видаються в Україні вперше.

Інтеграція медичної допомоги – провідний підхід щодо зміцнення системи охорони здоров'я та підвищення її ефективності

На сучасному етапі велика кількість людей живе зі все більш складними проблемами здоров'я, зростає поширеність хронічних захворювань і поєднаність у однієї людини декількох хвороб і медичних станів (мультиморбідність). Медичне обслуговування таких груп хворих не може обмежуватися епізодичними контактами з пацієнтами, виникаючими з їх ініціативи. За ними потрібен постійний нагляд з використанням компетенцій різних фахівців. Підвищується значення координації дій різних медичних служб, наступність лікування на різних його етапах. С. Нам (2013) доводить, що лише на такій основі можна забезпечити запобігання загострень захворювань і знизити навантаження на дорогі ресурси стаціонарів [22].

Загальносвітовою тенденцією в реформі охорони здоров'я в останні два десятиліття стало запровадження нових організаційних заходів, спрямованих на більш скоординовані і комплексні форми надання медичної допомоги, які отримали назву інтеграції медичної допомоги. Поняття інтеграції йде корінням в теорію систем, що досліджує процеси об'єднання організаційно-виробничих структур та пов'язані з цим зміни в системах управління. У найбільш загальному вигляді інтеграція визначається як «якість співпраці між підрозділами, яким необхідно об'єднати зусилля відповідно до вимог зовнішнього середовища» (Е. Nolte, 2008). Ідея інтеграції в галузі охорони здоров'я спрямована на формування єдиної системи, що забезпечує максимальне задоволення справедливих потреб населення у медичній допомозі, безперервність і високий стандарт якості її надання [22].

Інтегрована допомога, за визначенням ВООЗ (2002), - це концепція надання медичної допомоги, що забезпечує координованість дій окремих постачальників медичних послуг в цілях досягнення економічної ефективності, поліпшення якості і підвищення рівня задоволеності користувачів і постачальників медичної допомоги. Засоби для цієї мети включають: зниження неефективності в рамках системи, підвищення безперервності процесу надання медичної допомоги та розширення прав і можливостей споживачів послуг.

В охороні здоров'я багатьох країн Європейського союзу та Сполучених штатів Америки (Enthoven A., 2009; Rice J., 2011; Saltman R., 2009; Strandberg-Larsen M., 2006) йде пошук організаційно-економічних механізмів інтеграції роботи окремих медичних служб для забезпечення безперервності, наступності лікування і досягнення на цій основі внутрішньосистемної економії та більш високих клінічних результатів роботи галузі в цілому [23].

На сьогодні поширення набули два підходи скоординованого надання послуг: 1) інтегрована медична та медико-соціальна допомога (Leichsenring K., 2004), 2) інтегроване ведення хвороб (Nolte E., 2008).

Інтегрована медична та медико-соціальна допомога орієнтована на осіб з множинними проблемами здоров'я, яким потрібна допомога при виконанні звичайних життєвих функцій. Мета цього підходу - забезпечити взаємодію служб, що займаються лікуванням і наданням медико-соціальної допомоги для того, щоб покращити кінцеві результати охорони здоров'я для осіб з комплексними потребами. Така інтеграція може мати різні форми залежно від мети (функціональна, організаційна, професійна чи клінічна), рівня (горизонтальний або вертикальний) і ступеня інтеграції (повна, структурна або "віртуальна" інтеграція у вигляді певних формальних зв'язків або більш довільного співробітництва).

Підхід, заснований на інтегрованому веденні хвороб, націлений на людей з однією, частіше хронічною, хворобою або патологією. Є фактичні дані на користь того, що деякі елементи медичної допомоги дозволяють поліпшити результати для осіб зі складними проблемами здоров'я. До їх числа належать високоякісна первинна медико-санітарна допомога, мультидисциплінарні медичні бригади, заходи, що сприяють більш широкому застосуванню самодопомоги; керівництва або протоколи, засновані на принципах доказової медицини, навчання осіб, які надають допомогу, аудит та зворотній зв'язок (ЄРБ ВООЗ, 2008; Nolte E., 2008).

Створення інтегрованих систем потребує певних трансформацій в організації надання всього спектра медичних послуг відповідно до потреб пацієнтів. Аналіз численних фактичних доказових даних, представлених у

систематичному огляді, підготовленому канадським вченим Е. Suter (2009), дозволили виділити ключові принципи, яким повинна відповідати інтегрована система медичної допомоги (Врізка 1).

Врізка 1

**Принципи, яким повинна відповідати
інтегрована система медичної допомоги**

(за даними систематизованого огляду доказових досліджень)

1. Фокус на пацієнта (Coddington D.C., 2001).
2. Інтеграція лікарів (Coddington D.C., Ackerman F.K. Jr., Moore K.D., 2001).
3. Комплексність послуг з усіх аспектів лікування (Simoens S., Scott A., 2005)
4. Стандартизація надання медичної допомоги з застосуванням міждисциплінарних команд (Coxon K., 2005).
5. Територіальне охоплення з максимізацією доступу пацієнтів до послуг і мінімізацією їх дублювання (Shamian J., LeClair S.J., 2000).
6. Фінансовий менеджмент (Clague C., 2004).
7. Організаційна культура і лідерство (Coddington D.C., Fischer E.A., Moore K.D., 2001; Friedman L., Goes J., 2001).
8. Удосконалення структури управління (Coddington D.C., 2001).
9. Управління ефективністю (Wilson B., Rogowski D., Popplewell R., 2003).
10. Застосування сучасних інформаційних систем (Hurst K., Ford J., Gleeson C., 2002; Wilson B., Rogowski D., Popplewell R., 2003).

В центр уваги інтегрованих систем ставиться пацієнт та задоволення його потреб у медичній допомозі. Лікарі в системі повинні бути ефективно інтегровані на всіх її рівнях і відігравати роль лідера в розробці, впровадженні та експлуатації комплексних послуг з усіх аспектів лікування. Під комплексністю послуг мається на увазі надання пацієнтові всього континууму необхідних медичних втручань (від первинної до третинної медичної

допомоги), а також співробітництво між медичними закладами та організаціями соціальної допомоги.

Міждисциплінарні команди створюються як об'єднання медичних працівників, в яких ролі та обов'язки всіх членів чітко визначені, щоб забезпечити плавні переходи пацієнтів від отримання одного пакету послуг до іншого.

Дослідження, проведені в Сполучених штатах Америки щодо обсягів територіального охоплення, доводять, що для підтримки розробки ефективних інтегрованих систем, які дозволяють максимізувати доступ пацієнтів до послуг і мінімізувати дублювання медичних втручань необхідні як мінімум 1 000 000 клієнтів (Shamian J., LeClair S.J., 2000).

Фінансовий менеджмент передбачає застосування в інтегрованих системах охорони здоров'я фінансово-економічних механізмів, що забезпечують отримання економічних вигод, перш за все за рахунок ефекту масштабу і зменшення вартості адміністративних витрат.

Впровадження та функціонування інтегрованої системи охорони здоров'я вимагає лідерства і організаційної культури, які нівелюють перешкоди, пов'язані з особливостями ментальності лікарів різних спеціальностей, лікарів та інших постачальників послуг. Удосконалення та розвиток структур управління потрібні для їх сприяння координації різних заінтересованих груп, які приймають участь у наданні всього континууму медичних послуг.

Управління ефективністю передбачає застосування добре розвинених систем моніторингу вимірювання процесів та отриманих результатів медичного обслуговування на різних рівнях з використанням отриманої інформації для поліпшення якості послуг.

Більшість з розглянутих вище процесів потребує інформаційної підтримки, в тому числі й з використання єдиних автоматизованих інформаційних систем, які дозволять забезпечити ефективний обмін інформацією між учасниками інтегрованої системи для безперервності та наступності медичної допомоги пацієнтам.

Модель інтеграції медичної допомоги в Україні

Загальну модель інтеграції медичної допомоги в Україні теоретично обґрунтовано спираючись на результати наукових досліджень, присвячених пошуку напрямів і механізмів інтеграції в різних країнах та сформульовані принципи інтеграції медичної допомоги за допомогою методу концептуального моделювання (рис. 1).

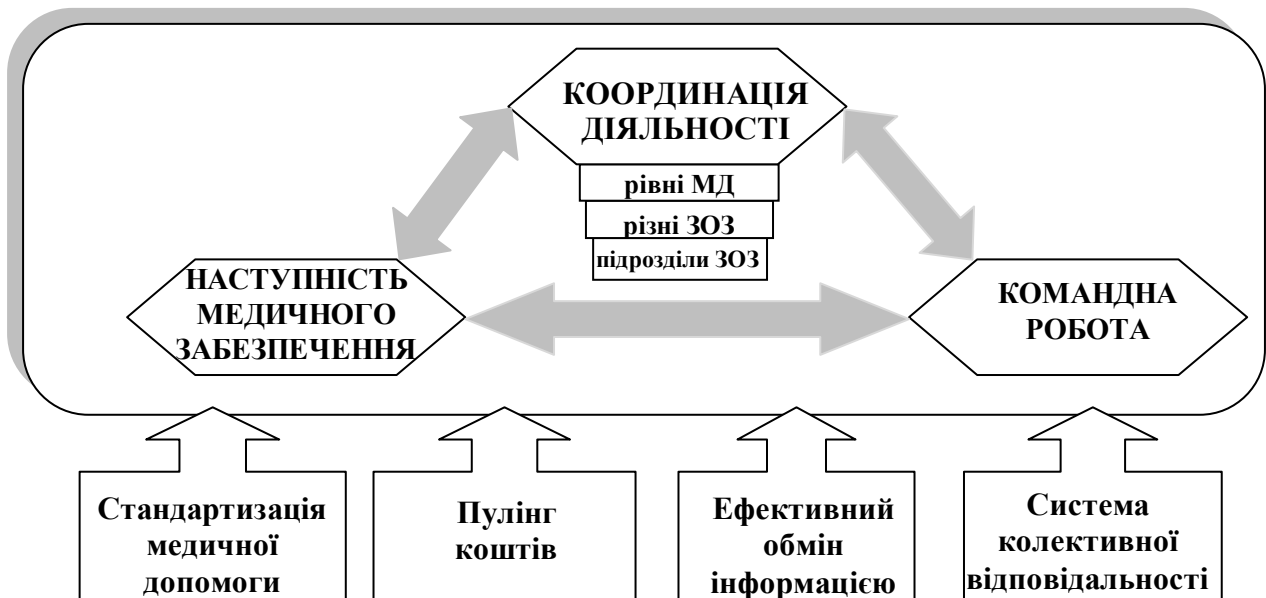


Рис. 1. Модель інтеграції медичної допомоги в Україні

Центральним компонентом моделі виступає тріада: координація діяльності між рівнями медичної допомоги, між різними закладами охорони здоров'я (ЗОЗ), що належать до одного рівня, та між структурними підрозділами одного закладу; сумісна (командна) робота лікарів різних спеціальностей і середнього медичного персоналу та наступність медичного обслуговування як в межах одного медичного закладу, так і закладів різних рівнів.

Координація між рівнями медичної допомоги (первинним, вторинним, третинним) - вертикальна інтеграція - здійснюється переважно шляхом формування обґрунтованих маршрутів, які проводять пацієнта по всьому ланцюжку в епізоді надання допомоги. Координація між закладами та підрозділами, що знаходяться на одному рівні або мають однаковий статус (горизонтальна інтеграція) може, в залежності від місцевих умов,

здійснюватися за допомогою різних механізмів: а) концентрації допомоги в одному з найбільш пристосованих для надання відповідної медичної допомоги закладі/підрозділі; б) об'єднання закладів / підрозділів під єдиним управлінням зі спільним фінансуванням; в) співробітництва, коли організації / підрозділи управляють переходами з однією сфери медичного обслуговування в іншу за допомогою узгоджених маршрутів та/або угод, зберігаючи при цьому відповідний рівень автономії, при цьому несуть свою відповідальність за надані послуги та мають власні критерії фінансування. Перші два механізми характеризуються як структурна інтеграція, третій – як функціональна.

Командна робота різних спеціалістів передбачає інтеграцію цілей, яка підкріплюється інтенсивними взаємовідносинами між різними учасниками, зближення їх цінностей та методів роботи - професійною інтеграцією.

Наступність (координація діяльності в ході надання пацієнтові медичної допомоги в різний час, різними фахівцями і лікувальними установами) значною мірою забезпечується стандартизованими вимогами до медичної документації, процесу медичного обслуговування, персоналу, технічного оснащення тощо. Така координація діяльності медичних працівників створює гарантії для стабільності процесу лікування та його результату.

Основними компонентами (умовами), що забезпечують реалізацію інтегрованої моделі, визначені: стандартизація медичної допомоги, створення потужного фінансового пулу, налагодження ефективного обміну інформацією між учасниками процесу надання медичної допомоги та створення системи колективної відповідальності за результати діяльності галузі охорони здоров'я.

Стрижневою основою створення системи інтегрованої медичної допомоги є комплексна стандартизація. Для забезпечення цілісності лікувально-діагностичного процесу, наступності та взаємозв'язку в роботі різних медичних організацій та різних спеціалістів необхідне створення загальних або наскрізних клінічних рекомендацій / клінічних протоколів, які визначають правила клінічної роботи та критерії переходу пацієнта з одного рівня медичного обслуговування на інший в багатокомпонентній, багаторівневій системі надання медичної допомоги.

Доведено, що однією з основних перешкод до інтеграції медичного обслуговування є фрагментованість фінансових потоків. В Україні існує трирівнева система розподілу бюджетних коштів на охорону здоров'я (державний / національний, регіональний, районний / міський рівні) та наявні паралельні системи фінансування відомчих систем охорони здоров'я, що створює бар'єри для отримання необхідної медичної допомоги належної якості, які важко подолати. Щоб домогтися змін і трансформацій в системах охорони здоров'я, спрямованих на поліпшення координації та інтеграції надання медичних послуг, потрібні міцні механізми фінансування охорони здоров'я, зокрема зменшення роздробленості каналів фінансування галузі (об'єднання ресурсів) (Фінансування системи охорони здоров'я – шлях до універсального охоплення» Доповідь ВООЗ, 2010р.). Тому модель інтегрованої допомоги передбачає створення / існування потужного фінансового пулу бюджетних коштів на регіональному рівні та інтеграцію відомчих медичних установ у територіальні системи охорони здоров'я як беззаперечну умову для усунення дублювання фінансових потоків.

Для чіткої координації медичної допомоги необхідно також мати відповідні фінансові стратегії та фінансові стимули, які формують колективну відповідальність, пов'язуючи результати діяльності з системою оплати медичних послуг та їх постачальників і таким чином мотивуючи учасників інтегрованої системи до об'єднання зусиль. Для цього напрацьовані різні механізми: сумісні стимули для закладів та підрозділів для поліпшення показників, які характеризують здоров'я відповідних контингентів населення, використання територіального подушного нормативу для всіх рівнів допомоги та інші. Однак найбільш простим та результативним є механізм оплати за результатами діяльності з цільовими значеннями показників, які потребують координації.

Важливою умовою забезпечення належної безперервної послідовності надання допомоги та поліпшення координації послуг різних постачальників в кожен даний момент і протягом усього часу медичного обслуговування є більш

тісна інформаційна взаємодія між медичними службами, активний обмін інформацією між постачальниками послуг та лікарями різних спеціальностей.

Обмін інформацією - це засіб комунікації, що забезпечує стійкі зв'язки між різними постачальниками медичних послуг, інтегрує різні етапи надання медичної допомоги, дозволяє уникнути дублювання діагностичних досліджень, збільшує взаєморозуміння між медичними установами, окремими фахівцями та пацієнтами. Ефективний обмін медичними даними між різними медичними установами дозволяє, у підсумку, надати, при тих же витратах, допомогу більшому числу пацієнтів, а також зменшити вартість лікування. Наявність добре налагодженого обміну інформацією також сприяє поліпшенню управління в рамках інтегрованої системи шляхом формування та застосування системи оцінки та моніторингу діяльності, визначення того, чи виконані завдання, досягнуті цілі, які проблеми вимагають додаткової до себе уваги.

Перешкоджає виконанню зазначених завдань фрагментованість даних про пацієнтів, оскільки вони здебільшого збираються та зберігаються в ізольованих системах різних лікувальних закладів / підрозділів. В результаті часто неможливо отримати повну інформацію про хід медичного обслуговування хворого і стан його здоров'я в конкретний момент; у критичних ситуаціях медичному персоналу часто доводиться працювати, не маючи інформації, необхідної для проведення якісного лікування.

Поліпшення обміну медичною інформацією в запропонованій моделі інтеграції системи медичної допомоги здійснюється в два етапи: 1) опрацювання оптимальної технології прямих та зворотних зв'язків між постачальниками медичних послуг; 2) інформатизація обміну інформацією на принципах універсальності та захищеності персональних даних пацієнтів [1, 5, 6, 16, 17].

Приклад розробки інтегрованої системи окремої служби медичної допомоги на регіональному рівні та механізму її впровадження

З метою оцінки дієвості моделі інтеграції медичної допомоги в Україні на її основі розроблена із застосуванням методу організаційного проектування, апробована, скорегована та впроваджена в організаційному експерименті на регіональному рівні інтегрована система організації медичної допомоги окремої служби галузі – перинатальної допомоги [3, 4, 10, 13, 14].

В основу інтегрованої системи покладено Концепцію регіоналізації перинатальної допомоги, вперше реалізовану в 1976 році в США і прийняту з врахуванням національних особливостей в Україні в 2011 р., яка полягає в розмежуванні рівнів перинатальної допомоги та визначенні переліку стандартизованих базових послуг, що надаються на кожному рівні відповідно до ступеню перинатального та акушерського ризику.

Згідно з ідеологією регіоналізації, система охоплює три рівня перинатальної допомоги, які відповідають традиційному поділу медичної допомоги за видами: первинний, вторинний (спеціалізована) та третинний (високоспеціалізована допомога). Елементна база системи на кожному рівні включає:

I - на первинному – центри первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) з їх підрозділами (амбулаторіями), на які покладаються функції: ведення вагітності з фізіологічним перебігом, скерування вагітних на вторинний рівень для консультативної допомоги та/або для розродження, динамічне спостереження за породіллями та новонародженими, в тому числі консультації з грудного вигодовування, консультування з профілактики інфекційних захворювань, що передаються статевим шляхом, планування сім'ї, методів контрацепції та інші;

II - на вторинному рівні:

1) догоспітальний етап - акушерсько-гінекологічні підрозділи клініко-діагностичних відділень центральних районних (ЦРЛ), центральних міських та міських лікарень (ЦМЛ та МЛ), пологових будинків, перинатальних центрів вторинного рівня, на які покладаються функції: консультування вагітних,

скерованих з первинного рівня, а також ведення вагітних, які безпосередньо звернулися до цих структур або були направлені з первинного рівня в зв'язку з їх належністю до певних груп перинатального ризику;

2) госпітальний етап: а) пологові відділення з кількістю пологів не менше 400 на рік при ЦРЛ та МЛ для надання стаціонарної акушерської допомоги вагітним та новонародженим переважно з низьким ступенем перинатального ризику (пологові стаціонари вторинного рівня середньої потужності); б) міжрайонні пологові відділення, перинатальні центри вторинного рівня при МЛ, пологові будинки з кількістю пологів 1000 і більше на рік для надання стаціонарної допологової та пологової цілодобової допомоги вагітним та новонародженим переважно з середнім ступенем перинатального ризику (потужні пологові стаціонари вторинного рівня);

III - на третинному рівні:

1) догоспітальний етап - акушерсько-гінекологічні підрозділи клініко-діагностичних відділень при перинатальних центрах обласних лікарень, на які покладаються функції консультування вагітних з високими рівнями перинатального ризику, скерованих з вторинного рівня;

2) госпітальний етап - перинатальні центри третинного рівня при обласних лікарнях для надання допологової та пологової цілодобової допомоги вагітним переважно з високим ступенем перинатального ризику та новонародженим з низькою та ультранизькою масою тіла при народженні.

Обов'язковим компонентом запропонованої системи перинатальної допомоги є також чітке упорядкування маршрутизації вагітних, роділь, породіль та новонароджених з різним ступенем акушерського та перинатального ризику як схеми цілеспрямованого переміщення їх до акушерського закладу / підрозділу, який відповідає ризику у жінки або дитини, з використанням внутрішньо-і міжтериторіальної взаємодії.

Інтеграція клінічної діяльності в сфері перинатальної допомоги потребує забезпечення комплексу умов: застосування сучасних методів фінансування з об'єднанням бюджетних коштів на охорону здоров'я на регіональному рівні та застосуванням методів оплати, які враховують обсяги та складність наданих

медичних послуг; централізацію лікарських ресурсів та високовартісного матеріально-технічного забезпечення в закладах, що надають допомогу пацієнтам з середнім та високим рівнями перинатального ризику; запровадження мотивуючої системи оплати праці на основі нормування навантаження медичного персоналу залежно від обсягу та складності з урахуванням якості роботи; організацію системи безперервного навчання персоналу з використанням всього комплексу освітніх форм; застосування та постійне оновлення на основі доказових даних перинатальних технологій та розробка наскрізних клінічних протоколів з організацією контролю за їх дотриманням.

В умовах, коли населення, що потребує допомоги з репродуктивного здоров'я, розсіяно географічно й економічно, ретельно побудована, добре організована система допоміжних (сателітних) стосовно безпосередньо перинатальної допомоги служб стає важливим чинником для забезпечення доступу до відповідних послуг всіх вагітних жінок та новонароджених. Провідну роль серед таких сателітних служб відіграє належним чином організована система екстреної медичної допомоги, яка в Україні реалізується у формі центру екстреної медичної допомоги з розгалуженою інфраструктурою пунктів постійного та тимчасового базування бригад і з централізованою диспетчеризацією викликів, що забезпечує транспортування вагітних та новонароджених відповідно до вимог щодо їх маршрутизації. До числа інших важливих сателітних служб належать: дитяча обласна лікарня (для забезпечення другого етапу виходжування новонароджених, катamnестичного спостереження за ними та хірургічної корекції пренатально діагностованих вад розвитку); обласний центр медичної генетики (для своєчасного виявлення спадкових хвороб у вагітних, їх профілактики і лікування у новонароджених); центри медико-соціальної реабілітації для дітей (для забезпечення ранньої медико-соціальної реабілітації дітей із вродженими вадами або із затримками розвитку).

Комплекс організаційно-технологічних, фінансово-економічних та інших форм та механізмів, що складають інтегровану систему організації

перинатальної допомоги, перевірявся, доопрацьовувався та корегувався в організаційному експерименті, за результатами якого було сформовано цілісну систему організації перинатальної допомоги на регіональному рівні (рис. 2).

Лонгитудинальний організаційний експеримент запровадження системи проводився в Дніпропетровській області впродовж 2001-2013 років.

Опис механізму впровадження інноваційної технології.

Впровадження інтегральної системи організації перинатальної допомоги на регіональному рівні включає чотири етапи, перші три з яких можуть відбуватися одночасно або послідовними кроками:

- 1 - підвищення рівня безпеки надання родопомічної допомоги та оптимізація її структурної ефективності;
- 2 - запровадження сучасних перинатальних технологій;
- 3 - зміцнення первинної ланки медичної допомоги з розширенням її компетенцій щодо поліпшення репродуктивного здоров'я;
- 4 - регіоналізацію перинатальної допомоги та маршрутизацію пацієнтів залежно від ступеню їх перинатального і акушерського ризику (ПіАР).

Основний напрямок першого етапу експерименту - оптимізація мережі родопомічних закладів з точки зору дотримання безпеки медичних послуг. Створення потужних міжрайонних пологових центрів, укомплектованих підготовленим медичним персоналом, забезпечених необхідним медичним обладнанням і здатних при необхідності надавати інтенсивну медичну допомогу новонародженим та породіллям в цілодобовому режимі повинно відбуватися із врахуванням: стану транспортних комунікацій для забезпечення оптимальної доступності допомоги, а також матеріально-технічного та кадрового потенціалу стаціонарів, на базі яких вони розміщуються. Паралельно з цими процесами необхідне планомірне виведення з експлуатації малопотужних та не забезпечених кадрами родопомічних закладів / підрозділів.

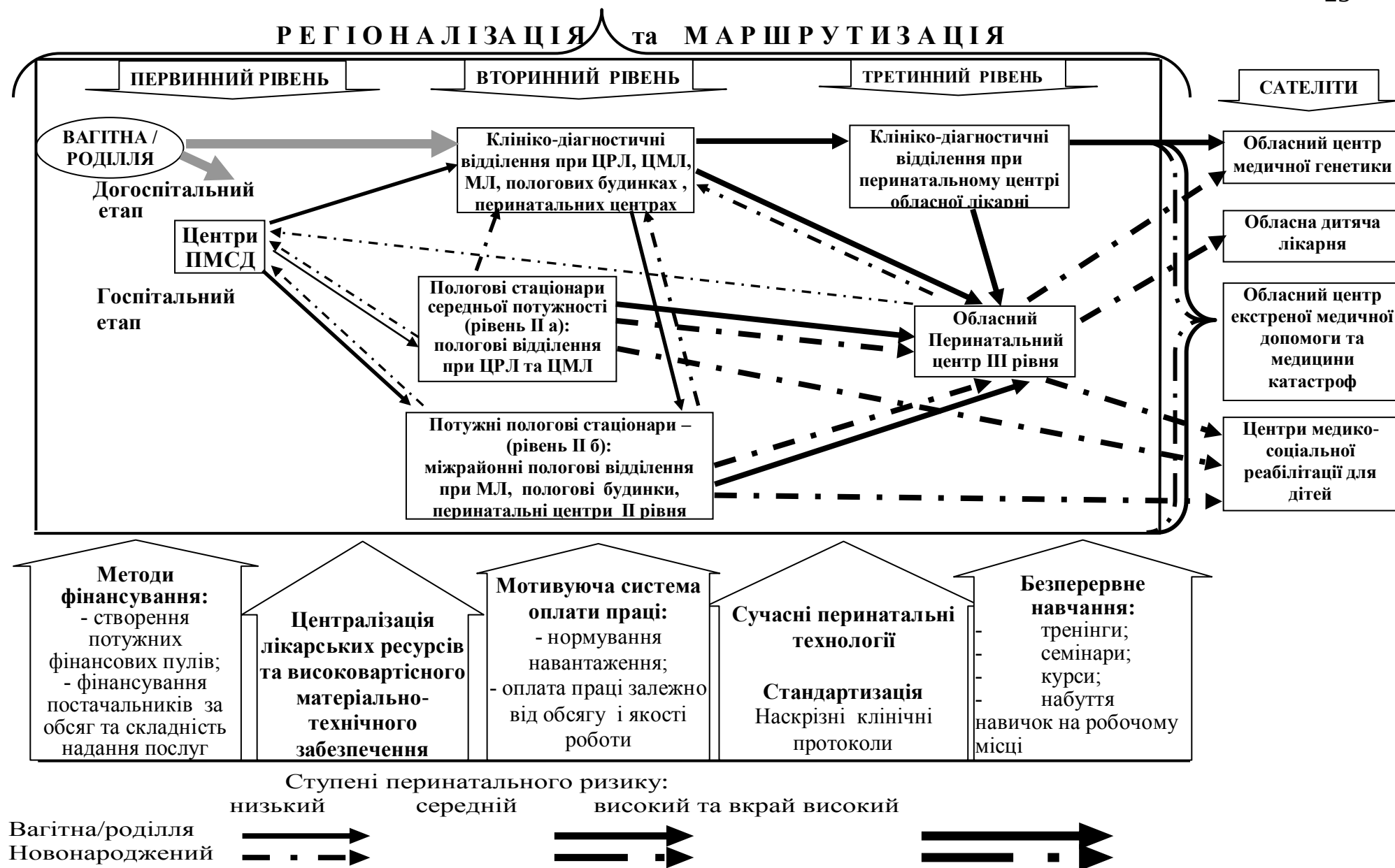
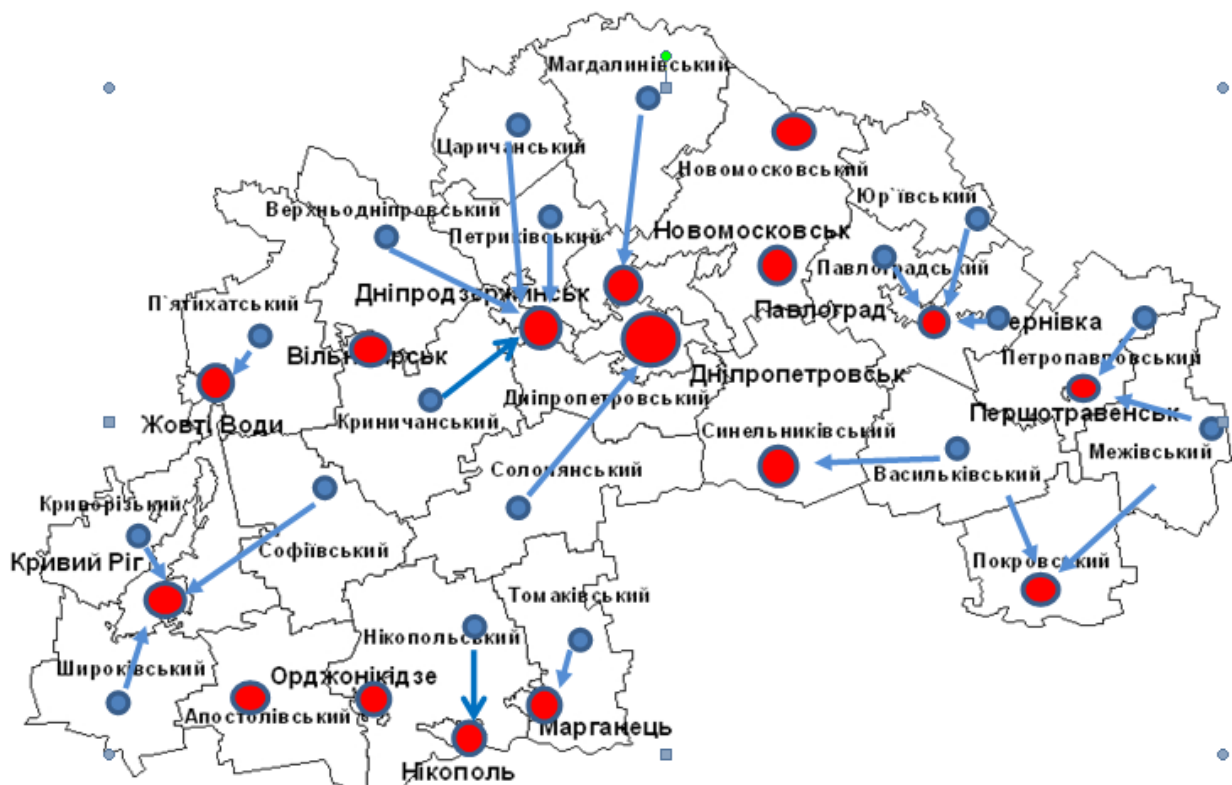


Рис. 2. Інтегрована система організації перинатальної допомоги

Водночас для забезпечення доступності та безпеки допомоги вагітним в центральних районних лікарнях, де акушерські відділення закриваються, а ліжка для патології вагітних відсутні, такі ліжка необхідно відкрити на базі гінекологічних відділень в кількості, що відповідає потребам в цьому виді допомоги.

Вагітні з територій, на яких пологові відділення припинили своє існування внаслідок малої чисельності прийнятих пологів на рік (менше 400), відсутності кадрів та оснащення, повинні бути скеровані до визначених міжрайонних пологових центрів прилеглих міст та районів. Схема спрямування вагітних з районів Дніпропетровської області, де акушерські відділення потужністю менше 400 пологів на рік були виведені з експлуатації, до найближчих міжрайонних пологових центрів представлена на рис. 3.



● Виведені з експлуатації (реорганізовані) малопотужні акушерські відділення

● Міжрайонні пологові центри, визначені для надання стаціонарної акушерської допомоги вагітним з територій, що обслуговувалися реорганізованими підрозділами

Рис. 3. Модернізація інфраструктури родопомічних закладів / підрозділів
(Дніпропетровська область, станом на кінець 2013 р.)

Для фінансування родопомічних послуг таким вагітним у міжрайонних пологових центрах при фрагментації територіальних бюджетів до запровадження пулінгу (об'єднання) бюджетних коштів на регіональному рівні, можливо використовувати механізми міжбюджетних розрахунків за пологи між різними місцевими радами, дозволені Законом України від 21.05.1997 № 280/97-ВР «Про місцеве самоврядування»: 1) виділення за рішенням місцевих рад міжбюджетних трансфертів або 2) через відшкодування витрат породіллям шляхом адресної допомоги в рамках затверджених сесіями районних соціальних програм. Розрахунки доцільно проводити, виходячи з кількості і складності прийнятих пологів, тарифікацію цін - на основі вивчення реальних витрат.

Другий етап присвячений активному впровадженню інноваційних технологій в акушерській службі регіону. Пакет сучасних перинатальних технологій включає 2 частини:

- 1) - перехід від традиційних до партнерських пологів, створення умов для дотримання теплового ланцюжка і сумісного перебування матері та дитини, підтримка грудного вигодовування дітей, рання виписка породіллі та новонародженого зі стаціонару. Для реалізації перших трьох підходів в плановому порядку потрібні інвестиції з обласного та місцевих бюджетів, спрямовані на реконструкцію існуючих пологових відділень з організацією сімейних та індивідуальних пологових залів та з їх відповідним устаткуванням для вільного проведення пологів (шведські стінки, ванни, комфортні пологові ліжка тощо) та застосуванням енергозберігаючих заходів. Запровадження інших двох технологій може зустрічати супротив медичного персоналу через професійний консерватизм та сильний вплив традицій.
- 2) - демедикалізація пологів, мінімізація інвазивних втручань та активне ведення третього періоду пологів для профілактики акушерських кровотеч.

В проведеному дослідженні для пакетного запровадження сучасних, доведено ефективних перинатальних технологій проводилися навчання та моніторинг їх впровадження. Для виконання цих завдань були підготовлені регіональні тренери і створені тренінгові центри з питань планування сім'ї та

впровадження новітніх перинатальних технологій, що дозволило протягом 6 років перепідготувати весь персонал родопомічних закладів / підрозділів області. Проведена робота призвела до істотних змін в установках медичного персоналу і сприяла впровадженню всього комплексу сучасних перинатальних технологій. Тренінги спеціалістів щодо консервативних методів профілактики та лікування маткових кровотеч підкріплювалися забезпеченням родопомічної служби області ефективними медикаментозними засобами шляхом їх централізованої закупівлі за кошти обласного бюджету.

Особлива увага в рамках зазначеного етапу перетворень повинна приділятися підтримці грудного вигодовування: на заміну окремим заходам щодо підтримки грудного вигодовування повинна прийти системна робота щодо запровадження проголошеної в 1991 році ВООЗ та ЮНІСЕФ ініціативи «Лікарня, доброзичлива до дитини», спрямованої на створення в пологових стаціонарах умов, сприятливих для грудного вигодовування на основі «Десяти принципів успішного грудного вигодовування».

Так, в проведеному організаційному експерименті було створено спеціальний обласний навчально-методичний центр, в якому за програмою міжнародного курсу ВООЗ / ЮНІСЕФ «Ведення грудного вигодовування» регулярно проводились семінари-тренінги з підготовки медичного персоналу; навчання вагітних жінок; подальшої підтримки матерів, які годують, після виписки з пологового стаціонару. Крім того, здійснювались заходи щодо забезпечення умов для спільного перебування матері і дитини, раннього початку грудного вигодовування, годування за вимогою. В результаті проведеної роботи перший родопомічний заклад було акредитовано як «Лікарню доброзичливу до дитини» в 2003 році, а на початок 2010 р. такий статус отримали 100% родопомічних закладів і підрозділів регіону і така тенденція зберігається дотепер.

Третій етап експерименту передбачає активну роботу з медичним персоналом первинної ланки щодо розширення його компетенцій в сфері репродуктивного здоров'я, в тому числі з питань ведення фізіологічної вагітності, грудного вигодовування, планування сім'ї тощо. Для цього

необхідно проводити навчання команд (сумісно лікарів та молодших спеціалістів з вищою медичною освітою), а також активну роботу стосовно підготовки закладів охорони здоров'я первинного рівня (центрів первинної медико-санітарної допомоги) щодо акредитування їх на звання «Лікарня, доброзичлива до дитини». В проведеному дослідженні ці завдання були реалізовані шляхом втілення в життя плану спеціально розроблених заходів і 18-годинної програми навчання працівників первинної ланки щодо проведення шкіл відповідального батьківства, підготовки до пологів, впровадження принципів грудного вигодовування.

Реалізація четвертого етапу можлива по мірі оптимізації родопомічної інфраструктури, але в повному обсязі зможе реалізуватися після прийняття законодавчого рішення щодо об'єднання (створення єдиного пулу) бюджетних коштів для надання вторинної, екстреної та третинної медичної допомоги на обласному рівні і усунення таким чином фінансових бар'єрів для формування найбільш раціональних маршрутів пацієнтів відповідно до їх потреб в перинатальній допомозі.

Послідовність дій при реалізації процесу інтеграції спеціалізованого компоненту перинатальної допомоги, науково обґрунтована в рамках експерименту, представлена на рис. 4.

Для ефективного впровадження перетворень та ефективного управління інноваційною системою організації перинатальної допомоги необхідне нормативне закріплення всіх здійснених заходів та нових положень наказами департаменту охорони здоров'я обласної (регіональної) державної адміністрації, виконавцями яких повинні бути не тільки заклади та підрозділи вторинного та третинного рівнів медичної допомоги, а також служба екстреної медичної допомоги (центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф та станції екстреної медичної допомоги) для забезпечення транспортування вагітних відповідно до їх стану здоров'я та встановлених на догоспітальному етапі ризиків для матері і новонародженого.

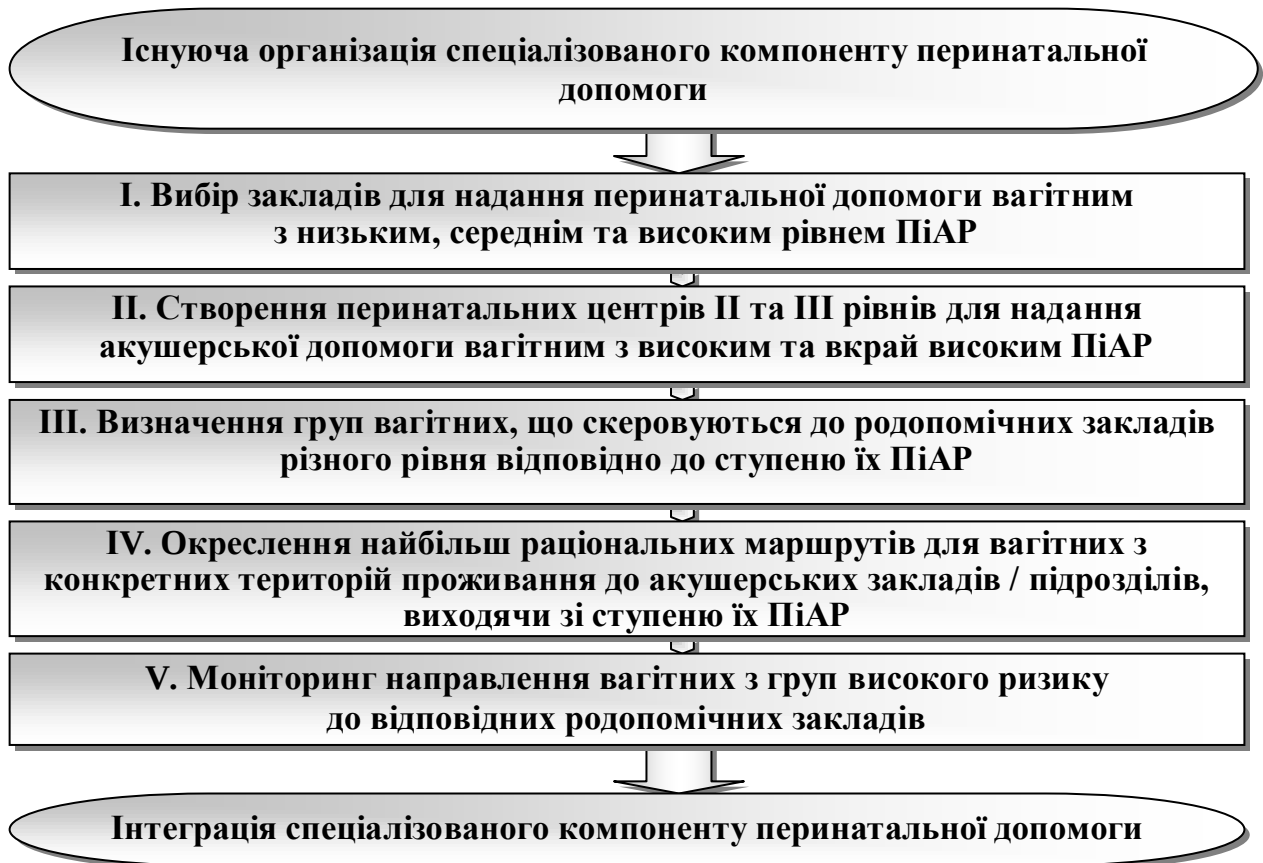


Рис. 4. Послідовність дій при реалізації процесу інтеграції спеціалізованого компоненту перинатальної допомоги на регіональному рівні

Результати впровадження інтегрованої системи окремої служби медичної допомоги на регіональному рівні

Впровадження інтегрованої системи медичної допомоги на регіональному рівні сприяло створенню умов для залучення спеціалістів первинної ланки до охорони репродуктивного здоров'я завдяки їх підготовці в тренінговому режимі щодо здійснення заходів для підтримки грудного вигодовування (підготовлено 52,6% сімейних лікарів та 39,6% середнього медичного персоналу області), ведення фізіологічної вагітності (74,3% та 55,5% відповідно), планування сім'ї (31,6% та 37% відповідно), догляду за здоровою дитиною (27,5% та 35,9% відповідно).

Оптимізація мережі родопомічних закладів шляхом концентрації стаціонарної акушерської допомоги в потужних (більше 1000 пологів на рік) , в тому числі міжрайонних пологових центрах, з паралельним зміцненням їх кадрового та матеріально-технічного потенціалу, і виведенням з експлуатації малопотужних акушерських стаціонарів, призвело до покращення структурної ефективності: за 2001-2013 рр. при збільшенні числа пологів практично на 40% загальне число родопомічних закладів / підрозділів в області зменшилося на 44%, число малопотужних (менше 400 пологів на рік) закладів / підрозділів зменшилося на 86%, частка пологів, які приймаються в потужних пологових стаціонарах зросла з 66,6% в 2000 р. (включаючи третинний рівень надання акушерської допомоги) до 87,5% в 2013 р.; в стаціонарах малої потужності зменшилася з 21,4% до 2,3% відповідно ($p < 0,001$) – табл. 1.

Радикально змінено характеристики застосовуваних перинатальних технологій: 76,4% пологів в 2013 р. відбулися як партнерські (проти поодиноких випадків у 2004 р.); зменшилася частота інвазивних та медикаментозних втручань при пологах: частота епізіотомій в 2,5 рази (з 9% в 2003 р. до 3,6% в 2013 р.), індукованих пологів – у 7,3 рази (з 11% до 1,5% відповідно); стався перехід від вичікувальної тактики до активного ведення третього періоду пологів (88,1% пологів з активним веденням III періоду в 2013 р.).

Динаміка структурних показників за період впровадження інтегрованої системи організації перинатальної допомоги Дніпропетровській області (2000-2013 роки)

Показники	2000 рік	2013 рік	Зміни	
			абс. приріст	темп приросту
Загальне число родопомічних закладів, в тому числі:	41	23	-18	-43,9
- потужних, включаючи заклади третинного рівня (більше 1000 пологів на рік);	8	12	+4	+50
- малопотужних (менше 400 пологів на рік).	22	3	-19	-86,4
Питома вага пологів, що відбулися:	66,6	87,5	+20,9	+31,4
- в потужних стаціонарах(%);				
- в малопотужних стаціонарах (в %)	21,4	2,3	-19,1	-89,3
Забезпеченість цілобової потреби в неонатологах в потужних пологових стаціонарах (в %)	42,9	75	+32,1	+74,8
Оснащення обладнанням для забезпечення діагностики екстремальних станів та надання невідкладної допомоги (в % від необхідного)	41,5*	80	+38,5	+92,8
Питома вага вагітних з високим та вкрай високим рівнем перинатального ризику, що народжували в потужних стаціонарах (в %),	76,6	98,8	+22,2	+29,0
в тому числі в закладах третинного рівня (в %).	6,8	34,8	+28,0	+5,1 рази

Примітка.* - 2010 рік.

Створені умови для спільного перебування матері і дитини; широко застосовується технологія ранньої виписки породіллі та новонародженого із стаціонару, про що свідчить скорочення середньої тривалості перебування породіль в пологових стаціонарах в 1,5 рази (з 7,2 дня в 2004 р. до 4,9 дня в 2013 р.); активно реалізується політика підтримки грудного вигодовування, що сприяло збільшенню питомої ваги дітей, які продовжують грудне годування після 6-місячного віку в 1,5 рази (з 25,2% в 2003 р. до 37,9% в 2013 р.) – табл. 2.

Зміни в частоті застосування доведено ефективних перинатальних технологій за період впровадження інтегрованої системи організації перинатальної допомоги Дніпропетровській області (2003-2013 роки)

Показники	2003 рік	2013 рік	Зміни	
			абс. приріст	темп приросту
Частота пологів, що відбулися як партнерські (%)	Поодинокі випадки	76,4	76,4	-
Частота пологів, що відбулися у вільній позиції (%)	Поодинокі випадки	91,4	91,4	-
Частота інвазивних та медикаментозних втручань:				
- епізіотомій (%);	9	3,6	-5,4	-2,5рази
- індукованих пологів (%).	11	1,5	-10,5	- 7,3 рази
Активне ведення третього періоду пологів (%)*	9,0	88,1	+79,1	+ 8,8 рази
Підтримка грудного вигодовування:				
- питома вага закладів атестованих як лікарня доброзичлива до дитини (%);	2,4	100	+97,6	+41,7 разів
- питома вага матерів, що продовжують грудне годування після 6-місячного віку новонароджених (%)	25,2	37,9	+12,7	+1,5 рази
Середня тривалість перебування породіль в пологових стаціонарах (днів)	7,2	4,9	- 2,3	+1,5 рази

Примітка. * - з 2006 року.

Відбулося збільшення частки роділь з високим та вкрай високим рівнем ризику, що народжували в потужних стаціонарах вторинного та третинного рівнів, з 71,6% в 2000 р. до 98,8% в 2013 р., в тому числі в закладах третинного рівня з 3,8% до 34,8% відповідно.

За даними експертної оцінки, запровадження інтегрованої системи організації перинатальної допомоги, призвело до істотного поліпшення якості медичного обслуговування як породіль (зросла частота своєчасних і зменшився рівень передчасних пологів з 89% до 95,2% та з 11% до 4,4% відповідно, $p < 0,05$; збільшилася частота фізіологічного перебігу пологів з 71,9% до 82,0% $p < 0,05$; зменшилася загальна частота медикалізації при пологах і частота непоказаних втручань з 53,9% до 28,2% та з 54,2% до 22,6% відповідно, $p < 0,05$;

зменшилася частота ускладнень при пологах з 22,7% до 8,7%, $p < 0,001$), так і новонароджених (зросла частка здорових новонароджених з 46,6% до 90,1%, $p < 0,001$; збільшилася адекватність складу профілактичних заходів усім новонародженим та адекватність лікувально-профілактичних заходів, виконаних стосовно дітей, що народилися з різними захворюваннями та патологічними станами з 43,8% до 98,6% та з 17,1% до 64,7% відповідно, $p < 0,001$; збільшилася частка новонароджених, виписаних здоровими з 77,9% до 88,8%, $p < 0,01$) – таблиця 3 [2, 7, 19].

Доведено, що зі зростанням потужності пологових стаціонарів зменшується частота непоказаних втручань вагітним, роділлям та породіллям ($\phi = 0,23$; $p < 0,01$); зростає адекватність втручань при ускладненнях ($\phi = 0,48$, $p < 0,001$); зменшується захворюваність новонароджених ($\phi = 0,14$, $p = 0,002$), зокрема наявна тенденція до зменшення частоти родових травм ($\chi^2 = 2,85$; $p = 0,2$), зменшується число новонароджених, виписаних з запізненням ($\phi = 0,32$, $p < 0,001$). Водночас виявлена тенденція до концентрації в потужних стаціонарах незапобіжної патології (вроджених аномалій та хромосомних порушень) ($\chi^2 = 3,24$; $p = 0,2$) - встановлені закономірності пов'язані з більш високою укомплектованістю потужних стаціонарів спеціалістами (акушерами-гінекологами і неонатологами) та кращим матеріально-технічним оснащенням за рахунок концентрації ресурсів (табл. 4).

Впровадження інтегрованої системи було позитивно сприйнято всіма учасниками лікувально-діагностичного процесу (пацієнтами, медичним персоналом, організаторами охорони здоров'я), про що свідчать результати соціологічного опитування [8, 11, 15]. Рівень задоволеності станом медичного обслуговування пацієнток становив 98,9% (середній бал за чотирьохбальною шкалою $3,86 \pm 0,009$), медичних працівників - 97,6% (середній бал $3,65 \pm 0,02$), організаторів охорони здоров'я - 88% (з середнім балом $3,28 \pm 0,1$). Менш високі оцінки задоволеності, надані зовнішніми споживачами (медичним персоналом та керівниками медичних закладів), пов'язані з загальними ресурсними проблемами діючої системи охорони здоров'я (рівнем заробітної плати, матеріально-технічним та фінансовим забезпеченням медичних закладів) – рис.

5.

Таблиця 3

**Порівняльна характеристика якості медичного обслуговування
новонароджених в пологових стаціонарах до та після впровадження в
організаційному експерименті інтегрованої системи організації
перинатальної допомоги**

Показники	До реорга- нізації	Після реорганізації		
		всього	потужність стаціонарів	
			потужні	малопотужні
Питома вага доношених	99,1±0,9	96,7±0,7	95,6±0,9	99,1±0,9
Стан здоров'я новонародженого (на 100 новонароджених, P±m):				
.... здоровий	46,6±4,4	90,1±1,1***	91,5±1,3***	92,7±2,5***
хворий	53,4±4,4	9,9±1,1***	8,5±1,3***	7,3±2,5***
Адекватність складу та своєчасності медичної допомоги під час пологів (на 100 пологів, P±m)	43,8±4,7	98,6±0,4***	98,8±0,5***	99,1±0,9***
Адекватність складу профілактичних медичних заходів в ранньому неонатальному періоді (на 100 пологів, P±m)	54,7±5,1	77,3±1,6***	78,4±1,8***	60,6±4,7
Адекватність складу діагностичних та лікувальних заходів хворим новонародженим в ранньому неонатальному періоді (на 100 пологів, P±m):	17,1±4,5	64,7±7,5***	43,9±11,4*	81,5±13,7***
адекватний	44,3±5,9	29,4±5,5	46,3±11,4	12,5±11,7
недостатній	65,7±5,7	5,9±2,9	9,8±4,6	0
надлишковий				
Середній термін перебування в стаціонарі, днів (M±m)	6,3±0,2	4,3±0,1***	4,1±0,1***	4,9±0,1***
Частота виписки із стаціонару здоровим (на 100 пологів, P±m)	77,9±3,8	88,8±1,4*	89,5±1,4*	92,9±2,4***

Примітки: * - p<0,5; ** - p<0,01; *** - p<0,001.

Результати кореляційного аналізу залежності потужності пологових стаціонарів і характеристик якості, адекватності медичного обслуговування ($p < 0,05$)

Характеристики	Напрямок зв'язку	Коефіцієнт асоціації (ϕ)	Критерій Хі-квадрат (χ^2) Пірсона
Частота непоказаних втручань породіллям	зворотній	0,23	9,23
Адекватність втручань при ускладненнях	прямий	0,48	13,84
Захворюваність новонароджених	зворотній	0,14	12,81
Число новонароджених, виписаних із запізненням	зворотній	0,32	70,88
Якість ведення документації	прямий	0,19	25,32

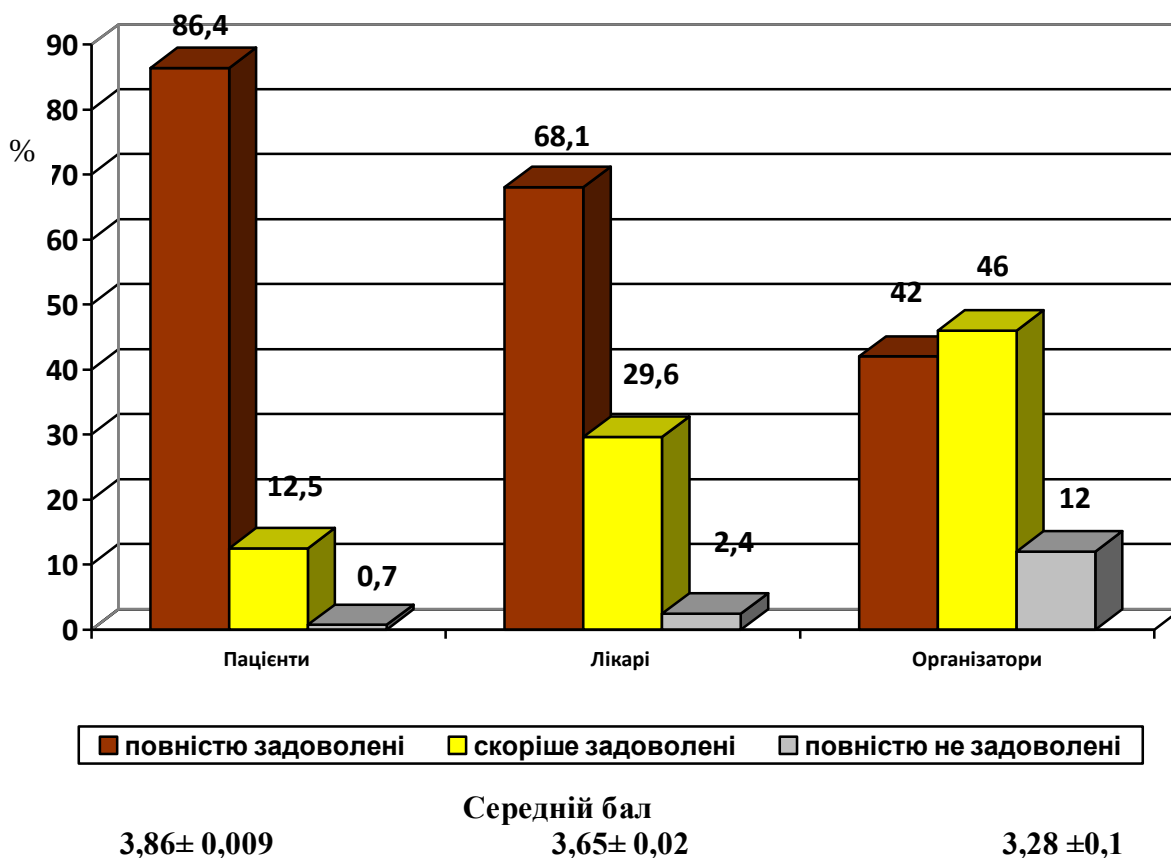


Рис. 5. Порівняння загальних оцінок задоволеності якістю стаціонарної акушерської допомоги, наданих різними учасниками процесу медичного обслуговування (%)

Доведено, що інтеграція перинатальної допомоги призвела до суттєвого підвищення її медичної, соціальної та економічної ефективності.

В якості індикаторів медичної ефективності інтегрованої системи організації перинатальної допомоги було використано для новонароджених - захворюваність та смертність новонароджених від синдрому дихальних розладів, для породіль - частоту масивних маткових кровотеч та видалених внаслідок цього ускладнення маток.

Захворюваність та смертність новонароджених від синдрому дихальних розладів (або респіраторного дистрес-синдрому) є одним з важливих медичних показників результативності системи охорони здоров'я, який вносить найбільший вклад в захворюваність і смертність недоношених новонароджених, особливо в країнах з обмеженими ресурсами, де утруднений доступ до таких дорогих втручань як сурфактантна терапія та штучна вентиляція легенів.

Концентрація ресурсів, яка забезпечується в рамках запропонованої інтегрованої системи організації перинатальної допомоги за рахунок регіоналізації акушерської допомоги та чіткої маршрутизації пацієнтів, дозволяє підвищити доступність адекватного лікування недоношених новонароджених (застосування сурфактанту та штучної вентиляції легень), число яких збільшилося починаючи з 2007 р. після запровадження Україною міжнародних критеріїв живонародженості. Особливо наглядною є динаміка показників смертності новонароджених від синдрому дихальних розладів за період 2008-2013 рр., коли цей показник в регіоні зменшився у 8 разів (з 1,58% до 0,2%) і в 2013р. був у 1,6 рази нижчим порівняно з Україною (0,32%) – рис. 6.

Однією з провідних причин материнської смертності є акушерські кровотечі, які у третьому або в ранньому післяпологовому періоді звичайно складають 2-5% від загального числа пологів і вважаються тяжким ускладненням. Щорічно від післяпологових кровотеч у світі гине до 125000 породіль, а з тих жінок, яким вдається зберегти життя, багато позбавляються подальшої репродуктивної функції внаслідок радикальних операцій (видалення

матки). Впровадження в рамках інтегрованої системи перинатальної допомоги доведено ефективної перинатальної технології активного ведення третього періоду пологів, сприяло зменшенню частоти масивних кровотеч в 1,9 рази (з 6,8 в 2004р. до 3,6 на 1000 пологів в 2013р.; $r = -0,93$; $p < 0,001$) і частоти видалених через післяпологові кровотечі маток в (з 44% до 25,5% відповідно; $r = -0,72$; $p < 0,05$) – рис. 7.

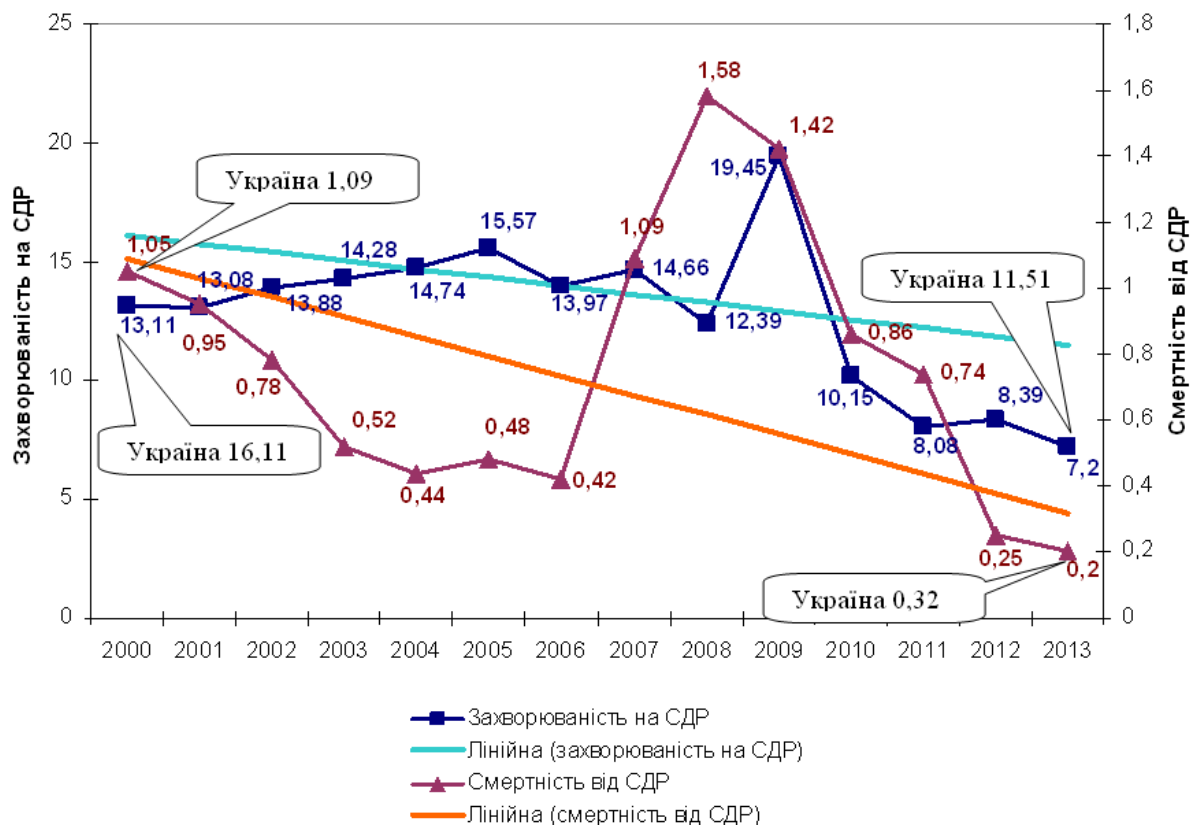


Рис. 6. Динаміка захворюваності та смертності немовлят з синдромом дихальних розладів в Дніпропетровській області, 2000-2013 роки

Примітка. Побудовано за даними Центру медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України.

В якості індикаторів соціальної ефективності були використані показники перинатальної, малюкової і материнської смертності та захворюваності новонароджених. За період провадження системи рівень перинатальної смертності зменшився у 3,1 рази (з 31,0 до 10,0 на 1000 новонароджених) і практично зрівнявся з загальнонаціональним показником (9,1 в 2013р.); захворюваність новонароджених знизилася в 2,2 рази (з 297,2 до 133 на 1000 новонароджених) і виявила високий кореляційний зв'язок ($r = 0,98$, $p < 0,001$) зі

зменшенням питомої ваги ускладнених пологів (з 68,93% до 34,55%, в 2,9 рази)

- рис. 8.

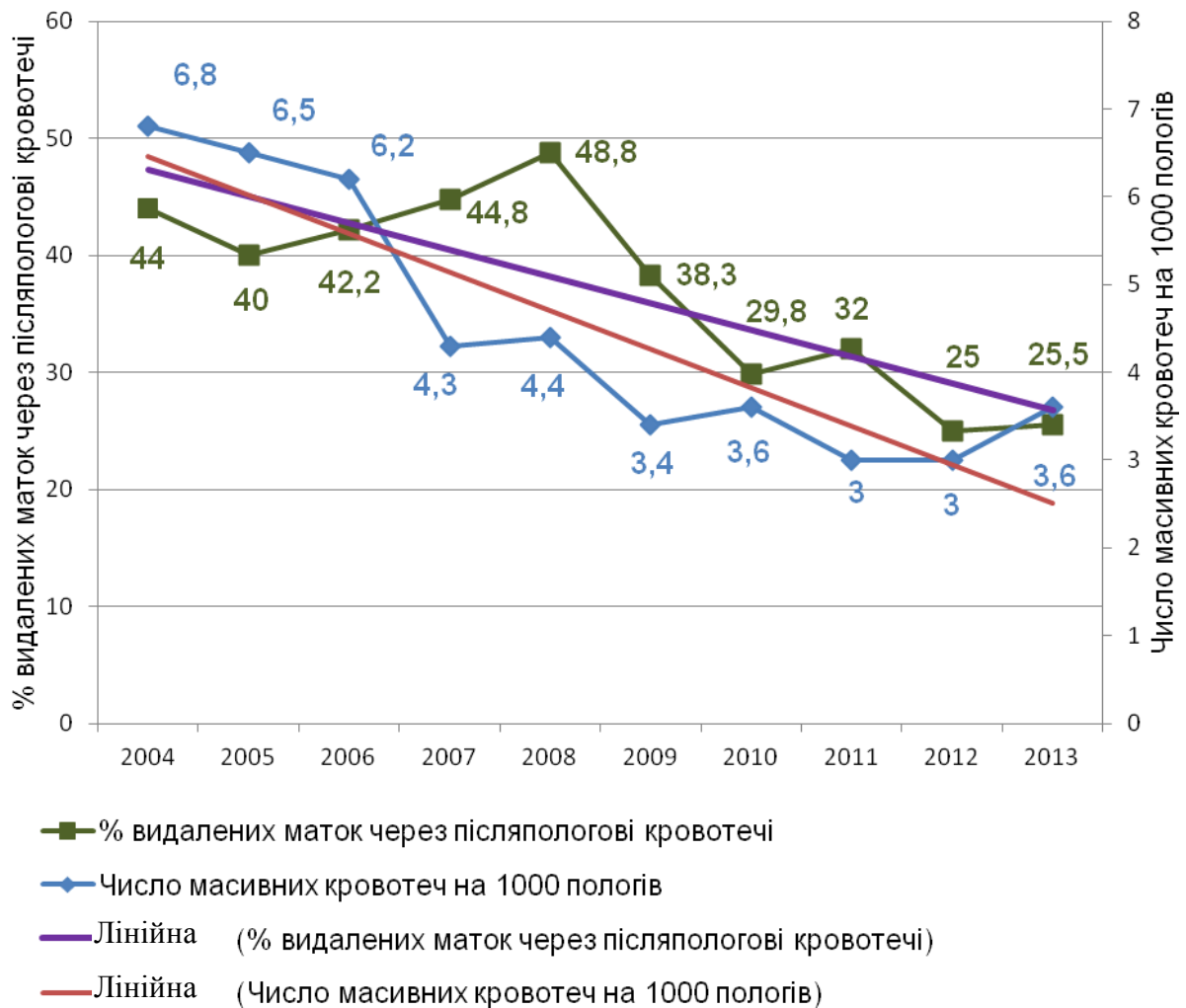


Рис. 7. Динаміка частоти масивних післяпологових кровотеч та видалених внаслідок цього ускладнення маток

Примітка. Побудовано за даними Центру медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України.

Соціальна ефективність запропонованої системи підтверджується також стійкою позитивною динамікою індикаторних показників здоров'я населення, що контролюються переважно системою охорони здоров'я: малюкової та материнської смертності. З 2001р. рівень малюкової смертності знизився в 1,7 рази (з 12,9‰ до 7,6‰) і в останні роки став нижче загальноукраїнського показника (7,9‰); материнська смертність також має тренд до зменшення (рис. 9).

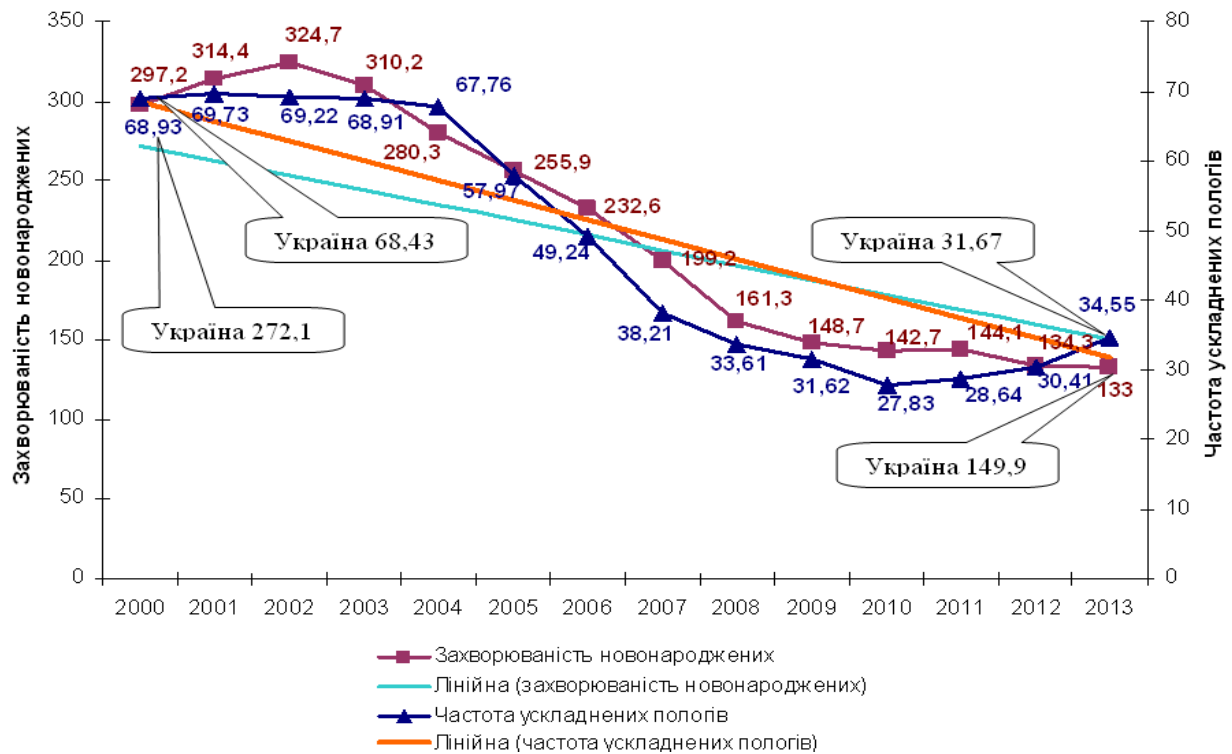


Рис. 8. Частота ускладнених пологів та захворюваність новонароджених в Дніпропетровській області в 2000-2013 рр.

Примітка. Побудовано за даними Центру медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України.

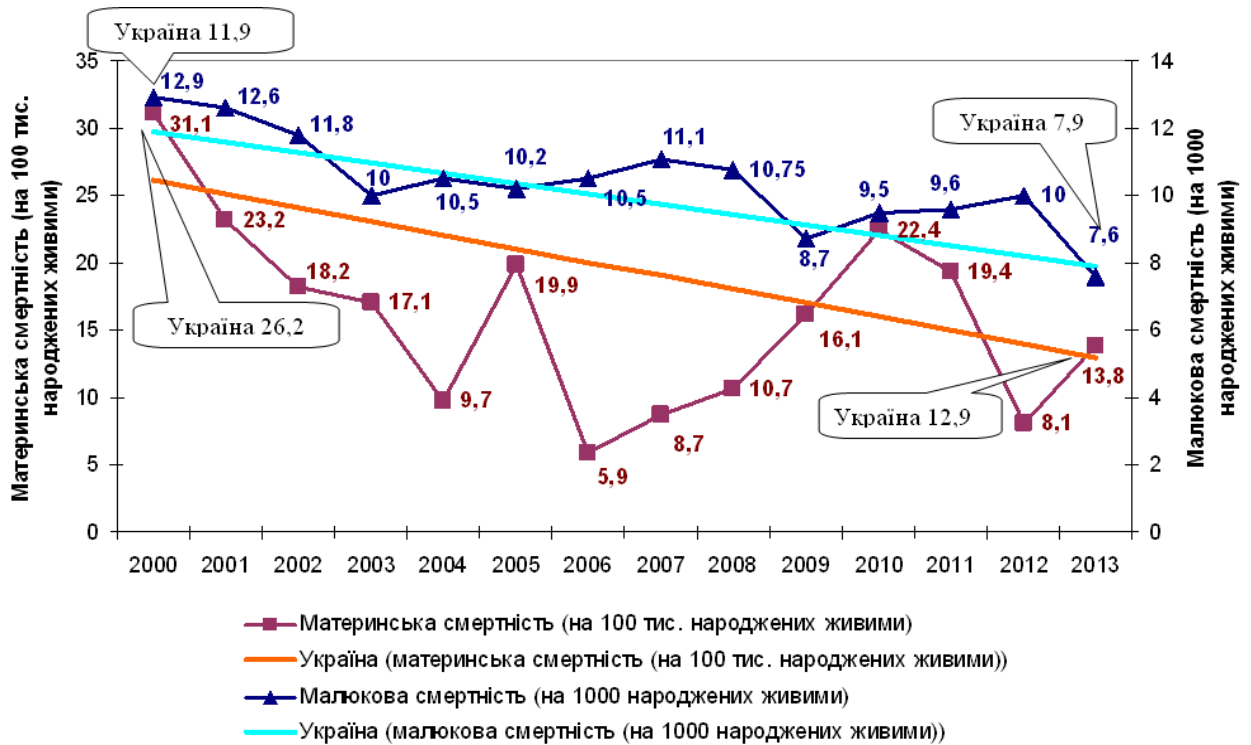


Рис. 9. Динаміка малюкової та материнської смертності в Дніпропетровській області (2000-2013 рр.)

Прямий економічний ефект від запровадження інтегрованої системи організації перинатальної допомоги формується за рахунок економії витрат: на оплату праці вивільненого в процесі перетворень персоналу; на медикаменти, перев'язувальні матеріали і харчування пацієнтів та оплату комунальних послуг.

За період 2000-2013 років реорганізації було піддано родопомічні структури 27 закладів охорони здоров'я вторинного рівня. З загального числа цих підрозділів були виведені з експлуатації 18 пологових відділень. В інших 9 закладах ліжковий фонд акушерських підрозділів був скорочений на 10-30 ліжок. В зв'язку з перетвореннями було вивільнено 323 штатні посади (в тому числі 38,25 лікарів, 144 середнього, 134,75 молодшого медичного персоналу та 6 - немедичного персоналу), кількість виведених з експлуатації ліжок акушерського профілю за період перетворень сягнула 448.

Загальний щорічний обсяг економії бюджетних коштів на рік, представлений в таблиці 5, досягнув в 2013 р. порівняно з 2000 р. 13 066,95 тис. грн., що становило 15,8% від загального фонду бюджетних коштів, виділеного на утримання родопомічних закладів та підрозділів області.

Таблиця 5

Загальний щорічний обсяг економії бюджетних коштів внаслідок реорганізації родопомічної допомоги в Дніпропетровській області

Тип витрат	Щорічний обсяг економії, тис. грн..
Заробітна плата	10428,65
Медикаменти та перев'язувальні матеріали	1854,72
Харчування пацієнтів	721,28
Комунальні послуги та енергоносії	62,30
Всього	13066,95

Застосування після додаткового опрацювання таких елементів як: мотивуюча оплати медичного персоналу з колективною відповідальністю за результати роботи, наскрізних клінічних протоколів дозволить наростити позитивний ефект від запровадження інтегрованої системи організації перинатальної допомоги.

Висновки

Модель інтегрованої медичної допомоги в Україні обґрунтовано та розроблено на підставі даних щодо негативного впливу фрагментованості медичної допомоги на показники здоров'я населення та спираючись на доказові принципи інтеграції медичної допомоги.

Запропонована інноваційна технологія інтеграції медичної допомоги в системі охорони здоров'я України та в її окремих медичних службах дозволяє забезпечити комплексність, координованість, наступність та безперервність медичної допомоги, що в результаті відіб'ється на підвищенні якості медичних послуг та ефективності галузі.

Результати проведеного на підставі впровадження моделі інтеграції медичної допомоги дослідження відносяться до одного з пріоритетних напрямків сфери охорони здоров'я України, оскільки дозволяють подолати такий серйозний виклик для системи управління охороною здоров'я країни, як дезінтегрованість діяльності медичних служб.

Позитивний ефект від впровадження запропонованої інноваційної технології – інтеграції медичної допомоги - полягає в тому, що впровадження її на регіональному рівні для окремих служб охорони здоров'я, як запропоновано в наведеному дослідженні, дозволяє підвищити загальну структурну ефективність системи, залучити первинну ланку до охорони репродуктивного здоров'я; істотно поліпшити якість медичного обслуговування, досягти високого рівня задоволеності всіх учасників лікувально-діагностичного процесу (пацієнтів, медичного персоналу, організаторів охорони здоров'я) медичним обслуговуванням в інтегрованій системі організації медичної допомоги, а також підвищити медичну, соціальну та економічну ефективність окремих служб та в цілому галузі охорони здоров'я.

Медико-соціальне значення запропонованої технології полягає в покращенні показників здоров'я населення. Так, за період впровадження на регіональному рівні інтегрованої системи перинатальної допомоги в області зменшилися: смертність новонароджених від синдрому дихальних розладів у 8 разів (з 1,58% до 0,2%), яка в 2013 р. була у 1,6 рази нижчою порівняно з

Україною (0,32%); частота масивних кровотеч і видалених через післяпологові кровотечі маток в 1,9-1,7 разів відповідно; перинатальна та малюкова смертність у 3,1 та 1,7 рази.

Економічна ефективність запропонованої інноваційної технології полягає в економії коштів системи охорони здоров'я (загальний щорічний обсяг економії внаслідок впровадження інтегрованої системи перинатальної допомоги сягає 15,8% від загального фонду бюджетних коштів, виділеного на утримання родопомічних закладів та підрозділів області) на фоні підвищення якості медичного обслуговування пацієнтів - породіль і новонароджених.

Перелік рекомендованої літератури

1. Гінзбург В.Г. Аналітичний огляд розбудови регіональних систем охорони здоров'я. Дніпропетровська область / В.Г. Гінзбург, П.М. Лисенко // Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2011 рік / за ред. Р. В. Богатирьової. – К., 2012. – С. 297-310.
2. Гінзбург В.Г. Вплив регіоналізації стаціонарної акушерської допомоги на якість медичного обслуговування породіль та новонароджених / В.Г. Гінзбург // Україна. Здоров'я нації. - 2012. - №4 (24). - С. 90-94.
3. Гінзбург В.Г. Дніпропетровська область / В.Г. Гінзбург // Реформування галузі охорони здоров'я: Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська області, м. Київ. Результати, проблеми, шляхи вирішення. - К. : МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України», Міжрегіональний видавничий центр «Медінформ», 2014. –С. 32-53.
4. Гінзбург В.Г. Результати регіоналізації перинатальної допомоги в Дніпропетровській області / В.Г. Гінзбург // Україна. Здоров'я нації. - 2012. - №2-3 (22-23). - С. 27-31.
5. Гінзбург В.Г. Структурна перебудова системи охорони здоров'я на регіональному рівні: досягнення та завдання / В.Г. Гінзбург // Медичні перспективи. – 2010. - Т. XV, №4. – С. 137-143.
6. Гінзбург В.Г. Характеристика реалізації стратегічних завдань з оптимізації системи охорони здоров'я України в 2013 році. Аналіз ходу реформування сфери охорони здоров'я в пілотних регіонах. Дніпропетровська область / В.Г. Гінзбург // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідеміологічну ситуацію та результати діяльності систем охорони здоров'я України. 2013 рік / за ред. О.С. Мусія. – К., 2014. –С. 201 – 210.
7. Гінзбург В.Г. Якість медичної допомоги породіллям і новонародженим в акушерських стаціонарах після проведення організаційного експерименту / В.Г. Гінзбург // Здоровье женщины. - 2011. - №9 (65). - С. 16-21.
8. Гінзбург В.Г. Якість медичної допомоги в акушерських стаціонарах очима пацієнтів / В.Г. Гінзбург // Медичні перспективи. – 2010. - Т. XV, №3. – С. 103-111.

9. Донець В. Є. Обґрунтування моделі системи перинатальної допомоги на регіональному рівні: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.02.03. «Соціальна медицина» / В.Є. Донець. – К., 2013. – 29 с.
10. Досвід розбудови регіональних систем охорони здоров'я: Дніпропетровська область / В.Г. Гінзбург, В.М. Лехан, Я.С. Березницький [та ін.] // Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2009 рік / за ред. З.М. Митника / – К., 2010. – С. 254-268. Національні підходи до впровадження системи регіоналізації перинатальної допомоги в Україні (практичні настанови) / за ред. Р.О. Моїсеєнко. - Міністерство охорони здоров'я України, 2012. – 111 с.
11. Лехан В.М. Аналіз задоволеності медичного персоналу якістю медичного обслуговування в акушерських стаціонарах / В.М. Лехан, В.Г. Гінзбург // Україна. Здоров'я нації. - 2010. - №3 (15). - С. 124-133. Лехан В.М. Задоволеність організаторів охорони здоров'я організацією діяльності акушерських стаціонарів (результати соціологічного дослідження) / В.М. Лехан, В.Г. Гінзбург // Україна. Здоров'я нації. - 2010. - №4 (16). - С. 47-54.
12. Лехан В.М. Вивчення експертної думки щодо шляхів перетворень в системі надання допомоги пацієнтам з ВІЛ-інфекцією в рамках започаткованих реформ, спрямованих на зміцнення системи охорони здоров'я в Україні / В.М. Лехан, А.П. Гук, М.В. Шевченко. - К.: Вид-во Раєвського, 2014. - 62 с.
13. Лехан В.М. Досвід регіоналізації перинатальної допомоги в Дніпропетровській області / В.М. Лехан, В.Г. Гінзбург, С.С. Росточило // Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2011 рік / за ред. Р.В. Богатирьової. – К., 2012. – С. 184-197.
14. Лехан В.М. Медико-соціальне обґрунтування, розробка та впровадження інтегрованої системи організації перинатальної допомоги / В.М. Лехан, В.Г. Гінзбург // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Вип. 4, Т. 4 (116). – С. 277-282.
15. Людський ресурс - важливий резерв підвищення якості медичної допомоги / В.Г. Гінзбург, Т.М. Полішко, О.В. Лугова, О.К. Саусь, В.О.

Татаровський // Запорозький медичинський журнал. - 2014.- Т. 13, №2. - С. 68-72.

16. Модернізація вторинної медичної допомоги – шлях до підвищення ефективності охорони здоров'я / В.М. Лехан, В.Г. Гінзбург, Л.В. Крячкова, Е.В. Борвінко // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Вип. 3, Т. 1 (110). – С. 201-205.

17. Нова модель надання первинної медико-санітарної допомоги – досвід пілотних регіонів / В.М. Лехан, В.Г. Гінзбург, Л.В. Крячкова, М.В. Шевченко // Wiadomosci Lekarskie. – 2014. - Tom LXVII, №2. - С. 210-214.

18. Новая европейская политика здравоохранения «Здоровье – 2020» [Электронный ресурс] / ЕРБ ВОЗ Европейский региональный комитет. Шестьдесят первая сессия. (Баку, Азербайджан, 12–15 сентября 2011 г.). - EUR/RC61/Inf.Doc./4. - Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/149060/RC61_rInfDoc4.pdf. - Назва з екрану.

19. Порівняльна характеристика якості медичної допомоги породіллям і новонародженим до та після проведення організаційного експерименту з комплексної реорганізації акушерської служби / В.М. Лехан, В.Г. Гінзбург, В.В. Михайлова, К. Каїра // Україна. Здоров'я нації. - 2011. - №4 (20). - С. 117-122.

20. Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния в контексте политики Здоровье-2020: реализация положений Таллиннской хартии 2008 EUR/RC64/9 140462 (г. Таллинн, Эстония, 17–18 октября 2013 г.) / Европейское региональное бюро ВОЗ. Европейский региональный комитет Шестьдесят четвертая сессия. - Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ: 2014 г. – 4 с.

21. Шевский В.И. Проблемы формирования интегрированной системы здравоохранения / В.И. Шевский, И.М. Шейман // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2013. – №3. – С. 24-44.

22. Ham C. Payment systems and incentives to support integrated care. 11 April 2013. [Электронный ресурс] / C. Ham. The King's Fund. – 22 p. Режим доступа : <http://www.integratedcarefoundation.org>

https://www.google.com.ua/?gfe_rd=cr&ei=Nq74U9P4Dsyk8weg3YCwBA&gws_rd=ssl#q=Ham+C.+Payment+systems+and+incentives+to+support+integrated+care+

— Назва з екрану.

23. Rice J. Integrated care delivery models: insights from USA and Europe / J. Rice // Seminar at Research University- High School of Economics, 27 June, 2011. – Brussels, 2011. – 26 p.

24. Towards people - centred health systems: an innovative approach for better health outcomes / WHO Regional Office for Europe. – Copenhagen : WHO, 2013. – 34 p.