

В.М. САМОХОДСЬКИЙ

ОБҐРУНТУВАННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ТА МЕДИКО-ЕКОНОМІЧНИХ СТАНДАРТІВ НА ОСНОВІ НАТУРНОГО ЕКСПЕРИМЕНТУ ДЛЯ СТАРТУ ПЕРШИХ ЕТАПІВ БЮДЖЕТНО-СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ

*Кропивницький філіал Донецького національного медичного університету
МОЗ України*

Цикл лекцій на тему "Обґрунтування інноваційних організаційних та медико-економічних стандартів на основі натурального експерименту для старту бюджетно-страхової медицини в Україні" розроблено на основі докторської дисертації автора "Наукове обґрунтування медико-економічних механізмів управління оториноларингологічної служби на етапі переходу до бюджетно-страхової медицини" (1994 р.), монографій "Больница страховой медицины. Натурный эксперимент/организационные, медико-экономические и правовые механизмы" (2004 р.), "Обґрунтування алгоритму організаційних і медико-економічних стандартів як інструменту технології діагностично-лікувального менеджменту в ЗОЗ трьох рівнів медичного округу. Проект" (2020 р.) та низки опублікованих автором наукових статей.

Епіграф

"Для того, щоб входження в бюджетно-страхову медицину не відбулося, як стрибок у невідомість, треба інші критерії та стандарти у розвитку системи охорони здоров'я в усіх її ланках".

*(Із докторської дисертації
В.М. Самоходського)*

Передмова

По великому рахунку, здоров'я громадян України – це одне із явищ суспільного життя, в якому мають концентруватись усі законодавчі та виконавчі ініціативи державної влади, якщо вона дійсно прагне забезпечити своїм мешканцям реальний добробут і високий життєвий рівень. "Важко сьогодні назвати якісь сфери життя нашого суспільства, де б помилки соціалістичної системи проявлялися більш негативно, ніж у медицині" [36]. Як відомо, в теперішній час проблеми системи охорони здоров'я України досягли такої гостроти, що необхідність у радикальних змінах її організаційної структури, економіки, планування і фінансування очевидна. "Сучасний стан охорони здоров'я України характеризується, з одного боку, ростом захворюваності; більш низьким, порівнюючи з індустріально розвинутими країнами, показниками тривалості життя, падінням престижу здорового образу життя в сучасній свідомості, з другого – недостатнім фінансуванням та ресурсним забез-

печенням, неефективною якістю медичної допомоги" [124, 127].

Що стосується владних структур, то, як і у всіх цивілізованих країнах, Президент, Верховна Рада та Уряд не можуть не розуміти, що неможливо досягти могутності держави, якщо не знаходяться способи приборкати зростання захворюваності та створити умови для охорони здоров'я кожного громадянина України, від КПД якого залежить духовне здоров'я Нації та економічна могутність держави. "Можна стверджувати, що стан системи охорони здоров'я не забезпечує економічних умов простого природнього відтворення. В силу цього державна влада повинна нести відповідальність не стільки за діяльність по збереженню та укріпленню здоров'я, скільки за результати такої роботи" [148].

У відповідності з "Основами законодавства про охорону здоров'я" (1992 р.), базисом медичного обслуговування населення України є первинна медико-санітарна допомога (ПМСД),

яка представлена сімейними лікарями (СЛ). Головним об'єктом для реалізації наших науково обґрунтованих організаційно-економічних стандартів вибрана саме амбулаторія сімейної медицини (АСМ), яка є першим ланцюгом, найменшою функціональною одиницею в структурі регіональної охорони здоров'я і виконує найважливішу роль, оскільки потенційний пацієнт має найкоротший доступ до кваліфікованої медичної допомоги. Сімейний лікар у цій системі наділений правом фондоутримувача, який розподіляє фінансові ресурси в розрахунку на кожного мешканця в межах конкретної території і несе відповідальність за стан здоров'я чіткої, визначеної МОЗ України кількості мешканців.

Рекомендовані матеріали пропонуються щодо "вузького" сектора системи охорони здоров'я – первинного, вторинного і третинного рівнів госпітального округу з використанням принципу "знизу-вгору", тобто від рівня сімейного лікаря. Це не суперечить програмі реформування МОЗ, яка вже прийнята Верховною Радою, а лише доповнює її.

Саме тут найдоцільніше довести можливість реалізації радикальних змін шляхом професійного менеджменту в процесі оздоровлення кожного мешканця із зони відповідальності СЛ за маршрутом – АСМ (перший рівень), ЗОЗ другого і третього рівнів госпітального округу. На кожному із названих етапів, імплементуючи нашу інноваційну організаційно-економічну технологію, можливо якісно вирішувати проблеми загального стану здоров'я (профогляди), виліковувати перші прояви захворювань, а хворих із більш складною патологією скеровувати до фахівців другого та третього рівнів госпітального округу.

Рекомендовані нами організаційно-економічні стандарти, критерії і нормативи можуть суттєво доповнити існуючу програму реформування системи охорони здоров'я МОЗ України, а також можуть бути використані з одночасним проведенням так званого "натурного експерименту" [126, 127] для обґрунтування в "польових" умовах усіх наших організаційних передумов, в тому числі і 30 медико-економічних стандартів, як підготовчого етапу до старту нашої національної бюджетно-страхової медицини.

На основі 59-річного досвіду моєї практичної роботи, зокрема як головного отоларинголога області, коли особисто часто виїздив у ЦМЛ, ЦРЛ, дільничні лікарні та ФАПи з метою експертних перевірок, і кожного разу аналізуючи, приходив до розуміння існуючих багаточисельних організаційних диспропорцій в роботі ЛОР-лікаря. Оскільки базові принципи прове-

дення профілактичних оглядів, диспансеризації, амбулаторного та стаціонарного лікування є в принципі загальними щодо усіх профільних захворювань, то мої основні висновки щодо вказаних диспропорцій, спробую сформулювати у вигляді декількох пунктів.

Найхарактерніші організаційні диспропорції

1. Відсутність науково обґрунтованої методики визначення необхідного обсягу медичної роботи, наприклад, в ЦРЛ по відношенню до чисельності прикріплених пацієнтів, рамам робочого часу лікаря, його фізичним і професійним можливостям по множинній базі захворювань і невизначеному множинному перебігу захворювань.

2. В регіональних ЦМЛ і ЦРЛ, де відповідно до штатного розпису передбачена, наприклад, одна ставка лікаря (отоларинголог, окуліст тощо), неможливо якісно прийняти хворих в день їх звернення по причині необхідності вказаним лікарям виконувати профогляди та працювати у військоматах за межами ЗОЗ.

3. Знищення (так звана "реформа" У. Супрун!) принципів формування диспансерних категорій хворих після проведення вторинної профілактики, які існували раніше, і необхідність відновлення та удосконалення цієї роботи в ЗОЗ регіонів.

4. Необхідність виконання стандартів якості діагностики та лікування і відсутність науково обґрунтованої методики визначення нормативних і понаднормативних працевитрат лікарського персоналу у відповідності з об'ємом і якістю медичної роботи.

5. Необхідність виконання принципу обов'язкового прийому хворих в день їх звернення в ЗОЗ, і неможливість їх прийому у відповідності з науково обґрунтованими нормативами та з урахуванням ступенів складності захворювань.

6. Колосальний об'єм роботи в розділі обліку та оздоровлення диспансерної категорії хворих у ЗОЗ і відсутність на другому та третьому рівні госпітального округу умов для їх якісного, в т.ч. хірургічного, оздоровлення в зв'язку з недостатньою кількістю і кваліфікацією відповідних фахівців.

7. Відсутність у нашій системі охорони здоров'я науково обґрунтованого розподілу захворювань на клініко-статистичні групи (КСГ), діагностично споріднені групи (ДСГ), ступені складності захворювань та хірургічних втручань і необхідність їх визначення та практичного використання в межах ЗОЗ трьох рівнів регіону.

8. Невідкладне усунення науково необґрунтованої так званої "оптимізації" (як наслідок "реформи" У. Супрун!) – скорочення ліжкового фонду ЗОЗ усіх рівнів, внаслідок чого, наприклад, у ЛОР-відділеннях обласних лікарень виконано скорочення з 60 до 15 ліжок, що практично не дозволяє охопити радикальною, в т.ч. складною хірургічною допомогою навіть ургентних хворих, не кажучи вже про іншу складну патологію, яка може бути вилікована у обласних лікарнях госпітального округу.

У нашому "Проекті" інноваційні механізми та їх реалізація продемонстровані на прикладі тільки отоларингологічної служби. Алгоритм їх застосування доцільно розглядати як технологічну матрицю, яка є придатною для аналогічного використання лікарями інших фахів (хірургія, терапія тощо).

Для усунення відзначених вище існуючих диспропорцій "надзвичайно важливо відпрацювати в Україні перехідний механізм від соціалістичної системи охорони здоров'я до системи медичного страхування населення" [126].

Впровадження медичного страхування в теорію і практику вітчизняної охорони здоров'я відбувається у важких умовах, які пов'язані з критичною соціально-економічною ситуацією в Україні. "Аналіз актуальних проблем нашої охорони здоров'я свідчать про те, що діючі сьогодні форми і методи організації медичної допомоги майже вичерпали свої можливості. Використовуючи їх, неможливо ліквідувати прогресуючу кризу у відомстві. В зв'язку з чим, тільки поступовий перехід усіх медичних служб регіонів України (областей, міст, районів) на систему страхової медицини дозволяє докорінно перебудувати її, досягти зацікавленості медичного персоналу у результатах своєї праці. На жаль, сьогодні ми не бачимо науково обґрунтованих концепцій системи страхової медицини, таких теорій, які би враховували різноманіття реальних умов і об'єктивних факторів характерних для різних медичних фахів" [88].

Оскільки, за даними професора Ю.В. Вороненка [12], "у вітчизняній медичній галузі стандарти організаційних технологій не запроваджені і має місце недосконалість нормативно-правової бази", то вперше в Україні нами розпочата спроба в межах такого регіону як область на прикладі оториноларингологічної служби провести дослідження, використовуючи свої багаточисельні наукові публікації (докторська дисертація [103], монографії [105, 119], наукові статті), щодо можливості практичної реалізації наших організаційних і медико-економічних стандартів, критеріїв та нормативів у діагностично-лікувальній роботі для початку в межах

одної із амбулаторій сімейної медицини (АСМ), де МОЗ України офіційно регламентувало відповідальність СЛ за якісне обслуговування 1800-2000 мешканців в основних розділах роботи практичних лікарів – профілактичних оглядах, диспансеризації, амбулаторного і стаціонарного лікування, в т.ч. і в ЗОЗ другого та третього рівнів госпітального округу.

Вибір проведення такого пілотного проекту не випадковий. Оскільки тепер усі мікрорегіони системи охорони здоров'я України розподілені на АСМ, а це найменші функціональні структури, то, по-перше, кошторис проведення нашого пілоту буде найменшим порівняно з аналогічними, по-друге, позитивні результати дослідження можливо розтиражувати на сотні АСМ країни.

Для досягнення мети необхідно вирішити такі задачі.

1. В процесі реформування однієї із медичних служб – оториноларингологічної – визначити доцільність використання рекомендованих нами організаційних, медико-економічних нормативів та критеріїв, необхідних для аналізу та оцінки її діяльності.

2. Запропонувати і реалізувати механізм розподілу ЛОР-захворювань на КСГ, ДСГ, ступені складності хвороб та хірургічних втручань і на їх основі таку ж роботу виконати в усіх інших клінічних спеціальностях.

3. На основі вищесказаного розробити методику показника коефіцієнта персональної діяльності (КПД) кожного нашого лікаря.

4. Розробити та обґрунтувати механізм планування реальних об'ємів роботи, тобто в межах реального варіанту оптимальної моделі [106, 108] для кожного лікаря у вищезазначених основних розділах профілактичної та діагностично-лікувальної роботи.

5. Розробити та обґрунтувати механізм бальної оцінки роботи лікаря, в т.ч. інтенсивності його робочого навантаження на амбулаторному прийомі і стаціонарному лікуванні, включаючи ступінь складності хірургічних втручань.

6. Розробити механізм визначення реального рівня працевитрат лікаря в процесі амбулаторного прийому та стаціонарного лікування, в т.ч. нормативних і понаднормативних.

7. Розробити методику калькуляції і вартості оптимального процесу обстеження і лікування на прикладі ЛОР-захворювань у відповідності із визначеними КСГ, ДСГ, ступеню складності захворювань і хірургічних втручань, що дозволить розрахувати не тільки об'єм і реальну вартість працевитрат останніх, але й обґрунтовані затрати на процес обстеження і лікування пацієнтів.

8. Розробити і обґрунтувати стандарти можливих ускладнень та наслідків захворювань і хірургічних втручань, зокрема для клінічних відділів страхових компаній та економічних підрозділів ЗОЗ.

Таким чином, мета і задачі наших рекомендацій на прикладі ЛОР- служби регіону, їх теоретична і практична доцільність обумовлюється необхідністю інноваційного радикального реформування основних розділів роботи практичного лікаря в царині профілактичних оглядів, диспансеризації, амбулаторного та стаціонарного оздоровлення населення в плані максимального використання наших стандартів в процесі старту перших етапів національної системи бюджетно-страхової медицини.

На основі вищезазначеного:

Ідеологія старту нашої системи страхової медицини – це відмова від проявів радянської

системи охорони здоров'я, як контрпродуктивної і декларативної, яка в умовах запровадження медичного страхування і елементів ринково-економічних відносин у охороні здоров'я є **неприйнятною**.

Стратегія – імплементація науково обґрунтованих інновацій в роботу практичних лікарів, яка на порядок-два дозволила би підвищити якість оздоровлення нашого населення.

Тактика – запровадження нових організаційно-економічних стандартів, критеріїв і нормативів для максимально ефективного оздоровлення населення в рамках рекомендацій пілотного проекту та натурального експерименту у зоні відповідальності сімейного лікаря шляхом реалізації інновацій на маршруті хворого – амбулаторія сімейної медицини, другого та третього рівня закладу охорони здоров'я госпітального округу.

1. Страхова медицина як система організації медичного забезпечення населення

Світове цивілізоване товариство на сьогоднішній день сформувало три основні форми організації медичного забезпечення населення або, як прийнято називати, три основних системи охорони здоров'я: державну, платну і страхову.

Страхова медицина – це історична категорія. В країнах її класичного розвитку, наприклад, у Германії, страхові закони були введені ще в 1883 р. В інших країнах Європи страхові закони були видані: в Австрії – в 1887 р., Іспанії – в 1890 р., Бельгії – в 1891 р., Норвегії – в 1894 р., Фінляндії – в 1895 р., Швеції – в 1898 р., Франції – в 1910 р. [69].

У Росії перший закон про страхування на випадок хвороби чи нещасного випадку вийшов у 1912 р. [32]. Страхові закони 1912 р. при їх впровадженні дали лікарняним касам великий організаційний досвід в справі боротьби за права трудящих в царині соціального страхування.

Новела Тимчасової влади 25 липня 1917 р. була другим дуже важливим етапом по врегулюванню взаємовідносин робочих та роботодавців в царині соціального страхування. Коло осіб, що підлягали страхуванню, було значно розширено, внески робітників та роботодавців вирівняні, право самоуправління кас розширено, право організації лікарських приміщень робітникам представлено касам незалежно від бажання роботодавців. Але фінансова база лікарських кас залишалася малоістотною, сама держава своїх внесків не дала [Л.П. Рохліна, 1920].

Після Жовтневої революції у 1918 р. відбулося об'єднання лікарняних кас в загальномі-

ську касу Петрограду. Усі свої розрахунки каси проводили на основі даних медичної статистики. Об'єм лікарської ліжкової допомоги визначався із розрахунку – одне ліжко на кожні 100 робітників (членів каси), та одне ліжко – на 150 членів їх сімей. Один лікар обслуговував 25 ліжок. За півтора року своєї діяльності робоча каса відкрила 49 крупних медичних закладів і 100 лікарських пунктів, які охоплювали всі райони Петрограду. У кінці 1918 р. в загальноміській касі Петрограду працювало 500 лікарів, 159 медичних сестер та фельдшерів, низка відомих професорів та інших спеціалістів [41].

З початку січня 1918 р. лікарняна каса була організована в Архангельську. Вона об'єднала 7046 робочих 22 заводів (Бюлетень НКТ, 1918). У 1921 р. з переходом держави від військового комунізму до нової економічної політики система соціального страхування в державі суттєво змінюється. 15 листопада 1921 р. СНК РСФСР видав Постанову "Про соціальне страхування осіб, які зайняті найманою працею". У ньому вказувалось, що "назначення або стягнення страхових внесків, а також і розпорядження страховими фондами сконцентровувались у Народному Комісаріаті соціального забезпечення. Ці фонди твердо бронюються на потреби робітників та службовців без права витрати їх на інші потреби" [32]. В 1940 р. на всій території СРСР була введена безкоштовна медична допомога для усіх трудящих, лікарняні каси були ліквідовані [3].

У більшості країн західної Європи у 1983р. медичне страхування охопило більш ніж 90%

населення. Із соціальних фондів у Швеції, наприклад, покривається 91% витрат на медичне обслуговування, в Італії – 87%, Англії – 86%, Німеччині – 78%, в Канаді – 76% [P. Vayda]. Відомо, що для країн з переважно державною системою охорони здоров'я (Англія, Ірландія, Данія) допомога, яка надається медичними закладами та приватними лікарями спрямовується із державного бюджету і охоплює все населення (Ch. Altensteter, 1990). На відміну від державної, система соціального страхування фінансується, окрім бюджету, за рахунок стягування з податків та доходів підприємців, заробітної плати робітників, а також із загальних та цільових надходжень в бюджет держави. Зиск тут обоюдний: робітники можуть розраховувати на гарантовану медичну допомогу, підприємці – на більш продуктивну робочу силу, держава – на здорове суспільство. У Канаді, наприклад, населення добровільно платить податок на здоров'я. Подібна система фінансування характерна для охорони здоров'я Німеччини, Франції, Бельгії, Японії, Австралії та ін. [69].

Державна і страхова медицина вирішують в принципі спільні задачі – максимального задоволення потреби у медичних послугах, в першу чергу – соціально пріоритетних прошарків населення. Однак в цілому в країнах з державними системами фінансування охорона здоров'я більш бідніша, оскільки залежить головним чином від державного бюджету (А. Мейнард, 1991).

Існують і різні форми виплат. Часто страхова сума відрховується медичному закладу чи лікарю після надання допомоги по рахунку. Інколи частина гонорару (як, наприклад, у Франції) відрховується безпосередньо медикам під час надання допомоги, інколи – після. Не виключені випадки авансового відрхування, оскільки все залежить від конкретних умов контрактів. У всіх випадках створюються страхові фонди, які контролюються не тільки з боку держави, але і місцевими органами влади і представниками адміністрацій, організацій трудящих [69].

Єдиною країною, де переважає платна система медичного обслуговування є США. Тут 90% мешканців обзаводяться послугами приватного медичного страхування, витрачаючи при цьому в середньому 10% свого доходу, і сума страхового внеску знаходиться у прямій залежності від стану здоров'я пацієнта, що є характерною особливістю приватного страхування (N. Laniels, 1991).

У Великій Британії з переважно державною системою фінансування діє національна система охорони здоров'я (НСЗ), послуги якої та ліки після другої світової війни стали безкоштовними. Згодом введена платня за виписку рецеп-

тів, придбання ліків, послуги стоматолога (50%). В середньому пацієнти сплачують 10% від вартості лікування. Доля витрат на охорону здоров'я у цій державі складає тільки 6,2% від ВВП (Исикава Каопу, 1988). На відміну від інших західних країн, тут фінансування медичної допомоги помітно нижче. Воно складає 30% від рівня США та 50% від середнього рівня більшості країн Європи, які мають страхові системи медичного обслуговування (D.P. Rice, 1988). Бюджетне фінансування має механізми, яке вимагає від медиків економити, що не дозволяє придбати та широко використовувати дороговартісне обладнання, нові медичні технології (Р. Йемсен, 1991).

Суттєві недоліки системи бюджетного фінансування і пов'язаної з цим недосконалістю надання медичної допомоги спонукали владу Великої Британії до проведення корінної реформи національної системи охорони здоров'я (НСЗ) (Т. Персонейдж, 1991). Сутність реформи – в підвищенні ефективності надання медичних послуг шляхом усунення комплексу проблем, а саме: використання резервів підвищення ефективності, наближуючи роботу непрофесійних лікарів до рівня найвищих стандартів; ув'язати інформацію відносно діагнозу хвороби пацієнта із адекватною вартістю лікування. Передбачається, що такі зміни підвищать економічну та клінічну ефективність і будуть стимулювати здорову конкуренцію серед лікарів. Суттєвою частиною доходу такої практики складуть виплати за кожного якісно обслугованого пацієнта. Планується покращання системи інформації про потреби у медичному обладнанні, коштах для його поповнення, що веде до більш ефективного розподілу ресурсів і кращого інформування пацієнтів [69]. У Великій Британії кваліфікація лікарів диференціюється на 5 категорій, але приймати приватних пацієнтів має право тільки консультант – лікар вищої категорії. Доходи останніх у три рази перевищують зарплату рядових лікарів (L.J. Hunter, 1991).

Підготовка річного бюджету розпочинається з вивчення демографічної ситуації, витрат на медичні служби, використання медичних технологій. Бюджетний процес включає потребу для реалізації державних програм по охороні здоров'я (скринінг на рак молочної залози, профілактика СНІД та інше). Розраховуються величини фондів, які виділяються на сімейну медицину [69].

Таким чином, загальна мета реформи державної системи охорони здоров'я у Великій Британії складається з того, щоб задіяти переваги здорової конкуренції та ринкових відносин при збереженні традиційних вигід національної системи охорони здоров'я, яка фінансується на

митній основі, а саме – рівноправності, загальнодоступності та контролю витрат, що дає підстави називати цю реформу експериментом в рамках керованих ринків (М. Парсонейж, 1991).

У таких країнах, як Швеція, Фінляндія, Ісландія, Канада медична допомога побудована в основному за принципом соціального страхування, але роль загального державного бюджету тут вища, ніж в країнах, де прийнята традиційна страхова медицина. У Канаді, наприклад, на долю державного бюджету приходиться біля 50% всіх фінансових коштів охорони здоров'я [69]. У Швеції на охорону здоров'я 18% фінансових коштів відраховується державою, 51% – місцевими органами влади, 31% – підприємцями і нічого – малозабезпеченими верствами населення [25].

У Фінляндії виробники медичних послуг одержують значні субсидії від держави. Обсяг останніх в основному залежить від добробуту муніципалітетів, у яких проживають пацієнти. Субсидії виділяються безпосередньо госпіталям та оздоровчим центрам, котрі виставляють рахунків на чисті затрати муніципалітетам. Передбачається, що вільна оплата всіх витрат і можливість забезпечити безоплатними послугами всіх муніципалітетів держави буде стимулювати конкуренцію стаціонарів. Більш того, вважається, що вартість та якість стануть рішучими факторами у конкуренції (М. Пекурінен, 1991).

В умовах функціонування страхової медицини підприємці зацікавлені в тому, щоб потреба у відновленні здоров'я була нижча, щоб робітники менше піддавались несприятливим умовам виробництва. Тут вступає в силу механізм, при якому покращання умов праці і реалізація економічних проектів сприяє зменшенню фінансування страхової медицини. Співвідношення витрат і вигід чинить психологічний вплив і на робітника. Вони починають відчувати на собі витрати на медичну допомогу, розуміють економічну цінність здоров'я, що заставляє вести здоровий спосіб життя та займатися профілактикою можливих захворювань [25].

До особливостей, які притаманні Німеччині, є те, що бюджет федерації і земель бере на себе медичне обслуговування малозабезпечених верств населення. Оплата медичної допомоги громадянам Німеччини здійснюється з таких джерел: митний бюджет федерації і земель складає 13,3%, обов'язкове страхування робітників – цільове відрахування із зарплати – 46,3%, відрахування підприємців у страховий фонд – 15,6%, пенсійні фонди – 8,4%, страхування нещасних випадків – 3,3%, добровільні платежі приватними страховими компаніями – 5,2%, виплати із особистих джерел – 7,9% [69].

Система охорони здоров'я Франції характеризується децентралізацією і широкою участю адміністрації у справах планування, організації і контролю за діяльністю медичних служб. Суттєву роль у встановленні цін на медичне обслуговування і контроль за ним грають фінансові органи служби соціального страхування та каси взаємодопомоги. Головою ради адміністрації державних лікарень є мер міста (P.L. Grimeldi, 1989).

Як свідчить Ch.Thager (1984), медична та економічна оцінка обслуговування у закладах охорони здоров'я проводиться у Франції з 1976 р. Держава приділяє велику увагу медико-економічній оцінці, яке дозволяє покращити співвідношення між витраченими коштами і одержаними результатами в процесі лікування. Страхові внески відшкодовують в принципі 70% гонорару лікаря. Між лікарем та страховою компанією існує тарифна угода, яка зобов'язує лікарів не перевищувати тверді ставки гонорару. Ці ставки встановлюються кожного разу в ході перемовин між товариством лікарів і страховими касами під впливом держави на найбільш низькому рівні. Ті лікарі, які не приєднуються до договору, можуть вимагати від своїх пацієнтів суми гонорару за своїм бажанням, але тоді вони позбавляються податкових скидок при внесках на соціальне страхування. В Парижі нараховується біля 70% вільно практикуючих лікарів, які встановлюють суму гонорару і тарифи на лікування на своє бачення. Тому застрахований часто змушений відшкодовувати 60-70% гонорару з власної кишені при лікуванні у приватно практикуючого лікаря (R. Swarts, 1991).

Практично усі мешканці Японії охоплені існуючою в країні системою страхування здоров'я. В цій системі значне місце займає державне страхове агентство та багаточисельні товариства по страхуванню здоров'я. Вони охоплюють змішаним або окремим страхуванням постійно працюючих у всіх видах виробництва. Є також спеціальна страхова система для моряків і ще так звана система державного та громадського сервісу для викладачів і службовців приватних учбових закладів. Окрім національної, є ще і регіональна система страхування. Вона охоплює сільське населення, ремісників, а також пенсіонерів. Страхування розповсюджується і на членів сімей працюючих. страхова сума складає від 3 до 9,5% заробітної плати. Виплати у державній системі страхування звичайно діляться порівну між роботодавцем і робітником. Для осіб, які мають страховий поліс, компенсація витрат лікування складає 90% його вартості. Для тих, хто знаходиться на їх утриманні – тільки 70% вартості самого лікування і 80% вартості

госпіталізації (Хіроші Аїда, 1991). Лікарям у Японії гарантована свобода практики, а хворим – свобода вибору лікаря. За державний рахунок сплата медичних послуг здійснюється: особам з певними заслугами перед державою; пораненим на війні і ветеранам; жертвам атомного бомбардування; страждаючим одним із 30 важко виліковних хвороб з дитинства. Лікарям заборонено рекламувати свої послуги (R. Maxwell, R. Hardio, 1988).

Серед індустріально розвинутих країн США – єдина країна, яка є представником платної системи охорони здоров'я, що фінансується в основному із особистих коштів населення (Ph.S. Dial, 1988). За характеристикою структури організації, фінансування і функціонування охорони здоров'я – це країна парадоксів. Тут відсутня єдина система державного страхування (V. Navarro, 1989). З метою зменшення тягаря одночасних витрат 90% американців покупають полюси приватного медичного страхування, витрачаючи на це в середньому більше 10% чистого доходу сімей. Тут приватний сектор забезпечує до 60% асигнувань на охорону здоров'я (K. Sloan, 1987). Наразі витрати на охорону здоров'я в США перевищили 600 млрд. доларів і заплановано їх збільшити на перспективу ще до 700 млрд. доларів.

У США на охорону здоров'я витрачається 11,65% валового національного продукту, а за прогнозами спеціалістів воно може досягнути 15%. Тим не менше, біля 35 млн. американців не мають фінансового забезпечення медичного обслуговування. Існуюча у США система охорони здоров'я несправедлива, оскільки в останні роки в рамках політики стримання цін лікарні змушені відмовляти у лікуванні малозабезпечених хворих аж до закриття кабінетів екстреної допомоги (N. Daniels, 1991). США наразі єдина у світі країна, у якій сім'ї буквально можуть розоритися із-за лікарських рахунків. Тут втрата роботи супроводжується і одночасною втратою страхового захисту для себе та сім'ї, чого немає в жодній розвинутій країні світу (U.E. Reinhardt, 1991).

Як вважають американські експерти в царині охорони здоров'я, забезпечити для усіх високий рівень медичного обслуговування неможливо. Повинен бути зроблений вибір між якістю обслуговування, його вартістю і доступністю. При існуючих тенденціях повинно виникнути три ступені медичного обслуговування. Перший – для малозабезпечених верств населення з меншим рівнем витрат та найменшою кваліфікацією медичної допомоги. Другий ступінь медичного обслуговування призначений для застрахованих. Рівень послуг для них знач-

но вищий, ніж у першій групі. Він буде залежати від розмірів відрахувань у фонд соціального страхування. Третій ступінь – найвищий. Це система індивідуальної медичної допомоги в рамках вільного ринку, коли доступна сплата послуг за межами, які встановлені системою страхування (G.T. Perloff, 1987).

У системі страхової медицини, як показує вищезазначений огляд особливостей сімейної медицини в країнах світу, платна частина є невеликою. Загальне правило тут таке: найбільш складні і найдорожчі види лікування надаються або безкоштовно, або з незначною платою, від якої часто звільняються неімущі прошарки населення. Вважається, що платна медицина в "малих дозах" не заперечує принципам суспільної охорони здоров'я, а навпаки, підсилює його потенціал. Другий мотив збереження та розвитку платного сектора – це можливість з його допомогою підвищити статус лікаря, стимулювати його творче удосконалення. З точки зору пацієнта не менш важливою є освітня функція платної медицини. Люди починають розуміти, що медична допомога потребує від них значних витрат. Цих витрат можливо уникнути, якщо, наприклад, вести раціональний здоровий спосіб життя (C.L. Staples, 1989).

У 1978 р. в Нью-Джерсі на основі ДСГ були складені преїскуанти цін для рахунків, які виставлені лікарням за обслуговування пацієнтів. З цього моменту розпочала успішно розвиватися система попередньої сплати медичної допомоги (E. Friedman, 1989). Попередня сплата по ДСГ є першим кроком визнання безпосередньої залежності між вартістю і якістю медичної допомоги (M.D. Rosko, 1990). Все частіше система КСГ і ДСГ слугує для обґрунтування стандартів надання медичної допомоги. Одна з переваг КСГ в тому, що вона дозволяє класифікувати захворювання по усій їх множині, а у ДСГ – контроль за більш економним використанням ресурсів, можливість оцінки якості медичної роботи, в т.ч. для стандартизації диференційованої сплати конкретних діагнозів. Тому КСГ і ДСГ сформовані так, що цей розподіл хвороб, в т.ч. з урахуванням складності останніх, відповідає певним кодам загальної тарифної сітки вартості захворювань.

До особливостей вартісної оцінки праці лікарів у США відноситься те, що сплата за послуги останніх складає біля 20% усіх витрат на охорону здоров'я. Тарифна сітка на послуги буде залежати від розмірів сплати за кожну послугу лікарів і віддзеркалювати вартість лікування. Тарифна сітка включає: шкалу відносної цінності, за допомогою якої порівнюється цінність лікування у кожній медичній службі, чи процедури відносно інших. Систему переводу

коефіцієнта в долари, за допомогою якої за шкалою відносної цінності включаються 7000 окремих кодів, які визначають специфічність служби і процедур (J.M. Eisenberg, 1989). Вартість медичного обслуговування для суспільства виражається витратами, обумовленими втратою продуктивності пацієнта і соціальними витратами на його лікування (A.S. Reiman, 1989).

На протязі останніх десятиліть ще більшого схвалення одержала загальнодержавна програма медичної допомоги для неімущих "Медикейд" і надання медичної допомоги людям похилого віку, матерям та дітям – "Медикейр". Ці програми передбачають покриття витрат на амбулаторне та стаціонарне обслуго-

вування, різні послуги лікаря, лабораторні та рентгенівські обстеження, сестринський догляд вдома та інше. Найбільше досягнення "Медикейр" в тому, що воно дало можливість мільйонам людей одержати медичну допомогу, яку вони би не одержали в інший спосіб (D.V. Greenberg, 1990).

Таким чином, процеси, які проходять в організації медичної допомоги різних країн, мають свої, в тому числі і національні особливості. Різноманітність форм, методів і механізмів, що формують цю систему охорони здоров'я, характеризують її як виключно складний механізм, якому притаманний динамічний розвиток та удосконалення.

II. Сучасні фактори, які стримують в Україні старт бюджетно-страхової медицини

Після проголошення незалежності України в зв'язку з багаторічною соціально-економічною кризою та низьким ВВП у нас не було можливості профінансувати і побудувати жоден з варіантів системи страхової медицини, як у економічно розвинутих країнах. Оскільки кризові явища у нашій системі охорони здоров'я збільшилися, було прийнято рішення удосконалити медичну допомогу шляхом запровадження нового господарського механізму (НГМ).

"Соціальний пріоритет охорони здоров'я у економічній структурі суспільства носить об'єктивний характер тому, що в умовах науково-технічної революції зростає роль здоров'я населення, перш за все, як виробничого фактору, компоненти робочої сили. Тому і розвиток охорони здоров'я став економічною, виробничою необхідністю" [52]. "Фактично основні принципи нашої охорони здоров'я – державність, плановість, загальнодоступність, безкоштовність – мали декларативний характер. Медична допомога, збереження і укріплення здоров'я нації залишалось та залишаються на позорному для нас рівні" [125].

"Держава, виходячи з інтересів суспільства, брала на себе обов'язок забезпечити нормальні умови системі охорони здоров'я по усім напрямкам медичної праці, а медицина зобов'язалася забезпечити суспільству, усім трудящим безкоштовну, загальнодоступну і кваліфіковану допомогу. Але між проголошенням соціалістичних загально гуманістичних принципів побудови системи охорони здоров'я і виконання державою взятих обов'язків – дистанція величезних розмірів" [36]. "Ніколи, ні одне найбільш розвинуте суспільство не зможе забезпечити усіх своїх членів необхідно максимальним

об'ємом безкоштовних медичних та оздоровчих послуг [50].

"Багато хто з авторів, використовуючи метод цитатництва і побудови уможлидних схем, однонаправлено розглядали взаємозв'язок охорони здоров'я та економіки. Їх ігнорування того, що охорона здоров'я відноситься до виробничої сфери, а також зв'язане з цим небажання і невміння використовувати закономірності економічних відносин на практиці, були однією із головних причин наростаючих негативних тенденцій у відомстві" [27]. "Економічний характер функціонування охорони здоров'я в період нового господарчого механізму (НГМ) полягав в необхідності досягнення найбільшої кількості та якості результатів при обмеженості ресурсів охорони здоров'я" [129].

"Існуючі недоліки охорони здоров'я можуть бути усунені тільки на основі комплексної перебудови і одночасного удосконалення організаційних та економічних форм лікувального та діагностичного процесів, дієвої системи економічного стимулювання, досягнення високих кінцевих результатів [11]. Потрібна, на думку різних авторів [27, 88, 124, 131], корінна реформа охорони здоров'я на основі економічних методів, яка б стимулювала найефективніші технології медичної роботи.

Перший урок діловитості клінікам дав С. Федоров (1987). У МНТК "Мікрохірургії ока" прейскурант медичних послуг побудований на основі врахування середніх витрат на лікування (аналогічно американській системі КСГ і ДСГ для окремих захворювань). "В основі групування нозологій за категоріями складності заложений однаковий чи близький рівень витрат на лікування хворого" [2].

Сутність НГМ полягає в тому, щоб в рамках бюджетних асигнувань і додаткових джерел фінансування (угоди з підприємствами, платні послуги) в обсязі наданої органами управління самостійності найкраще мобілізувати внутрішні резерви і через такі форми організації, як бригадна форма чи орендний підряд домогтися раціонального використання кадрового потенціалу, матеріальних ресурсів і таким чином покращити об'єм та якість надання медичної допомоги [89, 50, 127]. І.І. Введенська [11] рекомендує перевести медичне обслуговування на внутрішньобюджетний госпрозрахунок, для чого необхідно створити організаційну систему відшкодування витрат на основі медико-економічних нормативів по нозологічним формам захворювань. "Висока ефективність оренди медичних закладів визначається поєднанням економічних інтересів всього колективу і кожного його члена в забезпеченні якісного лікування та роботі на кінцевий результат, широкої самостійності у виборі характеру економічних взаємовідносин між виробниками і споживачами медичних послуг. При цьому орендний колектив вибудовує свої відносини з адміністрацією лікарні на основі угоди, а з іншими відділеннями – на госпрозрахунковій основі (по чековій системі). За погодженням сторін колектив відділення може бути звільнений від орендної плати" [4]. По суті оренда – це передача орендару права власності майна на певний строк.

На думку М.П. Ройтман [95, 96], НГМ зберігає залишковий принцип фінансування в галузі в умовах зростаючої інфляції. "Природньо, що перехід на НГМ потребує і формування нового типу керівника охороною здоров'я – аналітика, який володіє сучасною наукою управляти, спроможного на практиці використовувати її економічні методи" [57].

"Головна перешкода в розповсюдженні економічних методів управління зв'язана з бідністю по відношенню до ресурсів, психологічної неготовності та відсутності адекватного матеріального стимулювання учасників експерименту по запровадженню НГМ. Друга перешкода – адміністративна прив'язка пацієнта до певного лікаря, що обмежує можливості альтернативних рішень в процесі надання профілактично-лікувальної допомоги. Експеримент стимулює структурний зрив в цінах поки що без покращання якості обстеження та лікування. За рамками протизатратного механізму залишилися амбулаторно-поліклінічні заклади. У ході експерименту виявилось, що незалежності, незахищеності закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) явно не вистачає. Головні лікарі не поспішають реалізувати свої права і, відповідно, нагальної необхідності до швидких та необхідних змін" [90].

"При проведенні реформ охорони здоров'я допускалися грубі методологічні промахи. Ніхто, ніколи та ніде не проводив справжнього натурального експерименту. Важкою задачею залишається визначення критеріїв кінцевого результату медичної праці, не все зрозуміло з економічними санкціями, слабо освоюються нові моделі господарського механізму, в т.ч. орендних відношень, потребують детальної розробки прогресивні форми оплати праці та економічні методи її стимулювання" [127].

Таким чином, "реалізація НГМ передбачалася як етап, який передусє переходу нашої охорони здоров'я до бюджетно-страхової медицини [126]. Після проголошення Незалежності України, з огляду на вищевказані багаточисельні організаційні недоліки, в зв'язку з соціально-економічною кризою та низьким показником ВВП, у нас не було можливості профінансувати ні один із варіантів системи сімейної медицини, як у економічно розвинутих країнах. Документом, який надав надію на можливість суттєвого удосконалення НГМ в Україні слугували "Основи законодавства про охорону здоров'я" (1992 р.), де вказано, що базисом медичного обслуговування населення є первинна медико-соціальна допомога (ПМСД), яка представлена сімейними лікарями (СЛ). У вказаній системі амбулаторія сімейної медицини (АСМ) є першим ланцюгом в організаційній структурі регіональної охорони здоров'я і виконує найважливішу функцію, оскільки потенційний пацієнт має найкоротший доступ до кваліфікованої лікарської допомоги. Як один із альтернативних варіантів, нами пропонується можливість побудови з використанням нових організаційних і медико-економічних рішень, у відповідності з якими весь облік функцій лікувальної установи ведеться не тільки із МОЗ, а також по принципу "знизу – вгору", тобто від рівня практичного лікаря.

Перш за все, необхідно було чітко упорядкувати функціональні обов'язки найважливішої первинної ланки – амбулаторії сімейної медицини, де сімейний лікар повинен надавати кваліфіковану первинну медичну допомогу. В аналітичній статті професора Л. Матюхи та співавторів – К. Надутого і Ю. Зінчука [74] висловлюється низка обґрунтованих важливих пропозицій щодо того, як покращити функціональні обов'язки сімейного лікаря. У відповідному "Положенні" МОЗ їх експерти "відмовляються від діалогу з авторами даної статті – представниками професійної лікарської спільноти та профільної асоціації лікарів, і залишають "Положення" без змін, у якому закладені ризики. Зокрема, про порушення доступності, комплектності, якості та безпечності ПМД, фо-

рмування нераціональних медичних маршрутів пацієнтів та нераціонального споживання послуг інших видів медичної допомоги, необґрунтованість деяких нововведень і водночас використання застарілих даних для створення переліків та описів скринінгів тощо". Стаття звертає увагу на те, що "реформу проводять дилетанти, які не розуміють ані реального стану галузі, ані шляхів виходу з кризи, не знають, що відбувається на місцях, та, зрештою, не цікавляться цими питаннями."

Оскільки наразі, коли " у вітчизняній медичній галузі стандарти організаційних технологій не запроваджені і має місце недосконалість нормативно-правової бази [12], то, враховуючи зауваження професора В.М. Пономаренка [90] про "недостатню увагу нашої медичної науки стосовно пошуку інших методик в поняттях удосконалення нового господарського механізму (НГМ) та поступового переходу до системи бюджетно-страхової медицини (БСМ)", в продовження ідей нашої докторської дисертації, завдяки інноваційним більш ніж 30-ти медико-економічним стандартам, критеріям і нормативам, спробували вирішити, зокрема питання параметрів потреби населення, наприклад, АСМ у оптимальній медичній допомозі та реальній можливості ЗОЗ у забезпеченні такої потреби введення нових методів обліку, виміру, аналізу динаміки та ефективності профоглядів, диспансеризації амбулаторного і стаціонарного лікування хворих; запровадження системи КСГ і ДСГ, завдяки яким проводити диференціацію захворювань відповідно до науково обґрунтованих їх ступенів складності; можливість розрахунку пересічної вартості оздоровлення мешканців зони відповідальності сімейного лікаря з урахуванням критеріїв, нормативних і понаднормативних працезатрат практичних лікарів; визначення рівнів робочого навантаження на лікарів ЗОЗ та загальної реальної вартості об-

стеження і лікування хворих в ЗОЗ трьох рівнів госпітального округу з урахуванням оцінки впливу можливих ризиків ускладнень тощо.

На відміну від "системи Семашко", ми запропонували нову методику доказового скринінгу, аналогічного американському "золотому стандарту" превентивних заходів [150], включаючи анкетно-анамнестичний та діагностично-доказовий скринінг [34, 117].

Переваги наших стандартів – в можливості кожного з них окремо і у загальному технологічному комплексі вирішувати питання удосконалення медичної допомоги населенню. Створення відповідних комп'ютерних програм дозволить звести до мінімуму втрати робочого часу практичним лікарям на облік, аналіз, оцінку динаміки, розрахунки працезатрат та їх вартості, моніторинг процесу діагностики та лікування, а контролюючим органам та експертам – проведення і визначення оцінки якості та ефективності даного розділу медичної роботи.

Отже, організаційний та медико-економічний стандарт – це комплекс організаційних і економічних заходів для науково обґрунтованого виконання медичними працівниками праці, алгоритм, зміст і якість якої дозволяє отримати максимальну ефективність при виконанні діагностично-лікувальної роботи, спрямованої на раннє виявлення та запобігання розвитку ускладнень в процесі лікувального менеджменту на маршруті хворих від АСМ до ЗОЗ другого та третього рівнів, що сприяло би досягненню доказової якості та ефективності в процесі оздоровлення населення [115, 119].

Оптимальна модель лікаря чи медичної служби [98, 119] – це такий організаційний стандарт, який передбачає обґрунтовані розрахунками конкретні кількісні та якісні показники діяльності лікаря. Вони характеризують максимально можливі результати його роботи в існуючих реальних умовах ЗОЗ.

Надійшла до редакції 12.12.2022

© В.М. Самоходський, 2022

Перелік літературних джерел розміщено на сайті журналу «Оториноларингологія»