



Фонд Ріната Ахметова
Розвиток України

**Медико-економічне обґрунтування
удосконалення системи надання медичної
допомоги хворим на туберкульоз на базі
Протитуберкульозного диспансеру
м. Краматорська**

Київ - 2015

Вступ

Відповідно до Коаліційної угоди Верховної Ради України VIII скликання, в XVI розділі «Реформа системи охорони здоров'я» серед першочергових кроків для покращення якості медичних послуг визначено необхідність “Забезпечення розробки та прийняття у відповідності до міжнародних вимог та запровадження стандартів медичної допомоги (клінічних протоколів) на основі науково-обґрунтованої медичної практики (доказової медицини), забезпечення їх систематичного перегляду”.

В рамках реалізації спільного з Міністерством охорони здоров'я України проекту Світового банку “Поліпшення охорони здоров'я на службі людей” (<http://wb.moz.gov.ua>) реалізується субкомпонент “Запровадження нового механізму фінансування закладів охорони здоров'я на основі ДСГ”, який передбачає впровадження нової моделі фінансування закладів охорони здоров'я всіх рівнів надання медичної допомоги, що базується на переході від оплати за структурною ознакою закладу до оплати за виконану роботу, зокрема рівня складності пролікованих хворих.

В рамках реалізації «Зупинимо туберкульоз в Україні. Регіональна програма» обласної програми протидії захворюванню на туберкульоз у Донецькій області на 2012-2016 роки, яка здійснюється фондом Ріната Ахметова «Розвиток України», було заплановано провести пілотну апробацію амбулаторної моделі лікування пацієнтів хворих на туберкульоз в домашніх умовах та порівняти економічну ефективність різних видів надання медичної допомоги хворим на ТБ.

Результати роботи Проекту представлені в цьому документі.

Зміст

ПОНЯТТЯ ТА СКОРОЧЕННЯ	6
1. ЦІЛЬ ТА ЗАДАЧІ ПРОЕКТУ	7
2. ЗАКОНОДАВЧА ТА НОРМАТИВНА БАЗА	9
3. ВИБІР МЕТОДИКИ ДЛЯ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОЕКТУ	9
4. МЕДИКО-КЛІНІЧНИЙ АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ ПТЗ	11
4.1. ОЦІНКА ОБ’ЄМУ ЕКСПЕРТНОЇ ОЦІНКИ ІСТОРІЙ ХВОРОБИ	12
4.2. СТРУКТУРА СТАЦІОНАРНИХ ХВОРИХ	13
4.3. АНАЛІЗ ОХОПЛЕННЯ ЛАБОРАТОРНИМИ ДОСЛІДЖЕННЯМИ	15
4.4. АНАЛІЗ РІВНЯ НЕОБҐРУНТОВАНОСТІ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ	15
4.5. АНАЛІЗ ДОТРИМАННЯ ПРОТОКОЛУ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОМІЖНИХ	17
4.6. ВИСНОВКИ	19
5. АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ АМБУЛАТОРНОЇ МОДЕЛІ ЛІКУВАННЯ	22
5.1. ОПИС МОДЕЛІ АМБУЛАТОРНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ТБ	22
5.2. ІНСТРУМЕНТ ДЛЯ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ РОБОТИ ПРОЕКТ	23
5.3. ОЦІНКА ОБ’ЄМУ ЕКСПЕРТНОЇ ОЦІНКИ МЕДИЧНИХ КАРТОК ЛІКУВАННЯ	23
5.4. СТРУКТУРА ХВОРИХ, ЯКІ ЗАКІНЧИЛИ ЛІКУВАННЯ У РАМКАХ ПРОЕКТУ	23
5.5. АНАЛІЗ ОХОПЛЕННЯ ЛАБОРАТОРНИМИ ДОСЛІДЖЕННЯМИ ТА ДОТРИМАННЯ	25
5.6. АНАЛІЗ ДОТРИМАННЯ ПРОТОКОЛУ ЛІКУВАННЯ ТА ОЦІНКА	26
6. АНАЛІЗ РІВНЯ СКЛАДНОСТІ СТАЦІОНАРНИХ ХВОРИХ	29
7. ЕКОНОМІКО-СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ ПТЗ	30
7.1. ЗАГАЛЬНІ РЕЗУЛЬТАТИ АНАЛІЗУ	32
7.2. ПРОВЕДЕННЯ РОЗПОДІЛУ ВИТРАТ ПТД	33
7.3. АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАГАЛЬНИХ ВИТРАТ ПТЗ ТА ВІДДІЛЕНЬ	33
7.3.1 ПРЯМІ ЗАГАЛЬНІ ВИТРАТИ ПТЗ	34
7.3.2 ВИТРАТИ ПТЗ НА ЕНЕРГОНОСІЇ	34
7.3.3. ХАРЧУВАННЯ	35
7.3.4 СТРУКТУРА ЗАГАЛЬНИХ ВИТРАТ СТАЦІОНАРНИХ ВІДДІЛЕНЬ ПТЗ	36
7.4. АНАЛІЗ СТРУКТУРИ СОБІВАРТОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ПТЗ	38
7.5. АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ФІНАНСОВИХ РЕСУРСІВ	40
7.6. ВАРТІСТЬ КУРСУ ЛІКУВАННЯ ОСНОВНИХ ТВ ВИПАДКІВ	41
8. УПРАВЛІНСЬКЕ ТА НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ	42
9. ВИСНОВКИ	48

Додатки:

Медико-клінічний аналіз

- 1.02 Листок аналізу пролікованих хворих в стаціонарних відділеннях
- 1.03 Листок аналізу облікової документації
- 2.01 Інструкція з формування вихідних даних за статформою ф-066/о
- 2.02 Результати лікування пацієнтів у ПТД Краматорська у 2014 році
- 2.03 Результати лікування пацієнтів у ПТД Краматорська у 1-му кварталі 2015 року
- 2.04 Порівняльна таблиця інтегрального показника рівня складності стаціонарних хворих туберкульозних закладів охорони здоров'я

Економіко-статистичний аналіз

- 3.02 Методика економічного аналізу Cost Accounting
- 3.03 Інструкція формування вихідних даних для Cost Accounting
- 3.04 Вихідні дані економічного аналізу ПТД Краматорська
- 3.05 Структура прямих витрат ПТД Краматорська
- 3.06 Структура прямих та непрямих витрат ПТД Краматорська
- 3.07 Результати розрахунку показників роботи ПТД Краматорська

Розрахунок вартості медичної допомоги

- 4.01 Зведена таблиця собівартості лікування ТБ пацієнтів за 3-ма моделями лікування
- 4.02 Загальний перелік лікарських засобів та їх вартість
- 4.03 Загальний перелік лабораторних аналізів та їх вартість
- 4.04 Загальний перелік параклінічних досліджень та їх вартість
- 4.10 Оцінка вартості лікування ТБ хворих кат.1-2
- 4.11 Оцінка вартості лікування ТБ хворих кат.3
- 4.12 Оцінка вартості лікування хворих на поза легеневий ТБ кісток та суглобів
- 4.13 Оцінка вартості лікування хворих на поза легеневий ТБ нервової системи

Оцінка вартості лікування хворих на резистентний ТБ:

- 4.14 H (+ S) / (H та E)
- 4.15 H та Z
- 4.16 R (+S) / R та E (+ S)
- 4.17 R та Z (+S)
- 4.18 H Z E (+ S)
- 4.19 HR (Z) / HRS (Z)
- 4.20 HRSE / HRSEZ
- 4.21 HRSEOfI / HRSEZOfl
- 4.22 HRSEK_m / HRSEZK_m
- 4.23 HRSEK_mOfI / HRSEZK_mOfI

Поняття та скорочення

БД	База даних
ДОЗ	Департамент охорони здоров'я Донецької обласної державної адміністрації
ДСГ	Діагностично-споріднені групи (DRG)
ПТД	Протитуберкульозний диспансер
ПТП	Протитуберкульозні препарати
КСП	Кислотостійкі палочки
МБТ	Мікобактерії туберкульозу
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України
ПК	Персональний комп'ютер
Проект	Робоча група для проведення медико-економічне обґрунтування удосконалення системи надання медичної допомоги хворим на туберкульоз на базі ПТД м. Краматорська
Собівартість	фактичні прямі та непрямі витрати на виконання послуги
ТБ	Туберкульоз
ФРУ	Благодійного фонду «Розвиток України»
DRG	Diagnostic-related groups (Діагностично-споріднені групи)
ІТ	Інформаційні технології
Cost Accounting	Аналіз використання видатків

1. Ціль та задачі Проекту

Мета Проекту – пілотування і впровадження амбулаторної моделі лікування пацієнтів хворих на туберкульоз в домашніх умовах та порівняння економічної ефективності різних видів надання медичної допомоги хворим на ТБ.

Основні завдання:

1. Впровадити та оцінити ефективність амбулаторної моделі лікування на дому (мобільна бригада)
2. Провести медичний аудит історій хвороби, у тому числі аналіз виконання протоколів надання медичної допомоги хворим на туберкульоз
3. Оцінити програмну та економічну ефективність різних видів надання протитуберкульозної допомоги хворим на ТБ
4. Описати можливості існуючої нормативно-правової бази України для переходу від кошторисного фінансування на фінансування за надані медичні послуги
5. Надати приклади формування бюджету протитуберкульозних закладів за надані медичні послуги
6. Порівняти рівня складності пролікованих хворих в ПТД м. Краматорськ, проведення порівняльного аналізу з іншими протитуберкульозним закладами України
7. Розробка рекомендацій щодо структурних змін протитуберкульозної служби Донецької області
8. Оцінка потреби фінансування протитуберкульозної служби Донецької області до вимог МОЗ України та рекомендацій ВООЗ
9. Розрахунок фактичної собівартості медичної допомоги хворим на туберкульоз, яка надана фахівцями ПТЗ (фахівці поліклініки та стаціонарних відділень, параклінічних та інших підрозділів) з оцінками питомої ваги кожного з складових

10. Оцінка прямих та непрямих витрат по кожному з підрозділів, фактичних витрат на лікувальний процес, готельні послуги та утримання ПТЗ
11. Оцінка ефективності розподілу фінансових коштів (собівартість візиту до лікаря, вартість амбулаторного та стаціонарного випадку надання медичної допомоги, вартість ліжко-дня у відділеннях стаціонару, відсоток витрат на ліки, харчування, параклінічні дослідження, персонал та готельні послуги)
12. Оцінка вартості медикаментозного лікування, відповідно до Протоколів МОЗ
13. Порівняльна оцінка діяльності за різними показниками рівнопотужних ПТЗ або стаціонарних відділень ПТЗ одного профілю
14. Розрахунок вартості стаціонарного та амбулаторного лікування різних категорій хворих на туберкульоз
15. Формування порівняльної таблиці допоміжних витрат на забезпечення лікувального процесу за різними моделями

Аналіз діяльності проводився на даних Протитуберкульозного диспансеру м. Краматорськ за результатами роботи у 2014 році та 1 кварталу 2015 року:

2. Законодавча та нормативна база

Нормативно-правова база складається з Законів України, Указів Президента України, Постанов Верховної Ради України, Постанов та Розпоряджень Кабінету Міністрів України, Наказів МОЗ України.

Закони України:

- «Про місцеве самоврядування в Україні» редакція від 16.08.2015
<http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80>

Укази Президента України:

- Програма економічних реформ на 2010-214 «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» від 02.06.2010р

Постанови Кабінету міністрів України:

- «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я» від 17 лютого 2010 року N 208, зі змінами від 06.04.2011 року
<http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/208-2010-%D0%BF>

Накази МОЗ України:

- Наказ МОЗ України від 04.09.2014 р. № 620 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим. Туберкульоз»
- Наказ МОЗ України від 23.02.2000 р. № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я»
- Наказ МОЗ України від 18.08.2010 р. «Про затвердження Стандарту інфекційного контролю за туберкульозом в лікувально-профілактичних закладах, місцях довгострокового перебування людей та проживання хворих на туберкульоз»

3. Вибір методики для реалізації Проекту

Для виконання завдань Проекту робоча група вибрала наступну послідовність дій з використанням вказаних методик:

- 1. Медико-клінічний аналіз роботи ПТЗ** – проведення медичного аудиту репрезентативної вибірки історій хвороби, у тому числі аналіз виконання протоколів надання медичної допомоги (розділ 4). За результатом аналізу проведена експертна оцінка рівня обґрунтованості госпіталізації в стаціонарних відділеннях.
- 2. Економічний аналіз роботи ПТЗ** – проведення економіко-статистичного аналізу роботи ПТЗ на даних стандартних форм державної та бухгалтерської звітності (розділ 5). За результатами аналізу проведені розрахунки структури собівартості медичної допомоги в ПТЗ та їх порівняльний аналіз, а також виконана оцінка об'єму неефективного використання ресурсу ПТЗ з урахуванням результатів медико-клінічного аналізу (розділ 4).
- 3. Аналіз ефективності амбулаторної моделі лікування (мобільна бригада)** – проведення розрахунків собівартості цієї моделі лікування та оцінка ефективності цієї моделі для хворих на ТБ
- 4. Оцінка вартості ведення випадку ТБ** – відповідно до затверджених стандартів діагностики, моніторингу лікування та схем медикаментозного лікування проведений розрахунок вартості ліків, необхідних для лікування хворих на туберкульоз в залежності від типу випадку, з урахуванням типу резистентності (моно-, полірезистентність, мультирезистентність, розширена резистентність) (розділ 6).
- 5. Оцінка потреби фінансування ПТД м.Краматорськ, відповідно до вимог протоколів МОЗ** – на основі результатів розрахунків, описаних у розділах 4-7, розроблений модельюючих комплекс (Додаток 4.01), який дає можливість фахівцям та керівниками протитуберкульозної служби проводити розрахунок необхідного об'єму фінансування ПТД в залежності від кількості випадків хворих на туберкульоз з урахуванням профілю

чутливості до протитуберкульозних препаратів, вказавши низку відповідних управлінських параметрів (Додаток 4.01).

4. Медико-клінічний аналіз діяльності ПТЗ

Для аналізу ефективності діяльності роботи ПТЗ шляхом проведення експертної оцінки історій хвороб з жовтня 2014 р. по березень 2015 р. було здійснено виїзди групи експертів у протитуберкульозні заклади м. Краматорська. Експертами виступили 2 спеціаліста - фтизіатра, вищої та першої категорій, кандидати медичних наук з фтизіатрії. Стаж роботи по спеціальності складав 25 і 15 років.

Враховуючи вимоги Інструкції (Додаток 2.01), ПТЗ сформували таблиці за результатами лікування хворих за IV квартал 2014 рік та I квартал 2015 року (Додатки 2.02 – 2.03), на основі яких проводився відбір історій хвороб хворих (ф. № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого»), які знаходились на стаціонарному лікуванні у протитуберкульозних закладах у період з 01.10.2014 до 31.03.2015 р., з використанням відкритого методу рандомізації.

Ефективність діяльності протитуберкульозного закладу оцінювалась згідно показань до госпіталізації хворих на ТБ, які затверджені наказом МОЗ України від 04.09.2014 р. № 620 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим. Туберкульоз», з урахуванням профілю резистентності мікобактерій ТБ до протитуберкульозних препаратів, супутніх захворювань, дотримання строків госпіталізації (адекватна, недостатня або надлишкова кількість ліжко-днів) та результатів лікування на стаціонарному етапі (позитивний, негативний) (Додатки 2.04).

4.1. Оцінка об'єму експертної оцінки історій хвороби

За 2014 рік було проліковано 816 хворих у Міському протитуберкульозному закладі м. Краматорську, за I квартал 2015 року було проліковано 193 хворих. Для експертної оцінки історій хвороб було вибрано період, коли був затверджено новий Протокол ТБ, де були зазначені нові показання до госпіталізації хворих на ТБ, тобто з IV кварталу 2014 року по I квартал 2015 року. У цій проміжок часу у стаціонарних відділеннях Міського протитуберкульозного закладу м. Краматорську було проліковано 415 осіб. Для проведення експертної оцінки було відібрано 193 (46,5 %) історії хвороб з використанням відкритого простого методу рандомізації шляхом механічного відбору спочатку кожної 3-ої історії хвороби (138), а потім – кожної 5-ої (55), попередньо упорядкованих за датою виписки.

Репрезентативність вибірки у дослідженні забезпечувалась розрахунком необхідного обсягу спостережень за формулою¹:

$$n = \frac{t^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{N \cdot \Delta^2 + p \cdot q \cdot t^2}, \text{ де}$$

n – необхідна кількість спостережень; N – чисельність популяції; p – частота захворювання у %; $q = 100 - p$; Δ – максимальна похибка показника p ; t – довірчий коефіцієнт, гарантуючий, що допустима похибка не перевищить Δ .

Приймаючи $N=415$ пацієнтів, $p=75$ % (передбачувана кількість хворих на різні типи туберкульозу, які потребують стаціонарної допомоги), $t=2$ (при довірчій ймовірності $P=95$ %), $\Delta = 5$ %, за формулою було обчислено, що для забезпечення необхідної достовірності достатньо було зібрати дані про 174 хворих із 415 пацієнтів.

¹ Покровский В.И., Филатов Н.Н., Палтышев И.П. Описательное эпидемиологическое исследование :Учебное пособие/ Москва: Санэпидмедиа, 2005. -240 с.

В міському протитуберкульозному закладі м. Краматорська існують наступні відділення:

- для хворих на ТБ із бактеріовиділенням та з Rif- (легеневе відділення №1);
- для хворих на хіміорезистентний ТБ (легеневе відділення №2);
- для хворих на ТБ без бактеріовиділення.

Розподіл фактичної кількості пролікованих хворих по відділеннях і даних експертної оцінки наведено в табл. 4.1.

Таблиця 4.1 Загальна кількість пролікованих хворих і обсяг експертного аналізу за період з IV кв. 2014 р. – I кв. 2015 р.

№ п/п	ЛПЗ	Проліковано за IV кв. 2014 р. – I кв. 2015 р (абс.)	Рецензовано	
			абс.	%
1	Легеневе відділення №1	195	117	60,0 %
2	Легеневе відділення №2	118	28	23,7 %
3	Легеневе відділення №3	102	48	47,1 %
Загалом		415	193	46,5 %

4.2. Структура стаціонарних хворих

Серед 193 госпіталізованих пацієнтів, охоплених даним дослідженням, було 135 (69,9 %) чоловіків і 58 (30,1 %) жінок у віці від 19 до 74 років, що відповідає загальновідомим тенденціям щодо переважання чоловіків у структурі хворих на туберкульоз. У структурі хворих на ТБ переважали молоді особи активного працездатного віку (20-45 років) – 127 (65,8 %), що актуалізує соціально-економічну доцільність фінансування протитуберкульозних заходів.

Таблиця 4.2 Розподіл госпіталізованих хворих за віком,

статтю та місцем проживання

Характеристика		В цілому (n=193)
Стать	чоловіча	135 (69,9 %)
	жіноча	58 (30,1 %)
Вік, років	мін.- макс.	19-74
	середній (M±m)	41,3±0,79
Місце проживання	м. Краматорськ	164 (85,0 %)
	безхатченки	8 (4,1 %)
	село	21 (10,9 %)

Більшість госпіталізованих хворих склали мешканці м. Краматорська – 164 (85,0 %) пацієнтів, 8 (4,1 %) осіб не мали постійного місця перебування та 21 (10,9 %) осіб були з сільської місцевості.

Всі 193 пацієнти (100 %) мали легеневу форму туберкульозу, тому що відділення призначені для лікування ТБ органів дихання. Позалегеневу форму повинні лікувати на третинному (високоспеціалізованому) рівні медичної допомоги.

Серед госпіталізованих було 103 (53,4 %) хворих, які мали звичайний ТБ, але із них тільки у 28 (27,2 %) осіб було підтвердження наявності чутливого ТБ лабораторними методами. Серед випадків чутливого ТБ було 73 (70,9 %) нових випадків, 26 (25,2 %) рецидивів, 1 (1,0 %) випадок після перерви лікування та 3 (2,9 %) інших випадків ТБ. Хіміорезистентний туберкульоз було діагностовано у 90 (46,6 %) осіб із 193 госпіталізованих. По типам випадків розподіл був наступний: 48 (53,3 %) нових випадків, 32 (35,6 %) рецидиви, 3 (3,3 %) випадки після перерви лікування та 7 (7,8 %) випадків після невдачі I курсу лікування.

4.3. Аналіз охоплення лабораторними дослідженнями

Бактеріологічне дослідження мазків на кислотостійкі бактерії (КСБ) до початку лікування проведено в усіх 193 (100,0 %) випадках. При цьому позитивний результат отримано в 92 (47,7 %) випадках, що свідчить про низький рівень підтвердження ТБ цим методом. Культуральне дослідження виконано у 164 пацієнтів (85 %), серед яких позитивний результат посіву отримано у 99 (60,4 %) випадках. Вище зазначене не дозволило отримати культуру у 105 (54,4 %) осіб під час стаціонарного лікування.

Тести на медикаментозну чутливість (ТМЧ) до антимікобактеріальних препаратів мали 118 (61,1 %) осіб, 12 з яких мали ТМЧ з попередніх результатів культуральних досліджень (дані з анамнезу). У 75 хворих не визнана чутливість до ПТП і як наслідок ми не маємо впевненості в ефективності схеми лікування. Серед обстежених було виявлено 90 хворих (46,6 %), які мали стійкість до протитуберкульозних препаратів та потребували лікування у відповідності до вимог інфекційного контролю, згідно до Стандарту з інфекційного контролю (<http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0803-10>) та останніми рекомендаціями ВООЗ (хворі з мультирезистентним туберкульозом, моно-, полі- та широкої медикаментозної стійкості). Раніше такі хворі лікувались у м. Донецьку, а зараз у відділенні №2, де неможливо всіх хворих розташувати згідно із профілями резистентності до МБТ. Недосконалі умові перебування хворих на хімірезистентний ТБ збільшує контингент останніх і, відповідно, призводить до зростання вартості лікування хворого на туберкульоз у десятки та сотні разів, в залежності від профілю стійкості.

4.4. Аналіз рівня необґрунтованості госпіталізації

У Додатку 12 наказу МОЗ України від 04.09.2014 р. № 620 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим. Туберкульоз» наведені показання до госпіталізації хворих на ТБ, які відповідають рекомендаціям ВООЗ.

Експертна оцінка щодо показань до госпіталізації проводилась згідно з діючими нормативними документами України.

За даними експертної оцінки виявлено 71 (36,8 %) випадок необґрунтованої госпіталізації хворих, основними причинами якої були: 62 (87,3 %) випадки виконання плану ліжко-днів, 6 (8,5 %) – соціальна (безхатченки, амністовані). Найвища кількість необґрунтованої госпіталізації відзначалась у відділенні № 3 – 35 випадків (72,9 %) (табл. 4.5).

Таблиця 4.3 Необґрунтованість госпіталізації і тривалості перебування хворих у відділеннях за даними експертної оцінки

Стаціонарні відділення	Рецензовано	Середній ліжко-день (M±m)	Необґрунтована госпіталізація, осіб	Кількість пацієнтів і ліжко-днів			
				недостатня		надлишкова	
				пацієнти	ліжко-дні	пацієнти	ліжко-дні
Легеневе відділення №1	117	55,3 ±2,8	28 (23,9%)	28 (23,9%)	997	69 (59,0%)	2'090
Легеневе відділення №2	28	120,2 ±9,2	8 (28,6%)	0 (0,0%)	0	21 (75,0%)	1'268
Легеневе відділення №3	48	90,4 ±7,4	35 (72,9%)	0 (0,0%)	0	43 (89,6%)	3'732
Загалом	193	73,4 ±3,3	71 (36,8%)	28 (14,5%)	997	133 (68,9%)	7'090

Серед пацієнтів, охоплених даним дослідженням, 53 особи (27,5 %) мали супутні захворювання, серед яких переважали хвороби органів травлення – 39 (20,2 %), в тому числі гепатит у 31 (16,1 %) пацієнта, цироз печінки у 6 (3,1 %), виразка шлунка і 12-палої кишки у 2 (1,0 %). Кожен третій госпіталізований (69 осіб – 35,8 %) був ВІЛ-інфікований, а 18 (9,3 %) пацієнтів страждали на

алкоголізм і наркоманію. 7 (3,6 %) хворих мали іншу патологію бронхолегеневої системи (плеврит, бронхіт, ХОЗЛ).

4.5. Аналіз дотримання протоколу лікування та проміжних результатів лікування

Дотримання Протоколу лікування відзначалось в 186 випадках із 193 (96,4 %). Відхилення від Протоколу лікування були пов'язані як з об'єктивним фактором – нестачею ПТП 2 ряду, відсутністю нових ПТП, так й з недотриманням стандартних схем лікування лікарями.

Проміжні результати лікування серед 103 хворих на чутливий ТБ проводились в динаміці (через 2 місяці) лікування. Дослідження мазків на КСП було проведено всім хворим, але лише у 30 із 103 хворих (29,1 %) відзначено бактеріовиділення при проведенні бактеріоскопічного дослідження на початку лікування. З метою оцінки проміжних результатів лікування хворих (через 2 місяця) мало бути проведено бактеріоскопічне дослідження 30 хворих на чутливий ТБ. Встановлено, що у 17 (56,7 %) хворих відбулась конверсія, 1 (3,3 %) продовжував виділяти КСП, 12 хворим (40,0 %) не було зроблено бактеріоскопічне дослідження. Тобто моніторинг лікування було проведено 18 (60 %) із 30 випадків. Серед основних причин відсутності такого контролю у 5 випадках з 12 (41,7 %) була передчасна виписка хворих зі стаціонару за порушення режиму або самовільний відхід. Конверсія мокротиння дуже низька - 56,7 % (рекомендація ВООЗ – 95 %).

В цілому результат лікування госпіталізованих хворих оцінено як позитивний у 94 із 103 (91,3 %), з них 17 випадків було абацильовано, а 77 мали клінічне покращення. Померли 9 хворих (8,7 %), з них 6 осіб були ВІЛ інфікованими.

Проміжні результати лікування серед 90 хворих на хіміорезистентний ТБ проводились в динаміці лікування (на 6-му місяці). Моніторинг лікування цієї групи хворих проводиться двома методами (мікроскопія мазка та посів МБТ на

твердому середовищі). Мікроскопічне дослідження на початку лікування мали лише 62 із 90 (68,9 %) хворих, абаціювалось 44 із 62 (71,0 %), продовжували виділяти КСП 13 (21,0 %), 5 (8,0 %) хворим не було зроблено бактеріоскопічне дослідження, тобто моніторинг було проведено 57 (92,0 %). Культуральне дослідження на початку лікування мали лише 74 із 90 (82,2 %) хворих, інші мали молекулярно - генетичне підтвердження хіміорезистентного туберкульозу. З метою оцінки проміжних результатів лікування хворих необхідним було проведення бактеріологічного дослідження хворих на хіміорезистентний ТБ. За його результатами у 22 з 74 (29,7 %) хворих відбулась конверсія мокротиння, 6 (8,1 %) продовжували виділяти МБТ, 46 (62,2 %) хворим не було зроблено бактеріологічне дослідження. Серед основних причин відсутності такого контролю у 10 (21,7 %) випадках відзначено перехід в інше відділення, у 8 випадках (17,4 %) була виписка хворих по результатам негативної мікроскопії, виписка зі стаціонару за порушення режиму або самовільний відхід у 24 (52,1 %). Таким чином, моніторинг лікування по посіву було зроблено 28 із 74 (37,8 %).

Результат лікування госпіталізованих хворих на хіміорезистентний ТБ оцінено як позитивний у 48 хворих із 90 (53,3 %).

Перебування хворих на ліжку коливалось від 5-227 днів. Передчасна виписка пацієнтів пов'язана через незадовільні умови перебування хворих у відділеннях, відмова від госпіталізації або були виписані за порушення режиму перебування. За даними експертної оцінки показник склав $73,4 \pm 3,3$ днів (табл. 4.4). Найбільший середній ліжко-день відзначався серед госпіталізованих у відділення №2 ($120,2 \pm 9,2$ днів), найменший – у відділенні №1 ($55,3 \pm 2,8$ днів). За експертною оцінкою в 133 з 193 (68,9 %) рецензованих випадках госпіталізації в Міський протитуберкульозний заклад м. Краматорська було необґрунтовано завищені терміни перебування хворих на ліжку (надлишково проведено 7'090 ліжко-днів). Найбільша кількість таких випадків (43 з 48 випадків – 89,6 %) відзначалась у відділенні №3, де надмірно було проведено 3'732 ліжко-днів. У відділенні №1, навпаки, в чверті випадків (28 – 23,9 %) терміни були

недостатніми (997 ліжко-днів), здебільшого через передчасну виписку хворих за порушення режиму і самовільний відхід, а в 69 випадках (59,0 %) – надлишковими (2'090 ліжко-днів).

В цілому, за даними експертної оцінки 14,5 % хворих не долікувалися з різних причин (28 пацієнтів), а близько 69 % (133 особи), навпаки, використовували ліжко більш ніж потрібно. З урахуванням цього, була обрахована різниця ліжко-днів (12'787 ліжко-дні), яка свідчить про неефективно використане фінансування, що склало близько 2,24 млн. грн. за період 4-й квартал 2014 року та 1-й квартал 2015 року. При цьому, розрахункова середня собівартість ліжко-дня за цей період складала біля 190,20 грн. Ці кошти можна було б використати для закупки протитуберкульозних препаратів II ряду, яких недостатньо надходить за рахунок Централізованої закупівлі та постачання препаратів, реконструкції відділення для хворих на мультирезистентний туберкульоз, на соціальну підтримку хворих на амбулаторному етапі лікування чи інше.

4.6. Висновки

1. Серед госпіталізованих в протитуберкульозні стаціонари м. Краматорську в IV кварталі 2014 року по I квартал 2015 року переважали: молоді особи активного працездатного віку (20-45 років) – 65,8 %), мешканці м. Краматорську (85,0 %), хворі з легеневою формою туберкульозу, чутливого до антимікобактеріальних препаратів (53,4 %), з вперше виявленим туберкульозом (62,7 %), з позитивними результатами бактеріоскопії (47,7 %), наявністю супутніх захворювань (27,5 %).

2. Питома вага осіб без постійного місця проживання серед госпіталізованих склала 4,1 %; з ко-інфекцією туберкульоз/ ВІЛ – 35,8 %; зловживаючих алкоголем і психоактивними речовинами – 9,3 %.

3. Резистентність до антимікобактеріальних препаратів мали 46,6 % хворих, що вимагає організації лікування у відділеннях згідно заходів з інфекційного контролю.

4. За даними експертної оцінки частота необґрунтованої госпіталізації хворих становила 36,8 %. Основними причинами необґрунтованої госпіталізації була госпіталізація хворих з метою виконання плану ліжко-днів (32,1 %), в тому числі госпіталізація осіб без туберкульозу (0,5 %), а також соціальна (безхатченки, амністовані) – 3,1 %.

5. Дотримання Протоколу лікування відзначено в 96,4 % випадків, в інших (3,6 %) відхилення від Протоколу були обумовлені як нестачею ПТП 2 ряду і нових ПТП, так і тактикою лікарів. В 40,0 % (12 із 30) випадках був відсутній моніторинг лікування хворих на чутливий туберкульоз, що у 50 % було пов'язано з порушенням режиму або самовільне переривання лікування (зокрема через низьку мотивацію щодо вилікування або погані умови перебування у лікарні).

6. Оцінка результативності лікування проводилась лише в 85,5 % випадків, в тому числі у хворих на резистентний ТБ в 68,9 % випадків. У хворих на чутливий ТБ позитивний результат досягнуто в 91,3 % випадків, померли 9 хворих (8,7 %), з них 6 осіб з ко-інфекцією туберкульоз/ ВІЛ. У хворих на хіміорезистентний ТБ результат лікування оцінено як позитивний в 53,3 % випадків.

7. За даними експертної оцінки 14,5 % не долікувалися з різних причин, що склало 997 ліжко-днів, а 68,9 % – використовували ліжко більш, ніж потрібно (надлишково використано 5'904 ліжко-днів). Розрахована різниця ліжко-днів (12'787 ліжко-дні) свідчить про неефективно використане фінансування, яке склало близько 2,24 млн. грн. у 4-му кварталі 2014 року та 1-му кварталі 2015 роках. В цілому від 36,8 % до 57,0 % хворих могли би лікуватися амбулаторно, що було більш економічно доцільним

8. Існуюча кількість ліжок в Міському протитуберкульозному диспансері м. Краматорська може бути скорочена без погіршення рівня надання медичної

допомоги хворим на туберкульоз, але необхідно оцінити існуючий ліжковий фонд в Донецькій області, яка підконтрольна владі України.

5. Аналіз ефективності амбулаторної моделі лікування (мобільна бригада)

5.1. Опис моделі амбулаторної допомоги хворим на ТБ

З серпня 2014 року Фонд Ріната Ахметова (ФРУ) на основі міжнародних практик впровадив амбулаторну модель лікування хворих на туберкульоз в Краматорську. В рамках проекту була створена мобільна бригада, до складу якої входить медична сестра, водій і лікар, який виїжджав по мірі необхідності. Шість разів на тиждень мобільна бригада виїжджала до хворих на туберкульоз додому, на роботу, у зручне для пацієнта місце для прийому протитуберкульозних препаратів на легковому автомобілі, який був придбаний за рахунок коштів ФРУ. Кожен місяць в проекті знаходилося біля 40 хворих на ТБ.

Лікування ТБ – це командна робота медичного персоналу та соціального працівника. В рамках проекту всі обстеження хворому робилися на дому – забір крові, мокротиння, введення ін'єкційних препаратів. Соціальний працівник допомагав з купівлею продуктів, доставкою додаткових (не туберкульозних) медичних препаратів та допомагав вирішувати проблеми з оформленням різних документів. Хворий також отримував 300 гривень у місяць, як оплата за щоденний прийом ліків, що для багатьох пацієнтів було величезною мотивацією. Мобільна бригада здійснювала також контрольні рентген обстеження для хворих на ТБ. Таким чином, кожні 4-6 місяців, в залежності від типу ТБ, на спеціальній машині, яка ізолює медпрацівників від пацієнта, пацієнт доставлявся в диспансер для обстеження і назад. У випадках, коли у хворого з'являлися побічні ефекти до протитуберкульозних препаратів або була потрібна інша лікарська консультація, до мобільної бригади приєднувався лікар, який консультував пацієнта на дому.

Даний вид медичної допомоги хворим на ТБ апробований вперше в Україні.

5.2. Інструмент для оцінки ефективності роботи проект

Для аналізу ефективності була підготовлена база даних у форматі Excel (Додаток пр1.03), в основу якої була включена інформація із облікових форм (ТБ-01 та ТБ-01 МРТБ), затверджених наказом МОЗ від 02.09.2009 р. № 657 “Про затвердження форм первинної облікової документації і форм звітності з туберкульозу та інструкцій щодо їх заповнення” та наказом МОЗ від 07.03.2013 р. № 188 “Про затвердження форм первинної облікової документації і форм звітності з хіміорезистентного туберкульозу та інструкцій щодо їх заповнення”.

Ефективність лікування хворих на ТБ та МРТБ оцінювалась згідно наказу МОЗ України від 04.09.2014 р. № 620 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим. Туберкульоз», Додаток 8., з урахуванням категорій лікування.

5.3. Оцінка об’єму експертної оцінки медичних карток лікування хворого на ТБ (ТБ-01)

За весь період проекту (серпень 2014 – липень 2015 р.) на лікуванні знаходилось 92 хворих на ТБ, але мають результати лікування тільки 51 хворий, інші хворі не встигли прийняти всі дози, тому результати їх не остаточні. Таким чином, було проаналізовано дані 51 хворого, з яких 29 хворих на звичайний ТБ та 22 на хіміорезистентний ТБ. Критеріями включення були хворі на ТБ чи МРТБ, незалежно від типу випадку ТБ, але медичні працівники на етапі включення до проекту надавали перевагу пацієнтам, які мали фактори ризику відриву від лікування.

5.4. Структура хворих, які закінчили лікування у рамках проекту

Серед 51 пацієнтів, які приймали участь у проекті, було 42 (82,4 %) чоловіки і 9 (17,6 %) жінок у віці від 23 до 79 років, що відповідає

загальновідомим тенденціям щодо переважання чоловіків у структурі хворих на туберкульоз. Більше половини хворих (29 хворих - 56,8 %) були у віці від 20 до 45 років, середній вік – $44,5 \pm 1,8$ років.

Таблиця 5.1 Розподіл госпіталізованих хворих за віком, статтю та місцем проживання

Характеристика		В цілому (n=51)
Стать	чоловіча	42 (82,4 %)
	жіноча	9 (17,6 %)
Вік, років	мін.- макс.	23-79
	середній (M±m)	$44,5 \pm 1,8$
Місце проживання	м. Краматорськ	48 (94,1%)
	безхатченки	3 (5,9 %)

Всі хворі мешкали у м. Краматорську, але 48 (94,1 %) пацієнтів мали житло, а 3 (5,9 %) особи не мали постійного місця перебування.

У структурі клінічних форм переважала легенева форма туберкульозу – 49 особи (96,1 %), позалегенева форма (туберкульозний плеврит) була у 2 (3,9 %), останні 2 хворих були після стаціонарного лікування.

До проекту було включено 29 (56,9 %) хворих на звичайний ТБ, серед яких було 24 (82,8%) нових випадків, а 5 (17,2 %) випадків з повторним епізодом лікування (3 випадки рецидиву ТБ, 2 інших випадків ТБ). Хворі (22 - 43,1% особи) на хіміорезистентний ТБ мали наступні типи випадків: нові випадки - 12 (54,6 %), рецидиви – 5 (22,7 %), лікування після невдачі I курсу лікування – 3 (13,6 %), лікування після невдачі II курсу лікування – 2 (9,1 %).

Серед хворих, які були включені у проект, 40 (78,4 %) осіб мали наступні фактори ризику відриву від лікування, а деякі хворі мали кілька факторів:

- особи, які зловживають алкоголем та споживачі ін'єкційних наркотиків – 8 (20,0 %) осіб;

- контакт із вогнища ТБ – 2 (5,0 %) особи;

- безхатченки – 3 (7,5 %) особи;

- безробітні – 30 (75,0 %) осіб;

- мігрант – 1 (2,5 %) особа;

- колишні ув'язнені - 2 (5,0%) особи;

- ВІЛ-інфіковані – 16 (40,0 %) осіб;

- інші супутні захворювання (цукровий діабет, гепатит, відсутність кінцівок та інше) – 17 (42,5 %) осіб.

5.5. Аналіз охоплення лабораторними дослідженнями та дотримання протоколу лікування хворих на ТБ

Бактеріологічне дослідження мазків на кислотостійкі бактерії (КСБ) до початку лікування проведено всім хворим 51 (100,0 %). При цьому позитивний результат отримано в 18 (35,3 %) випадках, що свідчить про низький рівень підтвердження ТБ цим методом. Культуральне дослідження також виконано у всіх пацієнтів (100 %), серед яких позитивний результат посіву отримано у 23 (45,1 %) випадках.

Тести на медикаментозну чутливість (ТМЧ) до антимікобактеріальних препаратів мали 24 (47,1 %) особи, 22 з яких мали стійкість до ПТП, яка була класифікована наступним чином:

- Монорезистентний ТБ – 11 (50 %) випадків;
- Полірезистентний ТБ – 2 (9,1 %) випадки;
- Мультирезистентний туберкульоз – 7 (31,8 %) випадків;
- Туберкульоз із розширеною резистентністю – 2 (9,1%) випадки;
- Резистентний до рифампіцину туберкульоз – 11 (50 %) випадків.

Під час аналізу було виявлена набута резистентність у 4 (18,2 %) із 22 хворих на хіміорезистентний ТБ. З них 3 випадки резистентності з'явилися на

стаціонарному етапі лікування, що можливо відбулося внаслідок недосконалих вимог до інфекційного контролю у стаціонарі. Один випадок набутої резистентності на амбулаторному етапі лікування можливо був обумовлений відсутністю контрольованого лікування. Після корекції схеми лікування цей пацієнт був включений у проект.

Нажаль не всі хворі мали моніторинг лікування згідно Протоколу. Зокрема, у хворих на ТБ 4 категорії (хіміорезистентний ТБ) не визначається рівень креатинину, калію, тиреотропного гормону, клубочкової фільтрації та не завжди є можливість отримати консультацію окуліста чи зробити аудіограму. Це пов'язано з нестачею коштів на ці дослідження.

5.6. Аналіз дотримання протоколу лікування та оцінка результатів лікування

Дотримання Протоколу лікування відзначалось в усіх 51 випадках (100,0 %).

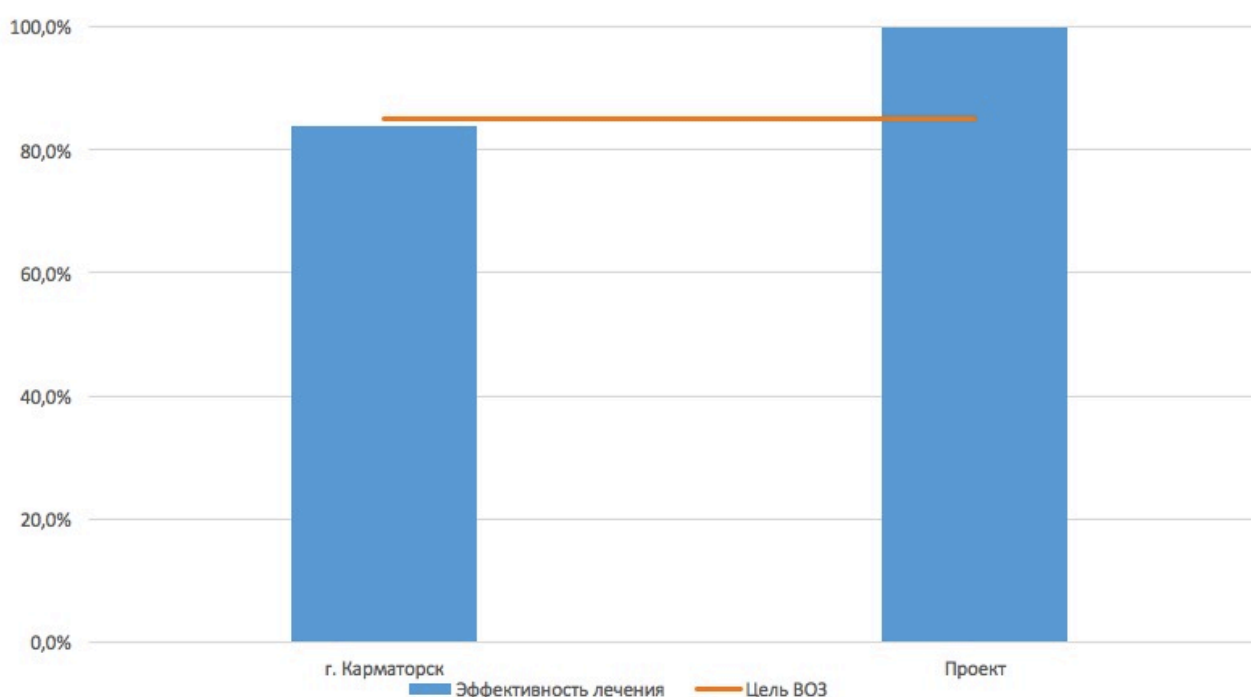
У проекті знаходилось 50 хворих після стаціонарного етапу лікування і тільки одного хворого взяли відразу в проект. Середня ($M \pm m$) кількість днів, проведених хворими у проекті, склала $149,0 \pm 11,9$ днів. Серед хворих на звичайний ТБ середня кількість днів склала $136,1 \pm 9,3$, а серед хворих на хіміорезистентний ТБ – $165,91 \pm 24,5$.

Серед хворих, що приймали участь у проекті, ми теж провели аналіз рівня необґрунтованості госпіталізації згідно з Додатком 12 наказу МОЗ України від 04.09.2014 р. № 620 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим. Туберкульоз» наведені показання до госпіталізації хворих на ТБ, які відповідають рекомендаціям ВООЗ. За даними експертної оцінки виявлено 25 (49,0 %) випадків необґрунтованої госпіталізації хворих, що склало 1935 надлишкових ліжко-днів.

Оцінка результатів лікування серед 51 хворого проводилась згідно Протоколу ТБ, в залежності від категорій хворих.

Серед 29 хворих на звичайний ТБ ефективність лікування склала 100 %, незважаючи на те, що серед них 19 (65,5 %) пацієнтів мали фактори ризику щодо відриву від лікування. Ефективність лікування серед пацієнтів м. Краматорська склала 83,8 % (98 із 117 хворих), померло 10,3 % (12 із 117), невдача по мазку 4,3 % (5 із 117), перервало лікування 1,7 % (2 із 117) за 2013. При підрахунку були виключені хворі, переведені у 4 категорію. Згідно рекомендаціям ВОЗ ефективність лікування повинна бути не менш ніж 85 %.

Рис. 5.1. Ефективність лікування пацієнтів на звичайний ТБ



Серед 22 хворих на хіміорезистентний ТБ, які приймали участь у проекті, ефективно були проліковані 19 (86,4 %), незважаючи на високий ризик щодо відриву від лікування у 21 (95,5 %) пацієнта. Ефективність лікування не досягла 100 % за рахунок 2 (9,1 %) пацієнтів, які мали невдачу лікування, внаслідок відсутності негативації в кінці інтенсивної фази лікування. Також 1 (4,5%) хворий помер від інших причин (інфаркт міокарду).

Ефективність лікування серед пацієнтів на хіміорезистентний ТБ по м. Краматорську за IV когорту 2012 р. та 1 когорту 2013 склала 53,5 %, померло 12,5 %, невдале лікування 19,3 %, перерване лікування 10,3 %, переведено 1,9 %, продовжує лікування 2,5 %.

Згідно рекомендаціям ВОЗ ефективність лікування повинна бути не менш ніж 75% серед хворих на хіміорезистентний ТБ.

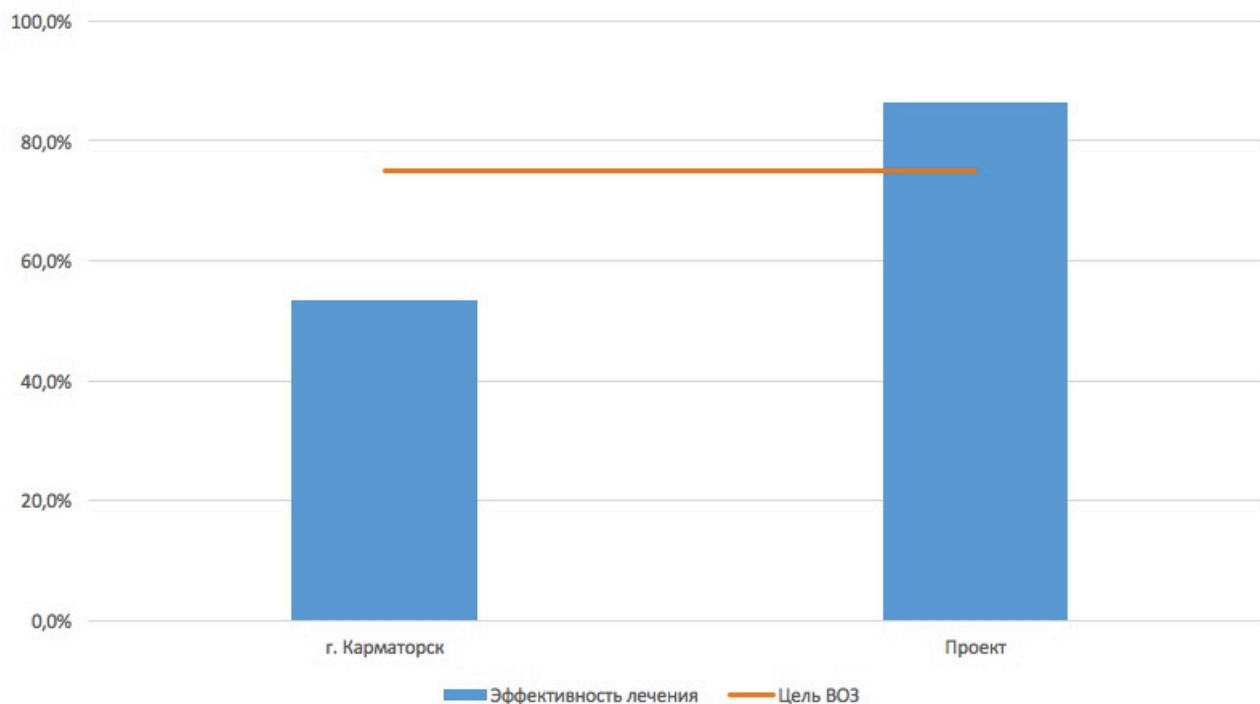


Рис. 5.2. Ефективність лікування пацієнтів на хіміорезистентний ТБ

5.7. Висновки

1. Когорта хворих на ТБ, що приймала участь у проекті, та загальна когорта хворих на ТБ були статистично порівняними за віком (середній вік $44,5 \pm 1,8$ і $41,2 \pm 0,9$ років, відповідно; $p > 0,05$).

2. Ефективність лікування хворих на чутливий ТБ у проекті достовірно ($p < 0,05$) перевищує відповідний показник по м. Краматорську на 16,2 %, з урахуванням на високий відсоток у проекті осіб з факторами ризику щодо відриву від лікування або зниження комплаєнсу (65,5 % випадків).

3. На тлі суттєвого переважання серед хворих на хіміорезистентний ТБ, залучених до проекту, осіб з факторами впливу на перебіг захворювання і на результат лікування (95,5 % випадків), ефективність лікування у проекті на 32,9 % вище такого показника по м. Краматорську ($p < 0,01$).

6. Аналіз рівня складності стаціонарних хворих

Було проведено аналіз інтегрального показника рівня складності випадків стаціонарного лікування в ПТД, відповідно до методології Діагностично-споріднених груп. Аналіз проведено за результатами лікування 819 стаціонарних хворих, які були проліковані в трьох стаціонарних відділеннях ТПД протягом 2014 року та 1-го кварталу 2015 року, використовуючи дані статистичного талону пацієнта, виписаного зі стаціонару (форма ф-066/о).

Таблиця вхідних даних наведена у додатках 2.02 та 2.03, в яких відображена інформація щодо коректності наданої інформації. В цілому рівень якості даних досить високий, всі помилки, на які було вказано представникам ПТД були виправлені.

В результаті обробки даних по ф-066/о за допомогою ПЗ “U-Groupier” кожний випадок лікування отримав коефіцієнт складності (бал), відповідно до методології DRG групування. Всі коефіцієнти були складені та отриманий інтегральний показник складності пролікованих хворих в ПТД за 2014 рік, який склав 7'903,441 балів (додаток 2.05, таблиця 1). Розділивши його на кількість випадків стаціонарного лікування (819), отримуємо середній індекс складності по ПТД, який складає 9,650 балів.

В таблиці 1 додатку 2.05 наведена порівняльна оцінка середніх індексів складності низки протитуберкульозних закладів України, серед яких є заклади Донецької області. Як видно, середній індекс складності ПТД м.Краматорськ досить високий та знаходиться на першому місці поруч з ПТД №1 м.Києва. Вище

знаходяться тільки туберкульозні відділення психоневрологічних закладів. Отже ПТД м.Краматорськ відповідає рівню закладу, який може виконувати функцію провідної профільної установи обласного рівня Донецької області. Також важливим є показник середнього терміну лікування, який складає 71,1 днів, що значно нижче від показників інших профільних закладів. Це пояснюється, що при виявленні хіміорезистентного ТБ історію хвороби закривають, хворого переводять у відділення на хіміорезистентний ТБ, де відкривають нову історію хвороби, тобто штучно скорочують середній термін лікування. Це було визначено під час рецензій історій хвороб.

В таблиці 2 додатку 2.05 наведена порівняльна таблиця навантаження на лікарів Протитуберкульозного диспансеру м.Краматорськ, в якій відображається практично рівномірне навантаження на лікарів щодо пролікованих хворих (в середньому коливається від 110 до 140 випадків).

В таблиці 2 додатку 2.05 наведена порівняльна таблиця інтегрального показника рівня складності пролікованих хворих лікарями Протитуберкульозного диспансеру м. Краматорськ, з якої видно практично однакові показники (в середньому біля 9,4 балів), що говорить про досить рівний склад лікарського персоналу відносно рівня складності випадків хвороби пацієнтів, яким вони надають медичну допомогу.

Наведені інтегральний показник складності пролікованих хворих в ПТД та середній індекс складності в подальшому будуть використовуватись при розрахунку вартості стаціонарного лікування в умовах фінансування лікарень за результатами, відповідно до методології діагностично-споріднених груп.

7. Економіко-статистичний аналіз діяльності ПТЗ

Для проведення економіко-статистичного аналізу був організований ознайомлювальний семінар для економістів та статистика ПТД м. Краматорську,

на якому були представлені мета та завдання аналізу, теоретичні основи методики ступінчатого розподілу та процес збору даних для проведення аналізу. В подальшому експерт Фонду з економічних питань провів низку контактів з представниками ПТД з метою уточнення даних для аналізу з інженерною службою, відділом кадрів, бухгалтерією, статистиками та алгоритми розподілу витрат з заступниками головних лікарів з економічних питань.

Теоретичні основи ступінчатого розподілу витрат лікарень детально викладені в матеріалах проекту Європейського Союзу «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я України» (2004-2006 роки, Web-сайт - www.healthfin.kiev.ua), посібник № 8 «Методологія розрахунку вартості для постачальників медичних послуг в Україні». Скорочений опис методики переданий спеціалістам ПТД на семінарі (Додаток 3.02).

Вихідні дані для проведення економічного аналізу діяльності ПТД за 2014 рік базувались на даних державної звітності (ф-17, ф-20, ф-2) та згруповані за центрами витрат по чотирьом групам (детальний опис даних наведений у Додатку № 3.03):

Перша – **інженерні дані** – основні параметри підрозділів, такі, як площа та об'єм приміщень, кількість закріплених за підрозділом автомобілів, телефонів, комп'ютерів, кількість ліжок (для стаціонарних відділень), тощо.

Друга – **персонал** – кількість зайнятих в підрозділі посад в розрізі категорій: керівники, лікарі, медичні сестри, молодший медичний персонал та інші фахівці.

Третя – **статистика медичної роботи** – кількість пролікованих хворих в розрізі відділень та відповідні ліжко-дні, кількість оперативних втручань, кількість лабораторних та пара клінічних досліджень, виконаних за направленням лікуючих відділень, відвідувань пацієнтів на амбулаторному рівні, та інші

Четверта – **фінансування** – прямі фінансові витрати на утримання центрів витрат. Витрати згруповані за напрямками: заробітна плата та відповідні податки, матеріальні витрати, витрати на технічне обслуговування, комунальні витрати, загально-лікарняні витрати, тощо.

7.1. Загальні результати аналізу

Мета використання методики ступінчатого розподілу витрат ПТД – перерозподіл всіх витрат лікарні за звітній період виключно на підрозділи, що надають кінцеву медичну допомогу: лікувальні відділення стаціонару, кабінети поліклініки.

Головний результат використання методики – проведено розрахунок структури середньої собівартості основних лікувальних процесів - візит хворого до поліклініки (диспансеру), лікування пацієнтів у відділеннях стаціонару, та, відповідно, ліжко-дня. Ці дані є базовими для розрахунку фактичної собівартості та тарифів на лікування пацієнтів за нозологіями (діагнозами).

Супутні результати використання методики - проведено розрахунок низки показників управлінського, економічного та статистичного характеру, що відображають такі аспекти діяльності ПТД (див. додатки 3.07 та 3.08):

- структура фактичної собівартості медичних послуг, наданих фахівцями ПТД (лікарі первинного контакту, фахівці поліклініки, відділення стаціонару, параклініка, тощо) з оцінками питомої ваги кожного зі складових частин
- оцінка прямих та непрямих витрат по кожному з відділень, оцінка фактичних витрат на лікувальний процес, утримання пацієнтів (готельні послуги) та утримання ПТД, відсоток витрат на ліки, харчування, параклінічні дослідження
- ефективність розміщення фінансових коштів (собівартість операції, собівартість візиту до лікаря, собівартість амбулаторного та стаціонарного випадку надання медичної допомоги, вартість ліжко-дня у відділеннях стаціонару, питома вага витрат на ліки, харчування, параклініку, лікуючих персонал, готельні послуги, утримання ПТД)

- показники управління персоналом (фактичне навантаження на різні категорії персоналу по ліжкам, виконаним медичних послуг, ліжко-днях)

7.2. Проведення розподілу витрат ПТД

Відповідно до методики розподілу витрат (Додаток 3.02), з даними ПТД м. Краматорська була проведена робота, яка включала наступні етапи.

Етап 1. Збір вихідних даних. Фахівці ПТД, відповідно до Інструкції (Додаток 3.03), занесли вихідні дані за результатами роботи своїх закладів у 2014 році. Додаток 3.04 містить оброблену Виконавцем та узгоджену з ПТД Excel-таблицю вихідних даних.

Етап 2. Проведення розподілу витрат. Вихідні дані, отримані від ПТД, були введені в програмне забезпечення «Cost Accounting» (Додаток 9.01 містить відповідне Авторське свідоцтво), за допомогою якого, методом ступінчатого розподілу прямих та непрямих витрат був проведений розрахунок структури витрат клінічних підрозділів ПТД. В роботі безпосередню участь приймали економісти та статистики ПТД. Результати розподілу представлені в Додатках 3.05 (розподіл прямих витрат) та 3.06 (розподіл прямих та непрямих витрат).

Етап 3. Затвердження результатів економічного аналізу. На основі структури прямих та непрямих витрат (див. Етап 2), сформовані аналітичні звіти, які були узгоджені з заступниками з економічних питань ПТД

7.3. Аналіз ефективності загальних витрат ПТЗ та відділень

В розділі представлений аналіз ефективності використання наявного ресурсу як в цілому по ПТД м. Краматорська, так і в розділі стаціонарних та амбулаторних лікувальних підрозділів. Для можливості проведення порівняльного аналізу в звіті наведені дані ПТД м. Києва, проведений у 2012 році.

7.3.1 Прямі загальні витрати ПТЗ

За результатами розрахунків (Розділ 7.2), сформовано Таблицю 7.1, в якій загальні прямі витрати ПТЗ згруповані за видами центрів витрат.

Таблиця 7.1 Групування прямих витрат ПТД

ПТЗ	загальний кошторис	адміністративні та допоміжні підрозділи		параклініка		лікувальні підрозділи		капітальні витрати	
		сума	%	сума	%	сума	%	сума	%
КМЦПТД	14 033 085	3 428 649	24%	2 618 752	19%	7 985 684	57%	0	0%
КМПТД №1	8 297 043	1 452 929	18%	1 119 200	13%	5 489 873	66%	235 041	3%
КМТЛ №1	16 344 451	2 048 854	13%	2 808 923	17%	11 446 674	70%	40 000	0,3%
КМТЛ №2	16 996 335	6 484 843	38%	1 417 923	8%	8 755 468	52%	338 101	2%
КМДКТЛ	8 788 114	1 799 400	20%	586 057	7%	6 036 357	69%	366 300	4%
ЗАГАЛОМ	64 459 028	15 214 675	24%	8 550 856	13%	39 714 056	62%	979 442	2%
ПТД м.Краматорськ	13 909 283	2 867 708	21%	1 934 635	14%	8 964 377	64%	144 237	1%

Питома вага адміністративних та допоміжних складає 21%, що є середнім показником ПТЗ, який коливається від 13% до 24%..

Питома вага капітальних витрат складає лише 1% від загального бюджету ПТЗ м. Краматорська.

7.3.2 Витрати ПТЗ на енергоносії

Витрати ПТД м. Краматорськ на опалення складають 5% від загального бюджету, на електроенергію - 2% що є середніми показниками для ПТЗ (див. Таблицю 7.2).

Таблиця 7.2 Витрати ПТЗ на енергоносії

ПТЗ	загальний кошторис	витрати на енергоносії							
		опалення	%	електроенергія	%	газ	%	загалом	%
КМЦПТД	14 033 085	797 505	6%	336 637	2%			1 134 142	8%
КМПТД №1	8 297 043	641 400	8%	127 300	2%	2 400	0,03 %	771 100	9%
КМТЛ №1	16 344 451	469 400	3%	223 800	1%	6 695	0,04 %	699 895	4%
КМТЛ №2	16 996 335			986 100	6%	2 714 363	16%	3 700 463	22%
КМДКТЛ	8 788 114	663 533	8%	116 999	1%	135 296	2%	915 828	10%
ЗАГАЛОМ	64 459 028	2 571 838	4%	1 790 836	3%	2 858 754	4%	7 221 428	11%
ПТД м.Краматорськ	13 909 283	696 600	5%	200 700	2%			821 400	7%

В загальному загальні витрати на енергоресурси ПТД м. Краматорська складають біля 7%, що є середнім показником по ПТЗ та відповідає середньому значенню показника в цілому по лікувальним закладам України.

7.3.3. Харчування

Важливим показником ефективності використання ресурсів є питома вага витрат на утримання харчоблоку в структурі загальних витрат на харчування пацієнтів. В Таблиці 7.3 представлено порівняння витрат на харчування стаціонарних хворих в ПТЗ м. Києва та інших лікарень.

Як представлено в Таблиці 7.3, питома вага витрат на утримання харчоблоку у ПТД м. Краматорська складає 27%, що є завищеним показником для лікувальних закладів (через невелику кількість ліжок), але набагато кращим, ніж такий же показник серед інших ПТЗ, що складає 46%-54% та відображає надто не ефективно використання ресурсу, оскільки є характерним для невеликих лікувальних закладів.

Для порівняння, в другій частині Таблиці 7.3 представлені відповідні показники типових лікарень України, я якої видно, що середній показник витрат

на утримання харчоблоку в загальних витратах на харчування пацієнтів коливається від 10% для великих лікарень (до 1000 ліжок) до 34%, для лікарень до 350 ліжок.

Таблиця 7.3 Розподіл витрат на харчування пацієнтів

Лікувально-профілактичний заклад	к-ть ліжок	Витрати		загальні витрати на харчування пацієнтів (грн)	питома вага витрат на утримання харчоблоку %
		продукти (грн)	утримання харчоблоку (грн)		
КМЦПТД	50	83 950	70 604	154 554	46%
КМПТД №1	120	357 627	344 098	701 725	49%
КМТЛ №1	265	773 913	840 590	1 614 503	52%
КМТЛ №2	340	1 107 063	1 063 038	2 170 101	49%
КМДКТЛ	140	453 385	541 900	995 285	54%
ЗАГАЛОМ		2 775 938	2 860 230	5 636 168	51%
Міська лікарня № 1	940	1 955 817	207 020	2 162 837	10%
Обласна клінічна лікарня	735	3 772 143	766 186	4 538 329	17%
Міська лікарня № 2	500	733 984	171 611	905 595	19%
Міська лікарня № 3	375	1 203 888	708 334	1 912 222	37%
Відомча лікарня	340	720 782	371 800	1 092 582	34%
Дитяча обласна лікарня	190	1 023 089	283 196	1 306 285	22%
ПТД м. Краматорська	180	1 532 000	577 098	2 109 098	27%

7.3.4 Структура загальних витрат стаціонарних відділень ПТЗ

Таблиця 7.4 містить узагальнену інформацію прямих та непрямих витрат стаціонарних відділень ПТЗ в розрізі загального використання ресурсу ПТЗ на лікувальний процес, утримання пацієнтів та утримання самого лікувального закладу та їх питомої ваги. Вказані витрати згруповані наступним чином.

До групи витрат на лікувальний процес пацієнтів відносяться витрати:

- зарплата медичного персоналу підрозділу та відповідні податки
- вартість медичних препаратів, використаних на лікування пацієнтів підрозділу
- вартість продуктів, виділених на харчування пацієнтів підрозділу
- витрати на параклінічні дослідження, виконані пацієнтам підрозділу

Таблиця 7.4 Розподіл загальних витрат стаціонарних відділень ПТЗ

ПТЗ	відділення	Бюджет відділення (грн)						
		загальний	лікування пацієнтів	%	утримання пацієнтів	%	утримання ЛПЗ	%
КМТЛ №1	туберкул	7 350 186.46	5 817 653.36	79%	975 161.66	13%	557 371.44	8%
	акуш-гін	2 428 499.76	2 069 552.46	85%	108 110.40	4%	250 836.90	10%
	ден.стац	1 528 079.68	1 253 724.61	82%	187 731.94	12%	86 623.13	6%
КМТЛ №2	туберкул	12 541 386.17	8 236 907.70	66%	2 177 738.34	17%	2 126 740.13	17%
	кісткове	4 116 847.74	1 561 097.44	38%	2 149 535.26	52%	406 215.04	10%
КМЦПТД	ден.стац	1 527 936.17	1 123 664.91	74%	178 371.35	12%	225 899.91	15%
КМПТД №1	1-е туберк	2 487 869.07	1 771 746.06	71%	418 451.04	17%	297 671.97	12%
	2-е туберк	2 393 189.36	1 688 353.69	71%	374 691.63	16%	330 144.04	14%
КМДКТЛ	1-е туберк	2 435 432.15	1 446 931.00	59%	315 007.80	13%	673 493.35	28%
	2-е туберк	3 318 624.03	1 931 390.61	58%	407 227.29	12%	980 006.13	30%
	кісткове	2 667 757.77	1 465 268.33	55%	467 247.38	18%	735 242.06	28%
ЗАГАЛОМ		42 795 808.36	28 366 290.17	66%	7 759 274.09	18%	6 670 244.10	16%
ПТД м.Краматорськ								
	1-е	4 169 515	3 040 888	73%	562 384	14%	566 264	13%
	2-е	3 068 970	2 305 181	75%	394 911	13%	368 877	12%
	3-е	2 708 588	1 923 398	71%	384 708	14%	400 482	15%

До групи витрат на утримання пацієнтів відносяться витрати:

- матеріальні витрати та м'який інвентар, переданий в підрозділ

- питома вага на комунальні послуги по підрозділу (опалення, електроенергія, вода, газ)
- питома вага підрозділу по затратам на харчоблок та пральню

До групи витрат на **утримання закладу** відносяться витрати:

- інші прямі та непрямі витрати по підрозділу

Аналіз Таблиці 7.4 показує досить непогану ефективність використання ресурсу ПТД м. Краматорськ по відношенню до інших ПТЗ, зокрема:

1. Витрати на лікувальний процес складають 71%-75% від загальних витрат на стаціонарні відділення, що є середнім показником серед інших ПТЗ, де розкид показників питомої ваги на лікувальний процес досить великий (від 55% до 85%)..

2. Питома вага на утримання пацієнтів у відділеннях відносно рівна по всіх відділеннях на коливається в діапазоні 13%-18%.

3. Питома вага на утримання самого медичного закладу, як правило, коливається в діапазоні 12% - 17%.

7.4. Аналіз структури собівартості медичної допомоги в ПТЗ

В додатках 3.05 – 3.06 представлені таблиці, які містять структуру собівартості медичної допомоги у відділеннях ПТД м. Краматорська, розкладену за 25 складовими. Одним з важливіших показників використання ресурсу медичного закладу є загальна собівартість ліжко-дня, вартість медикаментозного забезпечення та харчування пацієнта за день та середня собівартість амбулаторного відвідування пацієнта. Таблиця 7.6 містить узагальнені дані по відділенням стаціонарного та амбулаторного лікування у ПТД м. Краматорська та, для порівняння, дані ПТД м. Києва (за результатами аналізу 2012 року при курсі національної валюти, що був майже в три рази менший).

Таблиця 7.6 Собівартість медичної допомоги у відділеннях ПТЗ

ПТЗ	відділення		вартість ліжко-дня (грн.)	амбулаторні
-----	------------	--	---------------------------	-------------

		вартість стаціонарного випадку (грн)				відвідування	
			ліжко- день	медика- менти	харчу- вання	к-ть відвід.	вартість (грн.)
КМТЛ №1	туберкул	16 189.84	149.14	21.04	11.73		
	Акуш-гін	11 243.05	759.38	42.38	11.73		
	ден.стац	8 633.22	56.81	11.74	4.83		
	фтизіатрич					92 452	54.06
КМТЛ №2	туберкул	23 842.94	189.39	18.02	14.38		
	кісткове	49 010.09	381.72	18.79	14.38		
КМЦПТД	ден.стац	17 562.48	101.46	9.62	5.54		
	фтизіатрич					155 609	77.03
	Інші					5 142	100.02
КМПТД №1	1-е туберк	27 339.22	122.88	11.49	9.07		
	2-е туберк	12 529.79	124.89	11.49	9.07		
	фтизіатрич					48 162	62.86
КМДКТЛ	1-е туберк	11 070.15	262.41	7.00	13.76		
	2-е туберк	14 749.44	233.66	9.10	13.76		
	кісткове	56 760.80	281.94	5.13	13.76		
В середньому:		18 462.38	175.53	15.28	11.27		68.11
ПТД Краматорськ							
	1-е	13 121,14	186,16	4,24	30,41		
	2-е	12 577,75	176,75	18,49	24,51		
	3-е	11 624,84	152,45	4,54	23,95		

Аналіз Таблиці 7.6 показує наступне:

1. Собівартість ліжко-дня у стаціонарних відділеннях ПТД м. Краматорська коливається в межах 152,45 - 186,16 грн., в той же час в ПТЗ м. Києва цей показник значно вище.

2. Для подальших розрахунків, які базуються на середній собівартості ліжко-дня за 2014 рік та 1-й квартал 2015 року, проведено додатковий аналіз витрат ПТД м. Краматорська за 1-й квартал 2015 році. Таким чином, для подальших розрахунків було визначено середню собівартість за вказаний період у розмірі 190,20 грн.
3. Витрати на медикаменти у стаціонарних відділеннях ПТД м. Краматорська коливаються від 4,24 грн. до 18,49 грн., тобто відрізняються майже втричі. Але це обумовлено різними типами випадків хворих на ТБ

7.5. Аналіз ефективності використання фінансових ресурсів ПТЗ

Базуючись на результатах аналізу необґрунтованої госпіталізації та тривалості перебування хворих у стаціонарі за даними експертної оцінки (див. Додаток 2.04), та середньої вартості ліжко-дня лікування у стаціонарних відділеннях (див. розділ 7.4), проведений експертний аналіз необґрунтованих витрат фінансів, які були виділені на фінансування ПТЗ у 2014 - 2015 році .

В процесі експертної оцінки історій хвороби (див. Розділ 4.4), по кожному стаціонарному відділенню ПТЗ із загальної кількості пролікованих хворих було проаналізовано визначену за формулою репрезентативну кількість історій хвороби, що склало відповідний відсоток. За результатом аналізу був визначений рівень необґрунтованої госпіталізації та кількість ліжко-днів, які хворі не добули або перележали у стаціонарі. Інтерпольована різниця у ліжко-днях на всі історії хвороби склала 12'787 (див. Розділ 7.4), помножена на середню собівартість ліжко-дня 190,20 грн. (див. Розділ 7.4) визначає оціночну вартість витрат на утримання хворих, перебування яких у стаціонару не мало клінічних показань та склала 2'432'081,46 грн.

Відповідно до проведених розрахунків, загальний бюджет ПТД м. Краматорська за період 4-го кварталу 2014 року та 1-го кварталу 2015 року склав 7'302'373,58 грн. Таким чином, питома вага загальних витрат ПТД м.

Краматорська від госпіталізації без клінічних показань складає біля **33,3%** суми загального їх бюджету.

7.6. Вартість курсу лікування основних ТВ випадків

Фахівцями проекту були проведені розрахунки собівартості календаря моніторингу лікування та оцінка вартості лікарських засобів, необхідних на курс лікування, відповідно до протоколу по основним випадкам захворювання на туберкульоз (див. Додатки 4.10 - 4.23). Розрахунки базувались на основі вартості лікарських засобів (Додаток 4.02), вартості лабораторних досліджень (Додаток 4.03) та вартості параклінічних досліджень (Додаток 4.04).

По кожному з основних випадків захворювання на туберкульоз проведені розрахунки містять:

- вартість лікарських засобів, необхідні на активну фазу лікування
- вартість лікарських засобів, необхідні на підтримуючу фазу лікування
- вартість проведення моніторингу стану хворого продовж лікування

Вказані розрахунки включені до зведеної таблиці собівартості лікування ТВ хворих за трьома моделями лікування, яка представлена в Додатку 4.01. Кількість пацієнтів по кожному з основних випадків ТБ була взята із державних статистичних форм. Перша частина таблиці містить собівартість витрат на лікування пацієнтів (ліки, дослідження, консультація спеціалістів), не залежно від моделі лікування.

Друга частина таблиці містить розрахунки витрат, необхідні на забезпечення лікувального процесу за трьома моделями:

- комбінована (стаціонарне та амбулаторне лікування)
- мобільна (для груп ризику)
- амбулаторна

При розрахунку вартості кожної з моделей враховані наступні дані, отримані з допомогою проведення економіко-статистичного аналізу діяльності ПТД м. Краматорська (див. Розділ 6), а саме:

- середня вартість ліжко-дня (без медикаментозного забезпечення)
- вартість виїзду мобільної бригади
- вартість амбулаторного відвідування ДОТ кабінету
- вартість амбулаторного відвідування до ПТД м.Краматорск
- вартість доплати пацієнту з урахуванням податків.

Загальні розрахунки можливих витрат по трьом моделям витрат, необхідні на забезпечення лікувального процесу, представлені в останній частині таблиці 4.01:

- комбінована 44,9 млн.грн.
- мобільна 36,2 млн.грн.
- амбулаторна 29,1 млн.грн.

Отже, використання мобільної моделі забезпечення лікувального процесу може забезпечити біля **19%** економії ресурсу.

Вказані розрахунки показують, що використання амбулаторної моделі лікування дозволяє вивільнити понад **35%** ресурсу, який можна розподілити на:

- доплату медичному персоналу
- ремонт туберкульозних закладів та їх до оснащення
- покращення харчування пацієнтів
- покращення медикаментозне забезпечення
- проведення повноцінного моніторингу

8. Управлінське та нормативно-правове обґрунтування

Забезпечення протитуберкульозної допомоги населенню здійснюється за рахунок видатків з Державного бюджету України, зокрема з Загальнодержавної

цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012-2016 роки, та з обласних бюджетів.

При цьому для планування бюджетних фінансових ресурсів на рівні бюджетів адміністративно-територіальних одиниць використовується такий управлінський інструмент як програмно-цільовий метод.

За умови адекватних розробки, планування, фінансування й контролю за виконанням відповідних бюджетних програм, застосування цього управлінського та фінансового інструменту дозволяє забезпечити чітке та прозоре визначення чітких цілей, яких має бути досягнуто (очікуваний результат), заходів яких має бути вжито в рамках програми для їх досягнення (об'єкти фінансування) та необхідних для цього ресурсів, і дає можливість уникнути нецільового використання бюджетних коштів, забезпечити результативне їх витрачання та персональну відповідальність керівників закладів охорони здоров'я за досягнення результатів бюджетних програм.

Разом з тим, слід взяти до уваги той факт, що при подальшому розподілі виділених для фінансового забезпечення реалізації вказаної вище загальнодержавної цільової програми бюджетних коштів між медичними закладами, які є виконавцями зазначеної програми, застосовується метод постатейного кошторису витрат,

Саме на основі цього методу й забезпечується оплата діяльності (точніше – утримання) протитуберкульозних медичних закладів за рахунок коштів відповідних бюджетів.

В межах зазначеного методу оплати діяльності медичних закладів одиницею оплати є конкретні жорстко встановлені статті витрат, яких обов'язково має дотримуватися постачальник послуг (виконавець програми).

Відтак він має вкрай обмежені права щодо перерозподілу коштів між статтями кошторису бюджетних витрат, що зумовлює технічну неефективність діяльності постачальників медичних послуг. Адже жорстка регламентація необхідності обов'язкового дотримання кошторису та відсутність гнучкості

обмежують можливість перерозподілу коштів між статтями витрат, необхідного для того, щоб краще реагувати на зміни у споживанні послуг чи реальних потребах населення.

Постатейний бюджет (кошторис), що базується на основі таких вхідних факторів як нормативи ліжок та персоналу, кількість ліжко-днів тощо, створює для лікарень стимули використовувати більше вхідних факторів (наприклад, кількості працівників, ліжок), на підставі яких визначається бюджет, і працювати в рамках виділеного бюджету.

Водночас, в межах зазначеного методу оплати медичні заклади фактично позбавлені будь-яких стимулів для підвищення ефективності та якості своєї діяльності – адже зміна їх показників жодним чином не впливає ані на фінансовий стан самих закладів, ані на рівень оплати праці їх працівників (остання здійснюється на основі такого платіжного механізму як фіксована заробітна платня, яка не залежить від обсягів та якості роботи кожного конкретного медичного працівника).

За таких умов має місце пасивна утилізація бюджетних коштів закладами охорони здоров'я та їх працівниками, які не мають жодних мотивацій до поліпшення якості та ефективності своєї діяльності.

З огляду на виклики, які створюють зазначені вище методи оплати діяльності медичних закладів та медичних працівників, переважна більшість розвинутих країн та країн, що розвиваються, у своїй практиці фінансування постачальників медичних послуг за рахунок публічних фінансів вже перейшли чи переходять до використання методів оплати діяльності постачальників медичних послуг, орієнтованих на результати діяльності (*result-based payment methods*).

Використання такого підходу набуває характеру загальноприйнятого світового тренду, оскільки орієнтовані на результат методи оплати при правильному їх застосуванні дозволяють досягти позитивних змін як у сфері якості, так і у сфері економічної ефективності медичного обслуговування, забезпечуючи водночас поліпшення показників здоров'я та рівня задоволеності

пацієнтів діяльністю системи хорони здоров'я з однієї сторони, та поліпшення використання публічних ресурсів цієї галузі, що створюються за рахунок платників податків - з іншої. Саме тому інструменти оплати, орієнтованої на результат привертають увагу дедалі більшої кількості урядів, метою яких є підвищення ефективності внутрішньої політики у різних секторах бюджетної сфери, одним з найскладніших та найважливіших серед яких є охорона здоров'я.

Оплата за результатами – це тип інструментів державної бюджетної політики, застосування яких передбачає здійснення платежів на основі незалежної перевірки результатів діяльності виконавця.

Ці інструменти мають три спільні основні риси:

- платежі за заздальгідь узгоджені результати;
- самостійне вирішення одержувачем коштів питань про те, як має бути організована його робота для досягнення (забезпечення) запланованих результатів;
- пусковим механізмом для виплати є незалежна перевірка.

Виходячи з цього, ключовими умовами для забезпечення можливості практичного застосування цих інструментів, зокрема, у сфері охорони здоров'я є:

- визначення відповідного методу оплати;
- забезпечення достатнього рівня господарської (тобто, управлінської та фінансової) автономії (самостійності) публічних медичних закладів;
- розмежування функцій платника (покупця) та постачальника медичних послуг;
- запровадження стратегічних закупівель медичних послуг шляхом переходу від кошторисного утримання державних і комунальних медичних закладів до укладення договорів про надання медичної допомоги населенню між цими закладами та відповідними розпорядниками бюджетних коштів.

Важливим є те, що, за наявності розуміння та політичної волі органів, які є відповідальними за прийняття відповідних управлінських рішень, започаткування переходу до використання орієнтованих на результат методів

оплати постачальників медичних послуг є принципово можливим у межах чинного законодавства України.

По-перше, в межах чинного законодавства України існують цілком реальні правові можливості для забезпечення автономізації державних та комунальних закладів охорони здоров'я.

Автономізації цих закладів може бути досягнуто шляхом зміни їх господарсько-правового статусу, яка передбачає реорганізацію цих закладів, як нині існують у формі так званих бюджетних установ, у суб'єкти господарювання із статусом державного чи комунального підприємства.

Для забезпечення цього процесу стосовно комунальних медичних закладів мають бути прийняті відповідні рішення органами місцевого самоврядування (тобто, відповідними місцевими радами). Можливість прийняття таких рішень передбачена частиною першою статті 143 Конституції України, відповідними положенням статей 26 та 43 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» та статтею 78 Господарського кодексу України.

При цьому оптимальною формою реорганізації комунальних закладів охорони здоров'я, що у даний час існують у формі бюджетних установ, є реорганізація у комунальне некомерційне підприємство.

Саме ця форма видається найбільш прийнятною для забезпечення автономізації комунальних медичних закладів, оскільки вона, з однієї сторони, дозволяє надати таким закладам достатній рівень господарської автономії, використавши для цього позитиви, характерні для статусу підприємств усіх видів (як комерційних, так і некомерційних), а з іншої – забезпечити відповідний контроль за діяльністю таких закладів та запобігти надмірній комерціалізації сфери у сфері надання медичних послуг та сприяти збереженню соціальної функції таких закладів.

По-друге, в межах чинного законодавства існують реальні правові можливості для забезпечення запровадження стратегічних закупівель медичних послуг на основі договорів між відповідними головними розпорядниками

бюджетних коштів та державними й комунальними підприємствами, які поширюються у тому числі й на сектор охорони здоров'я.

Зокрема, підпункт 8 пункту «а)» ст. 27 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» одним з власних повноважень виконавчих органів сільських, селищних, міських рад визначає можливість розміщення на договірних засадах замовлень на виробництво продукції, виконання робіт (послуг), необхідних для територіальної громади, на підприємствах, в установах та організаціях.

Крім того, пункт 20 статті 1 Закону України «Про здійснення державних закупівель», у якому наведено визначення поняття «послуги», включає до складу цього поняття серед низки інших предметів закупівлі й медичне обслуговування», поширюючи тим самим дію цього Закону на зазначену сферу.

По-третє, чинне законодавство України на даний час не встановлює якихось обмежень та особливостей щодо застосування методів (механізмів, порядку) оплати за послуги, що надаються постачальниками медичних послуг в межах договорів про медичне обслуговування населення, укладених з відповідними розпорядниками бюджетних коштів. Отже, у межах зазначених договорів можуть бути застосовані й погоджені сторонами орієнтовані на результат методи оплати за виконання цих договорів.

Таким чином, повноцінне використання відповідними органами місцевого самоврядування зазначених вище стратегій у формуванні та розподілі бюджетних ресурсів може сприяти більш ефективному їх використанню та підвищенню якості медичної допомоги особам, хворим на туберкульоз. Застосування цих підходів могло б сприяти, у тому числі, зменшенню надмірної кількості ліжок у протитуберкульозних медичних закладах до рівня, що відповідає реальним потребам надання стаціонарної допомоги туберкульозним хворим, забезпечивши при цьому як надання медичної допомоги відповідно до встановлених клінічних стандартів, та збере, та перенаправленню вивільнених в результаті цього

бюджетних коштів на фінансування інших важливих для пацієнтів напрямів видатків при збереженні загального рівня бюджетного фінансування.

Рекомендації:

1. Забезпечити реорганізацію відповідних комунальних закладів охорони здоров'я із статусом бюджетних установ шляхом їх перетворення у комунальні некомерційні підприємства, розглянувши при цьому можливість створення спільних міжрайонних підприємств чи міжрайонних об'єднань таких підприємств.

2. Юридичним департаментам органів державної влади провести детальне вивчення нормативно-правових актів щодо підготовки та проведення процедури перетворення бюджетних закладів охорони здоров'я в комунальні некомерційні підприємства та укладання відповідних договорів на надання медичної допомоги та послуг

3. Забезпечити процес підготовки менеджера лікаря (головного лікаря) та заступника з економічних питань щодо організації роботи лікарні в умовах комунального некомерційного підприємства

4. Фінансовим органам провести зміни до бюджету для можливості фінансування комунального некомерційного підприємства відповідно до об'єму та якості наданих медичної допомоги та послуг

9. Висновки

Проведений економічний аналіз дальності ПТД м. Краматорська за результатами діяльності у 2014-2015 роках та фінансова оцінка моделей організації лікувального процесу показує наступне:

1. Існує велика сума фінансових втрат через утримання пацієнтів в стаціонарних відділеннях без клінічних показань до госпіталізації, яка

складає понад 2,4 млн. грн., або 33,3% від загального об'єму витрат на утримання стаціонару (див. Розділ 7.5).

2. Ефективність лікування хворих на чутливий ТБ у проекті достовірно ($p < 0,05$) перевищує відповідний показник по м. Краматорську на 16,2 %, з урахуванням у проекті високого відсотку осіб з факторами ризику щодо відриву від лікування або зниження комплаєнсу (65,5 % випадків).
3. На тлі суттєвого переважання серед хворих на хіміорезистентний ТБ, залучених до проекту, осіб з факторами впливу на перебіг захворювання і на результат лікування (95,5 % випадків), ефективність лікування у проекті на 32,9 % вище такого показника по м. Краматорську ($p < 0,01$).
4. Використання мобільної моделі для лікування пацієнтів з групи ризику може надати економію фінансових ресурсів в розмірі до 19% (див. Розділ 7.6).
5. Використання амбулаторної моделі для лікування пацієнтів може надати економію фінансових ресурсів в розмірі до 35% (див. Розділ 7.6).
6. Перетворення бюджетних установ в комунальні некомерційні підприємства надає нові можливості регіону щодо підвищення ефективності та якості надання медичної допомоги туберкульозним хворим без зміни об'єму фінансування