

В.М. ЛЕХАН, В.Г. ГІНЗБУРГ

ТЕОРЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ МОДЕЛІ ІНТЕГРОВАНОЇ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Мета: теоретичне обґрунтування моделі інтегрованої системи медичної допомоги в Україні для підвищення якості та ефективності медичного обслуговування населення.

Матеріали і методи: системний підхід і аналіз, концептуальне моделювання.

Результати. Теоретично обґрунтовано загальну модель інтеграції медичної допомоги в Україні, провідними компонентами якої є координація діяльності (між рівнями медичної допомоги, закладами охорони здоров'я та їх структурними підрозділами); командна робота лікарів різних спеціальностей, наступність медичного обслуговування. Умовами, що забезпечують реалізацію моделі, визначені: стандартизація медичної допомоги, створення потужного фінансового пулу, налагодження ефективного обміну інформацією між учасниками процесу надання медичної допомоги та створення системи колективної відповідальності за результати діяльності системи.

Висновки. Інтеграція медичної допомоги дозволяє підвищити її дієвість та ефективність.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: медична допомога, інтеграція, модель.

Однією з провідних стратегій зміцнення систем охорони здоров'я є виявлення та усунення перешкод у наданні медичних послуг у вибраних пріоритетних областях поліпшення здоров'я [16].

Складність систем надання допомоги часто призводить до втрати відчуття відповідальності за проблеми людини, до поганої комунікації між партнерами з надання допомоги, до дублювання завдань і виникнення прогалин у допомозі, що, в свою чергу, може спричинити незадовільні наслідки як для пацієнта, та і для всієї системи. Європейське Регіональне Бюро ВООЗ у документі, присвяченому формуванню нової європейської політики в охороні здоров'я «Здоров'я-2020», «Орієнтувати системи охорони здоров'я на потреби людей – інноваційний підхід до поліпшення здоров'я» зазначає, що погана координація структур та недостатня інтеграція процесів надання медичних послуг істотно підривають якість функціонування систем охорони здоров'я [16], яка проявляється у недостатній взаємодії окремих медичних служб, у відсутності необхідної координації їхньої діяльності та недостатній наступності у веденні пацієнтів, слабкій націленості на досягнення кінцевого клінічного та економічного результату. Втрати в системі виникають перш за все «на стиках» між окремими секторами і видами медичної допомоги, що негативно позначається на якості медичної допомоги та створює ланцюжок додаткових витрат. До основних причин поганої координації відносять слабкість стратегічного керівництва системами

охорони здоров'я та роздробленість механізмів надання послуг, відсутність фінансових стимулів і фінансових стратегій, що сприяють чіткій координації медичної допомоги, необґрунтовані відмінності у клінічній практиці лікарів.

Фрагментація діяльності медичних служб останнім часом стала серйозним викликом для систем управління охороною здоров'я. Її подолання та формування інтегрованих систем стало розглядатися ВООЗ та провідними міжнародними експертами як самостійний напрямок державної політики [4;9;12]. Водночас в Україні проблемам інтеграції медичної допомоги увага практично не приділялася, що і обумовило актуальність проведеного дослідження.

Наукове дослідження виконане в рамках НДР «Наукове обґрунтування модернізації системи медичного обслуговування на регіональному рівні», № держреєстрації 0114U000928.

Мета дослідження: теоретичне обґрунтування моделі інтегрованої системи медичної допомоги в Україні для підвищення якості та ефективності медичного обслуговування населення.

Матеріали і методи. Об'єкт дослідження – система організації медичної допомоги. Інформаційна база – фактичні дані щодо інтеграції медичної допомоги в різних країнах та дані власних досліджень щодо організації та результативності медичної допомоги.

Використано комплекс методів дослідження: системний підхід і аналіз, концептуальне моделювання, метод організаційного експерименту.

Результати дослідження та їх обговорення. Інтегрована допомога, за визначенням ВООЗ, – це концепція надання медичної допомоги, що забезпечує координованість дій окремих постачальників медичних послуг з метою досягнення економічної ефективності, поліпшення якості і підвищення рівня задоволеності користувачів і постачальників медичної допомоги. Засоби для цієї мети включають: зниження неефективності в рамках системи, підвищення безперервності процесу надання медичної допомоги та розширення прав і можливостей споживачів послуг [13].

Створення інтегрованих систем потребує певних трансформацій в організації надання всього спектра медичних послуг відповідно до потреб пацієнтів. Ключовими принципами, яким повинна відповідати інтегрована система медичної допомоги, є [15]:

1. Комплексність послуг з усіх аспектів лікування – надання пацієнтові всього континууму необхідних послуг (від первинної початкової до третинної медичної допомоги, а також співробітництво між медичними закладами та організаціями соціальної допомоги).

2. Фокус на пацієнта – в центрі уваги інтегрованих систем – пацієнт та задоволення його потреб у медичній допомозі.

3. Територіальне охоплення з максимізацією доступу пацієнтів до послуг і мінімізацією їх дублювання (дослідження, проведені в Сполучених Штатах, показують, що, як мінімум, 1000 000 клієнтів необхідні для підтримки розробки ефективних інтегрованих систем).

4. Стандартизація надання медичної допомоги із застосуванням міждисциплінарних команд, в яких ролі та обов'язки всіх членів команди чітко визначені, щоб забезпечити плавні переходи пацієнтів від отримання одного пакету послуг до іншого.

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

6. Застосування сучасних інформаційних систем – більшість з розглянутих вище процесів потребує інформаційної підтримки, у тому числі й з використання загальносистемних автоматизованих інформаційних систем, що дозволяє забезпечити ефективний обмін інформацією між учасниками інтегрованої системи для забезпечення безперервності та наступності медичної допомоги пацієнтам.

7. Організаційна культура і лідерство – впровадження та функціонування інтегрованої системи охорони здоров'я вимагає лідерства та організаційної культури, які нівелюють перешкоди,

пов'язані з особливостями ментальності лікарів різних спеціальностей, лікарів та інших постачальників послуг.

8. Інтеграція лікарів – лікарі повинні бути ефективно інтегровані на всіх рівнях системи і відігравати роль лідера в розробці, впровадженні та експлуатації комплексної системи охорони здоров'я.

9. Удосконалення структури управління – розвиток структур управління, що сприяють координації з представництвом від різних заінтересованих груп, які беруть участь у наданні всього континууму медичних послуг.

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

Однак переконливих доказів ефективності різних форм і механізмів інтеграції, за твердженням ВООЗ, поки що не існує. Інтеграція може здійснюватися в різних і складних структурних конфігураціях, відображаючи відмінності в обстановці та історичні шляхи, пройдені системами охорони здоров'я, а також спектр можливостей для створення і підтримки зв'язків між різними компонентами системи. Тому кожна країна повинна, будуючи інтегровані системи, знаходити свої власні найкращі рішення, ґрунтуючись при цьому на досвіді інших країн [5].

Спираючись на сформульовані принципи інтеграції медичної допомоги та результати наукових досліджень, присвячених пошуку напрямів і механізмів інтеграції в різних країнах [7;8;11], було теоретично обґрунтовано загальну модель інтеграції медичної допомоги в Україні (рис. 1).

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

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

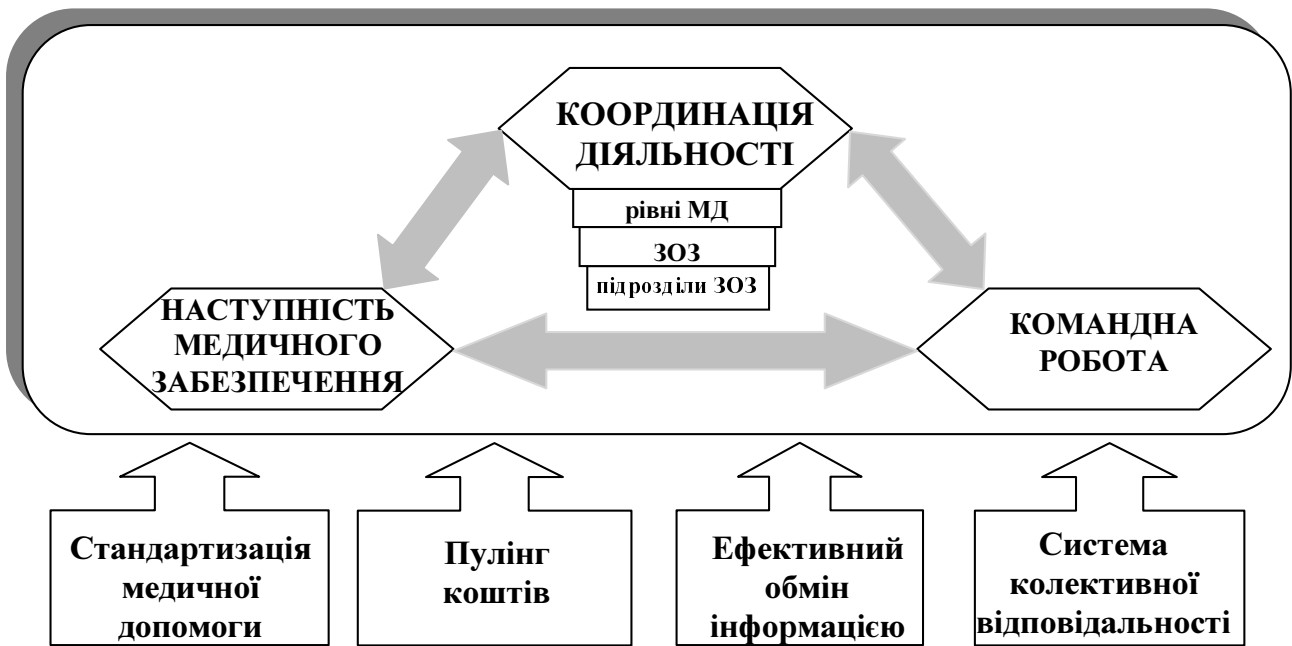


Рис. 1. Загальна модель інтеграції медичної допомоги в Україні

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

Командна робота різних спеціалістів передбачає інтеграцію цілей, яка підкріплюється інтенсивними взаємовідносинами між різними учасниками, зближення їхніх цінностей та методів роботи – професійна інтеграція.

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

Основними компонентами (умовами), що забезпечують реалізацію інтегрованої моделі, визначені стандартизація медичної допомоги, створення потужного фінансового пулу, налагодження ефективного обміну інформацією між

учасниками процесу надання медичної допомоги та створення системи колективної відповідальності за результати діяльності системи.

Стандартизація медичної допомоги є стрижневою основою створення системи інтегрованої медичної допомоги. Напружена діяльність зі створення в Україні сучасних, заснованих на принципах доказової медицини, клінічних рекомендацій та клінічних протоколів часто проводиться різними групами експертів окремо для різних рівнів медичного обслуговування, амбулаторної, стаціонарної допомоги та ін. Проте існує взаємна залежність одних стандартів від інших, тому комплексність стандартизації є одним з провідних викликів і одночасно однією з головних труднощів в цій роботі. Для забезпечення цілісності лікувально-діагностичного процесу, наступності та взаємозв'язку в роботі різних медичних організацій та різних спеціалістів необхідне створення загальних або наскрізних клінічних рекомендацій/клінічних протоколів, які визначають правила клінічної роботи, критерії переходу пацієнта з одного рівня медичного обслуговування на інший у багатокомпонентній та багаторівневій системі надання медичної допомоги.

Доведено, що однією з основних перешкод до інтеграції медичного обслуговування є фрагментованість фінансових потоків [10]. В Україні існує трирівнева система розподілу бюджетних коштів на охорону здоров'я (державний/національний, регіональний, районний/міський рівні) та наявні паралельні системи фінансування відомчих систем охорони здоров'я, що створює

бар'єри для отримання необхідної медичної допомоги належної якості, які важко подолати. Щоб домогтися змін і трансформацій у системах охорони здоров'я, спрямованих на поліпшення координації та інтеграції надання медичних послуг, потрібні міцні механізми фінансування охорони здоров'я, зокрема зменшення роздробленості каналів фінансування системи охорони здоров'я (об'єднання ресурсів); прийняття таких механізмів закупівель, які стимулюють раціональну поведінку постачальників; зменшення нераціональності в структурі систем надання послуг. У доповіді ВООЗ за 2010 рік «Фінансування системи охорони здоров'я – шлях до універсального охоплення» зазначається, що «...консолідація пулів із самого початку реформування повинна бути частиною стратегії. Існування численних пулів неефективне, оскільки дублює один одного та збільшує вартість адміністративних та інформаційних систем. Вони також утруднюють захист від фінансового ризику та досягнення соціальної справедливості. Для того, щоб система охорони здоров'я працювала, необхідно об'єднати пули, створити дійсно єдиний пул, в рамках якого можливо було б вирівнювати ризику» [14]. Lee Jong-wook (6-й генеральний директор ВООЗ 2003–2006 рр.) зазначав, що завдання реформування систем охорони здоров'я полягає в тому, «... щоб створити такі системи охорони здоров'я, які можуть відповідати наявним потребам та усувати фінансові бар'єри при отриманні медичної допомоги...» [6].

Тому модель інтегрованої допомоги передбачає створення/існування потужного фінансового пулу бюджетних коштів на регіональному рівні та інтеграцію відомчих медичних установ у територіальні системи охорони здоров'я як беззаперечну умову для усунення дублювання фінансових потоків [3].

Для чіткої координації медичної допомоги необхідно мати відповідні фінансові стратегії та фінансові стимули, які формують колективну відповідальність, пов'язуючи результати діяльності із системою оплати медичних послуг та їх постачальників і, таким чином, мотивуючи учасників інтегрованої системи до об'єднання зусиль. Для цього напрацьовані різні механізми: сумісні стимули для закладів/підрозділів для поліпшення показників, які характеризують здоров'я відповідних контингентів населення, використання територіального подушного нормативу для всіх рівнів допомоги тощо. Однак найбільш простим та результативним є механізм оплати за результатами діяльності з цільовими значеннями показників, які потребують координації [1].

Важливою умовою забезпечення належної безперервної послідовності надання допомоги та

поліпшення координації послуг різних постачальників у кожен даний момент і протягом усього часу медичного обслуговування є більш тісна інформаційна взаємодія між медичними службами, активний обмін інформацією між постачальниками послуг та лікарями різних спеціальностей.

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

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

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

Модель інтеграції медичної допомоги була використана для обґрунтування та розробки інтегрованої системи організації перинатальної допомоги, дієвість та ефективність якої була доведена в масштабному лонгітудинальному організаційному експерименті [2].

Висновки

Теоретично обґрунтовано загальну модель інтеграції медичної допомоги в Україні, провідними компонентами якої є координація діяльності (між рівнями медичної допомоги, між різними закладами охорони здоров'я, що належать до одного рівня, та між структурними підрозділами одного закладу); сумісна (командна) робота лікарів

різних спеціальностей та середнього медичного персоналу, а також наступність медичного обслуговування, як в межах одного медичного закладу, так і між закладами різних рівнів. Умовами, що забезпечують реалізацію інтегрованої моделі, визначені: стандартизація медичної допомоги, створення потужного фінансового пулу, налагодження ефективного обміну інформацією між

учасниками процесу надання медичної допомоги та створення системи колективної відповідальності за результати діяльності системи.

Перспективи подальших досліджень полягають у подальшому застосуванні моделі інтеграції медичної допомоги для розробки інтегрованих систем організації медичної допомоги для різних груп пацієнтів.

Список літератури

1. *Комментарии* Всемирного банка на промежуточный доклад экспертной группы «Здоровье и среда обитания человека». Москва, ноябрь 2011 года [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://strategy2020.rian.ru/load/366215667>. – Название с экрана.
2. *Лехан В. М.* Медико-соціальне обґрунтування, розробка та впровадження інтегрованої системи організації перинатальної допомоги / В. М. Лехан, В. Г. Гінзбург // Вісн. проблем біології і медицини. – 2014. – Вип. 4, Т. 4 (116). – С. 277–282.
3. *Лехан В. М.* Основні проблеми управління у фінансуванні охорони здоров'я в Україні. потенціал щодо вдосконалення державного фінансування системи [Електронний ресурс] / В. М. Лехан. – Режим доступу: <http://edisk.ukr.net/?do=dir#cdir=i103915267>. – Назва з екрану.
4. *Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния в контексте политики Здоровье-2020: реализация положений Таллиннской хартии 2008 г.* Таллинн, Эстония, 17–18 октября 2013 г. Европейский региональный комитет. Шестидесят четвертая сессия. Копенгаген, Дания, 15–18 сентября 2014 г. 23 июля 2014 г. EUR/RC64/9 140462
5. *Улучшение деятельности служб оказания медицинской помощи: пациент в центре систем здравоохранения.* Второе совещание по подготовке Европейской министерской конференции ВОЗ по системам здравоохранения “Системы здравоохранения–здоровье–благосостояние”. Блед, Словения, 19–20 ноября 2007 г. EUR/08/5085699 14 января 2008 г. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2008. – 42 с.
6. *Усовершенствованные системы здравоохранения спасают жизни.* Основы Европейской стратегии ВОЗ по развитию систем здравоохранения. – ЕРБ ВОЗ, 2008.
7. *Шевский В. И.* Интеграция усилий медицинских организаций при оказании пациентам медицинской помощи: мнение врачей / В. И. Шевский, И. М. Шейман, А. Р. Ахметзянов, И. В. Зарочинцева // Здравоохранение. – 2013. – № 6. – С. 42–59; № 7. – С. 24–35.
8. *Шевский В. И.* Проблемы формирования интегрированной системы здравоохранения / В. И. Шевский, И. М. Шейман // Вопр. государственного и муниципального управления. – 2013. – № 3. – С. 24–44.
9. *Blantes F.* Building a bridge from fragmentation to accountability – the prometheus payment model / F. Blantes, M. Rosenthal, M. Painter // *New England Journal of Medicine*. – 2009. – Vol. 10. – P. 1033–1036.
10. *Clague C.* The Integrated Care Network: Bringing the NHS and Local Government Together / C. Clague // *British Journal of Healthcare Computing & Information Management*. – 2004. – Vol. 21. – P. 19–20.
11. *Enthoven A.* Integrated Delivery Systems: The Cure for Fragmentation / A. Enthoven // *Am. J. Manag. Care*. – 2009. – P. 284–290.
12. *Grune O.* Trends in Integrated Care – Reflections on Conceptual Issues [Electronic resource] / O. Grune, M. Garcia-Barbero. – Copenhagen : World Health Organization, 2002. – EUR/02/5037864 Available at: www.euro.who.int/document/ihb/Trendicreflconissue.pdf
13. *Health Systems Financing.* The path to universal coverage : The World Health Report. – WHO, 2010. – 128 p.
14. *Improved health system performance through better care coordination* [Electronic resource] / A. P. Contandriopoulos, J. L. Denis, T. Nassera, C. Rodriguez. *HealthWorkingPaper* no. 30. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD), 2007. Available at: www.oecd.org/dataoecd/22/9/3979160.pdf.
15. *Ten Steps to Successful Breastfeeding.* Baby-Friendly Hospital Initiative [Electronic resource]. – Access mode: <http://www.tensteps.org>. – Title from screen.
16. *Towards people – centred health systems: An innovative approach for better health outcomes.* WHO Regional Office for Europe. Copenhagen ВОЗ, 2013. – 34 p.

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ МОДЕЛИ ИНТЕГРИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УКРАИНЕ

В.М. Лехан, В.Г. Гинзбург

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Цель: теоретическое обоснование модели интегрированной системы медицинской помощи в Украине для повышения качества и эффективности медицинского обслуживания населения.

Материалы и методы: системный подход и анализ, концептуальное моделирование.

Результаты. Теоретически обоснована общая модель интеграции медицинской помощи в Украине, ведущими компонентами которой являются координация деятельности (между уровнями медицинской

помощи, учреждениями здравоохранения и их структурными подразделениями); командная работа врачей разных специальностей, преемственность медицинского обслуживания. Условиями, обеспечивающими реализацию модели, определены: стандартизация медицинской помощи, создание мощного финансового пула, налаживание эффективного обмена информацией между участниками процесса оказания медицинской помощи и создание системы коллективной ответственности за результаты деятельности системы.

Выводы. Интеграция медицинской помощи позволяет повысить ее действенность и эффективность.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **медицинская помощь, интеграция, модель.**

THEORETICAL SUBSTANTIATION OF MODEL OF INTEGRATED HEALTH CARE SYSTEM IN UKRAINE

V.M. Lekhan, V.G. Ginsburg

Dnipropetrovsk Medical Academy, Ukraine

Purpose: theoretical substantiation of model of integrated health care system in Ukraine for improvement of quality and efficiency of health services of the population.

Materials and methods: system approach and analysis, conceptual modeling.

Results. Theoretically proved the general model of integration medical care in Ukraine, leading which components are activity coordination (between health care levels, health care facilities and their structural departments); team work of doctors of various specialties, continuity of medical care. Conditions providing realisation of model, are defined: health care standardization, creation of powerful financial pool, adjustment of effective information interchange between stakeholders of health care and creation of collective responsibility system for results of system performance.

Conclusions. Medical care integration allows increasing its efficiency and effectiveness.

KEY WORDS: **medical care, integration, model.**

Рукопис надійшов до редакції 03.11.2014 р.

Відомості про авторів:

Лехан Валерія Микитівна – д.мед.н., проф., зав. каф. соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я Дніпропетровської державної медичної академії; телефон/факс кафедри (контактний телефон): +38(8056) 713-51-84.

Гінзбург Валентина Григорівна – к.мед.н., директор Департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської облдержадміністрації; тел.: +38(8056) 742-87-62.