

Міністерство охорони здоров'я України.
Управління охорони здоров'я Житомирської обласної держадміністрації.
Український центр науково-медичної інформації та патентно-ліцензійної
роботи.

Організаційно-методичні та функціональні основи
діяльності регіональних лікарняних кас
(методичні рекомендації).

Київ
2003

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

“УЗГОДЖЕНО”

Директор Департаменту
організації медичної допомоги
населенню МОЗ України

М.П.ЖДАНОВА М.П.ЖДАНОВА

“2” грудня 2003 р.

**Організаційно-методичні
та функціональні основи діяльності
регіональних лікарняних кас**

(методичні рекомендації).

Київ
2003

Організації-розробники:

1. Управління охорони здоров'я Житомирської обласної державної адміністрації.
2. Благодійна організація „Лікарняна каса Житомирської області”.

Автори:

Головаков Володимир Костянтинович, 8-0412-37-43-94;

Парій Валентин Дмитрович, к.м.н., 8-0412-37-30-10;

Мишківський Володимир Станіславович, 8-0412-41-37-87.

Рецензія:

Парамонов Зіновій Михайлович, Заслужений лікар України, кандидат медичних наук, начальник управління охорони здоров'я Житомирської обласної державної адміністрації.

Рекомендація до видання Проблемної комісії МОЗ АМН України „Соціальна гігієна та організація охорони здоров'я” Протокол № 14 від ” 26 ” листопада 2003р.

ПЛАН

- I. Вступ (актуальність проблеми).
Законодавчі засади діяльності ЛК в Україні.
- II. Організаційно-методичні аспекти організації діяльності лікарняної каси.
- III. Медикаментозне забезпечення членів ЛК.
- IV. Організація системи контролю за використанням ресурсів ЛК.
- V. Моніторинг та аналіз лікувально-діагностичного процесу членів ЛК.

Список використаної літератури.

Додатки:

1. Структура ЛК.
2. Схема поступлення благодійних внесків.
3. Зразки договорів з УОЗ, ЛПЗ, підприємствами, сімейними лікарями.
4. Зразки медичної облікової документації.

Методичні рекомендації підготовлені спеціалістами, які безпосередньо займаються організацією та функціонуванням „Лікарняної каси Житомирської області”. В документ включені рекомендації, що випливають із досвіду діяльності згаданої каси, які визначені як найбільш раціональні та рекомендовані управлінськими структурами галузі охорони здоров’я для використання (Рішення Колегії МОЗ України № 5 від 10 червня 2003р).

Методичні рекомендації видані в галузі вперше. Адміністраторам організацій охорони здоров’я усіх службових рангів та лікарям-практикам, які надають медичну допомогу населенню.

Вступ

Хронічний дефіцит бюджетних коштів на функціонування охорони здоров'я визначає нагальну потребу пошуку позабюджетних джерел фінансування галузі. У спектрі сучасних можливостей такого пошуку найбільший інтерес викликає створення лікарняних кас (ЛК), які дозволять зберегти необхідні обсяги медичної допомоги і гарантують безкоштовну первинну медичну допомогу. Варто наголосити, що по своїм організаційно-методичним особливостям лікарняні каси можуть бути прообразом добровільного медичного соціального страхування і несуть у собі той потенціал навичок, який дозволить опанувати основи державного соціального медичного страхування.

Важливою організаційно-методичною основою лікарняних кас є їх створення, як правило, у вигляді самостійних структур, що визначає можливості контролю за якістю медичної допомоги та ціленаправленого і контрольованого використання коштів.

За організаційно-правовою формою лікарняні каси - це членські благодійні організації або громадські об'єднання, що функціонують у правовому полі, створеного Законами України „Про благодійництво та благодійні організації” та „Про об'єднання громадян”. В своїй діяльності лікарняні каси керуються Указом Президента України „Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України” від 08.08.2000 року, Законом України від 07.12.2000 року „Про внесення змін до Декрету Кабінету Міністрів України „Про прибутковий податок з громадян, щодо оподаткування благодійної допомоги” зі змінами та доповненнями.

Аналіз сьогодні існуючих регламентів організації лікарняних кас свідчить, що більшість з них (59%) створено відповідно до Закону України „Про об'єднання громадян”, згідно Закону України „Про благодійництво та благодійні організації” створено 28 % організацій, близько 13 % лікарняних кас в установчих документах посилаються одночасно на два вказаних закони.

За останні роки кількість лікарняних кас, створених в регіонах України, значно зросла як доказ їх потреби для вирішення завдань галузі охорони здоров'я. Якщо у 1999 році каси були створені в 5 областях, то в 2002 році вони

функціонують вже у 21 області України. За інформацією управлінь охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, на кінець 2002 року в Україні зареєстровано 127 лікарняних кас. При цьому більшість з них створюється за територіальним принципом, тобто в окремих містах, районах. Досвід свідчить, що територіальний принцип не є оптимальною формою, адже члени лікарняних кас в такому випадку не завжди мають можливість отримати медичну допомогу на всій території області. Позитивним є досвід створення лікарняних кас, які здатні охопити все населення та заклади охорони здоров'я регіону, тобто каси, організовані за регіональним принципом, наприклад, обласна каса, тощо.

II. Організаційно-методичні аспекти організації діяльності лікарняної каси.

Вищим колегіальним органом управління Лікарняної каси повинні бути загальні збори, які формують Правління ЛК, Наглядову раду, Ревізійну комісію. Загальна структура управління ЛК подана нижче (рис. 1).

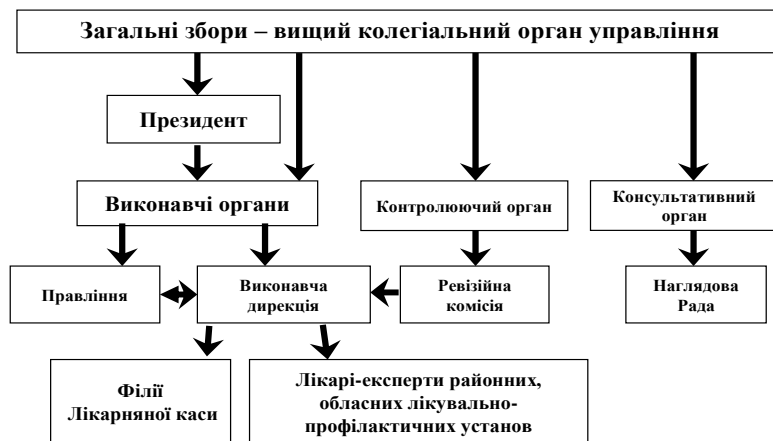


Рис 1. Структура управління ЛК

Членами ЛК можуть стати всі громадяни, які досягли 18 років. Бажаючі стати членами ЛК сплачують вступний внесок, а потім щомісячно членські внески. Передбачене сімейне членство - діти віком до 18 років користуються правом членства в ЛК за умови сплати одним із батьків додаткового внеску. Розмір вступного та членського внесків регіональна лікарняна каса може визначати самостійно.

Членські внески до лікарняної каси сплачуються як колективно, так і індивідуально. При колективній формі підприємства відраховують кошти з заробітної плати своїх працівників та перераховують їх на розрахунковий рахунок ЛК.

Колективним членом ЛК можуть бути підприємства, установи, організації незалежно від форм власності. Підприємства можуть сплачувати частину внесків чи повний їх розмір за своїх співробітників. Через 3 місяці після подання заяви та сплати членських внесків видається членський квиток із зазначенням, крім паспортних даних, ідентифікаційного номера громадянина. Членський квиток є гарантом отримання допомоги від ЛК.

Лікарняна каса у випадку захворювання забезпечує хворого ліками, гарантує проведення лабораторних досліджень, а у разі оперативного втручання - витратними матеріалами, відповідно до «Положення про порядок використання членських внесків на покращання медичного забезпечення членів ЛК».

Партнером ЛК є банківські установи. Для одержання оперативної інформації про надходження внесків членів каси використовується система клієнт-банк, в основу роботи якої покладено модемний зв'язок із банком. Система дозволяє в автоматизованому режимі в офісі ЛК отримати дані про перераховані членами каси внески через кілька годин після внесення грошей в банк, одержувати інформацію не тільки про суму внесків, а й інші дані (адреса, ідентифікаційний номер, за які місяці перераховано внески тощо), дає можливість безпомилково ідентифікувати відправника коштів та оптимізувати внесення даних в базу ЛК. Система „клієнт-банк” є складовою автоматизованої системи управління лікарняною касою (рис.2).

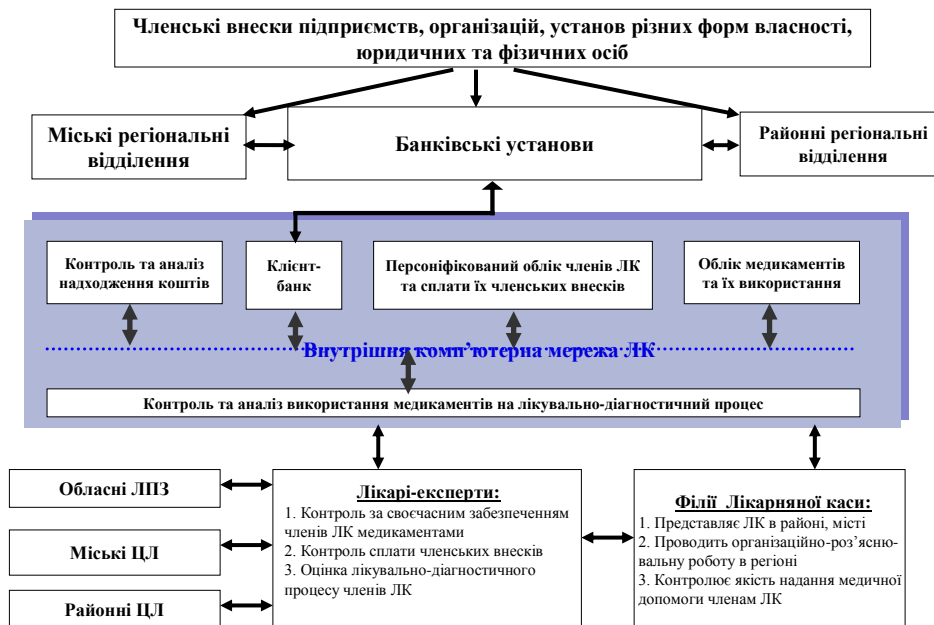


Рис 2. Автоматизована система управління ЛК

Для виконання своїх статутних зобов'язань ЛК укладає з лікувальними закладами різних рівнів договір «Про спільну діяльність щодо покращання медичної допомоги членам ЛК». Предметом цього договору є об'єднання зусиль медичного закладу та ЛК з метою забезпечення членів ЛК медикаментами, реактивами та іншими санітарно-технічними засобами (рис. 3).

Система договірних відносин



Рис 3 Система договірних взаємовідносин ЛК

III. Медикаментозне забезпечення членів ЛК

Медикаментозне забезпечення пацієнтів – членів ЛК проводиться згідно Лікарського формуляру, розробленим управлінням охорони здоров'я облдержадміністрації та рекомендованим для використання всім практикуючим лікарям області. Формуляр являє собою перелік лікарських засобів з найбільш благоприємним співвідношенням затрат на лікування та результатів.

Метою створення формуляра є оптимізація використання лікарських засобів у лікувально-профілактичних закладах для підвищення якості лікування, його уніфікації та економії витрат.

Завдання формуляру:

1. визначення найбільш ефективних лікарських засобів з урахуванням структури патології в лікувально-профілактичному закладі;
2. забезпечення послідовності лікування хворих, які знаходяться на лікуванні в різних відділеннях лікувально-профілактичного закладу, а також на подальшому амбулаторному етапі;
3. економія матеріальних ресурсів за рахунок включення до Формуляра оптимальних (щодо ефективності та безпеки) і найменш витратних лікарських препаратів.

Структура формуляра складається з переліку найменувань лікарських препаратів по міжнародних непатентованих назвах із зазначенням нозології, при якій ці препарати застосовуються.

Медикаментозне забезпечення членів ЛК здійснюється централізовано. Заявки на ліки та розхідні матеріали, що потрібні для лікування членів лікарняної каси в розрізі відділень та служб за підписом завідуючих відділень поступають до лікаря-експерта лікарняної каси, який проводить системний аналіз та формує узагальнену заявку (вимогу) лікувального закладу.

В подальшому заявки (вимоги), за підписом лікарів-експертів лікувальних закладів регіону надходять в офіс лікарняної каси, де аналізуються фармацевтом і лікарем-експертом. Формується єдина заявка, вивчаються пропозиції, що існують на фармацевтичному ринку та проводиться замовлення постачальникам.

По мірі поступлення ліки згідно з раніше поданими заявками надходять у лікувальні заклади. Термін виконання планових заявок до п'яти днів, а термінових – декілька годин.

Ліки та вироби медичного призначення лікувальний заклад отримує по дорученню за підписом його керівника та бухгалтера, як благодійну безповоротну медикаментозну допомогу. Отримані накладні обліковуються фармацевтом лікувального закладу в журналах обліку або вносяться в комп'ютерну програму обліку медикаментів.

Медикаментозне забезпечення та облік ліків проводиться залежно від виду медичної допомоги, яку отримує пацієнт. Перед забезпеченням членів ЛК медикаментами по комп'ютерній базі даних перевіряється проплата членських внесків, про що робиться відповідна відмітка у членській картці.

1. Стационарна допомога.

А. При невеликій кількості членів ЛК, що перебувають на лікуванні у відділенні:

- вимога-рецепт подається старшою медсестрою відділення для підпису лікаря - експерта на кожного пацієнта, при потребі разом з медичною картою хворого або з вказанням діагнозу (на розгляд лікаря-експерта);

- вимога-рецепт виписується в трьох екземплярах, один з яких залишається на складі ЛК у лікувальному закладі, другий – у старшої медсестри відділення, третій передається в бухгалтерію.

- при наявності підпису лікаря - експерта фармацевт лікарні видає ліки старшим медсестрам, вказуючи у вимозі ціну та вартість виданих ліків і виробів медичного призначення;

- всю кількість ліків, виданих на відділення по вимогам-рецептам, фармацевт записує в журналах обліку в графі „видано” з зазначенням номера вимоги-рецепта та назви відділення (при наявності комп'ютера формується видаткова накладна на відділення);

- старша медсестра відділення обліковує отримані медикаменти в журналі обліку в графі „отримано” з зазначенням дати отримання та номера вимоги-рецепта;

- видача ліків проводиться щоденно постовим медсестрам, які безпосередньо виконують лікарські призначення; видані ліки щоденно списуються старшою медсестрою в журналі обліку в графі „видано” з вказанням прізвища члена ЛК та номера медичної карти; на вихідні дні допускається видача та списання ліків одночасно на 2-3 дні;

- у випадку корекції лікування або додаткового отримання ліків старша медсестра виписує нову вимогу – рецепт;

- для медикаментозного забезпечення членів ЛК, що поступають на лікування у вечірні години чи вихідні дні та надання невідкладної допомоги запас медикаментів створюється у приймальному відділенні; вони списуються у журналі обліку з вказанням прізвища пацієнта та відділення, куди передаються ліки;

Б. При значній кількості членів ЛК, що перебувають на лікуванні у відділенні (більше 10 пацієнтів) :

- з метою покращення медикаментозного забезпечення та полегшення роботи старшої медсестри у відділенні створюється запас медикаментів (по профілю відділення); в цьому разі вимога – рецепт виписується на відділення;

- після підписання вимоги лікарем-експертом ліки отримуються старшою медсестрою відділення і обліковуються в журналі обліку в графі „отримано”;

- медикаменти видаються постовим медсестрам на основі листа призначень на курс лікування пацієнта і списуються в журналі обліку в графі „видано”; отримання ліків постовою медсестрою підтверджується її підписом у журналі обліку старшої медсестри;

- постові медсестри виконують лікарські призначення і проводять щоденне списання ліків у журналах обліку;

- для надання невідкладної допомоги, а також медикаментозного забезпечення членів ЛК, що поступають на лікування у вечірні години та вихідні дні у відділенні створюється запас медикаментів, що зберігається у маніпуляційному кабінеті;

- залишки медикаментів у відділенні передаються при передачі зміни медичними сестрами.

2. При лікуванні членів ЛК в умовах денного стаціонару:

- для забезпечення процесу лікування пацієнтів лікарем оформляється карта хворого денного стаціонару;

- на основі записів у карті хворого денного стаціонару медсестра подає заявку на медичний склад лікувального закладу;

- отримання ліків зі складу та облік аналогічний такому у стаціонарі; видача ліків пацієнтам проводиться щоденно, на вихідні дні допускається видача таблетованих форм препаратів відразу на декілька днів (2-3);

- ліки отримуються та списуються медсестрою денного стаціонару.

3. При лікуванні членів ЛК в умовах стаціонару на дому:

- проводиться після огляду пацієнта лікарем; на основі записів в амбулаторній карті лікарем оформляється карта хворого стаціонару вдома ;
- на підставі записів в карті хворого стаціонару вдома дільнична медсестра виписує вимогу – рецепт, що подається на медичний склад у поліклініці або лікувальному закладі;
- після отримання ліків дільнична медсестра виконує лікарські призначення.

4. При амбулаторному лікуванні:

- амбулаторне лікування членів ЛК проводиться лікуючими лікарями поліклінік при наявності у членській картці відміток про сплату членських внесків та документа, що засвідчує особу;
- при призначенні лікування членам ЛК необхідно дотримуватися “Лікарського формуляру” та “Положення про порядок використання благодійних внесків”;
- амбулаторному лікуванню за рахунок ЛК підлягають тільки захворювання, що вказані в положенні “Про амбулаторне лікування членів ЛК”;
- захворювання, які не ввійшли в вказане положення, лікуються в умовах цілодобового стаціонару, денного стаціонару чи стаціонару на дому при наявності відповідних медичних показань. У разі їх відсутності медикаменти за рахунок ЛК пацієнт не отримує;
- медикаменти для амбулаторного лікування членів ЛК призначаються на 5–денний термін, з зазначенням у вимозі-рецепті кратності їх введення. Вимогу – рецепт лікуючий лікар виписує в двох екземплярах, ставить особисту печатку; вимоги підписуються завідуючим відділенням та, при потребі, лікарем-експертом. У разі необхідності продовження лікування, після повторної явки до лікаря виписується нова вимога-рецепт на термін лікування до п’яти днів; максимальний термін лікування однієї патології за рахунок ЛК в амбулаторних умовах - 10 днів;
- ліки пацієнт отримує при пред’явленні вимоги – рецепта з особистою печаткою лікаря та підписом завідуванням, картки члена ЛК, документу, що засвідчує особу, у фармацевта, який знаходиться в лікувальному закладі;
- після отримання пацієнтом ліків у членській картці фармацевтом ставиться відмітка про суму витрачених на лікування коштів;
- фармацевт, який відпускає ліки, проводить планові заявки на отримання ліків та подає в бухгалтерію звіт про використання лікарських препаратів.
-

5. При наданні членам ЛК швидкої допомоги:

- для формування запасу ліків на станції швидкої допомоги на склад ЛК подається вимога-рецепт з зазначенням необхідної кількості медикаментів;
- медикаментами за рахунок ЛК пацієнт забезпечується при пред'явленні членської картки;
- списання ліків проводиться у журналі обліку, що знаходиться на станції швидкої допомоги, на основі записів у карті виклику з зазначенням номера членської картки пацієнта.

6. Медикаментозне забезпечення та облік ліків та виробів медичного призначення „медичними службами”:

- у випадку необхідності для надання медичної допомоги та обстежень членів ЛК у підрозділах лікувального закладу (хірургічний, травматологічний кабінет, жіноча консультація, лабораторія, відділення функціональної діагностики, клінічної лабораторії і т.ін.) може створюватися запас ліків та необхідних розхідних матеріалів;
- підрозділ лікувального закладу подає вимогу-рецепт з зазначенням потреби в необхідних матеріалах;
- вимога-рецепт розглядається лікарем-експертом;
- після підписання необхідні матеріали отримуються лікувальним закладом, обліковуються в журналах обліку і списуються при наданні медичної допомоги чи проведенні обстежень з зазначенням прізвища пацієнта, номера членської картки, діагнозу хвороби;
- факт отримання медикаментів чи виробів медичного призначення підтверджується підписами пацієнта у журналах обліку;
- підрозділ лікувального закладу щомісячно подає лікарю-експерту звіт про кількість членів ЛК, яким надано медичну допомогу чи проведено обстеження, та суму витрачених коштів;

Для оперативного забезпечення ліками, що можуть бути відсутніми на складі ЛК, заключається договір з аптекою, яка знаходиться при лікувальному закладі. Ліки отримуються там по вимозі-рецепті, підписаній лікарем-експертом або черговим лікарем; в кінці місяця аптека надсилає до виконавчої дирекції ЛК рахунок, який підтверджується вимогами – рецептами; ліки, придбані в аптеці, також обліковуються на складі ЛК згідно накладних.

7. Підрахунок вартості лікування :

- проводиться перед закінченням курсу лікування;
- у листах призначень пацієнтів проставляється кількість та вартість використаних препаратів та виробів медичного призначення (на основі відміток медсестри про введення у листі призначень та записів у журналах обліку; ціна ліків проставляється у журналі обліку на основі вимоги-рецепта, по якому препарат отримувався зі складу); підраховується загальна вартість витрачених ліків;
- після цього лист призначення підписується пацієнтом, вартість лікування проставляється у членську картку;

Всі листи призначень пролікованих членів ЛК після аналізу медичних карт завідуючими відділень, заступником головного лікаря по лікувальній роботі та обробки у оргметодкабінеті надходять до лікаря – експерта ЛК у лікувальному закладі, який проводить їх експертну оцінку, формує звіт про використання коштів ЛК за певний період, і передає їх в центральний офіс ЛК. Після їх аналізу та внесення в програму автоматизованої обробки листів призначень вони повертаються у лікувальний заклад.

IV. Організація системи контролю за використанням ресурсів ЛК.

Надзвичайно важливим в функціонуванні ЛК є експертиза якості лікувально-діагностичного процесу та контроль за використанням медикаментів.

Координуючі та організаційно-методичні функції ЛК виконують лікарі-експерти, призначені виконавчою дирекцією ЛК за погодженням з головними лікарями медичних установ.

Систему контролю якості лікувально-діагностичного процесу членів лікарняної каси варто тимчасово побудувати за звичним для галузі методом. Очікується освоєння стандартів медичних технологій (протоколів), але це на близьку перспективу. Разом з тим для контролю за надходженням ліків та виробів медичного призначення до кожного члена лікарняної каси та їх раціонального використання створена система контролю якості, яка включає в себе чотири етапи:

- 1) „громадський контроль” – особистий підпис пацієнта у листах призначень по закінченню лікування;
- 2) лікар-експерт лікувального закладу;
- 3) лікар – експерт ЛК;
- 4) експертна комісія УОЗ облдержадміністрації.

Можливість контролю за якістю надання медичної допомоги членам ЛК закріплена у договорах з лікувальними закладами, обов’язковою умовою його є наявність в кожному лікувально-профілактичному закладі лікаря-експерта.

Лікар – експерт лікувального закладу - працює з ЛК на договірних умовах, його службові функції та обов’язки можуть бути наступними:

А. Проведення організаційно-методичних заходів для надання медичної допомоги:

- перевірка сплати членських внесків при поступленні члена ЛК на лікування;
- контроль за кількістю та асортиментом ліків у лікувальному закладі, та формування замовлень на медикаменти для централізованого постачання;
- формування необхідного запасу медикаментів для надання невідкладної допомоги у відділеннях;
- забезпечення можливості надання амбулаторної допомоги та проведення обстежень (хірургічний, травматологічний кабінет, жіноча консультація, травм пункт, рентгенкабінет і т.ін.);
- у разі відсутності певних медикаментів на складі у ЛПЗ отримання їх з аптеки при ЛПЗ та забезпечення ними пацієнтів;
- інформування лікарів про перелік медикаментів, наявних на складі у ЛПЗ;

- співбесіда з пацієнтами в ході лікування з ціллю вивчення ступеню „задоволення пацієнта” наданням медичної допомоги;

Б. Контроль за раціональним використанням медикаментів:

- контроль за формуванням вимог-рецептів, по яким видаються ліки зі складу лікувально-профілактичного закладу при поступленні членів ЛК на лікування (при цьому контролюється їх відповідність до Лікарського формуляру); при невеликій кількості пацієнтів вимога-рецепт оформляється на кожного хворого, при значній кількості – у відділеннях створюється запас ліків і вимога-рецепт оформляється на відділення;
- контроль за дотриманням „Положення про порядок використання благодійних внесків на медичне забезпечення членів лікарняної каси”;
- поточний контроль лікувально-діагностичного процесу при перебуванні членів ЛК у відділеннях лікувального закладу;
- аналіз листів призначень та медичних карт членів ЛК, які закінчили лікування;
- формування звітів, порівняльний аналіз показників вартості лікування;
- співбесіди з лікарями з інформуванням їх про недоліки, виявлені в результаті проведення аналізу;
- контроль за обліком медикаментів на складі та по відділеннях ЛПЗ.

Щодо лікаря-експерта ЛК, то його функції та обов'язки наступні:

- виїзди в лікувальні заклади з ціллю контролю стану лікувально-діагностичного процесу членів ЛК та надання консультативної допомоги в плані покращання якості медичної допомоги членам ЛК;
- проведення експертної оцінки листів призначень всіх пролікованих членів ЛК по лікувальним закладам;
- відбір листів призначень пацієнтів, які необхідно подати для аналізу експертною комісією УОЗ;
- аналіз середньої вартості лікування по окремим нозологічним формам та лікувальним закладам;
- інформування лікарів–експертів про недоліки, виявлені в процесі аналізу листів призначень;
- розгляд звернень громадян з приводу скарг на якість надання медичної допомоги;
- консультативна допомога членам ЛК;
- розгляд заявок лікувальних закладів на придбання ліків, не включених у Лікарський формуляр;
- інформування адміністрації лікувальних закладів про результати роботи експертної комісії УОЗ регіону та надання пропозицій по усуненню виявлених недоліків.

Експертна комісія УОЗ регіону здійснює:

- аналіз стану лікувально-діагностичного процесу в окремих лікувальних закладах шляхом експертизи медичних карт хворих та безпосереднього огляду пацієнтів, що перебувають на лікуванні на момент перевірки;

- аналіз медичних карт членів ЛК, які подані лікарем–експертом ЛК, по карті експертної оцінки.

Результатом експертизи є висновок про якість лікувально-діагностичного процесу (ЛДП) в окремому лікувальному закладі та визначення якості ЛДП конкретного пацієнта з зазначенням вартості необгрунтовано витрачених медикаментів та виробів медичного призначення.

Про результати експертизи інформується лікувальний заклад та територіальний орган місцевого самоуправління.

V. Моніторинг та аналіз лікувально-діагностичного процесу членів ЛК.

Моніторинг та аналіз лікувально-діагностичного процесу членів ЛК лікарями-експертами проводиться наступними методами:

- Перспективний аналіз;
- Поточний аналіз;
- Ретроспективний аналіз.

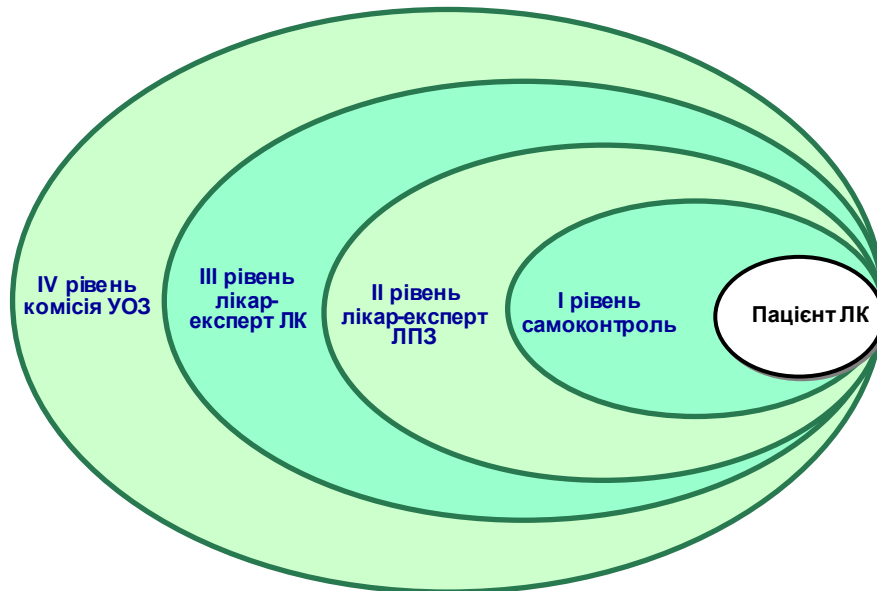
Перспективний аналіз служить для того, щоб визначити найбільш оптимальні шляхи лікувально-діагностичного процесу членів ЛК. Об'єктом аналітичної роботи є випадки лікування пацієнтів ідентичної нозологічної форми в умовах стаціонару, денного стаціонару, амбулаторних умовах. Основними критеріями аналітичної діяльності є: тяжкість протікання хвороби, вибір медичних препаратів, їх спосіб призначення і кратність, обгрунтованість лікування по зазначеним вище видам лікування.

В більшості випадків експертизі піддаються стаціонарні види лікування. Складовою перспективного планування є аналіз обгрунтованості госпіталізації, доцільності тих чи інших призначень і обстежень в умовах стаціонару, дотримання середніх термінів госпіталізації.

Результатами перспективного аналізу є рекомендації лікувально-профілактичним закладом стосовно вибору способу і методу лікування тієї чи іншої нозологічної форми, необхідності планової госпіталізації, обстеження як догоспітально так і в стаціонарі.

Поточний аналіз. Проводиться в конкретному лікувально-профілактичному закладі, де лікується член ЛК. Здійснення поточного аналізу проводиться лікарем-експертом лікарняної каси лікувально-профілактичного закладу, завідувачем структурним підрозділом. При поступленні на лікування лікар-експерт в день поступлення або на наступний день обов'язково аналізує спільно з лікуючим лікарем якість лікувально-діагностичного процесу, доцільність лікувальних і діагностичних призначень, їх відповідність зазначеним критеріям, стандартам, і, особливо, Лікарському формуляру.

Однією із важливих складових поточного аналізу стану лікувально-діагностичного процесу членів ЛК є огляд лікаря-експерта центрального офісу ЛК при планових і позапланованих відвідуваннях лікувальних закладів. Узагальнена система контролю лікувально-діагностичного процесу показана на мал.. 1.



Мал.1. Система контролю якості лікувально-діагностичного процесу членів ЛК

Таким чином, в процесі поточного аналізу вирішуються наступні основні питання:

- чи обґрунтована госпіталізація пацієнта в дане відділення;
- якщо так, якою повинна бути тактика лікування, діагностики з дотриманням зазначених стандартів лікування;
- чи забезпечує лікувальний заклад необхідні умови лікування членів ЛК;
- якщо ні, що необхідно для цього терміново вирішити.

Під час поточного аналізу вирішуються особисті питання членів ЛК щодо їх прав, побажань, обов'язково проводиться вивчення стану проплати пацієнтом членських внесків, ставиться відмітка в членській картці про їх сплату, а після проведеного лікування – відмітка про суму використаних коштів, а також інші питання, пов'язані з діяльністю ЛК.

Ретроспективний аналіз

Ним користуємося після завершення лікування. На цій стадії оцінюються результати лікування, які обов'язково ув'язуються з ефективністю використання ресурсів по всіх формах лікування, медичних закладах, нозологіях і в т.ч. окремих лікарях.

Ретроспективний аналіз проводиться на всіх рівнях контролю якості лікувально-діагностичного процесу.

На першому рівні, тобто так званому рівні самоконтролю, пацієнт ретроспективно оцінює по записах в картці члена ЛК, яку суму він вніс членських внесків і на яку суму він отримав медичну допомогу. Тобто починає спрацьовувати елемент солідарної участі в його лікуванні, тому що, як правило, сума внесених пацієнтом коштів менша за суму коштів, витрачених на його лікування.

На другому рівні лікар-експерт лікувального закладу аналізує всі медичні картки стаціонарного хворого (ф № 003-0) та листи призначень (ф №003-4/0),

медичні карти амбулаторних хворих (ф № 025-0) та листи призначень (ф № 003-2/0), обґрунтованість призначень медикаментів та їх доз.

Ретроспективний аналіз лікарем-експертом проводиться на основі карти експертної оцінки лікувально-діагностичного процесу члена ЛК, який проходив лікування в стаціонарі, денному стаціонарі, стаціонарі вдома. У листку призначень лікар-експерт лікувального закладу ставить свій підпис, крім того, при аналізі медичної документації 10% пролікованих хворих карта експертної оцінки лікувально-діагностичного процесу заповнюється. Щомісячно листи призначень (ф № 003-2/0; ф №003-4/0) та карти експертної оцінки здаються в центральний офіс ЛК лікарю-експерту для проведення аналізу.

Третій рівень. Лікар-експерт ЛК вносить в автоматизовану систему дані з листків призначень, що дає можливість проводити аналіз ефективності використання ресурсів по середній вартості лікування в стаціонарі, денному стаціонарі, стаціонарі вдома, амбулаторних умовах. Аналіз проводиться по конкретному лікувальному закладі, нозологічній формі. Проводиться порівняння з іншими закладами з побудовою таблиць, графіків, діаграм, тощо.

Таким чином, ретроспективний аналіз використання ресурсів ЛК в лікувально-профілактичних закладах дає можливість:

- провести порівняння середніх затрат на лікування членів ЛК в умовах стаціонару, денному стаціонарі, амбулаторних умовах;
- порівняти середні затрати в даному лікувальному-профілактичному закладі з іншими закладами;
- прослідкувати тенденції ефективності використання ресурсів за певний період часу;
- порівняти середню вартість лікування, терміни лікування по певній нозологічній формі;
- визначити лікувально-профілактичні заклади, де необхідно провести аналіз використання ресурсів ЛК з участю головних спеціалістів управління охорони здоров'я;
- одержана інформація являється основою для сформування прогнозу щодо закупок медикаментів для ЛК, тобто вирішення питання з оптовими фармацевтичними фірмами стосовно перспектив придбання великих партій медикаментів;
- визначити так звані найбільш „популярні” серед лікарів медикаменти, як по лікувальних закладах, так і по окремих нозологічних формах, що досить важливо для формування на майбутнє клінічних протоколів, Лікарського формуляру.

Наступним кроком ретроспективного аналізу є четвертий рівень, який проводиться головними спеціалістами управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації. Матеріалом для розгляду є результати ретроспективного аналізу третього рівня, який виявляє найбільш затратні лікувальні заклади. Аналіз проводиться по медичним картам стаціонарного (ф №003-0) та амбулаторного хворого (ф № 025-0).

Основою зазначеного аналізу є знову ж таки карта експертної оцінки лікувально-діагностичного процесу члена лікарняної каси. Однією з особливостей четвертого ступеню аналізу є визначення рівня лікування, який визначається

набраними балами: низький – менше 20 балів; середній – 20-21 бал; високий – 22 бали. Крім того, четвертий рівень експертизи дозволяє визначити перелік препаратів, які необгрунтовано призначені, не відповідають встановленим діагнозам та інші, використані нераціонально, що дає можливість розглядати такі випадки на засіданні Правління лікарняної каси для вирішення відшкодування необгрунтованих витрат лікарняним закладом.

Важливим моментом, на наш погляд, в управлінні використанні ресурсами є залучення практичних лікарів, починаючи від сімейного лікаря і закінчуючи керівниками лікувально-профілактичних закладів. Без їх зацікавленої участі важко досягти поставленої мети - сформувати такий механізм, який дозволив би практикуючим лікарям робити пошук найбільш ефективних форм лікування, спостереження за членами ЛК.

Перші кроки зроблені з сімейними лікарями. Договірні відносини з ними мотивують їх до ефективного, раціонального використання ресурсів ЛК. Апробовуються механізми зацікавленості в ефективному використанні коштів ЛК центральними районними, міськими лікарнями, обласними лікувально-профілактичними закладами, де поставлена пряма залежність ефективного використання коштів з матеріально-технічним забезпеченням лікарняною касою того чи іншого закладу охорони здоров'я. Розглядаються шляхи участі в управлінні раціонального використання ресурсів ЛК безпосередньо лікуючих лікарів, що дасть можливість виключити досить адміністративну систему контролю якості лікувально-діагностичного процесу членів ЛК. Тобто реалізувати тезис: „не тільки лікувати, але й приймати участь в управлінні ресурсами”.

Таким чином, використання методів контрольованої медичної допомоги внесло суттєві зміни в поведінці лікарів. Намітились тенденції їх професійної і економічної мотивації для досягнення кінцевих результатів лікування і проведенню профілактичних заходів. До числа конкретних факторів змін професійної і економічної орієнтації лікарів слід відносити:

- підвищення ролі інформації; інформація і аналіз лікувально-діагностичного процесу тепер потрібні не тільки керівнику, а й лікарям;
- фінансова відповідальність лікарів в системі використання ресурсів ЛК;
- постійний моніторинг і оцінка діяльності лікарів за показниками вартості лікування, дотримання стандартів лікування;
- участь лікарів у формуванні і розробці стандартів лікування, тобто у вирішенні питання використання ресурсів ЛК.

Отже, запропонована нами система контролю за використанням ресурсів лікарняної каси при організації лікувально-діагностичного процесу членів ЛК може бути використана при запровадженні системи загальнообов'язкового медичного страхування. Лікарняні каси на нинішньому етапі перебудови охорони здоров'я слід розглядати як найбільш доступний шлях вирішення проблеми в забезпеченні всього населення регіону медичною допомогою, зокрема медикаментами, санітарно-технічними та іншими діагностичними технологіями з найменшими фінансовими затратами.

Запропонована та опробована у цьому документі організаційна схема ЛК, яка дозволяє охопити населення та заклади охорони здоров'я всього регіону, дає можливість функціонувати ЛК незалежно від кількості членів ЛК в районі, місті, в єдиному медичному просторі, тісно співпрацювати з органами управління охорони здоров'я і інтегруватись з медичними закладами інших регіонів України для забезпечення членів ЛК належною медичною допомогою

Організаційно-правова структура ЛК дозволяє залучати до контролю за використанням коштів благодійної організації широкі верстви населення, зокрема її членів, і є найбільш прозорою порівняно із страховими компаніями та різними благодійними фондами.

ЛК сформувала якісно нову систему контролю за лікувально-діагностичним процесом, ефективним та раціональним використанням наявних медикаментів та виробів медичного призначення.

Форми угод та договори, про які було сказано вище, подаються в додатках.

Список рекомендованої літератури:

1. Бондаренко В.В., Тарасенко Є.О., Скрипник О.А., Пивоварчук Ю.П. Досвід діяльності лікарняних кас Кіровоградщини //Охорона здоров'я України.- 2002р.- №1(4).- с.47-48.
2. Парій В.Д. Із досвіду організації діяльності обласної лікарняної каси як прообразу правового добровільного медичного страхування //Охорона здоров'я України.- 2001р.- №1(1).- с.27-30.
3. Підаєв А.В. Пріоритетні напрями розвитку системи охорони здоров'я в Україні. //Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.- 2002р.- №4.- с.5-8.