

М. М. Мамчин

Національний університет “Львівська політехніка”

І. І. Фуртак, І. М. Паробецька

Львівський національний університет імені Данила Галицького

ОРГАНІЗАЦІЯ СЛУЖБИ УПРАВЛІННЯ ГОСПІТАЛЬНОЮ ДОПОМОГОЮ

© Мамчин М. М., Фуртак І. І., Паробецька І. М., 2018

Проведено аналіз ходу процесів та перспективи реформування госпітальної допомоги. Досліджено діючу практику організації служби управління госпітальною допомогою. Встановлено, що в основі сучасних підходів до організації фінансування госпітальної допомоги лежить відмова від принципу утримання медичних організацій (тобто фінансування їх діяльності за готовність до надання послуг) і перехід до оплати реальних обсягів і якості медичних послуг відповідно до потреби населення (“гроші йдуть за пацієнтом”). Показано, що для успішного функціонування системи інтегрованих медичних послуг необхідні ретельно опрацьовані стимули, завдяки яким поетапна оптимізація була б економічно вигідною для всіх зацікавлених сторін.

Ключові слова: процеси та перспективи реформування госпітальної допомоги, організація служби управління медичною допомогою, оплата реальних обсягів і якості медичних послуг, система інтегрованих медичних послуг

ORGANIZATION OF HOSPITAL MANAGEMENT SERVICES

© Mamchyn M. M., Furtak I. I., Parobecka I. M., 2018

The article analyzes the course of processes and the prospects for there form of hospital care. The purpose of the study is to analyze the current practice of the organization of hospital management services. The basis of modern approachest of the organization of the financing of hospital care is the waiver of the principle of the maintenance of medical organizations (i.e. financing the inactivities for preparing for the provision of services) and the transition to paying for there alvolumend quality of medical services according to the needs of the population (“money goes for the patient”).

Conclusions The successful functioning of the integrated health care system requires carefully elaborated in centives that would allow for phase-out optimization to be economically beneficial for all stakeholders.

Sometimes, the successful integration of health care can lead to a reduction in the incomes of some stakeholders. Forexample, when some types of health care are transferred to the primary health care sector, the flow of patients in hospitals is reduced, which leads to a decrease in income. Therefore, funding organizations, along with the integration of medical care, are taking steps to help hospitals reduce their additional cost sand thus increase their profits.

It should also be noted that in the system of integrated (guided) medical care the emphasis of efforts of medical institutions in work on preservation of the patient’s health begins to shift from treatment of diseases to their prevention, because their financial condition directly depends on the level of health of the population taken into account .

Creating an integrated health care system is the need to develop a new model of payment for medical services, in which doctors would be financially interested in thorough planning of services provided by them. New integrated systems are not only coordinated

structures for the provision of medical care to patients, but also make it possible to materially interest doctors in providing the highest quality services at the lowest possible price.

Key words: the organization of hospital management services, “money goes for the patient”, the system of integrated (guided) medical care.

Постановка проблеми. В основі сучасних підходів до організації фінансування госпітальної допомоги лежить відмова від принципу утримання медичних організацій (тобто фінансування їх діяльності за готовність до надання послуг) і перехід до оплати реальних обсягів і якості медичних послуг відповідно до потреби населення (“гроші йдуть за пацієнтом”).

Цілі статті. Розкрити специфіку діючої практики організації служби управління госпітальною допомогою, визначити її основні переваги і недоліки, окреслити напрями направлені на оптимізацію медичного обслуговування.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Стратегія “розподілу ресурсів” передбачає використання механізмів укладення договорів між страховиками і медичними установами, на підставі яких здійснюється оплата послуг, що надаються фахівцями та установами, реалізуються механізми закупівлі фармацевтичних препаратів і відбувається розподіл капіталу, інвестованого в охорону здоров’я. В рамках цієї стратегії покупці медичних послуг не тільки забезпечують розподіл ресурсів, але і здійснюють контроль за їх використанням і результативністю діяльності установ. Таким чином, перехід на договірні відносини розглядається як координуючий механізм, який сприяє розподілу ресурсів з орієнтацією на потреби ринку. Надання медичної допомоги на договірній основі покладає на замовників і постачальників медичних послуг чіткі зобов’язання і створює економічні стимули для виконання цих зобов’язань. Разом з тим концепція стратегічної закупівлі госпітальних послуг не зводиться тільки до ринкових регуляторів розподілу ресурсів, а передбачає підвищення ролі планового начала в діяльності покупців медичної допомоги на договірній основі з постачальником медичних послуг.

Розрізняють три основні підходи до організації фінансування госпітальної допомоги:

- Повна ретроспективна компенсація всіх понесених витрат;
- Компенсація за будь-яку діяльність, засновану на заданій моделі використання зборів – наприклад, на моделі груп, об’єднаних відповідно до діагнозу (DRG);
- Проспективне фінансування очікуваних майбутніх витрат з використанням фіксованих бюджетів.

Ці три форми розподілу коштів припускають поступове переведення ризиків від фінансуючого органу до постачальника госпітальних послуг. При першому методі постачальник не передбачає фінансового ризику; при другому методі передбачений ризик пов’язаний з вартістю лікування, але не з числом пацієнтів; при третьому методі національний фінансуючий орган покладає всі фінансові ризики на постачальників. Перший і другий методи тягнуть за собою неясні зобов’язання за загальним фінансуванням, тоді як третій метод передбачає наявність обов’язкового фіксованого загального (глобального) бюджету. Глобальний бюджет – це узгоджений фіксований бюджет під певний обсяг робіт (госпітальних послуг).

Європейські системи охорони здоров’я прагнуть відійти від першого методу і поступово, через проміжні форми розподілу коштів, наблизитися до третього. Для цієї мети в більшості західноєвропейських систем охорони здоров’я необхідно проспективне встановлення глобальних бюджетів для кожного постачальника госпітальних послуг. Намір полягає в тому, що замовник потім повинен надати населенню (або купити) необхідні медичні послуги, ризикуючи тільки встановленим бюджетом і тим самим забезпечуючи контроль за витратами.

Однак проспективне розміщення бюджетів – лише перша стадія розподілу коштів. За нею неодмінно є заключна стадія – ретроспективне коригування проспективного розміщення на основі реального досвіду витрачання коштів.

Якщо обрано механізм розподілу коштів, заснований на фіксованих бюджетах, то проспективний розподіл коштів між постачальниками може здійснюватися чотирма різними методами:

- відповідно до розміру пропозицій, що надходять від постачальників послуг;
- за результатами переговорів;
- згідно з історичним прецеденту;
- за результатами оцінки реальної потреби в медичних послугах.

У більшості систем охорони здоров'я перші три альтернативи піддаються все більш і більш гострій критиці. Поступово поширюються більш наукові підходи до встановлення бюджетів, засновані на оцінці потреб у медичних послугах. Насамперед мається на увазі метод розрахунку на особу населення району обслуговування: на кожного жителя припадає цілком певний внесок в бюджет. Більшість національних систем охорони здоров'я при розподілі коштів в більшій чи меншій мірі використовує метод поособового фінансування. Сьогодні стає очевидним, що у сфері управління медичною допомогою посилюються тенденції регулювання (державного і само-регулювання) на ринку медичних послуг. Для цього використовуються механізми "регульованої конкуренції", стратегії "розподілу ресурсів", в тому числі з підвищенням ролі первинної ланки у фінансуванні подальших етапів медичної допомоги, а також поширення договірних зобов'язань, широкого використання різних форм самоорганізації інтегрованих структур. Стратегія "розподілу ресурсів" передбачає використання механізмів укладення договорів між замовниками і медичними установами, на підставі яких здійснюється оплата послуг, що надаються фахівцями та установами, реалізуються механізми закупівлі фармацевтичних препаратів і відбувається розподіл капіталу, інвестованого в охорону здоров'я. В рамках цієї стратегії покупці медичних послуг не тільки забезпечують розподіл ресурсів, але і здійснюють контроль за їх використанням і результативністю діяльності установ. Таким чином, перехід на договірні відносини розглядається як координуючий механізм, який сприяє розподілу ресурсів з орієнтацією на потреби ринку. Надання медичної допомоги на договірній основі покладає на замовників і постачальників медичних послуг чіткі зобов'язання і створює економічні стимули для виконання цих зобов'язань.

У стратегії "регульованої конкуренції", широко використовуються конкурентні механізми підвищення ефективності за рахунок зниження витрат. В даному контексті вельми цікаві такі стратегії, як створення конкурентних відносин між виробниками послуг державного сектора; встановлення глобальних бюджетів. При цьому, оскільки оплата є заздалегідь визначеною, постачальники конкурують не за ціни, а за обсяг і якість послуг.

Результатом переговорів між замовником і госпітальних установою є узгоджений фіксований бюджет під певний обсяг робіт (глобальний бюджет). Він визначається на основі аналізу обсягу робіт стаціонарів за попередній період. Перш за все, визначається відсоток випадків, які не потребують госпіталізації, а також можливості скорочення тривалості перебування хворого в стаціонарі. Розмір глобального бюджету встановлюється з урахуванням можливостей амбулаторного ведення цих випадків і є мінімальним бюджетом стаціонару. Тобто на відміну від ретроспективних взаєморозрахунків, принцип договірної попередньої оплати передбачає аналіз споживання медичної допомоги та планування діяльності різних ланок надання медичної допомоги.

Якщо фактичне число пролікованих хворих при оплаті за глобальним бюджетом буде більше, ніж заплановано, то стаціонар несе пов'язані з цим витрати. Іншими словами, одержувач цього бюджету несе основну частину фінансових ризиків за можливе перевищення фактичних витрат над запланованими. Відповідно, він зберігає можливу економію за рахунок скорочення обсягу запланованих робіт.

Нагадаємо, що за ретроспективної оплати випадків госпітального лікування, використовуваних при нинішніх найпередовіших методах оплати, фінансові ризики несе покупець (замовник) медичних послуг. Сутність цього підходу полягає в тому, щоб спонукати госпітальні стаціонари, насамперед, об'єктивно оцінювати скерування на госпітальну допомогу, відмовляючись від випадків, які не потребують госпіталізації, по-друге, створювати стаціонарозамінюючі форми медичної допомоги (денні стаціонари, амбулаторну хірургію), по-третє, – шукати форми взаємодії з лікарями первинної ланки для формування оптимальних потоків пацієнтів на госпіталізацію. Іншими словами, фінансуюча сторона змінює пріоритети фінансування, посилюючи вимоги до стаціонарів щодо обґрунтованості госпіталізацій і тим самим спонукає їх до пошуку внутрішньосистемних резервів. Співробітників госпітальних відділень в даній схемі повинні зацікавити три моменти. Перед усім, з'являється можливість маневрувати ресурсами без загрози втратити фінансування на ліжку. По-друге, стаціонарам

залишається економія, що виникає за рахунок оптимізації структури робіт (відповідно і внутрішня схема оплати праці в стаціонарі повинна будуватися з обліку вкладу працівників у вдосконалення структури робіт). По-третє, при такому підході можна чіткіше позначити зобов'язання стаціонарів перед громадською охороною здоров'я.

Системи з фіксованим бюджетом просто впроваджувати та контролювати. При цьому немає стимулів до надання як надлишкової неефективної, так і ефективної допомоги. Проте глобальний бюджет може бути ефективним, якщо планувати його, виходячи з більш раціональних критеріїв, наприклад, очікуваної статистики захворюваності та завантаженості медичного закладу, а також, якщо менеджмент гнучкий і забезпечує можливість перерозподілу ресурсів найбільш ефективним чином. Цей тип глобального бюджету в даний час використовують для фінансування лікарень Австралія, Норвегія і Португалія. Для успішного застосування цього підходу дуже важливі – строгий бюджетний контроль і контроль якості медичної допомоги. На відміну від перспективної оплати на основі глобального бюджету з організацією “регульованої конкуренції”, ретроспективна оплата по завершеному випадку на основі DRG дозволяє виконавцям (медичним організаціям) самим формувати потоки пацієнтів на госпітальну допомогу без участі в цьому процесі замовника. При цьому замовник, несучи фінансові ризики, грає роль звичайного платника, не маючи при цьому можливості впливати на формування потоків пацієнтів, об'єми госпітальних послуг, формування і коригування бюджетів медичних організацій.

Слід зазначити також, що організація ретроспективної оплати по завершеному випадку на основі DRG можлива лише при великому обсязі інформації та добре розробленому моніторингу. Розробка і контроль таких систем оплати дорожита можливі тільки за умови вже діючої системи розрахунку вартості лікування. Недостатній розвиток управлінських інформаційних систем робить оплату на основі діагнозу неприйнятною. Успіх такої системи істотно залежить також від можливості контролювати її роботу. Немає сенсу впроваджувати систему оплати по завершеному випадку, якщо статистична звітність ведеться недостатньо ретельно, або якщо методи контролю не дозволяють надійно перевіряти статистику на рівні відділень. У цьому плані дуже показовий досвід Угорщини, який полягає в тому, що впровадження системи оплати по завершеному випадку (з використанням DRG і лімітованим бюджетом загальних лікарняних витрат на національному рівні) не привело до зниження надлишкових потужностей або до будь-якої серйозної реструктуризації стаціонарного сектора.

Однак воно, безумовно, сприяло розробці урядом власного плану реструктуризації стаціонарів і його реалізації. Реструктуризація стаціонарного сектора, проведена в Угорщині, стала можливою тільки завдяки політичній волі, націленій на скорочення надлишкових потужностей.

Аналогічний приклад – РФ, коли перехід на систему ОМС не змінив цей стан справ. Страхові медичні організації не проявляли достатньої уваги структурі витрат на госпітальну медичну допомогу і найчастіше були простими трансляторами коштів від фондів ОМС до медичних установ. Одна з ключових причин – взятий на озброєння практично всіма страховиками метод ретроспективної оплати стаціонарної допомоги по фактичному числу завершених випадків госпіталізації. Поки ж, як нам представляється, набагато вище потенціал позаринкових регуляторів організації медичної допомоги – планування і узгодження обсягів медичної допомоги, планового формування раціональної структури мережі медичних організацій, стимулювання ефективного використання ресурсів і підвищення якості послуг. Іншими словами, в процесі реструктуризації охорони здоров'я слід робити ставку на позаринкові регулятори – планування мережі медичних організацій на основі доказової потреби в медичній допомозі, узгодження обсягів послуг, а також на адекватні такому підходу методи оплати медичної допомоги – використання переважно попередніх, а не ретроспективних методів оплати. Найбільш повно цим підходам відповідає створення різних форм інтеграційної взаємодії. Так, об'єднання закладів охорони здоров'я в економічно вигідні мережі дозволяє найбільш повно задовольняти потреби населення, що обслуговується і знижувати негативні наслідки наростаючої конкуренції.

Виклад основного матеріалу. Надання інтегрованих і економічно ефективних послуг – одна з стратегій реформи, яка була прийнята в багатьох країнах Європи. Вона полягала в тому, щоб інтегрувати клінічні послуги по всіх ланках – від первинної медичної (або амбулаторної) до

стаціонарної допомоги. Інтеграція – це така концепція економіки і оперативного управління, при якій всі складові системи надання медичної допомоги переслідують загальні інтереси і цілі. Інтегрована система надання медичної допомоги включає в себе механізми поділу фінансової відповідальності між постачальниками і управління ризиками.

Об'єднує поняття “Інтегрована система надання медичної допомоги” в світовій практиці служить для опису трьох різних моделей:

1. “Багаторівнева модель (вертикальна інтеграція)”. В рамках однієї організації застрахований може отримувати медичну допомогу на будь-якому рівні – амбулаторну, стаціонарну, вдома. Така ситуація мала місце в державних системах охорони здоров'я (наприклад, у Великобританії і Росії), а в даний час практикується в США організаціями підтримки здоров'я (ОПЗ).

2. “Модель керованої медичної допомоги (горизонтальна інтеграція)”. Чіткий розподіл медичних послуг між лікувальними рівнями гарантується за рахунок координуючої системи, що використовує в своїй роботі метод “ведення пацієнта” і “клінічні настанови”.

3. “Модель фінансування і надання медичної допомоги”. Системам керованої медичної допомоги та медичним установам програмами надаються додатково фінансові функції. У США такі системи називаються організаціями підтримки здоров'я (ОПЗ).

Основними принципами керованої медичної допомоги є:

- Підвищення відповідальності надавачів медичних послуг за управління медичною допомогою прикріпленому контингенту;
- Звіт відповідальної організації за якість допомоги, за витрати на її надання і отриману оплату за поособовим нормативом, розмір якого ніяк не залежить від обсягу наданої допомоги;
- Стимулювання організації керованої допомоги до зниження обсягу необґрунтовано наданих медичних послуг за допомогою отриманого прибутку у вигляді коштів, зекономлених за рахунок скорочення обсягу необґрунтованих послуг.

Розвиток принципу загальнолікарської практики в ЄС в моделі інтегрованої (координованої, керованої) медичної допомоги відбувалося в напрямку формування лікарських об'єднань (центрів), що мало місце в Данії, Нідерландах, окремих регіонах Великобританії, Фінляндії та Швеції. У Німеччині було створено великі лікувально-профілактичні установи, в яких об'єднано первинну допомогу, діагностичні служби і спеціалізовані види допомоги. Тобто, вектор розвитку було спрямовано від загальнолікарських практик до формування багатопрофільних медичних установ або ж координації їх взаємодії, здійснюваної на основі клінічних настанов і програм ведення пацієнтів.

Вертикально інтегрована система медичних організацій різних рівнів, що фінансуються за загальним поособовим нормативом, – це найбільш ефективний підхід вирішення проблеми оптимізації структури надання медичної допомоги. Вона передбачає організацію усіх видів медичної допомоги в єдиному медичному комплексі з організацією “внутрішнього” ринку медичних послуг і пріоритетом первинної ланки охорони здоров'я (“саморегульована” система).

Головні відмінності такого підходу – це принцип договірних відносин між єдиним замовником і об'єднаною мережею ЛПЗ на основі фіксованого поособового нормативу; договірні відносини всередині замкнутого комплексу ЛПУ; проведення економічних і організаційних заходів з управління структурою надання допомоги. При цьому пропонується схема фінансування заснована на якісно іншому підході. Об'єктом фінансування є не окрема госпітальна установа, поліклініка або центр ПМСД, а весь комплекс медичних установ.

Принцип розрахунку з кожним установою за наданий вид допомоги поступається місцем принципу фінансування комплексу взаємопов'язаних установ на основі поособового нормативу. Інтегрована система ЛПУ отримує фінансування на одного жителя на основі попереднього платежу, тобто незалежно від обсягу наданих детальних послуг. А оскільки поособовий норматив, по суті, є, тарифом, то фінансування виявиться фіксованим. У такій системі організації та фінансування медичної допомоги вирішальну роль набуває управління собівартістю послуг за законами внутрішнього ринку в рамках єдиного медичного комплексу, який інтегрував свої можливості.

Робота в такій системі потребує оптимізації обсягів медичної допомоги, постійного пошуку шляхів для скорочення необґрунтованих витрат. При цьому фінансовий інтерес постачальників послуг полягає в раціональному управлінні їх собівартістю, а не в наданні більшої кількості послуг, як при системі “оплати за послугу”. При системі поособового нормативу управління собівартістю

вимагає зниження обсягу послуг і вартості на одного пацієнта, однак, при цьому, повинні зберегтися якість допомоги і задоволеність пацієнта.

В результаті з'являється можливість поєднати загальну зацікавленість всього комплексу ЛПУ в підвищенні якості та економічної ефективності надання медичної допомоги з відповідальністю і економічною зацікавленістю кожної ланки – сімейних лікарів, поліклінік, госпітальних відділень, параклінічні служби, аптеки тощо. Кожне з них, крім власного інтересу в розширенні обсягу наданих послуг і збільшення доходу даної установи, повинно бути зацікавлене також в ефективному функціонуванні всього комплексу. Загальний дохід установи або його підрозділу складається з доходу, отриманого від надання послуг своїми силами, і економії, яка виникає в результаті оптимізації структури надання медичної допомоги. Причому поособовий норматив фінансування може використовуватися як для всього комплексу послуг, що надаються, так і для окремих спеціальностей і груп діагнозів всередині інтегрованої системи. В цьому випадку єдиними фінансовими зобов'язаннями зв'язуються всі установи і служби, які беруть участь у профілактиці, діагностиці та лікуванні певної групи захворювань.

Головна проблема, яку сьогодні намагаються вирішити за допомогою інтегрованої медицини в західних системах охорони здоров'я – це організаційна прірва, що склалася в багатьох західних країнах між первинною і вторинною медичною допомогою. Пов'язано це з тим, що в цих країнах індивідуальні первинні практики традиційно розвивалися самостійно і не були інтегровані в загальну систему медичної допомоги населенню.

Модель інтегрованої медицини покликана зламати традиційні кордони між первинною і вторинною медичною допомогою. При цьому інтегровану медичну допомогу визначають як медичну допомогу, максимально орієнтовану до потреб пацієнта, яка надається на основі тісної співпраці (взаємодії і координації) між постачальниками первинної та спеціалізованої медичної допомоги, з чітким розподілом обов'язків і спільною відповідальністю за кінцевий результат.

Якщо для західних систем охорони здоров'я такий підхід є новим, то у вітчизняній охороні здоров'я об'єднані лікарні з поліклініками існують вже давно. Слід зазначити, що керована медична допомога, об'єднання фінансів і послуг, тобто те, що сьогодні лежить в основі сучасних моделей управління в західних країнах, існувало в країнах пострадянського простору на протязі десятиліть, тільки не під егідою страхових компаній і не в ринкових умовах, а під егідою органів управління охороною здоров'я та в умовах централізованої системи. Система була ефективною у своїй замкнутості. Допомога була дійсно керованою і контрольованою, попередньо оплаченою (а не за результатами діяльності), певна увага приділялася профілактиці хвороб. Інакше кажучи, в США і в Європі використали наш досвід, і система розвивається в цьому напрямку, але навід початку закладених ринкових позиціях, що включають конкуренцію, договірні відносини, стимулювання працівників, жорсткий фінансовий контроль тощо.

Принцип формування поособового нормативу полягає у включенні до нього витрат на всі взаємопов'язані види допомоги. Також до складу поособового нормативу доцільно включати витрати на зовнішні джерела надання допомоги, наприклад, за скеруваннями в обласні установи. Ланки надання медичної допомоги ведуть переговори про поділ поособового нормативу. Кожна з них бере на себе певні зобов'язання щодо обсягу послуг, що надаються і поділу фінансових ризиків з іншими ланками. Відносини між ними будуються на основі договору. У ньому вказуються види послуг, що надаються, визначаються фінансові зобов'язання сторін. Скерування пацієнта до фахівця або в стаціонар не передбачає розрахунку між скеровуючою стороною і тією, що надає послугу, за кожен пролікований випадок. Ретроспективний принцип розрахунку поступається місцем авансового платежу: кожна зі сторін заздалегідь домовляється про частку поособового нормативу, що припадає їй. Якщо, наприклад, ланка ПМСД бере на себе певні види малої хірургії, то їй відходить і відповідна частка поособового нормативу ("гроші йдуть за пацієнтом"). Відповідно, вона бере на себе і пов'язані з цим фінансові ризики: якщо фактичне число таких хворих буде більше, ніж передбачалося, то покривати витрати доведеться зі свого поособового нормативу.

Створення систем керованої медичної допомоги полягає в необхідності розробки нової моделі оплати медичних послуг, при якій лікарі були б матеріально зацікавлені в ретельному плануванні надаваних ними послуг. Нові інтегровані системи являють собою не тільки узгоджено діючі структури надання медичної допомоги пацієнтам, а й дозволяють матеріально зацікавити лікарів в наданні послуг найвищої якості за мінімально можливою ціною.

Для успішного функціонування системи інтегрованих медичних послуг необхідні ретельно опрацьовані стимули, завдяки яким поетапна оптимізація була б економічно вигідною для всіх зацікавлених сторін. Наприклад, у випадках, коли за рахунок інтеграції вдається скоротити загальну вартість медичних послуг, зекономлені кошти можуть розподілятися між усіма учасниками – це спонукає їх прагнути до досягнення спільної мети. Іноді успішна інтеграція медичного обслуговування може зумовити зменшення доходів деяких зацікавлених сторін. Наприклад, коли деякі види медичного обслуговування передаються в первинну ланку охорони здоров'я, в госпітальних установах потік пацієнтів скорочується, що призводить до зниження доходу. Тому фінансуючі організації разом з інтеграцією медичного обслуговування вживають заходів до того, щоб допомогти лікарням скоротити додаткові витрати і таким чином збільшити прибуток. Слід зауважити також, що в системі інтегрованої (керованої) медичної допомоги акцент зусиль медичних установ в роботі по збереженню здоров'я пацієнта починає зміщуватися з лікування захворювань на їх профілактику, тому що їх фінансовий стан безпосередньо залежить від рівня здоров'я взятого на облік населення.

Тому організації охорони здоров'я мають всі стимули, в тому числі і фінансовий, для вкладення коштів в здоров'я пацієнта, в удосконалення методів ранньої діагностики захворювань та інші профілактичні заходи. На “вході” в цю систему діють певні умови забезпечення якості. Головне – інформація про емпірично доведену кращу клінічну практику, що включає клінічні та економічні показники. Засновані на цій інформації клінічні протоколи та керівництва рекомендують медичні втручання з найбільшою клініко-економічною ефективністю.

Щоб скоординувати надання медичних послуг незалежно від того, хто і де їх надає, учасники використовують локальні клінічні протоколи (медичні маршрути пацієнтів), складені на основі фактичних даних з урахуванням передових методів роботи. Всі члени міждисциплінарних груп, включаючи сімейних лікарів, повинні слідувати цим протоколам і обґрунтовувати причини можливих відхилень. У протоколах чітко визначено вимоги до кваліфікації, необхідної для виконання кожної медичної процедури. Завдяки цим вимогам навички всіх учасників групи використовуються найбільш ефективно.

Медичні маршрути пацієнтів, побудовані сімейними лікарями на підставі клінічних протоколів, є основою для реалізації механізму “гроші йдуть за пацієнтом” як при вертикальній, так і при горизонтальній інтеграції.

В новій моделі інтегрованої (керованої) допомоги відбувається наступне:

- Ув'язка окремих ланок надання медичної допомоги загальними економічними інтересами за допомогою інтегрування всіх фінансових коштів і формування поособового нормативу;
- Встановлення договірних відносин між усіма учасниками керованої медичної допомоги; визначення частки кожної ланки в поособового нормативу з проспективною (попередньою), а не ретроспективною оплатою;
- Договірний розподіл отриманої економії (прибутку). Управління медичною допомогою за допомогою: аналізу діяльності кожної ланки, кожної служби; визначення раціональних маршрутів руху пацієнтів; пошуку ресурсозберігаючих технологій і відповідного стимулювання;
- Встановлення контрольних цифр, тобто цілей за обсягом медичної допомоги;
- Розробка і впровадження клінічних протоколів (посібників, стандартів) лікування; оцінка виконання фінансових планів і заохочення за економію.

Фактичні дані вказують на те, що інтеграція медичної допомоги, координація послуг між різними установами та серед медичних працівників забезпечує більш повноцінний ефект, в порівнянні з традиційними, часто не пов'язаними один з одним втручаннями. На цьому тлі ситуація, що склалася в окремих країнах Центральної та Східної Європи, наприклад, в Угорщині, Естонії, які, починаючи з середини 1990-х років, прагнули перепрофілювати значне число поліклінічних фахівців на індивідуально працюючих лікарів загальної практики, різко контрастувала з загальними тенденціями. Установи, що надають різні види допомоги, виявляються роз'єднаними і, по суті, не є єдиною системою надання медичної допомоги. Кожна з них має на меті тільки власний економічний інтерес, який далеко не завжди відповідає цілям охорони здоров'я населення, конкретним завданням раціонального використання і без того мізерних фінансових ресурсів. Тому не дивно, що у фрагментованих системах, характерних для деяких країн Центральної і Східної

Європи управління громадським охороною здоров'я залишається серйозною проблемою через те, що численні агентства, відділення та установи змагаються за мізерні кошти, замість того, щоб скооперуватися і розробити спільний план дій з чітко визначеними ролями і відповідальністю.

Розуміння сучасних підходів до фінансування госпітальної допомоги, заснованих на механізмі “регульованої конкуренції”, стратегії “розподілу ресурсів”, переходу від фінансування за пролікований випадок до проспективного планування багато в чому визначить успішність реформи госпітальної допомоги. Тим більше її проведення в Україні пов'язане з необхідністю суттєвої реструктуризації стаціонарних установ, їх автономізації, формування госпітальних округів, що вимагає гнучкого використання різних моделей фінансування, їх розумного поєднання. Одним із ключових моментів реформи є недопущення фрагментації медичної допомоги – те, що повсюдно відбувається сьогодні між первинною і госпітальною допомогою. Необхідно забезпечити зв'язок між різними постачальниками первинної медичної допомоги та госпітальних послуг на основі спільної власності або договору на трьох напрямках інтеграції – економічному, організаційному, клінічному. Це забезпечить координацію медичних послуг населенню певної категорії або території, її спадкоємність в рамках вертикальної або горизонтальної інтеграції.

Іншими словами, необхідно створити механізм раціонального розподілу поособового нормативу за рівнями надання медичної допомоги з використанням сучасних підходів, при яких кожен пацієнт зможе отримати медичну допомогу в потрібний час, в потрібному місці і в необхідному обсязі. В основі цього лежить доказова медицина (настанови, клінічні протоколи), розроблені на їх основі медичні маршрути пацієнтів і реалізація ключового механізму – “гроші йдуть за пацієнтом”. Разом з тим в прийнятій Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я України (розділ стаціонарної допомоги) як основний метод фінансування госпітальної допомоги зазначений метод “фінансування на основі оплати за пролікований випадок із застосуванням діагностично-споріднених груп (DRG)”. Тобто, сьогоднішні реформи української охорони здоров'я багато в чому різко контрастують з рекомендаціями ВООЗ та підходами, які прийняті в більшості національних систем охорони здоров'я європейських країн.

Про можливість інтеграції і координації медичної допомоги, координації роботи медичних установ різного рівня в Концепції взагалі нічого не сказано. Це стратегічна помилка, яка, свого часу, завела в безвихідь реформи 2011-2014 р.р. (Вінниця, Дніпропетровськ і т.д.), коли жорстко фрагментували первинну і госпітальну допомогу фінансово, організаційно і клінічно. Це призвело до різкого протистояння центрів ПМСД і госпітальних установ різного рівня, нераціонального використання ресурсів, порушення наступності між первинною медичною та госпітальною допомогою. Постраждали, в кінцевому рахунку, пацієнти.

Ті ж самі помилки відбуваються сьогодні із передбачуваним, в принципі, кінцевим результатом. В основі проведеної реформи знову лежить жорстка фрагментація, гарантоване зрівнювальне фінансування ПМСД (всім по 37 % поособового нормативу), відсутність будь-якого бачення і розуміння механізмів взаємодії і координації між установами та фахівцями різного рівня, раціонального розподілу поособового нормативу через механізм “гроші йдуть за пацієнтом”.

Неможливо провести ефективну реформу у такій складній галузі, як охорона здоров'я, не розуміючи фінансово-управлінської моделі – сутності, основ того, на чому ця реформа повинна будуватися, не враховуючи попередніх помилок.

Всупереч розхожій, (багато в чому нав'язаній в українській системі охорони здоров'я) думку про безальтернативність фінансування госпітальної допомоги на основі ретроспективної оплати пролікованого випадку по DRG, – це далеко не так. Сьогодні сучасні підходи до управління госпітальною допомогою, в більшості своїй, використовують можливості поособового фінансування, інтеграцію і координацію зусиль медичних установ і фахівців різного рівня, попереднє планування на основі глобального бюджету, використання механізму “гроші йдуть за пацієнтом” для раціонального розподілу поособового нормативу.

Змішані моделі фінансування госпітальної допомоги дозволяють єдиному замовнику в повному обсязі використовувати як попереднє планування на основі глобального бюджету, так і ринкові механізми, закладені в ретроспективній оплаті на основі DRG. Але в основі – перспективне планування. Такий підхід дозволяє гнучко планувати і перерозподіляти потоки пацієнтів госпітальних установ, обсяги госпітальної допомоги під різні види захворювань і послуг, їх

бюджети і ліжковий фонд. При цьому виробники госпітальних послуг беруть на себе більшу частину фінансових ризиків, що вкрай важливо.

Якщо говорити про країни з перехідною економікою, то оптимальним, “стартовим” варіантом оплати госпітальної допомоги буде використання єдиного замовника і глобального бюджету в поєднанні з реформами первинної ланки охорони здоров’я. Причому, насамперед, мова має йти про те, що замість фрагментації – організаційної, фінансової, клінічної – має запроваджуватись і домінувати організація взаємодії між установами первинної охорони здоров’я і госпітальними установами на основі їх тісної співпраці (взаємодії і координації зусиль), з чітким розподілом обов’язків і спільною відповідальністю за кінцевий результат.

Форми такої взаємодії і координації зусиль можуть бути різними. Вони повинні гнучко визначатися в залежності від ситуації і місцевих умов, існуючої госпітальної бази, її відповідності потребам населення. При цьому координація організацій ПМСД і госпітальних лікарень може здійснюватися як в рамках горизонтальної, так і в рамках вертикальної інтеграції.

У разі, якщо це окремі юридичні особи, координація їх зусиль в рамках госпітального округу може здійснюватися на основі горизонтальної інтеграції, шляхом створення, наприклад, медичного об’єднання (медичної корпорації). В цьому випадку координація їх зусиль, розподіл поособового нормативу здійснюється в рамках клінічних протоколів, побудованих на їх основі сімейними лікарями медичних маршрутів пацієнтів з використанням механізму “гроші йдуть за пацієнтом”.

Якщо в рамках госпітального округу є велика, самодостатня з точки зору лікувальних і діагностичних можливостей медична організація, (багатопрофільна лікарня), найбільш раціональним варіантом є організація всіх видів медичної допомоги населенню в єдиному медичному комплексі з пріоритетом первинної ланки охорони здоров’я (вертикальна інтеграція).

Фінансування всіх видів медичної допомоги в такому комплексі здійснюється єдиним замовником на основі поособового нормативу з урахуванням чисельності населення території обслуговування. При цьому багатопрофільна лікарня бере на себе всі фінансові ризики. Побудова медичних маршрутів пацієнтів сімейними лікарями здійснюється також на основі клінічних протоколів. Для раціонального розподілу поособового нормативу між структурними підрозділами цього комплексу формується “внутрішній” ринок медичних послуг з використанням механізму “гроші йдуть за пацієнтом” (“самокерована” система).

Але в тому і в іншому випадку це буде дійсно “керована” медична допомога, яка дозволяє гнучко, безболісно для населення перерозподіляти потоки пацієнтів і фінансові ресурси через первинну ланку охорони здоров’я.

Такий підхід дозволить єдиному замовнику попередньо планувати госпітальну допомогу за видами захворювань і послуг на основі глобального бюджету, оперативно перерозподіляти потоки пацієнтів через первинну ланку охорони здоров’я з використанням механізму “гроші йдуть за пацієнтом”, коригувати тим самим фінансові плани госпітальних установ. Це також дасть можливість оперативно управляти структурою госпітального фонду, кадровим складом медичних організацій, що має першорядне значення при плануванні та організації роботи госпітальних установ в госпітальних округах.

Окрім наведених вище прикладів керованої медичної допомоги існує безліч варіантів її організації на основі поособового нормативу, які можна гнучко використовувати в тому чи іншому випадку. Наприклад, для організації взаємодії поліклініки з розміщеним на її базі центром ПМСД і госпітальними лікарнями різного рівня тощо.

Інтегровану(координовану) медичну допомогу можна ефективно використовувати також для координації взаємодії медичних організацій в рамках різних спеціалізованих служб. Наприклад, для координації зусиль установ, що надають високоспеціалізовану медичну допомогу.

Як відомо, дорога високоспеціалізована медична допомога надається як в регіональних установах практичної охорони здоров’я третинного рівня, так і в різних спеціалізованих клініках і інститутах Академії медичних наук (АМН). Тому вкрай важлива координація роботи цих установ для того, щоб керувати потоками пацієнтів і обсягами високотехнологічної медичної допомоги, оптимізувати функцію і структуру госпітальних закладів третинного рівня, розрахувати реальний гарантований рівень цієї допомоги.

Ключовим компонентом планування і управління госпітальними витратами є розрахунок реальної вартості виконуваних госпітальних послуг. Для цього існує безліч різних методик і підходів. Однак на сьогоднішній день найбільш визнаною, що набула широкого поширення в міжнародній медичній практиці, є JLN методика покрокового віднесення витрат (Joint Learning Network). Безсумнівним лідером в просуванні цієї методики є компанія Abt Associates Inc. Цю методику затверджено постановою КМУ № 1075 від 27.12.2017 як базову для використання в закладах охорони здоров'я України.

Принципова відмінність цієї методики полягає в тому, що вона дозволяє найбільш повно враховувати, а, отже, компенсувати витрати ЛПЗ на надання госпітальної допомоги пацієнтам. Це досягається шляхом покрокового віднесення витрат “зверху – вниз” адміністративних та допоміжних підрозділів на госпітальні відділення, де безпосередньо надаються медичні послуги пацієнтам. Так визначається повна вартість лікування “середнього” пацієнта цих відділень. Цей облік витрат ведеться за наявним фактичним фінансуванням медичного закладу, що включає в себе витрати на заробітну плату, комунальні платежі, вартість медикаментів та витратних матеріалів на виконання медичних послуг. І, якщо базові витрати (заробітна плата, комунальні платежі і т.д.) розрахувати нескладно, то розрахунок витрат на медикаменти і витратний матеріал за фактичними витратами викликає великі питання.

Так адаптація JLN методики в НДІ нейрохірургії АМН показала, що базові витрати складають, приблизно, 1/3 від реальних витрат інституту на виконання послуг, 2/3 – це витрати на медикаменти і основний витратний матеріал. Звідси виникає питання – яка реальна потреба в медикаментах і видатковому матеріалі, що необхідні для виконання тієї чи іншої послуги. Як розрахувати їх планову потребу, щоб забезпечити якісну медичну допомогу в рамках клінічного протоколу, визначитися з вартістю гарантованого пакету госпітальних послуг. Адже аналогічна ситуація спостерігається і в установах практичної охорони здоров'я. Сьогодні потрібна єдина методологія, єдині підходи для вирішення цієї проблеми. В іншому випадку складно буде організувати адекватне фінансування госпітальної допомоги, забезпечити її якість, і тим більше – розрахувати гарантований рівень.

У міжнародній практиці основою для проведення таких розрахунків є, насамперед, клінічні протоколи з переліком міжнародних непатентованих найменувань медикаментів (МНН), чітким визначенням послуг з переліком необхідних витратних матеріалів і медикаментів – тобто урахуванням їх економічної складової.

В рамках проекту міністерством фінансів спільно з НДІ нейрохірургії АМН на основі наявних підходів і методології було проведено розрахунки реальної потреби в забезпеченні медикаментами і витратним матеріалом госпітальних послуг, які виконуються в НДІ нейрохірургії.

Потреби в медикаментах розраховуються на основі МНН, прописаних в національних клінічних протоколах, які використовуються в НДІ нейрохірургії, наявного формуляра медикаментів з урахуванням середнього ліжка-дня. У розрахунки увійшла також потреба в медикаментах для реанімації. Для обліку вартості медикаментів використовувався затверджений Кабміном “Реєстр оптово-відпускних цін на лікарські засоби станом на 07.08.2017 року”.

Облік витратного матеріалу здійснювався виходячи з його потреби для виконання тієї чи іншої послуги з урахуванням основного (“малоцінки”) і дорогого матеріалу. Розрахунок витрат проводився з урахуванням курсу НБУ на момент їх закупівлі.

Проведені розрахунки дозволили отримати реальні тарифи високотехнологічних послуг НДІ нейрохірургії, які сьогодні можна використовувати для розрахунку гарантованого рівня. У їх структуру входять базові витрати (зарплата і комунальні витрати) + витрати на медикаменти + витрати на витратний матеріал. Сьогодні такі розрахунки необхідно організувати у всіх інститутах і госпітальних установах, щоб вийти на реальну потребу в медикаментах і видатковому матеріалі для отримання реальних тарифів і визначення гарантованого рівня госпітальної допомоги.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Для успішного функціонування системи інтегрованих медичних послуг необхідні ретельно опрацьовані стимули, завдяки яким поетапна оптимізація була б економічно вигідною для всіх зацікавлених сторін. Наприклад, у випадках, коли за

рахунок інтеграції вдається скоротити загальну вартість медичних послуг, зекономлені кошти можуть розподілятися між усіма учасниками – це спонукає їх прагнути до досягнення спільної мети.

Іноді успішна інтеграція медичного обслуговування може зумовити зменшення доходів деяких зацікавлених сторін. Наприклад, коли деякі види медичного обслуговування передаються в первинну ланку охорони здоров'я, в госпітальних установах потік пацієнтів скорочується, що призводить до зниження доходу. Тому фінансуючі організації разом з інтеграцією медичного обслуговування вживають заходів до того, щоб допомогти лікарням скоротити додаткові витрати і таким чином збільшити прибуток.

Слід зауважити також, що в системі інтегрованої (керованої) медичної допомоги акцент зусиль медичних установ в роботі по збереженню здоров'я пацієнта починає зміщуватися з лікування захворювань на їх профілактику, тому що їх фінансовий стан безпосередньо залежить від рівня здоров'я взятого на облік населення.

Створення системи інтегрованої медичної допомоги полягає в необхідності розробки нової моделі оплати медичних послуг, при якій лікарі були б матеріально зацікавлені в ретельному плануванні надаваних ними послуг. Нові інтегровані системи являють собою не тільки узгоджено діючі структури надання медичної допомоги пацієнтам, а й дозволяють матеріально зацікавити лікарів в наданні послуг найвищої якості за мінімально можливою ціною.

1. Дубич К. В. *Механізм державного управління системою надання соціальних послуг* : дис. на здоб. наук. ступ. д. держ. упр. К., 2016. 451 с. 2. Дубич К. В. *Партнерство державного та недержавного суспільних секторів як ефективний механізм управління у сфері надання соціальних послуг у країнах Євросоюзу*. URL : <http://academy.gov.ua/ej/ej18/PDF/16.pdf>. 3. *Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України підготовлена робочою групою з питань реформи фінансування охорони здоров'я при МОЗ України : проект [лютий 2016 р.]*. URL : http://moz.gov.ua/docfiles/pre_20160205_0_dod.pdf. 4. *Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я : схвалено розпорядженням КМУ № 1013-р від 30.11.2016 р.* URL : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-p>. 5. *Пояснювальна записка до проекту розпорядження Кабінету Міністрів України “Про затвердження Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я України”*. URL : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20160505_0.html#2. 6. *Інтегруюча модель системи охорони здоров'я і механізми її реалізації та основні засади створення служби управління медичними послугами. Свідоцтво № 70353 про реєстрацію авторського права від 09.02.2017. Державна служба інтелектуальної власності України / Фуртак І.І., Голунов А.І., Фуртак І.І., Балута І.А., Фуртак А.І. - Заяв. № 70949 від 13.12.2016.*

1. *Dubych K.V. (2016) Mehanizm derjavnogo upravlinnja systemoju nadannja socialnyh poslug [The mechanism of public administration of social services system]: dys. na zdob. nauk. stup. d. derj. upr. K., 2016. 451 s.* 2. *Dubych K.V. (2016) Partnerstvo derjavnogo ta nederjavnogo suspilnyh sektoriv jak efektyvnyi mehanizm upravlinnja u sferi nadannja socialnyh poslug u krainah Evrosouzu. [The partnership of public and unpublic society sektors as the effective mehanizm of social services management in EU countries]. Available at URL : <http://academy.gov.ua/ej/ej18/PDF/16.pdf>.* 3. *Koncepcija reformy finansuvannja systemy ohorony zdorovja Ukrainy pidgotovlena robochoju grupoju z pytan reform finansuvannja ohorony zdorovja pry MOZ Ukrainy : proekt [lutuj 2016 r.]. [The project of the conception of the reform of health care financial system]. Available at URL : http://moz.gov.ua/docfiles/pre_20160205_0_dod.pdf.* 4. *Koncepcija reformy finansuvannja systemy ohorony zdorovja : shvaleno rozporjadjennjam KМУ № 1013-p vid 30.11.2016 r. [The decision of the government of Ukraine : The conception of the reform of health care financial system]. URL : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-p>.* 5. *Pojasnjuvalna zapyska do projektu rozporjadjennja Kabinetu Ministriv Ukrainy (2016) “Pro zatverjennja Koncepciji reformy finansuvannja systemy ohorony zdorovja Ukrainy”. [The conception of the reform of health care financial system] Available at URL : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20160505_0.html#2.* 6. *Integrujuča model systemy ohorony zdorovja i mehanizmy jiji realizaciji ta osnovni zasady stvorennja slujby upravlinnja medychnymy poslugamy.[The integrating model and the mechenizms of the health care system and the medical services management] Svidoctvo № 70353 pro rejestraciju avtorskogo prava vid 09.02.2017. Derjavna slujba intelektualnoji vlasnosti Ukrainy / Furtak I.I., Golunov A.I., Furtak I.I., Baluta I.A., Furtak A.I. – Zajav. № 70949 vid 13.12.2016.*