

Оптимізації фінансування і структури медичних організацій на тлі доказової потреби у медичній допомозі

I. I. Фуртак, Р. Ю. Грицко

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

У процесі реструктуризації охорони здоров'я слід робити ставку на позаринкові регулятори: планування мережі медичних організацій на тлі доказової потреби у медичній допомозі, узгодження обсягів послуг, а також на адекватні такому підходу методи оплати медичної допомоги – використання переважно попередніх, а не ретроспективних методів оплати. Найбільше цим підходам відповідає створення різних форм інтеграційної взаємодії. Таке об'єднання закладів охорони здоров'я в економічно вигідні мережі дозволяє найбільш ефективно задовольняти потреби населення, що обслуговується, і знижувати негативні наслідки наростаючої конкуренції.

Ключові слова: реструктуризація охорони здоров'я, позаринкові регулятори, доказова потреба, методи оплати медичної допомоги.

Вертикально інтегрована система лікувально-профілактичних установ (ЛПУ) різних рівнів, що фінансуються за загальним поособовим нормативом, – це найефективніший підхід до вирішення проблеми оптимізації фінансування і 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.

Головні відмінності такого підходу:

- принцип договірних відносин між єдиним замовником і об'єднаною мережею ЛПУ на тлі фіксованого поособового нормативу;
- договірні відносини всередині замкнутого комплексу ЛПУ;
- проведення економічних і організаційних заходів з управління структурою надання допомоги.

Запропонована схема фінансування заснована на якісно іншому підході. Об'єктом фінансування є не окрема госпітальна установа, поліклініка або центр ПМСД, а весь комплекс медичних установ [1].

Принцип розрахунку з кожною установою за наданий вид допомоги поступається місцем принципу фінансування комплексу взаємопов'язаних установ на тлі поособового нормативу. Інтегрована система ЛПУ отримує фінансування на одного жителя на підставі 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 зниження необґрунтованих витрат. При цьому фінансовий інтерес постачальників послуг буде полягати в раціональному управлінні їхньою собівартістю, а не в наданні більшої кількості

послуг як при системі «оплати за послугу». Система управління собівартістю через поособовий норматив вимагає зниження обсягу послуг і вартості на одного пацієнта, однак при цьому повинні зберегтися якість допомоги і задоволеність пацієнта.

У результаті з'являється можливість поєднати загальну зацікавленість всього комплексу ЛПУ у підвищенні якості та економічності ефективності надання медичної допомоги з відповідальністю і економічною зацікавленістю кожної ланки – сімейних лікарів, поліклінік, госпітальних відділень, параклінічної служби, аптек тощо. Кожна з них, крім власного інтересу в розширенні обсягу наданих послуг і збільшенні доходу даної установи, повинна бути зацікавлена 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. У цьому випадку єдиними фінансовими зобов'язаннями зв'язуються всі установи і служби, які беруть участь у профілактиці, діагностиці та лікуванні певної групи захворювань [2].

Водночас інтегруючи медичну допомогу визначають як медичну допомогу, максимально орієнтовану на потреби пацієнта, яка надається на тлі тісної взаємодії і координації між постачальниками первинної та спеціалізованої медичної допомоги з чітким розподілом обов'язків і спільною відповідальністю за кінцевий результат [3].

Принцип формування поособового нормативу – включення витрат на всі взаємопов'язані види допомоги. До складу поособового нормативу доцільно включати витрати на зовнішні джерела надання допомоги, наприклад, за надходження в обласні установи. Ланки надання медичної допомоги ведуть переговори про розподіл поособового нормативу. Кожна з них бере на себе певні зобов'язання щодо обсягу послуг, які надаються і поділу фінансових ризиків з іншими ланками. Відносини між ними будуються на основі договору, в якому зазначаються види послуг, що надаються, визначаються фінансові зобов'язання сторін. Направлення пацієнта до фахівця або в стаціонар не припускає розрахунку з направляючою стороною і надається сторонами за кожен пролікований випадок.

Ретроспективний принцип розрахунку поступається місцем авансового платежу: кожна зі сторін заздалегідь домовляється про частку поособового нормативу. 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 [4].

Тому організації охорони здоров'я мають всі стимули, у тому числі і фінансовий, для вкладення коштів у здоров'я пацієнта, в удосконалення методів ранньої діагностики захворювань та інші профілактичні заходи. На «вході» в цій системі діють певні умови забезпечення якості. Головне з них – 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 перелікових методів роботи. Усі члени міждисциплінарних груп, включаючи сімейних лікарів, повинні дотримуватися цих протоколів і обґрунтовувати причини можливих відхилень. У протоколах чітко визначені вимоги до кваліфікації, необхідної для виконання кожної медичної процедури. Завдяки

цим вимогам навички всіх учасників групи використовуються найбільш ефективно [5].

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 [6].

У процесі реструктуризації охорони здоров'я слід робити ставку на позаринкові регулятори: планування мережі медичних організацій на тлі 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. Найбільше цим підходам відповідає створення різних форм інтеграційної взаємодії. Таке об'єднання закладів охорони здоров'я в економічно вигідні мережі дозволяє найбільш ефективно задовольняти потреби населення, що обслуговується, і знижувати негативні наслідки наростаючої конкуренції [7].

Оптимизации финансирования и структуры медицинских организаций на фоне доказательной потребности в медицинской помощи И.И. Фуртак, Р.Ю. Грицко

В процессе реструктуризации здравоохранения следует делать ставку на вне рыночные регуляторы: планирование сети медицинских организаций на основе доказательной потребности в медицинской помощи, согласование объемов услуг, а также на адекватные такому подходу методы оплаты медицинской помощи – использование преимущественно предыдущих, а не ретроспективных методов оплаты. Наиболее этим подходам соответствует создание различных форм интеграционного взаимодействия. Такое объединение учреждений здравоохранения в экономически выгодные сети позволяет наиболее эффективно удовлетворять потребности обслуживаемого населения и снижать негативные последствия нарастающей конкуренции.

Ключевые слова: реструктуризация здравоохранения, вне рыночные регуляторы, доказательная потребность, методы оплаты медицинской помощи.

Optimization of financing and structure of medical organizations against the background of the evident need for medical assistance I.I. Furtak, R.Yu. Gritsko

In the process of healthcare restructuring, one should bet on non-market regulators: planning the network of medical organizations on the basis of the evidentiary need for medical care, agreeing on the volume of services, and methods of payment for medical assistance that are adequate to this approach – using primarily previous rather than retrospective methods of payment. The creation of various forms of integration interaction approaches correspond most completely. Such integration of healthcare institutions into economically advantageous networks allows the most complete satisfaction of the needs of the served population and reducing the negative consequences of increasing competition.

Key words: healthcare restructuring, non-market regulators, the evidentiary need, methods of payment for medical assistance.

Сведения об авторах

Грицко Роман Юлианович – Кафедра инфекционных болезней Львовского национального университета имени Данила Галицкого, 79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69. E-mail: GRJ3@3g.ua

Фуртак Иван Иванович – Кафедра общественного здоровья доцент кафедры общественного здоровья Львовского национального университета имени Данила Галицкого, 79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Енциклопедія. Сімейна медицина: у 5 т. Т. 5. Державне управління сімейною медициною / Є.Х. Заремба, І.І. Фуртак, А.І. Голунов, Р.Ю. Грицко, та ін.; За ред. В.Г. Перердерія, Є.Х. Заремби, 2012. – 704 с.
2. Напрями управління впровадженням, діяльністю та вишколом фахівців сімейної медицини в Україні: монографія / І.І. Фуртак, Р.Ю. Грицко, Р.С. Морочковский. – Львів: Сполом, 2013. – 188 с.
3. Фуртак І.І., Гринаш В.М. Удосконалення управління у сфері охорони здоров'я України в умовах євроінтеграції // Ефективність державного управ-

- ліття: Зб. наук. праць ЛРІДУ НАДУ/ За заг. ред. А.О. Чемериса. – Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2005. – Вип. 8. – С. 325–332
4. Автоматизована система управління наданням послуг населенню органами державного управління та місцевого самоврядування. Свідоцтво № 9834 про реєстрацію авторського права від 19.04.2004. Державний департамент інтелектуальної власності Міністерства освіти і науки України / Фуртак І.І. – № 9694; Заяв. 24.02.2004. – К.: Міністерство освіти і науки України, 2004. – Вип. 5. – С. 290.
5. Автоматизована система управління концепції розвитку медсестрин-

- ської служби. Свідоцтво № 17211 про реєстрацію авторського права від 11.07.2006. Державний департамент інтелектуальної власності Міністерства освіти і науки України / Фуртак І.І. – № 17185; Заяв. Від 15.05.2006. – К.: Міністерство освіти і науки України, 2006. – Вип. 10. – С. 264.
6. Методологія створення автоматизованої системи управління охороною здоров'я на засадах сімейної медицини та механізм її реалізації. Свідоцтво № 11734 про реєстрацію авторського права від 08.12.2004. Державний департамент інтелектуальної власності Міністерства освіти і науки України / Фуртак І.І., Голунов А.І., Балута І.А., Гринаш В.М. – № 11705; Заяв. 15.10.2004. – К.: Міністерство освіти і науки України, 2004. – Вип. 6. – С. 513.
7. 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., Фуртак А.І. – Заяв. № 70949 від 13.12.2016.

Статья поступила в редакцию 17.05.2018