

Заремба Є. Х., Фуртак І. І., Голунов А. І., Вовк Л. Г., Гавчак І. Ю.,
Мамчин М. М., Заремба-Федчишин О. В., Заремба О. В., Вірна М. М.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Організація служби управління госпітальною допомогою

For cite: Zdorov'a suspil'stva. 2018;7(6):249-258. doi: 10.22141/2306-2436.7.6.2018.158611

Резюме. Актуальність. У статті аналізується хід процесів та перспективи реформування госпітальної допомоги. **Метою дослідження** є аналіз діючої практики організації служби управління госпітальною допомогою. **Результати.** 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. **Висновки.** Для успішного функціонування системи інтегрованих медичних послуг необхідні ретельно опрацьовані стимули, завдяки яким поетапна оптимізація була б економічно вигідною для всіх зацікавлених сторін. 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 у наданні послуг найвищої якості за мінімально можливою ціною.

Ключові слова: госпітальна допомога; реформування; медичні послуги

Вступ

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").

Метою дослідження є аналіз діючої практики організації служби управління госпітальною допомогою.

Результати

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. У рамках цієї стратегії закупці 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 слідує 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 прецедентом;
- 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 у більшій чи меншій мірі використовує метод поособового фінансування. Сьогодні стає очевидним, що у сфері управління медичною допомогою посилюються тенденції регулювання (державного і саморегулювання) на ринку медичних послуг. Для

цього використовуються механізми «регульованої конкуренції», стратегії «розподілу ресурсів», у 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. У 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. У 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 госпітальною 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 у даній схемі повинні зацікавити три моменти. Перед усім, з'являється можливість маневрувати ресурсами без загрози втратити фінансування на ліжко. 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 - суворий 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 дорогі та можли-

ві 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, у 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.

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'єднуюче поняття "Інтегрована система надання медичної допомоги" в світовій практиці служить для опису трьох різних моделей:

1. "Багаторівнева модель (вертикальна інтеграція)". У 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 відповідальній 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, зekoномлених 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 загаль-

ним поособовим нормативом - це найбільш ефективний підхід до 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 кожною 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.

У результаті з'являється можливість поєднати загальну зацікавленість усього комплексу ЛПУ у підвищенні якості та економічної ефективності надання медичної допомоги з відповідальністю і економічною зацікавленістю кожної ланки - сімейних лікарів, поліклінік, госпітальних відділень, параклінічної 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. У 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 протягом 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 від початку на 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 у роботі по збереженню здоров'я пацієнта починає змішуватися з лікуванням 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 усі 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 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 ке-

рівництва 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. Усі 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.

У 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 поособовому нормативі 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, у 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 із 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 громадською 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 багатов 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 наступність 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, у 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, у 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 рр. (Вінниця, Дніпропетровськ і т.д.), коли жорстко фрагменту-

вали 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 в 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) думці 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 можливість 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). У 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 (багато-профільна 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 багато-профільна 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, оперативне 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 у 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, коштовна високоспеціалізована медична допомога надається як в регіональних установах практичної охорони здоров'я третинного рівня, так і в різних спеціалізованих клініках і інститутах Національної Академії медичних наук (НАМН). 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 у 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 запитання.

Так, адаптація JLN методики в НДІ нейрохірургії НАМН України 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 цієї чи іншої послуги. Як розрахувати їх

Таблиця 1. Розрахунок потреби в медикаментах

	8		Волютенз	розчин для інфузії, 500 мл розчину містить желатину полісукцинату 40,0 г, натрію ацетату тригідрату 3,675 г, натрію хлориду 4,590 г, калію хлориду 0,403 г, кальцію хлориду дигідрату 0,133 г, магнію хлориду гексагідрату 0,203 г, натрію гідроксиду	флакон		8	
12		Кровозамінники і перфузійні розчини. Препарати желатину	Атропін сульфат	Атропін	розчин для ін'єкції, 0,1% (1мл)	ампули	1	276.026 1656.16
13	9		Атропін сульфат	Атропін	розчин для ін'єкції, 0,1% (1мл)	ампули	1	4.1 4.10
14	10	Фамотидин	Квамател	лиоф.пор.д/ин.0,02г (20мл)	ампули	10	49.369	493.69
15	11	diazepam	Сибазон	розчин для ін'єкції, 0.5%. (2мл)	ампули	2	7.148	14.30
16	12		Амитриптилин	розчин для інфузії, 6% - 500мл	ампули	2	7.148	14.30
17	13	HYDROXYETHYLAMYLL	Рефортан	розчин для інфузії, 6% - 500мл	флакон	5	264.772	1323.86
18	14	Nadroparin calcium	Фраксипарин	містить 2850 МО анти-Ха надрупарину кальцію (0,3мл)	ампули	14	63.18	884.52
19		Гепарину натрію	Гепарин	розчин для ін'єкції, 5000 ОД/1мл (5мл)	флакон	1	62.01	62.01
20		Nimodipine	Нимотоп	30 мг німодипіну	таблетки	84	5.278	443.41
21		HYDROXYETHYLAMYLL	Рефортан	розчин для інфузії, 6% (500мл)	флакон	5	264.772	1323.86
22		C2H5OH	Спирт етиловий	розчин 96%-100 мл	флакон	4	31.71	126.83
23		Прокаїну гідрохлорид	Новокаїн	розчин для ін'єкції, 5мг/мл (5мл)	ампули	20	1.19	23.75
24		Повідон-йод	Бетадін	розчин для місцевого застосування, 10%	флакон-крапельниця 30 мл	1	95.3	95.30
25		Dexketoprofen	Дексалгін	декскетопрофена трометамол - 73.8 мг (2мл)	ампули	21	32.186	675.92
26		Цефтриаксону натрію	Цефтриаксон	порошок для розчину, 1мг	флакон	21	12.76	267.91
27		Уропідил	Ебрантил	розчин для ін'єкції, 5мг/мл (5мл)	ампули	31	98.315	3047.77
28		Nimodipine	Нимотоп	10 мг німодипіну (50мл)	флакон	1	750.00	
29								
30		Завідуючий відділенням д.мед.н. Орлов М.Ю.						
31								

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.

У рамках проекту Міністерством фінансів спільно з НДІ нейрохірургії НАМН України 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 у національних клінічних протоколах, які використовуються в НДІ нейрохірургії, наявного формуляра медикаментів з урахуванням середнього ліжко-дня. У розрахунки увійшла також потреба в медикаментах для реані-

мації. 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 коштовного 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

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 вар-

Таблиця 2. Розрахунок потреби у витратних матеріалах

№	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
2	Відділення нейрохірургічного лікування судин голови та шиї з рентген-операційною										
3	Витратні матеріали для виконання послуги										
4	№ з/п	Найменування послуги	Час виконання 180 хвилин								
5	код: 7.2.2-1P			високівартісні ВМП				загальні ВМП (вата, шприци, тощо)			
6		Мікрохірургічне та ендovasкулярне виключення артеріальних аневризми, артеріовенозних мальформацій головного мозку (мікрохірургічне виключення МА)	найменування	од.виміру	кількість	ціна за од. з ПДВ	найменування	од.виміру	кількість	ціна за од. з ПДВ	
7			Чехол стерильний для мікроскопу	шт.	1	250	Система для в/в введення	шт.	5	5.3	
8			Набір стерильний для операції №3	шт.	1	1026.22	Скальпель №11	шт.	1	5.61	
9			Кліпси шкірні кровосупинні	шт.	50	133.4	Рукавички	пари	16	1.99	
10			Гачки титанові для розведення тканин	шт.	4	4226.6	Марля	м	30	6.5	
11			Фреза краніотомна	шт.	1	4070.1	Бинт еластичний	шт.	2	25.18	
12			Лезо краніотомічне	шт.	1	3130.1	Покриття операційне 160x220 (стерильне)	шт.	4	43	
13			Бор	шт.	1	2504.7	Халат (стерильний)	шт.	3	26.33	
14			Мікробор (з алмазним напильням)	шт.	1	2504.7	Шалочки одноразові	шт.	3	0.95	
15			Датчик вимірювання ВЧТ	шт.	1	25046.6	Бахіли одноразові	пари	3	0.63	
16			Катетер стерильний для вентрикулопункції	шт.	1	4200.3	Маски одноразові	шт.	3	0.85	
17			Монопольний електрод	шт.	1	2100.1	Шприци 2,0	шт.	10	0.88	
18			Датчик 20МГц для контактної УЗДГ	шт.	1	9336.6	Шприци 5,0	шт.	20	1.02	
19			Кліпси судинні для тимчасового блокування церебральних судин	шт.	4	8002.8	Шприци 10,0	шт.	20	1.43	
20			Кліпси судинні для постійного блокування церебральних судин та аневризми різних конфігурацій	шт.	4	8002.8	Шприци 20,0	шт.	20	2.08	
21			Клей фібриновий для герметизації	фл	2	14173.2	Вата	гр	50	4.37	
22			Тахокомб	шт.	2	1356	Катетер внутрішньовенний	шт.	5	13.54	

тість медичних послуг, заощаджені 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 у 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 мо-

делі 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 у наданні послуг найвищої якості за мінімально можливою ціною.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

Список літератури

1. *Інтегруюча модель системи охорони здоров'я і механізми її реалізації та основні засади створення служби управління медичними послугами. Свідомість № 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.*

Отримано 20.11.2018 ■

Заремба Е. Х., Фуртак І. І., Голунова А. І., Волк Л. Г., Гавчак І. Ю., Мамчин Н. Н., Заремба-Федчишин Е. В., Заремба О. В., Вирна М. М.

Львовский национальный медицинский университет имени Даниила Галицкого, г. Львов, Украина

Организация службы управления госпитальной помощью

Резюме. Актуальность. В статье анализируется ход процессов и перспективы реформирования госпитальной помощи. **Целью исследования** является анализ действующей практики организации службы управления госпитальной помощью. **Результаты.** Различают три основных подхода к организации финансирования госпитальной помощи: полная ретроспективная компенсация всех понесенных расходов; компенсация за любую деятельность, основанную на заданной модели использования сборов - например, на модели групп, объединенных в соответствии с диагнозом (DRG); проспективное финансирование ожидаемых будущих расходов с использованием фиксированных бюджетов. **Выводы.** Для успешного функционирования системы интегрированных медицинских услуг необходимы тщательно

проработанные стимулы, благодаря которым поэтапная оптимизация была бы экономически выгодной для всех заинтересованных сторон. Создание системы интегрированной медицинской помощи заключается в необходимости разработки новой модели оплаты медицинских услуг, при которой врачи были бы материально заинтересованы в тщательном планировании предоставляемых ими услуг. Новые интегрированные системы представляют собой не только согласованные действующие структуры оказания медицинской помощи пациентам, но и позволяют материально заинтересовать врачей в предоставлении услуг наивысшего качества по минимально возможной цене.

Ключевые слова: госпитальная помощь; реформирование; медицинские услуги

Zaremba Ye. H., Furtak I. I., Golunov A. I., Vovk L. G., Gavchak I. Yu., Mamchin M. M., Zaremba-Fedchishin O. V., Zaremba O. V., Virna M. M.

Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

Organization of the hospital management service

Abstract. Background. The article analyzes the course of processes and the prospects for the reform of hospital care. The purpose of the study is to analyze the current practice of the organization of hospital management services. **Results.** There are three main approaches to the organization of the financing of hospital care: full retrospective compensation of all costs incurred; compensation for any activity based on a given model of use of fees - for example, on the model groups combined according to the diagnosis (DRG); prospective financing of expected future expenditures using fixed budgets. **Conclusions.** The successful functioning of the integrated

healthcare system requires carefully elaborated incentives that would allow for phase-out optimization to be economically beneficial for all stakeholders. An integrated health care system creating requires 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 allow financially interested doctors to provide the highest quality services at the lowest possible price.

Keywords: hospital help; reform; medical services