

УДК 614.2:362.121:658.14:001.73

DOI: 10.22141/2306-2436.7.5.2018.158606

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

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

Організація фінансування первинної медичної допомоги

For cite: Zdorov'a suspil'stva. 2018;7(5):214-221. doi: 10.22141/2306-2436.7.5.2018.158606

Резюме. Актуальність. У статті аналізуються процеси та перспективи реформування первинної медичної допомоги. Основою фінансування первинної ланки охорони здоров'я (сімейної медицини) є скоригована на ризики поособова оплата первинної медичної допомоги або метод капітації. **Метою дослідження** є аналіз діючої практики і стратегічні напрями реорганізації управління фінансуванням первинної ланки охорони здоров'я. **Результати.** Існує три варіанти використання поособового принципу фінансування первинної медичної допомоги: перший варіант - коли в поособовий норматив включаються тільки ті витрати, які пов'язані з наданням набору медичних послуг, затверджених для установ первинної медичної допомоги. Пацієнт, прикріплений до цієї установи, отримує тут тільки первинну медичну допомогу. У разі необхідності проведення додаткових обстежень і консультацій він направляється в спеціалізовані амбулаторні і стаціонарні установи. Другий варіант - коли амбулаторія сімейної медицини (чи центр первинної медичної допомоги) є структурним підрозділом поліклініки. Цей варіант вимагає не тільки розрахунку поособового нормативу первинної медичної допомоги, але також розрахунку витрат на консультативну та діагностичну допомогу. При цьому витрати на консультативну допомогу також розраховуються з поособового принципу, витрати на діагностичні дослідження - за кількістю виконаних досліджень і їх собівартості. Третій варіант первинної медичної допомоги входить в структуру багатoproфільних лікарень в рамках вертикальної інтеграції. При цьому, на кожного прикріпленого жителя багатoproфільний медичний заклад (медична корпорація) отримує поособову оплату, яка покриває весь наявний спектр первинної, спеціалізованої амбулаторної та госпітальної допомоги. **Висновки.** Для всіх практичних цілей, з урахуванням поточної ситуації в Україні, визначення первинної медичної допомоги населення, що обслуговується, здійснюється на підставі офіційної реєстрації жителів за територіальним принципом. Сьогодні цей підхід, як і раніше, є єдиною реальною практичною базою для розрахунку бюджетних асигнувань для первинної медичної допомоги.

Ключові слова: первинна медична допомога; фінансування; реформування

Вступ

Основою фінансування первинної ланки охорони здоров'я (сімейної медицини) є скоригована на ризики поособова оплата первинної медичної допомоги (ПМД) або метод капітації. Сутність його полягає в тому, що постачальники отримують фіксовану авансову (попередню) оплату для надання певного комплексу послуг (базового пакету послуг) кожному окремому пацієнту-особі, «закріпленій за постачальником», протягом фіксованого періоду часу. Іншими словами, капітація визначається як грошовий еквівалент фіксованого пакета медичних послуг у розрахунку на одного жителя-особу, що проживає на певній території та закріплена за тим чи іншим медичним закладом декларацією. Якщо

говорити образно, то капітація ставить «цінник» на кожного жителя. Ця схема оплати послуг первинної ланки стимулює всю систему фінансування медичної допомоги.

Метою дослідження є аналіз діючої практики і стратегічні напрями реорганізації управління фінансуванням первинної ланки охорони здоров'я.

Капітація коригується на різні ризики, які залежать від індивідуальних і соціальних характеристик. У різних країнах вони можуть бути різними. Однак, у більшості випадків це гендерні (віко-статеві) коефіцієнти для населення, яке проживає та обслуговується на цій території. Нижче наведено коригуючі коефіцієнти, які використовуються в різних країнах.

© «Здоров'я суспільства» / «Здоровье общества» / «Health of Society» («Zdorov'a suspil'stva»), 2018

© Видавці Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», Заславський О.Ю. / Издатели Международная общественная организация «Международная ассоциация «Здоровье общества», Заславский А.Ю. / Publishers International Public Organization "International Association "Health of Society", Zaslavsky O.Yu., 2018

Для кореспонденції: Заремба Євгенія Хомівна, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, вул. Пекарська, 69, м. Львів, 79010, Україна; e-mail: acad.zaremba@gmail.com

For correspondence: Ye. Zaremba, Danylo Halatsky Lviv National Medical University, Pekarskaya str., 69, Lviv, 79010, Ukraine; e-mail: acad.zaremba@gmail.com

Фінансування ПМД по поособовому принципу в міжнародній практиці використовується повсюди і є «стартовою» позицією для запуску механізму «гроші йдуть за пацієнтом». При цьому розраховується норматив витрат на отримання певного набору медичних послуг (базового пакета послуг ПМД) одним жителем на рік, або планована вартість послуг, яку, в середньому, отримає кожна особа - житель території обслуговування в даному році.

Бюджет установи ПМД (ЦПМСД чи АСМ) визначається шляхом множення цього нормативу на чисельність постійно проживаючого населення. Він включає в себе поточні витрати - виплата заробітної плати всьому персоналу, нарахування на заробітну плату, адміністративні та господарські витрати, витрати на придбання медикаментів, перев'язувальних матеріалів та медичних інструментів.

Витрати на придбання високовартісного обладнання, капремонт і капбудівництво, відпуску медикаментів пільговому контингенту населення в поособовий норматив не включаються.

Кожна установа (підприємство) ПМД отримує загальний бюджет, тобто загальну суму коштів без розбивки за статтями (по суті - глобальний бюджет). Цей бюджет розраховується множенням базового поособового нормативу на чисельність населення, яке постійно проживає на території обслуговування установи ПМД. При цьому кожна установа (підприємство) ПМД зможе вибирати свій варіант укомплектування персоналу.

Існує три варіанти використання поособового принципу фінансування ПМД: перший варіант - коли в поособовий норматив включаються тільки ті витрати, які пов'язані з наданням набору медичних послуг, затверджених для установ ПМД. Пацієнт, прикріплений до цієї установи, отримує тут тільки первинну медичну допомогу. У разі необхідності проведення додаткових обстежень і консультацій він направляється в спеціалізовані амбулаторні і стаціонарні установи.

Другий варіант - коли амбулаторія сімейної медицини (чи центр ПМД) є структурним підрозділом поліклініки. Цей варіант вимагає не тільки розрахунку поособового нормативу ПМД, але також розрахунку витрат на консультативну та діагностичну допомогу. При цьому витрати на консультативну допомогу також розраховуються з поособового принципу, витрати на діагностичні дослідження - за кількістю виконаних досліджень і їх собівартості.

Третій, найбільш перспективний варіант, який сьогодні найбільш широко використовується в західних моделях управління - ПМД входить в структуру багатопрофільних лікарень в рамках вертикальної інтеграції (Голландія, Англія, Австралія, Польща, Австрія тощо).

При цьому, на кожного прикріпленого жителя багатопрофільний медичний заклад (медична корпорація) отримує поособову оплату, яка покриває весь наявний спектр первинної, спеціалізованої амбулаторної та госпітальної допомоги. Реалізація цього варіанту вимагає організації «вну-

Країна	Коригуючі коефіцієнти
Вірменія	<ul style="list-style-type: none"> Вік (<18 та >18) – коефіцієнт споживання послуг дітьми <18 є вдвічі вищим Географія
Чілі	<ul style="list-style-type: none"> Вік Стать – жінки потребують 2х послуг, порівняно з чоловіками Хронічні захворювання (гіпертензія та діабет)
Естонія	<ul style="list-style-type: none"> Вік (0-2, 2-69, >70)
Ізраїль	<ul style="list-style-type: none"> Різні вікові групи Стать
Російська Федерація	<ul style="list-style-type: none"> Вік Стать
Велико-Британія	<ul style="list-style-type: none"> Вік Стать Місто/село Захворюваність/смертність (включно з ВІЛ/ТБ) Сестринський догляд
Латвія	<ul style="list-style-type: none"> Різні вікові групи Стать Відстань від закладу
Монголія	<ul style="list-style-type: none"> Вік Стать Географія (віддаленість) Відстань від закладу Індекс бідності Індикатори пов'язані з материнством та дитинством Захворюваність Розмір груп ризику

трішнього ринку» послуг медичного закладу (медичної корпорації), чіткої маршрутизації пацієнтів, взаємопов'язаного ланцюжка розрахунків з усіма ланками медичної допомоги в рамках поособового нормативу з пріоритетним фінансуванням ПМД.

Цей варіант найбільш економічний і зручний для пацієнтів, які можуть отримати всі види медичної допомоги в одному місці, дозволяє повністю усунути фінансову та медичну фрагментацію.

Основні умови впровадження системи поособового фінансування установ ПМД:

1. Усі установи, що надають ПМД, повинні мати статус юридично самостійних осіб з можливістю відкриття власних банківських рахунків.

2. Кошти регіональних бюджетів у частині витрат на фінансування установ ПМД акумулюються на рівні єдиного замовника. На сьогоднішній день, для відпрацювання моделі, з урахуванням перехідного періоду, пов'язаного з децентралізацією, у ролі єдиного замовника можуть виступати обласні управління охорони здоров'я. У перспективі, після відпрацювання моделі, єдиним замовником може стати національна агенція або ж страховий фонд.

3. Обсяг фінансування установ ПМД розраховується за єдиною методикою на підставі поособового нормативу, кількості постійно проживаючого населення та поправочних коефіцієнтів.

4. На сьогоднішній день, у перехідному періоді, обласні управління охорони здоров'я можуть встановлювати і затверджувати бюджети установ ПМД, і здійснювати фінансування на їх власні банківські рахунки, щомісяця, у повному обсязі бюджету на поточний місяць.

При цьому діє наступний порядок визначення обсягу поособового фінансування установ ПМД.

Поособовий норматив (НП) - це встановлена норма витрат в розрахунку на 1 жителя для забезпечення первинної медико-санітарної допомоги, який розраховується за такою формулою:

$$\text{НП} = \frac{\text{БОЗ}}{\text{нас}} \times \% \text{ ЧВ}$$

де: НП - базовий норматив поособового фінансування;

БОЗ - бюджет охорони здоров'я області;

нас - чисельність населення в області;

% ЧВ - середня частка витрат установ ПМД на рівні звітного року від бюджету районів.

Середня частка витрат установ ПМД - це відношення суми фактично сформованих поточних витрат по всіх установах ПМД регіону до загального обсягу бюджету охорони здоров'я регіону (об'єднаної громади, госпітального округу). Система поособового фінансування покриває поточні витрати установ на надання ПМСД. Поточні витрати включають у себе витрати на заробітну плату та прирівняні до неї платежі (основна, додаткова, допомога на дітей та пільги), відрахування в соціальні фонди, придбання медикаментів та перев'язувальних

матеріалів, комунальні витрати, витрати на поточний ремонт та придбання м'якого інвентарю.

Капітальні витрати (витрати на капітальний ремонт і капітальне будівництво, придбання дорогого устаткування) і витрати на оплату медикаментів пільговим категоріям населення не входять в поточні витрати установ ПМД і, отже, не включаються до розрахунку базового НП, а фінансуються за рамками системи поособового фінансування ПМД.

Загальний обсяг коштів на ПМД районів розраховується на основі загальної кількості населення районів і встановленого базового нормативу поособового фінансування ПМД:

$$\text{ОФР} = \text{НП} \times \text{ЧН}$$

де: ОФР - загальний обсяг фінансування ПМД районів (в подальшому - об'єднаних громад, госпітальних округів);

НП - базовий норматив поособового фінансування;

ЧН - чисельність наявного населення районів (об'єднаних громад, госпітальних округів).

Сума коштів поособового фінансування без урахування поправочних (гендерних) коефіцієнтів для конкретного закладу ПМД (k) визначається за формулою:

$$\text{СПФк} = \text{НП} \times \text{ЧНк}$$

де: СПФк - сума поособового фінансування ПМД для установи номер k;

НП - встановлений поособовий норматив фінансування ПМД;

ЧНк - чисельність населення в зоні обслуговування певної установи ПМД.

Загальна сума поособового фінансування ПМД районів (об'єднаних територіальних громад, госпітальних округів) складається з бюджетів окремих установ ПМД і буде дорівнювати загальному обсягу фінансування ПМД районів (об'єднаних територіальних громад, госпітальних округів).

Наведені вище розрахунки є базовими для визначення рівня фінансування і запуску фінансування ПМД в умовах автономізації методом «зверху-вниз».

Слід зазначити, що для введення принципу поособового фінансування необхідний ряд умов, без яких ефективність його використання різко знижується:

- автономізація юридично самостійних установ, які надають ПМД;
- вільний вибір пацієнтом установи та сімейного лікаря ПМД на прикріпленій території;
- визначення окремого пакета медичних послуг на рівні ПМД;
- наявність єдиної системи маршрутизації в рамках клінічних протоколів на спеціалізовану амбулаторну і госпітальну допомогу;

- наявність системи контролю якості надання медичної допомоги;
- жорстка система штрафних санкцій при необґрунтованих відмовах у наданні медичної допомоги або в необґрунтованих направленнях до установ медичної допомоги.

Також приймається наступний порядок розрахунку обсягу фінансування ПМД з урахуванням гендерних коефіцієнтів та методика визначення коефіцієнтів для окремих віко-статевих груп населення.

Віко-статеві поправочні коефіцієнти вводяться в систему поособового фінансування з метою справедливого перерозподілу коштів між установами ПМД і компенсації витрат, пов'язаних зі споживанням різними демографічними групами прикріпленого населення гарантованих державою послуг.

Віко-статеві поправочні коефіцієнти використовуються для визначення бюджетів окремих установ ПМД. Їх впровадження не тягне за собою залучення додаткових бюджетних коштів - загальна сума бюджетів окремих установ ПМД, визначених з їх використанням, дорівнює загальному обсягу поособового фінансування ПМД.

Віко-статеві поправочні коефіцієнти для різних груп населення - це відносно постійна шкала коефіцієнтів, що враховують відмінності в рівні споживання первинної ПМСД різними статевими категоріями населення.

Для їх розрахунку необхідно:

1. наявність базового пакету медичних послуг ПМД з одиницями основного персоналу (часу їх виконання) по кожній послугі;
2. розрахунок собівартості кожної з послуг, що надаються на рівні ПМД, на основі методу ступеневого віднесення витрат;
3. аналіз використання послуг «на жителя» певними його категоріями;
4. комбінування даних по витратах і використанні послуг для визначення відносної вартості надання медичних послуг певним категоріям населення, розрахунок віко-статевих коефіцієнтів.

Спочатку провести такі розрахунки рутинним способом, не маючи персоніфікованої медико-економічної бази даних первинної ланки охорони здоров'я, досить складно. Тому на початковому етапі, при першому запуску системи і організації

роботи амбулаторій в умовах автономізації, можна використовувати наведені вище базові розрахунки на основі поособового нормативу і методику фінансування «згори-вниз». Надалі, при формуванні персоніфікованої електронної бази даних первинної ланки охорони здоров'я, для розрахунку фінансування ПМД можна буде використовувати методику «знизу-вгору», тобто від послуги до поособового нормативу. При цьому гендерні коефіцієнти можна буде розрахувати в автоматизованому режимі.

Як тимчасову альтернативу на першому етапі можна використовувати поправочні гендерні коефіцієнти, отримані нами по м. Вознесенськ Миколаївської області.

Їх розрахунок виконаний на підставі прямої вибірки з міжрегіональної бази даних по Вознесенську за 3 роки (2010 – 2012 р). Загальна чисельність випадків для проведення розрахунків - 102 584. Нами були проаналізовані різні варіанти використання гендерних коефіцієнтів (у т.ч. російський, англійський, прибалтійський тощо) для розрахунку фінансування ПМД. Наведений нижче варіант поділу гендерних коефіцієнтів є, на наш погляд, найбільш оптимальним для України.

Використовується наступна методика розрахунку бюджетів установ ПМД районів із застосуванням статево-вікових коефіцієнтів.

Для розрахунку поособового фінансування ПМД з урахуванням статево-вікових коефіцієнтів необхідні наступні дані:

1) Інформація про віко-статеву структуру населення, яке постійно проживає на території обслуговування установою ПМД, що отримується:

- при наявності електронної бази даних прикріпленого населення - на основі вибірки з неї не частіше, ніж 1 раз на рік. Якщо в регіоні вводиться вільне прикріплення населення, то за підсумками кампанії вільного прикріплення в рамках регіону (області, району, об'єднаної територіальної громади, госпітального округу);

- при відсутності бази даних - на підставі списків прикріпленого населення в розрізі віко-статевої структури, які подаються установами ПМД і затверджуються 1 раз на рік органами управління охорони здоров'я.

2) Інформація про рівень споживання ПМД різними віко-статевими групами населення, на підставі якої розраховуються віко-статеві коефіцієнти.

№	Критерії	Значення
1	Чоловіки від 18 до 39 (контрольна)	1
2	Діти від 0 до 1 року	3,4
3	Діти від 1 року до 4 років	2,7
4	Діти від 5 до 17 років	2,1
5	Жінки від 18 до 39 років	1,3
6	Чоловіки та жінки 40-60 років	1,2
7	Чоловіки та жінки > 60 років	1,3

3) Встановлений розмір єдиного нормативу по-особового фінансування і загальний обсяг коштів на ПМД, що розраховується на основі кількості населення районів і базового поособового нормативу фінансування ПМД, передбаченого на даній території (визначається за формулами - див. вище).

Сума коштів на надання ПМД з урахуванням віко-статевих коефіцієнтів для установи номер k визначається за формулою:

$$\text{СПФк} = \text{НПФ} \times \text{ЧНк} \times \frac{\text{ПСВКк}}{\text{ПСВК}}$$

де: СПФк - сума поособового фінансування ПМД для установи номер k;

НПФ - встановлений базовий норматив поособового фінансування ПМП;

ЧНк - чисельність населення, прикріпленого до установи номер k;

ПСВКк - приведений віко-статевий коефіцієнт для установи номер k, узагальнений за всіма віко-статевими групами населення, прикріпленого до даної установи;

ПСВК - приведений віко-статевий коефіцієнт, узагальнений по всіх віко-статевих групах населення районів (об'єднаних громад, госпітальних округів), де вводиться поособове фінансування установ ПМД.

Наведений віко-статевий коефіцієнт ПМД для установи номер k - це узагальнений для даної установи коефіцієнт споживання ПМД, який визначається за формулою:

$$\text{ПСВКк} = \frac{\sum \text{ЧНjk} \times \text{СВКj}}{\text{ЧНк}}$$

де: ПСВКк - наведений вікостатевий коефіцієнт для установи номер k, узагальнений за всіма вікостатевими групами населення, прикріпленого до даної установи;

ЧНjk - чисельність населення установи номер k, що потрапляє в статеву-вікову групу j;

СВКj - вікостатевий коефіцієнт для біологічних потреб j;

ЧНк - чисельність населення установи номер k.

Приведений віко-статевий коефіцієнт ПСВК районів - це узагальнений для всіх районів коефіцієнт ПСВК, який визначається за формулою:

$$\text{ПСВК} = \frac{\sum \text{ЧНj} \times \text{СВКj}}{\text{ЧН}}$$

де: ПСВК - приведений віко-статевий коефіцієнт, узагальнений по всіх віко-статевих групах населення районів, де вводиться поособове фінансування установ ПМД;

ЧНj - чисельність населення районів, що потрапляє у вікостатеву групу j;

СВКj - вікостатевий коефіцієнт для біологічних потреб j;

ЧН - загальна чисельність населення районів (об'єднаних громад, госпітальних округів).

Загальна сума поособового фінансування по регіону при застосуванні віко-статевих коефіцієнтів не змінюється, і протягом року залишається рівною добутку нормативу поособового фінансування і загальної кількості населення районів (об'єднаних територіальних громад, госпітальних округів). Відхилення будуть відзначатися тільки між обсягами фінансування установ ПМД.

Загальна сума поособового фінансування ПМД районів (об'єднаних громад, госпітальних округів) складається з бюджетів окремих установ ПМД і повинна дорівнювати загальному обсягу фінансування ПМД районів (об'єднаних громад, госпітальних округів).

Для спрощення вищевказаних розрахунків можна використовувати наступну схему:

$$\text{ПСВКк} = (\text{Б1} * 1 + \text{Б2} * 3.4 + \text{Б3} * 2.7 + \text{Б4} * 2.1 + \text{Б5} * 1.3 + \text{Б6} * 1.2 + \text{Б7} * 1.3) / \text{Б}$$

$$\text{ПСВК} = (\text{А1} * 1 + \text{А2} * 3.4 + \text{А3} * 2.7 + \text{А4} * 2.1 + \text{А5} * 1.3 + \text{А6} * 1.2 + \text{А7} * 1.3) / \text{А}$$

Аналогічно можна розраховувати і інші поправочні коефіцієнти, такі як коефіцієнт щільності, віддаленості, бідності, місто/село тощо, про які говорилося вище.

Примітка: у прикладі наведені гендерні коефіцієнти, розраховані на основі персоніфікованої бази даних по м. Вознесеньку Миколаївської області.

	Кількість наявного населення	У тому числі по статеву-віковому складу (на прикладі гендерних коефіцієнтів м. Вознесенька)						
		Чоловіки 18 - 39 років	Діти від 0 до 1 р.	Діти від 1 до 4 років	Діти від 5 до 17 р.	Жінки 18-39 років	Чоловіки та жінки 40-60 років	Чоловіки та жінки > 60 років
Гендерні коефіцієнти		1	3.4	2.7	2.1	1.3	1.2	1.3
Всього по місту	А	А1	А2	А3	А4	А5	А6	А7
По закладу ПМД № k	Б	Б1	Б2	Б3	Б4	Б5	Б6	Б7

Доречно також згадати ще деякі аспекти фінансування ПМД з використанням методу капітації. Зокрема, при використанні методу капітації слід врахувати, що розрахунок витрат на ПМД - базової ставки, гендерних коефіцієнтів - ведеться за територіальним принципом на основі поособового нормативу і обліку постійно проживаючого населення.

На сьогоднішній день ПМД обслуговуваного населення визначається офіційною реєстрацією фізичних осіб за адресою їх проживання. В якості альтернативного способу, ПМД може також враховувати населення, що обслуговується через засоби відкритого (Open) зарахування (OE). Однак, випадки відкритого зарахування вимагають добре функціонуючого єдиного замовника і системи управління, якої ще немає в Україні.

У майбутньому, після того, як Україна буде мати єдиного замовника, можлива буде конкуренція між центрами ПМД на національному рівні з правом для пацієнтів індивідуального вибору, при якому будь-яка людина і/або сім'я може вибрати, в яких установах ПМД вони хочуть зареєструватися для отримання первинних медичних послуг.

З урахуванням міжнародного досвіду в нинішній ситуації передчасно проводити систему відкритого зарахування в масштабах всієї України. Це пов'язано як з управлінськими, так і технічними недоліками мережі ПМД. Разом з тим, вільний вибір сімейного лікаря вже сьогодні жителі зможуть здійснювати в рамках території, на рівні якої розраховується фінансування ПМД (область, район, об'єднані територіальні громади, госпітальні округи).

Перед початком відкритої реєстрації важливо розуміти, що значна частина населення може не вживати ніяких дій, щоб офіційно зареєструватись у будь-якому конкретному закладі ПМД. Це відчули в інших країнах, відкрита реєстрація вимагає багато років, щоб її запустити і реалізувати. Запуск такої системи може привести до значного ризику мережевої системи ПМД в існуючій системі фінансування, коли бюджетні асигнування залежать від кількості постійно проживаючих жителів. Вільну реєстрацію слід розглядати після введення системи єдиного замовника, який буде функціонувати в повному обсязі.

Разом з тим, капітація, як і будь-який інший метод, має як переваги, так і недоліки, які необхідно коригувати.

До найбільш значущих недоліків капітації належать: зниження рівня послуг, що надаються ПМД, спроба залучити «здорових» пацієнтів, необґрунтовані перенаправлення до інших лікарів. Це пов'язано з фіксованою попередньою оплатою роботи первинної ланки охорони здоров'я, яка використовується в методі капітації (при всій прогресивності такого підходу).

Це не сприяє також мотивації сімейних лікарів до збільшення обсягів роботи, виконання додаткових послуг крім базового пакета, досягненню якісних показників.

Висновки

Для всіх практичних цілей, з урахуванням поточної ситуації в Україні, визначення ПМД населення, що обслуговується здійснюється на підставі офіційної реєстрації жителів за територіальним принципом.

Отже, сьогодні цей підхід, як і раніше, є єдиною реальною практичною базою для розрахунку бюджетних асигнувань для ПМД.

Разом з тим, на сьогоднішній день оптимальними є моделі фінансування ПМД, які об'єднують кілька методів. Наприклад змішана модель фінансування ПМД. Вона включає в себе капітацію з коригуванням по гендерних групах, доплату за додаткові послуги і доплату за результат, що дозволяє, в кінцевому рахунку, сформувати оптимальну систему фінансування ПМД.

Більш того, доплата за додаткові поверх базового пакету послуги є потужною мотивацією для сімейного лікаря до збільшення обсягу додаткових послуг, освоєння нових методів профілактики, діагностики та лікування захворювань, збільшення груп диспансерного спостереження. Такий підхід використовується в багатьох країнах. Зокрема, в Ізраїлі він привів до того, що сімейні лікарі почали активно працювати з вагітними, в Англії істотно збільшилися обсяги профілактичної роботи по гіпертонії.

Доплата за додаткові послуги дозволить безболісно інтегрувати в первинну ланку пацієнтів з ВІЛ, туберкульозом, що сьогодні є нагальною проблемою для Української охорони здоров'я.

Оплата за результат передбачає розробку індексів ефективності на основі ключових показників, моніторингу якості, збільшення оплати за кожний досягнутий показник.

Наведений аналіз, висновки і пропозиції доречно використати на реалізацію сформульованих міжнародною науково-практичною конференцією "Актуальні питання надання медичної допомоги на засадах ПМСД (первинної медико-санітарної допомоги)" 18 квітня 2018 року в Ужгороді на базі факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки (ФПОДП) Державного вищого навчального закладу "Ужгородський національний університет" (УжНУ) стратегічних напрямів реформування галузі ПМСД на засадах сімейної медицини:

1. Стратегічні напрямки з реорганізації ПМСД:

1.1. Керуючись досвідом інших країн Європи, необхідно створити державну модель дієвих механізмів розвитку медичного страхування в Україні та визначити перелік послуг медичного призначення, якими забезпечується як застраховане, так і незастраховане населення.

1.2. Визначити вартість базових послуг медичного призначення з акцентом на доказовий скринінг та профілактику, які надаватимуться на рівні ПМСД, для підготовки до переходу на загальнодержавне медичне страхування.

1.3. Переглянути підходи до кадрового забезпечення первинної ланки охорони здоров'я з урахуванням професійної, у тому числі, інформаційної компетентності лікарів та медсестер сімейної медицини та їх достойної заробітної плати для запобігання відтоку кваліфікованих медичних кадрів за кордон.

2. Напрями організації роботи та устаткування клінік сімейної медицини:

2.1. Підготувати відповідну нормативно-правову базу щодо врегулювання взаємовідносин ПМСД із вторинним та вищими рівнями, зі службою швидкої та екстреної допомоги, використовуючи досвід пілотних регіонів.

2.2. Негайно вирішити питання з підвищенням оплати праці сімейних лікарів, враховуючи кількість прикріпленого населення, місцеві стимули та індикатори якості роботи лікарів, важкість умов праці сімейних лікарів у сільських, гірських і віддалених районах.

2.3. Необхідним є загальнодержавне устаткування клінік сімейної медицини згідно зі встановленим табелем їх обладнання, незалежно від місця знаходження амбулаторії. У даний час устаткування клінік відбувається за рахунок органів місцевого самоврядування, які у зв'язку з дефіцитом бюджету не можуть забезпечити клініки відповідним обладнанням, а також покрити потреби на їх ремонт. Згідно з табелем устаткування, сільські клініки повинні бути забезпечені автомобілями, оскільки у сільській, особливо гірській місцевості, транспорт є предметом першої необхідності через віддаленість дільниць. У зв'язку з переходом на електронну систему ведення пацієнтів, необхідно обладнати амбулаторії сімейної медицини комп'ютерами та доступом до мережі Інтернет.

2.4. Надзвичайно важливим є вирішення питання з приведення документації і звітності сімейного лікаря у відповідність з реальною необхідністю.

3. Роль громадських організацій:

3.1. Роль громадських організацій у роботі сімейних лікарів має бути ключовою. Керуючись закордонним досвідом, до компетенції громадських організацій належить правовий захист лікаря, сприяння підвищенню його кваліфікації та отриманню нових практичних навичок, атестація, ліцензування, а також інформаційна і методична підтримка в його щоденній роботі.

3.2. Ключовими моментами роботи первинної ланки повинні стати три складові: якість, моніторинг і оплата.

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

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.Передерія, 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. Морочковський. — 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 управління: Зб. наук. праць ЛРІДУ НАДУ/ За заг. ред. А.О. Чермериса. - 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 медсестринської служби. Свідоцтво № 17211 про реєстрацію авторського права від 11. 07. 2006. Державний департамент інтелектуальної власності Міністерства освіти і науки України / Фуртак І.І. - № 17 185; 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.*

Отримано 14.11.2018 ■

Заремба Е. Х., Фуртак И. И., Голунова А. И., Волк Л. Г., Гавчак И. Ю., Паробецька И. М., Заремба-Федчишин Е. В., Заремба О. В., Вирна М. М.

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

Организация финансирования первичной медицинской помощи

Резюме. Актуальность. В статье анализируются процессы и перспективы реформирования первичной медицинской помощи. Основой финансирования первичного звена здравоохранения (семейной медицины) является скорректиро-

ванная на риски подушная оплата первичной медицинской помощи или метод капитации. *Целью исследования* является анализ действующей практики и стратегические направления реорганизации управления финансированием первич-

ного звена здравоохранения. **Результаты.** Существует три варианта использования подушного принципа финансирования первичной медицинской помощи: первый вариант - когда в подушный норматив включаются только те расходы, связанные с предоставлением набора медицинских услуг, утвержденных для учреждений первичной медицинской помощи. Пациент, прикрепленный к этой организации, получает здесь только первичную медицинскую помощь. В случае необходимости проведения дополнительных обследований и консультаций он направляется в специализированные амбулаторные и стационарные учреждения. Второй вариант - когда амбулатория семейной медицины (или центр первичной медицинской помощи) является структурным подразделением поликлиники. Этот вариант требует не только расчета подушного норматива первичной медицинской помощи, но также расчета расходов на консультативную и диагностическую помощь. При этом расходы на консультативную помощь также рассчитываются с подушного принципа,

расходы на диагностические исследования - по количеству выполненных исследований и их себестоимости. Третий вариант первичной медицинской помощи входит в структуру многопрофильных больниц в рамках вертикальной интеграции. При этом, на каждого прикрепленного жителя многопрофильное медицинское учреждение (медицинская компания) получает подушную оплату, которая покрывает весь имеющийся спектр первичной, специализированной амбулаторной и госпитальной помощи. **Выводы.** Для всех практических целей, с учетом текущей ситуации в Украине, определение первичной медицинской помощи обслуживаемого населения осуществляется на основании официальной регистрации жителей по территориальному принципу. Сегодня этот подход, по-прежнему является единственной практической базой для расчета бюджетных ассигнований для первичной медицинской помощи.

Ключевые слова: первичная медицинская помощь; финансирование; реформирование

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

Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

Organization of primary health care financing

Abstract. Background. The article analyzes the processes and perspectives of reforming primary health care. Primary health care (family medicine) funding is based on the risk of personalized primary care or capitalization. The purpose of the study is to analyze current practice and strategic directions of reorganization of primary health care financing management. **Results.** There are three options for using the individual principle of primary health care financing: the first option - when the individual standard includes only those costs associated with the provision of a set of medical services approved for primary health care institutions. A patient attached to this institution only receives primary health care. If necessary, additional examinations and consultations are sent to specialized outpatient and inpatient facilities. The second option - when the ambulatory family medicine (or the center of primary health care) is a structural subdivision of the outpatient clinic. This option requires not only the calculation of personal

standard primary health care, but also the calculation of costs for advisory and diagnostic assistance. At the same time, the cost of advisory services are also calculated on the basis of the principle, the cost of diagnostic research - the number of studies performed and their cost. The third option - is part of the structure of multidisciplinary hospitals within the framework of vertical integration. At the same time, a multi-profile medical institution (medical corporation) receives an individual payment for every attached person, which covers the entire range of primary, specialized outpatient and hospital care. **Conclusions.** For all practical purposes, taking into account the current situation in Ukraine, the definition of primary health care for the served population is based on the official registration of residents according to the territorial principle. Today, this approach is still the only real practical basis for calculating budget allocations for primary health care.

Keywords: primary health care; financing; reform