

МЕДИЧНІ НАУКИ

DOI: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2019-6-70-7>

УДК 614.21:36(477)

Колядич М.М.Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького;
Львівський регіональний інститут державного управління
Національної академії державного управління при Президентові України**Грицько Р.Ю., Фуртак І.І.**

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ СОЦІАЛЬНОЮ СФЕРОЮ В УКРАЇНІ

Анотація. Результативність і ефективність управління соціальною сферою в Україні буде досягнуто, якщо вдасться створити систему управління, здатну виконати необхідні цілі та завдання на засадах СМ у цій сфері, що сприяє формуванню нової системи управління нею, яке має за мету пошук можливостей забезпечення всім верствам населення доступного, якісного медико-соціального забезпечення. Зараз доцільно не зруйнувати радикальними реформами, а еволюційно перебудувати існуючу систему на основі впровадження новітніх технологій. В процесі реструктуризації охорони здоров'я слід робити ставку на позаринкові регулятори – планування мережі медичних організацій на основі доказової потреби в медичній допомозі, узгодження обсягів послуг, а також на адекватні такому підходу методи оплати медичної допомоги – використання переважно попередніх, а не ретроспективних методів оплати. Найбільш повно цим підходам відповідає створення різних форм інтеграційної взаємодії. Таке об'єднання закладів охорони здоров'я в економічно вигідні мережі дозволяє найбільш повно задовольняти потреби населення, що обслуговується і знижувати негативні наслідки наростаючої конкуренції.

Ключові слова: соціальна сфера, реструктуризація охорони здоров'я, позаринкові регулятори, доказова потреба, методи оплати медичної допомоги, результативність, ефективність, медико-соціальне забезпечення, перебудувати еволюційно, впровадження новітніх технологій.

Koliadych MariiaLviv National Medical University named after Danylo Halyski,
Lviv Regional Institute of Public Administration
National Academy of Public Administration under the President of Ukraine**Grycko Roman, Furtak Ivan**

Lviv National Medical University named after Danylo Halyski

MEDICAL-SOCIAL ASPECTS OF SOCIAL SPHERE' MANAGEMENT IN UKRAINE

Summary. Effectiveness and efficiency of rationalization of medical-social sphere' management in Ukraine will be attained for terms, if will be succeeded to create the control system able to execute aims and task are needed. Processes of European integration and institutive transformation in the field of health care is instrumental in forming of the new control system, which purpose is to search of possibilities of accessible providing to all layers of population of the high-quality medikal providing. Now expediently not to prang by extreme reforms, but evolutional to reconstruct the existent system on the basis of the large-scale planned introduction of the newest technologies. The modern period of development of society characterized by a strong influence of information technology which came in all spheres of human activity. It ensures dissemination of information flows in society, creating a global information space. It quickly becomes a vital incentive to develop not only the global economy but also other spheres of human activity. It is difficult to find a sphere, which does not used information technology. Leading spheres in the field of implementation of computer technology is the architecture (architectural design), engineering, education, banking, and medicine. Modern information technology is increasingly used in healthcare which is convenient and usually necessary. This medicine, including alternative, nowadays develops completely new features. Many medical research is simply not possible to accomplish without a computer and suitable software. This process is accompanied by significant changes in medical theory and practice associated with making corrections in preparation of health workers as well as in the medical practice. The life of every human to some extent overlaps with the doctors we trust our health and life. The image of the medical officer and medicine recently has been undergoing major changes which takes place due to the development of information technology. 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.

Keywords: social sphere, medikal-social providing, healthcare restructuring, non-market regulators, the evidentiary need, methods of payment for medical assistance, effectiveness, efficiency, evolutional to reconstruct, planned introduction of the newest technologies.

Постановка проблеми. Реформування соціальної політики проводиться в Україні на сучасному етапі відповідно до стратегічних напрямів, визначених у Програмах діяльності уряду. Необхідність змін у медико-соціальній сфері розглядається через призму найважливіших пріоритетів державної політики, таких як національна безпека, дієздатність держави, економічне зростання, вирішення соціальних проблем.

Аналіз останніх досліджень. Започаткована під час громадської ініціативи «За здорову націю» група науковців від початку 2000 років провадить у різних регіонах напрацювання моделей удосконалення управління наданням медичних, медико-соціальних, соціально-медичних і соціальних послуг в контексті адміністративної реформи [1]. Для сфери охорони здоров'я, що має бути підґрунтям забезпечення фізичного, душевного і соціального благополуччя, в ході експериментів у Львівській, Миколаївській та Херсонській областях було напрацьовано підходи до розробки механізмів удосконалення державної політики у соціальній сфері, котрі лягли в основу інтегрованої моделі управління [2]. На цій основі було розроблено демонстраційну модель, що була схвалена і рекомендована до впровадження органам місцевого самоврядування Рішенням Комітету з питань охорони здоров'я Верховної Ради України [3; 5; 6; 7]. Надалі продовжується в експерименті поширення інтегрованої системи управління на суміжні сфери охорони здоров'я, соціальної політики, освіти, місцевого самоврядування тощо.

Мета статті. Основним напрямом дослідження є вивчення, аналіз, адаптація та застосування високотехнологічних напрацювань, використаних передовими системами для вдосконалення механізмів державної політики у соціальній сфері зі збереженням вітчизняних досягнень.

Виклад основного матеріалу. Зміни нашого життя відбуваються одразу у кількох вимірах. Найочевидніший з них – перехід від командної економіки до ринкової. Важливою при цьому є поступова трансформація нашого суспільства від тоталітарного до громадянського, хоча вона відбувається значно повільніше і менш помітно. Безумовно, розв'язання цього питання виходить за межі соціальної сфери й вимагає вироблення на найвищому рівні цілісної державної політики, що охоплює якнайширше коло питань: розподіл державних доходів, зайнятість, освіту, спосіб життя, екологію, транспорт, права та свободи громадян. Руйнівна соціально-економічна криза, якої зазнала Україна, обмежила її можливості щодо фінансування соціальної сфери. Це зумовило великий дефіцит коштів, збільшений структурними диспропорціями та недостатньою ефективністю використання ресурсів. Разом з цим державна політика призначена забезпечувати здоров'я громадян, визначеного як стан фізичного, душевного і соціального благополуччя [1].

Криза – це результат впливу невдалої економічної політики на інші сфери громадського життя, навіть у такій відносно розвинутій державі, як Україна. Як постсоціалістична держава, вона має специфічні системні недоліки: дефіцитну економіку, відсутність розвинутої мере-

жі ринкових організацій та установ тощо. Тому успішна перебудова всіх ланок народногосподарського комплексу України вимагає якісно нових підходів до розв'язання проблем соціальної сфери, створення гнучкої й ефективної системи державного управління закладами, що надають медичні і медико-соціальні послуги, інтенсивного розвитку нової політики та нових моделей надання медико-соціальної допомоги всім верствам населення. Відповідно до ринкових умов господарювання та основних засад синергетичної науки, така політика і механізми, що з неї випливають, повинні привести до високоорганізованої системи, здатної ефективно розвиватись і повністю відповідати загально-національним і регіональним галузевим інтересам в охороні здоров'я людини. Шляхи реформування можна розподілити на ті, що стосуються всієї соціальної сфери, чи лише управлінської моделі або інших гілок її діяльності. Законодавство України визначає здоров'я як стан повного фізичного, душевного та соціального благополуччя, а не лише відсутність захворювань або фізичних вад. Забезпечувати здоров'я населення у такому його трактуванні можна лише скоординованими зусиллями всього суспільства через міжсекторальну його координацію та міжгалузеву співпрацю всього народного господарства. Особливо складно, з одного боку, забезпечувати реалізацію такої скоординованої діяльності в процесі перебудови суспільства. Хоча, з іншого боку, глибинні зміни можливі саме під час радикальних реформ, і залежить це не стільки від готовності суспільства, скільки від волі до реалізації нових технологічних можливостей. Наведені міркування щодо сучасного стану реформування вітчизняної соціальної сфери ґрунтуються на тезі, що ми намагаємось ринкові відносини «втиснути» в соціалістичну економіку і навпаки, тому й не отримали позитивних результатів [2].

За умови економічної перебудови виникає потреба в перерозподілі матеріальних та інших галузевих ресурсів відповідно до визначених пріоритетів, з'являється потреба у розвитку економічно виправданих форм медико-соціального забезпечення. Йдеться, зокрема, про створення багатуокладності медико-соціальної сфери як концептуальної основи інтеграції медичної і соціальної систем. Багатуокладність медико-соціальної сфери – це не структурна аморфність або багатуокладність технологій управління, а посилення ролі держави як регулятора єдиної політики у соціальній сфері, гаранта доступних та якісних медичних, медико-соціальних, соціально-медичних і соціальних послуг.

Новітня технологія, сформована за новими принципами, ґрунтуватиметься, з одного боку, на державному регулюванні процесу, збереження централізації управління, з іншого – на піднесенні ролі децентралізованого принципу відповідальності за якість і обсяг надання медичної, медико-соціальної, соціально-медичної і соціальної допомоги. Це – розумне використання ресурсів на місцях і широке залучення позабюджетних коштів для потреб медико-соціальної сфери, визначення стратегічних галузевих пріоритетів й інфраструктур, що їх реалізовуватимуть, структурна перебудова медичної і соціальної сфер, їх

організаційно-методичне, науково-інформаційне та правове забезпечення [3].

Це – позитивні тенденції сучасних економічних перетворень, зокрема, бюджетне фінансування та розширення спектру позабюджетних джерел фінансування, набутий певний досвід організаційно-методичних і наукових основ супроводу перебудови галузі, сподівання на неминуче формування правових основ перебудови окремих підсистем соціальної сфери; початок її реструктуризації, нарешті, деякі позитивні зміни параметрів здоров'я населення.

У державах із ринковою економікою фінансування соціальної сфери здійснюють з кількох джерел: кошти населення; кошти страхових фондів та компаній; бюджетне фінансування; благодійні внески та гуманітарна допомога. Відповідно до соціально-економічної ситуації в Україні, реальними джерелами фінансування системи медико-соціальної допомоги можуть бути: бюджети різних рівнів; ОМС і ДМС; платні медичні послуги; кошти державних (пенсійного, інноваційного, охорони праці тощо) позабюджетних, галузевих і благодійних фондів, соціального страхування, окремі цільові податки та пільгове оподаткування медико-соціальних послуг. Діюче правове поле дає змогу залучати додатково до бюджету позабюджетні кошти в таких формах: гуманітарна допомога; спонсорство; добровільні внески та пожертвування грошових коштів і матеріальних ресурсів фізичними й юридичними особами безпосередньо установі або через добродійні фонди і каси; платні медичні й сервісні послуги населенню; госпрозрахункові послуги організаціям; надання в оренду приміщень й обладнання; виробнича діяльність; обов'язкове часткове відшкодування вартості послуг медико-соціальної допомоги в стаціонарній й амбулаторних умовах; добровільне страхування; кредитування; додаткове фінансування цільових спеціальних програм; отримання грантів. Позабюджетні кошти виконують функцію додаткових ресурсів, що покривають настану бюджетних асигнувань для надання медико-соціальної допомоги. Зупинимося на шляхах раціоналізації управління соціальною сферою, насамперед на тих компонентах, котрі становлять основу аналізу реформ у цій сфері. До них належать необхідність реформ, стратегія перебудови, та процес їх здійснення.

Два типи зовнішнього впливу – системи існуючих цінностей та макроекономічних факторів – визначають основу, на якій ґрунтується стратегія реформування. Ключовим показником нормативних цінностей загалом є характер соціальної політики. У декотрих державах медичні, медико-соціальні, соціально-медичні і соціальні послуги розглядаються як громадське благо, користь від чого отримують усі громадяни. Інший принцип – солідарності. Проте останнім часом у багатьох державах на першому плані постає концепція, за якою медичні, медико-соціальні, соціально-медичні й соціальні послуги – це, насамперед, товар, тобто акцентується на економічній ефективності, яку ринкові відносини привносять до соціальної сфери, стримуванні зростання витрат, зокрема через їх персоніфікацію. До не менш впливових факторів належать структура і стан економіки держави. Типовим стало зменшення

державою асигнувань за рахунок регіоналізації та глобалізації промислового виробництва й торгівлі [4; 5; 6; 7].

Соціальна політика в Україні має бути спрямована на управління ризиками в соціальній сфері. І реалізація її механізмів має відображати саме цей процес у вигляді відповідних програм і заходів. Такого звучання державне регулювання набуває саме на галузевому рівні, де негативні впливи на різні аспекти здоров'я населення, спричинені екологічними і соціально-економічними факторами, вимагають негайних регулювальних заходів. В Україні робляться спроби розвивати соціальну політику відповідно до сучасних європейських його зразків. Це зафіксовано прийняттям низки державних актів, які визначають пріоритети та напрями подальшої оптимізації всіх складових державного управління, зокрема Угоди про партнерство та співробітництво між ЄС та Україною, Закону про національну безпеку України, Концепції адаптації законодавства України до законодавства ЄС і Плану дій щодо реалізації пріоритетних положень Програми інтеграції України до ЄС тощо.

Тепер проблеми сконцентровано переважно в практичній реалізації стратегічної орієнтації нашої держави у різних сферах. В останні роки все більше уваги приділяється впливу навколишнього середовища на людину. Із цією метою в ЄС було також впроваджено План дій з охорони навколишнього середовища й здоров'я громадян на період 2004-2010 років. Програма орієнтована на співробітництво країн – членів ЄС у сфері екології, охорони здоров'я й науково-дослідній діяльності у них. Ця програма переслідує дві мети: надати повну інформацію, необхідну країнам – членам для зниження ризиків, що виникають через екологічну ситуацію, що погіршується, і сприяти співробітництву між різними інститутами й організаціями країн-членів у сфері екології, охорони здоров'я й відповідних наукових досліджень. Переважно План сконцентрований на питаннях впливу екології на здоров'я людини за трьома основними напрямками: удосконалення інформаційної мережі для кращого розуміння наслідків забруднення навколишнього середовища для здоров'я людини; заповнення інформаційних прогалин посиленням наукових досліджень у сфері екології й охорони здоров'я для того, щоб визначати нові проблемні зони, які виникають; просвітницька робота серед населення у сфері охорони здоров'я й екології. Відповідальність за реалізацію Плану дій лежить на країнах-членах, Комісії, міжнародних організаціях, представниках бізнесу й громадських організаціях. У 2007 р. Комісія приступила до проміжної оцінки результатів цієї програми. Незважаючи на всі труднощі, тривалість і якість життя в Європі неухильно зростає. З огляду на це, досвід ЄС у сфері охорони здоров'я й охорони навколишнього середовища може служити прикладом для інших країн [8; 9].

Вочевидь, розв'язання проблем полягає у використанні сучасних управлінських, зокрема інформаційних технологій із застосуванням комп'ютерної техніки і відповідних достатньо ефективних методик управлінського обліку й аналізу, що вже застосовують держави ЄС.

Тобто, основними напрямками є вивчення, аналіз, адаптація та застосування високотехнологічних напрацювань, використаних передовими системами для вдосконалення механізмів державного державної політики у соціальній сфері зі збереженням вітчизняних досягнень. Запропонована модель дає змогу удосконалити систему поособового розподілу коштів на всіх рівнях, що дозволяє відійти від утримання існуючої мережі закладів і застосувати низку інноваційних механізмів удосконалення управління соціальною сферою: механізм закупівлі медико-соціальних послуг через встановлення договірних відносин органів місцевого самоврядування з медико-соціальною сферою; механізм розподілу бюджетних коштів по прямому розрахунку за ціною послуг на основі стандартів та об'єднання їх у затратно-діагностичні групи; механізм раціонального використання коштів заснований на визначенні одиниці медико-соціальної послуги, як основної соціально-економічної категорії, визначення її загального обсягу, розподілу цих послуг згідно потреб пацієнтів у медико-соціальній допомозі та необхідного фінансування для забезпечення потреб регіону; механізм економічної ефективності, що полягає в управлінні собівартістю медико-соціальної послуги з врахуванням доцільності її застосування у різних закладах; механізм закупівлі медико-соціальних послуг через встановлення договірних відносин органів місцевого самоврядування з соціальною сферою; механізм економічної вигоди й профілактичної скерованості надання медико-соціальних послуг.

1. Вертикально інтегрована система лікувально-профілактичних установ (ЛПУ) різних рівнів, що фінансуються за загальним поособовим нормативом, – це найефективніший підхід 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 – це принцип договірних відносин між єдиним замовником і об'єднаною мережею ЛПУ на основі фіксованого поособового нормативу; договірні відносини всередині замкнутого комплексу ЛПУ; проведення економічних і організаційних заходів з управління структурою надання допомоги. Пропонована схема фінансування заснована на якісно іншому підході. Об'єктом фінансування є не окрема госпітальна установа, поліклініка або центр ПМСД, а весь комплекс медичних установ [10].

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

Робота в такій системі потребує оптимізації обсягів медичної допомоги, постійного пошуку шляхів для зниження необґрунтованих витрат. При цьому фінансовий інтерес постачальників послуг буде полягати в раціональному управлінні їх 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. В результаті з'являється можливість поєднати загальну зацікавленість всього комплексу ЛПУ в підвищенні якості та економічної ефективності надання медичної допомоги з відповідальністю і економічною зацікавленістю кожної ланки – сімейних лікарів, поліклінік, госпітальних відділень, параклінічної служби, аптек тощо. Кожна з них, крім власного інтересу в розширенні обсягу наданих послуг і збільшенні доходу даної установи, повинно 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. В цьому випадку єдиними фінансовими зобов'язаннями зв'язуються всі установи і служби, які беруть участь у профілактиці, діагностиці та лікуванні певної групи захворювань [11].

При цьому інтегруючи медичну допомогу визначають як медичну допомогу, максимально орієнтовану до потреб пацієнта, яка надається на основі тісної взаємодії і координації між постачальниками первинної та спеціалізованої медичної допомоги, з чітким розподілом обов'язків і спільною відповідальністю за кінцевий результат [2].

Принцип формування поособового нормативу – включення в нього витрат на всі взаємопов'язані види допомоги. 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 розподіл поособового нормативу. Кожне 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. Направлення пацієнта до фахівця або в стаціонар не припускає розрахунку між направляючою стороною і надає сторонами за кожен пролікований випадок. Ретроспективний принцип розрахунку поступається місцем авансового платежу: кожна зі сторін заздалегідь домовляється про що припадає їй частіше поособового нормативу. Якщо, наприклад, ланка ПМСД бере на себе певні види малої хірургії, то йому відходить і відповідна частка поособового нормативу («гроші йдуть за пацієнтом»). Відповідно, воно бере на себе і пов'язані з цим фінансові ризики: якщо фактичне число

таких хворих буде більше, ніж передбачалося, то покривати витрати доведеться зі своєї поособового нормативу [5]. Тому організації охорони здоров'я мають всі стимули, в тому числі і фінансовий, для вкладення коштів в здоров'я пацієнта, в удосконалення методів ранньої діагностики захворювань та інші профілактичні заходи. На «вході» в цю систему діють певні умови забезпечення якості. Головне 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 передових методів роботи. Всі члени міждисциплінарних груп, включаючи сімейних лікарів, повинні слідувати цим протоколам 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 [6].

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 [7].

В процесі реструктуризації охорони здоров'я слід робити ставку на позаринкові регулятори – планування мережі медичних організацій на основі доказової потреби в медичній допомозі, узгодження обсягів послуг, а також на адекватні такому підходу методи оплати медичної допомоги – використання переважно попередніх, а не ретроспективних методів оплати. Найбільш повно цим підходам відповідає створення різних форм інтеграційної взаємодії. Таке об'єднання закладів охорони здоров'я в економічно вигідній мережі дозволяє найбільш повно задовольняти потреби населення, що обслуговується і знижувати негативні наслідки наростаючої конкуренції [12].

Основою фінансування первинної ланки охорони здоров'я (СМ) є скоригована на ризики поособова оплата первинної медичної допомоги (далі – 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 пакету медичних послуг в розрахунку на одного жителя-особу, що проживає на певній території та закріпленій 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.

Капітація коригується на різні ризики, які залежать від індивідуальних і соціальних ха-

рактеристик. У різних країнах вони можуть бути різними. Однак в 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.

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 пакету 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 – виплати 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 вибрати 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 «внутрішнього 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. Всі установи, що надають ПМД, повинні мати статус юридично самостійних осіб, з можливістю відкриття власних банківських рахунків.

2. Кошти регіональних бюджетів в 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, в 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, в перехідному періоді, обласні управління охорони здоров'я можуть встановлювати і затверджувати бюджети установ ПМД, і здійснювати фінансування на їх власні банківські рахунки, щомісяця, в повному обсязі бюджету на поточний місяць.

При цьому діє наступний порядок визначення обсягу поособового фінансування установ ПМД. Поособовий норматив (ПН) – це встановлена норма витрат в розрахунку на 1 жителя для забезпечення первинної медико-санітарної допомоги.

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 в 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 ПН, 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.

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 в 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 ПН, 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.

Використовується наступна методика розрахунку бюджетів установ ПМД районів із застосуванням статевовікових коефіцієнтів.

Для розрахунку поособового фінансування ПМД з урахуванням статевовікових коефіцієнтів необхідні наступні дані:

1) Інформація про вікостатеву 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 компанії вільного прикріплення в рамках регіону (області, району, об'єднаної територіальної громади, госпітального округу);

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

2) Інформація про рівень споживання ПМД різними вікостатевими групами населення, на підставі якої розраховуються вікостатеві коефіцієнти.

3) Встановлений розмір єдиного нормативу поособового фінансування і загальний обсяг коштів на ПМД, що розраховується на основі кількості населення районів і базового поособового нормативу фінансування ПМД, передбаченого на даній території.

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 зареєструватися в 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 відносяться: 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, досягнення якісних показників.

Висновки з даного дослідження. Удосконалення соціальної політики можна досягнути шляхом покращення координації діяльності органів виконавчої влади як однієї з функцій основних суб'єктів реалізації політики у соціальній сфері, що забезпечувалась би АСУ на основі персоніфікованих розподілених банків даних, прозорого ресурсного забезпечення на засадах громадянського суспільства як об'єктивних передумов вдосконалення соціальної політики України. Ефективна діяльність системи потребує удосконалення політики у соціальній сфері. Загальний зміст такого удосконалення має передбачати впровадження комплексу інформаційно-правового забезпечення, методів, технологій, важелів і інструментів та запровадження усвідомленого використання ресурсів територіальної громади, заснованому на засадах солідарної системи й етапності потоків

медико-соціальних послуг і ресурсів, керованих лікарем загальної практики-сімейної медицини – організатором охорони здоров'я населення з рівня первинної медико-соціальної допомоги.

Впровадження такої моделі сприяє підвищенню доступності, якості й своєчасності надання медико-соціальних послуг, забезпечує ефективний розподіл обмежених ресурсів, пріоритетність первинної медико-соціальної допомоги і створює умови для підвищення соціального статусу медичних та соціальних працівників, захисту прав пацієнтів.

Для удосконалення державної політики у соціальній сфері повинна функціонувати інтегрована система управління наданням медичних, медико-соціальних, соціально-медичних і соціальних послуг, яка має спиратись на систему моніторингу, що забезпечує зокрема й процедуру контролю якості послуг мережі закладів медико-соціальної сфери усіх рівнів, форм власності і підпорядкування. Очевидною стає також можливість скорочення управлінських структур.

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 як складової в системі інтегруючої моделі охорони здоров'я України 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, в тому числі, інформаційної компетентності лікарів та медсестер сімейної медицини, а також соціальних працівників та їх достойної заробітної плати для запобігання відтоку кваліфікованих 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 вста-

новленим табелем їх обладнання, незалежно від місця знаходження амбулаторії. В 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, як і системи охорони здоров'я в цілому, а також медико-соціальної сфери загалом 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, як і системи охорони здоров'я в цілому, а також медико-соціальної сфери загалом повинні стати три складові: якість, моніторинг і оплата.

Список літератури:

1. Фуртак І.І. Адміністративна реформа в Україні та управління системою охорони здоров'я регіону. *Зб. наук. праць ЛФ УАДУ: Актуальні проблеми державного управління*. 2001. Вип. 5. С. 334–342.
2. Фуртак І.І., Гринаш В.М. Удосконалення управління у сфері охорони здоров'я України в умовах євроінтеграції. *Зб. наук. праць ЛРІДУ НАДУ: Ефективність державного управління* / За заг. ред. А.О.Чемериса. Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2005. Вип. 8. С. 325–332.
3. Фуртак І.І. Формування концепції удосконалення державного управління у сфері охорони, збереження та зміцнення здоров'я населення. *Зб. наук. пр. ЛФ УАДУ: Актуальні проблеми державного управління*. 2000. Вип. 3. С. 344–348.
4. Фуртак І.І., Гринаш В.М., Гринаш Ю.І. Формування основних напрямків розвитку первинної ланки відомчої служби охорони здоров'я МВС України на засадах загальнолікарської сімейної медичної практики. *Зб. наук. пр. ЛФ УАДУ: Актуальні проблем державного управління*. 2000. Вип. 3. С. 309–315.
5. 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. Київ : Міністерство освіти і науки України, 2004. Вип. 5. С. 290.
6. 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. № 17185. Заяв. від 15.05.2006. Київ : Міністерство освіти і науки України, 2006. Вип. 10. С. 264.
7. 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. Київ : Міністерство освіти і науки України, 2004. Вип. 6. С. 513.
8. Людський розвиток в Україні: інноваційний вимір (колективна монографія) / За ред. Е.М. Лібанової. Київ : Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України, 2008. 316 с.
9. Лапшина І.А. Розвиток людського капіталу України в процесі євроінтеграції. Львів : НІСД, 2008. 332 с.
10. Енциклопедія. Сімейна медицина: у 5 т. Т. 5. Державне управління сімейною медициною : монографія / 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.
11. Фуртак І.І., Грицко Р.Ю., Морочковський Р.С. Напрями управління впровадженням, діяльністю та вишколом фахівців сімейної медицини в Україні : монографія. Львів : Сполом, 2013. 188 с.
12. 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.

References:

1. Furtak I.I. (2001). Administratyvna reforma v Ukraini ta upravlinnia systemoiu ohorony zlorovia regionu [The administrative reformation in Ukraine and the region health system management]. *Zb. nauk. prac. LF UADU: Aktualni problemy derjavnogo upravlinnia*. Lviv. Vyp. 5. Pp. 334–342.
2. Furtak I.I., Hrynash V.M. (2005). Udoskonalennia upravlinnia u sferi ohorony zdorovia Ukrainy v umovah evrointegracii [The improvement of the public health administration in Ukraine in the settings of the eurointegration]. *Zb. nauk. prac. LRIDU UADU: Efektyvnist derjavnogo upravlinnia*. Lviv. Vyp. 8. Pp. 325–332.
3. Furtak I.I. (2000). Formuvannia koncepcii udoskonalennia derjavnogo upravlinnia u sferi ohorony, zberejennia ta zmicnennia zdorovia naselennia [The formation of the conception of the public healthcare administration system development]. *Zb. nauk. prac. LF UAPU: Aktualni problemy derjavnogo upravlinnia*. Lviv. Vyp. 3. Pp. 344–348.
4. Furtak I.I., Hrynash V.M., Hrynash U.I. (2000). Formuvannia osnovnyh napriamkiv rozvytku pervynnoi lanky vidomchoi slugby ohorony zdorovia MBCU na zasadah zagalnoikarskoi simeinoi medychnoi praktyky [The formation of development of the main directions of the mIA of Ukraine departmental service primary healthcare system on the family medicine basis]. *Zb. nauk. pr. LF UAPU: Aktualni problemy derjavnogo upravlinnia*. Lviv. Vyp. 3. Pp. 309–315.
5. Avtomatyzovana systema upravlinnia nadanniam poslug naselenniu organamy derjavnogo upravlinnia ta misceвого samovriaduvannia [The automated system of management of providing services to the people by the public administration and local government structures]. Svidoctvo № 9834 pro reestraciiu avtorskogo prava vid 19.04.2004. Derjavnyi departament intelektualnoi vlasnosti ministerstva osvity i nauky Ukrainy / Furtak I.I. № 9694. Zaiav. 24.02.2004. Kyiv : Ministerstvo osvity i nauky Ukrainy, 2004. Vyp. 5. 290 p.
6. Avtomatyzovana systema upravlinnia koncepcii rozvytku medsestrynskoi slujby [The automated system of the nursing development conception management]. Svidoctvo № 17211 pro reestraciiu avtorskogo prava vid 11.07.2006. Derjavnyi departament intelektualnoi vlasnosti mimnisterstva osvity i nauky Ukrainy / Furtak I.I. № 17 185. Zajav. vid 15.05.2006. Kyiv : Ministerstvo osvity i nauky Ukrainy, 2006. Vyp. 10. 264 p.
7. Metodologiiia stvorennia avtomatyzovanoi systemy upravlinnia ohoronoiu zdorovia na zasadah simeinoi medycyny ta mehanizm ii realizacii [Automated healthcare system public management on the primary healthcare basis creation methodology and ways of its implementation]. Svidoctvo № 11734 pro reestraciiu amvtorskogo prava vid 08.12.2004. Derjamvnyi departament intelektualnoi vlasnosti ministerstva osvity i nauky Ukrainy / Furtak I.I., Golunov A.I., Baluta I.A., Hrynash V.M. № 11705; Zaiav. 15.10.2004. Kyiv : Ministerstvo osvity i nauky Ukrainy, 2004. Vyp. 6. 513 p.
8. Ludskiy rozvytok v Ukraini: innovaciinyi vymir (kolektyvna monomgrafiiia) [Human development in Ukraine: the dimension of innovation] / Za red. E.M. Libanovoi. Kyiv : In-t demografii ta socialnyh doslidjen HAH Ukrainy, 2008. 316 p.
9. Lapshyna I.A. Rozvytok liudskogo kapitalu Ukrainy v procesi evrointegracii [Development of the Ukrainian human capital in the process of eurointegration]. Lviv : HICD, 2008. 332 p.
10. Encyklopediia. Simeina medycyna [Enciklopedia. Family medicine.]: u 5 t. T. 5. Derjavne upravlinnia simeinoiu medycynoiu: [The family medicine public administration] monografiia / E.H. Zaremba, I.I. Furtak, A.I. Golunov, R.Iu. Grycko, ta in.; za red. V.G. Perederiia, E.H. Zaremby. 2012. 704 p.
11. Furtak I.I., Grycko R.Iu., Morochkovskii R.S. Napriamy upravlnnia vprovadjenniam, diialnistiu ta vyshkolom fahivciv simeinoi medycyny v Ukraini: monografiia [The directions of implementation, function and training management of the family medicine specialists in Ukraine]. Lviv : Spolom, 2013. 188 p.
12. Integruiuha model systemy ohorony zdoroviiia i mehanizmy ii realizacii ta osnovni zasady stvorennia slujby upravlinnia medychnymy poslugay [The healthcare system integrative model and its realization mechanisms and the healthcare services management creation basis]. Svidoctvo № 70353 pro reestraciiu avtorskogo prava vid 09.02.2017. Derjavna slujba intelektualnoi vlasnosti Ukrainy / Furtak I.I., Golunov A.I., Furtak I.I., Baluta I.A., Furtak A.I., Furtak A.I. Zaiav. № 70949 vid 13.12.2016.