

ЕКОНОМІЧНІ МОДЕЛІ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ УПРАВЛІННЯ
ПЕРВИННОЮ МЕДИКО-САНІТАРНОЮ ДОПОМОГОЮ
В КРАЇНАХ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ СПІЛЬНОТИ (ЄС),
НОВИХ НЕЗАЛЕЖНИХ ДЕРЖАВАХ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ДЛЯ УКРАЇНИ

Фуртак І. І., Паробецька І. М., Верес Н. В., Самчук Б. М.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького; ЛРІДУ НАДУ

Методи оплати первинної медико-санітарної допомоги та в цілому амбулаторно-поліклінічної ланки мають особливе значення для підвищення ефективності управління потоками ресурсів, оскільки на цьому рівні починається і закінчується більшість випадків лікування. Діяльність цієї ланки багато в чому визначає розміри затрат на інших етапах надання медичної допомоги. Наприклад, в багатьох регіонах України, Російської Федерації, інших Нових Незалежних Державах до 40% викликів швидкої медичної допомоги пов'язані з обслуговуванням хронічно хворих, що перебувають на диспансерному огляді. Налагодження ефективної роботи первинної ланки на засадах сімейної медицини (СМ) може дозволити значно скоротити обсяг таких викликів, кожен з яких обходиться в багато разів дорожче, ніж відвідування поліклініки.

Нині амбулаторна допомога в Україні поділяється на первинну медико-санітарну допомогу (ПМСД) і спеціалізовану медичну допомогу. ПМСД надається дільничними і цеховими лікарями (терапевтами, педіатрами) в поліклініках, лікувальних амбулаторіях, а також в фельшерсько-акушерських пунктах (в сільській місцевості) під спостереженням лікарів із найближчого амбулаторного закладу. Найбільш перспективним вважається перехід до надання цієї допомоги лікарями загальної практики — сімейними лікарями (ЛЗП — СЛ), чії функції значно ширше обов'язків терапевта, педіатра і захоплюють частину послуг, що надаються сьогодні лікарями-спеціалістами. Спеціалізована амбулаторна допомога надається лікарями-спеціалістами поліклінік (невропатологами, отоларингологами і т. д.), а при впровадженні сімейної медицини — центрів сімейної медицини другого рівня. Деякі види допомоги (стоматологічна, гінекологічна) можуть проводитися як в поліклініках загального профілю, так і в спеціалізованих закладах СМ. При реалізації програми впровадження і розвитку СМ консультативно-діагностична амбулаторна допомога надається, як правило, в консультативних і діагностичних центрах СМ. Швидка і невідкладна медична допомога надається спеціалізованими станціями швидкої медичної допомоги чи відповідними підрозділами медичних закладів на засадах СМ.

Насамперед, розглянемо ступінь поширеності різних методів фінансування в зарубіжній практиці. При цьому важливо враховувати, що ці методи не отримали широкого поширення у вітчизняній практиці. Їх, передусім, застосовують незалежні ЛЗП —

СЛ, що діють на договірній основі із страховиками чи органами управління охороною здоров'я. Аналогічний статус мають і багато вузьких спеціалістів, що ведуть амбулаторний прийом, при цьому основна частина спеціалістів працює в стаціонарах. Крім основних функцій, вони ведуть і амбулаторний прийом — найчастіше — у відділеннях амбулаторного прийому стаціонарів. В більшості західних країн на них поширюються методи оплати діяльності лікарень. Саме тому наступний аналіз західних систем оплати сфокусований на специфіці діяльності стосовно ЛЗП — СЛ. При цьому використовується термін «лікувально-амбулаторна допомога» чи просто «лікарські послуги». Стосовно вітчизняної охорони здоров'я використовується традиційний термін «амбулаторно-поліклінічна допомога». Отже, у західних країнах в секторі лікувально-амбулаторної допомоги застосовуються наступні методи оплати: за кожну послугу (гонорарний метод), за одну особу, приписану до лікарської практики (метод поособового фінансування), за тарифними ставками заробітної плати тощо.

Перші два методи мають різні модифікації, що будуть розглянуті нижче. Зарплата, як основний метод відшкодування послуг лікарів амбулаторної ланки, зокрема, сімейних лікарів (СЛ), використовується тільки в незначній кількості країн, де такі лікарі є найманими і працюють в державних закладах. Так, з 17 країн Західної Європи, охоплених дослідженням. Організації економічної співпраці і розвитку (ОЕСР), лише в чотирьох (Фінляндія, Швеція, Греція і Португалія) діяльність лікарів амбулаторної ланки, тобто і СЛ, оплачується за тарифними ставками заробітної плати. В деяких країнах заробітня плата поєднується з іншими методами оплати, але при цьому її роль відносно невелика. Наприклад, в Норвегії зарплата становить 35 % фонду оплати праці лікарів, решта 65 % поступають на основі гонорарного методу. Гонорарний метод застосовується в усіх країнах з страховими системами фінансування охорони здоров'я — в Німеччині, Бельгії, Люксембурзі, Голандії, Швейцарії, Франції. В будь-якій країні ЛЗП — СЛ зацікавлені в використанні гонорарного методу оплати, але далеко не завжди їм вдається відстояти його. В страхових системах лікарські асоціації змогли це зробити. Тим не менше, в умовах посилення державного регулювання гонорарний метод зазнає серйозних змін. Стратегія урядів цих країн — забезпечити стримування росту затрат на основі більш жорсткого контролю за використанням ресурсів, що контролюються лікувальними практиками. У країнах з бюджетними системами охорони здоров'я гонорарний метод або взагалі не використовується, або використовується в доповнення до інших методів оплати лікувально-амбулаторної допомоги. В останньому випадку сфера його застосування відносно вузька. Поособовий метод оплати як основний застосовується в Великобританії, Іспанії, Ірландії і Італії. Поособовий метод найчастіше ґрунтується на ролі ЛЗП — СЛ в управлінні потоками пацієнтів і виконанні функції диспетчера (General Practitioner as a gatekeeper). Це означає, що пацієнт не може звернутися до спеціаліста без скерування свого СЛ. Гонорарний

метод оплати передбачає значно ліберальніший порядок звертань до спеціалістів. Західно-європейські країни діляться приблизно порівну щодо прийнятого порядку звернень до спеціалістів. Обов'язкове скерування СЛ до вузьких спеціалістів вимагається в Данії, Ірландії, Італії, Нідерландах, Великобританії, Фінляндії, Норвегії, Португалії, Іспанії. В інших країнах пацієнти можуть звертатися до спеціалістів безпосередньо. Низка країн використовує змішану систему оплати лікарсько-амбулаторної допомоги, що поширюється і на діяльність сімейних лікарів. До їх числа відносяться Данія, Великобританія, Норвегія, Греція. В більшості цих країн переважає поособовий метод оплати. Важливо підкреслити, що вибраний метод оплати має бути тісно пов'язаний з порядком звернень пацієнтів до спеціалістів.

Для зміцнення ланки СМ в Україні в умовах дії жорстких фінансових обмежень, застосовуючи чужоземний досвід, на наш погляд, доцільно використовувати принцип поособового фінансування ЛПЗ СМ на прикріплене населення з елементами фондотримання і гонорарного методу оплати окремих послуг. Поєднання різних методів визначається ситуацією і конкретними завданнями, але у будь-якому випадку частка гонорарного методу, на наш погляд, не може бути значною.

Перехід на змішану систему оплати діяльності ЛПЗ СМ здійснюється через прискорений ріст розміру поособового нормативу фінансування СЛ по зрівнянню з тарифами на стаціонарну допомогу; поступове перетворення поліклінік, а в їх складі і ланку СМ, на фондотримачів на конкретну частину послуг спеціалістів амбулаторно-поліклінічної ланки і стаціонарну допомогу; введення оплати на гонорарної основі за профілактичні послуги і застосування стаціонарнозамінюючих технологій.