

СТРУКТУРА І ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ ТЕРИТОРІАЛЬНИХ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ НА ЗАСАДАХ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Голунов Анатолій Іванович,

*Херсонський національний технічний університет,
Відкритий міжнародний університет “Україна”*

Фуртак Іван Іванович,

*Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,
Львівський регіональний інститут Національної академії
державного управління при Президентіві України*

Незалежно від того, яка модель буде вибрана — бюджетна або обов’язкове страхування, основна робота по організації і наданню медичної допомоги населенню ляже на територіальні медичні установи — центральні районні і міські лікарні. При цьому ключовим моментом в їх роботі, як зазначено вище, буде організація координації і взаємодії між первинною медичною, госпітальною і спеціалізованою амбулаторною допомогою на засадах медичної і економічної доцільності, задоволення медичних потреб конкретного пацієнта. Саме таке завдання ми ставили перед собою, коли починали експеримент з розбудови інтегрованої мережі амбулаторій сімейної медицини в місті Вознесенську і Вознесенському районі Миколаївської області. В даний час організовано інтегровану мережу з 5 таких амбулаторій в м. Вознесенськ, в місцях компактного проживання його мешканців, і 12 сільських амбулаторій в районі. По суті, на сьогоднішній день всю первинну медико-санітарну допомогу населенню в місті і районі організовано на засадах медицини загальної практики — сімейної медицини. З лютого 2004 році м.Вознесенськ було включено, згідно наказу № 88, в проект МОЗ, в якому розроблялися механізми управління фондами і об’ємами медичної допомоги. У проєкті брали участь всі 5 амбулаторій сімейної медицини м.Вознесенська і Новогригорівська сільська амбулаторія сімейної медицини, до складу якої входить ФАП. Загальна чисельність населення, що бере участь в експерименті, — 46 тис. чоловік, які обслуговуються тридцятьма сімейними лікарями.

Спочатку перед нами постало найголовніше питання, — по якому шляху піти:

1) фондотримання, тобто розділення фонду між первинною і вторинною медициною, вичленування амбулаторій сімейної медицини зі структури центральної районної лікарні (ЦРЛ) з подальшим створенням так званих “центрів первинної медико-санітарної допомоги” як юридично самостійних структур;

або ж

2) залишити амбулаторії у складі єдиного медичного комплексу району у вигляді відділення (теж центру) первинної медико-санітарної допомоги, створивши при цьому систему управління, яка дозволить чітко розмежувати функції первинної ланки, спеціалізованої амбулаторної і госпітальної допомоги. Тобто, піти по шляху створення “трансмуральної моделі”, яка буде ґрунтуватись на тісній співпраці (взаємодії і координації) структурних підрозділів єдиного медичного комплексу, з чітким розділенням обов’язків і загальною відповідальністю за кінцевий результат.

Ми вибрали другий шлях виходячи з таких міркувань:

1. Вичленування амбулаторій сімейної медицини зі складу ЦРЛ, так само як і умовне, нічим не обгрунтоване розділення фонду (скільки потрібно для ПМСП — 20, 30, 40%?) зовсім нічого не дають. Це не дозволяє гнучко і об'єктивно, **з урахуванням реальних можливостей** амбулаторій сімейної медицини, перерозподіляти об'єми медичної допомоги і фінансові потоки на користь первинної ланки, тобто гнучко управляти медичною допомогою населенню на рівні адміністративної території (району, міста).

2. Такий підхід не змінить істотно функцію профільних фахівців районних і міських лікарень, які сьогодні, згідно наказів, що діють, і положень МОЗ, паралельно з сімейними лікарями формують свої диспансерні групи, проводять профогляди, управляють потоками пацієнтів на госпітальне лікування. Причому, враховуючи сьогоднішній рівень професійної підготовки сімейних лікарів, під їх повний патронаж наразі неможливо передати всі категорії пацієнтів, наприклад, вагітних, новонароджених, важку патологію тощо. Спроба в таких умовах фінансово чи адміністративно обмежити доступ пацієнтів до спеціалізованої амбулаторної або госпітальної допомоги, на що, власне, розраховано розділення фондів і територіальних медичних установ, призведе до того, що постраждає, насамперед, населення.

3. Не враховується також менталітет населення, що склався за багато років “вихолощення” первинної ланки охорони здоров'я, недовіри до дільничного терапевта, з яким сьогодні часто ототожнюється сімейний лікар, його професійних можливостей. Це довіру і пошану не можна нав'язати силою або наказом. Пройде, вочевидь, немало часу, перш ніж населення оцінить переваги сімейної медицини.

4. Таке розділення значно погіршить наступність і координацію в роботі між первинною ланкою, госпітальною і спеціалізованою амбулаторною допомогою. Слід все-таки враховувати досвід західних країн, які сьогодні ключовим завданням ставлять інтеграцію первинної і вторинної медичної допомоги, а не їх розділення.

6. Ми вважаємо також, що такий шлях економічно не вигідний оскільки призводить, насамперед, до неадекватного перерозподілу фонду, без урахування реальної потреби у фінансуванні амбулаторій сімейної медицини, по-друге — вимагає створення додаткових юридично самостійних структур (центрів первинної медико-санітарної допомоги), що, природно, спричиняє додаткові витрати.

Слід також врахувати, що в більшості західних країн об'єднання розрізнених первинних практик в центри первинної медичної допомоги відбувалося природним чином і диктувалося, з одного боку, економічною доцільністю, з іншої — необхідністю інтеграції первинної медицини в єдину систему надання медичної допомоги населенню. Це дозволяло подолати фрагментацію медичної допомоги, покращити координацію і наступність в роботі між первинною ланкою і рештою рівнів охорони здоров'я. Кінець кінцем, від цього виграли, насамперед, пацієнти. В Українській системі охорони здоров'я первинна медична допомога спочатку перебувала в структурі територіальних медичних установ, для чого багато років відпрацьовувалася координація і наступність між спеціалізованими службами і первинною ланкою охорони здоров'я, власне те, до чого сьогодні прагнуть багато національних систем охорони здоров'я західних країн. Нарешті, нам необхідно підсилити первинну ланку відповідним кадровим, технічним, технологічним забезпеченням, провадячи цю політику на державному рівні. Необхідно також розвинути “диспетчерську” місію сімейних лікарів, чітко розділити функції первинної медицини і решти рівнів охорони здоров'я, що дозволить організувати гнучку систему управління, як об'ємами медичної допомоги, так і фінансовими потоками. Тобто організувати “внутрішній

ринок послуг”. Проте при цьому немає ніякої необхідності руйнувати територіальні медичні установи або створювати нові надумані медичні структури. Сьогодні стає очевидним, що впровадження в Українську систему охорони здоров’я інституції сімейної медицини, як основи моделі управління медичною допомогою населенню, вимагає зважених підходів. Ситуація, що склалася, примушує пильніше поглянути на проблеми первинної ланки і шляхи її реорганізації. Насамперед необхідно ясно уявляти, як сьогодні розподіляється поособовий норматив “на мешканця”, тобто спочатку бачити цілісну картину того, що відбувається. Причому слід також враховувати реалії, що склалися на сьогоднішній день, пов’язані як з функцією сімейних лікарів, так і з функцією профільних фахівців, їх мірою впливу на населення, розподіл об’ємів медичної допомоги, формування потоків пацієнтів на госпітальну допомогу.

Розподіл поособового нормативу здійснюється чотирма основними шляхами. Перший — через сімейних лікарів, тобто планова амбулаторна і госпітальна допомога, яка сьогодні здійснюється тільки на вторинному рівні. Право скерування пацієнтів на третій рівень сімейним лікарям, як правило, не надано. Другий — через профільних фахівців поліклінік. Цей шлях є домінуючим при скеруванні пацієнтів як на другий, так і на третій рівні. Назвемо його умовно позаплановим. Третій шлях — це так званий “самоплив”, коли пацієнти самостійно, без скерування, звертаються за амбулаторною або госпітальною допомогою, як на другому, так і третьому рівні. Відсоток таких пацієнтів також достатньо високий. Причому надання їм медичної допомоги здійснюється також за рахунок поособового нормативу “на мешканця”.

І, нарешті, четвертий шлях — це невідкладна допомога вдома або госпіталізація в стаціонар по скеруванням лікаря швидкої допомоги. Очевидно, що не дивлячись на впровадження інституції сімейної медицини в тому вигляді, як це існує сьогодні, зберігається неконтрольована і некерована ситуація з розподілом об’ємів медичної допомоги а, отже, і поособового нормативу “на мешканця”. Основна його частина розподіляється не сімейними лікарями, а профільними фахівцями або взагалі ніким, тобто практично відсутня “диспетчерська” функція сімейного лікаря. Але головне, що при такій розбалансованій системі управління не вдасться визначитися з реальною величиною поособового нормативу “на мешканця”, який сьогодні лежить в основі побудови системи управління, як бюджетної моделі, так і моделі обов’язкового медичного страхування. Детальніший аналіз показує, що впровадження сімейної медицини без системного підходу, реорганізації механізмів управління, розділення функцій між первинною ланкою і рештою рівнів, не змінює істотно ситуацію по управлінню об’ємами медичної допомоги і фінансовими потоками. Так, наприклад, питома вага пацієнтів, скерованих в поліклініку сімейними лікарями до введення “трансмуральної моделі” в м. Вознесенську складала — 11%. Решта — це диспансерні групи профільних фахівців, профогляди чи так званий “самоплив”. Якщо розглянути структуру амбулаторної допомоги в поліклініці а також витрати на її надання, то велика їх частка приходилася на консультації профільних фахівців, і набагато менша частка — на діагностичну і лікувальну допомогу. При цьому основні витрати по напрямках роботи сімейних лікарів доводилися на групу тубінфікованих або осіб з підозрою на туберкульоз органів дихання, які, згідно наказу МОЗ повинні спостерігатися у профільного фахівця, а також консультації, пов’язані з профоглядами, кардіологічну і неврологічну групу пацієнтів. У структурі госпітальної допомоги питома вага пацієнтів, скерованих сімейними лікарями, коливалась в межах 16–20%. Для порівняння варто відзначити, що вона не перевищувала

відсоток госпіталізацій по швидкій допомозі. Решта 68% — це пацієнти, госпіталізовані профільними фахівцями поліклініки або ті, що потрапили в стаціонар “самопливом”. При цьому основні витрати на госпітальну допомогу по напрямках роботи сімейних лікарів доводилися на відділення терапевтичного профілю. Це були пацієнти з різними формами ІХС, артеріальною гіпертензією, хронічними захворюваннями дихальних шляхів тощо. Тобто з патологією, велика частина якої, при відповідній підготовці сімейних лікарів і рівні оснащення амбулаторій сімейної медицини, могла спостерігатися і лікуватися в первинній ланці охорони здоров’я. Нині ми не можемо говорити про істотні якісні зміни в роботі самої первинної ланки. В більшості своїй робота сімейних амбулаторій зводиться до обслуговування населення, а не до проведення системної, планової роботи з первинної і вторинної профілактики захворювань. Так питома вага планових пацієнтів в структурі прийому склала не більше 12%, залишається низьким охоплення оглядами населення. Природно, що говорити про якість первинної медико-санітарної допомоги в існуючій ситуації не доводиться, оскільки амбулаторії сімейної медицини продовжують працювати на забезпечення “валу” відвідувань, які досі залишаються основним показником їх діяльності. Сьогодні далеко від істини також активно нав’язувана думка про те, що всі проблеми, пов’язані з реорганізацією первинної медико-санітарної допомоги населенню, її реформуванням пов’язані з тільки недостатнім фінансуванням первинної ланки охорони здоров’я. На цьому, власне, досі і будується фахівцями МОЗ вся методологія розділення фондів між амбулаторіями сімейної медицини, спеціалізованою амбулаторною і госпітальною допомогою. Причому називаються емпіричні, не підтверджені ніякими розрахунками цифри, які необхідні для фінансування амбулаторій сімейної медицини. Ці цифри коливаються в значних межах від 20 до 40% від фонду територіальних медичних установ. З таким підходом і відсотками складно погодитися. Маючи на сьогоднішній день можливість реєстрації послуг основного персоналу амбулаторій в Вознесенську і механізм розрахунку їх собівартості, ми порівняли витрати, що виділяються на зміст амбулаторій з фактичними витратами, які реально дійшли до населення через послуги.

Аналіз показав, що з 13% фонду ЦРЛ, які йдуть сьогодні на утримання амбулаторій, до населення у вигляді послуг реально доходить не більше 10%. Це зв’язано, насамперед, з безліччю організаційних недоробок, які існують сьогодні в роботі первинної ланки; відсутністю плановості, інтенсифікації роботи по первинній і вторинній профілактиці, чіткого розподілу функцій, складання величезної кількості непотрібних звітів і так далі. Ці дані підтверджуються також результатами порівняльного аналізу нормативного і фактичного часу роботи основного персоналу, витраченого на виконання послуг. І в тому і в іншому випадку функція не завжди виконувалася повною мірою, хоча нормативний час, відведений на виконання послуг, був приведений до оптимального варіанту, для того, щоб забезпечити якість медичної допомоги. Так, наприклад, на первинний огляд пацієнта відведено 30 хв., повторні відвідини — 20 хв. тощо. Особливо явно недопрацювання протягом року простежувалося у середнього медичного персоналу. При цьому кожен сімейний лікар має по дві медсестри — помічники, які повинні узяти на себе, по — ідеї, велику частину рутинної роботи з населенням. Більш того, в кожній амбулаторії додатково є штатні одиниці лаборанта і медсестри фізіотерапевтичного кабінету.

У існуючій ситуації подальше збільшення фінансування первинної ланки без реорганізації його роботи невиправдано, оскільки веде лише до необґрунтованих витрат. Адміністрації ЦРЛ, після переходу до роботи в інтегрованій системі, дове-

лося провести немало організаційних, кадрових, технологічних, інших змін, включаючи економічну стимуляцію праці персоналу, для того, щоб амбулаторії почали реально покращувати свою діяльність, як в кількісному, так і в якісному відношенні, що відразу відбилося на їх фінансуванні. Для медичних сестер (помічників сімейного лікаря) стає очевидним, що при існуючих підходах до реформування галузі, неефективній системі управління навряд чи можна чекати тієї віддачі, яку покладали на інституцію сімейної медицини. Впровадження обов'язкового медичного страхування, збільшення фінансування, без створення ефективного системи управління, можливості розрахунку реальної величини поособового нормативу не приведуть до бажаних результатів. Проведення реформ вимагає системного підходу і повинно обумовлюватись, насамперед, логікою інтенсивного розвитку галузі, а не підмінятися компанією по впровадженню сімейної медицини. Необхідно запровадити єдиний алгоритм перетворення всіх ланок охорони здоров'я і етапів надання медичної допомоги, насамперед на рівні адміністративної території, в територіальних медичних установах, що дозволить реально керувати медичною допомогою населенню. Інституція сімейної медицини, як найважливіший елемент цієї системи, повинна зайняти відповідне місце, оскільки рівень організації роботи первинної ланки багато в чому визначатиме рівень всієї медичної допомоги населенню, її якість і доступність, зокрема при впровадженні ОМС. Вирішення проблем з реорганізацією системи управління медичною допомогою населенню на рівні адміністративно-територіальних одиниць ми бачимо в створенні єдиного медичного комплексу району, де інтегровані можливості всіх структурних підрозділів в єдиному медичному, фінансовому і інформаційному просторі.

Такий підхід можна розглядати як варіант “трансмуральної” моделі. Під юрисдикцію цього комплексу повинно бути передано також управління сільськими амбулаторіями сімейної медицини. При цьому розподіл медичних послуг в такому комплексі здійснюється з урахуванням інтересів пацієнта, медичної і економічної доцільності, пріоритету первинної ланки охорони здоров'я. Іншими словами, у міру розширення можливостей амбулаторій, збільшення кількості медичних послуг, які вони надають населенню, відбувається адекватний перерозподіл фінансових потоків на користь первинної ланки. Тобто, працює класична схема коли “гроші йдуть за хворим”. При цьому паралельно знижується навантаження госпітальних відділень і профільних фахівців, тобто, працює внутрішній ринок. Організація роботи в єдиному медичному і фінансовому просторі, можливість оперативного аналізу медико-економічних показників з виходом на конкретного пацієнта, їх прозорість докорінно змінюють відносини між сімейними лікарями, фахівцями госпітальної і поліклінічної ланки. Підвищується рівень відповідальності всіх ланок за якість медичної допомоги, кінцевий результат, раціональне використання ресурсів, оскільки від цього залежить оплата праці. Такий медичний комплекс повинен мати статус юридичної особи, яка організовує свою роботу на принципах комунального підприємства з контрактною формою роботи для співробітників. При цьому стосунки із споживачами послуг — страховими компаніями або ж місцевими органами управління — будуються на договірних відносинах, в основі яких — портфель медичних послуг підприємства (загальний пакет медичних послуг з розрахунком необхідних фінансових витрат) і можливість їх реалізації на тендерній основі. Така модель враховує також особливості організації медичної допомоги населенню в умовах великих міст, що мають свою специфіку, відмінну від районної і сільської охорони здоров'я. Вона пов'язана з наявністю в містах розгалуженої мережі медичних установ, включаючи

медичні комерційні структури, рівнем їх оснащення і кадрового забезпечення, а, отже, набагато ширшим спектром медичних послуг і можливістю їх вибору пацієнтами. Істотну роль в цьому плані грає також відмінність в матеріальному стані міських і сільських жителів. Ці чинники впливають на те, що жителі міста мають значно більше можливостей самі визначати свій “медичний маршрут”, тобто при необхідності самостійного звертатися до того або іншого фахівця за консультацією, лікуванням або спостерігатися у нього. Це, поза сумнівом, добре з погляду прав пацієнта, або ж у тому випадку, коли пацієнт оплачує вибраний ним маршрут з власної кишені. Проте украй невігідно з економічної точки зору, якщо доведеться оплачувати цей самостійний “медичний маршрут” з бюджету. Тим більше така ситуація неприйнятна в умовах обов’язкового медичного страхування. Варіант вільного вибору медичного маршруту невігідний також з погляду наступності і етапності медичної допомоги та можливості координації зусиль різних фахівців. Координуючою основою в такій ситуації, поза сумнівом, має бути лікар загальної практики, який зможе визначити найбільш оптимальний маршрут пацієнта, як з медичної, так і з економічної точки зору, організувати наступність медичної допомоги, тобто виконувати функцію “диспетчера”. Проте при цьому немає ніякої необхідності негайно вичленовувати існуючу терапевтичну службу із структури міських поліклінік або лікарень, формально переводити терапевтів в статус сімейних лікарів і, тим більше, ділити фонди. Потрібні послідовні кроки в розвитку первинної ланки, поліпшенні його технічної оснащеності, рівня підготовки фахівців, напрацюванню портфеля послуг, які вони реально зможуть надавати населенню з адекватним перерозподілом функцій і фінансових потоків на користь первинної медицини в рамках єдиного медичного комплексу. Необхідне також посилення їх “диспетчерської” ролі, надання пацієнтам можливості вільного вибору лікаря загальної практики. Необхідно враховувати також місцеві умови, існуючі економічні і тимчасові можливості, мережу медичних установ, що склалася, систему відносин тощо. При цьому міська лікарня або поліклініка, як виробники послуг, повинні організувати свою роботу на принципах комунального підприємства з можливістю договірних відносин із страховими компаніями або місцевими органами управління для реалізації своїх послуг. У разі потреби міські лікарні і поліклініки можуть використовувати різні варіанти міжлікарняної інтеграції. Інтеграція зусиль медичних установ в рамках єдиного медичного, фінансового і інформаційного простору істотно розширює варіанти їх співпраці із страховими компаніями. Насамперед мова йде про можливість організації роботи в системі “керованої медичної допомоги”. Різні варіанти такого підходу сьогодні використовують багато національних систем охорони здоров’я, як на європейському, так і на американському континентах, зокрема країни, що мають бюджетну модель охорони здоров’я, наприклад, Велика Британія. Сутність керованої медичної допомоги полягає в тому, що на зміну класичній страховій моделі, характерними рисами якої були гонорарна система оплати (тобто оплати за кожну послугу), що вело до збільшення вартості медичної допомоги, страхування за принципом відшкодування витрат (у наших умовах це оплата “за пролікованого хворого”), повна свобода вибору постачальника медичних послуг, фрагментарна і практично невідомі система надання медичної допомоги, швидкими темпами йде становлення керованої допомоги, заснованої на принципах конкурентності, інтегрованості, підзвітності і комплексного підходу. При цьому авансування (заздалегідь сплачена керована медична допомога) постачальникам медичних послуг здійснюється на основі поособового нормативу. А оскільки поособовий норматив, за своїм

змістом, є, тарифом, то фінансування виявиться фіксованим. У такій системі організації і фінансування медичної допомоги вирішальної ролі набуває управління собівартістю послуг за законами внутрішнього ринку в рамках єдиного медичного комплексу, який інтегрував свої можливості і уклав договір із страховою компанією. Тобто, поособовий норматив повертає логіку нинішньої системи “оплати за послугу” до істини. Фінансовий інтерес постачальників послуг полягає в правильному управлінні їх собівартістю, а не в наданні більшої кількості послуг як при системі “оплати за послугу”. При системі, що застосовує поособовий норматив фінансування “на мешканця”, управління собівартістю вимагає зниження об’єму послуг і вартості з розрахунку “на одного пацієнта”, проте, при цьому, необхідно зберегти якість допомоги і задоволеність пацієнта. Для досягнення поставлених завдань в системі керованої медичної допомоги, окрім інтеграції можливостей, широко використовується “диспетчерська” функція лікаря загальної практики, який визначає найбільш раціональний медичний маршрут, контролюючи потоки пацієнтів на госпітальне лікування і спеціалізовану амбулаторну допомогу, забезпечує наступність при організації цієї допомоги. Медична допомога при цьому фактично планується. Наприклад, лікар загальної практики для пацієнтів планує стаціонарну допомогу і “замовляє” певну кількість ліжок-днів. Існують різні види контролю в структурі медичного об’єднання, аж до економічної акредитації, які скеровано на зниження нераціональних витрат, дотримання стандартів і забезпечення якості медичної допомоги. Страхова компанія при цьому може вибірково укладати контракти з тими постачальниками медичних послуг, які зуміють забезпечити кращу якість при мінімальних витратах. Слід відзначити також, що в системі керованої медичної допомоги акцент зусиль медичних установ в роботі по збереженню здоров’я пацієнта починає зміщуватися з лікування захворювань на їх профілактику, оскільки їх фінансовий стан безпосередньо залежить від здоров’я узятого на облік населення. Тому заклади охорони здоров’я мають всі стимули, у тому числі і фінансовий, для вкладання коштів в медико-санітарну просвіту пацієнта, у вдосконалення методів ранньої діагностики захворювань і інші профілактичні заходи.

Тобто, загальні принципи керованої медичної допомоги зводяться до наступного:

- підвищення відповідальності надавачів медичних послуг за управління медичною допомогою прикріпленому контингенту;
- відповідальність надавачів медичних послуг за якість допомоги, витрати на її надання і отриману оплату за поособовим нормативом, розмір якого ніяк не залежить від об’єму наданої допомоги;
- стимулювання організації керованої допомоги до зниження об’єму необґрунтовано наданих медичних послуг за допомогою отриманого прибутку у виді коштів, заощаджених за рахунок зниження об’єму необґрунтованих послуг.

Існує безліч різних варіантів і організаційних моделей керованої медичної допомоги, пов’язаних з інтеграцією зусиль медичних установ, аж до розвитку величезних мереж медичних установ. Проте, найбільш перспективною і визнаною моделлю інтеграції, яка почала з’являтися в західних системах охорони здоров’я останніми роками, є лікарсько-лікарняні організації (НМО). Вони включають об’єднання лікарів загальної практики і багатопрофільних лікарень, які пропонують споживачам повний набір медичних послуг на основі авансованої поособової оплати. Якщо для західних систем охорони здоров’я такий підхід є новим, то у вітчизняній охороні здоров’я об’єднані лікарні з поліклініками існують вже давно. Більш того, сьогодні в їх структурі активно розвивається первинна медична допомога на основі інституції

сімейного лікаря-лікаря загальної практики. Слід зазначити, що керована медична допомога, об'єднання фінансів і послуг, існувало в нашій країні впродовж десятиліть, тільки не під егідою страхових компаній і не в ринкових умовах, а під егідою органів управління охороною здоров'я і в умовах централізованої системи. Допомога була дійсно керованою і контрольованою, заздалегідь сплаченою, певна увага приділялася профілактиці захворювань. Поза сумнівом, в західних моделях сьогодні використовують цей досвід, але із відпочатку закладених ринкових позицій, що включають конкуренцію, договірні відносини, стимулювання працівників, жорсткий фінансовий контроль. Робота в такій системі зажадає оптимізації об'ємів медичної допомоги, постійного пошуку шляхів для зниження необґрунтованих витрат. При цьому буде знижено "витрати на одного пацієнта", але збережено якість допомоги, а, отже, і задоволеність пацієнта. Досягти цього вдасться завдяки тому, що всі медичні заклади, з якими замовник укладе угоди, нести будуть відповідальність за виникнення фінансових ризиків. Для лікувальних установ це стане спонукальним моментом до інтеграції і координації дій з надання пацієнтам різних медичних послуг. Таким чином, буде задіяно всі стимули для досягнення раціонального використання ресурсів. У результаті, подібний підхід дозволить забезпечити населення необхідною медичною допомогою **в потрібному місці в потрібний час, в потрібних об'ємах і з мінімальними витратами**. Фінансовим стимулом для медичного комплексу буде прагнення в умовах конкуренції отримати максимальний об'єм замовлень. Для цього необхідно буде забезпечити мінімальну собівартість послуг при максимально широкому їх асортименті. Причому в цьому мають бути зацікавлені не тільки адміністрація, але і персонал підрозділів медичних закладів цього комплексу (центрів відповідальності за витрати). Проте, навіть за умови запровадження поособового розрахунку стаціонари не стануть фінансовими центрами в повному розумінні слова, тому що визначатимуть дохід тільки на рівні медичного комплексу, тобто в цілому. Лікарні швидше можна назвати "центрами поособового розрахунку", де дохід (лікарняна частка поособової оплати "на мешканця" всього медичного комплексу) враховується тільки на рівні закладу в цілому, а не на рівні підрозділів. В зв'язку з цим зрозуміло, що лікарні як "центру поособового розрахунку" цілісного медичного комплексу немає ніякого стимулу витратити кошти понад дійсно необхідний рівень витрат. При поособовій оплаті всі відділення лікарні є свого роду фінансовими центрами з нерозпізнаваними доходами. Проте оптимальною слід визнати ситуацію, при якій фінансування кожного відділення буде гнучким, легко варійованим залежно від об'єму необхідних послуг, наданих населенню, оскільки фіксоване фінансування може привести до формування психології типу "витрачай, бо відберуть". У свою чергу, об'єм цих послуг тою чи іншою мірою регулюється скеруваннями, що видаються сімейним лікарем. Слід зазначити також, що для того, аби домогтися успіху в умовах керованої медицини, медичне підприємство повинне уміти нести фінансовий ризик як невід'ємну частину всеосяжної поособової системи оплати. Необхідно враховувати, також, що загальний фінансовий ризик розподілятиметься серед лікарів первинної допомоги, профільних фахівців поліклініки і госпітальних відділень. В цілому, організація роботи в рамках єдиного медичного комплексу в системі керованої медичної допомоги припускає:

1. У зв'язку окремих ланок надання медичної допомоги загальними економічними інтересами за допомогою:

- інтеграції всіх фінансових коштів і формування поособового нормативу;

- встановлення договірних відносин між всіма учасниками керованої медичної допомоги;

- визначення частки кожної ланки в поособовому нормативі з проспективною (попередньою), а не ретроспективною оплатою;

- договірного розподілу отриманої економії (прибули).

2. Управління медичною допомогою за допомогою:

- аналізу діяльності (включаючи фінансову) кожної ланки, кожної служби;

- визначення раціональних маршрутів руху пацієнтів;

- пошуку ресурсозберігаючих технологій і відповідного стимулювання;

- встановлення контрольних цифр, тобто цілей за об'ємом медичній допомозі;

- розробки і впровадження протоколів (керівництва, стандартів) лікування;

- оцінки виконання фінансових планів і заохочення за економію.

Найбільш ефективним органом управління в такій моделі є лікарсько-адміністративна група, до складу якої входять представники всіх зацікавлених структур. Такі групи широко практикуються в західних моделях керованої медичної допомоги. Наприклад, у Вознесенській ЦРЛ, де сьогодні відпрацьовуються елементи стимулювання персоналу, зокрема, за ефективне використання ресурсів, до складу такої групи входять представники адміністрації, сімейні лікарі, завідувачки госпітальними і поліклінічними відділеннями. Всі вони є зацікавленими особами в поліпшенні якості медичної допомоги і зниження нераціональних витрат, оскільки працюють в єдиній інтегрованій системі, де при чіткому розділенні функцій є загальна відповідальність за кінцевий результат. Працюючи в єдиному медичному, фінансовому і інформаційному просторі, вони мають повну медико-економічну інформацію про пацієнтів, потоки, що скеровуються в госпітальні і поліклінічні відділення, об'єми робіт, виконаних в кожному структурному підрозділі і витрати (включаючи амбулаторії сімейної медицини). Прозора, системна інформація дозволяє корегувати об'єми медичної допомоги і фінансові потоки між структурними підрозділами з урахуванням медичної і економічної доцільності. Така система управління дозволяє оптимізувати об'єми медичної допомоги, функцію і структуру медичних установ регіону, їх кадровий склад, виключити нераціональні витрати і, кінець кінцем, визначитися з реальною величиною поособового нормативу, необхідного для організації повноцінної медичної допомоги населенню в будь-якій моделі охорони здоров'я.