

Модель фінансування закладів охорони здоров'я на прикладі Франції в системі Т2А*ДВНЗ “Ужгородський національний університет”, м. Ужгород, Україна***Мета** – вивчення та інтерпретація системи фінансування закладів охорони здоров'я Франції (Т2А) та механізму розподілу коштів на вторинному та третинному рівнях надання медичної допомоги населенню.**Матеріали, методи та основна частина.** Було проаналізовано дані сучасної літератури, щодо фінансування системи охорони здоров'я Франції та механізму розподілу коштів на вторинному та третинному рівнях, та інтерпретовано їх для України.**Висновки.** Аргументовано доцільність запровадження подібної моделі в Україні.**Ключові слова:** модель фінансування, стаціонарна допомога, діяльність, розподіл коштів.**ВСТУП**

Наразі в Україні проводиться реформування системи охорони здоров'я, зокрема механізму фінансування закладів, що знаходяться під її юрисдикцією. Відтепер гроші “ходитимуть” за пацієнтом, а закладам охорони здоров'я (ЗОЗ) рекомендовано автономізуватися, тобто змінити організаційно-правову форму установи на некомерційне комунальне підприємство (НКП), щоб уникнути складностей з укладенням договорів із центральним закупівельником медичних послуг населенню, а саме Національною службою здоров'я України, а також з отриманням та розпорядженням коштів, які не є бюджетним фінансуванням. Таким чином, на відміну від ЗОЗ, що є бюджетними установами, планування діяльності яких відбувається відповідно до норм бюджетного законодавства, планування діяльності ОЗ, що є НКП, має відбуватися відповідно до норм господарського законодавства України [1, 3, 4].

Загалом, комунальне некомерційне підприємство – це підприємство, що створене за рахунок відокремленого майна територіальної громади з метою виконання функцій, що чітко визначені в його статуті. Слово “некомерційне” не означає, що підприємство не може отримувати прибуток. Некомерційність такого підприємства полягає в тому, що ЗОЗ має право займатися діяльністю, що приносить дохід, лише для досягнення мети, зазначеної у статуті, і відповідно до цієї мети [5].

У “Методичних рекомендаціях з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства” визначені наступні переваги перетворення ЗОЗ із бюджетної установи у НКП:

- керівник, що діє у статусі підприємства, отримує значно більшу свободу у розпорядженні активами та фінансами, формуванні кадрової політики, визначенні внутрішньої організаційної структури закладу;
- НКП має можливість самостійно встановлювати будь-які форми оплати праці працівників, що допускаються законодавством;
- фінансування ЗОЗ здійснюється на основі власного фінансового плану, що дозволяє таким установам бути більш гнучкими та самостійними;
- ЗОЗ мають право утворювати об'єднання з іншими закладами, що також діють у статусі підприємства, з метою перерозподілу функцій та спільної оптимізації

використання матеріальних, людських та фінансових ресурсів, а також наймати за договорами підряду лікарів фізичних осіб-підприємців (ФОП) [2].

Також дана організаційно-правова форма відкриває доступ до додаткових джерел фінансування ЗОЗ, а саме не заборонених діючим законодавством надходжень від фізичних та юридичних осіб: страхових компаній, роботодавців, благодійних організацій, пацієнтів тощо. НКП можуть отримувати оплату за надані сервісні послуги пацієнтам (наприклад, окремі палати) та іншим ЗОЗ і лікарям ФОП (ведення бухгалтерського обліку, закупівля ліків та витратних матеріалів, проведення тренінгів) [3].

Наразі відповідно до наказу МОЗ України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» та постанови Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 № 391 «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення» система первинної медико-санітарної допомоги активно реформується і МОЗ України сприяє даному процесу через забезпечення навчальних тренінгів та вебінарів керівникам, створення методичних розробок та онлайн конструктору для генерування пакету документів тощо. Та якщо механізм фінансування первинної ланки вже визначено керуючись законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 року № 2168-VIII [7], то фінансування вторинної та третинної ланки поки що залишається у сфері бюджетного законодавства, і механізм розподілу коштів не розроблено.

Мета роботи – вивчення та інтерпретація системи фінансування закладів охорони здоров'я Франції Т2А та механізму розподілу коштів на вторинному та третинному рівнях надання медичної допомоги населенню.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дані сучасної літератури, щодо фінансування системи охорони здоров'я Франції та механізму розподілу коштів на вторинному та третинному рівнях було проаналізовано та інтерпретовано для України. Було використано бібліосемантичний метод, системного підходу та аналізу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На початку 2000-х у Франції запровадили нову політику фінансування ЗОЗ на основі їх діяльності – T2A (фр. “tarification à l’activité”), як частину плану “Hôpital 2007”. Загалом T2A спрямована на підвищення прозорості фінансування медичної допомоги населенню, пов'язуючи безпосередньо фінансування з виробництвом медичних послуг, та має на меті покращення ефективності як установ, так і ринку в цілому. Дана система запроваджує конкуренцію, яка, як наслідок, стимулює ефективність та призводить до того, що вартість послуг коректно обчислюється виходячи з витрат на них.

T2A – є “справедливим” механізмом у тому сенсі, що певна вартість певної послуги розраховується за єдиним принципом для всіх закладів, що надають медичну допомогу. Однак, дана “справедливість” залежить від надійної класифікації діяльності по групам. Вкрай важливо, щоб ця класифікація була якісною, а групи досить однорідними. Так, щоб установи, в які звертаються пацієнти з більш тяжкими захворюваннями, не були обділені. Також важливо брати до уваги некеровані локальні екзогенні фактори, оскільки вони можуть мати значний вплив на витрати ЗОЗ [11].

До 2003 року лікувально-профілактичні установи Франції мали різні моделі фінансування в залежності від їх юридичної природи. Державні ЗОЗ та приватні установи, що були учасниками державної служби лікарень (participant au service public hospitalier), з 1983 року мали щорічну програму загальної дотації (dotation globale). Розрахунок проводився за кількістю ліжко-днів і поновлювався щороку на підставі даних попереднього року, скоригованого за коефіцієнтом зростання витрат на заклад.

В свою чергу приватні прибуткові медичні установи отримували компенсаційні виплати безпосередньо за проліковану патологію (винагорода за структуру) та виконані дії (винагорода приватних працівників охорони здоров'я), виходячи з перемінних історичних ставок, географічних особливостей та домовленостей з регіональними агентствами госпіталізації (agences régionales de l’hospitalisation).

Пакети виплат були обмежені національними кількісними цільовими показниками (objectifs quantifiés nationaux), спрямованими на забезпечення регулювання фінансування по відношенню до даної діяльності. Тому приватні установи вже отримували фінансування на основі діяльності, але з урахуванням змінних регіональних тарифів, а не єдиного національного тарифу.

Диспропорція, створена між державними та приватними неприбутковими установами з одного боку та приватними прибутковими установами з іншого боку, ускладнила механізми контролю фінансування та порівняння витрат двох секторів [8].

З 2000 року розпочався пілотний проект, розрахований на 5 років, щодо нових форм фінансування державних та приватних закладів охорони здоров'я на основі ціноутворення з урахуванням патології. Він мав на меті гармонізувати існуючі різні види фінансування з урахуванням специфіки кожного сектору та надати змогу

ефективніше керувати установами шляхом кращого розуміння власних витрат [8, 12].

Проте механізм впровадження реформи був різним для приватного та державного секторів. Під час здійснення даного проекту було обрано враховувати специфічні умови управління кожного сектора, щоб вони могли максимально комфортно адаптуватись до нової системи.

В державному секторі було вирішено частково зберегти загальне асигнування та доповнити фінансуванням на основі оцінки даних про діяльність. Дана частка кожен рік зростала: у 2004 р. – 10%, у 2005 р. – 25%, у 2006 р. – 35%, у 2007 р. – 50%, у 2008 р. – 100%. Це призвело до паралельного впровадження додаткової річної дотації, що виконувала роль буфера. Перехід до реформи приватного сектору здійснювався шляхом застосування коефіцієнту переходу.

Таким чином в 2008 р. T2A стала єдиним способом фінансування діяльності стаціонарів в сфері внутрішньої медицини, хірургії та акушерства державних та приватних установ. Відповідно до даної схеми об'єм фінансування залежить від виконаних дій, що призводять до оцінки витрат. Вартість кожного виду діяльності встановлюється щороку міністром охорони здоров'я через механізм GHM/GHS [8].

Даний механізм забезпечується програмою медикалізації інформаційних систем (programme de médicalisation des systèmes d’information, PMSI) – різновидом сертифікованого програмного забезпечення (ПЗ), що класифікує приналежність кожного пацієнта до “однорідної групи пацієнтів” (groupes homogènes de malades, GHM), з якою пов'язані “однорідні групи перебування” (groupe homogène de séjour, GHS). Кожен ЗОЗ самостійно приймає рішення, щодо вибору ПЗ на основі власних уподобань (ціни, інтерфейсу, підтримки тощо). Для кожного пацієнта ПЗ аналізує встановлений діагноз та виконані лікарські маніпуляції за алгоритмом, розробленим Міністерством Солідарності та Здоров'я Франції, і підбирає відповідну GHM [8, 13].

GHM є аналогом американських DRG (Diagnosis-Related Groups). Ці групи визначають певний обсяг медичної допомоги та догляду, що є необхідними для певного профілю пацієнтів. Групування проводиться на основі віку, статі, діагнозу, призначеної діагностики та лікування, тривалості перебування в стаціонарі і т.п. Таким чином, заклад отримує кошти не за пацієнта в нейрохірургічному відділенні, що займає ліжко, а за пацієнта старечого віку з інфарктом міокарду в анамнезі, якому було виконано субтотальну резекцію гліобластоми [11]. Станом на 2017 р. у Франції налічувалось 2300 GHM [8].

GHS визначає тариф GHM. Таким чином, кожна однорідна група пацієнтів відповідає певній однорідній групі перебування (або декільком за винятками), яка в свою чергу надає медичним установам право на відшкодування витрат за госпіталізацію пацієнта. Звідси і виходить, що прибуток ЗОЗ, що надають вторинну та третинну медичну допомогу, безпосередньо залежить від їхньої діяльності [11].

Застосування цих двох основних принципів, а саме визначення GHM та політика ціноутворення, дуже сильно відрізняється в різних країнах, що має суттєвий вплив на ефективність установ та функціонування ринку лікарень в цілому [8].

У простій формі T2A дохід (Д) закладу (з) збільшується лінійно, відповідно до кількості пацієнтів (К) в кожній GHS, які перебувають в ЗОЗ, помноженої на ціну (Ц) кожної GHS (г):

$$D_3 = \sum (K_r * C_r)$$

Але насправді, дохід лікувально-профілактичного закладу ніколи не визначається виключно кількістю пацієнтів, що були госпіталізовані. У всіх країнах, де було введено T2A, і Франція не виняток, лікарні отримують дохід і в інших формах. Наприклад, на дослідження та освіту, а також на покриття фіксованих витрат, що пов'язані із забезпеченням певних послуг медичного догляду (наприклад, служби швидкої медичної допомоги), або витрат, пов'язаних з місцевими особливостями. До них відносять географічні та соціально-демографічні аспекти регіону, що визначають проблеми доступу до медичної допомоги (в реаліях України до таких регіонів можна віднести віддалені райони Закарпаття). Поєднання вказаних "інших" доходів варіюється в залежності від країни, а інколи і у часі. Таким чином до вищевказаної формули додається додаткове джерело прибутку (П) закладу (з), і вона приймає наступний вигляд [11]:

$$D_3 = \sum (K_r * C_r) + P_3$$

В системі охорони здоров'я Франції до даних джерел фінансування відносяться завдання, що становлять загальний інтерес та підтримують внутрішню контактуалізацію (*les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation interne, MIGAC*), що також включають завдання щодо освіти, дослідницької роботи, відношень та інновацій (*les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation, MERRI*). Таке фінансування фактично стосується діяльності, що або не відноситься до лікування пацієнта (профілактичні заходи, скринінг) або потребує постійності незалежно від фактичного рівня діяльності (екстрена медицина, центри контролю за інфекційними хворобами). Вищезазначені завдання чітко ідентифіковані та виплачуються закладу відповідно до національного списку. Певні заходи, такі як надзвичайні ситуації, координація донорства та трансплантації органів, визначаються фіксованою ставкою. Деякі дороговартісні препарати та медичне обладнання також забезпечуються окремо [8].

Як вже було зазначено, у Франції виключно за системою T2A фінансується лише стаціонари, що відносяться до внутрішньої медицини, хірургії та акушерства. Психіатрія і госпіталізація на дому (*l'hospitalisation à domicile*) дотепер повністю фінансуються за принципом глобальних дотацій, а витрати на реабілітацію покриваються на 90% глобальною дотацією і на 10% T2A. Але з часом всі сфери повинні перейти на 100% фінансування за T2A.

Модель ціноутворення на основі діяльності змінює фінансові стимули (наприклад, ціни) у відношенні до виробничої діяльності. У більшості європейських систем охорони здоров'я (наприклад, Великобританії) T2A запроваджується для стимулювання та збільшення

госпітальної активності, щоб скоротити час очікування послуг, особливо у випадку планових операцій.

Це є основою договорів за принципом об'єму/ціни, визначених GHS. Є два ключові параметри для такого типу угоди: по-перше, необхідно визначити цільовий рівень активності, тобто мету (М), для кожного закладу. В загальному цей рівень відповідає історичним даним, але може змінюватися в міру необхідності. До досягнення даного рівня заклад отримує стандартну виплату за кожну GHS. Далі необхідно вирішити, яким буде об'єм виплат за випадки госпіталізації, що виходять за межі цільового рівня активності використовуючи коефіцієнт (коэф). Формально, функція прибутку приймає наступний вигляд [11, 14]:

$$D_3 = \sum [M_r * C_r + (K_r - M_r) * \text{коэф} * C_r] + P_3$$

У всіх країнах, що впроваджують T2A, в той чи інший момент виникають три основні виклики: необґрунтоване скорочення тривалості перебування пацієнтів в стаціонарі, відмова від госпіталізації низькооплачуваних GHS та, навпаки, штучне формування попиту на певні види "вигідних" послуг та незначні оперативні втручання. Тому без ретельного планування потенціалу ЗОЗ з прийому пацієнтів, що є дещо вищим встановленого цільового рівня активності, T2A може послабити контроль над витратами на лікарню. Як наслідок, здатність замовника медичних послуг контролювати потребу в лікарняній допомозі стає першорядною з даною системою [10].

Якість даних, що використовуються для побудови та застосування T2A, а також вибірка класифікації та методів мають важливе значення для її належного функціонування. Двома суттєвими елементами в цьому контексті є правила побудови GHS та визначення способу обчислення витрат на GHS [11].

Та незважаючи на потенційні складнощі, подібні схеми фінансування ЗОЗ на основі їх діяльності при правильному управлінні та створенні здорових ринкових відносин доводять свою ефективність й доцільність та, крім Франції, були впроваджені у багатьох розвинених країнах світу: Бельгії, США, Данії, Великобританії, Сінгапурі тощо [9].

ВИСНОВКИ

Ми вважаємо, що запровадження подібної системи фінансування стаціонарної допомоги населенню в Україні є необхідним задля покращення якості надання медичних послуг, тим більше що відтепер є можливість у зв'язку з ререєстрацією ЗОЗ з бюджетних установ у НКП. Виходячи з недоцільного використання ліжкових фондів [6] і їх невідповідного фінансування за теперішньою системою розподілу коштів, нова система диференціює установи та відділення, що активно працюють і заслуговують кращого фінансування та визнання, незалежно від наявної кількості ліжок в них. За рахунок прозорості системи керівники ЗОЗ та персонал чітко будуть знати звідки і на що беруться кошти.

Важливими є ретельна підготовка до реформи, а саме створення GHS, визначення вартості GHS, розробка ПЗ тощо, та поступовий перехід до нової системи з періодом змішаного фінансування, що може бути

забезпечене на основі конституції України (стаття № 49) та Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Також керуючись багатим досвідом інших країн, контролюючі органи можуть розробити ефективні стратегії попередження потенційних негативних ефектів реформи.

Перспективи подальших досліджень полягають в створенні в Україні інтегрованої моделі фінансування закладів охорони здоров'я, що надають стаціонарну допомогу, на основі їх діяльності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Етапи впровадження реформи фінансування системи охорони здоров'я закладами ПМД у 2018 році [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://healthreform.in.ua/wp-content/uploads/2018/08/USAID_етапи-впровадження-реформи_2018_interactiv_1.pdf. – Назва з екрану.
2. Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства / [Т. Гавриш, А. Зінчук, О. Калініна та ін.]. – Київ : МОЗ України, 2017. – 55 с.
3. Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства. Оновлена версія / [П. Брагінський, В. Бронова, Т. Гавриш та ін.]. – Київ : МОЗ України, 2018. – 84 с.
4. Про суть автономізації | Підтримка у впровадженні реформи первинної медичної допомоги [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://healthreform.in.ua/автономізація-полягає-в-тому-щоб-дозв/>. – Назва з екрану.
5. Рогач І. М. Розвиток та організація нейрохірургічної служби Закарпатської області / І. М. Рогач, М. М. Смірнов, Р. Ю. Погоріляк // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4 (1). – С. 177–180.
6. Рогач І. М. Характеристика використання ліжкового фонду для стаціонарного лікування дорослого населення з хворобами нервової системи в Закарпатській області / І. М. Рогач, М. М. Смірнов, А. О. Керецман, В. В. Жорник // Україна. Здоров'я нації. – 2018. – № 1. – С. 83–89.
7. Фінансовий план надавача ПМД | Підтримка у впровадженні реформи первинної медичної допомоги [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://healthreform.in.ua/finace_phc/. – Назва з екрану.
8. Financement des établissements de santé – Ministère des Solidarités et de la Santé [Ressource électronique]. – Mode d'accès: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/article/financement-des-etablissements-de-sante>. – Titre de l'écran.
9. Kimberley J. The Globalization of Managerial Innovation in Health Care // J. Kimberley, G. de Pourville, T. d'Aunno. – New York : Cambridge university Press, 2008. – 394 p.
10. Moisson J.-C. Une histoire de la T2A / J.-C. Moisson // Journal de gestion et d'économie médicales. – 2013. – № 2. – P. 107–120.
11. Or Z. Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A) / Z. Or, T. Renaud. – Paris : IRDES, 2009. – 29 p.
12. Quiz de la T2A [Ressource électronique]. – Mode d'accès: social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Quiz_de_la_T2A.pdf. – Titre de l'écran.
13. Rimler S. B. Diagnosis-related Groups and Hospital Inpatient Federal Reimbursement / S. B. Rimler, B. D. Gale, D. L. Reede // RadioGraphics. – 2015. – № 35:6. – P. 1825–1834.
14. Street A. Activity based financing in England: the need for continual refinement of payment by results / A. Street, A. Maynard // Health Economics, Policy and Law. – 2007. – № 2. – P. 419–427.

Дата надходження рукопису до редакції: 05.10.2018 р.

Модель финансирования учреждений здравоохранения на основе деятельности на примере Франции в системе Т2А

И.М. Рогач, Г.А. Слабкий, Н.Н. Смирнов, В.В. Жорник
ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,
г. Ужгород, Украина

Цель – изучение и интерпретация системы финансирования учреждений здравоохранения Франции (Т2А) и механизма распределения средств на вторичном и третичном уровнях оказания медицинской помощи населению.

Материалы, методы и основная часть. Были проанализированы данные современной литературы по финансированию системы здравоохранения Франции и механизма распределения средств на вторичном и третичном уровнях и интерпретировано их для Украины.

Выводы. Аргументированно целесообразность введения подобной модели в Украине.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: модель финансирования, стационарная помощь, деятельность, распределение средств.

Financing model of healthcare institutions based on the example of France within the T2A system

G.O. Slabkiy, I.M. Rogach, M.M. Smirnov, V.V. Zhornyk
SU "Uzhhorod National University", Uzhhorod, Ukraine

The **purpose** was to study and interpret the financing system of healthcare institutions in France (T2A) and the mechanism of distribution of funds at the secondary and tertiary levels of medical care.

Materials, methods and main part. The data from the modern literature about the financing of the French healthcare system and the mechanism of distribution of funds at the secondary and tertiary levels were analyzed and interpreted for Ukraine.

Conclusions. The reasonability of introducing of the same model in Ukraine was reasoned.

KEY WORDS: financing model, inpatient care, activity, distribution of funds.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Рогач Іван Михайлович – д.мед.н., проф., завідувач кафедри соціальної медицини та гігієни ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Слабкий Геннадій Олексійович – д.мед.н., проф., завідувач кафедри громадського здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Смирнов Микита Миколайович – аспірант кафедри соціальної медицини та гігієни ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Жорник Віталіна Василівна – студент медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.