

9. Каркавчук В. Моделювання рівня рентабельності підприємства / В. Каркавчук // Формування ринкової економіки в Україні. — 2008. — Вип. 18. — С. 103—106.

Стаття надійшла до редакції 15 травня 2013 р.

УДК 336:13:61

Р. М. Корнацька, к.е.н.,
доцент кафедри фінансів
ДВНЗ «КНЕУ імені Вадима Гетьмана»

ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМИ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ФІНАНСОВИЙ АСПЕКТ

АНОТАЦІЯ. Проаналізовано вітчизняний досвід організації та фінансування медичної сфери, виокремлено ключові проблеми. Обґрунтовано необхідність та окреслено пріоритети для проведення успішного реформування медичної галузі.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: фінансування медичних послуг, кошторисне фінансування, Медичний страховий фонд, добровільне медичне страхування.

АННОТАЦИЯ. Проанализированы отечественный опыт организации и финансирования медицинской сферы, выделены ключевые проблемы. Обоснована необходимость и намечены приоритеты для проведения успешного реформирования медицинской отрасли.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: финансирование медицинских услуг, сметное финансирование Медицинский страховой фонд, добровольное медицинское страхование.

ABSTRACT. Analysis of domestic experience of the organization and financing of medical areas singled out key issues. The necessity and outlines priorities for the successful reform of the healthcare industry.

KEY WORDS: financing health services budget financing, health insurance fund, voluntary medical insurance.

Впровадження свого часу ринкових механізмів господарювання в Україні призвело до змін не тільки організації діяльності комерційних підприємств, а й спричинило потребу у невідкладному реформуванні галузей соціальної сфери. Серед них — охорона здоров'я, результати діяльності якої характеризуються незадовільними показниками стану здоров'я населення, на який впливають такі групи факторів як генетичні особливості нації, соціальні умови, екологічна

та санітарно-епідемічна ситуація. Проте особливе місце займає організація медичної сфери та система фінансування медичних послуг. Нині вона характеризується такими особливостями як деформована структура організації медичної допомоги населенню, недостатнє та нерациональне фінансування медичної галузі. У зв'язку з цим, в державі назріла гостра потреба у розробці обґрунтованої, чіткої, довгострокової, поетапної стратегії реформування національної системи охорони здоров'я. Йдеться про докорінну зміну ідеології та підходів до фінансування медичних послуг, проведення послідовних структурних перетворень, впровадження сучасних методів управління фінансовими ресурсами та отримання соціально значимих результатів.

Дослідженню та практичних аспектів реформування системи охорони здоров'я присвячені праці багатьох вітчизняних та зарубіжних науковців, зокрема: О. Василика, Н. Карпишин, З. Лободіної, В. Лехан, В. Опаріна, В. Федосова, І. Шеймана, Р. Селимана, А. Малагардіса та ін. Незважаючи на наукову та практичну цінність проведених досліджень нині особливо дискусійним залишається питання впровадження концептуальної моделі фінансування медичних послуг з оптимальним поєднанням різних джерел, що надасть можливість залучити усі зацікавлені сторони: державу, роботодавців та кожного громадянина зокрема.

З огляду на це, метою дослідження є аналіз зарубіжного досвіду організації, управління та фінансування охорони здоров'я, окреслення основних проблем медичної галузі, визначення та обґрунтування пріоритетних напрямів реформування охорони здоров'я, акцентуючи увагу саме на фінансовому аспекті.

В Україні, як соціально-орієнтованій державі, охорона здоров'я відноситься до основних стратегічних цілей, визнаних пріоритетними для держави, проте її фінансове забезпечення залишається на досить низькому рівні порівняно з іншими європейськими країнами. Незважаючи на постійне зростання фактичних видатків зведеного бюджету на охорону здоров'я, частка видатків на охорону здоров'я у структурі ВВП перебуває на рівні 3,6 %. У Європейському Союзі (далі — ЄС) цей показник знаходиться на рівні 8,7 % ВВП. Загалом, видатки на охорону здоров'я у відсотках до ВВП є значно нижчими рівня, який Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я рекомендує країнам-членам як необхідний і прийнятний для забезпечення потреб у наданні медичної допомоги — 7—10 % ВВП. При цьому чітко визначено і критичну межу видатків — 3 % від ВВП. Якщо даний показник є нижчим, то система охорони здоров'я

стає нежиттєздатною [1, с. 111]. На низькому рівні в Україні знаходиться показник обсягу видатків на душу населення, який становить 122 \$. Для порівняння, у 2010 році аналогічний середній показник по Європейському регіону знаходився на рівні 1 546 \$ [2, с. 44].

Реалізація державної політики у всіх сферах господарювання здійснюється через систему органів влади та підпорядковані їм підприємства, установи та організації, що знаходяться у державній та муніципальній власності. Не є винятком і галузь охорони здоров'я, яка представлена великою кількістю лікарняних закладів різних рівнів. Ресурсне забезпечення охорони здоров'я визначається показниками, наведеними у табл. 1.

Таблиця 1

**РЕСУРСИ ТА ПОКАЗНИКИ ДІЯЛЬНОСТІ СЕКТОРА
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

Показники / Роки	2000	2008	2010	Зменшення / збільшення (+/-), 2010/2000 рр.
А	1	2	3	4
Число лікарняних закладів, що надають стаціонарну допомогу, од.	3049	2537	2442	-607
Загальне число ліжок, од.	434139	402955	394374	-39765
Забезпеченість ліжками на 100 тис. чол.	885	877	865	-20
Середнє число зайнятості ліжка, днів.	14,9	12,8	12,5	-2,4
Кількість закладів, що надають амбулаторно-поліклінічну допомогу, од.	6369	6888	6869	500
Загальна чисельність лікарів, од.	226000	196198	197065	-28935
Забезпеченість лікарями на 10 тис. чол.	46,2	42,7	43,2	-3
Загальна чисельність середнього медичного персоналу, од.	541000	430090	428667	-112333
Забезпеченість середнім медичним персоналом на 10 тис. чол.	110,3	93,6	94	-16,3

Джерело: розраховано [1; 3; 4]

При порівнянні показників, що характеризують стан вітчизняної охорони здоров'я із аналогічними за країнами ЄС, виокремлюються чіткі розбіжності. Якщо у країнах ЄС на 100 тис. населення припадає 3,2 лікарні, то в Україні цей показник майже удвічі більший. Аналогічний висновок можна зробити щодо показника забезпеченості ліжками: у ЄС він знаходиться на рівні 610, в Україні, незважаючи на скорочення ліжкового фонду — 881. Згідно Закону Ремера (Roemers Law), створене лікарняне ліжко ніколи не залишається надовго незайнятим. Це підтверджується показниками рівня та термінів госпіталізації, які в Україні значно перевищують аналогічні показники у країнах ЄС. В Україні показник терміну перебування хворого на стаціонарному лікуванні становить 14 днів, хоча у країнах ЄС — близько 10 днів. Відповідно, показник рівня госпіталізації в Україні становить 21,9 %, у країнах ЄС — 18% [5. с. 4].

Залежно від функцій, структури, обсягів медичної допомоги, складності медичних послуг в Україні створено трирівневу систему надання медичної допомоги. За визначенням експертів ВО-ОЗ, первинна медико-санітарна допомога є зоною первинного контакту пацієнта із національною системою охорони здоров'я. Вторинна медико-санітарна допомога надається лікарями, які мають відповідну спеціалізацію, здатні надати висококваліфіковану консультацію, провести діагностику та лікування. У більшості випадків таке лікування проводиться у лікарнях, диспансерах. Третій рівень медичної допомоги надається у високоспеціалізованих клініках та центрах, у яких використовується спеціальне обладнання, новітні медичні технології та результати досліджень в галузі медицини.

Згідно проведених досліджень із кожної 1 тис. осіб у 750 виникає необхідність звернутися до лікаря, 250 із них потребують консультації лікаря первинної ланки, 9 — госпіталізації, 1 — високоспеціалізованої допомоги у відповідному закладі [6; с. 18].

Донедавна розвиток системи охорони здоров'я в Україні, як і більшості країн колишнього СРСР, здійснювався шляхом збільшення ліжкового фонду та кількості медичних кадрів. Внаслідок досягнуто високий рівень забезпеченості населення стаціонарною допомогою. Втім, така допомога вважається найбільш затратною, тому важливо забезпечити раціональне використання дороговартісного ліжкового фонду лікарень, створення умов для розвитку денних та домашніх стаціонарів, перерозподіл обсягів

медичної допомоги на користь первинної медико-санітарної допомоги, як менш затратної і ефективної, оскільки вона спрямована на попередження хвороб. В Україні організаційна структура первинної медико-санітарної допомоги представлена амбулаторно-поліклінічними закладами, фельдшерсько-акушерськими пунктами, службами швидкої невідкладної допомоги і зорієнтована на надання лікувально-діагностичної допомоги, а не на здійснення профілактичних заходів. По суті, первинний рівень медичної допомоги ще не сформований. Він представлений роздробленими структурами, що організаційно, функціонально та фінансово поєднані зі спеціалізованою стаціонарною допомогою. Це суттєво ускладнює процес управління обсягами послуг на рівнях медичної допомоги, внаслідок чого в Україні на первинному рівні починають і завершують лікування лише до 30 % пацієнтів у містах та до 50 % пацієнтів у сільській місцевості [7, с. 15].

Практика зарубіжних країн свідчить, що за раціональної організації на первинному рівні може починатись і закінчуватись до 90 % звернень за медичною допомогою, що підвищує можливість ефективнішого використання обмежених фінансових ресурсів. За проведеними МОЗ України розрахунками, вартість однієї і тієї послуги на первинному рівні у 4—9 разів нижча, ніж на вторинному, у 18—24 рази — ніж на третинному [8, с. 1].

На рис. 1 наведено дані щодо фінансування медико-санітарної допомоги у розрізі рівнів медичної допомоги.

За постійного фактичного зростання видатків на первинну медико-санітарну допомогу, їх частка у загальній структурі видатків на охорону здоров'я коливається в невеликому діапазоні (13,6 %—14,0 %). У країнах ЄС цей показник суттєво різниться і становить у середньому 25—30 % від загального обсягу видатків на охорону здоров'я.

Серед основних причин цієї ситуації можна виділити: визнання первинної медико-санітарної допомоги пріоритетним напрямком розвитку охорони здоров'я не відповідає реаліям; невикористання на практиці маршрутної карти пацієнта, що дозволяє йому отримувати медичну послугу на будь-якому рівні за власним вибором медичного закладу; незацікавленість медичного персоналу у завершенні лікування на первинному рівні, адже показники діяльності амбулаторно-поліклінічних закладів вимірюються фактичною кількістю відвідувань, через що вплив відвідувань на стан здоров'я населення, рівень госпіталізації, практично не аналізується.

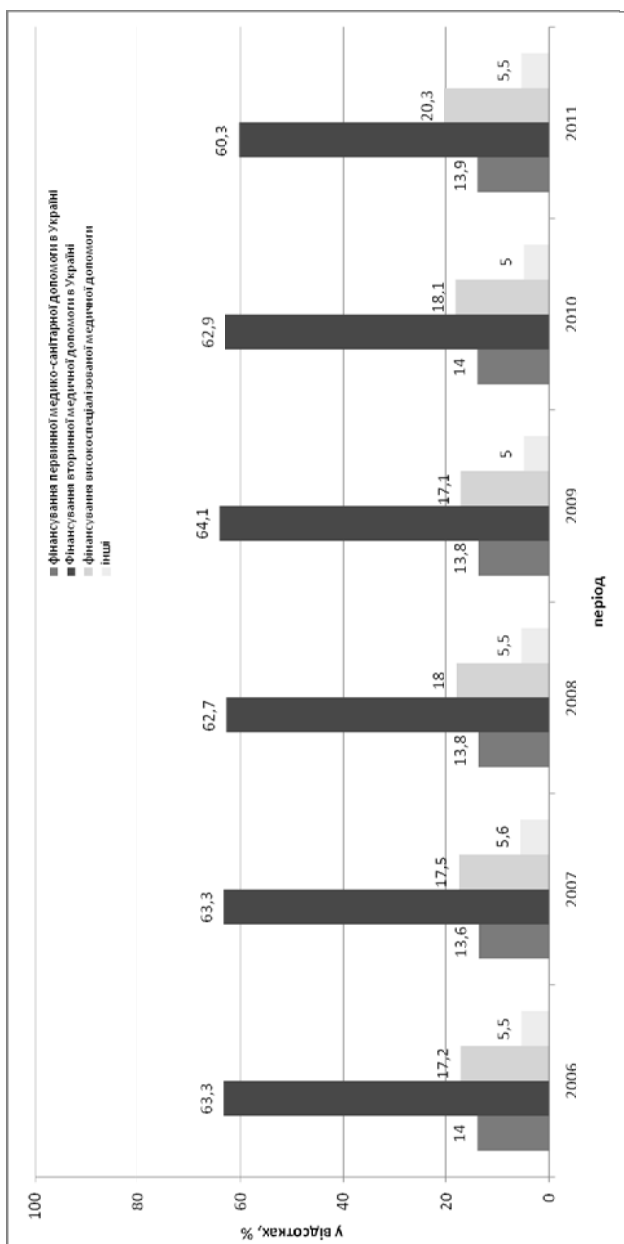


Рис. 1. Фінансування медичних послуг в Україні (в розрізі рівнів)

Джерело: складено автором за даними Рахункової палати України

Другий рівень медичної допомоги забезпечується медичними установами, до яких відносяться багатопрофільні та спеціалізовані лікарні, які надають стаціонарну допомогу. За даними проведених досліджень Українським інститутом стратегічних досліджень МОЗ України, тільки третина хворих, дійсно, потребує постійного нагляду і лікувальних процедур, технологія яких не дозволяє надавати їх в інших умовах. Близько третини хворих перебували у стаціонарах без відповідних показань і отримували медичну допомогу амбулаторного рівня тільки у комплексі із проживанням [9, с. 24].

Чинна практика фінансування ліжко-дня нівелювала стимули до скорочення перебування хворого на стаціонарному лікуванні, що призводить до зростання невиправданих витрат. Враховуючи, що обсяги фінансування медичних закладів визначаються на основі фактичних показників діяльності установи, медичний заклад не зацікавлений у скороченні необґрунтованої госпіталізації, оскільки це може призвести до зменшення обсягів фінансування. Тому, видатки бюджету на вторинну медичну допомогу займають невиправдано високу частку у загальній структурі видатків на охорону здоров'я.

Для порівняння, витрати на стаціонарну допомогу у Швеції займають 25 %, в Угорщині — 28 %, Німеччині — 35 %, Франції — 36,9 %, Італії — 45,3 %.

Слід відзначити, що медичні заклади отримують кошти залежно від потужності, а не обсягів та якості медичних послуг. Фінансування бюджетних установ здійснюється на підставі затвердженого кошторису з чітким постатейним розподілом. Для визначення обсягу видатків на стаціонарну медичну допомогу використовуються показники: кількість лікарняних ліжок, кількість ліжко-днів.

Метод фінансового планування на основі «ліжко — дня», як доводить практика, має суттєві недоліки, зокрема: мотивує до екстенсивного розвитку як окремого закладу, так і галузі охорони здоров'я загалом; встановлення єдиного тарифу оплати без врахування типу захворювань та вартості лікування; відсутні стимули для зниження термінів госпіталізації.

Зважаючи на суть окреслених проблем у медичній галузі необхідним є визначення пріоритетних напрямків реформування, що надасть можливість поступово наблизити рівень медичного обслуговування населення до європейських стандартів.

Пріоритет №1. Впровадження налагодженої системи комплексних заходів, що забезпечать зміни в організації, управлінні та бюджетному фінансуванні медичних послуг. Це надасть можливість створити умови для ефективного використання, хоча і обмежених, але наявних фінансових ресурсів. До них, на нашу думку, слід віднести: реорганізація структури закладів охорони здоров'я, зміна методів та критеріїв фінансування медичних послуг, покращення якості медичних послуг.

Реорганізація закладів охорони здоров'я включає проведення таких заходів: приведення структури закладів охорони здоров'я у відповідність до чисельності та стану здоров'я населення окремої території; переорієнтація на пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги; запровадження системи централізованих закупівель обладнання відповідно до рівня закладу охорони здоров'я; створення контрольно-пропускної системи для пацієнтів.

Зміна методів та критеріїв фінансування медичних послуг полягає у наступному: надання фінансової самостійності закладам охорони здоров'я у визначенні напрямів використання загальної суми коштів; плановість, тобто, фінансування медичних послуг здійснюється за кошторисом, основою для складання якого служить державне замовлення на бюджетні медичні послуги; цільове використання, що полягає не у централізованому розподілі коштів між статтями витрат, а досягненні чітко визначених цілей, зокрема — забезпечення населення обумовленим у договорі обсягом медичних послуг; виділення коштів на попередньо узгоджений обсяг медичних послуг без урахування ресурсних показників та потужностей медичної установи.

Необхідним заходом реформування медичної галузі вважаємо покращення якості медичних послуг. Як свідчить зарубіжний досвід, найбільш поширений спосіб — це запровадження стандартизації медичних послуг в основі яких — державні соціальні стандарти.

Пріоритет № 2. Запровадження передбаченого законодавством про загальнообов'язкове державне соціальне страхування медичного страхування та створення Медичного страхового фонду. Актуальним залишається питання наповнення фінансовими ресурсами Медичного страхового фонду. Зокрема, кошти можуть надходити у формі внесків від роботодавців та найманих працівників — страхувальників, за рахунок певних видів податків або

обов'язкових платежів, зокрема податку на розкіш, акцизного податку на ті види товарів, що завдають шкоду здоров'ю населення.

Впровадження обов'язкового медичного страхування вимагає чіткого розмежування медичних послуг з виокремленням бюджетних медичних послуг та платних послуг медичного характеру та їх закріплення у нормативно-правовому полі у вигляді окремих Програм, зокрема: Програми обов'язкового медичного страхування та Державної програми медичного забезпечення.

Пріоритет № 3. Створення державою сприятливих умов для розвитку добровільного медичного страхування як додаткового джерела фінансування медичної галузі. Слід відзначити, що нині добровільне медичне страхування не справляє відчутного впливу на розв'язання проблем фінансового забезпечення медичної галузі, адже невисокий рівень доходів громадян обмежує можливості щодо здійснення цього виду страхування.

Запропоновані підходи до проведення реформи у такій послідовності, на нашу думку, дадуть можливість покращити результати діяльності медичної галузі, що в свою чергу дозволить досягнути стратегічної мети держави — покращення стану здоров'я населення та продовження тривалості якісного життя.

Бібліографічний список

1. Демографія і стан здоров'я народу України: аналітично-статистичний посібник / [під ред. В. М. Коваленка]. — К.: «Медінформ», 2010. — 143 с.

2. Павлюк К. В. Розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я / К. В Павлюк., О. В Степанова // Фінанси України. — 2011. — № 2. — С. 43—55.

3. Сучасний стан здоров'я народу та напрямки його покращення в Україні: аналітично-статистичний посіб. / [під. ред. В. М. Коваленка]. — К.: «ВПОЛ», 2005. — 140 с.

Стаття надійшла до редакції 20 червня 2013 р.