

**Рудень В.В.,**

доктор медичних наук,  
професор кафедри соціальної медицини,  
економіки та організації охорони здоров'я  
Львівського національного медичного університету  
імені Данила Галицького,

**Сидорчук О.М.,**

асистент кафедри соціальної медицини,  
економіки та організації охорони здоров'я  
Львівського національного медичного університету  
імені Данила Галицького

## **ФІНАНСУВАННЯ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ В УКРАЇНІ: ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХИ РОЗВ'ЯЗАННЯ**

*Досліджено стан бюджетного фінансування системи охорони здоров'я України і зроблено висновки, що він не відповідає вимогам суспільно-політичного розвитку країни. Запропоновано шляхи удосконалення функціонування та фінансування системи охорони здоров'я через механізм залучення економічних методів управління як до процесу організації медичного забезпечення, так і його фінансування.*

*In the article, the state of budgetary funding the health protection system is investigated and the conclusion is made that this state does not comply with demands of the country's sociopolitical development. The authors suggest ways aimed at perfecting the health protection system through the mechanism of attracting economic methods of management both to the process of medical ensurance organization and also to its financing.*

Проведення соціально-економічних реформ в Україні поставило на порядок денний питання організації, управління та фінансового забезпечення системи медичного забезпечення як важливої соціальної сфери суспільства.

В Україні протягом останніх років неодноразово робилися кроки щодо реорганізації системи охорони здоров'я на зразок європейського стандарту. Щороку збільшуються видатки з бюджету на медичне обслуговування населення, втім, запровадження економічних методів управління у медичну галузь відбувається досить повільно. Слід зауважити, що фінансування системи охорони здоров'я здійснюється переважно із бюджету держави (табл. 1).

Аналіз наведених даних (табл. 1) свідчить про реальне щорічне збільшення на макрорівні держави показника загального обсягу видатків з бюджету держави для системи охорони здоров'я у 7,04 разу, що підтверджують такі статистичні величини, як показник абсолютного приросту — 15,1 млрд грн та показник темпу приросту — 704%. Окрім того, нами доведено зростання показника обсягу бюджетних видатків на охорону здоров'я у розрахунку на одного жителя на рік у 7,3 разу при показникові абсолютного приросту 311,2 грн. Варто відзначити зростання за аналізований період і показника загальної суми видатків з бюджету країни в 1,16 разу, що засвідчують показник абсолютного приросту — 1,8% та показник темпу приросту — 16,8%.

**Таблиця 1. Фінансові витрати з бюджету на систему охорони здоров'я в Україні у 1995—2006 роках**

Роки	Витатки на охорону здоров'я з бюджету, млрд грн	Питома вага витатків з бюджету на охорону здоров'я відносно		Обсяг витатків у розрахунку на одного жителя України, грн
		ВВП, %	Загальної суми витатків, %	
1995	2,5	4,8	10,7	49,1
1996	3,1	3,9	9,4	61,4
1997	3,5	4,3	11,6	69,1
1998	3,6	3,5	11,6	72,1
1999	3,8	2,9	10,9	72,6
2000	4,8	2,9	12,2	89,3
2001	6,2	2,7	11,2	112,2
2002	7,3	2,8	12,5	134,0
2003	9,7	3,2	12,8	169,5
2004	11,9	2,8	12,0	186,8
2005	12,5	3,0	12,1	257,6
2006	17,6	3,3	12,5	360,35

*Джерело:* Державний комітет статистики України.

Проте слід говорити й про той факт, коли показник витатків з бюджету на систему охорони здоров'я щодо ВВП країни у динаміці має хвилеподібний характер і знаходиться в аналізованому періоді в межах 4,8 % — 2,7 %, а у 2005 році згадуваний показник становив 3,0 % і в 0,6 разу був меншим, ніж у 1995 році.

Варто зазначити, що, окрім бюджетних коштів, функціонуюча медична галузь, незважаючи на наявність низки нормативно-правових рішень щодо обмеження платних медичних послуг у державних та комунальних закладах системи охорони здоров'я, щороку додає до процесу фінансування кошти, власноруч зароблені закладами та установами. Так, 2005 року до місцевих бюджетів медичного забезпечення надійшло 928,7 млн грн власноруч зароблених коштів, а до системи МОЗ України — 698,3 млн грн, що вдвічі більше й за першою й за другою позиціями порівняно з 2000 роком. Зауважимо, що плата за медичні послуги та благодійні внески у загальній структурі щорічних фінансових витрат мають невелику питому вагу — 3,5 % — 4 %, а щодо бюджетних витрат — близько 6 %.

До фінансування медичної галузі державою також залучаються кошти проєктів міжнародної технічної допомоги, бенефіціаром та реципієнтом яких є МОЗ України<sup>1</sup>, що засвідчують дані таблиці 2.

Порівняльний аналіз наведених результатів статистичних даних щодо щорічного бюджетного фінансування медичної галузі України з рекомендаційними даними ВООЗ свідчить, що це далеко не ті спрогнозовані міжнародною медичною спільнотою для країн з низькими прибутками, до яких зарахована цією шанованою

<sup>1</sup> Оперативна інформація про проєкти технічної допомоги, бенефіціаром та реципієнтом яких є МОЗ України (станом на травень 2006 року). — К.: МОЗ України. — Травень 2006. — 2 с.

**Таблиця 2. Кошторисна вартість проектів міжнародної технічної допомоги, бенефіціаром та реципієнтом яких є МОЗ України (станом на травень 2006 року)**

№ з/п	Донор для України	Назва проекту та роки його реалізації	Кошторисна вартість
1.	Агентство міжнародного розвитку США	Полісся, 1995—2006 роки	5 975 000 дол.
2.	Агентство міжнародного розвитку США	Поліпшення здоров'я матерів та дітей, 2002—2006 роки	4 993 783 дол.
3.	Агентство міжнародного розвитку США	Поліпшення репродуктивного здоров'я в Україні, 2005—2010 роки	9 750 000 дол.
4.	Уряд Швейцарії	Поліпшення надання перинатальних послуг в Україні, 2001—2004 роки	3 002 500 швейцарських франків
5.	Уряд Швейцарії	Перинатальне здоров'я, 2005—2007 роки	2 500 000 швейцарських франків
6.	Європейський Союз	Профілактичні та первинні заходи охорони здоров'я, 2002—2005 роки	3 417 190 євро
7.	Європейський Союз (у межах програми "TACIS" для України на 2002 рік)	Профілактика та боротьба з туберкульозом у місті Києві, 2002—2005 роки	1 997 120 євро
8.	Європейський Союз	Фінансування та управління охороною здоров'я, 2003—2006 роки	3 195 110 євро
9.	Європейський Союз	Підтримка розробки системи медичних стандартів, 2004—2007 роки	1 999 620 євро

*Джерело:* оперативна інформація Міністерства охорони здоров'я.

громадською інституцією й наша держава, на 2007 рік 60 млрд грн загальних видатків держави на охорону здоров'я; у 2015 році ця цифра має сягати вже 75 млрд грн<sup>2</sup>.

На відміну від України, скажімо, з державного бюджету медичній галузі у США (за даними ВООЗ) на 2001 рік було виділено майже 15 % від ВВП, або 4887 дол. на рік на душу населення. Також наголосимо, що за показником фінансування на одну особу в Україні справа стоїть не так, як у Норвегії (2920 дол.), Німеччині (2820 дол.), Франції (2567 дол.), Ізраїлі (1839 дол.), Польщі (629 дол.), Естонії (562 дол.), Латвії (509 дол.), Литві (478 дол.), Білорусі (464 дол.), Росії (454 дол.), Китаї (224 дол.) і навіть Грузії (108 дол.)<sup>3</sup>.

Можна зробити висновок про критичний рівень у фінансуванні в Україні медичної галузі (50 % від мінімального рівня виживання медичної галузі за ВООЗ), що в кінцевому підсумку призвело до розбалансованості процесу управління в системі охорони здоров'я та втрати системою медичного забезпечення реалізації конституційного права щодо здоров'я пацієнта.

Україна щороку істотно збільшує видатки з державного бюджету на медичне забезпечення населення. З огляду на це нами досліджені обсяги запланованих

<sup>2</sup> <http://www.medicusamicus.com/index.php?action=nocom1>

<sup>3</sup> <http://www.charter97.org/rus/news/2004/01/16/glavnoe>

бюджетних фінансових видатків на медичне забезпечення в розрахунку на одну особу/пацієнта як на макро-, так і на мікрорівні, про що свідчать дані табл. 3.

**Таблиця 3. Обсяги запланованих видатків на медичне забезпечення в розрахунку на одну особу/пацієнта на макро/мікрорівні України в 2003–2005 роках (на прикладі медичних закладів Львівщини), грн**

Роки	Заплановані фінансові видатки на макро/мікрорівні України									
	На одного жителя					На одного пацієнта				
	Україна	Львівщина								
		область	міста обласного підпорядкування	сільські райони	обласні ЛПЗ		міські ЛПЗ		районні ЛПЗ	
				на медикаменти	на харчування	на медикаменти	на харчування	на медикаменти	на харчування	
2003	169,5	126,3	98,9	73,4	4,91	3,47	2,77	1,4	2,48	1,1
2004	186,8	158,2	89,2	129,5	6,19	4,41	3,45	1,6	2,79	1,2
2005	257,6	211,9	150,8	136,5	6,58	4,64	3,58	1,86	3,91	1,67

*Джерело:* оперативна інформація Львівського обласного управління охорони здоров'я.

Порівняльний аналіз статистичних даних засвідчує той факт, що вже на рівні області фінансування медичного забезпечення за соціально-економічним показником у розрахунку на одну особу за аналізовані роки в середньому на 19,35 % менше (2003 рік — 15,32 %, 2004 рік — 25,49 % та 2005 рік — 17,25 %), ніж на рівні країни.

Проте на мікрорівні у стані фінансування діяльності медичних закладів практичної системи охорони здоров'я дивує сьогодні та ситуація, коли на одного пацієнта в обласних медичних закладах виділялося в середньому 10,06 грн на день, з яких — 58,55 % витрачалося на придбання медикаментів, решта — на харчування. У міських медичних закладах цей показник становив 4,89 грн, де 66,87 % використовувалося на закупівлю медикаментів, решта — на харчування, тоді як у лікувальних установах сільських районів фінансування одного пацієнта на день становило 4,38 грн, з яких 69,86 % витрачали на медикаменти, а решту — на харчування.

Аналіз наведеного свідчить, що на рівні місцевих бюджетів (область, місто, сільські райони) у фінансуванні медичної допомоги за соціально-економічним показником у розрахунку на одну особу, незважаючи на його істотне зменшення, чітко проглядався принцип, коли здорові люди платять за хворих, а працююче населення — за непрацюючих та соціально незахищених і малозабезпечених осіб (діти, пенсіонери тощо), тоді як на макрорівні держави на рівні медичний заклад/пацієнт цей принцип цілком відсутній.

Щодо питання ефективного використання бюджетних коштів, виділених державою на медичне обслуговування населення, нами зроблена спроба дати відповідь на це запитання.

По-перше, із загальної суми коштів державного/місцевих бюджетів, виділених на охорону здоров'я, видатки (на прикладі Львівщини) 2005 року було вико-

ристано: на заробітну плату та нарахування на неї — 73,9 % (коди 1110,1120); 6,2 % — на оплату комунальних послуг (коди 1161—1166); 0,6 % — на поточні трансфери населення (коди 1340, 1341); 0,35 % — на відрядження (код 1140); 1,7 % — на капітальний ремонт (код 2130); 1,2 % — на обладнання (код 2110) та 16,1 % — на придбання предметів та постачання матеріалів, оплату послуг та ін. (код 1130), в тому числі 5,3 % — на інвентар (код 1131), 42 % — на медикаменти (код 1132), 25 % — на харчування (код 1133), 1,4 % — на м'який інвентар (код 1134), 12,3 % — на транспорт (код 1135), 0,1 % — на оренду (код 1136), 7,7 % — на поточний ремонт (код 1137), 1,5 % — на зв'язок (код 1138), 4,4 % — на інші потреби (код 1139)<sup>4</sup>.

По-друге. Кошти державного/місцевих бюджетів, основним призначенням яких є зміцнення та збереження здоров'я людини, використовуються переважно лише на утримання громіздкої системи медичного забезпечення МОЗ України, а саме: 2668 лікарняних установ із загальною кількістю ліжок 412 606 та 6660 амбулаторно-поліклінічних закладів із плановою ємкістю 987298 відвідувань на зміну, де працює 226753 лікарі та 464 752 особи середнього медичного персоналу<sup>5</sup>.

Щодо чисельності медичного персоналу в лікувально-профілактичних закладах, тут треба казати про те, що в них працює майже 18 % осіб пенсійного віку. З метою конкретизації та більшого унаочнення цього показника нами встановлено, що лише на Львівщині станом на початок 2006 року в медичних закладах працювало 18,4 % лікарів та 15,6 % середнього медичного персоналу пенсійного віку<sup>6</sup>.

Необхідно наголосити й на тому, що у поліклінічних закладах України працює, як правило, 60—70 % лікарів-фахівців, які надають населенню спеціалізовану медичну допомогу на другому рівні медичного забезпечення, а лікарів первинного рівня, котрі повинні забезпечувати населення лікарських дільниць кваліфікованою медичною допомогою, де основою повинні бути профілактичні технології, — лише 30—40 %<sup>7,8</sup>. Така тенденція у фінансуванні медичної галузі характерна як для макро-, так і мікрорівня країни вже далеко не один рік<sup>9</sup>.

Усе це разом засвідчує неефективність щорічного кількісного збільшення бюджетних асигнувань на охорону здоров'я, оскільки виділені державою бюджетні кошти для медичної галузі чиновниками від охорони здоров'я на всіх рівнях

<sup>4</sup> Оперативна інформація про використання фінансових коштів на охорону здоров'я у Львівській області в 2005 році. — Львів. обл. управ. охор. здор. — Лютий 2006 року. — 10 с.

<sup>5</sup> Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2004 році / Статистичний бюлетень державного комітету статистики України. — Київ. — 2004. — 81 с.

<sup>6</sup> Оперативна інформація про працюючих пенсіонерів у медичних закладах Львівщини в 2005 році. — Львів. обл. управ. охор. здор. — Лютий 2006 року. — 12 с.

<sup>7</sup> Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я: наказ МОЗ України № 33 від 23.02.2000 року. — К., МОЗ України, ВПЦ "Контраст", 2000, Ч.1. — 296 с.

<sup>8</sup> Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ. — К., 1992. — 23 с.

<sup>9</sup> Оперативна інформація МОЗ України про фінансову діяльність. Січень—лютий 2005. — К., МОЗ України. — 2005. — 4 с.

розподіляються, перерозподіляються і навіть централізуються, та, на превеликий жаль, до людини в разі її потреби у відповідному грошовому еквіваленті як не доходили, так і не доходять.

По-третє. Медична галузь щороку недофінансовується з бюджету. Для прикладу: у Львівській області із запланованих з бюджету 2005 року на систему охорони здоров'я 577 028,3 тис. грн на медичну галузь було профінансовано лише 94,5 %.

Сьогодні необхідно визнати, що у системі охорони здоров'я та медичного забезпечення є ціла низка проблем. Ми вважаємо, що поліпшити стан справ у медичному забезпеченні можливо лише через механізм ефективного реформування медичної галузі і в основу цього процесу необхідно покласти економічні методи управління.

З огляду на викладене можна запропонувати концептуальний підхід до створення багатоканальної системи фінансування медичної галузі, який виходить із багатовекторності медичної допомоги і ґрунтується на таких засадах в організації і наданні медичних послуг як доступність, соціальна рівність, справедливість і солідарність<sup>10,11</sup>, коли основними фундаментальними цілями<sup>12</sup> пропонованої системи багатоканальності у фінансуванні медичної допомоги повинні бути:

- рівний та справедливий доступ громадян країни до медичних послуг, досягається шляхом запровадження гарантованого державою мінімального рівня медичних послуг, який дасть змогу забезпечити мінімум здоров'я і надаватиметься залежно від потреби хворого, а не від можливості пацієнта чи його сім'ї платити;

- мікроекономічна ефективність медичних послуг, що досягається якістю медичної допомоги та ступенем задоволення пацієнтів нею за мінімально можливих затрат ресурсів;

- макроекономічний контроль за видатками у сфері охорони здоров'я. Державна політика у сфері охорони здоров'я і досконалість фармацевтичного ринку та ринку медичних послуг країни повинні давати можливість медичній галузі щороку поглинати власну частку ВВП, тобто не йдеться про виробництво чи недовиробництво медичних послуг.

Отже, ми стверджуємо, що основні концептуальні напрями ефективної реорганізації системи фінансування медичної галузі<sup>13</sup> мають ґрунтуватися на рівнях матеріального забезпечення населення України<sup>14</sup>, а у своєму змісті передба-

---

<sup>10</sup> *Dahlgren Goran, Whitehead Margaret.* Політика и стратегия обеспечения справедливости в вопросах охраны здоровья. ВОЗ, Копенгаген, 1992. — 56 с.

<sup>11</sup> *Whitehead Margaret.* Концепции и принципы равенства в вопросах охраны здоровья. ВОЗ, Копенгаген, 1992. — 29 с.

<sup>12</sup> Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я: уроки для України. За ред. В.Г. Черненка, В.М. Рудого. — К.: Академпрес, 2002. — 112 с.

<sup>13</sup> The World Bank. World Development Report. — Washington: D.S., 1993. — 212 p.

<sup>14</sup> Статистичний збірник “Витрати і ресурси домогосподарств України у 2005 році”. — Державний комітет статистики. — Київ, 2006. — 326 с.

чати створення двох секторів медичної допомоги: сектору загальнодоступної медичної допомоги та сектору додаткових можливостей у сфері охорони здоров'я.

Саме це, зрештою, і приведе до розвитку державно-комунальної моделі в наданні медичної допомоги, що цілком відповідатиме “Концепції розвитку охорони здоров'я населення України”, затвердженій Указом Президента України від 7 грудня 2000 року за № 1313/2000<sup>15</sup> та задекларованим державою принципам самоврядування на адміністративних територіях країни<sup>16</sup>.

Варто зауважити, що фінансування сектору загальнодоступної медичної допомоги доцільно здійснювати лише за рахунок коштів державного бюджету та бюджетів місцевих органів самоврядування, що потребуватиме на законодавчому рівні:

1. Внесення змін та доповнень до Ст. 49 Конституції України (1996) в частині “...безоплатності медичної допомоги” та “... неможливості скорочення мережі державних та комунальних медичних закладів”.

У зв'язку з цим пропонуємо частину третю Статті 49 Конституції України викласти в такій редакції: “Медична допомога населенню України надається відповідно до законодавчо створеної системи багатоканальності фінансування охорони здоров'я з реалізацією принципу “солідарності у фінансуванні медичного забезпечення” та Державної програми гарантованого рівня медичного забезпечення людинності в медичних закладах державної та комунальної форм власності, що будують свою організаційну та управлінську діяльність з органами місцевого самоврядування на договірних засадах”.

2. Державного замовлення на охорону здоров'я, що поєднує у своїй суті механізми:

— проведення моніторингу стану здоров'я населення України і наявної мережі медичних закладів державної, комунальної (обласної, міської та районної) форм власності та відомчої приналежності, що має призвести до визначення чіткої потреби у них;

— роздержавлення решти медичних закладів шляхом їх приватизації, за умови, що це буде засобом значного фінансового поліпшення медичного забезпечення та збереження призначення цієї медичної установи;

— структурної перебудови медичної галузі, що приведе до зміни акцентів у медичному забезпеченні зі спеціалізованої медичної допомоги на первинний рівень медичного забезпечення, де основною дійовою особою має бути лікар загальної практики/сімейний лікар, підготовлений не за кількісними, а за якісними характеристиками та європейськими і світовими стандартами навчання;

— забезпечення державою права кожному громадянину країни, незалежно від матеріального статусу, на збереження здоров'я, отримання медичних послуг, у стані, що загрожує життю та здоров'ю, на гарантованій та доступній основі, від-

<sup>15</sup> Концепція розвитку охорони здоров'я населення України: Указ Президента України від 7.12.2000 № 1313/2000. — К., 2001. — 29 с.

<sup>16</sup> Закон України “Про місцеве самоврядування в Україні” від 21.05.1997 № 280/97-ВР.

повідно до затверджених медико-технологічних стандартів, які визначаються Державною програмою гарантованого рівня медичного забезпечення;

— запровадження механізмів ринкових перетворень, що передбачає створення в Україні цивілізованого ринку медичних послуг з усіма його елементами, де основними суб'єктами повинні бути: провайдери, платники та пацієнти і обов'язково — законодавчо сформована політика держави в цьому питанні;

— укладання угоди між органами виконавчої влади всіх рівнів та закладами охорони здоров'я чи окремо практикуючими лікарями, що дасть можливість врегулювати правові, економічні та організаційні комунікації між суб'єктами договірної процедури в медичному забезпеченні;

— зміни економічно-правового статусу надавачів медичних послуг на державному рівні: лікувальні заклади та лікарі виступатимуть суб'єктами господарської діяльності з правом укладання контрактів, здатності самостійно розпоряджатися бюджетними та заробленими коштами, отримувати позики тощо.

3. Опрацювання переліку гарантованого державою громадянам рівня медичної допомоги шляхом створення Державної програми гарантованого рівня медичного забезпечення<sup>17</sup>.

Зміст Програми має складатися з переліку медичних послуг, відповідно до медико-технологічних стандартів, котрі б надавалися в разі необхідності як на первинному, вторинному та третинному рівнях медичного забезпечення, так і на рівнях, що забезпечують життя (збереження життєвих функцій людини) та збереження здоров'я чи надають медичну допомогу в повному обсязі, що гарантуватиме мінімальний рівень збереження та зміцнення здоров'я пацієнта. Основним у цьому повинно бути обов'язкове врахування норм Бюджетного кодексу України щодо видатків на охорону здоров'я, а також реалій бюджетів органів місцевого самоврядування та державного бюджету.

4. Доопрацювання єдиної методики фінансування охорони здоров'я з розрахунку на одного жителя. У методику розрахунків необхідно покласти не лише фінансові нормативи бюджетної забезпеченості території і такі коригувальні коефіцієнти до них, як кількість жителів території та індекс відносної податкоспроможності території, а й статеву-вікову структуру населення території та особливості стану його здоров'я, що зробить подушне фінансування об'єктивнішим та реальним.

5. Законодавче визнання на державному рівні положення, первинний та вторинний рівень медичної допомоги є основою в секторі загальнодоступної медичної допомоги, де головною дійовою особою та фондотримачем бюджетних коштів є дільничний лікар/лікар загальної практики (сімейний лікар).

Саме в такому варіанті основна частина бюджетних коштів виділятиметься замовником (держава та органи місцевого самоврядування) на договірній основі дільничним/сімейним лікарям, амбулаторно-поліклінічним закладам з розрахун-

---

<sup>17</sup> Про затвердження Програми подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги: Постанова Кабінету Міністрів України за № 955 від 11.07.2002 року. — К., 2002. — 2 с.

ку на одну прикріплену особу. Для цього дільничні/сімейні лікарі повинні отримати від держави статус підприємців, і лише тоді вони стануть господарями коштів, призначених для оплати за надання медичної допомоги своїм пацієнтам.

Усі інші підрозділи поліклініки та всі інші медичні заклади — стаціонари, діагностично-консультативні центри, швидка медична допомога заробляють собі кошти, отримуючи від дільничних/сімейних лікарів плату за надані їм пацієнтам медичні послуги. Це призведе до того, що медичні заклади та підрозділи, котрі надають медичну допомогу лише на певних етапах, перебуватимуть у прямій економічній залежності від дільничних/сімейних лікарів, на яких покладена відповідальність за стан здоров'я їх пацієнтів. Такий методичний підхід у цьому питанні дасть можливість створити здорову конкуренцію серед медичних закладів та їх підрозділів поміж собою за надання якісної медичної допомоги, оскільки від цього залежатиме їх подальше існування. Відповідно до цього нарешті дільничний/сімейний лікар отримає по-справжньому реальний доступ до всіх ресурсів системи охорони здоров'я.

6. Опрацювання механізмів руху фінансових коштів за пацієнтом і здійснення оплати наданих пацієнтам медичних послуг відповідно до опрацьованих стандартів надання медичної допомоги в залежності від кінцевих результатів: обсягів та якості.

Для цього необхідно створити систему фінансових взаєморозрахунків поміж медичними закладами (окремо практикуючими лікарями), а також всередині них, що стане стрижнем нової системи управління здоров'ям людини, заснованої на економічних методах.

7. Здійснення процесу ліцензування, акредитації медичних закладів/лікарів та стандартизації як інструменту забезпечення якості надання медичної допомоги.

8. Запровадження системи обов'язкового медичного страхування, що створить гарантію рівного доступу для всіх громадян країни до певного обсягу та якості медичного забезпечення, ефективність якого зростатиме шляхом поступового переходу до системи персоналізованих рахунків.

9. Вдосконалення процесу навчання у вищій медичній школі України згідно з вимогами Болонської угоди. Це дасть можливість Україні увійти до єдиного освітнього та наукового простору Європи; мати спільні європейські освітні наукові рівні та стандарти у підготовці лікарів; акцент у підготовці зробити на лікаря первинного рівня медичного забезпечення; отримати в кінцевому результаті конкурентоспроможного лікаря.

10. Демократизація системи охорони здоров'я та медичного забезпечення. (Узаконений громадський нагляд, контроль за медичною діяльністю та участь членів громад, громадських організацій в управлінні охороною здоров'я на різних рівнях і створення системи незалежної медичної експертизи).

11. Соціальний та професійний захист працівників галузі, що дасть змогу захистити лікаря чи медичну сестру в умовах цивілізованого ринку медичних послуг через механізм створення дієвих професійних асоціацій/товариств лікарів/медсестер, на що варто покладати великі сподівання.

У створенні сектору додаткових можливостей у сфері охорони здоров'я доцільно поєднати використання таких фінансових технологій, котрі не стосуються фінансування підсистеми загальнодоступної медичної допомоги, а саме:

1. Організувати в медичній галузі громадсько-солідарний сектор додаткової медичної допомоги у вигляді лікарняних кас чи добровільного медичного страхування. Це доцільно трактувати як використання накопичених безповоротних добровільних персоніфікованих фінансових внесків юридичних та фізичних осіб для оплати додаткових медичних послуг за окремими медичними програмами<sup>18</sup>, що не входять до переліку Державної програми гарантованого рівня медичної допомоги та Програми обов'язкового медичного страхування.

2. За умови, коли пацієнта не влаштовує рівень, обсяг чи якість медичної допомоги у двох перших секторах медичного забезпечення, вважаємо за необхідне опрацювати на законодавчому рівні механізми отримання медичної допомоги у приватних структурах за особисті кошти чи кошти юридичних осіб (гонорари).

3. Окрім того, необхідно опрацювати механізм перерахування частини коштів загальнообов'язкового державного соціального страхування, зекономлених за рахунок зниження захворюваності з тимчасовою втратою працездатності, до органів управління охороною здоров'я на місцях з метою стимулювання медичних працівників та оновлення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я.

4. Важливим є створення прозорих механізмів залучення до додаткових джерел фінансування амбулаторно-поліклінічних та лікувально-профілактичних закладів коштів, виручених від їх госпрозрахункової діяльності. Наприклад, оренда в лікувально-профілактичних закладах величезних площ, що нераціонально використовуються, тощо.

Таким чином, сформульовані та запропоновані нами концептуальні напрями та шляхи створення системи багатоканальності у фінансуванні медичної галузі України та їх подальше доопрацювання у відповідну модель дасть змогу сформувати багатоканальну систему фінансування медичної допомоги для конкретного пацієнта на принципі "солідарності", що забезпечить: економічну ефективність використання фінансових та матеріальних ресурсів системи охорони здоров'я; підвищить відповідальність органів та закладів системи медичного забезпечення за раціональне використання фінансових коштів; соціальну справедливість шляхом вирівнювання доступу громадян країни до отримання якісної медичної допомоги, незалежно від місця їх помешкання; єдність державної та комунальної систем охорони здоров'я на основі єдиних підходів до формування, розподілу та використання фінансових засобів, що в кінцевому підсумку позитивно позначиться на процесах збереження та зміцнення здоров'я людей.

---

<sup>18</sup> Батечко С.А., Загородній В.В., Дарієнко С.І., Бірюков В.С. та ін. // Лікарняна каса: суспільно-солідарний механізм фінансування та забезпечення додаткової медичної допомоги. — Київ, 2002. — 320 с.