

Животенюк В.П.,
аспірант Національної академії
державного управління при Президентові
України

ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ РОЗВИТКУ СУСПІЛЬНО-СОЛІДАРНОГО СЕКТОРА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

У статті викладені пропозиції щодо удосконалення та наближення медичної допомоги до кожного населеного пункту, підвищення якості та ефективності медичних послуг, наближення кваліфікованої медико-санітарної допомоги до кожної сім'ї. З метою досягнення вказаних цілей за державою зберігається контроль за механізмами забезпечення обсягу та якості медичної допомоги із запровадженням ефективної системи багатоканального фінансування, що дасть можливість окрім встановленого державою базового стандарту фінансування якості загальнодоступної медичної допомоги, розвивати сектор додаткових можливостей, через який територіальна громада забезпечуватиме контроль за наданням і фінансуванням медичної допомоги понад гарантований державою базовий стандарт якості загальнодоступної медичної допомоги. Обговорюються підходи до забезпечення розмежування фінансування медичних послуг, що мають бути вжиті з метою створення відповідної адміністративної інфраструктури.

В статтє изложєны предложєния по совершенствованию и приближения медицинской помощи к каждому населенному пункту, повышение качества и эффективности медицинских услуг, приближения квалифицированной медико-санитарной помощи до каждой семьи. С целью достижения указанных целей за государством сохраняется контроль за механизмами обеспечения объема и качества медицинской помощи с внедрением эффективной системы многоканального финансирования, что позволит помимо установленного государством базового стандарта финансирование качества общедоступной медицинской помощи, развивать сектор дополнительных возможностей, через который территориальная община обеспечивать контроль за предоставлением и финансированием медицинской помощи более гарантированный государством базового стандарта качества общедоступной медицинской помощи. Обсуждаются подходы к обеспечению разграничения финансирования медицинских услуг, которые должны быть приняты в целях создания соответствующей административной инфраструктуры.

The paper outlined proposals to improve health care and the approach to each locality, improving quality and efficiency of health services, the approach of skilled health care to every family. In order to achieve those goals remains the state's control mechanisms to ensure the quantity and quality of care with the introduction of effective multi-channel financing that will enable the state other than the established baseline standard of funding as public health care sector to develop additional features through which the local community will provide oversight provision and financing of medical care over a state-guaranteed basic standard of quality public health care. We discuss approaches to financing health care services division, which must be taken to establish an appropriate administrative infrastructure.

Постановка проблеми. Необхідність визначення основних напрямків розвитку охорони здоров'я населення зумовлюється реальними політичними та соціально-економічними процесами в Україні, які в останні роки призвели до деформації у сфері охорони здоров'я, вплинули на діяльність медичних установ і зумовили значне зниження якості і

доступності медичної допомоги, що в остаточному підсумку призвело до погіршення здоров'я населення.

Протягом останніх років склалася критична демографічна ситуація: число померлих перевищує число народжених, і ця диспропорція має тенденцію до зростання. Рівень і темпи поширення захворювань органів кровообігу, злоякісних новоутворень, травм, інфекційних хвороб прийняли загрозливий характер.

Фінансування лікувально-діагностичних медичних технологій проводиться приблизно на 10% бюджету, а понад 70% виділених бюджетних коштів використовується на виплату заробітної плати медичним працівникам.

Все це свідчить про низьку економічну ефективність використання коштів на охорону здоров'я та необхідність пошуку соціально-прийнятних і економічно раціональних форм залучення коштів населення і роботодавців.

Зв'язок із важливими науковими та практичними завданнями. Наявність ефективного законодавства є підґрунтям формування ефективної державної політики в охороні здоров'я та її успішної реалізації. Тим більше це стосується державного регулювання діяльності в суспільно-солідарному секторі додаткової медичної допомоги, які не фінансуються з бюджетних джерел. Тут не обійтися без державного регулювання забезпечення сектора кадровими і технічними ресурсами, видів і обсягів у ньому, ціноутворення.

Розроблені законопроекти щодо запровадження моделі загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, автоматизації закладів охорони здоров'я, захисту прав пацієнтів та медичних працівників, прийняті зміни до Основ законодавства України про охорону здоров'я істотно підвищують ефективність охорони громадського здоров'я України. В даному контексті особливо важливим є створення єдиних законодавчо окреслених правил взаємин, що забезпечать можливість залучення персоналізованих цільових внесків населення в систему суспільно-солідарного сектора додаткової медичної допомоги та підвищать роль і участь органів державного управління та органів місцевого самоврядування у покращанні організації надання медичної допомоги територіальній громаді.

Аналіз основних досліджень і публікацій. Проведений аналіз літературних джерел показав, що, незважаючи на наявні дослідження з питань реформування охорони здоров'я, наближення її до кожної сім'ї, питанню механізму формування суспільно-солідарного сектора медичної допомоги і функціонування механізму лікарняних кас приділяється недостатньо уваги.

Невирішені раніше частини загальної проблеми. Проведений аналіз літературних джерел показав, що для формування і функціонування суспільно-солідарного сектора медичної допомоги необхідна розробка ряду додаткових законів, які визначають порядок взаємодії суб'єктів цього

сектора та створюють єдині правила для побудови організаційних та фінансових механізмів.

Ціль статті. Обґрунтувати напрями удосконалення державного регулювання організації та фінансування медичної допомоги населенню, використовуючи сектор додаткових можливостей (суспільно-солідарний сектор).

Виклад основного матеріалу дослідження. Система охорони здоров'я є своєрідним індикатором існуючої політико-економічної ситуації в суспільстві, як наслідок, чутливо реагує на будь-які зміни виробничих і суспільних відносин. Процеси в державному будівництві бюджетно-фінансової системи, економічних відносин, які відбулися в останні роки, призвели до деформації у сфері охорони здоров'я, що в підсумку призвело до погіршення здоров'я населення та значного зниження доступності і якості медичної допомоги[1].

Нормативно-адміністративна система (система Н.Семашка), що діяла в Україні з часів СРСР, розпалася по вертикалі МОЗ-УОЗ-ЦРЛ а на заміну їй нічого нового запропоновано не було. Світові моделі охорони здоров'я (ринкова, Беверіджі, Бісмарка) з різних причин не можуть бути задіяні як базові в Україні. Демографічна ситуація, що склалася, може мати непередбачувані наслідки. Від здоров'я громадян залежить національна безпека, економічний потенціал держави, суспільно-політичний розвиток суспільства

Поширення хронічної патології серед населення вимагає рішучих дій з врахуванням постійного росту собівартості лікувально-діагностичної допомоги, що в значній мірі залежить від обсягів фінансування. У світі існує тісна кореляція між рівнем економічного розвитку країни і рівнем державних зобов'язань щодо надання населенню медичної допомоги за рахунок коштів бюджету і тому безкоштовної для громадян.

Наприклад, частка державних витрат на охорону здоров'я в розвинених країнах складає від 84% (Великобританія) до 72% (Японія), тоді як в Україні нижче 40%.

Частка особистих витрат населення в сукупному обсязі витрат на охорону здоров'я в Україні складає понад 70% і знаходиться на рівні країн, що розвиваються. Наприклад, в країнах ЄС особиста частка витрат населення на охорону здоров'я не перевищує 30%.

Фактично в Україні хвора людина залишається один на один із хворобою і у випадку захворювання змушена нести такі витрати, що ставлять її на межу фінансового краху. Особливо це стосується найменш забезпечених прошарків населення, що складає більшість населення. Саме ці прошарки змушені витратити на медичну допомогу основу частку своїх сімейних бюджетів і частіше відмовлятися від лікування і придбання медикаментів[1-4].

Враховуючи рівень економічного розвитку в Україні, в осяжному майбутньому важко очікувати суттєвого збільшення коштів в охорону здоров'я зі сторони держави. В цих складних економічних умовах вкрай

необхідно реформувати систему державних зобов'язань. Саме тому, програмою економічних реформ на 2010-2014 роки "Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава", передбачені конкретні кроки реформ в медицині, а в щорічному посланні Президента України до Верховної Ради України "Модернізація України - наш стратегічний вибір" поставлено чіткі завдання, вирішення яких є невідкладним.

Стрижнем цього реформування має бути пошук соціально-прийнятних і економічно раціональних форм залучення коштів населення і роботодавців.

Саме тому в Указі Президента України від 07.12.2000 року № 1313/2000 "Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України" передбачається розвиток двох секторів медичної допомоги: сектор загальнодоступної допомоги і сектор додаткових можливостей (саме сектор додаткових можливостей висвітлюється як суспільно-солідарний сектор)[5].

Концепція визначає участь територіальних громад у розвитку сектора додаткових можливостей через фінансування додаткової медичної допомоги понад гарантований державою базовий стандарт якості загальнодоступної допомоги.

Діюче в Україні законодавство дає можливість створення суспільно-солідарного сектора додаткової медичної допомоги, але, разом з тим, не має єдиної законодавчої процедури його формування, визначення правового статусу і взаємин його суб'єктів, в той же час різні законодавчі акти дозволяють залучати добровільні персоналізовані і не персоналізовані солідарні внески від громадян та роботодавців.

Усвідомлюючи те, що ефективні зміни в системі надання медичної допомоги територіальній громаді неможливі без участі громадськості, пропонується новий підхід організації управління охороною здоров'я на місцевому рівні з урахуванням існуючої нормативно-правової бази, в основі якого є поєднання трьох секторів системи надання медичної допомоги – державного, суспільно-солідарного і приватного. Таким чином формується багатоканальна система фінансування медичної допомоги, де пацієнтові може надаватися допомога за бюджетні кошти і кошти ОМС (по гарантованому державою обсягу), за кошти лікарняної каси (по додатковому обсягу медичної допомоги) і, нарешті, за особисті кошти пацієнта або страхової компанії, якщо даний вид допомоги не надається в перших двох секторах.

Впровадження механізмів багатоканального фінансування охорони здоров'я буде відігравати ключову роль для майбутніх реформ системи охорони здоров'я в Україні[6-7].

Згідно Постанови Кабінету Міністрів України від 11 травня 2005 року №328 передбачено утворення районного відділу охорони здоров'я, що є підрозділом районної державної адміністрації. Основними завданнями відділу є забезпечення реалізації державної політики в сфері

охорони здоров'я у районі, здійснення контролю за дотриманням законодавства та державних стандартів у сфері охорони здоров'я, координація діяльності закладів охорони здоров'я незалежно від форм власності та підпорядкування, пов'язаної з наданням лікувально-профілактичної допомоги населенню району[6].

Відділ охорони здоров'я на районному рівні згідно з Постановою Кабінету Міністрів України є юридичною особою, і, як наслідок, має незалежний баланс, зареєстровані рахунки в органах державного казначейства, печатку з державною символікою і своєю назвою. Відповідно до положення відділ фінансується з державного бюджету.

З іншого боку, існують заклади охорони здоров'я (постачальники медичних послуг) з власним статутом і статусом юридичної особи, що діють як некомерційні медичні установи.

Відділ охорони здоров'я являється ключовою структурою у сфері охорони здоров'я і основним органом, що здійснює контроль за якістю та обсягами лікувально-профілактичної допомоги, що надається населенню закладами охорони здоров'я незалежно від форм власності та підпорядкування, проводить аналіз показників стану здоров'я, розробляє та забезпечує здійснення заходів щодо запобігання та зниження рівнів захворюваності і втрати працездатності населення, пропагування здорового способу життя, організовує роботу з охорони материнства і дитинства, визначає потребу закладів охорони здоров'я у фінансових, матеріальних та кадрових ресурсах, проводить аналіз ефективності їх використання, забезпечує прогнозування та планування розвитку мережі закладів охорони здоров'я у відповідному районі.

Відділ охорони здоров'я створює умови для задоволення потреб територіальної громади в медичних послугах, має гарантувати вільний доступ до послуг системи охорони здоров'я, забезпечити контроль якості надання медичної допомоги на основі розроблених показників якості, сприяти розвитку суспільно-солідарної участі роботодавців, територіальних громад та окремих юридичних і фізичних осіб у фінансуванні послуг з надання громадянам медичної допомоги. Відділ згідно покладених на нього завдань взаємодіє з органами місцевого самоврядування, підприємствами, установами та громадськими організаціями.

Органи місцевого самоврядування мають діяти не тільки як державна служба, але й як інституція з обслуговування своїх громадян, забезпечувати відповідно до закону розвиток всіх видів медичного обслуговування.

Посилення ролі органів місцевого самоврядування у вирішенні проблем охорони здоров'я продиктовано неспроможністю державних органів вирішити значну їхню частку, погіршенням якості та доступності медичної допомоги, неефективністю функціонування нинішньої системи надання медичної допомоги. Всі ці фактори об'єктивно активізують суспільну свідомість у напрямку видобування механізмів захисту власного

здоров'я власними силами і коштами. Тому органи місцевого самоврядування в першу чергу мають бути зацікавлені в зміні системи медичної допомоги, поліпшенні її якості. Їхній інтерес до механізму лікарняної каси (робочої основи суспільно-солідарного сектору) зрозумілий – підвищення доступності і якості медичної допомоги у спосіб додаткового солідарного фінансування з одночасним зменшенням вартості медичних послуг у порівнянні з тіньовим ринком[3].

Органи місцевого самоврядування повинні забезпечувати безпосереднє інформування населення територіальної громади через місцеві засоби інформації і місцеві сходки і надавати вичерпну інформацію щодо ролі сектора додаткових можливостей, який добровільно формується спільними зусиллями громадян. Таким чином сформується додатковий (до державно-комунального і приватного) сектор медичної допомоги за допомогою акумулювання додаткових коштів (солідарна основа) частиною громадян (суспільна основа) територіальної громади (району, міст, селищ, сіл, організацій). Організаційно-правовою формою суспільно-солідарного сектора є структура громадської організації – лікарняна каса.

Розвиток суспільно-солідарного сектора медичної допомоги неможливий без активної участі громадськості, рушійним чинником якої мають виступати органи державної влади чи місцевого самоврядування у питаннях вироблення політики механізму їхньої реалізації, оскільки населення є основним платником за медичні послуги і головним їхнім споживачем.

З цією метою має бути утворена координаційна рада по роботі з лікарняною касою при райдержадміністрації чи органі місцевого самоврядування, мета якої координація дій владних структур, підприємств, організацій та установ різних форм власності, лікувально-профілактичних закладів та лікарняної каси.

Завданнями Ради мають бути розробка та затвердження напрямків фінансування додаткової медичної допомоги, вирішення питань функціональної взаємодії закладів охорони здоров'я з лікарняною касою, узгодження дій між органами виконавчої влади, місцевого самоврядування, підприємств, установ, організацій з питань спільної роботи та поширення досвіду роботи лікарняних кас, інформаційне забезпечення населення з метою інформованості населення про діяльність лікарняної каси та якісні переваги тих, хто є членами таких громадських об'єднань.

Координаційну раду очолює голова, який за посадою є заступником голови райдержадміністрації (міськселсільвиконкому). До складу Ради входять керівники управлінь та відділів райдержадміністрації, депутати різних рівнів, керівники лікувальних закладів, підприємств, лікарняної каси та громадських організацій.

Таким чином, територіальні органи влади (райдержадміністрації, міськвиконкоми) управлінсько-розпорядчими рішеннями створюють умови для формування суспільно-солідарного сектора охорони здоров'я на

рівні органів місцевого самоврядування і територіальних громад, функціонування єдиного механізму системи лікарняних кас і забезпечують контроль і вдосконалення його діяльності.

Усвідомлюючи те, що згідно Конституції України, Закону України “Про місцеві державні адміністрації” на органи виконавчої влади покладається реалізація державної політики у галузі охорони здоров’я, створення правових, економічних та управлінських механізмів реалізації конституційних прав громадян на охорону здоров’я, медичну допомогу, створення умов для задоволення потреб населення, в медичних послугах, солідарній участі у фінансуванні послуг з надання громадянам якісної і доступної медичної допомоги, вони стають основними реалізаторами втілення даної політики в життя на рівні окремої адміністративної території, кінцевою метою якої є якісна та доступна медична допомога населенню. Ці критерії рано чи пізно стануть політичним товаром. Тому, сприяючи розвитку механізму лікарняних кас, яка дає додаткові гарантії виконання зобов’язань влади в питаннях медичного забезпечення населення, органи державної влади та місцевого самоврядування укріплюють свої політичні позиції в регіоні, та створюють умови надання якісних медичних послуг громадянам поза межами сектора загальнодоступної медичної допомоги (державно-комунального сектора).

Найкраща форма налагодження ефективної взаємодії між лікарняними касами, місцевими органами державної влади, органами місцевого самоврядування, медичними закладами та лікарями первинної ланки (сімейним лікарем) – є договір, де чітко прописані права і обов’язки між сторонами: органи державної влади – медичний заклад, медичний заклад – лікарняна каса, лікарняна каса – лікар первинної ланки (сімейний лікар). В договорі про співпрацю закладу охорони здоров’я та лікарняної каси має бути чітко прописана основна мета: покращання надання медичної допомоги членам лікарняної каси, поліпшення їх забезпечення медикаментами, витратними матеріалами, виробами медичного призначення тощо[3].

Медичний заклад в свою чергу зобов’язується дотримуватись чинних стандартів діагностики та лікування, затверджених МОЗ України, раціонально та ефективно використовувати медикаменти, витратні матеріали, вироби медичного призначення, надані лікарняною касою, подавати лікарю-експерту лікарняної каси звіт про використання медикаментів та виробів медичного призначення, що надаються лікарняною касою, подавати статистичний аналіз надання медичної допомоги членам лікарняної каси, а також у рівних можливостях розподіляти медикаменти, які придбані за рахунок бюджетного фінансування, між членами лікарняної каси та тими, хто ними не є.

Лікарняна каса в свою чергу зобов’язується надавати медичному закладу медикаменти, витратні матеріали, необхідні для якісного медичного обслуговування членів лікарняної каси або фінансову проплату їх вартості, залучати до співпраці лікарів первинної ланки, лікарів

загальної практики – сімейних лікарів, основної рушійної сили в досягненні мети організації доступної та якісної медичної допомоги.

Тому інститут лікарів загальної практики – сімейної медицини відіграє в досягненні цієї мети головну роль. Стимулювання та заохочення сімейних лікарів (лікарів первинної ланки) до співпраці з лікарняними касами є стратегічним і вирішальним моментом в кардинальному покращанні якості медичної допомоги. Залучаючи до співпраці сімейного лікаря з лікарняними касами, органи виконавчої влади, місцевого самоврядування тим самим здобувають в його обличчі надійного партнера у підтримці розвитку суспільно-солідарного сектора охорони здоров'я, через який надається можливість забезпечити лікуванням всі категорії громадян територіальної громади, передусім соціально незахищені верстви, а також в подальшому швидше і найменш болюче розпочати на загальнодержавному рівні формування єдиної ідеології в розбудові вітчизняної охорони здоров'я, пошуку найбільш оптимальних форм і методів організації медичної допомоги населенню, що на нашу думку, має мати суспільно-солідарну основу.

Предметом договору між лікарняною касою та сімейним лікарем є співпраця лікарняної каси і сімейного лікаря в організації доступної та якісної медичної допомоги членам лікарняної каси, їх медикаментозного забезпечення та сприяння наданню матеріально-технічної допомоги сімейному лікарю. В договорі сімейний лікар зобов'язується надавати кваліфіковану медичну допомогу членам лікарняної каси, організовувати виконання заходів, спрямованих на популяризацію діяльності лікарняної каси, знати основні напрямки діяльності лікарняної каси, умови вступу та членства в ній, основні принципи надання медичної допомоги членам лікарняної каси.

Лікарняна каса в свою чергу сприяє в наданні матеріально-технічної допомоги сімейному лікарю та надає фінансову підтримку лікарю, який співпрацює з лікарняною касою.

Таким чином, лікарняній касі, як об'єкту соціально-економічної і фінансової діяльності, вигідна взаємодія з усіма учасниками (органи влади, медичні установи, роботодавці, медичні працівники, населення), оскільки вона зміцнює свої позиції в суспільно-солідарному секторі медичної допомоги, що формується, і за допомогою цієї взаємодії отримує можливість розвивати свою структуру і діяльність.

Органам державної влади механізм лікарняної каси дає додаткові гарантії виконання зобов'язань держави в питаннях медичного забезпечення населення відповідної адміністративної території.

Заклади охорони здоров'я отримують додаткове джерело фінансування своєї діяльності, отримуючи стабільне джерело потоку пацієнтів, за якими йдуть гроші. Звісно, щоб отримати і зберегти таке джерело, необхідно вміти надавати медичну допомогу визначеної якості.

Населення територіальної громади отримує в особі лікарняної каси професійного представника і захисника їхніх прав і інтересів у питаннях

надання медичної допомоги з функціями фінансово-юридичного і медичного посередника, який здійснює контроль якості медичних технологій.

Таким чином, формування суспільно-солідарного сектора є впровадженням ринкових відносин у систему охорони здоров'я територіального рівня, формуванням принципово нової системи взаємин між всіма учасниками процесу надання медичної допомоги, у якій чітко визначенні функції кожного з учасників. Такий підхід призведе до появи природної економічної мотивації до збереження свого здоров'я і здоров'я працюючих. Цей механізм змінює принципи організації, управління і фінансування існуючої системи охорони здоров'я, поділяючи її на три сектори – державний, суспільно-солідарний і приватний – по суті формується багатоканальна система фінансування медичної допомоги.

Висновки. Сучасна модель діяльності охорони здоров'я повністю знаходиться на бюджетному фінансуванні, а можливість широкого залучення позабюджетних джерел обмежена існуючою законодавчою базою. Для надання ефективної і якісної медичної допомоги є необхідною докорінна організаційна перебудова мережі, схем фінансування, господарського механізму і технологічних зв'язків у системі охорони здоров'я.

Перспективи подальших досліджень у даному напрямі. Для формування і функціонування суспільно-солідарного сектора медичної допомоги необхідна розробка ряду додаткових законів, які б визначили організаційно-правові механізми для впровадження моделі суспільно-солідарної системи організації додаткової медичної допомоги, що дозволяє ввести багатоканальну систему її фінансування через формування лікарняних кас.

Використані джерела інформації:

1. Лікарняна каса: суспільно-солідарний механізм фінансування та забезпечення додаткової медичної допомоги / [Батечко С.А, Загородній В.В. та ін.,]- К.: Вид-во Київський міський інформаційно-обчислювальний центр, 2002. – 320 с.
2. Солоненко І.М., Рожкова І.В. Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров'я: Монографія.-К.:Вид-во "Фенікс", 2008.-276с.
3. Торбас О.М. Еволюція ролі органів місцевого самоврядування щодо покращення послуг територіальній громаді з охорони здоров'я / О.М.Торбас, І.М.Солоненко, І.В.Рожкова.// Державне управління: теорія та практика:електрон.вид.фах.журн.- К.:НАДУ,2007.-№2.-Режим доступу:www.nbu.v.ua/Articles/Nadupu/2007-2
4. Закон України № 2801 від 19.11.1992 р. Основи законодавства України про охорону здоров'я (із змінами, внесеними згідно Закону України № 657 від 08.02.2007 р.). Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров'я, 2007. - № 4 с. 3.
5. Указ Президента України від 7 грудня 2000 р. №1313/2000.Про Концепцію розвитку охорони здоров'я України. Урядовий кур'єр,2000.-№237.-с.5-8.
6. Постанова Кабінету Міністрів України № 1364 від 28.11.2007 р. Про затвердження Типового положення про відділ охорони здоров'я районної державної адміністрації. //Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров'я, 2008. - № 1. - с. 14.

7. Наказ МОЗ України № 400 від 11.08.2005 “Про взаємодію лікарняних кас, органів державної влади, органів місцевого самоврядування та закладів охорони здоров’я. // Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20050811_400.html? – Заголовок з екрана.

Рецензент: Солоненко І.М., д.мед.н., професор.