

4. Андрущенко В. Л. Податкові системи зарубіжних країн : [навч. посіб.] / В. Л. Андрущенко, О. Д. Данілов. – К.: Комп'ютер прес, 2004. – 300 с. –Режим доступу <http://ukrkniga.org.ua/ukrkniga-text/books/book>
5. 2. Енциклопедія державного управління : у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України ; наук.-ред. колегія : Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. – К. : НАДУ, 2011, Т. 1 – 748 с.
6. Полтерович В. Институциональные ловушки – результат неверной стратегии реформ. / В.М. Полтерович.–Режим доступу : [http://members.tripod.com/VM\\_Polterovich/2-Polterovich.pdf](http://members.tripod.com/VM_Polterovich/2-Polterovich.pdf)

*Рецензент: Розпунтенко І.В., д.держ.упр., професор.*

УДК:351;614

**Животенюк В.П.,**

магістр управління суспільним розвитком,  
аспірант кафедри управління охороною суспільного  
здоров'я Національної академії державного  
управління при Президентові України

## **ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ ПОЛІТИКИ ОБМЕЖЕНЬ У СУСПІЛЬНО-СОЛІДАРНОМУ СЕКТОРІ ПРИ НАДАННІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЧЛЕНАМ ЛІКАРНЯНОЇ КАСИ**

*У статті викладено авторське бачення організаційно-правових механізмів використання коштів членів громадської організації «лікарняна каса» шляхом дотримання політики обмежень. Дані механізми ґрунтуються на економічних регуляторах і стимулах при задоволенні потреб членів організації в додатковій медичній допомозі, яка не фінансується з бюджету, у випадках настання відповідних подій обумовлених договорами про надання медичної допомоги.*

*В статье изложено авторское видение организационно-правовых механизмов использования средств членов общественной организации «Больничная касса» путем соблюдения политики ограничений. Данные механизмы основаны на экономических регуляторах и стимулах при удовлетворении потребностей членов организации в дополнительной медицинской помощи, которая не финансируется из бюджета, в случаях наступления соответствующих событий обусловленных договорами о предоставлении медицинской помощи.*

*The article described the author's vision of the institutional arrangements of members of the NGO "Health Insurance" by adhering to policy restrictions. These mechanisms are based on economic incentives for regulators and members of the organization needs additional medical care, which is not financed from the budget, in case of occurrence of the event-related contracts on providing health care.*

**Постановка проблеми.** Проблемними питаннями фінансового забезпечення членів лікарняних кас є пошук механізмів, втілення яких в практику, допоможе зберегти не тільки суспільну солідарність для підвищення якості та доступності медичних послуг, а також соціальну справедливість при наданні медичної допомоги конкретним пацієнтам, членам лікарняних кас.

Тобто, лікарняна каса солідарно накопиченими коштами може гарантувати не все а мати свій обов'язків обсяг медичної допомоги який головним чином залежить від щомісячних персоналізованих членських внесків кожного члена лікарняної каси.

*Зв'язок із важливими науковими та практичними завданнями.* Суспільно-солідарна система охорони здоров'я працює на науково-інформаційній основі. Основними напрямками такої діяльності є розробка та впровадження ефективних управлінських рішень з формування концептуальних основ організації надання додаткової медичної допомоги на громадсько-солідарній основі. У цьому контексті відсутність чіткої науково обгрунтованої економічної складової у використанні обмежених ресурсів при задоволенні необмежених потреб є основною причиною соціального невдоволення членів лікарняної каси при настанні подій обумовлених договорами про надання медичної допомоги.

*Аналіз останніх досліджень і публікацій.* Аналіз літературних джерел згідно теми дослідження засвідчив, що питанням політики обмежень при забезпеченні медичною допомогою членів лікарняної каси, економічним регуляторам з чітко зрозумілою економічною складовою процесу, увага приділяється виключно декларативного характеру.

*Невирішені раніше частини загальної проблеми.* Членство у лікарняній касі є привабливим для багатьох прошарків населення, тому що дає змогу певною мірою зменшити особисті витрати на отримання медичної допомоги. Важливим в даному контексті є розуміння, що обсяг і якісь медичних послуг залежатимуть від суми персоналізованого внеску. Тому, питання фінансово-економічного характеру є основними для досягнення успіху.

*Цілі статті.* Метою цієї статті є необхідність науково обгрунтувати економічні засади політики обмежень при задоволенні потреб членів організації в додатковій медичній допомозі, яка не фінансується з бюджету, у випадках звернення за медичною допомогою.

*Виклад основного матеріалу дослідження.* Проблемними питаннями фінансового забезпечення охорони здоров'я переймаються багато українських науковців і практиків, зокрема, О. Баєва, М. Вовк, В. Євсєєв, Л. Карамушка, Н. Карпишин, І. Синюта, С. Стеценко, О. Солдатенко та інші. Однак пошук альтернативних джерел фінансування спонукає до подальших досліджень.

Однією з основних проблем системи надання медичної допомоги населенню є окрім дефіциту бюджетного фінансування також неефективне використання бідних фінансових ресурсів, 80% яких використовується для забезпечення стаціонарної допомоги.

Не відбувається істотних змін в організації і фінансуванні медичної допомоги на рівні територіальних систем охорони здоров'я. Насамперед, такі зміни повинні були відбутися в питаннях фінансування.

Як наслідок, медична допомога надається безоплатно тільки при життєво невідкладних станах. При цьому практично всі лікувальні заклади

не мають достатньої завантаженості, чітко визначених показань до рівнів лікування, а проведені лікувально-діагностичні процедури фінансово забезпечуються за рахунок пацієнтів шляхом придбання ліків, внесення різних за змістом добровільних благодійних внесків.

Закономірно в такій ситуації постають питання пошуку позабюджетних джерел фінансування, впровадження нових принципів і механізмів організації медичної допомоги.

Отже, з врахуванням дефіциту бюджетних коштів, прогнозованого недостатнього обсягу коштів обов'язкового медичного страхування, з одного боку, і чималої суми витрат населення на медичну допомогу, з іншого боку, ми об'єктивно стикаємося з необхідністю і можливістю формування і розвитку суспільно-солідарного сектора охорони здоров'я як потенційного інвестора медичної допомоги, додаткового до бюджетного (сектора додаткових можливостей). Тому, з метою розвитку суспільно-солідарного сектору пропонується організація системи медичної допомоги населенню на солідарній основі з використанням механізму лікарняної каси, заснованого на принципах страхових медичних технологій.

Основним джерелом формування коштів лікарняних кас є внески засновників та їхніх членів, добровільні внески та пожертви підприємств, установ, організацій та окремих громадян.

Метою цієї статті є необхідність науково, підійти до запобігання можливих фінансових проблем в лікарняній касі завдяки економічним регуляторам, направленим на раціональні витрати коштів, шляхом дотримання політики обмежень.

У сучасних соціально-економічних умовах ринок медичних послуг не повинен бути саморегульованим. Досвід надання безкоштовної і платної медичної допомоги як у нашій країні так і за рубежом свідчить, що немає прямої залежності між рівнем державних витрат на охорону здоров'я і рівнем здоров'я населення[3-4].

Тому, необхідно проводити політику часткового державного регулювання суспільно-солідарного сектора в одержанні додаткової медичної допомоги, яка не фінансується з бюджету, шляхом уніфікації ряду організаційних, фінансових і економічних технологій[1-2].

Державне регулювання спрощує не тільки контроль діяльності суб'єктів суспільно-солідарного сектору, але і виконання територіальної програми додаткової медичної допомоги.

Виконання програми залежить від якості складання самої програми і ресурсними можливостями виконавців. Лікарняна каса у своїй діяльності намагається охопити всі складові замкнутого технологічного процесу медичної допомоги і забезпечити її по наступних програмах, які не повністю фінансуються з бюджету чи не фінансуються зовсім: "профілактика", "амбулаторна допомога", "денний стаціонар та стаціонар вдома", "стаціонарне лікування", "санаторно-курортна реабілітація", "невідкладна допомога", "сімейний лікар"[3-5].

Член лікарняної каси може користуватися на вибір тією програмою

чи набором програм (пакетом) програм, вартість яких він оплачує своїм персоналізованим солідарним внеском. Тобто, обсяг і якість медичних послуг залежить від суми внеску. В положеннях, які регламентують використання внесків членів організації, повинні бути чітко обумовлені обмеження щодо максимального розміру витрат при наданні медичної допомоги за рахунок лікарняної каси. Тому, проаналізувавши статутні документи багатьох лікарняних кас що існують в Україні, ми не можемо погодитися з тим, де декларується відсутність обмежень у сумі витрат на лікування конкретного хворого. Не можемо погодитися хоча б тому, що це суперечить класичному постулату макроекономіки про раціональне використання обмежених ресурсів при задоволенні необмежених потреб.

Тому для раціональної витрати коштів своїх членів, лікарняна каса повинна проводити політику обмежень по відношенню до споживачів медичних послуг. Тобто, лікарняна каса своїми коштами може гарантувати не все і встановлювати свій гарантований обов'язковий обсяг медичної допомоги, який напряму залежить від суми внеску члена організації.

Ми пропонуємо сплату щомісячного розміру персоналізованого внеску поставити у пряму залежність від суми витрат наданої медичної допомоги, при тому, незалежно від кількості випадків лікування.

Зокрема, при вступі в лікарняну касу, громадянин сам вибирає розмір щомісячного персоналізованого внеску, який буде сплачувати, але не менше встановленого правлінням лікарняної каси мінімального розміру. При зверненні за медичною допомогою, лікарняна каса компенсує весь розмір витрат на медикаментозне забезпечення, якщо він не перевищує встановлений правлінням лікарняної каси граничний рівень такої допомоги. Після одужання, члену організації згідно заключної раніше угоди, до основного внеску, встановлюється додатковий індивідуальний щомісячний внесок з метою компенсації витрачених на його лікування солідарно накопичених внесків інших членів організації. Термін дії сплати додаткового індивідуального щомісячного внеску також встановлюється правлінням.

Наприклад, громадянин вирішив сплачувати персоналізовані щомісячні внески в сумі 15 грн., за час перебування членом лікарняної каси коштів його внесків склав 750 грн. Обсяг наданої допомоги, під час настання подій що обумовлені договором, склав 1500 грн. Термін дії сплати індивідуального щомісячного внеску встановлений правлінням – 24 міс. Тоді,  $750 \text{ грн. (сплачені внески)} - 1500 \text{ грн. (витрати на лікування)} = -750 \text{ грн. (витрачено солідарних коштів на лікування)}$ .  $750 \text{ грн. (витрати солідарних коштів на лікування)} : 24 \text{ міс.} = 31,25 \text{ грн.}$  додаткового індивідуального щомісячного внеску який сплачуватиметься протягом 24 міс. Таким чином, загальна сума персоналізованого щомісячного внеску складатиме 45,26 грн, (15 грн. - основний внесок і 31,25 грн. індивідуальний).

Допустимо, що в період сплати індивідуального внеску, члену лікарняної каси через два місяці, знову була надана медична допомога на

суму 300 грн., коштик сплачених внесків за час до настання подій що обумовлені договором склав 840,52грн., Тому,  $840,52 \text{ грн.} - 1800 (1500 \text{ грн.}, \text{витрати попереднього разу та } 300 \text{ грн.}, \text{ витрати даного разу}) = - 959,48 \text{ грн.},$  ( витрати солідарних коштів на лікування).  $959,48 : 24 \text{ міс} = 39,98 \text{ грн.},$  додаткового індивідуального щомісячного внеску який сплачуватиметься протягом 24 міс. Таким чином, загальна сума персоналізованого щомісячного внеску складатиме 54,98 коп. (15 грн. – основний внесок і 39,98 грн. індивідуальний).

Слід зауважити, що правління лікарняної каси вправі встановлювати граничні розміри додаткового індивідуального щомісячного внеску виходячи з економічних мотивів. Такими мотивами можуть бути випадки занадто дорого вартісних медичних втручань. Наприклад, граничний розмір додаткового індивідуального щомісячного внеску визначений правлінням лікарняної каси складає 100 грн. Кошик внесків члена лікарняної каси на момент настання подій що обумовлені договором, склав 1050 грн., а обсяг наданої медичної допомоги складає 5000 грн. Визначений термін дії сплати індивідуального щомісячного внеску встановлений правлінням – 24 міс. Тоді,  $1050 \text{ грн.} (\text{сплачені внески}) - 5000 \text{ грн.} (\text{витрати на лікування}) = -3950 \text{ грн.} (\text{витрачено солідарних коштів}) : 24 \text{ міс.} = 164,58 \text{ грн.} (\text{додаткового індивідуального щомісячного внеску}).$  Таким чином, загальна сума персоналізованого щомісячного внеску складатиме 179,58 грн, (15 грн. – основний внесок і 164,58 грн. індивідуальний).

Враховуючи те, що правлінням лікарняної каси встановлений граничний розмір додаткового індивідуального щомісячного внеску в розмірі 100 грн., лікарняна каса оплатить лікування на суму коштів що дорівнює 2400 грн. а 1550 грн., громадянин повинен оплатити самотійно або піклуючись про стан свого здоров'я, завчасно збільшити розмір свого основного персоналізованого внеску, таким чином наповнивши свій коштик внесків значно більшою сумою коштів до настання подій що зумовили захворювання.

*Висновки.* Таким чином, у сучасних соціально-економічних умовах ринок медичних послуг в суспільно-солідарному секторі не може бути саморегульованим. Необхідно проводити політику часткового державного регулювання суспільно-солідарного сектора в питаннях одержання додаткової медичної допомоги шляхом уніфікації ряду організаційних, фінансових і економічних технологій направлених на запобігання негативних фінансових проблем діяльності лікарняних кас в Україні. Тому, політика обмежень в діяльності лікарняної каси має ґрунтуватися на економічних регуляторах в управлінні солідарно накопиченими коштами з метою задоволення потреб всіх членів організації в наданні додаткової медичної допомоги, яка не фінансується з бюджету, при настанні відповідних подій обумовлених договором.

*Перспективи подальших досліджень у даному напрямі.* Механізм фінансування та надання додаткової медичної допомоги, повинен чітко

прописатися мовою законів та інших державних рішень що спрямовані на дотриманні чіткого оптимального варіанту політики регуляції використання обмежених ресурсів при задоволенні необмежених потреб у наданні медичної допомоги пацієнтам, так як ця складова діяльності лікарняної каси є основною причиною соціального невдоволення членів каси при настанні подій обумовлених договорами про надання медичної допомоги. Чітко прописані економічні регулятори діяльності лікарняної каси стимулюватимуть громадян до активної участі в розвитку суспільно-солідарної системи, що дасть змогу отримати конкретні господарські і соціальні результати.

*Використані джерела інформації:*

1. Животенюк В.П. Взаємодія органів місцевого самоврядування, громадськості та органів державної влади щодо запровадження суспільно-солідарної моделі фінансування медичної допомоги // "Галузь науки "державне управління": історія, теорія, впровадження": Матеріали наук.-практ. конф. з міжнарод. участю (Київ, 28 травня 2010). - К.: Вид-во НАДУ, 2010. – С. 418-420.
2. Животенюк В.П. Державне регулювання розвитку суспільно-солідарного сектора надання медичної допомоги / В.Животенюк // Науковий Вісн. АМУ. Серія «Управління». -2011.-№4.-С.245-253.
3. Батечко С.А., Дарієнко С.І. Медичне страхування, фінансовий менеджмент і технологія оплати медичної допомоги в умовах формування громадсько-солідарного сектора охорони здоров'я на муніципальному рівні // Збірник наукових праць за матеріалами Всеукраїнської науково-практичної конференції 25-26 грудня 2001 року "Стратегія реалізації державних гарантій надання медичної допомоги населенню України на засадах медичного страхування" Ірпінь, 2001. – С.17-20.
4. Батечко С.А., Дарієнко С.І., Арійчук Є.К. Організація системи медичної допомоги населенню на солідарно-суспільній основі // Збірник наукових праць за матеріалами Всеукраїнської науково-практичної конференції 25-26 грудня 2001 року "Стратегія реалізації державних гарантій надання медичної допомоги населенню України на засадах медичного страхування" Ірпінь, 2001. – С.21-24.
5. Лікарняні каси як інструмент реформування охорони здоров'я та покращення якості медичної допомоги / [В.Д. Парій, О.К. Толстанов, та ін.,]. // Матеріали XIII конгресу СФУЛТ. – Львів, 2010. – С.733.

*Рецензент :Жаліло Л.І., д.біол.н., професор*