

УДК 352 : 614.2

ІГНАТЬЄВА Галина Феліксівна,

канд. наук з держ. упр., заст. нач.

відділу економ. роботи та грошово-кредитних відносин

Управління Національного банку України в Дніпропетр. обл.

**ВИКОРИСТАННЯ ДОСВІДУ ФУНКЦІОНУВАННЯ
СУСПІЛЬНО-СОЛІДАРНОЇ СИСТЕМИ КЕРОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ
ДОПОМОГИ В УМОВАХ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

Обґрунтовується доцільність використання досвіду функціонування суспільно-солідарних систем (лікарняних кас) для ефективної організації медичного забезпечення населення та контролю за повнотою і якістю її надання в умовах децентралізації управління у сфері охорони здоров'я.

Ключові слова: суспільно-солідарна система, децентралізація управління, місцеве самоврядування, фінансування.

Игнатъева Г. Ф. Применение опыта функционирования общественно-солідарных систем управляемой медицинской помощи в условиях децентрализации управления системой здравоохранения Украины

Обосновывается необходимость использования опыта функционирования общественно-солідарных систем (больничных касс) для эффективной организации медицинского обеспечения населения и контроля над полнотой и качеством ее оказания в условиях децентрализации управления в сфере здравоохранения.

Ключевые слова: общественно-солідарная система, децентрализация управления, местное самоуправление, финансирование.

Ignatieva G. F. Put into practice experience of functioning of the public system of the guided medicare in the conditions of decentralization of administration of the health protection Ukraine

The necessity put into practice the experience of functioning of the public system (the hospital cashdesks) for effective organization of the medical providing of population and control after plenitude and quality of medicare in the conditions of decentralization of administration of the health protection is grounded.

Key words: public system, decentralization of administration, local self-government, financing.

Постановка проблеми. На сьогодні очевидним фактом є те, що існуюча система надання медичної допомоги в державі з кожним роком погіршується. Незважаючи на відносно стабільний рівень фінансування галузі охорони здоров'я, використання бюджетних коштів проводиться неефективно і непрозоро, унаслідок чого зазначена галузь поступово занепадає. Адміністративні та лікувальні функції виконуються одними і тими самими органами, що негативно впливає на якість надання медичної допомоги громадянам [6].

Проект Концепції нової системи охорони здоров'я України, розроблений робочою групою під керівництвом нового міністру охорони здоров'я О. С. Мусія, передбачає покладення в основу майбутніх реформ галузі принципу трьох «Д»: директивність та наскрізність регламентів охорони здоров'я; децентралізація системи управління з поетапним переходом до державно-громадського співуправління; диверсифікація джерел фінансування [7].

Питання децентралізації системи охорони здоров'я є надзвичайно важливим в сучасних умовах суспільного розвитку. Адже децентралізація – це такий спосіб територіальної організації влади, згідно з яким держава передає право на прийняття рішень з певних питань або в певній сфері управлінським структурам локального чи регіонального рівня, органам місцевого самоврядування, що перебувають поза системою органів виконавчої влади і є відносно незалежними від неї [8]. На думку академіка НАМН України Миколи Поліщука, «міністерство (МОЗ України – авт.) повинно розробляти політику галузі і контролювати її виконання. Тож сьогодні доцільно децентралізувати все, щоб саме на місцях приймалися основні рішення. Це дозволить зменшити корупцію і підвищити ефективність діяльності галузі» [3].

На сучасному етапі органи місцевого самоврядування відіграють значну роль у поліпшенні рівня медичного забезпечення населення. Це зумовлено можливістю

організувати надання послуг відповідно до їх потреб, урахуваючи демографічну структуру населення, особливості виробничої сфери та довілля, медико-соціального стану, розвитку соціальної інфраструктури, включаючи й охорону здоров'я. В умовах відмови від централізованого управління охороною здоров'я і передачі повної відповідальності за її ефективне функціонування органам місцевого самоврядування та місцевим громадам актуальним є використання досвіду функціонування суспільно-солідарних систем охорони здоров'я для ефективної організації медичного забезпечення населення та контролю за повнотою і якістю її надання.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблемі шляхів удосконалення управління охороною здоров'я на регіональному і місцевому рівнях присвячені праці вітчизняних учених З. С. Гладуна, Л. І. Жаліло, В. М. Лехан, В. Ф. Москаленка, Я. Ф. Радиша, І. В. Рожкової, І. М. Солоненка, І. І. Хожило, А. Ф. Шипка та інших дослідників. Практичний досвід роботи суспільно-солідарних систем охорони здоров'я (місцевих лікарняних кас), що функціонують в окремих містах України, висвітлювався в наукових працях С. А. Батечка, В. С. Бірюкова, О. С. Руднева, О. А. Скрипника, Н. В. Тарасова, В. Д. Парія.

Аналіз наукових праць вітчизняних дослідників показує, що питання використання досвіду функціонування суспільно-солідарних систем охорони здоров'я в умовах децентралізації управління у сфері охорони здоров'я залишається доволі актуальним в умовах проведення структурної перебудови медичної галузі, адже її найбільш суттєві зміни повинні відбутися на місцевому рівні.

Метою статті є обґрунтування доцільності використання досвіду функціонування суспільно-солідарних систем для ефективної організації медичного забезпечення населення та контролю за повнотою і якістю її надання в умовах децентралізації управління у сфері охорони здоров'я.

Виклад основного матеріалу. На сьогодні система охорони здоров'я України спирається на центральний рівень адміністрування та фінансування (центральні органи державної влади та державний бюджет), а також на три децентралізовані рівні адміністрування та фінансування: обласна державна адміністрація та обласний бюджет; районна державна адміністрація та районний бюджет; виконавчі органи міст, сіл, селищ та відповідні бюджети. Тож спосіб організації управління та фінансування безпосередньо впливають на якість надання медичних послуг відповідно до норм

Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» (ст. 32) та Бюджетного кодексу України (ст. 87; 89; 90).

Державні й комунальні заклади охорони здоров'я як бюджетні установи, згідно з вимогами бюджетного законодавства України, фінансуються за методом постатейного кошторису. Цей метод не дозволяє керівникам лікарень самостійно в оперативному режимі перерозподіляти надані їм кошти між різними напрямками витрат, залежно від тих чи інших пріоритетних потреб. Такий метод фінансування не враховує обсяг та якість наданих послуг. Кошти виділяються згідно зі статтями кошторису доходів та витрат, які формуються залежно від штатного розкладу закладу, його ліжкового фонду, вартості комунальних платежів та інших показників, безпосередньо не пов'язаних з видами та обсягами наданих медичних послуг [5].

Під час складання штатного розкладу лікарні керуються нормативами, встановленими МОЗ України, які не дають можливості враховувати реальні потреби в тих чи інших медичних послугах населення конкретних територій. Оплата праці медичних працівників, які працюють у бюджетних закладах, здійснюється на основі посадових окладів (тарифних ставок), затверджених Кабінетом Міністрів України. Такий метод передбачає оплату не за обсяг та якість наданих послуг, а за відпрацьований час. Це призводить до неефективного планування і неефективного використання ресурсів, а також зумовлює відсутність у медичних працівників будь-яких мотивацій до підвищення якості, обсягу та економічної ефективності послуг [5].

Отже, медичні заклади та медичні працівники не мають мотивації до підвищення якості та обсягів своєї діяльності, а також до забезпечення належного контролю за витратами та ефективного використання ресурсів. Це призводить до значної кількості необґрунтованих випадків госпіталізації до стаціонарних відділень (до 60 % від загальної кількості), дублювання послуг одного виду на різних рівнях (наприклад, в районних/міських та обласних лікарнях), значної кількості короткотермінових повторних випадків госпіталізації, недосконалої і необґрунтованої відповідно до реальних медичних потреб населення внутрішньої організаційної структури, структури ліжкового фонду, штатів тощо [5].

Сучасна система охорони здоров'я України не передбачає чіткого розмежування функцій замовника та постачальника медичних послуг: бюджетні медичні заклади надають послуги та отримують фінансування без контрактів з

місцевими органами влади (платниками за послуги). Також не запроваджено механізм розробки та реалізації національних та обласних стратегічних планів розвитку медичної галузі, що теж не сприяє ефективності використання наявних ресурсів [5].

Фактично, в Україні фінансується не виконання функції медичного обслуговування з урахуванням реальних потреб населення, а інфраструктура існуючої системи охорони здоров'я. Власниками медичних закладів, які надають медико-санітарну допомогу первинного та вторинного рівня, є місцеві ради (обласні, районні, міські, сільські та селищні). Саме вони забезпечують виконання делегованої їм державної функції у сфері охорони здоров'я населення та розпоряджаються більш як 80 % видатків зведеного бюджету галузі. Але сьогодні вони не є ефективними управлінцями в цій сфері [5]. Тому важливим надбанням реформованої системи охорони здоров'я повинні стати Госпітальні округи та Госпітальні ради. Це виборні органи, що будуть опікуватися всіма питаннями надання медичних послуг на певній території. Їх склад формується самостійно радами незалежно від чинного адміністративно-територіального устрою. Допоки триває перехідний період формування Госпітальних рад, їх функції можуть виконувати тимчасові робочі групи в шести регіонах країни: на Півночі, Сході, Півдні, Заході, у Центрі та місті Києві. Тут багато чого залежатиме від адміністративно-територіального устрою держави, чим на сьогодні опікується новий Уряд, прийнявши 1 квітня 2014 р. «Концепцію реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні». Поява нових державно-громадських структур управління зумовлена, насамперед, необхідністю наближення медицини та відповідних профільних послуг до населення [7].

Відповідно до чинного законодавства України кожний район (навіть такий, у якому проживає всього 8 000 осіб) має право утримувати за кошти місцевого бюджету власну районну лікарню. Але стрімкий розвиток медичних технологій, застосування новітнього високовартісного медичного обладнання (лабораторні та хірургічні комплекси) вимагає концентрації ресурсів галузі (фінансових, матеріально-технічних, людських та ін.) у лікарнях, які обслуговували б значно більшу кількість населення. Адже міжнародний досвід свідчить, що медичні заклади первинного та вторинного рівнів створюються на території з населенням не менш ніж 100 тис. осіб.

Тільки за таких умов лікарні спроможні надавати повноцінну та якісну медичну допомогу з використанням сучасних медичних технологій.

На думку вітчизняних експертів, ефективне управління системою охорони здоров'я може відбуватися за умов: децентралізації фінансових рішень на місцевому рівні та рівні закладу охорони здоров'я; оптимізації кількості штатних одиниць, ліжок і медичних закладів відповідно до місцевих потреб; розробки альтернативних механізмів оплати медичної допомоги та спрямування коштів; удосконалення системи направлення пацієнтів, координації роботи між закладами та відділеннями на місцевому рівні [2].

Отже, децентралізація у сфері охорони здоров'я, як зазначає З. Гладун, необхідна тому, що центральні органи виконавчої влади, які здійснюють державне управління і регулювання в цій сфері, розміщені надто далеко від конкретних користувачів медичних послуг (громадян), аби своєчасно та ефективно реагувати і приймати необхідні рішення в умовах, що постійно змінюються [1]. Децентралізація має на меті й досягнення важливих політичних цілей, оскільки забезпечує участь населення в процесі охорони здоров'я і передбачає, що місцеві органи будуть розраховувати на власні сили. Також вона сприяє розвитку підзвітності населенню державних і комунальних службовців, які працюють в органах та закладах охорони здоров'я. Крім того, децентралізацію слід розглядати як засіб поліпшення координації між окремими службами та видами діяльності на регіональному чи місцевому рівні [1].

В умовах децентралізації управління охороною здоров'я розвиток суспільно-солідарної системи, що спирається на принципи страхування (лікарняних кас), дозволяє створити систему, у межах якої здійснюється управління витратами та якістю медичної допомоги [4]. Діяльність лікарняних кас сприяє організації та фінансуванню медичного забезпечення своїх членів, оскільки суб'єкт управління впливає на діяльність об'єкта управління – заклад охорони здоров'я. Тобто формується принципово нова система взаємодії між основними учасниками процесу організації та надання медичної допомоги, у якій лікарняна каса як суб'єкт управління та фінансування є незалежною від держави та бюджетного процесу, це один із засобів соціального захисту територіальної громади та залучення додаткових позабюджетних коштів у галузь охорони здоров'я [4]. Крім того, взаємодія медичних

закладів із лікарняними касами сприяє адаптації діяльності комунальних закладів охорони здоров'я до ринкових умов функціонування та передбачає створення умов для здорової конкуренції між закладами охорони здоров'я всіх форм власності; розвиток медичної практики на підприємницьких засадах; опрацювання нових економічних підходів до фінансово-господарської, у тому числі госпрозрахункової діяльності державних і комунальних закладів охорони здоров'я, їх взаємодії та взаєморозрахунків [4].

Висновки. Таким чином, напрацьований досвід функціонування суспільно-солідарних систем керованої медичної допомоги (лікарняних кас) з медичними закладами доцільно використовувати органам місцевого самоврядування для ефективної організації медичного забезпечення населення та контролю за повнотою і якістю надання медичної допомоги в умовах децентралізації управління у сфері охорони здоров'я.

Перспективою подальших наукових досліджень є розробка практичних рекомендацій щодо застосування досвіду роботи суспільно-солідарних систем керованої медичної допомоги (лікарняних кас) органами місцевого самоврядування в умовах децентралізації управління у сфері охорони здоров'я.

Список використаних джерел

1. **Гладун З. С.** Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації) : монографія / З. С. Гладун. – Тернопіль : Економ. думка, 2005. – 512 с.

2. **Грига І.** Нова якість охорони здоров'я: пріоритети інвестування / І. Грига, О. Саврук. – Режим доступу : www.sph.ukma.kiev.ua/images/Article.doc.

3. **Децентралізація** МОЗ України зменшить корупцію – экс-міністр охорони здоров'я. – Режим доступу : www.unn.com.ua/uk/news/1319488-detsentralizatsiya-moz-ukrayini-zmenshit-koruptsiyu-eks-ministr-okhoroni-zdorovya.

4. **Ігнат'єва Г. Ф.** Взаємодія органів місцевого самоврядування з громадськістю в процесі управління медичним забезпеченням населення монофункціональних міст України : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.04 / Ігнат'єва Галина Феліксівна. – Д., 2009. – 20 с.

5. **Рекомендації** щодо реорганізації системи охорони здоров'я в Україні: базова проблематика і варіанти рішень : посібник в рамках проекту Європейського Союзу «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні». – К. : Представництво Європейської Комісії в Україні, 2009. – С. 11 – 14.

6. **Пояснювальна** записка до проекту Закону України «Про загальнообов'язкове державне медичне страхування» від 5 квіт. 2013 р. № 2597-1. – Режим доступу : www.rada.kiev.ua.

7. **Сніжко А.** Міністр дає «добро» новій системі охорони здоров'я / А. Сніжко. – Режим доступу : www.sogdk.blogspot.com/2014/04/blog-post_1849.html.

8. **Хожило І. І.** Польський досвід децентралізації управління у соціальній сфері / І. І. Хожило // Вісн. Акад. митної служби України. Сер. : «Державне управління», 2009. – № 1. – С. 131 – 138. – Режим доступу : www.nbu.gov.ua/j-pdf/vamcudu_2009_1_20.pdf.