

УДК 351:614.2:008

В.Г. ШЕВЦОВ

## **РОЛЬ ДЕРЖАВНОГО ФІНАНСУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ**

*Досліджено роль державного фінансування медичної галузі в умовах реформування. Запропоновані шляхи реалізації багатоканальності фінансування. Установлено, що створення економічної моделі надання медичної допомоги базується на провідних напрямках: методика фінансування, варіанти фінансування, впровадження медичного страхування. Визначено нові принципи ринкових відносин в медичній галузі.*

*In the article the role of the state financing of medical industry is probed in the conditions of reformation. The ways of realization of multichannel of financing are offered. It is set as a result of work, that creation of economic model of grant of medicare is based on leading directions: method of financing, variants of financing, introduction of medical insurance. In work new principles of market relations are certain in medical industry.*

Актуальність питання реформування медичної галузі в Україні полягає в тому, що на сьогодні фінансування у цій сфері повністю залежить від Державного бюджету і не має чіткої взаємодії з іншими галузями, які працюють за законами ринку. Застосування нового механізму господарювання поставило перед охороною здоров'я нові завдання, рішення яких необхідно для виживання в умовах ринку. Тому реорганізація чи реформа медичної галузі тоді буде ефективною, коли позитивно будуть вирішені фінансові проблеми, які нададуть достатнє фінансове забезпечення для отримання медичної допомоги як самого населення, так і медичних закладів з персоналом.

Актуальність цього питання визначається також необхідністю оптимального використання обмежених фінансових коштів охорони здоров'я, що зумовлює необхідність створення більш економічної моделі надання медичної допомоги населенню. Зміна пріоритетів у роботі первинної медичної допомоги та розвитку ресурсозберігаючих технологій допоможе вирішити цю проблему.

На думку Ю. Коваленка, В. Лехан, В. Москаленка, В. Корнацького, існують проблеми державного фінансування медичної галузі в умовах реформування. Усебічний аналіз сучасного фінансування галузі демонструє зростання ролі та значення позабюджетного фінансування. За цих умов обов'язкове медичне страхування повинно виступати перш за все гарантом фінансування необхідної медичної допомоги, ефективним економічним стимулом зацікавленості збереження власного здоров'я кожним громадянином протягом життя та підвищення ефективності медичного забезпечення населення. Автори пропонують

провести радикальні зміни у медицині, але чіткі поетапні шляхи розвитку медичної галузі до кінця не визначені [2].

Тому головною метою дослідження є аналіз та пошук нових позабюджетних джерел і форм фінансування медичних установ, які виконують функції додаткових коштів, що покривають недолік бюджетних асигнувань із поетапним введенням їх у медичну галузь для надання медичної допомоги населенню України в сучасних умовах.

Питання цієї загальної проблеми полягають у тому, що шляхи ефективних фінансових перетворень у системі охорони здоров'я в нашій країні на сьогодні заблоковані ст. 49 Конституції України (1996 р.) в частині "...безоплатності медичної допомоги у державних та комунальних закладах охорони здоров'я" та рішенням Конституційного Суду України з приводу офіційного трактування положення частини третьої ст. 49 Конституції України від 29 травня 2002 р. № 10-рп/2002, справа № 1-13/2002, де сказано, що "...медична допомога надається всім громадянам незалежно від її обсягу без попереднього, поточного чи наступного розрахунку, а позабюджетні джерела визначаються законодавче" [6].

На сьогодні виникає потреба у пошуках інших правових шляхів та механізмів як для створення системи багатофункціональності в питаннях фінансування охорони здоров'я, так і цивілізованого та конкурентноспроможного ринку медичних послуг, щоб покращити стан здоров'я нації [3].

У Концепції розвитку охорони здоров'я населення України, затвердженої Указом Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000 "...передбачається розвиток державно-комунальної моделі надання медичної допомоги", що призведе до "...створення двох секторів медичної допомоги: сектора загальнодоступної медичної допомоги та сектора додаткових можливостей у сфері охорони здоров'я" [4].

Тому пропоновані нами концептуальні підходи до багатоканальної системи фінансування галузі виходять, власне, із концепції багатосекторності медичної допомоги та базуються на таких основних принципах організації і наданні медичних послуг з охорони здоров'я як доступність, соціальна рівність, справедливість і солідарність.

Саме реалізація такого концептуального підходу до системи фінансування дала змогу багатьом європейським країнам досягти високих показників у стані здоров'я своїх громадян.

Аналіз світового досвіду підтверджує, що основними фундаментальними цілями пропонованої системи державного фінансування охорони здоров'я повинні бути:

- рівний та справедливий доступ громадян країни до медичних послуг, шляхом запровадження реального та об'єктивного гарантованого державою мінімального рівня послуг, у межах якого медична допомога повинна надаватися залежно від потреби хворого в ній, а не від здатності хворого за неї платити;

- мікроекономічна ефективність медичних послуг, яка досягається якістю медичної допомоги та ступенем задоволення пацієнтів нею при мінімально можливих затратах ресурсів;

- макроекономічний контроль за видатками у сфері охорони здоров'я, яка передбачає медичній галузі витратити частину власної долі ВВП [5].

У зв'язку з цим, нами зроблена спроба окреслення основних концептуальних напрямків та шляхів реорганізації системи фінансування охорони здоров'я України в контексті впровадження державної моделі надання медичної допомоги населенню.

На нашу думку, фінансування сектора загальнодоступної медичної допомоги доцільно здійснювати лише за рахунок коштів Державного бюджету та бюджетів місцевих органів самоврядування, що потребуватиме формування на законодавчому рівні:

I. Державного замовлення на охорону здоров'я, де передбачається:

1) забезпечення державою права людини на збереження здоров'я, отримання медичних послуг у стані, що загрожує життю та здоров'ю на гарантованій та доступній для кожного громадянина країни основі, у відповідності до затверджених медико-технологічних стандартів, які визначаються Державною програмою медичного забезпечення і фінансуються за рахунок бюджетних коштів;

2) укладання угоди поміж органами виконавчої влади всіх рівнів та закладами охорони здоров'я чи окремо практикуючими лікарями, що дозволить врегулювати правові, економічні та організаційні комунікації поміж суб'єктами договірної процесу;

3) зміна 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.

II. Опрацювання переліку надання громадянам гарантованої державою медичної допомоги шляхом визначення Державної програми медичного забезпечення.

При цьому дана Програма повинна складатися з переліку медичних послуг відповідно до медико-технологічних стандартів, які б надавалися в разі необхідності як на первинному рівні медичного забезпечення – первинна медико-санітарна допомога, так і на вторинному рівні – спеціалізована медична допомога і третинному рівні – високоспеціалізована медична допомога, а також на профілактичному та життєвозабезпечуючому рівнях. Проте основним при 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 України [1; 7].

III. Розробка методики фінансування охорони здоров'я з розрахунку на одного мешканця країни. При цьому в методиці розрахунків необхідно врахувати не тільки фінансові нормативи бюджетного забезпечення території, а також і кількість мешканців території, рівень відносної податкоспроможності території, статеві-вікову структуру, особливості стану здоров'я, що зробить подушне фінансування більш об'єктивним.

IV. Необхідність законодавчого визнання на державному рівні положення, що первинний та вторинний рівень медичної допомоги складають основу в секторі загальнодоступної медичної допомоги, де головною дійовою особою та фінансодотримачем бюджетних коштів має бути дільничний лікар або лікар загальної

практики (сімейний лікар). При цьому основна частина бюджетних коштів буде виділятися державою та органами місцевого самоврядування амбулаторно-поліклінічним закладам з розрахунку на одного мешканця.

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

Для цього необхідно створити систему фінансових взаєморозрахунків між медичними закладами, що стане стержнем нової системи управління здоров'ям людини, заснованої на економічних методах.

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

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

VIII. Роздержавлення частини медичних закладів різних рівнів шляхом приватизації при умові, що це буде засобом покращення медичного забезпечення.

Створення сектора додаткових можливостей у сфері охорони здоров'я, на нашу думку, поєднує в собі використання фінансових технологій, які не стосуються фінансування підсистеми загальнодоступної медичної допомоги.

У цьому питанні доречно ввести організацію в медичній галузі суспільно-солідарного сектора додаткової медичної допомоги у вигляді лікарняних кас, які доцільно трактувати як використання накопичених безповоротних добровільних персоніфікованих фінансових внесків юридичних та фізичних осіб для оплати додаткових медичних послуг за окремими медичними програмами.

Додаткові фінансові засоби можуть принести платні послуги, які виконують функції задоволення потреби (попиту) населення в медичній допомозі; розширення обсягу й поліпшення якості медичної допомоги; використання вільних від бюджетного фінансування ресурсів; додаткове джерело фінансування охорони здоров'я; підвищення відповідальності населення за вільний вибір лікаря й власне здоров'я.

За умови, коли пацієнта не влаштовує рівень, обсяг чи якість медичної допомоги у двох перших секторах медичного забезпечення, ми вважаємо за необхідне запропонувати отримання медичної допомоги пацієнтом в приватних структурах за особисті кошти чи кошти юридичних осіб.

Важливим кроком є опрацювання механізму перерахування частини коштів обов'язкового соціального страхування, які зекономлені за рахунок зниження захворюваності з тимчасовою втратою працездатності та роботи в профілактичному напрямку до органів управління охороною здоров'я на місцях з метою стимулювання медичних працівників та оновлення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я.

Більшість проблем можуть бути успішно вирішені тільки з розширенням фінансової бази всієї системи охорони здоров'я в країні. Розвиток ринкових відносин сьогодні робить цю можливість реальною.

Поряд із традиційним джерелом фінансових коштів, яким є Державний бюджет, виникають нові джерела – залучення до додаткових джерел фінансування амбулаторно-поліклінічних та лікувально-профілактичних закладів виручених коштів від їх держрозрахункової діяльності (оренда в лікувально-профілактичних закладах вільних площ), а також коштів державних і громадських організацій, підприємств, доходів від цінних паперів, кредитів банків та інших кредиторів.

Таким чином, головним висновком приведеного дослідження з оцінки ролі державного фінансування медичної галузі в умовах реформування є розробка та запропонування основних концептуальних напрямків та шляхів фінансування державно-бюджетної системи надання медичної допомоги населенню України, що дозволить: по-перше, сформувати багатоканальну систему фінансування медичної допомоги для конкретного пацієнта; по-друге, забезпечить економічну ефективність використання наявних фінансових та матеріальних ресурсів системи охорони здоров'я; по-третє, підвищить відповідальність органів та закладів системи медичного забезпечення за раціональне використання фінансових коштів; по-четверте, встановить соціальну справедливість шляхом вирівнювання доступу громадян країни до отримання якісної медичної допомоги не залежно від місця їх мешкання; по-п'яте, поєднає державну і комунальну системи охорони здоров'я на основі єдиних підходів до формування, розподілу та використання фінансових засобів, що в кінцевому результаті буде мати позитивні відображення на процесах збереження та зміцнення здоров'я населення нашої незалежної України.

#### Література:

1. Про затвердження Програми подання громадянам гарантованої державної безоплатної медичної допомоги: Постанова Кабінету Міністрів України від 11 липня 2002 р. № 955. – К., 2002.
2. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я: Уроки для України / За ред. В.Г. Черненко, В.М. Рудого. – К.: Академпрес, 2002. – 112 с.
3. Коваленко Ю.Н. Условия выхода украинского здравоохранения из кризиса // Журнал практичного лікаря. – 2002. – № 6. – С. 5-6.
4. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України: Указ Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000. – К., 2001. – 29 с.
5. Москаленко В.Ф., Пономаренко В.М., Грузєва Т.С. Відмінність в здоров'ї населення та стратегії досягнення рівності в охороні здоров'я // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2004. – № 1. – С. 5 – 10.
6. Проект Закону України “Про державне замовлення в охороні здоров'я та медичне страхування” / М.Є. Поліщук, О.І. Ремарук, Т.Д. Бехтєєва та ін. – К., 2003. – 18 с.
7. Рудий В.М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні. – К.: Сфера, 2005. – 272 с.

*Надійшла до редколегії 26.06.2008 р.*