

УДК 35.071.2

Д. В. КАРАМИШЕВ

ОСОБЛИВОСТІ ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ

Розглянуто необхідність застосування нових фінансово-економічних важелів державного регулювання розвитку системи охорони здоров'я.

The necessity of application of new financial- economic levers of the state adjusting of development of the system of health protection is considered.

Досліджуючи проблему фінансово-економічного забезпечення охорони здоров'я в Україні, слід починати із загальних економічних питань. Відомо, що економіка вивчає дію економічних законів у конкретних умовах виробництва та споживання. Економіка охорони здоров'я – це наука, яка вивчає механізми залучення ресурсів до відповідної системи, їх розподілу та раціонального використання. При цьому головною економічною категорією є економічна ефективність, яка досягається шляхом отримання бажаних результатів за найменших витрат ресурсів.

У ринкових умовах діють два основні суб'єкти економічних відносин: це виробники ресурсів та споживачі ресурсів, а також ринкова інфраструктура, яка забезпечує раціональний розподіл людських, матеріальних (технічних), фінансових, інформаційних та інших ресурсів між виробниками та споживачами.

Специфічність оцінки функціонування системи охорони здоров'я як галузі економіки та сфери суспільного виробництва полягає в тому, що, з одного боку, є чіткий економічний аналіз, з конкретними оцінками ситуації (стосовно ресурсного забезпечення), з іншого – охорона здоров'я соціальна сфера, яка повинна забезпечувати реалізацію соціальних гарантій громадянам. Тому виникають суперечності, які потребують свого розв'язання.

Визначити найбільш дієву модель функціонування системи охорони здоров'я можна за допомогою загального показника її ефективності. Об'єктивізація відповідного процесу передбачає передусім з'ясування механізмів управління шляхом співставлення різних моделей функціонування системи охорони здоров'я з урахуванням регулюючого впливу на неї як державних, так і суспільних інституцій.

Розглядаючи ситуацію, яка сьогодні склалася в Україні, слід відмітити, що спільна відповідальність за регресивні процеси, що відбуваються в системі охорони здоров'я країни, лежить на всіх державних інституціях, пропорційно можливостям впливу на її функціонування. Однак попри кризовий стан і нагальні проблеми системи, головним на сьогодні постає саме її подальший розвиток. Йдеться про створення дієвої та ефективної моделі функціонування вітчизняної системи охорони здоров'я з урахуванням впливу на неї зовнішніх і внутрішніх факторів.

Визначальним критерієм щодо забезпечення громадян доступною та якісною медичною допомогою можна вважати саме фінансування медичної галузі, яке

віддзеркалює ресурсно-інвестиційний стан усієї системи охорони здоров'я. Попри те, що в цілому динаміка є висхідною, темпи збільшення фінансування системи охорони здоров'я явно недостатні. Зберігається жорсткий дефіцит коштів, за умов якого проблема ефективного використання ресурсів набуває особливої важливості. Тривалий час розміри бюджетного фінансування не відповідають ресурсному забезпеченню галузі. Фінансування охорони здоров'я за своїм характером і надалі залишається доволі централізованим. При цьому не визначено конкретної відповідальності ані за виділення коштів, ані за їхнє використання.

Головною проблемою у фінансуванні системи охорони здоров'я в Україні на сьогодні є відсутність будь-якого зв'язку між обсягами фінансування державних закладів охорони здоров'я та результатами їх роботи, які полягають не в забезпеченні відповідності за екстенсивним показниками діяльності, а в реальному забезпеченні надання доступної та якісної медичної допомоги.

Фінансовим підґрунтям забезпечення населення загальнодоступною медичною допомогою, згідно з Концепцією розвитку охорони здоров'я, повинні бути кошти Державного та місцевих бюджетів, кошти загальнооб'язкового державного соціального медичного страхування, що використовуються в межах визначеного організаційного рівня надання медичної допомоги та зумовлюють гарантований обсяг її медикаментозного й технологічного забезпечення, котре визначається як базовий стандарт якості загальнодоступної медичної допомоги [1].

Кошти накопичувальних фондів територіальних громад, а також кошти добровільного медичного страхування, як передбачається зазначеною Концепцією, повинні бути спрямовані на задоволення індивідуальних потреб населення в медичних послугах понад базовий стандарт якості загальнодоступної медичної допомоги. При цьому кошти, отримані з Державного бюджету України та місцевих бюджетів, мають бути основним джерелом фінансування державних цільових програм охорони здоров'я населення. Залишаючи бюджетне фінансування державних програм, слід одночасно посилити контроль за пріоритетністю, розробкою та реалізацією відповідних цільових державних програм.

Невід'ємною складовою бюджетного процесу є фінансування охорони здоров'я на загальнодержавному та місцевому рівнях. Загальні засади цього фінансування визначені Бюджетним кодексом України, що був прийнятий Верховною Радою України в 2001 р. [2]. Учасниками цього процесу, зокрема, виступають Верховна Рада України, Міністерство фінансів України та Міністерство охорони здоров'я України.

Бюджетні асигнування послугують основним джерелом фінансування державних і комунальних закладів охорони здоров'я. Процес виділення асигнувань, незалежно від того, з яких саме бюджетів надходять кошти до лікувально-профілактичних закладів, є приблизно однаковим. Він залежить від складання кошторису установи на наступний рік відповідно до прийнятого переліку статей витратків. Останній регламентується нормативними документами Міністерства фінансів України. Кожна окрема установа розробляє свої бюджетні пропозиції та надсилає їх розпорядникові коштів. У цих пропозиціях основну частину становить фонд оплати праці. За нормативами, якими користуються лікувальні заклади, розробляючи бюджетні пропозиції, кількість медичного персоналу визначається

залежно від кількості наявних ліжок (для стаціонарів) або кількості відвідувань (для поліклінік). Та, передусім, сума бюджетних асигнувань, що будуть виділені лікувально-профілактичній установі, залежить від штатної кількості її працівників.

З метою соціального захисту медичних працівників та захисту інтересів пацієнтів було запроваджено захищені статті видатків. Йдеться про статті, обсяг яких не може змінюватися у зв'язку з проведенням бюджетних скорочень, наприклад витрат на оплату праці працівників бюджетних установ; нарахування на заробітну плату; придбання медикаментів та перев'язувальних матеріалів; забезпечення пацієнтів лікувально-профілактичних закладів продуктами харчування.

У загальній структурі бюджетних видатків на охорону здоров'я частка видатків на заробітну плату (включно з нарахуваннями на неї) становить приблизно 75 – 80 %. Значну за величиною статтю видатків складають комунальні платежі (оплата водо- та електропостачання, опалення). Далі йдуть такі статті видатків: на придбання медикаментів; харчування хворих (для стаціонарів); придбання й ремонт медичного обладнання; капітальний ремонт та утримання закладів. Перерозподіл, що спричиняє невиконання бюджету по відношенню до статей бюджетних асигнувань, не дозволяється. Порушення цього правила призводить до нецільового використання бюджетних коштів.

Як зазначалося вище, кошти, що виділяються, на сьогодні розподіляються постатейно – залежно від кількості ліжок у лікарні, відвідувань поліклініки, наявних лікарських ставок, тобто цей розподіл не залежить від наданих послуг і від результатів лікування. Але ж саме останні з зазначених показників є найважливішими. У зв'язку з цим перегляд механізму розподілу ресурсів є пріоритетною сферою реформування галузі.

Нинішній порядок розподілу асигнувань спрямовано не на кінцевий результат – поліпшення здоров'я населення, а на утримання медичних установ, що існують. Такий порядок має на меті збереження орієнтирів екстенсивного розвитку. Необхідно підкреслити, що дотримання екстенсивного розвитку було природним в умовах неринкової економіки, коли основна частина використовуваних ресурсів коштувала відносно дешево. За ринкових умов стало неможливим утримувати надто велику мережу лікувально-профілактичних установ, через що система охорони здоров'я опинилася в глибокій кризі.

В Україні понині переважає принцип “утримання” мережі лікувально-профілактичних закладів, а також бюджетне фінансування на основі обсягу залучених ресурсів, розподіл основної частини ресурсів без зв'язку з результатами діяльності, ігнорування сучасних методів фінансового планування й управління. Це характерні риси фінансування вітчизняної охорони здоров'я, які стримують реформування системи медичного обслуговування населення, а в деяких випадках перешкоджають не лише її реформуванню, але й дієвості. Постійний брак засобів, крім недостатності фінансування, віддзеркалює також і суттєві структурні диспропорції. Про вищезгадане зокрема йдеться в багатьох публікаціях вітчизняних дослідників. [3; 6–9].

Сьогодні необхідне внесення кардинальних коректив у фінансову політику охорони здоров'я. Зазнати змін повинно не тільки спрямування цієї політики – новою має бути також її ідеологія. По суті, необхідні принципово інші стратегія й

тактика фінансування медичної галузі. Однак, приймаючи будь-які рішення в цьому напрямі, необхідно враховувати як позитивний, так і негативний досвід, що дозволить зробити це максимально виважено та обґрунтовано. Для цього корисним може бути аналіз відповідних процесів у країнах з різними моделями організації системи охорони здоров'я.

Отже, закономірність вимог щодо реформування фінансової складової вітчизняної системи охорони здоров'я не підлягає сумніву. Необхідно при цьому визначити правильний шлях цих змін. Засадою послідовної реформи повинна стати цілісна модель організації системи медичної допомоги, що була б перспективною з огляду на світові тенденції розвитку охорони здоров'я, а також відповідає б загальним зрушенням у суспільнодержавних відносинах в Україні.

З переходом до ринкових відносин старі методи розподілу ресурсів у системі охорони здоров'я вже не спрацьовують. Виникла потреба в застосуванні нових фінансово-економічних важелів державного регулювання розвитку цієї сфери. Пошук таких важелів, а також механізмів їхнього втілення у власній системі охорони здоров'я, безперечно, пов'язаний з оцінкою дієвості аналогічних механізмів у розвинутих країнах світу.

Системи охорони здоров'я більшості країн Європи відрізняє спрямованість на зменшення фінансового тягара для людини в разі погіршення її здоров'я, а також намагання охопити цією системою якомога ширші верстви населення. Відносини в системі охорони здоров'я в цих країнах є фактично сформованими. Відмінні риси різних систем визначаються національною культурою, політикою, відомчими інтересами. Однак загальним є досить сильний вплив на забезпечення фінансування системи охорони здоров'я з боку державного сектора. Це робить медичну допомогу доступною для всіх громадян цих країн, гарантуючи, водночас, і оплату всіх відповідних витрат [8].

Вибираючи модель функціонування системи охорони здоров'я у процесі її реформування, насамперед, треба враховувати соціальні потреби суспільства. Вибір моделі повинен бути економічно виваженим; медико-соціальні гарантії держави повинні бути законодавчо закріплені та фінансово забезпечені. Крім того, необхідно враховувати перспективні можливості розвитку медичної галузі.

В економічно розвинених країнах системи охорони здоров'я, які було створено за різних суспільно-політичних, соціально-економічних і релігійних умов, мають характерною рисою орієнтованість на підвищення якості медичного обслуговування; покращання якості здоров'я населення – скорочення загальної смертності, збільшення середньої тривалості життя, зменшення дитячої смертності. Це свідчить про те, що в умовах соціально орієнтованої ринкової економіки держава приділяє головну увагу вирішенню соціальних проблем у суспільстві.

Останнім часом у провідних країнах світу спостерігається тенденція до зростання загальних витрат на охорону здоров'я. Як правило, це викликано різними інтеграційними процесами та старінням населення, що супроводжується підвищенням вартості медичних послуг, розширенням доступності, зростанням ефективності та якості медичної допомоги населенню.

Вічними питаннями, що непокоять уряди країн із соціально орієнтованою ринковою економікою, залишаються такі: як знизити затрати на функціонування системи охорони здоров'я і при цьому забезпечити задоволення потреб громадян у доступних та якісних медичних послугах.

Відповідаючи на ці питання, особливої уваги потребує розгляд так званої суспільно-солідарної страхової моделі функціонування системи охорони здоров'я, яка діє в Німеччині та побудована відповідно до класичної моделі Бісмарка, а також у Польщі, яка претендує на роль регіонального лідера серед країн Східної Європи, в тому числі в питаннях, пов'язаних з охороною здоров'я.

Основою організації та фінансування системи охорони здоров'я в Німеччині є традиційні принципи соціальної солідарності, децентралізації та саморегуляції. Обов'язком центрального уряду є опрацювання законодавчої бази, у рамках якої провадиться надання медичних послуг. При цьому виконавчі функції переважним чином належать урядам окремих земель. Основною установою на федеральному рівні є федеральне міністерство охорони здоров'я. Лікарняні каси функціонують переважно за територіальним і галузевим принципами.

У Німеччині має місце так зване дуальне фінансування охорони здоров'я, яке передбачає розмежування короткострокових і довгострокових інвестицій. Короткострокові – це оперативні витрати на персонал, витратні матеріали – за рахунок коштів ОМС. Довгострокові – це капітальні витрати, пов'язані з будівництвом лікарень та їх санацією за рахунок бюджетів федеральних земель.

Більшість населення охоплено системою обов'язкового медичного страхування. Фінансування програми здійснюється за рахунок внесків працівників – 7,55 % та роботодавців – 6,65 %. Близько 2/3 фінансування системи складають страхові внески, решта – це загальні податки, кошти приватного страхування, пряма оплата послуг пацієнтами лікувально-профілактичних закладів.

Враховуючи диференційованість внесків залежно від доходу, у разі перевищення доходом встановленої межі (3 937,50 євро на місяць на 2007 р.), дозволяється робити вибір між членством у системі обов'язкового страхування або добровільного медичного страхування. Безробітних повністю страхує держава. Страхування державних службовців здійснює роботодавець. Члени сім'ї, що не працюють, є застрахованими через того члена сім'ї, який працює.

Кошти обов'язкового медичного страхування (ОМС) сплачуються надавачам послуг (лікарням), а не безпосередньо – пацієнтам. Лікарі є членами асоціацій касових лікарів, що оснований на конкурентній системі розподілу гонорарів і боротьби за пацієнта між лікарями первинної ланки та лікарями-спеціалістами. Діє австралійська система обліку послуг (DRG). Останнім часом спостерігається тенденція до відходу від системи балів за послуги до бюджетування, тобто до фіксованих сум гонорарів лікарям залежно від різних критеріїв, включаючи кваліфікаційні характеристики.

Основою для прийняття рішень у системі охорони здоров'я Німеччини є спільні наробки фахівців-науковців і досвідчених організаторів Федерального комітету лікарів, а також Інституту якості та ефективності.

Перманентні зміни підходів до організації та управління в зазначеній системі передбачають створення в найближчій перспективі єдиного фонду здоров'я та

відхід від бальної оцінки діяльності лікарів до бюджетування їхніх гонорарів.

Особливої уваги серед так званих “нових” європейських країн заслуговує система охорони здоров’я Польщі, яка, як вже зазначалася, претендує на роль регіонального лідера серед країн Східної Європи. Це обумовлює її визначальну роль як флагмана перетворень і в соціальній сфері.

У 2003 р. у Польщі створено Національний фонд здоров’я (далі – НФЗ), згідно із Законом “Про загальне страхування у державному фонді охорони здоров’я”, який трансформовано в 2004 р. на Закон “Про послуги охорони здоров’я, що фінансуються з суспільних коштів”.

НФЗ – організаційна державна одиниця, що має юридичний статус, діє від імені застрахованих та складається з центрального і 16 воєводських відділів. Він радше річний бюджет, який урівноважує надходження і видатки; заключає угоди про надання медичних послуг з надавачами; повертає частину коштів за ліки згідно із системою реімбурсації.

ОМС покриває понад 97 % населення Польщі. Ринок ДМС можна назвати радше маргінальним, бо загалом таких застрахованих не більше 20 тис.

Система ОМС Польщі передбачає сплату кожним громадянином обов’язкового страхового внеску, який компенсується через зниження прибуткового податку. Загалом це означає зменшення надходжень до Державного бюджету на суму внесків, спрямованих на обов’язкове медичне страхування. Ці кошти акумулює НФЗ, а потім вони розподіляються між автономними регіональними фондами, що передбачено відповідним законом.

Позитивні риси цієї системи – це поєднання двох платників в особі МОЗ та НФЗ, що створює умови для впевненості в стабільному фінансуванні медичних закладів. Завдяки страховій системі став можливий прогрес у лікуванні найбільш поширених, переважно серцево-судинних захворювань.

Бюджетна система в Україні діє ще з радянських часів. Безумовно, вона потребує вдосконалення, але, як ми бачимо, виключно бюджетне фінансування не вирішує проблеми забезпечення громадян доступної та якісної медичною допомогою. І це необхідно визнати як данність. Тому на часі пошук додаткового потужного і стабільного джерела фінансування. Враховуючи деякі особливості тих процесів, які останнім часом відбуваються в Україні, тобто скорочення ролі бюджету у формуванні гарантованого забезпечення медичної допомоги і розвиненість інституту обов’язкового страхування, включаючи пенсійне, вважаємо, що слід найближчим часом персоналізувати деякі витрати на охорону здоров’я в бік їхнього найбільш раціонального використання для надання доступної та якісної медичної допомоги і медичного забезпечення. Йдеться про запровадження загальнодержавного соціального медичного страхування.

Якщо порівнювати системи охорони здоров’я в провідних країнах світу, а це стосується передусім Німеччини, Великої Британії та США, то за основу власної системи охорони здоров’я, яку найближчим часом можна буде побудувати в Україні найбільш доцільним уявляється взяти досвід Німеччини, але це стосується не системи збору коштів, а їх розподілу. Щодо збору коштів, то за цим критерієм у наших реаліях більш доцільна Британська модель.

Загальним для всіх систем охорони здоров’я у світі є те, що на сьогодні немає

жодної досконалої або ідеальної системи. Усі вони тою, чи іншою мірою потребують реформування. Це пов'язано: зі старінням населення, тобто зменшується загальна кількість коштів працездатного населення на охорону здоров'я (маються на увазі страхові системи), зростає ціна медичних послуг і ліків (мінус для ринкових систем), стають більш розвиненими та гнучкими зв'язки як всередині системи, так і зовні, тому бюджетне фінансування як консервативний метод потребує якісних змін (бюджетні системи).

Виходом може бути тільки поєднання всіх трьох механізмів, тобто бюджетно-страхова-ринкова система, однак, при нерозвиненості ринку в системі охорони здоров'я і саме ринку медичних послуг, відповідні зміни в системі охорони здоров'я в Україні передчасні. Тому сьогодні треба зупинитися на побудові бюджетно-страхової системи.

При цьому, виходити треба не з існуючої структури медичних закладів, а з функцій держави на забезпечення заходів з охорони здоров'я, що не передбачає комерційних відносин і створення ринку медичних послуг. А якщо вести мову про медичні послуги, то треба створювати і відповідну інфраструктуру – приватні заклади і не перекладати ці функції на державні заклади, тобто не забирати у громадян державні гарантії шляхом скорочення суб'єктів, які надають медичну допомогу, тобто непрямими методами. Спираючись на досвід Польщі, замість комунальних закладів можна створити громадські.

Отже, ідеальної системи охорони здоров'я в світі поки що не сформовано. В усіх країнах існують ті або інші недоліки, проблеми та протиріччя. В Україні можна створити досконалу модель системи охорони здоров'я шляхом узагальнення найбільш корисного світового досвіду країн-лідерів за рівнем життя та здоров'я, наприклад Японії, Норвегії, але об'єктивні умови не дозволяють цього робити.

Переважає більшість держав у світі організують системи охорони здоров'я на засадах фінансування з державних джерел. Крім того, спостерігається тенденція щодо формування так званої “змішаної моделі”. Дана модель вбирає в себе елементи ринкових засад, маючи підґрунтям бюджетно-страховий принцип.

Вітчизняними дослідниками [9] вже розглядалися сценарії можливих перетворень у системі охорони здоров'я України: перший – це перехід до моделі охорони здоров'я, що базується на моделі фінансування з бюджетних джерел (за рахунок загальних податків) з контрактними відносинами між замовником і постачальником медичних послуг; другий – це перехід до моделі охорони здоров'я, що базується на соціальному медичному страхуванні.

Реалізація обох варіантів розвитку системи охорони здоров'я потребує значних зусиль і вирішення широкого кола проблем політичного та організаційного характеру. Обидва сценарії передбачають внесення істотних змін до законодавчої бази, низку заходів, які необхідно провести на шляху перетворень, а також мають спільні риси, оскільки контрактні відносини передбачаються як невід'ємна складова і страхової моделі, і тої, що ґрунтується на фінансуванні за рахунок загальних податків.

Таким чином, сьогодні у світі практично не існує суто державної, страхової, або ринкової системи. Усі вони трансформуються, поєднуючи одна одну тим кращим, що є в інших. Проте немає досконалої системи. Тому йдеться про створення

власної бюджетно-страхової моделі системи охорони здоров'я.

Спираючись на досвід найбільш поширених систем охорони здоров'я та враховуючи досвід функціонування системи охорони здоров'я в Україні як за радянських часів, так і сьогодні, треба наголосити на тому, що реформа не повинна бути надмірно витратною, але без інвестицій ззовні, що передбачає залучення додаткових, окрім бюджетних, джерел фінансування, здійснити цю реформу буде вкрай складно і скоріше за все неможливо.

Необхідно проводити реформу поетапно, не намагаючись одразу зламати систему що існує, і побудувати щось досконале нове. Треба враховувати і наявні світові досягнення, і будувати нову систему, спираючись на власні здобутки, які перевірені часом, маючи на увазі в тому числі і прямий адміністративний контроль з боку держави. Значна увага повинна приділятися зовнішньому середовищу системи охорони здоров'я – зовнішній політиці як потенційно інвестиційно-інноваційній складовій реформування охорони здоров'я. Тому сьогодні треба спрямувати зусилля держави не тільки на розподіл внутрішніх ресурсів системи охорони здоров'я, а й на залучення зовнішніх із різних альтернативних джерел, активізуючи інвестиційно-інноваційну складову системи.

Література:

1. Указ Президента України “Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України” : за станом на 7 грудня 2000 р. № 1313/2000 // Офіц. вісн. України. – 2000. – № 49. – Т. 1. – Ст. 2116.
2. Бюджетне законодавство України // Бюл. законодавства і юрид. практики України. – 2002. – № 2. – 416 с.
3. *Євсєєв В. І.* Концептуальні основи фінансової стратегії охорони здоров'я : матеріали НПК, 25-26 квітня 2002 р. / В. І. Євсєєв. – Одеса, 2002. – С. 200–207.
4. *Комаров Ю. М.* Организация медицинского страхования в России и за рубежом / Ю. М. Комаров // Вестн. гос. соц. страхования. – 2005. – № 9. – С. 16–23.
5. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні [спільний звіт] В. М. Лехан, В. М. Рудий, Ю. М. Вітренко [та ін.] // Главный врач 2005. – № 7. – С. 20–27.
6. *Підаєв А. В.* Діяльність системи охорони здоров'я України в контексті стратегії економічного та соціального розвитку держави на 2002 – 2011 роки. – К., 2002. – 82 с.
7. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / В. М. Лехан, Н. М. Лакіза-Сачук, В. М. Войцехівський [та ін.]. – К., 2001. – 174 с.
8. *Шевченко М. В.* Державна регіональна політика стосовно формування і виконання бюджету в охороні здоров'я / М. В. Шевченко // Формування та реалізація регіональної політики в галузі охорони здоров'я. – Одеса, 2002. – С. 171–178.
9. *Шерман И.М.* Реформа управления и финансирования здравоохранения / И. М. Шерман. – М. : ИЦ, 1998. – 336 с.

Надійшла до редколегії 20.01.2009 р.