

**НАПРЯМИ РЕФОРМУВАННЯ
ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНОГО МЕХАНІЗМУ
ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ**

Зроблено аналіз організаційних та економічних засад функціонування системи охорони здоров'я в Україні. Виділено основні проблеми в галузі охорони здоров'я. Означено перспективні напрями реформування системи охорони здоров'я в Україні.

Ключові слова: фінансування галузі охорони здоров'я; медичні послуги, обов'язкове медичне страхування.

The analysis of institutional and economic foundations in health care system in Ukraine has been done. The basic problem in health care system has been allocated. The main directions of reform of health care system in Ukraine have been designated.

Key words: health care financing, medical services, compulsory medical insurance.

Попри задеклароване право громадян на безоплатну медичну допомогу в державних і комунальних закладах охорони здоров'я (ст. 49 Конституції України) воно не реалізується повною мірою через те, що сьогодні держава не має можливості фінансувати весь обсяг медичних послуг. Брак коштів негативно позначається на функціонуванні всієї системи охорони здоров'я, починаючи від занедбаного стану закладів охорони здоров'я, застарілості обладнання, низького рівня оплати праці медичного персоналу, що відбивається на стані здоров'я громадян.

Рівень здоров'я української нації продовжує погіршуватися, про що свідчить не тільки високий рівень смертності і поширення хвороб серед населення, але й збільшення кількості новонароджених з різними вродженими вадами, збільшення випадків важких, невиліковних і хронічних хвороб серед дітей і молоді.

Ситуація ускладнюється ще й тим, що широкі верстви населення (як непрацездатні, так і працюючі) неспроможні забезпечити себе якісними ліками і вчасною медичною допомогою через низький рівень життя.

У сучасних умовах розвитку українського суспільства виникла гостра необхідність реформувати організаційно-економічний механізм функціонування системи охорони здоров'я відповідно до зростаючих потреб населення в медичній допомозі і одночасно забезпечити контроль за якістю надання медичних допомоги та послуг за існуючого рівня фінансових можливостей держави.

Дослідженням питання удосконалення системи охорони здоров'я України займаються такі науковці, як Ю. Гришан, А. Гук, Д. Карамішев, В. Лехан, У. Маттіла, В. Рудий, Г. Слабкий, В. Черненко та ін. Поліпшення стану системи охорони здоров'я шляхом упровадження обов'язкового медичного страхування пропонують у своїх працях Т. Попченко, В. Лукович, С. Бортнік та ін. С. Біляєв розглядає питання забезпечення якості медичної допомоги шляхом фінансування медичних установ методом глобального бюджету. На політичний аспект і вплив світових тенденцій на реформування медичної галузі вказує Т. Семигіна.

Попри значне коло питань, що розглядаються науковцями, недостатньо опрацьованими лишаються організаційні і економічні засади функціонування системи охорони здоров'я за умов необхідності реформування медичної галузі.

Метою статті є визначення напрямів реформування організаційно-економічного механізму функціонування системи охорони здоров'я задля поліпшення якості надання медичних послуг населенню.

Рівень здоров'я нації залежить від багатьох факторів: рівня життя населення, якості продуктів харчування, способу життя, екологічної ситуації, стану системи охорони здоров'я тощо.

Внесок системи охорони здоров'я можна дослідити, порівнявши показники стану здоров'я українців і жителів Європейського Союзу [10, с. 6]. Так, рівень захворюваності і рівень смертності від деяких хвороб у рази перевищує середній рівень відповідних показників ЄС.

І хоча виникнення хвороби багато в чому залежить від умов існування людини – попередження настання смерті – одна з головних функцій охорони здоров'я. В Україні смертність від туберкульозу в 19 разів вища ніж у країнах ЄС, від раку – у 2 рази, від церебрально-васкулярних хвороб – у 2,5 рази, від ішемічної хвороби серця – у 5,2 рази, від хвороб системи кровообігу – в 3 рази.

Тож, сьогодні система охорони здоров'я України не виконує на належному рівні своїх функцій. Що також опосередковано виявляється в демографічній кризі (абсолютне зменшення чисельності населення за рахунок природного скорочення з 1991 р. по 2012 р. склало 5,6 млн осіб (майже 11% населення); збільшенні поширеності хвороб, у тому числі і соціальних; збільшенні коефіцієнту смертності у працездатному віці, особливо чоловічого населення тощо.

Погіршення здоров'я нації відображається і на економічному розвитку країни, оскільки зменшується кількість працездатних людей, збільшуються видатки бюджету на утримання непрацездатних за станом здоров'я громадян, зростають особисті витрати населення на медичні послуги і медикаменти.

Проблеми в галузі охорони здоров'я України пов'язані із хронічною недостатністю фінансування та загострюються у зв'язку з особливістю побудови організаційно-економічного механізму надання медичних послуг, що зберігся з часів Радянського Союзу.

Так, є декілька рівнів надання медичної допомоги.

I. Первинна медико-санітарна допомога (далі – ПМСД) організована за дільнично-територіальним принципом: територія району поділена на дільниці з певною кількістю населення, що закріплюється за дільничним лікарем (дільничний терапевт, дільничний педіатр, сімейний лікар), який і стає ключовою фігурою в наданні ПМСД. На сьогодні до структури ПМСД включаються територіальні дорослі і дитячі поліклініки, поліклінічні відділення медико-санітарних частин, жіночі консультації, сільські лікарські амбулаторії, амбулаторні відділення сільських дільничних лікарень [9, с. 44–46].

II. Вторинна допомога – це амбулаторні послуги, що надають спеціалізованими кабінетами (відділеннями) територіальних поліклінік і поліклінічних відділень міських лікарень, дитячих лікарень, центральних районних лікарень, стоматологічні поліклініки, поліклінічні відділення диспансерів;

III. Третина медична амбулаторна допомога – це стаціонарна допомога, що надається закладами обласного рівня [9, с. 50–53].

При цьому не існує чіткого розподілу служб первинного і вторинного рівнів надання допомоги, до того ж населення має, відповідно до статті 6 Основ законодавства про охорону здоров'я [2], права вільного вибору лікаря, методів лікування і закладу лікування, тобто має можливість самостійно звертатись до вузьких спеціалістів без направлення дільничних терапевтів або сімейних лікарів. Користуючись цим правом пацієнти самі формують свої медичні маршрути, що часто призводить до того, що рівень обслуговування пацієнтів не відповідає важкості їх стану та перебігу захворювання (у 65,9 % випадків звернень), медична допомога надається на більш високому рівні, ніж це необхідно (43,2 %) [9, с. 46]. Така ситуація також може свідчити про низький рівень кваліфікації дільничних лікарів, що не дозволяє професійно вирішувати всі проблеми первинного медичного обслуговування населення.

Головна ідея організації первинної допомоги за дільнично-територіальним принципом полягала в наблизненні медичної допомоги до місця проживання або роботи населення, довготривалості і наступності в обслуговуванні пацієнтів, можливості комплексного проведення профілактичних, лікувальних, і реабілітаційних заходів, диспансерного нагляду [9, с. 46]. Головна увага мала приділятися профілактиці захворювань. Натомість сьогодні маємо ситуацію, коли 58,2 % звертань за медичною допомогою кваліфікуються як несвоєчасні [9, с. 45]. Несвоєчасними вони є через обмежену економічну доступність медичної допомоги (46,1 % пацієнтів виділили наявність доплат за медичні послуги як головну причину відкладання звертань). Як наслідок, 50 – 70 % хворих госпіталізуються в терміновому порядку, зростає частка важких і занедбаних випадків захворювання, які потребують витратного стаціонарного лікування.

Система стаціонарної допомоги сформована за ієрархічним принципом – госпітальна допомога за головними спеціальностями повинна надаватися на вторинному рівні в центральних районних і міських лікарнях, а високоспеціалізована для хворих з особливими складностями і тяжкими захворюваннями у стаціонарах третинного рівня – лікарнях обласного рівня, міжрегіональних і республіканських центрах [9, с. 51].

На сучасному етапі межі між вторинним і третинним рівнем розмиті. Пацієнти самостійно звертаються за допомогою, очікуючи, що на більш високому рівні медична допомога буде більш кваліфікованою. Так, у 35,7 % випадків госпіталізовані до обласних лікарень потребували надання допомоги в закладах вторинного рівня [9, с. 51].

В Україні фінансування громадських закладів охорони здоров'я (державних і комунальних) здійснюється шляхом виділення бюджетних асигнувань на складний кошторис на наступний рік з прийнятим переліком статей витатків, який регламентується Міністерством фінансів України. Складаючи кошторис, лікувальна установа (заклад) користується нормативами, якими визначається кількість медичного персоналу залежно від кількості наявних ліжок для стаціонарів або кількість відвідувань для поліклініки [8, с. 54–55]. Структура витатків на медичну установу приблизно така: 60 – 65 % заробітна плата медичного персоналу, 6 – 10 % – комунальні платежі, 22 % – придбання медикаментів, харчування для хворих (для стаціонарів), 10 % – придбання і ремонт медичного обладнання, капітальний ремонт [10, с. 6; 8, с. 54–55].

Користуючись міжнародної термінологією фінансування стаціонарної допомоги, в Україні здійснюється на основі валових показників потужності – кількості ліжко-днів, на які встановлено нормативи забезпечення лікарями і молодшим медичним персоналом. Прив'язка фінансування до ліжко-днів сьогодні, в умовах недофінансування, призводить до того, що у лікарень виникає прагнення забезпечити завантаження ліжкового фонду незалежно від реальних потреб населення в стаціонарній допомозі. Дані табл. 2 [10, с. 5] свідчать, що валові показники потужності системи в Україні перевищують Європейські – кількість лікарень, кількість ліжок. Довшим, порівняно з країнами ЄС, є і період тривалості лікування у стаціонарах, що швидше говорить про зацікавленість лікарів у перебуванні хворих на лікарняних ліжках, ніж про якість і необхідність лікування у стаціонарі. Відтак, у медичного персоналу немає економічної зацікавленості у скороченні тривалості лікування в стаціонарі, у підвищенні якості медичного обслуговування, відсутні стимули до пошуку нових форм надання медичної допомоги, які будуть альтернативою стаціонарам [8, с. 45].

Таблиця 2

Показники системи охорони здоров'я України та Європейського Союзу

Показники	Україна	ЄС
Лікарні на 100000 осіб	5,62	3,04
Лікарняні ліжка на 100000 осіб	868,33	584,16
Лікарі на 100000 осіб	301,6	317,76
Терапевти на 100000 осіб	31,78	97,57
Рівень госпіталізації в стаціонарах на 100	21,61	18,05
Стаціонарні хірургічні процедури на рік, на 100000 осіб	5334,69	6785,82
Середня тривалість лікування в стаціонарах, всі лікарні (днів)	13,5	9,25

Фінансування первинної медико-санітарної допомоги (амбулаторної допомоги) організовано також на основі валових показників потужності – кількості відвідувань, що, у свою чергу має, такі ж негативні наслідки як і фінансування стаціонарів за показниками потужності: прагнення до нарощування ресурсних показників, економічна незацікавленість медичних працівників у поліпшенні здоров'я населення, проведенні профілактичних заходів, раціональному використанні ресурсів [8, с. 44].

Сьогодні фахівці констатують проблеми в галузі функціонування вітчизняної системи охорони здоров'я, які зумовлені навіть не стільки недостатнім фінансуванням галузі, стільки специфікою механізму фінансування, коли акцент робиться на кількості, а не на якості надання послуг.

Особливістю сучасного стану фінансування галузі є те, що 40 % її дохідної частини складають особисті витрати населення [7]. Існування тіньових схем фінансування (оплата здійснюється безпосередньо під час одержання медичних послуг) призводить до того, що бідні та малозабезпечені верстви населення страждають через відсутність можливості отримати необхідну медичну допомогу.

Крім того, тіньові схеми викривляють ставлення медичних працівників до пацієнтів, розмежовуючи їх відповідно до категорій економічної теорії на платоспроможний попит та неплатоспроможний.

Так, за даними Державного комітету статистики України, середньодушові доходи населення в 2011 р. розподілись таким чином: у 12,6 % населення дохід не перевищував прожиткового мінімуму, у 58 % населення доходи були у межах від одного до двох прожиткових мінімумів, і лише в 29,4% населення доходи були більше двох прожиткових мінімумів. Такі дані свідчать про те, що більшу половину населення країни можна віднести до малозабезпечених, тобто таких, що не мають можливості заплатити за своєчасну та якісну медичну допомогу.

Але є ще одна проблема, обумовлена специфікою медичної послуги – навіть ті пацієнти, які здійснюють особисті платежі, не можуть бути впевнені у якості наданих медичних послуг, оскільки більшість з них не може оцінити необхідності того чи іншого лікування та його якості [10, с. 6].

Переведення галузі в режим напівлегального госпрозрахунку є великою загрозою, адже галузь охорони здоров'я в особі кожного конкретного медичного працівника має дбати про відновлення і збереження найціннішого ресурсу держави – людського, а не про власний економічний інтерес. Здоров'я – це не економічна категорія, а його охорона – це суспільне благо, що має надаватись державою.

Сьогодні, на жаль, очевидно, що держава не в змозі забезпечити виконання ст. 6 Конституції стовідсотково. Ситуація загострюється ще й тим, що рівень зношеності основних фондів системи охорони здоров'я перевищив 50 %, заміна морально застарілої медичної техніки і обладнання не перевищує 1,5 % на рік (урозвинених країнах 10 – 12 % на рік) [8, с. 45–46]. Такий стан речей у системі охорони здоров'я вимагає зважених рішень і рішучих дій з боку органів державної влади.

Реформа галузі охорони здоров'я почала обговорюватись досить давно: у 2000 р. прийнято Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України [3], у 2002 р. на вищому рівні спільним зусиллями Європейської комісії проекту Tacis Bisto "Ознайомлення з досвідом країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я" та Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, материнства і дитинства було вивчено досвід країн Європи та запропоновано напрямки реформування галузі в Україні [6]. Конкретні кроки були прийняті нещодавно і лише як апробація у декількох областях країни.

Основними проблемами медичної галузі України було визнано:

1) відсутність зв'язку між розміром фінансування і результатами діяльності закладу. Розмір фінансування медичної установи залежить від кількості ліжок, а не від якості наданої послуги;

2) недостатній об'єм фінансування галузі.

У сучасних умовах розвитку українського суспільства, попри важкий стан галузі охорони здоров'я, неможливо очікувати кардинального збільшення фінансування за рахунок державного або місцевих бюджетів, тож головна увага має бути приділена зміні принципів фінансування галузі.

Результатом діяльності лікарень є лікування, тож і оцінюватись має процес лікування та його результат: кількість пролікованих пацієнтів, кількість днів госпіталізації, кількість хірургічних втручань, витрати на лікування. Кількісні показники надають основу для визначення одиниці оплати послуг лікарні, тобто за що платити [10, с. 7].

Більшість іноземних радників і вітчизняних науковців схиляються до переходу від інтегрованої системи медичного обслуговування, що діє на адміністративній основі (модель Семашка), до інтегрованої, але контрактної моделі фінансування [5; 8; 9].

Контрактна модель розглядає медичну галузь як таку, що надає специфічні послуги. Оскільки медична послуга має свою специфіку – тільки спеціалісти можуть визначити необхідний обсяг і відповідну структуру такої специфічної послуги, то у відносинах “пацієнт-лікар” з’являється третя сторона – замовник послуг. У ролі замовника послуг можуть виступати органи місцевого самоврядування (в окремих випадках – фонд соціального страхування), які представляють інтереси населення, формують вимоги щодо обсягу і якості медичної допомоги [9, с. 112], і яким надається функція контролю відповідності та якості наданих медичних послуг у кожному окремому випадку.

Передумовою запровадження контрактної моделі є перехід на договірні відносини між покупцями та постачальниками медичних послуг, тобто фактично застосування механізму публічних (державних) закупівель. Таким чином, виникає необхідність надання медичним закладам різного рівня певного юридичного і економічного статусу, що дасть їм права ведення господарської діяльності, а фінансуватись вони будуть залежно від обсягу і якості наданих медичних послуг. При цьому оплата первинної допомоги має здійснюватись на основі подушного нормативу медичної допомоги (тобто сімейні лікарі терапевти отримують платню за кількість прикріплених пацієнтів за територіальним принципом), а вторинна і третинна допомога буде фінансуватись за принципом глобального бюджету (рис. 2) [8, с. 65].

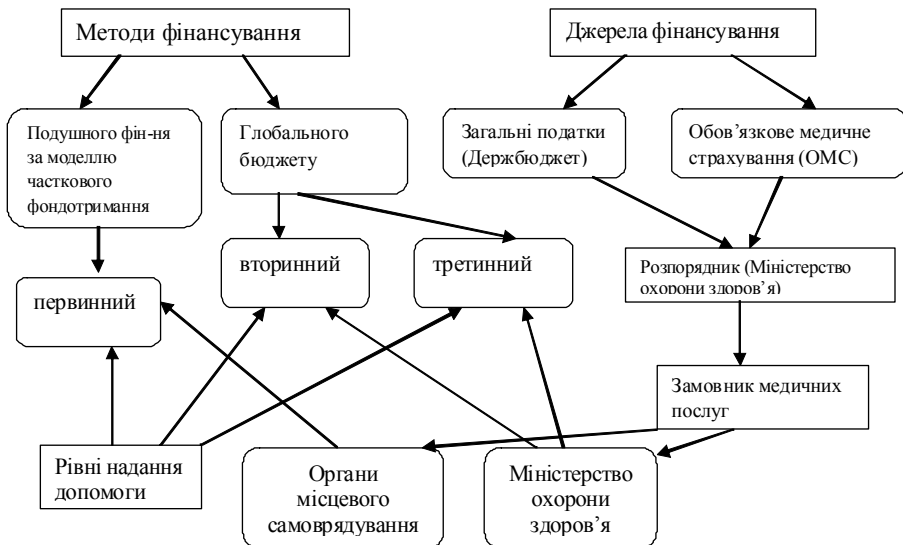


Рис. 2. Модель інтегрованої системи фінансування медичної допомоги

Відповідно до методу глобального бюджету лікарні отримують фіксований річний бюджет під узгоджений обсяг робіт. Сторони домовляються про обсяг річного бюджету і узгоджений обсяг робіт під час переговорів, однак, не оговорюються методи досягнення результатів. Таким чином, адміністрація лікарні отримує стимули до покращання роботи, оскільки в разі залишку коштів, вона може використати їх на власний розсуд в рамках моніторингу виробничих процесів.

Цей підхід вимагає запровадження сучасного обліку на рівні лікарні, а з боку замовника послуг – постійного моніторингу якості наданих послуг. Рівень оплати не залежить від кількості ліжок або потужностей лікарні, а лише від результату діяльності. Існує певний ризик того, що кількість хворих виявиться більшою ніж узгоджений обсяг робіт, що може спричинити зниження якості, або відмову в лікуванні внаслідок “переповнення /перевантаження”, або появи черг, списків.

Взагалі вимірювання якості послуг у системі охорони здоров’я є складним завданням, оскільки стан здоров’я пацієнта при виписці залежить від факторів, що знаходяться поза межами впливу лікарні, як-от: особисті схильності, супутні захворювання, стиль життя тощо. Якщо говорити про якість медичних послуг у межах лікарні, то вона залежить від декількох факторів:

- внутрішньої (клятва Гіппократа) та зовнішньої мотивації (оплата праці) лікарів та медичного персоналу – якщо оплата праці медичного персоналу недостатня, то вона може призводити до викривлення внутрішньої мотивації і тоді відбувається зниження якості наданих медичних послуг;

- ефекту впливу на репутацію (рівень доходів лікарень залежить від реального попиту пацієнтів);

- відповідальності за протизаконні дії (відповідальність за шкоду, заподіяну внаслідок зниження якості лікування) [10, с. 9].

Щодо другої проблеми – недостатності фінансування галузі, – то на сьогодні офіційне фінансування галузі здійснюється на 20 % за рахунок Держбюджету, і на 80 % – з місцевих бюджетів. Додатковим джерелом надходжень більшість науковців [6; 8; 9] називають упровадження обов’язкового медичного страхування (ОМС), що по суті означає перехід від бюджетної моделі фінансування галузі до бюджетно-страхової. При цьому виникає необхідність чіткого розмежування рівнів надання медичної допомоги (первинний, вторинний, третинний) і запровадження базового стандарту якості загальнодоступної медичної допомоги.

Про базовий стандарт якості йшлося ще в Концепції розвитку хорони здоров’я 2000 р., в якій зазначено, що базовий стандарт – це забезпечення населення загальнодоступною медичною допомогою в межах визначеного організаційного рівня надання медичної допомоги та гарантованого обсягу його медикаментозного і технологічного забезпечення [3]. У Концепції також зазначено, що розмежування різних рівнів буде визначено медико-технологічними стандартами надання медичної допомоги і буде здійснюватись державний контроль за дотриманням означених стандартів на кожному рівні. Проте конкретизації і запровадження цих стандартів у медичну практику досі не відбулось.

Визначення базового стандарту має окреслити той реальний обсяг медичної допомоги, який буде надаватись безкоштовно відповідно до державних гарантій надання безоплатної медичної допомоги, тобто врахувати як фінансові можливості

держави на даному етапі соціально-економічному розвитку, так і базові найпоширеніші потреби населення у медичній допомозі.

При цьому слід взяти до уваги побоювання німецьких експертів відносно того, що впровадження додаткового соціального внеску на загальнообов'язкове на медичне страхування призведе до ще більшої тінізації бізнесу [10, с. 2].

Галузь охорони здоров'я привертає до себе особливу увагу через ту роль, яку вона відіграє у підтриманні і відновленні рівня здоров'я населення. Добрий стан здоров'я – одне із найважливіших передумов і факторів, що впливають на працездатність населення, його продуктивність, а відтак, і на конкурентоспроможність людських ресурсів. Тобто органам державної влади необхідно активізувати свої зусилля для усунення неформальних фінансових відносин лікарів і пацієнтів.

Недостатній рівень фінансування галузі призводить до того, що ні потенційні пацієнти, ні медичні працівники не відчують себе соціально захищеними, не мають впевненості у завтрашньому дні. Вирішення цієї ситуації неможливе без зміни організаційно-економічного механізму функціонування галузі охорони здоров'я.

На нашу думку, необхідно, перш за все, змінити механізм фінансування галузі – запровадити показники якості наданих медичних послуг і контроль якості наданих послуг. Другою необхідною умовою є істотне підвищення рівня фінансового забезпечення медичних закладів і медичного персоналу, в тому числі і за рахунок запровадження механізму медичного страхування, перевівши неофіційні платежі населення у правове поле, наділяючи і пацієнтів і медичний персонал відповідними правами, обов'язками і відповідальністю.

Подальшими розвідками в даному напрямку можуть бути обґрунтування необхідності запровадження механізму обов'язкового медичного страхування та розробка змістовного наповнення сфер відповідальності всіх суб'єктів, залучених до заповнення і надання медичних послуг (органи державної влади, органи місцевого самоврядування, фонд медичного страхування, медичні установи, медичний персонал тощо).

Література:

1. Конституція України від 28 червня 1996 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.zakon.rada.gov.ua/go/254к/96-вр>.
2. Основи законодавства про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-12. – Електронний ресурс. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.
3. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України : Указ Президента України № 1313/2000 від 07.12.2000 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000>.
4. Біляєв С. С. Методологічні аспекти формування глобального бюджету як перспективної системи фінансування установ охорони здоров'я / С. С. Біляєв [Електронний ресурс]. – Режим доступу : archive.nbuv.gov.ua/portal/soc_gum/Nvbdfa/2012_1/bilayev.pdf.
5. Державна політика фінансування галузі охорони здоров'я в Україні / [Д. В. Карамішев, О. Є. Вашев, А. С. Немченко, Б. О. Волос] // Державне будівництво. – 2007. – № 1. – Ч. 1. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.kbuapa.kharkov.ua/e-book/db/2007-1-1/doc/2/02.pdf>.

6. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я. Уроки для України. К., 2002 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://eeas.europa.eu/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_uk.pdf.

7. Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава : Програма економічних реформ України на 2010 – 2014 рр. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.president.gov.ua/content/ker-program.html>.

8. *Карамішев Д. В.* Фінансування охорони здоров'я : навч. посіб. для слухачів заочної форми навчання за спеціальністю “Державне управління” та спеціалізацією “Управління охороною здоров'я” / Д. В. Карамішев, А. С. Немченко, О. Є. Вашев. – Х. : Вид-во ХарПІ НАДУ “Магістр”, 2004. – 76 с.

9. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні ; за заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. – К. : Вид-во Раєвського, 2005. – 168 с.

10. Реформування принципів фінансування лікарень в Україні / Інститут Економічних та Політичних Консультацій в Україні ; Німецька Консультативна група при Уряді України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.ier.com.ua/ua/publications/policy_briefing_series/?pid=1278.

Надійшла до редколегії 25.11.2013 р.