

УДК 614.2.003.2:008(477)

А.В. СКОРОХОД (Київ)

ШЛЯХИ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Київський міський урологічний центр

Проведено аналіз різних форм фінансування системи охорони здоров'я, обговорюється можливість запровадження однієї з них на теренах України.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: фінансування охорони здоров'я, позабюджетні джерела фінансування, медичне страхування.

Реформи в галузі охорони здоров'я є однією з найважливіших складових тих перетворень, що зараз відбуваються в Україні. Створення в охороні здоров'я умов подальшої реалізації принципів справедливості, рівності, доступності та доцільності дасть можливість підвищити рівень ефективності та якості надання медичної допомоги населенню країни. Відповідно до цього характерними рисами системи охорони здоров'я повинні бути її мобільність, динамічність та гранична функціональність. Серед проблем, вирішення яких дозволить підвищити рівень здравоохоронних заходів, необхідно виділити проблему пошуку нових позабюджетних джерел фінансування.

Довгий час єдиним джерелом фінансування охорони здоров'я в Україні був та залишається державний бюджет. Бюджетний метод фінансування орієнтований на можливості бюджету, а не на реальні витрати галузі. Не випадково видатки на охорону здоров'я із загального і спеціального фондів Державного бюджету України на 2009 р. на охорону здоров'я зменшилися порівняно з 2008 р. на 3,48%. Це вимагає пошуку нових джерел фінансування.

Одним із них є добровільне медичне страхування. На даний час в Україні здійснюють свою діяльність понад 50 страхових компаній, що володіють досвідом, авторитетом і надійністю у виконанні взятих на себе зобов'язань. Різноманітні благодійні та громадські організації, фонди, створені на добровільних засадах (лікарняні каси, кредитні спілки, тощо), щорічно залучають на свої рахунки понад 3 млрд грн. 4805 благодійних організацій і фондів роблять свої внески у фінансування закладів охорони здоров'я України.

Таким чином, перехід до страхової медицини обумовлений специфікою ринкових відносин в

охороні здоров'я. Медичне страхування дозволяє людині зіставити необхідні витрати на охорону здоров'я зі станом свого здоров'я. Воно передбачає адміністративно-господарську самостійність лікувально-профілактичних закладів, бездефіцитність їх фінансування, забезпечення соціальних гарантій при наданні послуг соціально незахищеним верствам населення.

Обов'язкове (соціальне) страхування виникло 110 років тому у Німеччині і тепер у багатьох країнах становить основу фінансування системи охорони здоров'я. При обов'язковому медичному страхуванні кожний громадянин віддає певну частку особистого прибутку у вигляді страхового внеску (чи за нього це робить хтось інший). Незалежно від розміру цього внеску всі громадяни мають рівні права на отримання певного обсягу медичної допомоги, оплата якої здійснюється за рахунок страхових коштів. За умови використання такої системи півтора мільйони безробітних, що зараз мешкають в Україні, зможуть отримати медичну допомогу, не сплачуючи страхових внесків.

Медико-демографічну ситуацію, що склалася в Україні останнім часом, ряд авторів визначають як кризову, з низьким рівнем здоров'я дитячого й дорослого населення. Статеві-вікова структура характеризується постарінням населення. Частка осіб, старших працездатного віку, складає 23,3%. Усе це призводить до зміни структури навантаження населення працездатного віку дітьми та людьми похилого віку, яких припадає 768 на 1000 осіб працездатного за віком населення, причому навантаження дітьми зменшилося на 7,6%, а особами похилого віку – збільшилось на 1,5%.

Результати дослідження та їх обговорення. Все це, але в різних формах спостерігається в різних областях України. Наприклад, в Сумській області видатки на охорону здоров'я задовольняють потребу галузі лише на 40–50%.

Незважаючи на це, обсяги фінансування щорічно збільшуються і в 2009 р. склали 682,4 млн грн (6 міс. 2010 р. – 839,9 млн грн, 2005 р. – 274,5 млн грн, 2006 р. – 363,4 млн грн, 2007 р. – 465,8 млн грн, 2008 р. – 625,7 млн грн).

Витрати на охорону здоров'я з розрахунку на одного жителя – 586,54 грн в 2009 р. (6 міс. 2010 р. – 319,74 грн). Вартість одного ліжко-дня в стаціонарах області досягла в 2010 р. 122,16 грн (2009 р. – 7,14 грн та 11,67 грн), водночас фінансування одного амбулаторного відвідування по статті “медикаменти” навіть зменшилась – з 1,15 грн у 2006 р. до 1,03 грн у 2007 р.

Ось чому фахівці розглядають реформу системи охорони здоров'я в країні як необхідний комплекс державних, громадських та медичних заходів, що спрямовані на зміцнення та відновлення здоров'я нації. Розробка ефективної стратегії реформування системи охорони здоров'я можлива лише за умов урахування інтересів населення в охороні здоров'я. Такий підхід співпадає з принципами реформування систем охорони здоров'я в розвинутих країнах, проголошених ВООЗ для сучасного етапу.

Деякі автори підкреслюють, що оскільки головним чинником розвитку системи охорони здоров'я будь-якої країни є джерела фінансування, кожна країна має визначити способи їх дослідження по-своєму, керуючись політичною системою, традиціями, економічним статусом та іншими параметрами [1].

Експерти ВООЗ відмічають складність наукового визначення тієї частини національних ресурсів, яка повинна асигнуватися на служби охорони здоров'я. Країнами з відносно невеликими прибутками на потреби охорони здоров'я витрачається не більше 2,5% валових національних продуктів (ВВП), у більшості ж розвинених держав – всього лише 1–2% ВВП, тоді як, наприклад, Німеччина витрачає на це 9,5% ВВП.

До теперішнього часу в світі склалися три основні форми фінансування охорони здоров'я: приватна, бюджетна (державна) і страхова.

При приватній формі фінансування весь обсяг медичної допомоги оплачує сам пацієнт. Бюджетна схема передбачає фінансування охорони здоров'я із загальних податкових надходжень до державного бюджету і охоплює всі категорії населення. При цьому основна частина медичних установ належить державі, управління здійснюється центральними і місцевими органами влади за ієрархічним принципом. Така модель отримала розвиток в Англії, Канаді, Італії, Швеції, Фінляндії і країнах СНД. З бюджету Швеції покривається 91% витрат на охорону здоров'я, Італії – 87%, Канади – 76%. Ця форма має багато спільного з системою, що існувала в колишньому СРСР, відрізняючись лише мірою

централізації управління і розвитком приватної медицини [1].

Системи фінансування охорони здоров'я з використанням механізмів медичного страхування набули поширення в більшості країн світу. При цьому передбачається більша або менша участь урядів у фінансуванні страхових фондів, регулюванні страхової моделі, що склалася сторіччями. Найбільших успіхів у розвитку систем страхування здоров'я досягли такі країни, як Німеччина, Франція, Нідерланди, Австрія, Японія, Бельгія, Канада, Італія, Швеція, Фінляндія. Фінансування охорони здоров'я в цих країнах здійснюється з використанням цільових внесків підприємців і особистих внесків громадян. Питомо вага коштів підприємців і працюючих громадян в різних країнах складає в середньому від 4 до 20% загального об'єму коштів, що витрачаються на охорону здоров'я.

В сучасних економічних умовах для України одним із необхідних напрямків реформування є перехід від системи виключно бюджетного фінансування охорони здоров'я до нової бюджетно-страхової моделі, що ґрунтується на різних формах медичного страхування.

При такій системі держава визначає основні правила функціонування системи, перелік основних послуг, які надаються застрахованим, перелік груп населення, що підлягають страхуванню, регулює розмір страхового внеску, вирішує спірні питання.

Впроваджуючи загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування, можна вирішити наступні завдання:

- відійти від залишкового методу формування ресурсів галузі, поєднати бюджетні та позабюджетні кошти та забезпечити стале фінансування галузі;
- чітко визначити обсяг державних гарантій щодо медичної допомоги та пов'язати його з фінансовими можливостями системи;
- посилити соціально-економічну та юридичну відповідальність закладів охорони здоров'я за результати своєї діяльності;
- впровадити принцип соціальної солідарності на рівні держави;
- забезпечити незалежний, більш ефективний контроль за діяльністю медичних закладів, за якістю та ефективністю медичної допомоги.

Передбачається, що в системі медичного страхування надання медичної допомоги має здійснюватися закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності та відомчого підпорядкування, за умови проходження державної акредитації та наявності відповідної ліцензії. При цьому вони несуть всю повноту відповідальності за результати своєї лікувальної та фінансово-господарської діяльності.

Державний бюджет повинен взяти на себе фінансування соціально-значимих медико-санітарних і оздоровчих цільових програм, включаючи фінансування закладів психіатричної, наркологічної, протитуберкульозної служб, санаторно-курортних та санітарно-епідеміологічних закладів, забезпечення пільгових груп громадян лікарськими засобами і виробами медичного призначення, державних цільових програм, фінансування державних капіталовкладень, тощо. Мобілізація фінансових ресурсів, необхідних для фінансування системи медичного страхування, повинна здійснюватися за рахунок:

- запровадження обов'язкових страхових внесків роботодавців (у вигляді нарахувань на фонд оплати праці найманих працівників) та застрахованих осіб (відраховуються безпосередньо із заробітної плати);
- залучення коштів державного та місцевого бюджетів на сплату страхових внесків за відповідні категорії застрахованих;
- залучення коштів фондів соціального страхування;
- залучення власних коштів зайнятого та не зайнятого у народному господарстві населення.

Іншою формою медичного страхування є лікарняні каси. На території України перша лікарняна каса була створена в 1870 р. на адміралтейському заводі "Россуд" у м. Миколаєві. Підприємці уклали угоду для надання медичної допомоги з Миколаївським військово-морським шпиталем. Згідно з угодою про медичне забезпечення, робітникам заводу надавалася медична допомога у разі нещасних випадків, а відшкодування витрат здійснювалося через лікарняну касу за рахунок підприємства. Далі розвиток страхової медицини в Україні пішов шляхом створення лікарняних кас.

Ця форма медичного страхування носить добровільний характер і набуває поширення в Україні. Зараз в країні створено понад 200 лікарняних кас, що об'єднують біля 1 млн громадян [3;4].

Таким чином, розвиток страхової медицини в Україні може піти кількома шляхами. Доцільність запровадження однієї з форм фінансування охорони здоров'я визначається, насамперед, економічним станом регіону, його медико-демографічними показниками та рівнем заворюваності.

Слід зазначити, що запровадження будь-якої форми страхової медицини вимагає, насамперед, розробки медичних стандартів, які б стали основою для визначення обсягів та якості надання медичної допомоги провайдером медичних послуг, тобто лікувально-профілактичними закладами.

Сьогодні стан розробки медичних стандартів в Україні знаходиться на початковому рівні.

Міжнародний досвід розробки та застосування медичних стандартів, клінічних протоколів тощо показала діяльність проектів Євросоюзу в Україні [5].

Іншим системоутворюючим важелем є законодавча база. Всю законодавчу базу, яка повинна підтримувати процес запровадження медичного страхування, можна розділити на кілька функціональних блоків.

Основою законотворчих процесів для системи загальнодержавного обов'язкового соціального медичного страхування є Конституція України, у ст. 3 якої зазначається, що "людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканість і безпека визначаються в Україні найвищою соціальною цінністю. Права і свободи людини та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави. Держава відповідає перед людиною за свою діяльність. Утвердження і забезпечення прав і свобод людини є головним обов'язком держави"; а у ст. 49 зазначено, що кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Стаття 46 визначає право громадян на соціальний захист, в тому числі у разі повної, часткової або тимчасової втрати працездатності [2].

Роль лікувально-профілактичних закладів як надавачів медичних послуг регулюють на даному етапі "Основи законодавства України про охорону здоров'я" (ст. 16) [4]. Можливість запровадження медичного страхування регламентується у ст. 18, де говориться, що "державна забезпечує створення і функціонування системи медичного страхування населення. Страхування громадян здійснюється за рахунок Державного бюджету України, коштів підприємств, установ і організацій та власних внесків громадян".

Частково права пацієнта теж регламентуються в "Основах законодавства України про охорону здоров'я" (розділ V). Але цього недостатньо для впровадження будь-якої форми медичного страхування. Необхідна розробка законодавчих документів щодо прав пацієнта та статусу медичного закладу. Це саме стосується і розробки та прийняття законодавчих актів, що регламентуватимуть застосування медичних стандартів, інформаційного забезпечення тощо.

Висновки

Таким чином, основними проблемами при зміні системи фінансування охорони здоров'я в Україні є розробка відповідної нормативно-правової бази, соціально-економічне обґрунтування запровадження певної форми фінансування та розробка медичних стандартів, які повинні стати основою не тільки для підвищення якості надання медичної допомоги, але й для визначення обсягів медичної допомоги на кожному з рівнів її надання.

Список літератури

1. *Классификация наиболее известных систем здравоохранения развитых стран // Здравоохран. за рубежом.* – 2007. – № 2. – С. 3–10.
2. *Конституція України // ВВР.* – 1996. – № 30.
3. *Лікарняна каса [Електронний ресурс].* – Режим доступу : <http://uk.wikipedia.org/wiki/>. – Назва з екрану.
4. *Основи законодавства України про охорону здоров'я // ВВР.* – 1993. – № 4.
5. *Про взаємодію лікарняних кас, органів державної влади, органів місцевого самоврядування та закладів охорони здоров'я : наказ МОЗ України №400 від 11.08.2005 [Електронний ресурс].* – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
6. *Про затвердження галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2010 року : наказ МОЗ України № 341 від 25.06.2008 р. [Електронний ресурс].* – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.

ПУТИ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УКРАИНЕ

А. В. Скороход (Киев)

Проведен анализ разных форм финансирования системы здравоохранения, обсуждается возможность внедрения одной из них на территории Украины.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: финансирование здравоохранения, внебюджетные источники финансирования, медицинское страхование.

WAYS OF REFORMING OF FINANCING HEALTH CARE SYSTEM IN UKRAINE

A. V. Skorokhod (Kyiv)

Analysis of different forms of financing health care system has been carried out; the opportunity of introduction of one of them in territory of Ukraine is discussed.

KEY WORDS: financing of health care, unbudgetary sources of financing, medical insurance.

Рецензент: д.мед.н. О. С. Коваленко

УДК 614.2:725.511.007(477)

Н.В. МЕДВЕДОВСЬКА (Київ)

СУЧАСНИЙ СТАН ТА РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ СИСТЕМИ МОЗ УКРАЇНИ

ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"

У статті охарактеризований сучасний стан кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я в цілому та за рівнями (первинним та вторинним) надання медичної допомоги. Описані зміни кадрового забезпечення, які відбулися останніми роками, та висвітлені його регіональні особливості. Отримані результати можуть бути використані при прийнятті управлінських рішень, спрямованих на підвищення доступності медичного допомоги для населення всіх регіонів України.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: охорона здоров'я, кадровий потенціал, регіональні особливості.

Кадрові ресурси є одним з ключових факторів, які визначають якість та ефективність надання медичної допомоги. Необхідною умовою для ефективної діяльності системи охорони здоров'я будь-якої країни світу є кваліфікований і мотивований персонал, який має необхідні навички,

вчиться протягом усієї професійної кар'єри та отримує гідну винагороду за свою працю [1;3;6].

Актуальною залишається посилена увага керівників охорони здоров'я та органів управління в галузі до підготовки та розподілу кадрів з цільовим спрямуванням щодо комплектації штатів медичних закладів, особливо у сільських