

О. Н. ЛИТВИНОВА, Л. М. РОМАНЮК, В. С. КОЛОМИЙЧУК (Тернопіль)

ЕКОНОМІЧНІ ПИТАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"

Економічні питання охорони здоров'я України слід вирішувати з позицій врахування собівартості, раціональності та мотиваційної орієнтації лікарів на здоров'я, а не хворобу.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: економічна ефективність, раціональність, затрати.

Головною метою реформи охорони здоров'я, закладеної у Програмі економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [1], є побудова такої моделі охорони здоров'я, яка б забезпечувала рівний та справедливий доступ усіх членів суспільства до необхідних медичних послуг, високу якість та економічність цих послуг при збереженні соціально прийнятної обсягу державних гарантій.

Наскільки реальна реалізація даної мети на сьогодні можна говорити на основі аналізу економічного забезпечення української здоровоохорони в останні роки.

Найвагомішим аргументом щодо недостатності фінансування в охороні здоров'я приводиться незначна частина ВВП, яка виділяється на охорону здоров'я України порівняно з іншими державами. Водночас слід відмітити хибність такого підходу.

За часткою ВВП досить складно проводити порівняльний аналіз. Відсоток ВВП говорить лише про те, яку частку держава виділяє на ту чи іншу галузь із того, що має. Цей показник аж ніяк не можна зрівнювати із іншими країнами, тому що сам розмір ВВП не є однаковим. Тому якщо якась країна виділяє на охорону здоров'я 10% ВВП, а інша 1%, то ми можемо лише констатувати «щедрість» або «вимушеність» даного поступку, але аж ніяк не кількісну характеристику, тому що 1% від 20000 є 200, а 10% від 200 є лише 20. Говорити про кількість виділених коштів на галузь теж не достатньо коректно.

Мета дослідження: показати складові економічної ефективності системи здоровоохорони України.

Матеріали та методи. Щоб аналізувати затратність системи слід відштовхуватись від поняття її собівартості. Собівартість медичної допомоги залежить від чотирьох основних її складових:

- затрати на трудові ресурси;
- господарські витрати, включаючи затрати на енергетичні ресурси;
- затрати на обладнання, інструментарій та медичні засоби;

- затрати на медикаментозні засоби.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналізуючи затрати на трудові ресурси, слід констатувати дві основні позиції: перша – це те, що на заробітну плату в системі охорони здоров'я витрачається майже 48% виділених коштів (18,7 млрд. грн. із 39,4 млрд грн бюджетних асигнувань у 2010р.), а друга – заробітна плата в системі охорони здоров'я одна із найнижчих в державі і, за даними Держкомстату, становить 1333 грн пересічно на одного працюючого [2]. Говорити про соціальну справедливість за таких обставин намарне. Початкуючий лікар, після 8 років професійної підготовки отримує зарплатню нижчу від санітарки, яка працює поряд з ним, але має стаж роботи. Очевидною є ситуація, що маніпулювання чисельністю працюючих заради зміни величини зарплати не вирішує проблеми. Крім того, слід врахувати, що в первинній ланці медичної допомоги дефіцит лікарів становить близько 30 тис. осіб (за іншими даними 50 тис. осіб), 24,3% серед усіх лікарів становлять особи пенсійного віку. Забезпеченість практикуючими лікарями в Україні у 2009 р. була 26,8 на 10 тис. населення при 33 середньоєвропейському рівні забезпеченості. Все вище перелічене свідчить про те, що говорити про скорочення медперсоналу в Україні наразі не випадає. Дивно видається позиція деяких чиновників системи охорони здоров'я, які говорять про те, що затребуваного лікаря народ завжди прогонує. Вочевидь, наша влада керується саме цією позицією, визначаючи зарплатню лікарю. За даними tojaraplata.com.ua середня щомісячна зарплата лікаря в Україні – 199 доларів, У Білорусії – 338,5, в Росії – 586, в Чехії – 1615, в Голландії – 6307 доларів. Фактично сьогодні всестороннє змирення з такою ситуацією і пояснюється тим, що лікаря «годує» хворий, тому лікар не вживає ніяких кардинальних кроків проти влади, бо «не дуже голодний», владі немає потреби терміново вирішувати проблему (як, наприклад, владі Чехії чи Словаччини). Хворому теж терпимо, бо «зарплата» чи «подяка» лікарю значно менша, аніж була б у випадку приватного лікування. Але

тут слід звернути увагу, виражаючись медичним терміном, на віддалені результати: «зарплата» чи «подяка» лікарю прямує виключно до кишені останнього і не покриває витрати ні господарські, ні на утримання обладнання, ні на медикаментозне забезпечення. Практично лікар отримує свої заробітки за пророблену роботу. Саме тут і криється найбільша прихована небезпека. Ріст цін і ріст потреб розпалює і лікарські апетити – лікар стає виражено зацікавленим робити все більше такої роботи, за яку отримає винагороду, – він стає зацікавленим у хворому, а не здоровому пацієнтові, лікар стає лікувати, а не виліковувати, його діяльність проявляється у тривалому недокоханому виді. Проявів такої злочинної діяльності стає все більше і більше. Реформування оплати лікарської праці повинно базуватися на принципі, коли «лікарю треба платити за те, щоб він нічого не робив», він повинен бути виражено зацікавленим у здоров'ї людей, а не в їх захворюваннях. Якщо Україна зможе вирішити це питання, у нас буде найгуманніша система охорони здоров'я в світі.

Господарські видатки в системі охорони здоров'я в переважаючих випадках регламентовані законодавчими нормами і мало орієнтовані на сучасні вироби та технології. Саме тому вигляд численних лікувальних закладів більше нагадує хати-музеї, а не сучасні лікарні. Якби головні лікарі мали більше свободи дій у фінансових операціях, менше були пов'язані тендером, ситуація однозначно змінилась би на краще. Органам місцевого самоврядування слід було б пам'ятати, що майно лікувальних закладів – це все-таки майно територіальних громад, а не медпрацівників, з усіма витікаючими висновками. Можливості територіальної громади добре ілюструються на прикладі побудови численних церков, які зводяться майже у кожному населеному пункті за кошти громад, бо держава не виділяє на це коштів. То ж медичній громаді варто було б задуматись, чому ж одні і ті ж люди гроші на церкву дають, а на лікарню, яка їм же допомагає, ні.

Затрати на обладнання потребують окремого аналізу. Майже немає досліджень, які б показали так званий «медичний коефіцієнт корисної дії» дороговартісного обладнання в медичній практиці. Чи можемо ми говорити, що використання високотехнологічного обладнання, яке за вартістю перевищує традиційне в тисячі разів, призводить до такого ж зростання медичної ефективності? Вочевидь, що ні. Проте засилля такої технології призводить до згортання, а порою і повної відсутності звичайного лікарського огляду, простого лікарського обстеження з допомогою огляду, пальпації, перкусії, аускульту тощо. Засилля високих технологій часто витіс-

няє лікарський аналіз, логіку лікарського мислення, цілющий вплив слова, дотику, погляду тощо. Хворий перетворюється на предмет праці на високотехнологічному конвеєрі, спілкування з яким стає непотрібним. Ми не закликаємо до повернення до примітивізму і не закликаємо до відмови від високих технологій. Але ми закликаємо до раціональності вибору та інтенсифікації лікарських можливостей. Чи доцільно прагнути до наявності у кожному лікувальному закладі комп'ютерного томографа чи потужного УЗД-апарата, який працює з 9 до 12? Чи доцільно витрачати космічні кошти на діагностичне обладнання, яке уточнює діагнози, поставлені лікарем при пальпаторному обстеженні? Чи доцільно скуповувати надвартісне обладнання, яке у 80 % виконує діагностичні функції при відсутності можливостей лікування? Чи доцільно утримувати стаціонарні відділення, де хворий фактично лікується від сили 2-3 години на добу, а решту часу дивиться телевізор, розгадує кросворди, грає в карти, розважається з ноутбуком тощо. На ці риторичні запитання слід в першу чергу звертати увагу при реформуванні галузі.

Аналіз витрат на медикаментозні засоби говорить про виділення неймовірно мізерних сум по відношенню до потреб. Основні витрати на медикаментозні засоби наша держава вже давно перебрала на плечі хворих. Немічні спроби наведення порядку у даних питаннях шляхом узаконення певних переліків препаратів, які слід закуповувати або не слід закуповувати, на жаль, не увінчуються успіхом. Найрізноманітніші маніпуляції та зловживання питаннями закупівлі, поставок та якості медичних препаратів стали постійною темою публіцистичних матеріалів. Провідною думкою теми недостатнього фінансування є акцент на браку коштів на медикаменти. З року в рік, як показує аналіз, кошти на охорону зростають, і ціни на медикаменти теж, правда, останні трохи швидше. Чи можна сподіватися, що коли наша держава якимись фантастичними способами все-таки б знайшла багато коштів на охорону здоров'я, то нам би їх вистачило на медикаменти – відповідь очевидна – ні і ніколи. То ж виникає резонне запитання: чи не нагадує проблема цін на медикаменти у наших реформах системи охорони здоров'я таку собі священну корову, яку чіпати – зась? Сумно констатувати, що численні лікуючі лікарі протестували проти запровадження правила виписування у рецептах не назви препарату, а діючої речовини, керуючись, вочевидь двома позиціями: по-перше, мало хто з них орієнтується у назвах діючих речовин, а по-друге, більшість з них співпрацює з фармкомпаніями на збут саме препаратів, зовсім не на перше місце ставлячи інтереси хворого. Лише методами державного регулю-

вання можна вирішити дане питання. Лише держава має важелі впливу, які заставляють фармкомпанії відпускати медикаментозні засоби по цінах, що наближаються до собівартості хоча б у системі стаціонарної та невідкладної допомоги. Ні для кого сьогодні не є секретом, що значну шкоду здоров'ю населенню земної кулі приносить саме некоректне вживання фармпрепаратів. І ця проблема якраз вирішиться силами медичних працівників при запровадженні до них економічної мотивації їх вирішувати ці питання в інтересах хворих, а не в інтересах фармкомпаній. І така мотивація повинна забезпечуватися державою і повинна бути закладена в основу реформи охорони здоров'я.

У 2010 році бюджет України становив 281,5 млрд грн, з них на охорону здоров'я було витрачено 39,4 млрд грн, на 2012 рік планується виділити на охорону здоров'я 53 млрд грн – цих коштів теж не вистачить, щоб суттєво покращити ситуацію в галузі. Основну частину коштів з'їдає заробітна плата та витрати на медикаменти і скільки б їх не виділяли, їх весь час буде мало. У системі охорони здоров'я до певної міри слід шукати більше грошей, але, головне, необхідно раціонально використовувати те, що є.

Щодо пропозицій по впровадженню страхової медицини, то це, як мовиться у прислів'ї, «перекладання з хворої голови на здорову». Страхова медицина – це спосіб розподілу коштів, а не їх джерело. Джерело коштів єдине – це люди. А люди України більше дати, аніж дають сьогодні, вже не можуть. Податковий прес в державі до-

сяг максимального рівня. А страхова компанія, чи то приватна, чи то державний страховий фонд, 20% коштів забирає на своє утримання. І, окрім того, в Україні не працюють основні принципи медичного страхування: «здоровий платить за хворого», бо немає в нас здорових (рівень захворюваності в Україні 1868 на 1000 нас.), «багатий платить за бідного», бо у нас не визначена межа ні бідності, ні багатства, і «молодий платить за старого», бо на 1000 працездатного населення у нас припадає 651 особа непрацездатного віку. Але ця цифра не враховує рівень безробіття. У пенсійній системі на 10 платників податку – 9 пенсіонерів, непрацюючих [3].

Висновки

Таким чином, економічна ефективність системи охорони здоров'я в Україні забезпечуватиметься:

1. Підняттям соціального статусу лікаря.
2. Переглядом принципу оплати роботи лікаря від хвороби до здоров'я.
3. Запровадженням державних важелів регулювання цін на медикаментозні засоби співрозмірно до середньостатистичних доходів населення та виділених коштів на охорону здоров'я.
4. Раціональним використанням наявних ресурсів.
5. Інтенсивним шляхом розвитку медичної галузі.

Перспектива подальшого дослідження полягає у визначенні собівартості медичної допомоги на основі визначення собівартості медичного обладнання та медикаментозних засобів.

Список літератури

1. *Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава* : Програма економічних реформ на 2010 – 2014 роки / Комітет з економічних реформ при Президентові України.
2. *Державна служба статистики України*. Держкомстат України <http://ukrstat.org/uk>
3. *Постанова Верховної Ради України від 5 квітня 2011 року N 3188-VI „Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Стан проведення пенсійної реформи та шляхи її вдосконалення»“*

ЕКОНОМИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ

О. Н. Литвинова, Л. М. Романюк, В. С. Коломийчук (Тернополь)

Экономические вопросы здравоохранения Украины следует решать с позиций учета себестоимости, рациональности и мотивационной ориентации врачей на здоровье, а не на болезнь.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **экономическая эффективность, рациональность, затраты.**

ECONOMIC ISSUES OF HEALTH CARE OF UKRAINE

O. N. Lytvynova, L. M. Romanyuk, V. S. Kolomyicyuk (Ternopil)

Economic issues of Health should be addressed from the standpoint of cost accounting, rationality and motivational orientatsii doctors on health, not illness.

KEY WORDS: **economic efficiency, rationality, the costs.**

Рецензент: д-р мед. наук, проф. А.Г. Шульгай