УДК 351.71:61

Є. Ю. Ткач
аспірант
Класичний приватний університет

ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

У статті досліджено заходи щодо посилення соціального захисту населення, які пов'язані з ефективним функціонуванням галузі охорони здоров'я. Запропоновано організаційну структуру системи медичної допомоги. З'ясовано чинники, що зумовлюють нерівність у доступі до послуг охорони здоров'я.

Ключові слова: *охорона здоров'я, ефективність, модернізація, медичне обслуговування, чинники, соціально-економічна політика.*

I. Вступ

Перехід системи охорони здоров'я України в нову якість супроводжується масштабними системними перетвореннями сфери управління галуззю, спрямованими на забезпечення узгодженості всіх механізмів і реалізацію ключової функції системи – охорону здоров'я громадян. Ефективність модернізації охорони здоров'я безпосередньо залежить від використання сучасних методів галузевого управління, що побудоване на принципах стратегічного менеджменту й включає комплекс цільових програмних документів, які реалізовують загальнодержавну політику щодо демографії, охорони здоров'я, підвищення доступності і якості медичної допомоги. За роки незалежності України теоретичні та практичні аспекти охорони здоров'я стали об'єктом активних досліджень українських учених. Вагомий внесок у вирішення теоретичних та методичних проблем розвитку державного управління охороною здоров'я зробили Н. В. Авраменко, М. М. Білинська, Ю. В. Вороненко, Т. С. Грузєва, О. П. Гульчій, Г. В. Дзяк, Л. І. Жаліло, Д. В. Карамишев, Б. П. Кришtопа, В. В. Лазоришинець, В. М. Лобас, В. Ф. Москаленко, З. О. Надюк, М. Є. Поліщук, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова, І. М. Солоненко, Н. Д. Солоненко, О. С. Шаптала та ін.

II. Постановка завдання

Мета статті – оцінити стан та розробити ефективні довгострокові заходи, спрямовані на повноцінне забезпечення гарантованого державою обсягу медичного обслуговування.

III. Результати

На сучасному етапі господарювання українська система охорони здоров'я не здатна повністю забезпечити процес реалізації конституційних прав громадян України у сфері медичного обслуговування. Виникнення складної ситуації спричинено дефіцитом фінансових ресурсів, зниженням якості медичної допомоги, незадовільним матеріально-технічним станом та зростанням масштабів "тіньового" сектора у сфері охорони здоров'я. Підвищити ефективність функціонування національної системи охорони здоров'я можна шляхом залучення додаткових джерел фінансових ресурсів і вдосконалення механізму її фінансового забезпечення.

Незважаючи на проведені дослідження, у наукових працях приділено недостатньо уваги питанням фінансового забезпечення охорони здоров'я в трансформаційний період розвитку економіки, немає комплексного охоплення цієї проблематики та виваженої концепції модернізації фінансового механізму галузі, що зумовлює актуальність дослідження, його теоретичну й практичну важливість.

Система охорони здоров'я – це надзвичайно складна та багатогранна галузь, діяльність якої передбачає створення й розвиток розгалуженої мережі лікувально-профілактичних, санітарно-епідеміологічних, інших оздоровчих закладів і залучення висококваліфікованих кадрів. Це високотехнологічна, наукоємна й ресурсомістка галузь, яка за характером та специфікою є надзвичайно динамічною й потребує значних капіталовкладень. Від рівня забезпечення галузі матеріально-технічними, трудовими, фінансовими ресурсами великою мірою залежать якість медичного обслуговування й стан здоров'я населення. Одним з основних чинників, що впливає на успіх заходів з охорони здоров'я та соціально-економічну результативність цієї галузі, є її фінансове забезпечення.

Загалом для фінансового забезпечення вітчизняної системи охорони здоров'я використовують майже всі джерела фінансування, за винятком коштів фонду обов'язкового медичного страхування. Тому основними формами фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні є бюджетне фінансування, добровільне медичне страхування, самофінансування та кредитування. Крім

© Ткач Є. Ю., 2014

того, у період переходу до ринкової економіки державним та комунальним установам охорони здоров'я було дозволено некомерційну господарську діяльність (медичну й немедичну), таким чином, залучалися додаткові фінансові ресурси. У результаті цього значно поширилася така форма фінансового забезпечення, як некомерційне самофінансування. Зміст некомерційного самофінансування полягає в тому, що його здійснюють на принципах самоокупності, і воно передбачає просте відтворення витрат, пов'язаних із наданням медичної допомоги.

На рівні бюджетних установ відбувається поєднання бюджетного фінансування із системою некомерційного самофінансування для виконання ними намічених завдань і функцій. Некомерційна діяльність бюджетних установ і організацій не має на меті отримання прибутку, і її здійснюють у загальнодержавних інтересах для залучення додаткових фінансових ресурсів. Бюджетні заклади, які протягом тривалого часу майже повністю залежали від одного джерела доходів – бюджету, сьогодні отримали змогу заробляти кошти та фінансувати власні потреби. Звичайно, фінансова свобода бюджетних закладів є відносною, у законодавстві закріплено зв'язок джерел надходження коштів до спеціального фонду з напрямами їх використання, і заклад не може вільно, на власний розсуд, розпоряджатися заробленими коштами. Однак український досвід показує, що надане бюджетним установам право на залучення додаткових фінансових ресурсів в окремих сферах економіки може стати стимулом для їхнього розвитку й навіть виникнення суперництва за право реалізовувати власні товари чи послуги на ринку. Прикладом є галузь вищої освіти, де бюджетні заклади, які фінансують за кошторисним порядком і які водночас мають змогу здійснювати некомерційну діяльність, здобули значну перевагу перед недержавним сектором освіти.

В охороні здоров'я такий процес є дуже інертним через законодавчі перепони й невизначеність державної політики в цій сфері. Кошти, які залучають бюджетні заклади охорони здоров'я до спеціального фонду кошторису, поки що не відіграють значної ролі в їх фінансовому забезпеченні, однак на практиці спостерігається тенденція до поступового пожвавлення некомерційної діяльності в цій сфері.

Упровадження механізмів некомерційного самофінансування діяльності бюджетних закладів стало вимушеним кроком держави через дефіцит фінансових ресурсів і неспроможність повноцінно утримувати цей сектор.

Для країн, де функціонує страхова система охорони здоров'я, характерною є значна питома вага коштів підприємств і населення в загальній структурі джерел фінансування, тоді як функціонування державної моделі медичного обслуговування значною мірою залежить від обсягів бюджетного фінансування. У Великобританії, де діє державна система охорони здоров'я, бюджетні ресурси займають 85%, а у Франції на охорону здоров'я їх витрачають лише 5%, тут головну роль відіграють кошти підприємств, які вони вносять на медичне страхування, – 65%. Фінансове забезпечення кожної моделі відбувається шляхом використання багатьох джерел фінансування, і лише пріоритетна роль окремого джерела визначає її зміст і характерні ознаки.

Економічна криза та її наслідки призвели до зменшення загальних державних доходів і, відповідно, до скорочення реальних обсягів державного фінансування охорони здоров'я. Але одночасно з економічною стабілізацією відбулося й збільшення бюджетних витрат на охорону здоров'я.

Фінансування галузі охорони здоров'я в Україні є пріоритетним напрямом бюджетної сфери, але ці кошти не задовольняють мінімальні потреби галузі. Для державного фінансування закладів охорони здоров'я останніми роками характерна хронічна нестача фінансових ресурсів, що вкрай ускладнює відновлення та розвиток галузі.

Видатки на охорону здоров'я як держави, так і місцевих бюджетів нестабільні, що загострює проблеми галузі. Провідне ж місце у фінансуванні галузі належить органам місцевого самоврядування.

За рекомендацією ВООЗ, показник видатків з державного бюджету на фінансування медичної галузі розцінюють:

– 6,41% ВВП – як мінімальний рівень бюджетного фінансування (рівень виживання галузі);
– 3,2% ВВП – як критичний, за якого відбувається зниження рівня й зменшення обсягу медичної допомоги на 1/3;
– 1,6% ВВП і нижче – як рівень повного руйнування структури медичної галузі.

Результати аналізу даних свідчать про реальне щорічне підвищення на макрорівні держави показника загального обсягу видатків з бюджету держави для системи охорони здоров'я.

Проте, відповідно до вищезазначеного, ми можемо стверджувати, що вже понад 10 років система охорони здоров'я фінансується за критично низьким рівнем, що спричиняє довготривалий етап руйнування галузі, зниження рівня й зменшення обсягу медичної допомоги. Загальний обсяг видатків на фінансування медичної галузі у 2009 р. становив 4,0% ВВП, що не відображає реальних потреб галузі та не може задовольнити відповідні потреби населення в гарантованому державою обсязі й на відповідному рівні.

Немає сумнівів, що обсяги державного фінансування системи охорони здоров'я

мають зростати; проте ці кошти необхідно використовувати максимально ефективно та спрямовувати на досягнення кінцевих цілей поліпшення стану здоров'я населення. На нашу думку, лише додавання бюджетних ресурсів не створить реальних можливостей для оптимізації системи охорони здоров'я в Україні, поки не будуть вирішені сучасні проблеми, пов'язані із системою управління галузі, модернізацією її організаційної структури та механізму фінансування, за якого кошти наразі спрямовуються не на фінансування медичних послуг (забезпечуючи їх якість, своєчасність та ефективність), а на утримання установ галузі, яке залежить від ресурсних показників.

Як показують експертні оцінки [1], реформи у сфері медичного страхування, що наразі обговорюються та зосереджуються на питаннях пошуку додаткових джерел фінансування сектора охорони здоров'я, навряд чи дадуть змогу вирішити фундаментальні проблеми низької ефективності та нерівності, властиві системі охорони здоров'я в Україні. Навпаки, вони можуть створити додатковий податковий тиск і призвести до марнотратства бюджетних коштів.

Тому на першому етапі реформування медичної галузі пріоритетні заходи мають бути сфокусовані на вирішенні таких проблем, що зумовлюють неефективну роботу сучасної системи:

Нераціональний розподіл державних видатків між різними рівнями системи охорони здоров'я належить до основних чинників, що визначають низьку ефективність державних видатків на охорону здоров'я. Так, в Україні наразі практично не існує чіткого функціонального розподілу в наданні послуг первинного і вторинного рівнів медичної допомоги, а жорстке розмежування витрат на потреби охорони здоров'я між бюджетами різних рівнів зберігає умови для існування паралельних медичних структур. Відповідно, більша частина видатків у сфері охорони здоров'я (близько 70% бюджету всієї галузі) спрямовується до лікарень та спеціалізованих медичних закладів, і лише незначна їх частка – до закладів первинної медичної допомоги та профілактики захворювань [1].

Водночас зосередження основних зусиль на первинному рівні медичної допомоги з метою розвитку програм ранньої діагностики захворювань не лише сприяло б поліпшенню стану здоров'я населення та скороченню смертності від усіх причин, покращенню рівня задоволення пацієнтів, а й зумовило б скорочення звернень за спеціалізованими медичними послугами і відповідної потреби в ресурсах для їх фінансування.

Тому пріоритетне значення має реорганізація системи охорони здоров'я, спрямована на підвищення якості й доступності первинної медико-санітарної допомоги для населення, оскільки, по-перше, саме на цьому рівні можна отримати найбільший позитивний ефект, а по-друге, це дасть змогу скоротити сумарний обсяг витрат на медико-санітарну допомогу. На нашу думку, необхідно виходити зі взаємодоповнення двох видів первинної медико-санітарної допомоги: амбулаторно-поліклінічних закладів і лікарів загальної практики (сімейної медицини). Пропорції між ними мають бути об'єктивними і враховувати особливості демографічної ситуації та розміщення населення в Україні. Зокрема, розвиток сімейної медицини особливо потрібний у сільській місцевості країни (амбулаторію сімейного лікаря доцільно відкривати в населених пунктах, де проживає менше ніж 1000 мешканців), необхідне підвищення якості педіатричного лікування.

Пропонуємо таку організаційну структуру системи медичної допомоги:

1. "Сімейні лікарі", або лікарі загальної практики, надаватимуть пацієнтам увесь спектр послуг первинного рівня, включаючи профілактичні заходи; вони матимуть свободу у формуванні контингентів населення, яке користуватиметься їхніми послугами. Зі свого боку, населення сплачуватиме певну фіксовану суму внесків на рахунок лікаря, що визначатиметься за нормативами обслуговування певної кількості та складу населення. Для малозабезпеченого населення, яке не в змозі самостійно сплачувати внески, може формуватися державне замовлення на оплату медичних послуг, які можуть надавати або "сімейний лікар", або медичні установи первинного рівня. Крім того, незахищені верстви населення (інваліди, люди похилого віку, хронічно хворі) повинні мати можливість користуватись первинними медичними послугами загального переліку на безоплатних засадах. Обладнання лабораторій необхідним устаткуванням варто здійснювати на основі кредитів, що будуть надаватися лікарям загальної практики, які працюють у цьому регіоні протягом певного часу і мають стабільний контингент пацієнтів.

2. Пріоритетом реформування вторинного рівня медичної допомоги має стати максимально повне обслуговування пацієнтів з метою скорочення кількості населення, яке потребуватиме високоспеціалізованої допомоги. Фінансування системи вторинної медичної допомоги можна здійснювати двома каналами:

– державне фінансування капітальних витрат медичних установ;
– цільовий податок для фінансування поточних витрат медичних установ (можливим варіантом такого податку є місцевий податок, диференційований за регіона-

льним принципом, що сплачується із сукупних доходів населення; збирання й розподіл податків на місцевому рівні забезпечить можливість контролю та сприятиме підвищенню відповідальності влади).

3. Механізм фінансування високоспеціалізованої медичної допомоги третього рівня має ґрунтуватися на базовому державному фінансуванні з метою утримання закладів, водночас оплату відповідних послуг доцільно здійснювати кількома каналами надходжень: державне замовлення; кошти пацієнтів; надання кредитів тощо.

Існування нерівності в доступі до послуг охорони здоров'я зумовлене як територіальними чинниками, так і рівнем доходу населення внаслідок поширення прямих (у тому числі неформальних) платежів населення у сфері охорони здоров'я. Оцінки обсягу власних виплат населення за медичні послуги дуже відрізняються залежно від джерела даних та методології дослідження, однак, за помірними оцінками, їх обсяг становить від 2,3 до 3,0% ВВП. Так, оцінки Світового банку, які базуються на даних обстежень умов життя домогосподарств та інших обстежень, що містять питання стосовно офіційних і неофіційних власних платежів населення на охорону здоров'я, вказують на те, що у 2005 р. вони могли сягати 2,8% ВВП [1]. Загальна сума цих видатків складається з офіційної плати користувачів послуг, купівлі ліків поза медичними закладами, неофіційних платежів лікарям і витрат на перевезення, харчування та проживання. При цьому обсяги й поширення прямого фінансування за рахунок власних виплат населення істотно зростають з підвищенням рівня спеціалізації послуг охорони здоров'я.

Нерівність у доступі до послуг у сфері охорони здоров'я визначається й наявністю відомчих та інших закладів охорони здоров'я, що обслуговують лише окремі категорії населення за професійною, відомчою або іншою, не пов'язаною зі станом здоров'я людини, ознакою. Ці заклади фінансуються, як правило, за рахунок підприємств, установ і організацій, які вони обслуговують.

IV. Висновки

Першочергове значення має вирішення проблем нерівності в системі охорони здоров'я з наданням незахищеним домогосподарствам певного фінансового захисту від надмірних витрат у разі хвороби. Серед таких заходів можуть бути: ваучери на ліки (оскільки на придбання ліків припадає найбільша частка видатків, пов'язаних із власними виплатами населення); податкові пільги для недержавних медичних закладів, що надають безкоштовні медичні послуги понад базовий обсяг соціально вразливим верствам; надання пільгових кредитів на лікування або оздоровлення.

Загалом посиленню соціального захисту населення також сприятимуть упровадження обов'язкового медичного страхування зі збереженням та поліпшенням безоплатної системи базової медичної допомоги й утворенням механізмів перерозподілу частини коштів, отриманих від надання платних послуг у сфері охорони здоров'я, на фінансування потреб невідкладної медичної допомоги.

Ефективне функціонування галузі охорони здоров'я неможливе без належного її фінансового забезпечення. Проте просте збільшення бюджетних видатків на охорону здоров'я не підвищить ефективності її фінансування без дієвого реформування самої галузі та вдосконалення методів управління нею.

Список використаної літератури

1. Амітан В. Н. Логістизація процесів в організаційно-економічних системах / В. Н. Амітан, Р. Р. Ларіна, В. А. Пілюшенко ; НАН України, Ін-т економіко-правових досліджень. – Донецьк : Юго-восток ЛТД, 2003. – 73 с.

Стаття надійшла до редакції 04.11.2014.

Ткач Е. Ю. Повышение эффективности функционирования системы здравоохранения в Украине

В статье исследованы меры по усилению социальной защиты населения, связанные с эффективным функционированием здравоохранения. Предложена организационная структура системы медицинской помощи. Выяснены факторы, обусловливающие неравенство в доступе к услугам здравоохранения.

Ключевые слова: *здравоохранение, эффективность, модернизация, медицинское обслуживание, факторы, социально-экономическая политика.*

Tkach E. Improve the Functioning of the Health System in Ukraine

The article study measures to strengthen social protection related to the effective functioning of the health sector. The organizational structure of the healthcare system. Elucidated the factors that contribute to inequality in access to health services.

The transition of the health system in Ukraine is accompanied by a new quality of large-scale systemic changes the management of the sector, aimed at ensuring the coherence of mechanisms for the implementation of key system functions - protection of public health. Efficiency upgrading health

depends on the use of modern methods of branch management, which is built on the principles of strategic management and includes a set of targeted policy documents that implement a national policy on demographics, health, improving accessibility and quality of care. Since independence, Ukraine theoretical and practical aspects of health care have been the object of active research local scientists.

Of primary importance is the problem solving inequalities in health care provision to vulnerable households with certain financial protection from excessive expenses in case of illness. Such measures may include: vouchers for drugs (as for the purchase of drugs account for the largest share of expenditures related to OOP) tax exemptions for non-medical facilities that provide free medical services to more than a basic amount of vulnerable individuals; concessional loans to the treatment or recovery.

In general, enhance social protection and promote the introduction of mandatory health insurance to preserve and improve the free basic health care system and the formation mechanisms of redistribution of funds received from paid services in the health sector, to finance emergency care.

The effective functioning of health is impossible without its proper funding. However, simply increasing public spending on health care will not increase the effectiveness of its funding no real reform of the sector and improved methods of management.

Key words: *health, efficiency, modernization, health care, factors, socio-economic policy.*