

УДК 351.773

І. В. Миколаєць,
аспірант, Міжрегіональна академія управління персоналом, м. Київ

СТАНОВЛЕННЯ ТА РОЗВИТОК ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

I. Mikolayets,
Graduate student of the Interregional Academy of Personnel Management, Kyiv

DEVELOPMENT AND DEVELOPMENT OF PUBLIC ADMINISTRATION OF THE PROVISION OF MEDICAL SERVICES

Зазначено, що шляхи створення та розвитку державного регулювання надання медичних послуг ґрунтуються на вимогах часу, сформованому рівні соціально-економічного розвитку суспільства, наявних систем медичної і соціальної допомоги населенню та формується система соціальної політики держави. Визначено, що новий метод фінансування передбачає, що господарські витрати будуть включатися в тариф на надання медичної допомоги. Це означає, що реальні доходи лікарні будуть залежати винятково від кількості і якості наданих нею послуг, тобто вона буде зацікавлена брати більше хворих або ж можливість вишукування додаткових джерел фінансування не залежать від системи обов'язкового медичного страхування таких, як надання платних медичних послуг і медичних послуг у рамках програм добровільного медичного страхування. З огляду на факт відсутності заохочувальних виплат за якісну медичну допомогу і наявні механізми покарання за відсутність якості, приватний сектор медицини неохоче втягується в систему обов'язкового медичного страхування, а державний недоотримує необхідних фінансових ресурсів, що ще більше збільшує розрив між державним і приватним секторами охорони здоров'я.

Визначено, що репресивні методи впливу на якість надаваних медичних послуг знижують ефективність соціального захисту населення, ефективніше було б застосовувати метод "батога і пряника", в рамках якого застосовувалися б інструменти заохочення та покарання відповідно за якісну і неякісну медичну допомогу.

It is noted that the ways of creation and development of state regulation of provision of medical services are based on the time requirements, the level of social and economic development of the society, existing systems of medical and social assistance to the population, and the system of social policy of the state is being formed. It is determined that the new method of financing provides that the economic costs will be included in the tariff for the provision of medical care. This means that actual hospital revenues will depend exclusively on the quantity and quality of services provided by it, that is, it will be interested in taking more patients or the possibility of finding additional sources of funding does not depend on the system of compulsory health insurance, such as the provision of paid medical services and medical services under the voluntary medical insurance programs. Given the lack of incentive payments for quality health care and the available penalties for lack of quality, the private sector is reluctant to be included in the compulsory health insurance system and the state lacks the necessary financial resources, which further increases the gap between the public and private sectors Health Care.

It has been determined that repressive methods of influencing the quality of the provided medical services reduce the effectiveness of social protection of the population, it would be more efficient to use the "whip and stick" method, which would use instruments of promotion and punishment for quality and poor quality medical care, respectively.

Ключові слова: державне регулювання надання медичних послуг, соціально-економічний розвиток суспільства, система медичної і соціальної допомоги, тариф на надання медичних послуг, джерела фінансування, медичне страхування.

Key words: state regulation of provision of medical services, social and economic development of society, system of medical and social assistance, tariff for provision of medical services, sources of financing, medical insurance.

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ У ЗАГАЛЬНОМУ ВИГЛЯДІ І ЇЇ ЗВ'ЯЗОК З ВАЖЛИВИМИ НАУКОВИМИ ТА ПРАКТИЧНИМИ ЗАВДАННЯМИ

У сучасному суспільстві одним з найбільш складних секторів соціального забезпечення є охорона здоров'я.

Найгостріші суперечки зазвичай пов'язані з проблемою ринкових відносин і виникають суперечностями між соціальною місією держави і особистими підприємницькими мотивами. На відміну від звичайного ринку споживчих товарів та послуг лікарі одночасно виступають у двох особах — і як сторона, яка визначає потреби па-

Таблиця 1. Етапи розвитку медичного страхування в Україні

Етап	Характеристика і основні заходи етапу
1 етап (з 06.03.1861 р. по 02.06.1903 р.)	Поява соціально значущої ідеї про необхідність введення обов'язкового страхування на випадок хвороби робітників і початок її практичної реалізації. У 1861 р. був прийнятий перший законодавчий акт, що вводить елементи обов'язкового страхування в Україні. У 1866 р. був прийнятий Закон, який передбачає створення при фабриках і заводах лікарень. Відкриті в 70-80-ті роки XIX ст. на великих заводах лікарні були нечисленними і не могли забезпечити всіх хто потребував у медичній допомозі
2 етап (з 02.06.1903 р. по 25.07.1908 р.)	Ухвалення закону про відповідальність підприємців за каліцтва робітників. Інтенсифікація діяльності з розробки правових актів, що регламентують діяльність зі страхування, обумовлена зростанням робітничого руху. Підготовка чотирьох законопроектів та внесення їх на розгляд до Державної Думи
3 етап (з 25.07.1908 р. по 23.06.1912 р.)	Ухвалення закону про страхування на випадок хвороби
4 етап (з 23.06.1912 р. по 25.07.1917 р.)	Введення в дію закону про страхування на випадок хвороби. Формування і зростання лікарняних кас в Україні. Лютнева революція і реформа закону від 23.06.1912 р. Ухвалення 25.07.1917 р. Новели Тимчасового Уряду про загальну реформу страхування на випадок хвороби
5 етап (з 25.07.1917 р. по 30.10.1917 р.)	Ухвалення Тимчасовим Урядом 4 новел, що стосуються реформи соціального страхування. Розширення кола застрахованих і реорганізація діяльності лікарняних кас. Жовтнева революція і прийняття Декларації Народного комісаріату праці від 31.10.1917 р. про введення в Росії «повного соціального страхування»
6 етап (з 30.10.1917 р. по 31.10.1918 р.)	Прийняття Декрету ВЦВК про безкоштовну передачу лікарняних кас всіх лікувальних установ, підприємств або в разі відсутності таких про видачу грошових сум на їх обладнання. Прийняття Декрету про страхування на випадок хвороби. Ухвалення «Положення про соціальне забезпечення»
7 етап (з 31.10.1918 р. по 15.11.1921 р.)	Централізація соціального страхування, перехід до соціального забезпечення. Ухвалення Постанови ВЦВК «Про передачу всієї лікувальної частини колишніх лікарняних кас Народному комісаріату охорони здоров'я». Поступове скорочення числа лікарняних кас, заміщення «касової» медицини медициною «загальногромадянської». Крах фінансової системи забезпечення соціального страхування, економічна криза в Радянському Союзі
8 етап (з 15.11.1921 р. по 1929 р.)	Нова економічна політика в Радянському Союзі і відродження касового страхування. Прийняття Декрету РНК про реформації соціального страхування. Введення диференційованого тарифу страхових внесків (у залежності від умов виробництва)
9 етап (з 1929 р. по 1991 р.)	Період державної охорони здоров'я та монополізації з боку держави в справі охорони здоров'я, залишковий принцип фінансування, криза національної системи охорони здоров'я
10 етап (з 28.06.1991 р. по 2001 р.)	Ухвалення закону Української РСР «Про медичне страхування громадян в УРСР»; поступовий перехід до системи добровільного та обов'язкового медичного страхування, створення структур обов'язкового медичного страхування, створення структур обов'язкового медичного страхування і формування незалежних суб'єктів - страхових медичних організацій. Реформа національної системи охорони здоров'я

цієнта, і як сторона, їх забезпечує і реалізує послуги. До того ж потенційними споживачами медичної допомоги є найбільш старі і хворі члени суспільства, а зовсім не молоді і здорові, у яких зосереджені основні фінансові ресурси.

Соціальну справедливість в економічних відносинах можна охарактеризувати як образ існування людини в якості основного елемента будь-якої соціально-економічної системи. З рівня окремого індивіда це властивість переноситься на суспільний рівень і змінюється в справедливості або несправедливості соціально-економічної системи в цілому.

Шляхи створення та розвитку державного регулювання надання медичних послуг ґрунтуються на вимогах часу, сформованому рівні соціально-економічного розвитку суспільства, наявних систем медичної і соціальної допомоги населенню та формується системи соціальної політики держави.

Всі етапи становлення державного регулювання надання медичних послуг дозволяють нам вивчити недоліки попереднього досвіду запровадження страхової медицини, яку один із інструментів дієвого механізму формування сучасного медичного страхування і використовувати позитивні результати в практиці страхового захисту.

АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ, У ЯКИХ ЗАПОЧАТКОВАНО ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ

Еволюцію поглядів розвитку державного регулювання надання медичних послуг зроблено у фунда-

ментальних роботах Р.Б. Салтман, Дж. Фігейрас, більшу частку яких присвячено аналізу сучасних стратегій. Трансформаційні зміни моделі фінансування надання медичних послуг описано у наукових працях Й. Кутцина, Ч. Кашіна, М. Якаба. Тривалий час розвиток державного регулювання надання медичних послуг пострадянських країн і моделі фінансування досліджує Е. Річардсон, М. Павлова, В. Лехан. Пошук ідеальної моделі надання медичних послуг та відповідь на питання щодо забезпечення конкурентоспроможності медичних закладів шукав М. Портер та Е. Тайсберг. Проведення медичної реформи у Грузії, Польщі, Росії та пілотування її в Україні породило цілу низку наукових праць з переосмисленням і оцінкою отриманого досвіду, серед авторів яких варто зазначити Ф. Редера, А. Урушадзе, С. Шишкіну, І. Шеймана та інших.

Наявність великої кількості наукових праць з означеної тематики однозначно вказує на її актуальність, водночас недостатність висвітлення впливу реформ державного регулювання надання медичних послуг вказує на ставлення науковців до цієї проблеми як до другої, і відсутність спроможності у самих закладів висвітлювати цю проблему в експертно-науковому середовищі.

МЕТА СТАТТІ

Метою статті є дослідження зміни механізмів державного регулювання надання медичних послуг в умовах проведення медичної реформи.

Таблиця 2. Модель історичного розвитку медичного страхування дореволюційний та радянський період

Етап	Характеристика та основні заходи етапу
1 етап (1861 - 1894)	Ухвалення першого законодавчого акту про введення елементів обов'язкового медичного страхування в Царській Росії. Він стосувався працівників казенних гірських заводів і передбачав устанovu товариств з касами з видачі допомоги з тимчасової непрацездатності та пенсій. Через кілька років був прийнятий закон про створення при фабриках лікарень
2 етап (1895-1916)	III Державна Дума прийняла закон про страхування робітників великих промислових підприємств, який передбачав утворення лікарняних кас, які видавали допомоги на випадок хвороби, в зв'язку з пологами, на поховання, і організували надання медичної допомоги робітникам і членам їх сімей. Підприємцям повинен був видавати лікарняним касами кошти на будівництво, обладнання та приведення в порядок лікувальних установ з розрахунку 1 лікарняне ліжко на 100 працюючих і 1 пологова ліжко на 200 робітниць. У 1916 р. у Росії було понад 2000 лікарняних кас
3 етап (1917- 1919)	Після революції належали підприємцям лікувальні установи були безкоштовно передані лікарняним касами. Лікування поєднувалося з роботою за оцінкою умов праці та життя робітників. У червні 1918 р на I з'їзді медико-санітарних відділів поставлено питання про «організаційному злитті» державної та страхової медицини. Прийнятий 31 жовтня 1918 р закон про соціальне забезпечення трудящих дав підставу для «одержавлення» страхових організацій, в тому числі і лікарняних кас. У лютому 1919 р. прийнято постанову Раднаркому «Про передачу всієї лікувальної частини колишніх лікарняних кас Наркомздоров'я», а з березня 1919 р ліквідовані лікарняні каси. Так було призупинено медичне страхування
4 етап (1921-1929)	У період НЕПу новий уклад господарства змусив повернутися до елементів страхової медицини. Постановами 1921-1923 рр. були визначені внески роботодавців за окремими видами страхування. Розмір страхового внеску залежав від ступеня шкідливості і небезпеки виробництва. У 1922 р. він становив від 21 до 28,5% заробітної плати, а в 1925 р. - від 16 до 22%. Страхові внески не покривали витрати на медичні послуги, а страховий фонд розглядався як дотація до засобів охорони здоров'я
5 етап (1930-1991)	Період державної охорони здоров'я та монополізації з боку держави в справі охорони здоров'я, залишковий принцип фінансування, криза національної системи охорони здоров'я
6 етап	Прийняття Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» № 1105-14 від 1999 року

Джерело: складено автором.

ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ ДОСЛІДЖЕННЯ З ПОВНИМ ОБГРУНТУВАННЯМ ОТРИМАНИХ НАУКОВИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

Чимало політиків, експертів і вчених стверджують, що ефективність національної економіки та побудова громадянського суспільства в Україні багато в чому залежать від того, наскільки дотримуються принципи соціальної справедливості в усіх сферах суспільного життя, включаючи економіку.

Рудий В.М. підкреслює, що головний орієнтир державного регулювання надання медичних послуг на сучасному етапі — максимальне стимулювання економічної активності, формування передумов, за яких кожна людина зможе власною працею, енергією, ініціативою і талантом забезпечувати достатні умови життя для себе і своєї сім'ї [6, с. 124]. Це відповідає як вимогам ефективності, так і принципу соціальної справедливості суспільства. За таких цілей необхідно створення соціально орієнтованих і економічно ефективних інститутів національного господарства.

Надання медичних послуг громадянам в разі хвороби має давню традицію. В історії розвитку медичного страхування України виділяють різні етапи розвитку медичного страхування однією з форм соціального захисту. Так, Пашков В. в історії формування і забезпечення механізмів медико-соціальних гарантій виділяє десять етапів розвитку згідно з таблицею 1 [5].

У словнику термінів по медичному страхуванню О.Ю. Оболенський, І.М. Солоненко, Л.І. Жаліло визначають медичне страхування як форму соціального захисту населення, на випадок втрати здоров'я з будь-якої причини, в тому числі в зв'язку з хворобою або нещасним випадком [2, с. 87]. Будь-який випадок втрати здоров'я не гарантує покриття всіх витрат пов'язаних з ліку-

ванням. У рамках програми державних гарантій безкоштовного надання громадянам медичної допомоги надаються:

- 1) первинна медико-санітарна допомога, в тому числі долікарська, лікарська і спеціалізована;
- 2) спеціалізована медична допомога, в тому числі високотехнологічна;
- 3) швидка медична допомога, в тому числі швидка спеціалізована;
- 4) паліативна медична допомога в медичних організаціях. Фінансування лікування онкологічних захворювань розподілено наступним чином, діагностика оплачується з коштів фонду обов'язкового медичного страхування (ОМС), якщо людина до визначення такого діагнозу був застрахований за договором добровільного медичного страхування (ДМС) страхова компанія покриє йому витрати на лікування в межах страхової суми [1, с. 135].

Поєма многокомпонентного фінансування охорони здоров'я дозволило поліпшити становище системи охорони здоров'я, яка перебувала в жалюгідному стані після державного дефіцитного фінансування [3, с. 89]. Цільове використання коштів, що виділяються згідно з кошторисами, не давало можливості використовувати залишки бюджетних коштів поточного року в наступному періоді.

З 2013 року у закладів охорони здоров'я залишився переважно одне джерело фінансування — кошти Фонду обов'язкового медичного страхування (ФОМС). Бюджетом фінансуються тільки придбання дорогого устаткування і капремонт.

Новий метод фінансування передбачає, що господарські витрати будуть включатися в тариф на надання медичної допомоги. Це означає, що реальні доходи лікарні будуть залежати винятково від кількості і якості

наданих нею послуг, тобто вона буде зацікавлена брати більше хворих або ж можливість вишукування додаткових джерел фінансування не залежать від системи обов'язкового медичного страхування таких, як надання платних медичних послуг і медичних послуг в рамках програм добровільного медичного страхування.

Передбачається, що новий підхід стосовно платної медицини зробить систему обов'язкового медичного страхування (ОМС) привабливою для приватних лікувальних установ, що підвищить конкуренцію за пацієнта між державними і комерційними лікарнями [4, с. 36]. Іншими словами, в системі одно джерельного фінансування через ОМС запропоновано взяти участь медикам-приватникам.

Нова система фінансування дає більшу самостійність керівникам поліклінік і лікарень. В умовах одно джерельного фінансування завдання державних та муніципальних лікувальних установ — ефективно розподіляти наявні кошти.

У рамках існуючих схем фінансування установи охорони здоров'я стикаються з ризиком несплати рахунків за надану медичну допомогу з підстав, передбачених Наказом Міністерства охорони здоров'я від 28.09.2012 р. № 752 "Про порядок контролю якості медичної допомоги" включає такі укрупнені групи, як:

1. Порушення, що обмежують доступність медичної допомоги для застрахованих осіб.
2. Відсутність інформованості застрахованого населення.
3. Дефекти медичної допомоги / порушення при наданні медичної допомоги.
4. Дефекти оформлення первинної медичної документації в медичній організації.
5. Порушення в оформленні та пред'явленні на оплату рахунків і реєстрів рахунків.

На наш погляд, репресивні методи впливу на якість надаваних медичних послуг знижують ефективність соціального захисту населення, ефективніше було б застосовувати метод "батога і пряника" в рамках якого застосовувалися б інструменти заохочення та покарання відповідно за якісну і неякісну медичну допомогу.

З огляду на факт відсутності заохочувальних виплат за якісну медичну допомогу, і наявні механізми покарання за відсутність якості, приватний сектор медицини неохоче втягується в систему ОМС, а державний недоотримує необхідних фінансових ресурсів, що ще більше збільшує розрив між державним і приватним секторами охорони здоров'я. Знижується, а не збільшується (як передбачалося) конкуренція в сфері охорони здоров'я, а це згодом негативно позначиться на споживачах медичних послуг.

Необхідно також відзначити, що якість послуг, що надаються поза програмою обов'язкового медичного страхування в більшій мірі регулюються Законом України від 12.05.91 № 1024-XII, "Про захист прав споживачів" і Законом України від 19.11.92 "Основи законодавства України про охорону здоров'я".

ВИСНОВКИ

Все вищесказане вказує на необхідність пошуку таких економічних і управлінських модулів забезпечують соціальний захист населення шляхом надання якісних медичних послуг, не залежно від джерел їх оплати.

Вся історія світової охорони здоров'я пов'язана з постійним розвитком і посиленням різних форм державної підтримки населення. Спочатку через контроль і регламентацію роботи комерційних страхових систем (як в Німеччині, Франції або Голландії), а пізніше через державне страхування (як в Швеції, Японії або Австралії) і навіть пряме державне забезпечення (як у Канаді, Великобританії або СРСР).

Література:

1. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис і перспективи розвитку / [Кол. авт.; Упорядник — проф. Я.Ф. Радиш, Передмова — проф. Т.Д. Бахтеєва; загальна редакція — проф. М.М. Білинської, проф. Я.Ф. Радиша]. — К.: Вид-во НАДУ, 2013. — 424 с.
2. Управління охороною здоров'я на місцевому рівні: національний та зарубіжний досвід / О.Ю. Оболенський, І.М. Солоненко, Л.І. Жаліло та ін. — К.: Асоціація міст України та громад, 2007. — 191 с.
3. Михасюк І.Р. Державне регулювання економіки: підруч. / І.Р. Михасюк, Л.А. Швайка. — Львів: "Магнолія плюс"; видавець СПД ФО "В.М. Піча", 2006. — 220 с.
4. Глущенко О.В. Аналіз державного регулювання охорони здоров'я та медичної діяльності як однієї з функцій держави / О.В. Глущенко // Регіональний збірник наукових праць з економіки "Прометей". — 2010. — № 3 (33). — С. 34—38 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.nbuv.gov.ua/old_jrn/Soc_Gum/Prom/2010_3/Gloushenko.pdf
5. Пашков В. Державне регулювання діяльності в галузі охорони здоров'я / В. Пашков [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/3256>
6. Рудий В.М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні: монографія / В.М. Рудий. — К.: Сфера, 2005. — 272 с.

References:

1. Bilynska, M. M. and Radysh, I.A. F. (2013), *Derzhavne upravlinnya oхoronoyu zdorov'ya v Ukrayini: genezy's i perspektyvy' rozvy'tku* [Public administration of Health in Ukraine: origins and development prospects], NAPA, Kyiv, Ukraine.
2. Obolens'kyj, O.Yu. Solonenko, I.M. and Zhalilo, L.I. (2007), *Upravlinnya oхoronoyu zdorov'ya na miscevomu rivni: nacional'ny'j ta zarubizhny'j dosvid* [Health management at the local level: national and international experience], Association of Cities and Communities of Ukraine, Kyiv, Ukraine.
3. My'hasyuk, I. R. and Shvajka, L. A. (2006), *Derzhavne reguluvannya ekonomiky'* [State regulation of Economy], Magnolia plus, Lviv, Ukraine.
4. Glushhenko, O. V. (2010), "The analysis of state regulation of health care and medical activities as one of the functions of the state", *Regional'ny'j zbirny'k naukovy'x prac' z ekonomiky' "Prometey"*, vol. 3 (33), pp. 34—38.
5. Pashkov, V. "State regulation of health", [Online], available at <http://www.apteka.ua/article/3256> (Accessed 20 May 2016).
6. Rudy'j, V. M. (2005), *Zakonodavche zabezpechen#nya reformy' sy'stemy' oхoronuy zdorov'ya v Ukrayini* [Legislative support health care reform in Ukraine], Kyiv, Ukraine. *Стаття надійшла до редакції 11.11. 2017 р.*