

МІСЦЕВІ ІНІЦІАТИВИ В ЗАБЕЗПЕЧЕННІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

**Андрій
Буряченко,**
к. е. н.,
доцент кафедри
фінансів
ДВНЗ «КНЕУ
імені Вадима
Гетьмана»

Багато років у суспільстві обговорюється думка щодо необхідності здійснення широкомасштабної реформи у вітчизняній системі охорони здоров'я. Безперечно, у медицині склалася вкрай песимістична ситуація, проте позитивні зрушення в цій сфері все ж можна помітити. Так, чимало політиків, керівників, менеджерів у галузі охорони здоров'я, представників громадськості впевнені, що корінь зла у вітчизняній медицині криється в тому, що немає закону про загальнообов'язкове медичне страхування. Однак із цим можна погодитися тільки певною мірою, адже деякі його аспекти залишаються дискусійними.

На наш погляд, головними критеріями, яким повинна відповідати медична допомога, є доступність, функціональність, сучасність, якість і ефективність в організації. Треба якнайшвидше позбутися дублювання ланок, підвищувати фондівдачу дорогого обладнання, збільшувати обсяги і поліпшувати якість більш дешевої амбулаторної допомоги і згортати дорожчу стаціонарну допомогу. Як відомо, Україна на сьогодні лідирує з-поміж інших країн за кількістю лікарняних ліжок стосовно до кількості населення (більшість яких використовується неефективно) і за тривалістю перебування хворих на них.

Також сфера медичної допомоги має бути забезпечена ресурсами, а її фінансування має бути і достатнім, і адресним, і стабільним, і заздалегідь передбачуваним. Бюджет сфери медичної допомоги в цілому має бути прозорим, і тут найважливіше й найголовніше не те, яка сума грошей виділятиметься на галузь, а те, кому, скільки, коли і навіщо виділено ці фінансові ресурси.

Проголошені напрями реформування амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги в нашій країні передбачають розширення підготовки лікарів загальної практики і масштабне збільшення кількості таких практик, перетворення лікарів загальної практики на суб'єктів прийняття економічних рішень про витрачання коштів на надання первинної і частково спеціалізованої медичної допомоги, трансформування поліклінік у консультаційно-

діагностичні центри надання спеціалізованої допомоги за відповідними напрямими лікарів загальної практики.

Наявна модель охорони здоров'я в Україні досить розбалансована, і за період переходу України до ринкових відносин деструктивні процеси в цій галузі тільки поглиблювалися. Причинами такого становища можна назвати недосконалість законодавчої і нормативної бази, брак фінансових коштів, технологічне відставання від світових медичних стандартів, а також нераціональне використання фінансових ресурсів.

Недосконалість нормативно-теоретичних і практичних положень, які стосуються фінансового забезпечення системи охорони здоров'я, відсутність цілісної науково обґрунтованої концепції ефективного формування і використання фінансових ресурсів у цій галузі актуалізують необхідність ґрунтовних досліджень складних проблем фінансування медицини, зокрема управління її фінансовими ресурсами, та потребу їх наукового осмислення і практичного втілення.

За останні 20 років вітчизняні теоретики та практики в галузі охорони здоров'я, серед яких О. Бабич [1], З. Гладун [2], І. Шевчук [3], Н. Ярош [4] та багато інших, висловлювали свої думки щодо реалій та перспектив функціонування медичної галузі, пропонували способи розв'язання нагальних проблем та завдань. Справді, важко назвати аспекти реформування сфери охорони здоров'я, які б не були висвітлені в наукових публікаціях. Зокрема, з-

поміж пріоритетних напрямів досліджувалися: реформування первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини; поширення профілактичної роботи та пропаганди здорового способу життя; збільшення бюджетного фінансування охорони здоров'я; запровадження обов'язкового медичного страхування; роздержавлення та приватизація медичних закладів; розвиток лікарського самоврядування та залучення медичної громадськості до процесів прийняття управлінських рішень; підвищення ефективності державного управління галузі; удосконалення та систематизація чинного законодавства про охорону здоров'я та ін. Проте, на наш погляд, не було приділено достатньої уваги можливості створення міських лікарняних кас для забезпечення їх членів у разі захворювання лікарями, виробами медичного призначення, розхідними матеріалами тощо.

Система охорони здоров'я, і з цим погоджується більшість спеціалістів у цій галузі, має функціонувати в ринковому медичному середовищі – з жорсткою й ефективною системою контролю за використанням ресурсів та якістю медичних послуг. Цього можна досягти різними способами, у т. ч. через запровадження стандартизації медичних технологій як основи якості медичної допомоги, визначення результативних критеріїв ефективності функціонування системи, які мали б відображати якість медичних послуг і їх відповідність реальному стану здоров'я пацієнтів [5, с. 398–399].

Так, В. Парій, голова правління Всеукраїнської громадської організації «Асоціація працівників лікарняних кас України», вивчивши історію вітчизняної страхової медицини, дійшов висновку, що страхова медицина формувалася на основі лікарняних кас, які були організовані на промислових підприємствах. Метою їх створення було (і тепер є) залучення коштів населення на добровільній основі для забезпечення членів лікарняних кас медикаментами, надання амбулаторно-поліклінічної допомоги, лікування в стаціонарі, проведення діагностичних обстежень тощо.

Здійснимо короткий екскурс у минуле. Медичне страхування на території України зародилось наприкінці XIX ст., але згодом виявилось, що така

форма загалом не вигідна, перш за все для підприємців. Тому виникла ідея активної підтримки фабричної інспекції, до компетенції якої входили соціальні питання на виробництві, запровадження власного добровільного взаємного страхування на некомерційній основі. Згідно з цією формою відносин робітникам надавалася медична допомога у разі нещасних випадків, а витрати відшкодовувалися через лікарняну касу за кошти підприємства.

Наприкінці XIX та на початку XX ст. запровадження медичного страхування як частини системи соціального страхування стало невід'ємною частиною вимог політичного робітничого руху в Україні. Уряд Росії, затвердивши закон «Про соціальне страхування на випадок хвороби», нормативно дозволив робітникам та підприємцям організувати лікарняні або ощадні каси забезпечення, при цьому джерелами їх фінансування стали внески робітників (членів лікарняних кас) та виплати промисловців. Пізніше завдяки внесеним до статуту доповненням адміністрація лікарняних кас здобула право організувати лікарні, амбулаторії, санаторії, аптеки. Взаємовідносини лікарняних кас із лікарями ґрунтувалися або на договірній основі, або через прийняття спеціалістів на постійну роботу. У ті роки простежувалася тенденція до збільшення кількості лікарняних кас та їх об'єднань. Спілки лікарняних кас менше залежали від підприємців, розпоряджались значно більшим обсягом коштів, мали змогу організувати надання амбулаторної та стаціонарної допомоги, екстреної медичної допомоги тощо.

У перші роки існування СРСР система страхової медицини була збережена. Більше того, вийшли Декрети Ради народних комісарів, спрямовані на зміцнення матеріального та юридичного становища лікарняних кас, котрими керувались і в Україні. Навіть у роки громадянської війни і розрухи, коли державна, земська і міська медицина майже цілком занепали, страхова медицина досить ефективно функціонувала. Однак згодом розпочалось одержавлення страхових організацій, і лікарняні каси в Україні були ліквідовані. 1933 року система соціального

страхування втратила самостійність після того як питання страхування було передано до компетенції профспілок, та поступово позбулася складової медичного страхування [6].

Тепер повернемося до сьогодення. Реформування системи медичної допомоги в теперішній час наштовхується на серйозні чинники протидії. Це перш за все так званий законодавчий аспект. У Конституції України (ст. 49) закладено норму про безоплатність медичної допомоги всім громадянам у державних та комунальних закладах здоров'я [7]. Утім, залишаючи цю норму й надалі, держава буде не в змозі повною мірою фінансово забезпечити реформування медичної галузі. Отже конче необхідно не допустити населення до участі у спільній оплаті за визначені медичні послуги, адже добре відомо, що без цього не функціонує жодна система охорони здоров'я у світі. Другий аспект – соціальний. На жаль, багато українців, особливо старшого віку, не залишають надії на повернення безкоштовної системи охорони здоров'я, що перешкоджає більш радикальному та ефективному впровадженню назрілих реформ.

На думку менеджерів системи охорони здоров'я, одним зі способів розв'язання цих питань є створення так званих міських лікарняних кас у формі добровільних благодійних та громадських організацій, що дасть змогу на солідарній основі розв'язати питання фінансування певної частини медичної допомоги. Фактично міська лікарняна каса – один з напрямів реформування, що виник як реакція населення на обмежені можливості державної системи охорони здоров'я щодо забезпечення якісної і доступної безплатної медичної допомоги.

Лікарняні каси почали запроваджуватися в Україні останніми роками як солідарна форма залучення коштів громади в охорону здоров'я. У своїй діяльності міська лікарняна каса використовує страхові технології, що значно знижує фінансові витрати населення під час звернення за медичною допомогою, стимулює підвищення рівня медичних послуг завдяки системі контролю якості надання медичної допомоги. За своїми організаційно-методичними особливостями міська лікарняна

каса може бути альтернативою добровільному медичному соціальному страхуванню [8, с. 4]. Серед переваг цієї системи – досить коректна система сплати членських внесків. Так, для одноосібного вступу до лікарняної каси сплачуються 10 грн, щомісячна сплата внесків становить 30 грн. А родина з дітьми сплачує додатково 10 грн на місяць незалежно від їх кількості. Проте маємо зазначити, що лікуванню за кошти лікарняної каси підлягають не всі захворювання, а тільки ті, що передбачені спеціальним переліком медичних показань. Аналіз цього переліку дає можливість побачити, що до нього не входять досить поширені захворювання, такі як грип, ОРВІ та ін. Тобто він охоплює переважно тяжкі захворювання.

На даний час у нашій державі налічується понад 240 лікарняних кас. Щороку за кошти лікарняних кас одержують медикаментозне забезпечення більш як 400 тис. осіб. Понад 162 тис. (17%) членів лікарняних кас – пенсіонери, 8% – діти. Це свідчить про те, що нині держава не спроможна як належить забезпечити відповідний рівень медичної допомоги населенню. Із сумарного обсягу коштів, які щороку акумулюються в лікарняних касах, приблизно 75 % використовується на забезпечення медикаментами їхніх членів, 5 % – виробами медичного призначення, і лише 15 % іде на ведення загальногосподарської діяльності організації. Тобто, з наведених цифр випливає, що адміністративні витрати лікарняних кас значно менші, ніж державних лікувально-профілактичних закладів та страхових компаній [9, с. 10].

Пацієнтові зазвичай важко оцінити достатність і якість призначень лікаря. Річ у тім, що нераціональні (зайві) витрати можуть бути продиктовані діяльністю медичних працівників, коли вони призначають невиправдано велику кількість медикаментів та непотрібні в конкретних випадках діагностичні дослідження. Міська лікарняна каса, зі свого боку, контролює якість таких послуг з метою зменшення зайвих витрат і стежить за додержанням стандартів, протоколів діагностики і лікування, затверджених Міністерством охорони здоров'я України. Крім

того, придбаваючи медикаменти через попередню закупівлю їх за гуртовими цінами, міська лікарняна каса може одержати знижку до 30–40% від аптечних цін.

Маємо визнати, що описаний експеримент достатньо корисний, але вважаємо за потрібне розглянути проблему недостатнього фінансового забезпечення медичної галузі дещо під іншим кутом. Свого часу ми вже ставили питання щодо доцільності впровадження на теренах України самооподаткування як додаткового резерву зростання доходів бюджету місцевого самоврядування, зазначали позитивні аспекти цього варіанта реформування, наводили приклади успішно проведених експериментів [10, с. 48–49]. Такий захід дав би змогу органам місцевого самоврядування дістати додатковий фінансовий важіль для розв'язання місцевих проблем, однією з яких є фінансування медицини. Саме в цьому ракурсі, на нашу думку, потрібно розглядати дане питання. Після проведення місцевого референдуму необхідно дозволити органам місцевого самоврядування самостійно встановлювати додатковий місцевий збір на медичне обслуговування. Це дасть можливість охопити всі верстви населення, які потребують медичної допомоги. Якщо порівняти це з роботою міських лікарняних кас, то останні зможуть надавати якісні медичні послуги обмеженому колу осіб. На жаль, в ухваленому нещодавно Податковому кодексі законодавці залишили поза увагою питання самооподаткування.

Щодо ідеї впровадження міських лікарняних кас, то її підтримали передусім представники медичного менеджменту та місцеві керівники. І це не дивно, адже реалізація цього проекту дозволить розвантажити місцевий бюджет і частково перекласти відповідальність за надання медичних послуг на інших осіб. Представники ж медичного менеджменту одержать у своє розпорядження додатковий фінансовий ресурс. Проте з-поміж пацієнтів, тобто споживачів послуг міських лікарняних кас, подібної однастайності думок не спостерігається. За час роботи лікарняних кас зафіксовано багато нарікань на якість обслуговування, на досить обмежений перелік медичних пока-

зань, на зневажання інтересами незахищених верств населення тощо. Отже, питання створення та функціонування міських лікарняних кас не є однозначним і потребує широкої дискусії всіх зацікавлених сторін.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Бабич О.Б.* Аналіз підвищення доступності медичного обслуговування в Україні / О. Б. Бабич // Держава та регіон. Серія: Державне управління. — 2008. — № 3. — С. 5–9.
2. *Гладун З.С.* Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації) : монографія / З.С. Гладун. — Тернопіль : Екон. думка, 2005. — 460 с.
3. *Шевчук І.Б.* Класифікація факторів формування регіонального ринку медичних послуг / І. Б. Шевчук // Формування ринкових відносин в Україні: зб. наук. пр. — 2008. — № 7–8. — С. 127–131.
4. *Ярош Н.В.* Державні соціальні стандарти у сфері охорони здоров'я України: монографія / Н. В. Ярош. — К.: Вид-во НАДУ, 2006. — 196 с.
5. *Буряченко А.С.* Результативність видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я / А.С. Буряченко, Є.О. Малік // Формування ринкової економіки: зб. наук. пр. — Вип. 21. — К.: КНЕУ, 2009. — С. 396–408.
6. *Парій В.Д.* Вітчизняний досвід: лікарняні каси як прообраз добровільного медичного страхування / В.Д. Парій // Здоров'я України. — 2008. — № 5.
7. Конституція України. — К.: Вікар, 1996. — 64 с.
8. *Парій В.Д.* Лікарняні каси як фундамент медстрахування / В.Д. Парій / Ваше здоров'я. — 2008. — № 37. — С.4.
9. *Михалюк С.М.* Співпраця лікарняних кас України та Німеччини / С.М. Михалюк // Ваше здоров'я. — 2008. — № 37. — С. 9–10.
10. *Буряченко А.С.* Самооподаткування як резерв зростання доходів бюджетів місцевого самоврядування / А.С. Буряченко // Фінанси України. — 2009. — № 2 (159). — С. 44–51.