

Олександр Іванович ШКАПЯК

лікар,

КЗ «Новомосковська центральна районна лікарня «ДОР»,

вул. Радянська, 238, м. Новомосковськ, 51208, Україна

E-mail: al.shkapiak@gmail.com

Телефон: +380675657610

КРИТЕРІЇ І ПАРАМЕТРИ РАЦІОНАЛЬНОЇ МОДЕЛІ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Шкап'як, О. І. Критерії і параметри раціональної моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні [Текст] / Олександр Іванович Шкап'як // Економічний аналіз : зб. наук. праць / Тернопільський національний економічний університет; редкол.: В. А. Дерій (голов. ред.) та ін. – Тернопіль : Видавничо-поліграфічний центр Тернопільського національного економічного університету «Економічна думка», 2014. – Том 15. – № 1. – С. 189-202. – ISSN 1993-0259.

Анотація

Зростання провідної ролі здоров'я як соціально-економічної категорії диктує необхідність упровадження перевірених підходів і дієвих стратегій при визначенні державної соціальної політики, ступінь успішності котрої сьогодні залежить від ступеня її впливу на здоров'я. Формування сучасних ефективних економічних моделей систем охорони здоров'я, як показує світова практика, хоч і позначене національними особливостями, проте відбувається за певними універсальними критеріями. Досягнення мети щодо формування сучасних соціально відповідальних систем охорони здоров'я базується на підходах, що мають забезпечувати: а) універсальне охоплення населення медичною допомогою; б) об'єднання та перерозподіл ресурсів і вирівнювання ризиків. Водночас реалізація потенціалу систем охорони здоров'я щонайперше потребує ефективного управління й адекватних витрат ресурсів. Об'єктивне зростання вартості медичних послуг і обмеженість ресурсів галузі змушує до пошуку спрямованих на раціоналізацію витрат інструментів політики фінансування національних систем охорони здоров'я. Оскільки, як підтверджує європейський досвід, розподіл коштів, заснований на політичних переговорах, що супроводжують бюджетний процес, чи прецедентах попередніх років, або пропозиціях провайдерів, чи, зрештою, тільки на кількості населення, не є економічно вигідним і ускладнює для колективного платника можливість впливу на сам процес медичного обслуговування, очевидно є необхідність переходу від пасивного відшкодування витрат провайдерів до активних закупівель послуг. Між тим, потенційні можливості впливу української системи охорони здоров'я на суспільне здоров'я обмежені. У статті розглянуто ключові проблеми і системні недоліки фінансування охорони здоров'я в Україні. Доведено, що чинна модель фінансування не забезпечує виконання функцій системи охорони здоров'я. Запропоновано конкретні параметри організованої на багатоканальності оптимальної моделі фінансування вітчизняної системи охорони здоров'я, а запровадження соціального медичного страхування стане ефективним інструментом об'єднання і перерозподілу фінансових ресурсів, системотворчим механізмом і економічним каталізатором реформ у галузі.

Ключові слова: здоров'я; система охорони здоров'я; медична допомога; фінансування суспільного здоров'я; соціальне медичне страхування; медична реформа.

Александр Иванович ШКАПЯК

КРИТЕРИИ И ПАРАМЕТРЫ РАЦИОНАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УКРАИНЕ

Аннотация

Возрастание ведущей роли здоровья как социально-экономической категории диктует необходимость внедрения проверенных подходов и действующих стратегий при определении государственной

© Олександр Іванович Шкап'як, 2014

социальной политики, степень успешности которой сегодня зависит от степени её влияния на здоровье. Формирование современных эффективных экономических моделей систем здравоохранения, как показывает мировая практика, хотя и обозначено национальными особенностями, однако осуществляется за определёнными универсальными критериями. Достижение цели формирования современных социально ответственных систем здравоохранения базируется на подходах, которые должны обеспечивать: а) всеобщий охват населения медицинской помощью; б) объединение и перераспределение ресурсов, выравнивание рисков. В то же время реализация потенциала систем здравоохранения требует, прежде всего, эффективного управления и адекватных затрат ресурсов. Объективное возрастание стоимости медицинских услуг и ограниченность ресурсов отрасли побуждает к поиску нацеленных на рационализацию расходов инструментов политики финансирования национальных систем здравоохранения. Поскольку распределение средств, основанное на политических переговорах, сопровождающих бюджетный процесс, прецедентах предыдущих лет, либо предложениях провайдеров, или, наконец, только на количестве населения, не является, как подтверждает европейский опыт, экономически выгодным и усложняет возможность влияния коллективного плательщика на сам процесс медицинского обслуживания, необходимость перехода от пассивного возмещения затрат провайдеров к активным закупкам услуг есть очевидной. Между тем, потенциальные возможности воздействия на общественное здоровье украинской системы здравоохранения ограничены. В статье рассмотрены ключевые проблемы и системные недостатки финансирования здравоохранения в Украине. Доказано, что действующая модель финансирования не обеспечивает выполнение функций системы здравоохранения. Предложены конкретные параметры организованной на многоканальности оптимальной модели финансирования отечественного здравоохранения, а введение социального медицинского страхования должно стать эффективным инструментом объединения и перераспределения финансовых ресурсов, системообразующим механизмом и экономическим катализатором реформ в отрасли.

Ключевые слова: здоровье; система здравоохранения; медицинская помощь; финансирование общественного здоровья; социальное медицинское страхование; медицинская реформа.

Oleksandr Ivanovych SHKAPIAK

Doctor,

Novomoskovsk Central Regional Hospital

Radjanska str., 238, Novomoskovsk, 51208, Ukraine

E-mail: al.shkapiak@gmail.com

Phone: +380675657610

CRITERIA AND PARAMETERS OF EFFICIENT MODEL OF HEALTH SERVICE FINANCING SUPPORT IN UKRAINE

Abstract

Increasingly important role of health as a socio-economic category necessitates the introduction of proven approaches and strategies in determining the state social policy, the success of which today depends on the extent of its impact on health. Though, as worldwide experience shows, formation of modern economic models of effective health care systems is featured with national characteristics, it follows certain universal criteria. Achieving the goal of formation of modern socially responsible health care systems is based on the approach that should provide: a) universal coverage of medical care, and b) consolidation and reallocation of resources, risk equalization. At the same time realizing the potential of health systems requires, above all, good management and adequate resources costs. An objective increase in health care costs and limited resources in the industry encourage a search for instruments of financing policy aimed at rationalizing expenditures. The distribution of funds based on political negotiations, accompanying the budget process, precedents of previous years, providers' proposals or, finally, based only on the number of population has not turned out to be cost-effective, as the European experience confirms. Moreover, such a distribution complicates the possibility of collective payer to influence the medical care process. All this apparently calls for a shift from passive reimbursement of providers' costs to active procurement of services. Meanwhile, the potential impact on the soundness of Ukrainian public health care system remains limited. The article examines the key challenges and shortcomings of health financing policy in Ukraine. It has been proved that the current funding model does not allow the health system to fulfill its functions. The author has determined specific parameters of the optimal model of multi-channel health financing system and proved the introduction of social health insurance to be an effective tool for pooling and redistribution of financial resources, a backbone mechanism, and economic catalyst for reform in the industry.

Keywords: *health; public health system; medical aid; financing of public health; social medical insurance; healthcare reform.*

JEL classification: H510, I100

Вступ

Економічні зрушення в Україні, що призвели до формування ринкової економіки та її інтеграції до світової економічної системи, ускладнили фінансування охорони здоров'я (ОЗ). Унаслідок економічного спаду та інфляційних процесів упродовж 1990-х років критично скорочувалися обсяги державних інвестицій у систему охорони здоров'я (СОЗ), а її інфраструктура залишилась незмінною. Водночас у нових економічних умовах, коли істотно здорожчали матеріально-технічні й енергетичні ресурси, в медичній галузі, котра перебувала на державному утриманні, не були задіяні адекватні адаптивні механізми.

У разі нездатності чи небажання політиків запровадити дієві механізми мобілізації необхідних для потреб ОЗ фінансових ресурсів із колективних джерел, неофіційні платежі здійснюються незалежно від політики. В Україні дефіцит бюджетного фінансування СОЗ здебільшого покривається саме в такий спосіб, а схема загального безоплатного медичного обслуговування лише декларується.

Втім дефіцитне фінансування – не єдина загроза для вітчизняної СОЗ, позаяк результативне функціонування системи залежать значною мірою від того як розподіляються та як витрачаються ресурси. В умовах конкурентної економіки стратегічний розподіл коштів і поточні витрати в галузі здійснюються екстенсивними неконкурентними методами, спрямованими максимально на утримання інфраструктури, а не на задоволення потреб пацієнтів. Нераціональна модель фінансування гальмує необхідні структурні трансформації в галузі та поглиблює її невідповідність сучасним соціальним та ринковим економічним реаліям.

За оцінками Світового банку, країни зі схожим рівнем економічного розвитку забезпечують тривалість життя населення на 10 років більшу, ніж Україна. Середня очікувана тривалість життя сьогодні в Україні така, якою була у країнах Західної Європи в 1950-х роках. Смертність (особливо серед чоловіків працездатного віку) перебуває на рівні країн з меншим у 5-6 разів рівнем доходу на душу населення: третина українців помирає передчасно у віці до 65 років. Захворюваність на туберкульоз вища, ніж у країнах ЄС у 4,6 раза, на СНІД – у 6,9 раза[13;16;17].

Безумовно, що за таких невтішних реалій немає альтернативи реформі СОЗ як частини комплексних заходів щодо покращення суспільного здоров'я та конкурентоспроможності національної економіки. Причини попередніх невдач, як свідчить аналіз, спроб реформування української ОЗ були: відсутність професійного менеджменту, чітко визначених цілей і стратегії, непослідовність політики перетворень, істотний вплив лобістських груп при ухваленні рішень, спротив незацікавлених учасників.

Як виглядає, скорочення у спосіб директивного адміністрування надмірної інфраструктури й потужностей є імперативом анонсованої 2010 року медичної реформи. Апробація окремих її елементів у пілотних регіонах чітко висвітлює ризики, формування яких обумовлено браком необхідних комунікацій в суспільстві, зосередженістю на проміжних результатах та відсутністю економічних стимулів до реструктуризації госпітального сектора медичного обслуговування [2;10]. Негативний вплив на проведення реформи управлінських, фінансово-економічних і комунікативних ризиків *актуалізує* необхідність деталізації інституційного втілення перетворень.

Метф статті та завдання

Мета цієї роботи полягає в окресленні раціональної моделі фінансування системи охорони здоров'я в Україні.

Досягнення поставленої мети вбачається шляхом вирішення таких *завдань*: а) систематизація недоліків чинної моделі фінансового забезпечення СОЗ; б) визначення критеріїв та оптимальних інституційних параметрів раціональної фінансової моделі; в) виокремлення фінансових пріоритетів.

Виклад основного матеріалу

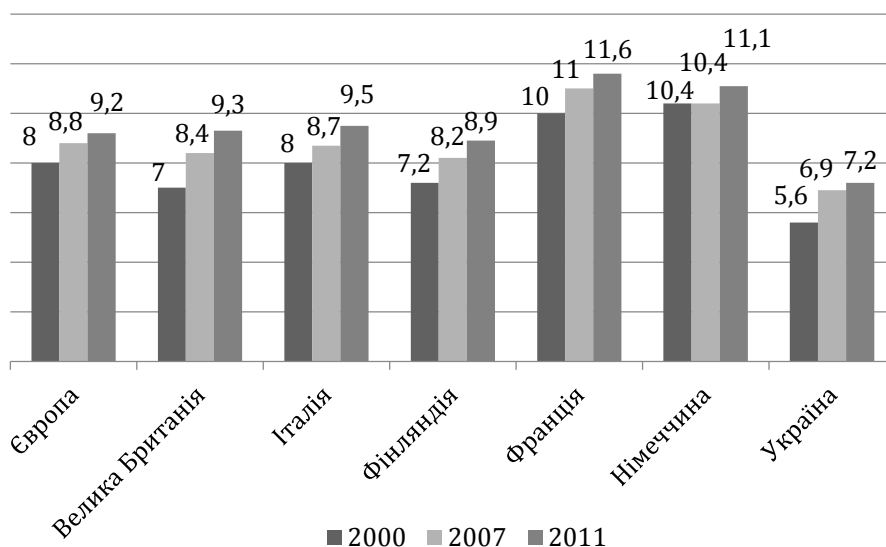
Аналітичний огляд фінансування суспільного здоров'я в Україні дає підстави стверджувати, що наразі ні його обсяги, ні способи не забезпечують виконання задач, які постають перед соціально відповідальними системами, а саме:

- справедливого розподілу тягаря фінансування охорони здоров'я;
- захисту населення від фінансових ризиків, пов'язаних з лікуванням;
- універсального доступу до медичного обслуговування;
- ефективного використання ресурсів.

У зазначеному переліку ключових системних проблем сфокусовані конкретні фінансові параметри,

що є наступними.

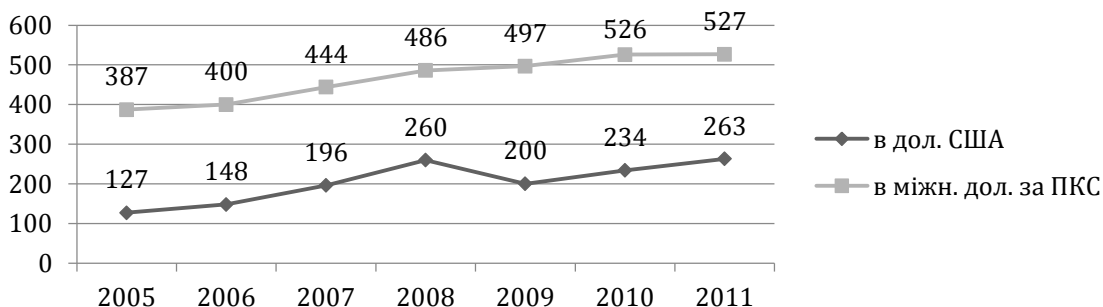
1. Загальні видатки на ОЗ в Україні за європейськими мірками невеликі і в розрахунку від ВВП не перевищують 8 % (рис. 1).



*Розробка автора за [8;17;19]

Рис. 1. Загальні видатки на ОЗ у країнах Європейського регіону у % ВВП

Що ж до загальних подушних витрат, то вони, за даними Національних рахунків охорони здоров'я (НРОЗ), нижчі від середньоєвропейських в 11 разів за обмінним курсом (у дол. США), а за паритетом купівельної спроможності (ПКС у міжнародних дол.) – у 4,5 рази, і наразі стійкої тенденції до істотного зростання немає [8; 18; 19] (рис. 2).

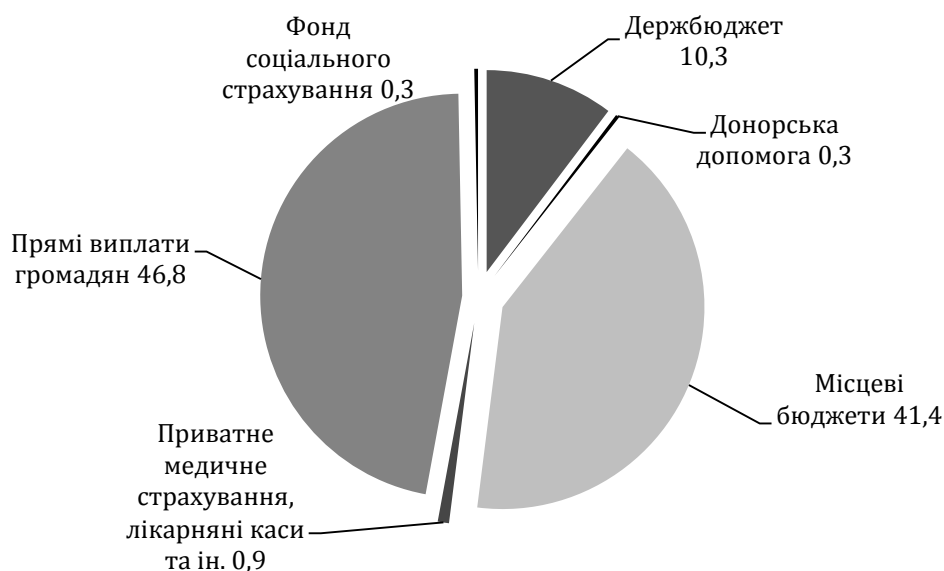


*Розробка автора за [17;18]

Рис. 2. Загальні подушні витрати на ОЗ в Україні

Оскільки достатнє і стабільне фінансування СОЗ є однією з передумов загального охоплення населення медичними послугами, збільшення в Україні фінансових надходжень має бути очевидною стратегічною задачею реформи.

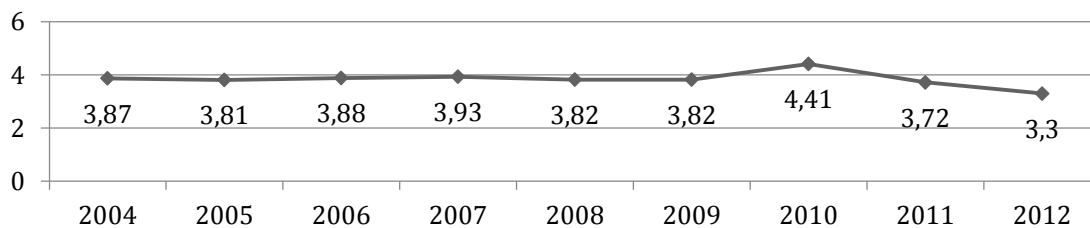
2. Мобілізація коштів для охорони здоров'я здійснюється з різних джерел, проте основними залишаються бюджетні ресурси і прямі виплати громадян (рис. 3).



*Розробка автора за [10;13]

Рис. 3. Структура загальних витрат на ОЗ в Україні за джерелами фінансування, 2011

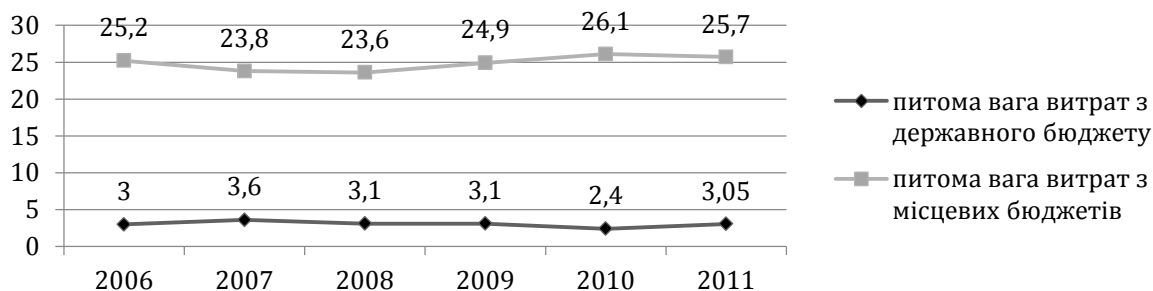
Попри позитивну, окрім 2009 року, динаміку ВВП в Україні, частка державних витрат на охорону здоров'я (у % до ВВП) останніми роками залишається майже незмінною (рис. 4).



*Розробка автора за [4;17]

Рис. 4. Державні видатки на ОЗ в Україні у % ВВП

При середніх у 10,3 % темпах щорічного зростання державних видатків питома вага витрат на ОЗ у структурі загальних державних витрат упродовж останніх років в Україні становить 8-9 % (середньоевропейські витрати – 14,6 %) [19]. Причому в Україні наразі не здійснюються преференційні витрати ні на державному, ні на місцевому рівнях (рис. 5).

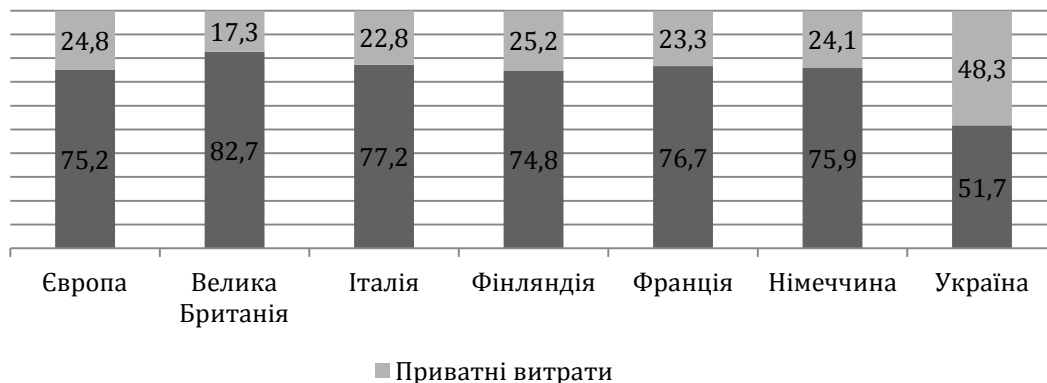


*Розробка автора за [10;14]

Рис. 5. Частка витрат на ОЗ в Україні в структурі державного і місцевих бюджетів

Динаміка бюджетних витрат на медичну галузь від ВВП свідчить про відставання темпів їх зростання від темпів зростання економіки, а стабільно низька частка державних видатків у структурі загальних державних витрат вказує на відсутність пріоритетів державної політики щодо охорони здоров'я.

У Європейському регіоні частка суспільних коштів у структурі загальних витрат на ОЗ стабільна і в середньому складає 75 %, в Україні, за даними НРОЗ, вона становила у 2005 році 54,9 %; 2006 – 60,8 %; 2007 – 61,9 %; 2008 – 57,7 %; 2009 – 55,9 %; 2010 – 56,6 %; 2011 – 51,7 % [17] (рис. 6).

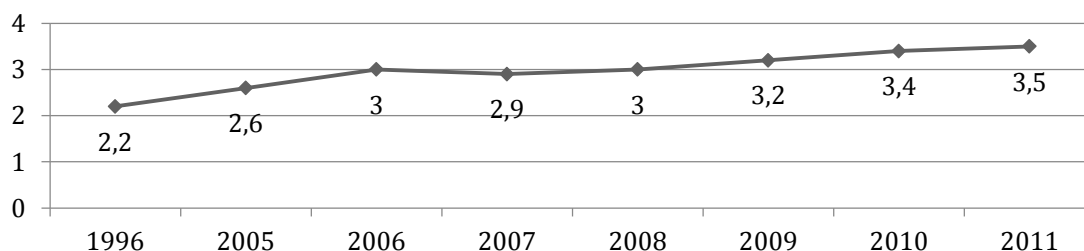


*Розробка автора за [17; 19]

Рис. 6. Структура загальних витрат на ОЗ у країнах Європейського регіону, 2011

Державні подушні видатки на охорону здоров'я в Україні є чи не найнижчими в Європі: вони менші від середньоевропейських у 15,2 раза за обмінним курсом, а за ПКС – у 6,1 раза [8;19].

Натомість упродовж 1996 – 2009 років збільшилися (в середньому на 30 %) обсяги приватних витрат (до 3,2 % ВВП за даними Світового банку), які чи не вдвічі більші, ніж у країнах ЄС (рис. 7).



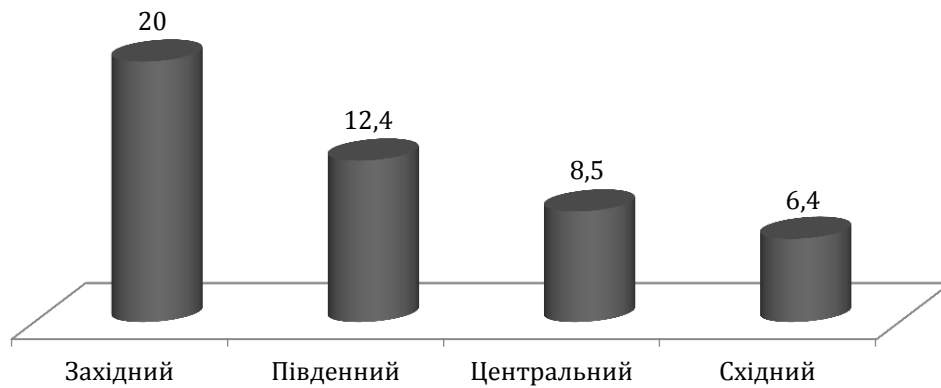
*Розробка автора за [17]

Рис. 7. Приватні видатки на ОЗ в Україні у % ВВП

Причому в структурі приватних витрат зростає частка прямих виплат домогосподарств, і зростання відбувається переважно у формі «тіньових» готівкових платежів. Готівкові виплати пацієнтів в Україні перевищують середньоевропейські в 2,4 раза. Водночас попередня оплата через механізми ПМС і лікарняні каси є несуттєвою: 0,8 % і 0,1 % відповідно [16;19].

Коли безоплатні медико-санітарні послуги витісняються платними, пов'язані з цим фінансові ризики несе сам пацієнт. В Україні, за висновками Світового банку, безпосередня плата за послуги більш регресивна, ніж у країнах Європи, і є перешкодою до універсального доступу населення до медичного обслуговування та потенційною причиною зuboжіння значної його частини.

Необхідність надмірних витрат пацієнтів і нерівність бюджетного фінансування територій знижують доступність до медичної допомоги для мешканців регіонів з різними рівнями економічного розвитку і відлякують від її отримання малозабезпечене населення і сільських жителів (рис. 8, табл. 1).



**Розробка автора за [7]*

Рис. 8. Частота відтермінування звернень за медичною допомогою мешканців різних регіонів України, %

Таблиця 1. Частота відтермінування звернень за медичною допомогою пацієнтів з різними доходами, %

Частота відтермінування звернень за медичною допомогою у зв'язку з необхідністю її прямої оплати	Дохід		Село	Місто
	Низький	Високий		
	16, 8	6, 7		

**Розробка автора за [7]*

За соціологічними опитуваннями Держкомстату України, у 2011 році зросла до 23,4 % (14,9 % у 2010 році) кількість домогосподарств, що не могли подолати фінансові бар'єри і задовольнити свої потреби в медичному обслуговуванні[11].

Доведено, що вірогідність фінансових загроз для пацієнтів є незначною лише тоді, коли питома вага прямих платежів зменшується до 15-20 % [5] від загальних витрат на ОЗ, чого чинна фінансова модель не забезпечує. Прямі платежі є не тільки причиною фінансових ускладнень і ризиків для пацієнтів, а й несправедливого і неефективного використання ресурсів. Тому зниження залежності СОЗ від прямих платежів у спосіб диверсифікації суспільних джерел і максимальної генерації фінансових надходжень від передоплати (передусім встановлення справедливої частки бюджетних надходжень) має бути другим стратегічним завданням реформи фінансування ОЗ.

3. Механізми подолання фінансових бар'єрів щодо доступності до медичного обслуговування та вирівнювання фінансових ризиків у разі нездоров'я (як механізми внутрішньосистемного субсидування) можливо задіяти лише в межах групування і подальшого перерозподілу ризиків і ресурсів. Як показує світова практика, ефективні солідарні системи фінансування ОЗ об'єднують у фонди не менше 6-7 % (від ВВП) публічних коштів[5].

В Україні управління схемами попередньої оплати не забезпечує адекватного об'єднання надходжень від передоплати, які не перевищують 4 % від ВВП. Несправедливість бюджетних витрат у горизонтальній площині посилюється внаслідок автономізації медичного простору і дезінтеграції фінансових ресурсів у вертикальній площині. Кошти, що на 20 % надходять із державного і на 80 % із місцевих бюджетів, розпорошені в бюджетах 14 міністерств і відомств, 27 регіонів, 490 районів і 178 міст обласного підпорядкування[1;14].

МОЗ України є розпорядником найбільшого пулу об'єднаних коштів, проте цей пул контролює не більше 16 % усіх витрат на ОЗ, у т. ч. близько 60 % – державних[10;14].

Наразі положення п. 11 розділу VI Бюджетного кодексу України (БКУ) не реалізовано, а фактична наявність паралельних відомчих структур медичного обслуговування внаслідок дублювання функцій та потужностей проявляється нерівністю державного фінансування та відволіканням додаткових бюджетних коштів в інтересах окремих категорій громадян, тобто нерівністю медичного обслуговування (табл. 2).

Таблиця 2. Структура державних витрат на ОЗ в Україні за розпорядниками коштів

Розпорядники коштів	Роки / %до держбюджету				
	2004	2008	2009	2010	2011
Міністерство охорони здоров'я	54,5	58,5	57,7	60,4	56,8
Інші міністерства і відомства	45,5	41,5	42,3	39,6	43,2

**Розробка автора за [14]*

З іншого боку, попри те, що відбувається дублювання фінансування окремих провайдерів однакових видів медичних послуг з бюджетів різних рівнів, така надмірна територіальна і відомча фрагментація фінансових потоків призводить до непрозорого збільшення адміністративних витрат та неефективності малопотужних пулів. А оскільки відповідно до бюджетного законодавства видатки на фінансування ОЗ віднесені до функцій держави, що делеговані до виконання місцевим бюджетам та не підлягають зворотному делегуванню, то перехресне субсидування фондів за рахунок міжбюджетних трансфертів на практиці не здійснюється.

Прогресивні новації бюджетного законодавства (ст. ст. 89, 90 БКУ) щодо групування фінансових ресурсів для первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на районному і міському рівнях, а вторинної, третинної і екстреної – на обласному остаточно не розв'язали проблеми малопотужності фондів. Як було зазначено на нараді в адміністрації Президента України з питань медичної реформи, що відбулась 12 грудня 2011 року, в Донецькій області уже після структурного і фінансового розмежування бюджетний дефіцит для первинного рівня становив 45,1 млн грн, а вторинного – 440 млн грн. Аналогічні проблеми існують і в інших пілотних регіонах.

Позаяк ефективні системи охорони здоров'я уникають розпорошеності фінансових потоків і децентралізованого об'єднання коштів у пули (або запроваджують дієві компенсаторні механізми), третє стратегічне завдання реформи має бути спрямоване на дефрагментацію, що навіть при недостатніх обсягах передоплати дозволяє підвищити фінансову стійкість СОЗ і захищеність пацієнта.

4. Хоч залучення достатньої кількості публічних коштів для ОЗ є обов'язковим, проте сама їх наявність не гарантує загального охоплення медичним обслуговуванням, так само, як застосування механізмів передоплати і пулінгу фінансових ресурсів автоматично не прибирає бар'єри на шляху до універсального доступу. Остаточним завданням трансформації чинної схеми фінансування є забезпечення ефективного використання ресурсів.

Утім, як показує аналіз, структура витрат на ОЗ в Україні деформована не лише за джерелами надходжень та розпорядниками бюджетних коштів, а й за провайдерами, функціональною й економічною ознаками (табл. 3, 4, 5).

Таблиця 3. Структура загальних витрат на ОЗ в Україні за провайдерами послуг, 2011

Типи провайдерів	Частка витрат, %
Лікарняні заклади	39,4
Заклади тривалого перебування хворих, у т. ч. сестринські	5,3
Заклади, що надають амбулаторно-поліклінічні послуги	11,8
Організації з продажу ліків і медичних товарів	34,6
Інші	8,9

Таблиця 4. Функціональна структура загальних витрат на ОЗ в Україні, 2011

Види послуг	Частка витрат, %
Придбання ліків, медичних товарів і обладнання	32,7
Стаціонарне лікування	27,1
Амбулаторне лікування	15,8
Реабілітаційне лікування	4,8
Профілактика захворювань	3,4
Інші	16,2

Таблиця 5. Економічна структура бюджетних видатків на ОЗ в Україні, 2012 рік

Видатки за кодами економічної класифікації	Частка витрат, %
Оплата праці з нарахуваннями на заробітну плату	73,5
Комунальні послуги та енергоносії	8,7
Медикаменти та розхідні матеріали	7,5
Продукти харчування	2,3
Капітальні видатки	3,1
Інші	4,9

**Розробки автора за [13; 14]*

Неповне розмежування видатків за видами послуг сприяє їх перерозподілу за ресурсними критеріями (кількістю ліжок, штатних посад) у бік вартісного госпітального спеціалізованого медичного обслуговування. При тому, що в країнах з пріоритетним розвитком первинної медичної допомоги питома вага витрат на амбулаторні послуги складає, скажімо, у Польщі – 22,1 %, у Німеччині – 21,4 %, в Іспанії – 36,3 %, в Україні більше чверті всіх коштів витрачається на стаціонарну допомогу і майже 40 % на утримання найдорожчих провайдерів, а на значно дешевшу амбулаторну (ПМСД із спеціалізованими консультаціями) допомогу і профілактику – чи не вдвоє-втричі менше[12;13;16].

Відтак, структурні диспропорції, коли обсяги спеціалізованої істотно перевищують обсяги первинної допомоги, тобто коли піраміда медичного обслуговування перевернута «з ніг на голову», підтримуються відповідним способом розподілу ресурсів за функціональним напрямком. До того ж в Україні госпітальний сектор перенасичений ліжками, а ліжковий фонд надмірно спеціалізований й інтенсивність його використання невисока.

Тоді як доведено, що фінансування ПМСД за схемами фондотримання підвищує ефективність використання коштів, раціоналізує маршрут пацієнта і структуру послуг, в пілотних регіонах шляхом жорсткого адміністрування формують безальтернативні бюрократизовані інституції загальної практики.

Передбачене ст. 20 БКУ застосування програмно-цільового методу (ПЦМ) у бюджетному процесі як способу узалежнення ресурсів і результатів та визначення у відповідності з цим 27 типових програм з ОЗ[3] не усунуло деформацій розподілу фінансових ресурсів. Адже, по-перше, більшість зазначених програм фактично розробляють, не з огляду на реальну вартість послуг, а як і раніше – за ресурсними показниками. По-друге, дається взнаки відсутності практики стратегічного і середньострокового планування у бюджетній сфері. По-третє, за програмною класифікацією видатків на виконання програм і централізованих заходів з ОЗ виділяється з держбюджету не так багато коштів (21,8 % у 2010 році)[13]. По-четверте, розробка і фінансування цільових програм на рівні місцевих бюджетів істотно не зменшує ресурсної фрагментації. По-п'яте, загальним недоліком є те, що майже в усіх програмах видатки на придбання вартісного діагностичного і лікувального обладнання дублюються, а загалом фінансове забезпечення програм недостатнє (60-80 %)[10;13].

Способи оплати провайдерів в Україні, зрештою як і оплата праці персоналу, цілком залежні від того, в чий власності вони перебувають. Провайдери державної і комунальної форм власності, попри низьку якість їх послуг, і надалі залишаються монополістами, а частка приватного сектору не більша 1 % (у країнах Європи вона становить близько 50 % ринку)[7].

Між указаними категоріями провайдерів конкуренції за бюджетні кошти не існує, бо приватні провайдери традиційно позбавлені доступу до цих коштів і покриття витрат здійснюють через механізми приватного фінансування з переважно гонорарними методами оплати праці. Суспільні ж провайдери перебувають на кошторисному утриманні державного і місцевих бюджетів з прив'язаними до ресурсних показників формульними методами визначення видатків. При цьому більшість нормативів не відображають реальних витрат (наприклад, на ліки чи харчування), а прямі витрати на пацієнта становлять близько 10 %, тобто бюджетні асигнування не залежать від обсягів виконаної роботи чи потреб населення у медичній допомозі, обумовленої структурою захворюваності та важкості її перебігу [10; 12; 13].

Окрім того, що оплата праці в галузі є критично низькою (нижчою від фактичного середнього рівня зарплати в країні в 1,6 раза і в 1,8 раза –в промисловості та відстає порівняно з країнами-сусідами із СНД вдвоє, а з країнами-членами ЄС – чи не вдесятеро), вона ще й здійснюється на основі недиференційованих за обсягом виконаної роботи ставок (посадових окладів). Основним недоліком фіксованої заробітної плати є відсутність зв'язку між оплатою і результатом діяльності персоналу.

Покриття, у зв'язку з недофінансуванням галузі, в основному поточних витрат не дозволяє здійснювати вчасне оновлення зношених на 70-90 % основних фондів. При обсязі капіталовкладення в інфраструктуру на рівні 3,1 % коефіцієнт оновлення основних активів не перевищує 1,9 % [12;16], що

гальмує розвиток передусім високотехнологічних видів медичної допомоги.

Маючи вкрай низький рівень управлінської автономії, провайдери позбавлені права самостійно розподіляти кошти відповідно до пріоритетів. А за такого методу фінансування, по-перше, відтворюється витратний спосіб господарювання, коли навіть значне збільшення фінансування не гарантує якісного зростання, і дефіцит коштів віддзеркалює не лише недостатність фінансування, а й організаційно-структурну неефективність системи, по-друге, обмежуються управлінська ініціатива пошуку шляхів ефективності.

Доведено, що серед десяти потенційних причин неефективності СОЗ три обумовлюються обсягом і характером витрат на ліки [5]. Попри те, що частка цих витрат в Україні більша, ніж аналогічні витрати країн з низькими та середніми доходами, 8 % бюджетних коштів вистачає на покриття лише 2 % загальних витрат на медикаментозне забезпечення, а 98 % лягає тягарем на плечі пацієнтів, а у країнах Європейського регіону витрати на ліки на 70 % і більше відшкодовуються із об'єднаних фондів [13;15]. Відсутність раціональної фармацевтичної політики на макро- і мікрорівні та механізмів реімбурсації є наслідком як поліпрагмазії, так і обмеження доступу до ліків.

Як бачимо, причинами зазначених фінансових проблем ОЗ в Україні є: 1) недостатня кількість публічних коштів, що надходять від передоплати, та неефективне їх об'єднання в фонди; 2) витратна неефективність чинної моделі фінансування.

Розв'язання ключових проблем фінансування перебуває у площині змін щодо: а) характеру накопичення і розподілу достатньої кількості фінансових ресурсів; б) способу оплати провайдерів медичних послуг. Задля цього необхідно ліквідувати: а) механізми, що обумовлюють фрагментацію і дублювання під час пулінгу і розподілу коштів; б) витратний (кошторисний) спосіб фінансування провайдерів, а натомість: а) встановити оптимальні співвідношення відповідальності держави, суспільства і споживача за фінансування ОЗ і перебудувати систему мобілізації попередньо виплачених коштів; б) запровадити орієнтовані на результат економічні регулятори і ринкові стимули. Локальні спроби щодо: а) подолання проблем фінансової незахищеності у разі хвороби чи б) поліпшення якості медичної допомоги відчутних системних результатів, на нашу думку, не дадуть.

Критерії і параметри оптимальної моделі мають бути наступними.

1. Справедливість фінансування і фінансовий захист.

Трансформація регресивної загалом системи фінансування охорони здоров'я в Україні, котра на сучасному етапі не забезпечує мобілізації такої кількості коштів і таким чином, щоб гарантувати населенню справедливий доступ до медичної допомоги, має здійснюватися у напрямку публічної багатокомпонентної бюджетно-страхової моделі, здатної подолати нерівність державних видатків на ОЗ та змінити негативний баланс приватних і суспільних коштів у структурі загальних витрат, а отже, й зупинити повзучу комерціалізацію галузі. У структурі фінансових надходжень до СОЗ за такої суспільно-солідарної моделі питома вага безпосередніх виплат пацієнтів не повинна перевищувати 10 %, а решта 90 % – частка попередніх виплат (як мінімум 6 % ВВП) у співвідношенні: 45-55 % бюджетні кошти, 45-35 % внески на загальнообов'язкове медичне страхування, 10 % внески на добровільне медичне страхування.

Попри те, що в Україні існують правові, економічні, соціальні і медичні передумови запровадження СМС [9], воно наразі гальмується конфліктом бізнесових та політичних інтересів і залежить від політичної волі.

Посилання на економічну нестабільність не є виправданими, бо так зване десятиліття реформ охорони здоров'я в Європі проходило, коли економічне падіння в окремих країнах сягало 50-70 % [15].

З іншого боку, аргументи опонентів, що запровадження СМС збільшить фіскальний тиск на реальний сектор економіки і не розв'яже проблеми дефіциту коштів для ОЗ, є скоріше намаганням зберегти статус-кво. Адже в арсеналі економічної політики держави є вдосталь регуляторних механізмів щодо перерозподілу податкового навантаження, по-перше. По-друге, економічні наслідки погіршення якості людського капіталу – суспільного здоров'я (вартість «тягаря хвороб» оцінюється в 26 % ВВП [6]) – впливають на конкурентоспроможність економіки куди більшою мірою, ніж, скажімо, збільшення на 5-6 % цільових відрахувань від фондів оплати праці. А по-третє, за умови наявності скоріше якісного дефіциту коштів, ніж кількісного, запровадження СМС на перших порах варто розглядати не як провідне джерело суспільних коштів для охорони здоров'я, а радше, за прикладом Польщі чи Молдови, як ефективний інструмент їх об'єднання, як системотворчий механізм і економічний каталізатор реформ у галузі. І, зрештою, будь-яке додаткове надходження суспільних коштів повинно зменшити частку прямих виплат у структурі надходжень, а поступовому збільшенню коштів СМС сприятиме легалізація ринку праці та її оплати.

В українських реаліях слід урахувувати під час реформування СОЗ, що її ефективність як публічної системи суттєво залежатиме від її прозорості та що роль бюджетних коштів у фінансовому забезпеченні доволі тривалий час буде визначальною і важливо, щоб до пацієнта як кінцевого споживача ці кошти

рухались прозорішими за бюджетні каналами СМС. Що ж до ролі ПМС як складової багатокомпонентної моделі, то воно має формувати сектор додаткових поза базовим пакетом можливостей.

Отже, запровадження контрактної моделі з чітким визначенням обсягу, структури і якості не декларативно, а реально гарантованих послуг підвищує ступінь захисту від фінансових наслідків хвороби, і плата за цей захист цілком узалежнюється від доходу особи, а не від індивідуального ризику.

2. Макроекономічна ефективність.

Модель СМС з єдиним державним страховиком (фондом медичного страхування), коли для оплати медичної допомоги створюється національний пул фінансових ресурсів (бюджетних і страхових), а в його рамках – регіональні філії, уможливорює подолати адміністративну децентралізацію й територіальну фрагментарність пулів бюджетних коштів, сформувати єдиний медичний простір, встановлювати верхню межу витрат, тобто здійснювати макроекономічний контроль за видатками. До того ж запровадження такої досить легко керованої моделі з інтеграцією в одній структурі функцій пулінгу коштів і закупівлі послуг не потребує значних фінансових витрат на адміністрування, дозволяє використовувати ефекти масштабу і монопольних закупівель та полегшує застосування механізму вирівнювання ризиків.

Очевидність переваг фінансування за принципом єдиного платника підтверджується й досвідом Росії: після тривалих, з 1993 року, експериментів там повертаються до моноканального фінансування провайдерів послуг.

3. Розподільча і технічна ефективність.

Кінцеві результати мають забезпечуватися не лише структурою ресурсів на вході в систему, а й чітко визначеною структурою витрат: ефективністю закупівель на етапах розподілу коштів і оплати провайдерів, тобто кількістю, якістю послуг і ступінь задоволення пацієнтів повинні бути максимально можливими при мінімально можливих витратах.

Стратегічний розподіл ресурсів: а) між регіонами за принципом актуарності має мінімізувати нерівність фінансування; б) між секторами ОЗ і рівнями надання медичних послуг за принципом економічності з наступною еволюцією загальних практик у бік фондотримання покликаний обмежувати необґрунтоване використання витратно неефективних діагностичних і лікувальних технологій, одночасно стимулювати амбулаторний сектор з пріоритетним (до 20-25 % від загальних витрат) фінансовим забезпеченням ПМСД. Розмежування функцій фінансування і надання послуг сприятиме утвердженню принципу, коли гроші «йдуть» за пацієнтом.

Розширення самостійності і економічної мотивації провайдерів шляхом зміни їх господарсько-правового статусу та перспективна їх оплата у спосіб диференційованого за віко-статевими та іншими індикаторами подушного фінансування з корекцією ризиків і визначених на основі потреб у послугах певної інтенсивності фіксованих бюджетів з контрактацією очікуваних результатів мають потенціювати і технічну ефективність, і справедливість фінансування. Застосування моделі активних закупівель медичних послуг за суспільні кошти на контрактній основі сприятиме формуванню як конкурентного середовища, так і повноцінного ринку цих послуг, з одного боку, і дозволить раціоналізувати витрати, змінюючи пропорції між видами медичної допомоги та нормативи навантаження персоналу – з іншого.

Окреслена нами модель схематично набуває такого вигляду (рис. 9).

4. Доступність і якість ліків.

Референтне ціноутворення на фармацевтичному ринку, яке з 2013 року запроваджується в Україні, остаточно не розв'яже проблеми доступності ліків, адже завжди існує ймовірність їх дефіциту за регульованими ціновими пропозиціями. Лише поєднання раціональної фармацевтичної політики з механізмами реімбурсації (до 70-90 %) вартості ліків застрахованим особам, а не аптекам підвищить як рівень доступності до медикаментів окремого пацієнта, так і ефективність амбулаторних служб.

Висновки та перспективи подальших розвідок

Підсумовуючи, мусимо зазначити, що реформа оцінюється суспільством не за експериментами з інфраструктурою, а скоріше за кінцевими результатами: рівнем здоров'я і ефективністю медичних втручань. Доведено, що правильне інвестування в ОЗ є ефективним способом покращення здоров'я і добробуту громадян [12; 15]. Досягнення цілей реформи можливе лише за умови економічно-правових перетворень: формування економіки охорони здоров'я, що базується на обґрунтованій вартості медичних послуг (економічному тарифоутворенні), інформаційних технологіях і професійному менеджменті.

В основі оптимальної моделі фінансового забезпечення вітчизняної СОЗ як ключової детермінанти суспільного здоров'я має бути запровадження: а) інноваційних способів накопичення і розподілу достатньої кількості коштів із суспільних джерел; б) орієнтованих на результати методів оплати як суспільних, так і приватних провайдерів; в) квазіринкових відносин з фінансовими стимулами та регуляторами. Загалом така модель з прозорим рухом коштів і механізмами контролю на стадіях їх

формування, розподілу і використання має бути: а) спрямованою на задоволення потреб споживачів; б) найменш витратною для платників; в) прийнятною для провайдерів.

Окрім потенціалу ефективності, в запропонованій моделі закладено ще й підвалини для можливої внутрішньосистемної реорганізації її в напрямку до «регульованої» конкуренції страховиків. Але запровадження моделі конкурентних закупівель послуг із «альтернативами горизонтальної справедливості», як вказує невдала її спроба в Росії, потребує послідовності і збільшення операційних витрат.

Отже, для успішного запровадження в Україні загальнообов'язкового медичного страхування як ключової стратегії медичної реформи необхідно задіяти ефективні технології, що є перспективою подальшого дослідження.

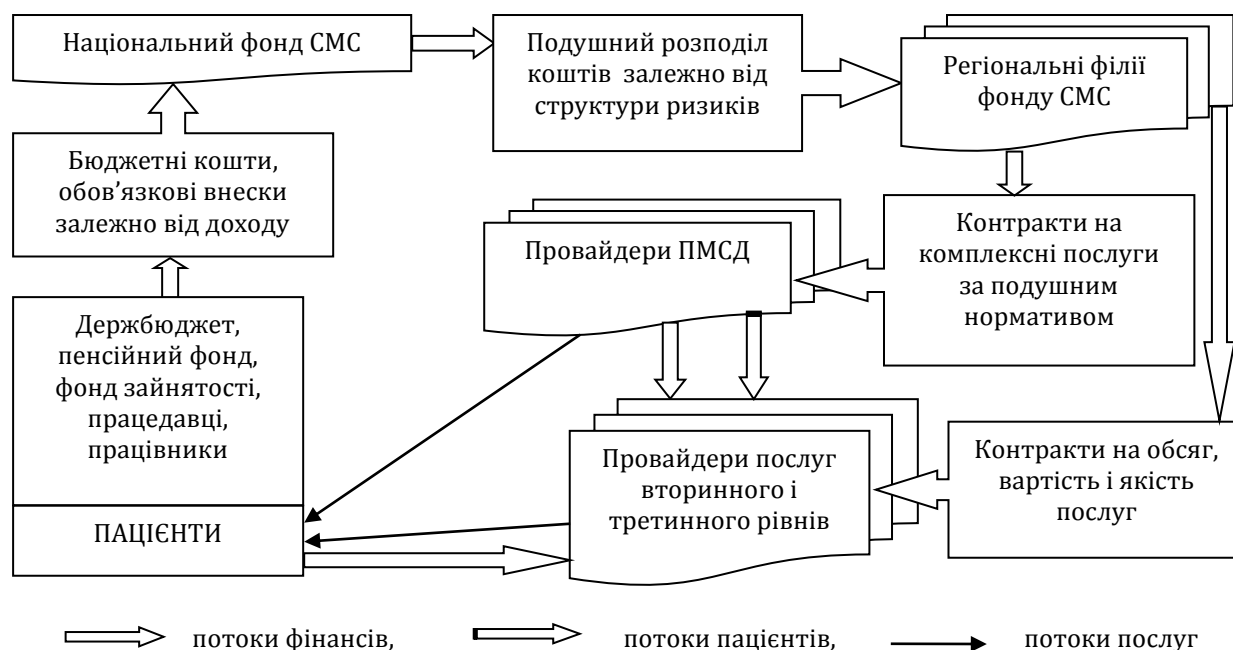


Рис. 9. Бюджетно-страхова контрактна модель фінансування ОЗ

Список літератури

1. Бюджетний кодекс України № 6495 від 08.07.2010 року [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.rada.gov.ua>.
2. Про порядок реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві [Електронний ресурс] : ЗУ від 07.07.2011 р. № 3612-VI. – Режим доступу: <http://www.rada.gov.ua>.
3. Про затвердження Типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі «Охорона здоров'я [Електронний ресурс] : наказ Міністерства фінансів та МОЗ України № 283/437 від 26.05.2010 року. – Режим доступу: <http://www.minfin.gov.ua>.
4. Валовий внутрішній продукт України, 2000–2011 роки [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>.
5. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью [Текст]. – Женева: ВОЗ, 2010.
6. Ковжарова, Е. В. Організаційно-економічні основи системи охорони здоров'я в Україні [Текст] : автореферат дисертації / Е. В. Ковжарова. – К. – 2005.
7. Функціонування та фінансування системи охорони здоров'я в Україні [Електронний ресурс] : матеріали Національної конференції від 24 квітня 2008 року. – Режим доступу: <http://www.eushe.com.ua/ua/news/24>.
8. Мировая статистика здравоохранения, 2010 год. Женева, ВОЗ [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.who.int/entity/whosis/whostat/RU_WHS10_Full.pdf.
9. Рудень, В. В. Передумови запровадження обов'язкового медичного страхування [Текст] / В. В. Рудень, О. М. Сидорчук // Фінанси України. – 2006. – № 10.

10. Слабкий, Г. О. Сучасні підходи до фінансування системи охорони здоров'я [Текст] / Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко, О. О. Заглада. – К., – 2011.
11. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності до окремих видів медичної допомоги у 2011 р. [Текст] : статистичний збірник. – К. : Держкомстат України, 2012.
12. Шкап'як, О. І. Особливості створення та впровадження нового механізму фінансування охорони здоров'я на макро- та мікрорівні [Текст] / О. І. Шкап'як // Науковий вісник Полтавського УЕТ. – 2011. – № 3 (48). – С. 68-76.
13. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України [Текст]. 2012 рік. За ред. Богатирьової Р. В. – К., – 2013.
14. Щорічні інформації Міністерства фінансів України про виконання Державного бюджету України. 2004 – 2011 роки. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://minfin.kmu.gov.ua/control/uk/index>.
15. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы [Текст] / Под ред. Моссиалоса Э., Диксон А. и др. – Москва: Весь Мир. – 2002.
16. Lekhan V., Rudy V., Richardson E. Ukraine: Health system review. Health system in transitions, 2010; 12 (8).
17. The World Bank. World Development Indicators & Global Development Finance [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>.
18. Ukraine. National health accounts. Geneva, World Health Organization [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.who.int/nha/country/ukr.pdf>.
19. Worldhealthstatistics, 2012. Geneva, World Health Organization [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.who.int/entity/whosis/whostat/RU_WHS12_Full.pdf.

References

1. The Budget Code of Ukraine № 6495 from 08.07.2010 years. (2010). Retrieved April 15, 2014, from : <http://www.rada.gov.ua>.
2. Trim on healthcare reform in Vinnytsia, Dnipropetrovsk, Donetsk and Kyiv regions. : Law of 07.07.2011, № 3612 -VI. (2011). Retrieved April 15, 2014, from : <http://www.rada.gov.ua>.
3. On approval of the list of budget programs and performance indicators for their implementation of local budgets in the field of Health: Ministry of Finance and Ministry of Health of Ukraine № 283/ 437 from 26.05.2010 year. (2010). Retrieved April 15, 2014, from : <http://www.minfin.gov.ua>.
4. Gross domestic product of Ukraine 2000-2011 years. (2012). Retrieved April 15, 2014, from : <http://www.ukrstat.gov.ua>.
5. Report on world health. Financing of health systems. Path to universal coverage health care. (2010). Geneva: WHO, 2010.
6. Kovzharova, E. V. Organizational and economic foundations of health care in Ukraine (2005) : dissertation / E. V. Kovzharova. Kyiv.
7. Functioning and financing of health care in Ukraine: Proceedings of the National Conference of 24 April 2008. (2008). Retrieved April 15, 2014, from : <http://www.eu-she.com.ua/ua/news/24>.
8. World Health Statistics 2010. (2010). Geneva, WHO. Retrieved April 15, 2014, from : http://www.who.int/entity/whosis/whostat/RU_WHS10_Full.pdf.
9. Ruden, V. & Sydorchuk, A. (2006). Prerequisites introduction of mandatory health insurance. Finance Ukraine, 10.
10. Slabkyy, G. O. & Shevchenko, M. V. & Zaglada, O. O. (2011). Current approaches to health care financing. Kyiv.
11. Self-population health status and accessibility to certain types of medical care in 2011. (2012). Kyiv: State Statistics Committee of Ukraine.
12. Shkapyak, O. I. (2011). Creation and implementation of a new mechanism for financing health care at the macro and micro level. Scientific Bulletin of Poltava UET, 3(48), 68-76.
13. The annual report on the state of health of Ukraine, sanitary and epidemiological situation and the performance of the health system in Ukraine. (2013). Kyiv.
14. Annual Information Ministry of Finance of Ukraine on the State Budget of Ukraine. 2004-2011 years. (2011). Retrieved April 15, 2014, from : <http://minfin.kmu.gov.ua/control/uk/index>.
15. Mossialos, E. & Dixon, A. et al. (2002). Funding health care: options for Europe. Moscow: All the World.
16. Lekhan, V. & Rudy V. & Richardson, E. (2010). Ukraine: Health system review. Health system in transitions, 12 (8).
17. The World Bank. World Development Indicators & Global Development Finance. (n.d.). Retrieved April 15, 2014, from : <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>.
18. Ukraine. National health accounts. (n.d.). Geneva, World Health Organization. Retrieved April 15, 2014, from : <http://www.who.int/nha/country/ukr.pdf>.

-
19. *Worldhealthstatistics. (2012). Geneva, World Health Organization. Retrieved April 15, 2014, from : http://www.who.int/entity/whosis/whostat/RU_WHS12_Full.pdf.*

Стаття надійшла до редакції 01.04.2014 р.