

Мокрицька Анна Богданівна,
викладач, Тернопільський державний економічний університет,
кафедра фінансів.

МЕТОДИ ОПЛАТИ СТАЦІОНАРНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.

Головною запорукою належного функціонування медичних закладів є забезпечення сталого та достатнього за обсягами фінансування. Проте, як свідчить світовий досвід, системи охорони здоров'я різних країн більшою чи меншою мірою зустрічаються з проблемою дефіциту фінансових ресурсів. Зважаючи на соціальну значущість медицини та відповідні зобов'язання держав перед своїми громадянами, уряди змушені шукати та застосовувати різноманітні заходи, спрямовані на покращення фінансового забезпечення цієї галузі в основному шляхом більш ефективного використання обмежених фінансових ресурсів [1,151]. Виходячи з наведених міркувань, на наш погляд, одним із найважливіших пріоритетів у стратегії забезпечення ефективного розподілу та використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я повинна стати зміна методів оплати медичних послуг.

Оплата медичних послуг лікарняних закладів може здійснюватися за допомогою наступних методів:

1. Оплати за кожен випадок лікування (single treatment fees). Оплата кожного окремого випадку лікування або медичної послуги за повною вартістю або наперед узгодженою ціною одразу перетворює пацієнта на джерело доходів для постачальника медичних послуг; цей метод фінансування створює стимули для лікарів мати якомога більше пацієнтів та надавати більш комплексну допомогу залежно від структури відносної винагороди й графіка оплати, — отже, рівень госпіталізації й обсяг наданої допомоги зросте (це засвідчують досвід реформ в Чехії (1997 р.), Хорватії (1994–98 рр.) тощо).
2. Оплата за дні госпіталізації (Hospital days). Така оплата визначається на рівні середніх витрат, обчислених шляхом ділення сукупних видатків лікарні (чи

ряду лікарень у певній вибірці) на кількість пацієнтів чи тривалість лікування у стаціонарі. Метод фінансування за днями госпіталізації може мати подібний до першого варіанту наслідок, а саме — медично невиправдане збільшення обсягу лікування.

3. Принцип діагностичних груп (Diagnosis Related Group — DRG), коли оплата послуг лікарні здійснюється на основі діагнозу пацієнта. В рамках цієї системи пацієнти підрозділяються на певні групи за подібним діагнозом. На сьогодні в світі на рівень оплати медичних послуг практично не впливають ні обсяги лікування, ні тривалість госпіталізації: у більшості країн використовують саме третій з названих принципів оплати.

4. Метод глобального бюджету (Global budgets) — коли лікарні отримують фіксований річний бюджет під узгоджений обсяг робіт (останній визначається наперед під час переговорів). Свобода менеджменту та організаційних рішень дозволяє лікарням перерозподіляти ресурси в рамках виробничих процесів на діяльність, яку вони вважатимуть ефективнішою. Правда, цей підхід вимагає запровадження сучасної системи обліку на рівні лікарень, а також повинен супроводжуватись постійним моніторингом якості діяльності, що здійснюватиметься сторонніми організаціями, та домовленостями про постійне їх покращення. Рівень оплати не залежить від кількості ліжок, наявних потужностей та інфраструктури лікарень, а лише від результату діяльності. Крім того, метод глобального бюджету дозволяє політикам контролювати видатки та не потребує високого рівня бюрократії [2].

До середини ХХ ст. у більшості зарубіжних країн лікарняні заклади традиційно фінансувалися на основі постатейного бюджету, що затверджувався централізовано. При цьому, центральний фінансовий орган встановлював не лише загальний бюджет закладів охорони здоров'я, але й зобов'язував їх витратити кошти лише за визначеними ним статтями кошторису. Зазначений порядок закріплювався законодавством, що значно обмежувало чи взагалі не надавало жодних можливостей медичним закладам для перерозподілу ресурсів між напрямками витрат у залежності від пріоритетності потреб. На початку 60–

70-х років ХХ ст. у більшості європейських країн відбувся перехід від постатейного бюджетування до інших форм фінансування послуг охорони здоров'я [1,151].

Зважаючи на незадовільну ситуацію у вітчизняній охороні здоров'я на першому етапі реформи її фінансування слід ліквідувати практику постатейних бюджетів. Оплату медичних послуг, які надають лікарні, треба здійснювати на основі методу глобального бюджету, який сприятиме збільшенню незалежності керівництва лікарень та підвищенню ефективності їх роботи. Фінансування за методом глобального бюджету належить до найбільш результативних інструментів стимулювання лікарень до оптимізації обсягу і структури стаціонарної допомоги [3, 99].

Уряду слід задекларувати його намір зберегти стабільність фінансування охорони здоров'я з державного та місцевих бюджетів, оскільки покращення на рівні лікарень не повинно зменшувати обсяги фінансування. Водночас йому слід чітко зазначити, що витрати, які перевищують рівень глобального бюджету, компенсовані не будуть.

Література:

1. Лободіна З. Реформування системи оплати медичних послуг закладів охорони дітей: перспективи запровадження глобального бюджету. // Світ фінансів. – 2007. - Вип. 4 (13). - с.151-162.
2. Снегірьов П. Реформа фінансування охорони здоров'я України. Замість впровадження моделей — вирішення нагальних проблем. // Аптека. - 2008. - Вип. 20 (641). – <http://www.apteka.ua>.
3. Лехан В. М., Лакіза-Савчук Н. М., Войцехівський В. М. та ін. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні. – К.: Сфера, 2001. –174 с.