

Проблеми вдосконалення фінансового забезпечення охорони здоров'я.

Система охорони здоров'я повинна бути ефективною, якісною, сучасною, ресурсно забезпеченою. Щоб медична допомога стала такою, її потрібно докорінно реорганізувати. Але перш ніж представити проект і завдання реорганізації, спробуємо проаналізувати стан фінансів охорони здоров'я.

Україна, як і колишні соціалістичні країни Центральної і Східної Європи, а також колишні республіки СРСР, переживають період глобальних перетворень у всіх сферах життя, в тому числі і в охороні здоров'я. Майже повністю зруйнована попередня система мала і позитивні сторони, хоча існувало і немало проблем. Сьогодні вони різко загострились у зв'язку з нестачею коштів, загальним занепадом економіки.

Достатньо сказати, що навіть до зміни державних цін в квітні 1991 року потреба в фінансових ресурсах на розвиток охорони здоров'я перевищувала розмір фактичних бюджетних асигнувань не менше, ніж в три рази.[1:2-6] Низькому рівню фінансування відповідали недостатній обсяг, якість і ефективність медичної допомоги.

Ця ситуація загострює проблему пошуку і впровадження нової і ефективної системи управління фінансовими і іншими видами матеріально-технічного забезпечення галузі.

Політика, яка проводилася державою після 1917 року не признавала факту створення медичними послугами нових вартостей.

Згідно загальносоюзного класифікатора, який діяв до 1996 року, галузі народного господарства, з точки зору характеру суспільного розподілу праці і участі в створенні сукупного суспільного продукту і національного доходу, були поділені на сферу матеріального виробництва і невиробничу сферу. Протягом всього радянського періоду нашу медицину зараховували до, так званої, невиробничої сфери, що підкреслювало її пасивну роль в народно-

господарському комплексі. Вказаний принциповий прорахунок привів до того, що галузь була штучно ізольована від участі у ринкових перетвореннях, що і обумовило такі швидкі темпи посилення кризи. І хоча згідно нового класифікатора видів економічної діяльності від 1996 року уже немає поділу на виробничу і невиробничу сфери, проблеми в охорони здоров'я від цього самі не зникли.

Як відомо, вся система організації охорони здоров'я колишнього СРСР базувалася на розподільчо-розпорядливому принципі управління. Така система була орієнтована на централізований механізм формування бюджету галузі.

Економічний механізм охорони здоров'я включав мобілізацію коштів населення і господарюючих суб'єктів до державного бюджету шляхом загального (нецільового) оподаткування. Подальший розподіл бюджетних асигнувань за галузями, включаючи і охорону здоров'я, проводився на рік вперед відповідно до ієрархічної структурно-функціональної організації управління народним господарством: в державному бюджеті ці кошти виділялись рядком (статтею): “Охорона здоров'я, фізична культура і спорт”, звідки послідовно адресувались органам союзного, республіканського, обласного, міського і районного підпорядкування. Безпосередніми виробниками медичних послуг (установами охорони здоров'я) кошти планувались за статтями кошторисів майбутніх видатків, за нормативами, які не були орієнтовані на якість і кінцевий результат роботи. Матеріально-технічне і медикаментозне забезпечення засновувалось на державному замовленні і фондovих поставках за фіксованими цінами.

Така система базувалась на принципах наростання рік від року недостатності фінансування охорони здоров'я по відомому (точніше, горезвісному) “залишковому” принципу, невизнання створення галузю вартостей; відчуження виробничої сфери і населення від покриття витрат на медичну допомогу і стимулювання її якості позабюджетними шляхами; волюнтаризму і диспропорції асигнувань в ключові і другорядні ланки; мала

виключно затратний характер. Їй були характерні неефективність використання ресурсів; використання тільки адміністративних методів управління.[8:122]

Доцільність вдосконалення економічного механізму функціонування галузі обумовило проведення в 1960-1980 рр. низки локальних, нереволюційного характеру економічних експериментів щодо розширення прав керівників установ охорони здоров'я, раціоналізації використання ліжкового фонду і інші. Це привело до введення в 1988 році так званого нового господарського механізму галузі.

Новий господарський механізм в охороні здоров'я – це загальна назва комплексу принципів і форм роботи установ охорони здоров'я на основі домінування економічних методів управління, а також перехід від жорсткого ієрархічно-галузевого до переважання територіальних принципів керівництва галуззю.

Основні його принципи: перехід від виділення установам охорони здоров'я коштів з бюджету за окремими статтями видатків до фінансування їх на основі довгострокових стабільних нормативів, виконання робіт за договорами з підприємствами, організаціями, установами на госпрозрахунковій основі, використання різних форм господарювання, включаючи внутрішньосистемні орендні відносини, кооперативну, індивідуальну трудову діяльність, використання подушного фінансування первинної (амбулаторно-поліклінічної) ланки охорони здоров'я і т.д.[8:118]

Основним джерелом формування ресурсів охорони здоров'я в новій системі господарювання залишалися бюджетні ресурси, тому неприйнятними виявились для галузі моделі госпрозрахунку, які впроваджувалися в той час в народне господарство країни. І з самого початку основні перетворення в рамках нового господарського механізму замкнулись на фазі споживання охороною здоров'я внутрішніх ресурсів. У результаті новий господарський механізм не покращив ні матеріальне, ні фінансове забезпечення галузі, а головне – не підвищив якість і ефективність її роботи. В Україні, як і в Росії, виявилась теоретична і практична неспроможність даного механізму.

Надалі, на підставі поверхового вивчення досвіду країн Європи і Північної Америки розпочались розмови про впровадження медичного страхування. В 1997 році у медичних закладах України було запроваджено платні медичні послуги. Згодом їх перелік розширився. Та у лікарнях ним не обмежились. Запровадження платних послуг позитивного ефекту не дало. Навпаки, воно стало гальмом для розвитку приватної медицини, тому що виховує негативне ставлення до всієї медицини загалом і до лікарів зокрема.

Країни, в тому числі і Україна, які намагалися вирішити проблеми дефіциту за рахунок надання платних послуг, зіткнулися з парадоксальними результатами. Запланованої економії бюджетних коштів, як правило, не досягалося тому, що кероване переміщення ресурсів в сферу платної медицини приводило до зростання частоти пізніх звернень до лікаря, збільшувалась частка занедбаних захворювань, які вимагали дорогого стаціонарного лікування. Врешті-решт, збільшувалась потреба у нових ресурсах на розвиток охорони здоров'я, посилювався тиск на державний бюджет.

Виходячи з того, що використання особистих доплат приводить до виникнення проблем, пов'язаних з нерівністю як в фінансуванні, так і в одержанні медичної допомоги та вимагає великої обережності і зваженості, в більшості країн Західної Європи співучасті пацієнтів у відшкодуванні медичних витрат не надається великого значення як засобу фінансування охорони здоров'я.

Всесвітня організація охорони здоров'я попереджає, що не слід проводити ніяких ініціатив по реформуванню охорони здоров'я (окремих її служб чи систем фінансування) без попереднього аналізу впливу такої реформи на здоров'я населення, а також її вкладу в загальні довгострокові стратегії і цілі досягнення здоров'я для всіх.

Однією з стратегій, що підтримує ВООЗ на сучасному етапі є сприяння здоров'ю (Health Promotion) - сучасна функція суспільства, яка йде до здорового майбутнього. Основу концепції сприяння здоров'ю складає створення умов, які дають можливість людям посилити контроль над

оточуючим середовищем та покращити своє здоров'я. Зрозуміло, що сприяння здоров'ю є завданням не лише системи охорони здоров'я, але створення сприятливих умов для збереження і зміцнення здоров'я без її участі неможливе. Завдання реформування системи охорони здоров'я полягає в тому, щоб навіть при низькому рівні фінансування галузь давала більший результат.

Практика жорстко централізованої моделі охорони здоров'я показала, що держава, виступаючи в якості єдиного і монопольного страхувальника інтересів населення країни, не може об'єктивно і оперативно враховувати специфічні інтереси, потреби і реальні можливості окремих територій, не може виступати в ролі достатньо компетентного замовника і покупця на ринку медичних послуг. Надто високий ступінь концентрації владних функцій без урахування різниці місцевих умов в забезпеченні гарантій, в наданні медичної допомоги населенню, визначає основне протиріччя централізованої системи охорони здоров'я – гарантує не той, хто виробляє. Держава взяла на себе функції гаранта в наданні медичних послуг, чим практично позбавила себе права незалежного контролю реальних виробників, які і повинні формувати умови таких гарантій на рівні територій, виходячи з власних можливостей і взятих перед користувачами зобов'язань.

Ми вважаємо, що діяльність системи охорони здоров'я повинна здійснюватись не за рахунок держави, а на основі державного регулювання і контролю. Основне завдання реформи господарського механізму охорони здоров'я бачиться в тому, щоб привести виробництво і споживання медичних послуг в сферу нормальних товарно-грошових відносин і надати послугам всі необхідні властивості товару (собівартість, споживча вартість, ціна, конкурентноспроможність, якість і інші). Це дозволить розглядати охорону здоров'я як виробляючу галузь економіки, дасть можливість включити витрати на охорону здоров'я в загальну структуру цін на товарно-грошовому ринку України, і в кінцевому підсумку говорити про економіку охорони здоров'я, а не тільки про внутрігалузевий механізм господарювання[5:10].

Охорона здоров'я сьогодні є суворо регламентованою сферою в достатньо ліберальному середовищі. Вона продовжує перебувати на повному бюджетному фінансуванні, а можливість залучення інших джерел ускладнена законодавством. Як вже зазначалося, охорона здоров'я відчуває хронічний ресурсний голод. За останні вісім років фінансування галузі зменшилося в 7 разів. Бюджетного фінансування вкрай недостатньо для того, щоб сфера медичної допомоги була спроможна нормально взаємодіяти зі сферами, які працюють за законами ринку.

Сучасний ринок пропонує безліч товарів, здатних значно підвищити ефективність лікування в наших закладах, але ми не маємо можливості широко їх використовувати. Сфера медичної допомоги в Україні не має можливостей користуватися перевагами ринкової економіки, зате відчуває на собі всі проблеми ринкових відносин.

В Україні вже практично склалися стійкі основні ринки – продуктів харчування, послуг, енергоносіїв, електронної техніки і інші. Оскільки сфера медичної допомоги не включена до легального ринкового обороту, то всі основні фінансові потоки проходять повз неї. За деякими оцінками, майже 2/3 ринкового обороту припадає на “тіньовий” сектор, ці фінансові потоки не насичують бюджет податковими надходженнями, що значною мірою впливає на можливості бюджету щодо охорони здоров'я. Участь сфери медичної допомоги в тіньовому ринковому обороті приводить до болючих соціальних наслідків – сприяє розвитку корупції серед лікарів, позбавляє малозабезпечені верстви населення медичною допомогою.

В таких умовах ринковий механізм руйнує систему медицини і аж ніяк не сприяє розвитку медичних технологій та підвищенню якості медичного обслуговування.

Закон існування ринку – конкуренція; всі існуючі ринки конкурують між собою за фінансові потоки, за покупця. Якби сфера медичної допомоги мала можливість легально вступити в конкурентну боротьбу за фінанси, що обертаються між різними ринками, вона повинна була б побудувати таку

стратегію ринкової поведінки, щоби люди захотіли оплачувати медичні послуги так само, як зараз вони хочуть оплачувати туристичні поїздки, прагнули купувати їх, - для цього вона повинна була б підвищувати якість послуг.

Як серед пацієнтів, так і серед лікарів зростає невдоволення тим, що не забезпечуються їхні конституційні права; лікарі ж розглядають себе як “заручників” двозначної ситуації, в якій вони опинилися з волі держави та суспільства. З одного боку, державна воля, що реалізується імперативними механізмами центральної влади (законодавство, Конституційний суд, інші), утримує сферу медичної допомоги поза ринковими відносинами, забороняючи безпосередні платежі пацієнтів, з іншого – аж ніяк не забезпечує їй захист від ринкової стихії.

Створення відносин цивілізованого ринку принципово міняє сферу охорони здоров'я. Конкуренція заставляє виробників медичних послуг постійно вдосконалювати якість і асортимент медичного обслуговування. Це в кінцевому підсумку призводить до покращення всієї системи охорони здоров'я. Відомо, що система фінансування охорони здоров'я, побудована на ринкових принципах, регулюється ринковим механізмом. Так само відомо, що по мірі розвитку цивілізованого ринку цей механізм регулювання набуває все більшої соціальної спрямованості. З однієї сторони, він забезпечує максимальну свободу для розвитку ринкових відносин в сфері охорони здоров'я, а з іншої – створює ефективний соціальний захист для всього населення, і в першу чергу його найнезахищеніших верств.

Держава повинна визначитися, який сектор охорони здоров'я віддати ринку, а яку частину медичних послуг залишити на бюджетному фінансуванні.

З огляду на це, цікавими для нас будуть висновки, зроблені Європейським регіональним бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я. Так, згадане бюро, проаналізувавши розвиток охорони здоров'я в Європейських країнах з позицій Глобальної стратегії “Здоров'я для всіх”, звертає увагу на ряд проблем в цій галузі. Наприклад, набули поширення випадки використання високотехнологічних методів для штучного

продовження життя хворих в термінальній стадії, що тягне за собою величезні не виправдані витрати.

За даними американських авторів на останній рік життя людей з хронічними захворюваннями припадає більше 28 відсотків ресурсів, які щорічно використовуються на охорону здоров'я.

Таким чином, будь-яка система охорони здоров'я, незалежно від її ресурсного забезпечення приховує в собі значні резерви, які можна видобути шляхом раціоналізації процесів управління фінансами.

Ключ до ефективності лежить у кваліфікованому управлінні. На акції організації охорони здоров'я Великобританії наголошувалось, що впровадження нових методів управління фінансами охорони здоров'я з точки зору одержання кінцевих результатів – покращення здоров'я нації, і кваліфіковані управлінські дії можуть забезпечити справедливий, результативний і ефективний розподіл фінансових ресурсів сектора охорони здоров'я. ВООЗ звертає увагу, що ефективність всієї системи охорони здоров'я і її окремих служб можна значно покращити шляхом фінансування лише відповідних втручань і прийняття більш ефективних моделей розподілу фінансів дозволяє не тільки успішно впливати на здоров'я населення, але і стабілізувати витрати на охорону здоров'я.

В межах системи охорони здоров'я завжди існувала необхідність прийняття рішень про характер розподілу обмежених ресурсів для задоволення конкуруючих потреб. В останні роки ряд країн у Європейському регіоні приступили до систематичного і відкритого аналізу проблем управління охороною здоров'я.

Світовим банком було організоване широкомасштабне дослідження методології виділення пріоритетів для оцінки ефективності охорони здоров'я країн, що розвиваються, основні результати якого були викладені в звіті "Інвестиції в охорону здоров'я".

Автори звіту вважають, що чим нижчий ВВП країни, тим вищі вимоги повинні пред'являтися до перерозподілу бюджетних коштів в напрямку

скорочення фінансування високоспеціалізованих видів допомоги і збільшення (у 2–3 рази) витрат на базові програми громадської охорони здоров'я, включаючи вакцинацію, базовий пакет основних клінічних послуг, тому що лише деякі економічно ефективні види лікування вимагають сучасного устаткування лікарень і лікарів-спеціалістів.

На сьогоднішній день уряд проводить послідовну політику щодо зміцнення вітчизняної охорони здоров'я. Для консолідації зусиль органів державної влади та органів місцевого самоврядування на розв'язанні нагальних проблем указами Президента України та постановами Кабінету Міністрів затверджено низку національних, державних, цільових програм та заходів. Минулий рік було оголошено Роком охорони здоров'я населення, нинішній-Роком боротьби зі СНІДом[6:5]. Проте є й чимало проблем.

133 гривні було виділено в цьому році на лікування одного громадянина України. На наступний рік ця сума збільшиться до 141 гривні. Середня заробітна плата медиків складає 227 гривень-одна з найнищих в Україні. Ці цифри навів Міністр охорони здоров'я В.Москаленко на дні уряду. На його думку, незважаючи на ріст обсягів фінансування, яке складає 6,5 млрд.грн., цих коштів недостатньо, так як левова частка коштів - від 50 до 70 відсотків - йде на оплату заробітної плати.[5:1-2]. Ще 10-20 відсотків установи охорони здоров'я тратять на тепло, і тільки 20 відсотків йде на лікувально-діагностичний процес і медикаменти, що складає, по одних даних, 2 гривні, а по інших даних, 10 гривень на медикаменти на одного хворого. У будь-якому випадку це дуже мало.

Розроблено і внесено на розгляд уряду законопроект "Про обов'язкове державне соціальне медичне страхування". Крім того, на стадії реалізації знаходиться міжгалузева комплексна програма "Здоров'я нації". Міністр повідомив також, що збільшується обсяг стаціонарозамінюючих форм медичної допомоги, реалізується первинна медико-санітарна допомога на принципах сімейної медицини.[5:2]. Наприклад, у бюджеті Тернопільської області на 2001

рік на розвиток системи лікарської діяльності за зразком сімейного лікаря було передбачено 200 тис. грн.

Проте в матеріалах, наданих Кабінетом Міністрів в Верховну Раду, відсутня стратегія розвитку медичної галузі. Тому ми повинні прикласти максимум зусиль, щоб прискорити реформування охорони здоров'я, адже, по великому рахунку, саме цього прагнуть науковці, економісти, медичні працівники для системи охорони здоров'я.

Список використаної літератури:

1. Доклад Министра здравоохранения СССР Е.И.Чазова на Всесоюзном съезде врачей 17.10.88г.//Медицинская газета.- 19.10.88р.-№84.-с.2-6.
- 2.Кутузов И.Н. Здравоохранение: рыночная модель экономического механизма отрасли.//Медичне страхування.-1994.- №4.-с.5-8.
- 3.Лехан В.Н. Маркетинговое исследование потребностей населения в медицинских услугах как условие построения жизнеспособной модели страхования здоровья.//Медичне страхування.-1994.- №1.-с.4-6.
- 4.Лехан В.Н.Технология организации медицинской помощи населению.//Медичне страхування.-1994.-№5.- с.3-8.
- 5.Мелянченко Н.Б. Здравоохранение территориального уровня в условиях перехода к рыночной экономике.// Медичне страхування.-1994.-№5.- с.9-13.
- 6.Нечипоренко М., Королюк В. Скорая помощь для медицины.// Голос Украины.-2002-9-10.-№185.-с.1-2.
- 7.Петрушенко М. Здоров'я – турбота загальнодержавна.//Урядовий кур'єр.- 2002-17-09.-№170.-с.5.
- 8.Підсумки та проблеми освоєння нового господарського механізму в системі охорони здоров'я України:Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, м.Житомир, жовтень 1992р.-Житомир:МОЗ України та ін., 1992.- с.142.
- 9.Шейман И.М. Бюджетно-страховая система здравоохранения. Кемерово:ИнСЭПЗ.-1992.-с.1-129.

Анотація

У статті “Проблеми вдосконалення фінансового забезпечення охорони здоров’я” ми розглянули проблеми формування фінансового механізму в охороні здоров’я та її фінансового забезпечення. Проаналізувавши спроби реформування вітчизняної охорони здоров’я та зробивши певні узагальнення, ми прийшли до висновку, що на сьогоднішній день відсутня стратегія розвитку медичної галузі. Отже, необхідно прискорити реформування охорони здоров’я. Пропозиції сформульовані нами відповідно до світового досвіду та рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров’я для країн, котрі як і Україна, опинилися в умовах ринкових трансформацій.

Annotation

We took into consideration the problems of finance mechanism formation in the health safeguard and its finance providing in the article “The problems of the health protection finance providing”. Having analysed the attempts of the country’s health protection reformation and done some conclusions, we have decided that at present we lack the strategy of the health branch development. The proposals have been formulated by us according to the world experience and recommendations of the World organization of the health protections for the countries, which like Ukraine appeared in the conditions of market transformations.

Рецензія

на статтю Мокрицької А.Б. на тему: “Проблеми вдосконалення фінансового забезпечення охорони здоров’я”.

У статті розглядаються проблеми формування фінансового механізму в охороні здоров’я у відповідності до змін, які відбуваються в економіці сучасної України. Перехід від командної системи управління до ринкового

господарювання вимагає вишукування додаткових джерел фінансування охорони здоров'я окрім бюджетних коштів, які донедавна використовувалися як основне і єдине джерело фінансових ресурсів. Автор правильно відзначає недоліки попереднього фінансового механізму і обґрунтовує необхідність його докорінної перебудови. Пропозиції автора сформульовані відповідно до світового досвіду і рекомендацій ВООЗ для країн, що переживають період ринкових трансформацій. Стаття рекомендується до друку.

К.е.н., доцент, в.о. зав. кафедри
фінансів суб'єктів господарювання

О.П. Кириленко