

ФОРМУВАННЯ РАЦІОНАЛЬНОЇ МОДЕЛІ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Розглянуто ключові проблеми і системні недоліки фінансування охорони здоров'я в Україні. Доведено необхідність впровадження стратегічної моделі накопичення, розподілу та використання фінансових ресурсів у галузі з урахуванням демографічної ситуації і стану національної економіки. Запропоновано оптимальну модель багатоканального фінансування вітчизняної системи охорони здоров'я.

Key issues and systems lacks of Health financing in Ukraine are considered. The necessity of introducing strategic model of accumulation, distribution and use of financial resources with regard to the demographic situation and the state of national economy is proved. The optimal model of multi-channel financing of the national healthcare system is proposed.

Ключові слова: охорона здоров'я, медична реформа, модель, послуга, страхування, ефективність.

Keywords: healthcare, health reform, model, service, insurance, efficiency.

Економічні зрушення в Україні, що призвели до формування ринкової економіки та її інтеграції до світової економічної системи, ускладнили фінансування охорони здоров'я (ОЗ). Внаслідок економічного спаду та інфляційних процесів впродовж 1990-х років критично скорочувалися обсяги державних інвестицій в систему охорону здоров'я (СОЗ), а її інфраструктура залишилась незмінною. Водночас в 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.

За умови нездатності держави запровадити дієві механізми мобілізації необхідних для потреб ОЗ фінансових ресурсів дефіцит бюджетного фінансування СОЗ здебільшого покривається за рахунок приватних вкладень, а схема загального безоплатного медичного обслуговування лише декларується.

Втім, дефіцитне фінансування – не єдина загроза для вітчизняної СОЗ, позаяк результативне функціонування системи значною мірою залежать 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. Сьогодні середня очікувана тривалість життя 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, а захворюваність на туберкульоз вища, ніж в країнах ЄС у 4,6 рази, на СНІД – у 6,9 разів [1; 2; 3].

Безумовно, що за таких невтішних реалій немає альтернативи реформі СОЗ як частині комплексних заходів щодо покращення суспільного здоров'я та конкурентоспроможності національної економіки. Причинами 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.

Аналіз нинішніх змін в СОЗ дозволяє стверджувати, що скорочення у спосіб директивного адміністрування надмірної інфраструктури й потужностей є імперативом анонсованої 2010 року медичної реформи. Апробація окремих її елементів в пілотних регіонах вже висвітлює ризики, формування яких зумовлено браком необхідних комунікацій в суспільстві, зосередженістю на проміжних результатах та відсутністю економічних стимулів до реструктуризації госпітального сектора медичного обслуговування [4; 5]. Негативний вплив на проведення реформи управлінських, фінансово-економічних і комунікаційних ризиків актуалізує необхідність деталізації інституційного втілення перетворень.

Відтак, мета цієї роботи полягає в побудові та окресленні шляхів впровадження оптимальної моделі фінансування системи охорони здоров'я в Україні на основі аналізу діючого механізму фінансового забезпечення СОЗ.

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.

Аналітичний огляд механізму 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.

В зазначеному переліку ключових системних проблем сфокусовані конкретні фінансові параметри, що зведені нами до наступних пунктів:

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

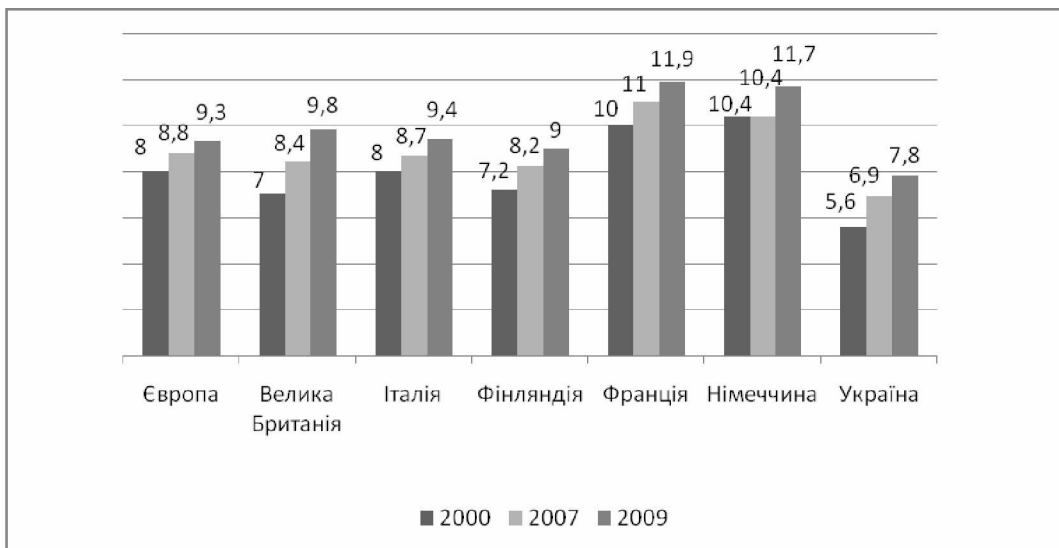


Рис. 1. Загальні видатки на ОЗ у країнах Європейського регіону, у % до ВВП

Джерело: складено автором на основі [6; 7].

Що ж до загальних витрат на ОЗ на душу населення, то вони, за даними Національних рахунків охорони здоров'я (НРОЗ), нижчі від середньоєвропейських в 11 разів за обмінним курсом (в дол. США), а за паритетом купівельної спроможності (ПКС в міжнародних дол.) – у 4,5 рази, і наразі стійкої тенденції до їх істотного зростання не відбувається [6; 7] (рис. 2).

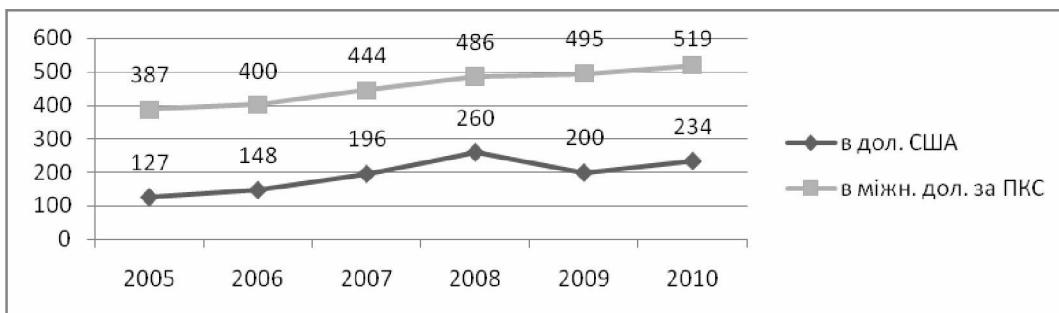


Рис. 2. Загальні витрати на ОЗ на душу населення в Україні

Джерело: складено автором на основі [3; 8].

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

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

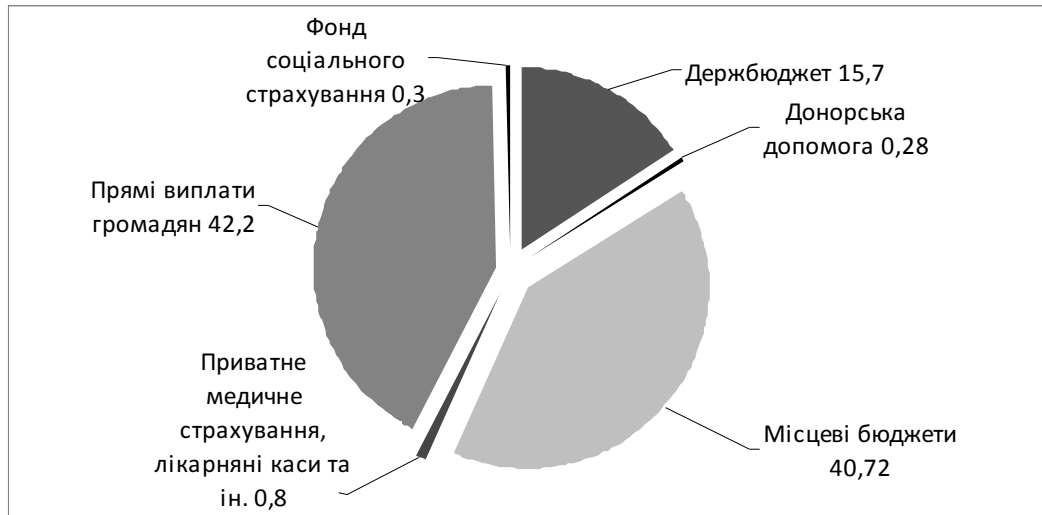


Рис. 3. Структура загальних витрат на ОЗ в Україні за джерелами фінансування, 2009 рік, %

Джерело: складено автором на основі [1; 2; 5].

Дослідження, проведені нами упродовж останніх років, показали, що частка державних витрат на охорону здоров'я у структурі ВВП останніми роками залишається майже незмінною (рис. 4).

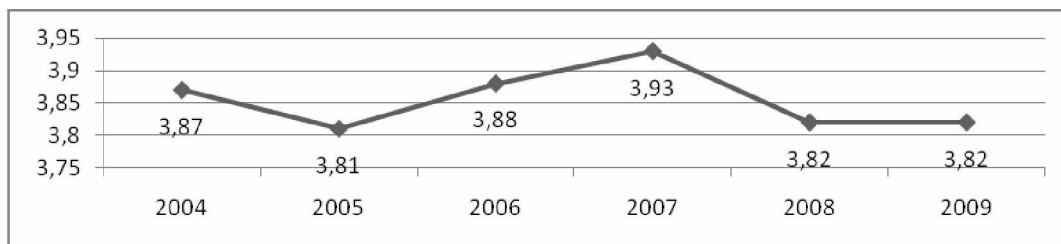


Рис. 4. Державні видатки на ОЗ в Україні, у % до ВВП

Джерело: складено автором на основі [3; 9].

При середніх темпах щорічного зростання державних видатків, що склали 10,3%, питома вага витрат на ОЗ в структурі загальних державних витрат упродовж останніх років в Україні становить 8–9% (середньоєвропейські витрати – 14,6%) [7], причому в Україні наразі не здійснюються преференційні витрати ні на державному, ні на місцевому рівнях (рис. 5).

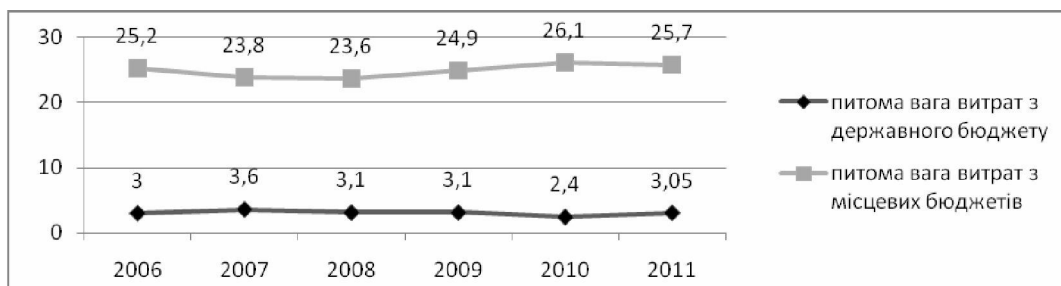


Рис. 5. Частка витрат на ОЗ в Україні в структурі державного і місцевих бюджетів

Джерело: складено автором на основі [5; 10].

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

В розвинутих європейських країнах частка суспільних коштів у структурі загальних витрат на ОЗ стабільна і в середньому складає 75%, тоді як в Україні, за даними НРОЗ, вона становила: у 2005 р. – 55,2%, 2006 р. – 60,8%, 2007 р. – 61,8%, 2008 р. – 57,6%, 2009 р. – 54,9%, 2010 р. – 56,6% [7] (рис. 6).

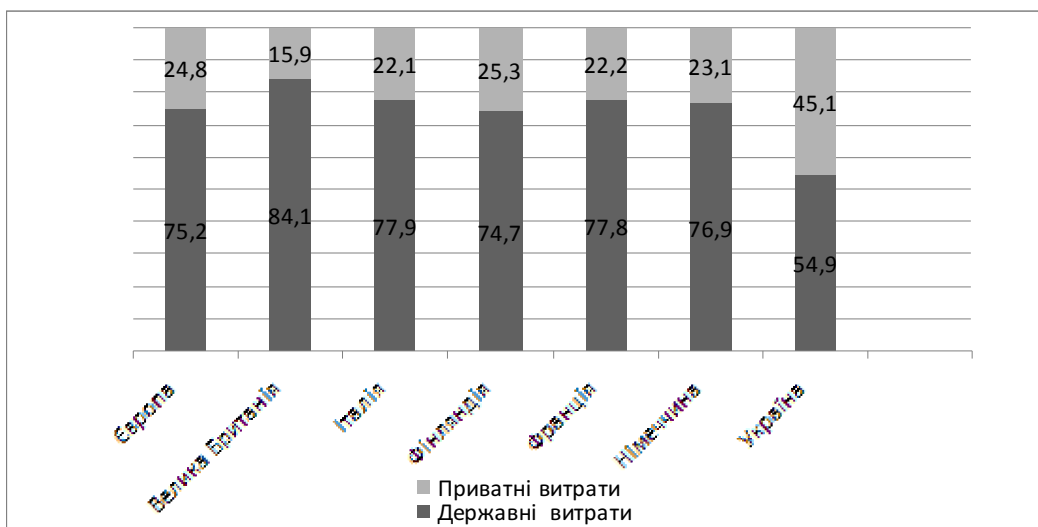


Рис. 6. Структура загальних витрат на ОЗ в окремих країнах Європи, 2009 р.

Джерело: складено автором на основі [3; 7].

Державні видатки на охорону здоров'я на душу населення в Україні є чи не найнижчими в Європі: вони менші від середньоєвропейських у 15,2 рази за обмінним курсом, а за ПКС – у 6,1 рази [6; 7].

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

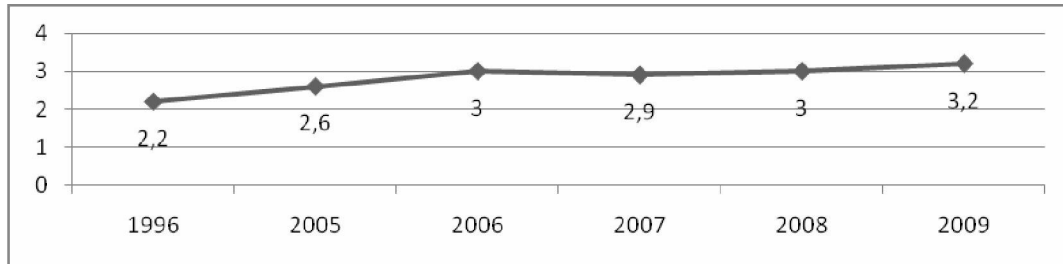


Рис. 7. Приватні видатки на ОЗ в Україні у % до ВВП

Джерело: складено автором на основі [3].

Дослідження показують, що в структурі приватних витрат зростає частка прямих виплат домогосподарств, і зростання відбувається переважно у формі «тіньових» готівкових платежів. Готівкові виплати пацієнтів в Україні перевищують середньоєвропейські в 2,4 рази. Водночас попередня оплата через механізми приватного медичного страхування і лікарняні каси є несуттєвою: 0,7% і 0,1% відповідно [2; 7].

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 зубожіння значної його частини.

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

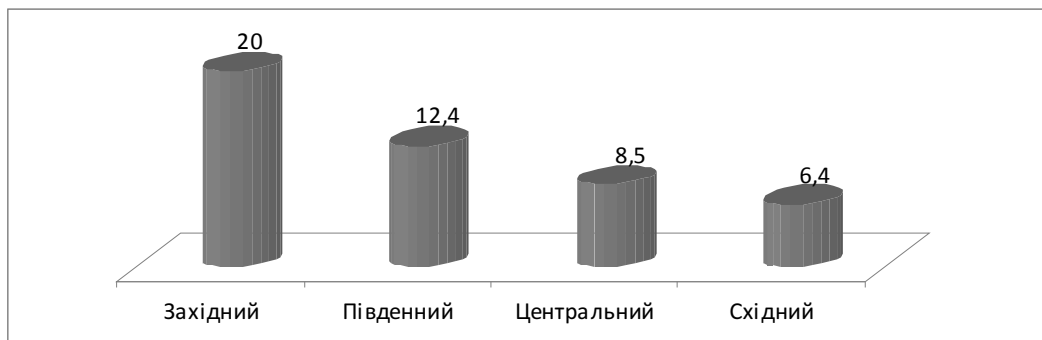


Рис. 8. Частота відтермінування звернень за медичною допомогою жителів різних регіонів України, %

Джерело: складено автором на основі [11].

**Частота відтермінування звернень за медичною допомогою пацієнтів
з різними доходами, %**

Показник	Дохід		Село	Місто
	Низький	Високий		
Частота відтермінування звернень за медичною допомогою у зв'язку з необхідністю її прямої оплати	16, 8	6, 7	17, 3	8, 9

Джерело: складено автором на основі [11].

За соціологічними опитуваннями Державної служби статистики 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 [12]. Доведено, що вірогідність фінансових загроз для пацієнтів є незначною лише тоді, коли питома вага прямих платежів зменшується до 15–20% [13] 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 й неефективного використання ресурсів. Отже, 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 внутрісистемного субсидування) можливо задіяти лише в рамках групування і подальшого перерозподілу ризиків і ресурсів. Як показує світова практика, ефективні солідарні системи фінансування ОЗ об'єднують у фонди не менше 5–6% (від ВВП) бюджетних коштів [13].

В Україні управління схемами попередньої оплати не забезпечує адекватного об'єднання таких надходжень. 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, розпорашені в бюджетах 14 міністерств і відомств, 27 регіонів, 490 районів і 178 міст обласного підпорядкування [10; 14].

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

З іншого боку, попри те, що відбувається дублювання фінансування окремих провайдерів однакових видів медичних послуг з бюджетів різних рівнів, надмірна

територіальна і відомча фрагментація фінансових потоків призводить до непрозорого збільшення адміністративних витрат та неефективності малопотужних пулів. 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.

Таблиця 2

**Структура державних витрат на ОЗ в Україні
за розпорядниками коштів**

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

Джерело: складено автором на основі [10].

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. Незважаючи на те, що залучення бюджетних коштів для ОЗ є обов'язковим, сама їх наявність не гарантує загального охоплення населення медичним обслуговуванням, так само як застосування механізмів передоплати і пулінгу фінансових ресурсів автоматично не прибирає бар'єри на шляху до універсального доступу до медичних послуг. Тому вважаємо, що остаточною завданням трансформації чинної схеми фінансування є забезпечення ефективного використання ресурсів.

Втім, 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, 2009 р.**

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

Джерело: складено автором на основі [1; 10].

Таблиця 4

**Функціональна структура загальних витрат на ОЗ
в Україні, 2009 р.**

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

Джерело: складено автором на основі [1; 10].

Таблиця 5

**Структура бюджетних видатків на ОЗ
в Україні, 2010 р.**

Видатки за кодами економічної класифікації	Частка витрат, %
Оплата праці з нарахуваннями на заробітну плату	72
Комунальні послуги та енергоносії	8,4
Медикаменти та розхідні матеріали	8
Продукти харчування	3
Капітальні видатки	3,1
Інші	5,5

Джерело: складено автором на основі [1; 10].

Неповне розмежування видатків за видами послуг сприяє їх перерозподілу за ресурсними критеріями (кількістю ліжок, штатних посад) у бік дорогого 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-втриє менше [1; 2; 15].

Відтак, структурні диспропорції, коли обсяги спеціалізованої допомоги істотно перевищують обсяги первинної, тобто коли піраміда медичного обслуговування перевернута «з ніг на голову», підтримуються відповідним способом розподілу ресурсів за функціональним напрямом. До того ж в Україні госпітальний сектор перенасичений ліжками, а ліжковий фонд надмірно спеціалізований й інтенсивність його використання невисока. Загальновідомо, 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 у бюджетному процесі як способу узалежнення ресурсів і результатів та визначення у відповідності з цим 27 типових програм з ОЗ [16] не усунуло деформацій розподілу фінансових ресурсів, адже, по-перше, більшість зазначених програм фактично розробляються, виходячи не з реальної вартості послуг, а, як і раніше, з ресурсних показників. По-друге, дається взнаки відсутність практики стратегічного і середньострокового планування у бюджетній сфері. По-третє, за програмною класифікацією видатків на виконання програм і централізованих заходів з ОЗ з держбюджету виділяються незначні кошти (21,8% в 2010 році) [14]. По-четверте, розробка і фінансування цільових програм на рівні місцевих бюджетів істотно не зменшує існуючої ресурсної фрагментації. По-п'яте, загальним недоліком є те, що майже в усіх програмах видатки на придбання дорогого діагностичного і лікувального обладнання дублюються, а загалом фінансове забезпечення програм недостатнє (60–80%) [1; 5].

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

Між вказаними категоріями провайдерів не існує конкуренції за бюджетні кошти, оскільки приватні провайдери традиційно позбавлені доступу до цих коштів і покриття витрат здійснюють через механізми приватного фінансування з переважно гонорарними методами оплати праці. Державні ж провайдери перебувають на кошторисному утриманні державного і місцевих бюджетів з прив'язаними до ресурсних показників методами визначення видатків. При цьому більшість нормативів не відображають реальних витрат (наприклад, на ліки чи харчування), а прями 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 [1; 5; 15].

Окрім того, що оплата праці в галузі є критично низькою (нижчою від фактичного середнього рівня зарплати в країні в 1,6 рази і в 1,8 рази – 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 капіталовкладень в інфраструктуру на рівні 3,1% коефіцієнт оновлення основних активів не перевищує 1,9% [2; 15], що гальмує розвиток, передусім, високотехнологічних видів медичної допомоги.

Маючи вкрай низький рівень управлінської автономії, провайдери позбавлені права самостійно розподіляти кошти відповідно до пріоритетів. За такого підходу до фінансування, по-перше, відтворюється витратний спосіб господарювання, коли навіть значне збільшення фінансування не гарантує якісного зростання, і дефіцит коштів віддзеркалює не лише нестачу 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 [13]. 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, тоді як у розвинутих країнах Європи витрати на ліки на 70% і більше відшкодовуються із об'єднаних фондів [1; 17]. Відсутність раціональної фармацевтичної політики на макро- і мікрорівнях 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 коштів, що надходять від передоплати, та неефективне їх об'єднання у фонди; 2) неефективність чинної моделі фінансування.

Розв'язання ключових проблем фінансування СОЗ перебуває у площині змін щодо:

- характеру накопичення і розподілу достатньої кількості фінансових ресурсів;
- способу оплати провайдерів медичних послуг.

Задля цього необхідно:

- ліквідувати механізми, що обумовлюють фрагментацію і дублювання під час пулінгу і розподілу коштів;
- ліквідувати витратний (кошторисний) спосіб фінансування провайдерів;
- встановити оптимальні співвідношення відповідальності держави, суспільства і споживача за фінансування ОЗ і перебудувати систему мобілізації попередньо виплачених коштів;
- запровадити орієнтовані на результат економічні регулятори і ринкові стимули;
- акцентувати увагу на подоланні проблем фінансової незахищеності у разі хвороби.

Критерії і параметри оптимальної моделі фінансового забезпечення ОЗ в Україні, на думку автора, мають формулюватися так:

1. Справедливість фінансування і фінансовий захист.

Трансформація регресивної в цілому системи фінансування охорони здоров'я в Україні необхідна тому, що на сучасному етапі вона не забезпечує мобілізації такої кількості коштів і в такий спосіб, щоб гарантувати населенню справедливий доступ до медичної допомоги. Новий підхід повинен забезпечити побудову 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 – 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 й медичні передумови запровадження соціального медичного страхування (СМС) [18], воно наразі гальмується конфліктом бізнесових та політичних інтересів. Посилання на економічну нестабільність не є виправданим, оскільки так зване десятиліття реформ охорони здоров'я в Європі проходило в період, коли економічне падіння в окремих країнах сягало 50–70% [17].

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, оскільки:

– в арсеналі економічної політики держави є вдосталь регуляторних механізмів щодо перерозподілу податкового навантаження;

– економічні наслідки погіршення якості людського капіталу – суспільного здоров'я (вартість «тягаря хвороб» оцінюється в 26% ВВП [19]) впливають на конкурентоспроможність економіки більше, ніж, скажімо, збільшення на 5-6% цільових відрахувань від фондів оплати праці;

– за умови наявності дефіциту коштів скоріше за критерієм якості, ніж кількості, 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. Зрештою, будь-яке додаткове надходження суспільних коштів повинно зменшити частку прямих виплат в структурі надходжень фінансових ресурсів до СОЗ, а поступовому збільшенню коштів СМС сприятиме легалізація ринку праці та її оплати.

В українських реаліях під час реформування СОЗ слід враховувати, що її ефективність як публічної системи суттєво залежатиме від прозорості руху бюджетних коштів: роль бюджетних ресурсів у фінансовому забезпеченні СОЗ доволі тривалий час буде суттєвою, і тому важливо, щоб до пацієнта як кінцевого споживача ці кошти просувалися прозорішими, ніж бюджетні, каналами СМС. Що ж до ролі приватного медичного страхування як складової багатокомпонентної моделі, то воно має формувати сектор додаткових поза базовим пакетом можливостей.

Зважаючи на окреслені аргументи, зазначимо, що запровадження контрактної моделі надання медичних послуг з чітким визначенням обсягу, структури і якості не декларативно, а реально гарантованих послуг підвищує ступінь захисту людини 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, уможлиблює подолання адміністративної децентралізації й територіальної фрагментарності пулів бюджетних коштів, а також формування єдиного медичного простору, встановлення верхньої межі витрат, тобто забезпечення макроекономічного контролю за видатками. Крім того, запровадження такої моделі з інтеграцією в одній структурі функцій пулінгу коштів і закупівлі послуг не потребує значних фінансових витрат на адміністрування, дозволяє використовувати ефекти масштабу і монополістичних 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.

Високі 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 ступінем задоволення пацієнтів повинні бути максимальними при мінімально можливих витратах.

Стратегічний розподіл ресурсів між регіонами (за принципом актуарності, що мінімізує нерівність фінансування) та між секторами ОЗ і рівнями надання медичних послуг (за принципом економічності з наступною еволюцією загальних практик у бік фондотримання) покликаний обмежувати використання неефективних діагностичних і лікувальних технологій, одночасно стимулюючи амбулаторний сектор з пріоритетним (не менше 20-25% від загальних витрат) фінансовим забезпеченням ПМСД. Розмежування функцій фінансування і надання послуг сприятиме утвердженню принципу, коли гроші «йдуть» за пацієнтом.

Розширення самостійності й економічної мотивації провайдерів шляхом зміни їх господарсько-правового статусу та запровадження оплати з урахуванням диференційованого за віко-статевими та іншими індикаторами фінансування на душу населення з корекцією ризиків і визначених на основі потреб в послугах певної інтенсивності фіксованих бюджетів, а також з контрактацією очікуваних результатів мають забезпечити і технічну ефективність, і справедливість фінансування.

Застосування моделі активних закупівель медичних послуг за суспільні кошти на контрактній основі сприятиме формуванню конкурентного середовища і повноцінного ринку цих послуг, з одного боку, і дозволить раціоналізувати витрати, змінюючи пропорції між видами медичної допомоги, та нормативи навантаження персоналу – з іншого.

Окреслену модель схематично подано на рис. 9.

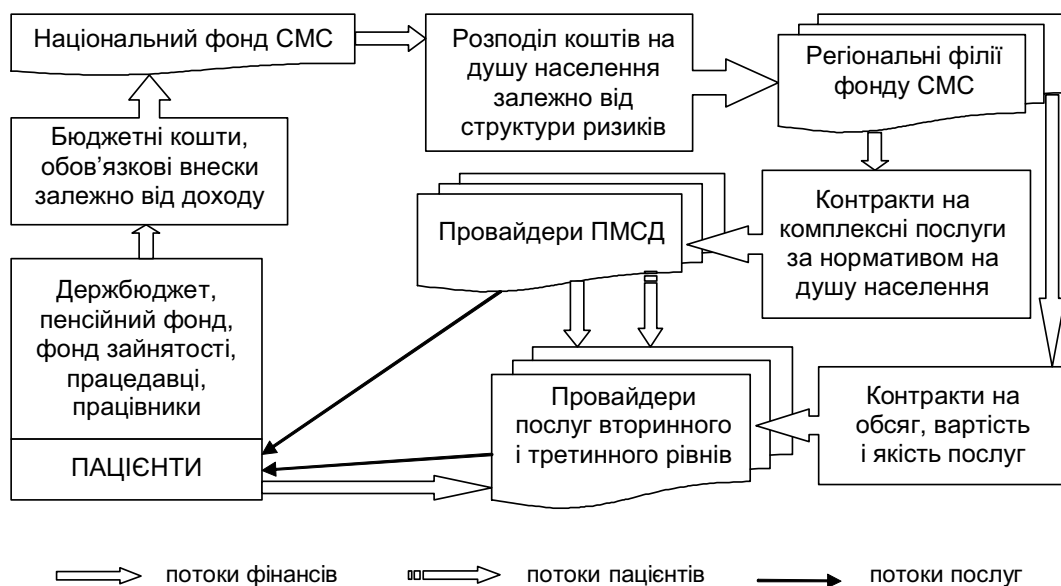


Рис. 9. Бюджетно-страхова контрактна модель фінансування ОЗ

4. Доступність і якість ліків.

На наш погляд, референтне ціноутворення на фармацевтичному ринку, яке уряд намагається запровадити 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 рівень доступності до медикаментів окремого пацієнта і ефективність амбулаторних служб.

Підсумовуючи, можемо зазначити, що реформа оцінюється суспільством не за експериментами з інфраструктурою, а за кінцевими результатами: рівнем здоров'я і ефективністю медичних втручань. Доведено, що необхідне за обсягами інвестування в ОЗ є ефективним засобом покращення здоров'я і добробуту громадян [15;17]. Досягнення цілей реформи можливе тільки 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 державних і приватних провайдерів; в) квазіринкових відносин з фінансовими стимулами та регуляторами. В цілому 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 внутрісистемної реорганізації її в напрямі від монопсонії до «регульованої» конкуренції страховиків. Однак використання моделі конкурентних закупівель послуг з альтернативами «горизонтальної» справедливості, як вказує невдала спроба її запровадження в Росії, потребує певної послідовності та 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.

Література

1. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2010 рік : моногр. / за ред. О. В. Аніщенко. – К., 2011. – 459 с.
2. Lekhan V. Ukraine: Health system review / V. Lekhan, V. Rudiy, E. Richardson // *Health system in transitions*. – 2010. – № 12 (8).
3. *The World Bank. World Development Indicators & Global Development Finance* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>.
4. Закон України «Про порядок реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» від 07.07.2011 р. № 3612-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>.
5. Слабкий Г. О. Сучасні підходи до фінансування системи охорони здоров'я / Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко, О. О. Заглада. – К., 2011. – 345 с.
6. *Мировая статистика здравоохранения, 2010 год. Женева, ВОЗ* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.who.int/entity/whosis/whostat/RU_WHS10_Full.pdf.
7. *World health statistics, 2012. Geneva, World Health Organization* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.who.int/entity/whosis/whostat/RU_WHS12_Full.pdf.
8. *Ukraine. National health accounts. Geneva, World Health Organization* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.who.int/nha/country/ukr.pdf>.
9. Валовий внутрішній продукт України, 2000–2011 роки [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua>.
10. 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>.
11. Матеріали Національної конференції «Функціонування та фінансування системи охорони здоров'я в Україні» від 24 квітня 2008 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.eu-she.com.ua/ua/news/24>.
12. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності до окремих видів медичної допомоги у 2011 р. : стат. зб. – К. : Держкомстат України, 2012. – 142 с.
13. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. – Женева : ВОЗ, 2010. – 106 с.

14. Бюджетний кодекс України № 6495 від 08.07.2010 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>.
15. Шкапяк О. І. Особливості створення та впровадження нового механізму фінансування охорони здоров'я на макро- та макрорівні / О. І. Шкапяк // Науковий вісник Полтавського УЕТ. – 2011. – № 3 (48). – С. 68–76.
16. Наказ Міністерства фінансів та МОЗ України «Про затвердження Типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі «Охорона здоров'я» № 283/437 від 26.05.2010 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.minfin.gov.ua>.
17. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы / под ред. Э. Моссиалоса, А. Диксон и др. – М. : Изд-во «Весь Мир», 2002. – 352 с.
18. Рудень В. В. Передумови запровадження обов'язкового медичного страхування / В. В. Рудень, О. М. Сидорчук // Фінанси України. – 2006. – № 10. – С. 73–78.
19. Ковжарова Е. В. Організаційно-економічні основи системи охорони здоров'я в Україні : автореф. дис. ... канд. екон. наук : 08.09.01 / Е. В. Ковжарова : НАН України. Рада по вивч. прод. сил України. – К., 2005. – 19 с.