

РЕФОРМА ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

У статті наводиться приклад проведення реформ у системі охорони здоров'я України через призму глобальних рекомендацій ВООЗ.

Ключові слова: фінансування системи охорони здоров'я, реформи системи охорони здоров'я.

В статті приводиться пример проведения реформ в системе здравоохранения Украины через призму глобальных рекомендаций ВООЗ.

Ключевые слова: финансирование системы здравоохранения, реформы системы здравоохранения.

The example of reform in health care system of Ukraine through the prism of global recommendations of WHO.

Keywords: health care financing, health care reform.

Постановка проблеми. Найпоширенішою тематикою для проведення реформ в системі охорони здоров'я України останнім часом стала проблема нестачі фінансового забезпечення. Відповідно, багато законпроектів, спрямованих на подолання саме цієї проблеми, варюють від банального створення додаткових державних цільових фондів із сумнівними схемами регулювання та направленості дії на вирішення проблем до всеохоплюючого медичного страхування (як обов'язкового, так добровільного).

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Реформам фінансової системи охорони здоров'я України свої праці присвятили наступні вчені: Портер М., Тайсберг Е.О., Поліщук М.Є. та ін..

Невирішені частини проблеми. У глобальному розрізі фінансування системи охорони здоров'я є основою при вирішенні трьох основних проблем медичного забезпечення людства (за визначенням ВООЗ):

- Загальне охоплення населення медичними послугами;
- Неможливість одночасного максимального забезпечення всіма необхідними медичними послугами всього населення;
- Неможливість вирівнювання якісної та фінансової сторін медичної послуги для всіх верств населення.

Автор вважає, що проблеми фінансування у нашій державі мають одну суттєву відмінність від світових тенденцій. В Україні фінансування системи охорони здоров'я – це матеріальне забезпечення медичної галузі як статті витрат бюджету, ефективність якого можна охарактеризувати повнотою покриття витрат, пов'язаних з тими чи іншими медичними послугами.

Метою статті є розгляд проблеми фінансового забезпечення реформ в системі охорони здоров'я.

Виклад основного матеріалу. На даний момент, з метою впровадження та відпрацювання нових організаційно-правових та фінансово-економічних механізмів, що спрямовані на підвищення ефективності та доступності медичного обслуговування населення і є необхідними для розвитку системи охорони здоров'я України, владою було запроваджено пілотний проект щодо реформування системи охорони здоров'я. Проте результати даного проекту можна оцінити лише після 2014 року, тоді як витрати на функціонування системи охорони здоров'я зростають (рис. 1).

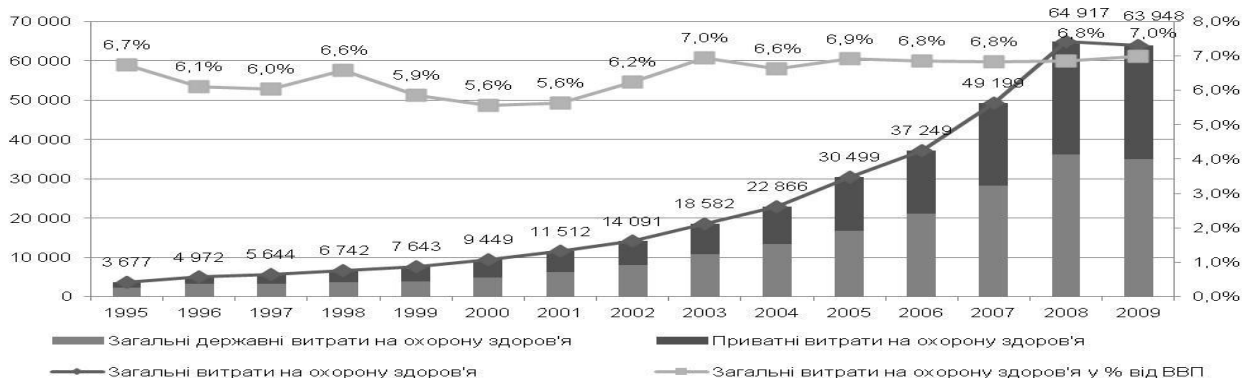


Рис. 1 Загальні витрати на охорону здоров'я України, млн.грн та у % від ВВП

*Джерело: розроблено автором на основі [6]

У той час, коли пілотний проект діє у декількох областях, медико-демографічна ситуація в цілому по Україні демонструє негативні тенденції зниження народжуваності, зростання захворюваності та смертності

населення. Основними причинами смертності громадян України є хвороби, вірогідність та інтенсивність яких в значній мірі залежить від медичного забезпечення населення (рис. 2).

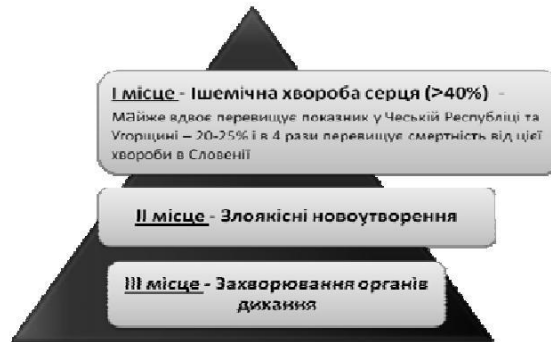


Рис. 2 Основні хвороби у дорослих громадян України, що детермінують показник смертності

*Джерело: розроблено автором на основі [1]

Демографічний склад населення України (табл. 1) є основною детермінантою при визначенні джерел і каналів фінансування медичної галузі.

Таблиця 1. Сценарій середнього рівня народжуваності в Україні (вікові групи)

Показники		Періоди спостереження (прогнозів), роки				
		2000	2010	2020	2030	2040
Сукупна чисельність населення млн осіб		48,85	45,17	1,68	8,05	4,47
Частка осіб у віці, %	0-14 років	17,5	13,6	4,0	2,7	2,1
	15-64 роки	61,6	65,5	61,7	60,1	57,1
	65+ років	20,9	20,9	24,3	27,2	30,8

*Джерело: розроблено автором на основі [1]

Старіння нації негативно змінює перспективу достатності наповнення державного бюджету коштами, отриманими від фізичних і юридичних осіб у вигляді податків та зборів для фінансування медичних витрат.

Зазначені проблеми є основними виразниками потреб проведення реформ у вітчизняній галузі охорони здоров'я, для ефективного забезпечення ресурсами та надання якісних медичних послуг.

ВООЗ, провівши власні дослідження, дійшла висновків, що державам необхідно мати стабільне і достатнє фінансування охорони здоров'я, проте країни зі схожим рівнем витрат на охорону здоров'я, можуть мати вкрай відмінні, з точки зору здоров'я населення, результати своїх інвестицій. Значну частину таких відмінностей можна пояснити політикою в галузі охорони здоров'я.

У той же час не існує якогось одного набору варіантів стратегії, який би зміг успішно працювати всюди. Кожна стратегія у сфері охорони здоров'я повинна враховувати місцеві умови. Системи охорони здоров'я відносяться до числа комплексних адаптивних систем, і окремі їхні компоненти можуть взаємодіяти найнесподіванішим чином. Тому в проведенні державної політики в галузі охорони здоров'я компроміси неминучі, і прийняті рішення мають бути спрямовані на досягнення правильного балансу між чисельністю населення, охопленого медичним обслуговуванням, складом та обсягами наданих послуг і витратами, які треба покрити [5].

У доповіді ВООЗ щодо реформ фінансування системи охорони здоров'я було визначено чотири напрями реформ, що відображають зближення цінностей медичної допомоги з очікуваннями громадян і загальні проблеми охорони здоров'я, які існують в будь-яких умовах. До них відносяться:

1. *Реформи, що забезпечують загальне охоплення*, спрямовані на те, щоб системи охорони здоров'я сприяли досягненню рівності щодо здоров'я, соціальної справедливості та ліквідації соціальної ізоляції головним чином шляхом забезпечення загального доступу та соціального захисту здоров'я;

2. *Реформи сфери надання послуг*, які передбачають реорганізацію служб охорони здоров'я відповідно до потреб та очікувань людей, з тим щоб підвищити соціальну значимість цих послуг та їх здатність більш чутливо реагувати на зміни у світі при одночасному досягненні більш високих результатів;

3. *Реформи державної політики*, які сприяють підвищенню рівня здоров'я громадян шляхом інтеграції діяльності в галузі охорони здоров'я з проведенням раціональної державної політики у всіх секторах і зміцнення заходів охорони здоров'я громадян на національному та транснаціональному рівнях;

4. *Реформи управління*, які покликані замінити надмірне використання адміністративно-командних методів управління, з одного боку, і політику невтручання з боку держави – з іншого, соціально інтегрованим, репрезентативним управлінням, яке здійснюється на основі переговорів відповідно до вимог, які диктуються складним характером сучасних систем охорони здоров'я [4].

З урахуванням градації світових рекомендацій, реформу вітчизняної системи охорони здоров'я, спрямованої на ефективність фінансування, можна репрезентувати за допомогою схеми, зображеної на рис. 3.

1. *Диверсифікація каналів і джерел фінансування системи*. Неefективне функціонування в державі медичної галузі, заснованої на принципах дії радянської "системи Семашко", свідчить про неможливість створення безкоштовної медицини для громадян. Це пов'язано з фактичною недостатністю фінансування для повного охоплення громадян державою якісною медичною допомогою. Крім того, обсяг наповнення грошовими коштами бюджету й обсяг витрат на медичне забезпечення старіючого (а отже і більш нездорового) населення не відповідають один одному й збільшуються непропорційно, таким чином розрив між реальними можливостями бюджету та потребами громадян буде збільшуватися не на користь останніх.

Тому автор пропонує створити кілька каналів фінансового покриття витрат на оплату медичної допомоги.

Державні цільові фонди забезпечуватимуть покриття витрат, пов'язаних з проведенням складного лікування незахищених верств населення. Обов'язкове медичне страхування (ОМС) забезпечуватиме надання базового

рівня медичних послуг основній частині населення. Добровільне медичне страхування (ДМС) забезпечуватиме покриття медичних витрат, пов'язаних з наданням послуг понад базовий рівень.

Напрями проведення реформи системи охорони здоров'я в Україні	Диверсифікація каналів і джерел фінансування системи охорони здоров'я – визначення основних напрямів поділу фінансових потоків і джерел їх наповнення; – визначення наповнення пакету медичних послуг, які будуть покриватися за рахунок тих чи інших джерел фінансування.
	Реформування системи надання медичних послуг з урахуванням оптимального поєднання якості та ефективного фінансового забезпечення – визначення єдиних стандартів медичних послуг; – створення умов для контролю за якістю медичних послуг; – проведення змін в адмініструванні лікарняно-профілактичних закладів (ЛПЗ)
	Проведення превентивної політики у всіх сферах соціально-економічного життя, спрямованої на покращення загального стану здоров'я населення, в тому числі з використанням ДМС.
	Зміна структури державного апарату управління системою охорони здоров'я та принципів його роботи – децентралізація та розподіл функцій; – створення умов для розвитку інфраструктури медичного забезпечення.

Рис. 3. Напрями проведення реформи системи охорони здоров'я в Україні

*Джерело: розроблено автором

Основним важелем для впровадження реформи у створенні різних каналів фінансування медичних витрат є складність визначення рівня базового медичного забезпечення, яке б функціонувало за умов фінансування через ОМС. Цінність медичних послуг полягає не тільки в стандарті визначення наповнення і вартості кожної окремої послуги, а й у їх комбінації та кількості. Майкл Портер та Елізабет Ольмстед Тайсберг свого часу провели ряд досліджень у США в напрямі особливостей медичних послуг [2]. За їх твердженням, відповісти на запитання, яка допомога повинна стати необхідною, а яка – предметом вільного вибору, дуже непросто. Органам охорони здоров'я дуже складно визначити позицію в питанні, що стосуються швидше особистого вибору, ніж здоров'я окремої людини (наприклад, лікування безпліддя). Як показують дослідження, великий обсяг дорогої медичної допомоги, що надається в кінці життя, не сприяє поліпшенню результатів лікування, більше того – він не потрібен ні пацієнтам, ні їх сім'ям. На жаль, в таких випадках проблематично однозначно визначити обов'язки суб'єктів фінансового забезпечення і ступінь особистої відповідальності застрахованих за отриману медичну допомогу. Проте, дослідниками було досягнуто згоди, що у мінімальний стандарт страхового забезпечення, крім невідкладної допомоги, повинна входити первинна та профілактична допомога. При його визначенні слід уникати медичних послуг, що не відносяться до категорії необхідних, так само як і вимог, що визначаються як такі, що "непогано було б сюди включити". Тільки так можна забезпечити загальнодоступне страхове покриття. Перелік послуг, охоплених мінімальним обов'язковим покриттям, слід періодично переглядати, щоб включати до нього нові види медичної допомоги з високим рівнем результативності, а неефективні або застарілі – виключати.

2. *Реформування системи надання медичних послуг з урахуванням оптимального поєднання якості та ефективного фінансового забезпечення.* Обсяг і якість медичних послуг визначатиме об'єктивність фінансового навантаження на реальних платників податків, зборів і страхових внесків. Тому, на думку автора, в

Україні важливо запровадити єдині стандарти якості для всіх медичних послуг, враховуючи вартість безпосередньо медичного матеріально-технічного наповнення, заробітну плату лікарів, адміністративні витрати лікарняно-профілактичних закладів та інші економічні складові (наприклад, прибуток) для вдосконалення медичної послуги в майбутньому. Крім того потрібно створити систему заходів, які б забезпечували функцію громадського контролю за якістю медичних послуг, діяльністю лікарів та суб'єктів фінансування (наприклад, асоціацій учасників процесу медичного страхування). Також потрібно забезпечити можливість покращення надання медичних послуг лікарськими закладами шляхом використання методів ринкової конкуренції.

Під час проведення змін у вітчизняній системі охорони здоров'я неможливо уникнути реформ, пов'язаних із діяльністю лікарів та лікарень. На думку автора, це питання в медичній галузі посідає провідне місце, тому що лікарі є тією суб'єктивною одиницею, яка активно впливає на якість роботи всієї медичної сфери. В той же час адміністративний уклад діяльності медичних закладів може в тій чи іншій мірі впливати на результати роботи лікарів, в тому числі на корупцію у стінах лікарень. Використання професійних послуг менеджерів-економістів в адмініструванні кожного конкретного ЛПЗ створюватиме умови для більш ефективного використання фінансових ресурсів галузі в цілому. Крім того, впровадження приватизації частини ЛПЗ або передача їх у користування на засадах оренди приведе до більш раціонального управління та використання державних цільових фондів за рахунок диверсифікації.

3. *Проведення превентивної політики у всіх сферах соціально-економічного життя, спрямованої на покращення загального стану здоров'я населення.* Створення в державі умов, які б забезпечували попередження виникнення тих чи інших захворювань у населення (особливо хронічних, які мають характер чинника, що з часом підсилює дію інших хвороб) на ранніх етапах їх формування дасть можливість суттєво зменшити фінансові затрати на лікування громадян в майбутньому. Мається на увазі створення політико-економічних передумов для забезпе-

чення проведення соціальних програм на різних рівнях суспільного життя (для дітей, молоді, населення, працюючого в різних сферах економіки тощо), спрямованих на превенцію захворювань.

Добровільне медичне страхування може стати додатковим джерелом фінансування затрат для проведення превентивної політики. Цього можна досягти шляхом включення до програм страхування окрім опцій, що забезпечують дороговартісне лікування понад базовий рівень, гарантований ОМС, позицій, спрямованих на поточне оздоровлення застрахованих. Проте без створення державою преференцій для страховиків, які включатимуть такі затрати у свої страхові портфелі, дія даного каналу фінансування буде мало відчутною. Також варто звернути увагу на твердження, що частину медичної допомоги можна отримувати за допомогою страхування чи використання коштів цільових фондів, але чималу частку відповідальності в нерідкісних випадках громадяни мають брати на себе. Мається на увазі ступінь особистої відповідальності за здоровий спосіб життя та дотримання призначень лікаря. Громадянин має вирішувати, чи виконувати призначення лікаря, чи ні, брати участь у програмах управління хворобами або ж відмовитися від них. Скринінг та моніторинг здоров'я теж мають проводитися виключно за бажанням, оскільки, в кінцевому підсумку виявляється, що ні обсяг страхового покриття, ні його ціна не залежать від участі застрахованих у заходах, спрямованих на поліпшення їх здоров'я та підвищують цінність одержуваної медичної допомоги. При цьому дуже важливо взяти до уваги природу деяких моделей поведінки – фізіологічну або таку, що викликає звикання – труднощі відмови від шкідливих (укорінених) звичок. Однак держава не може дозволяти собі політику невтручання, особливо сьогодні, коли накопичилося стільки даних про користь профілактики, управління хворобами і величезних вигод для пацієнтів від підвищення відповідальності за власне здоров'я.

Тому одним із шляхів вирішення даної проблеми є впровадження у добровільному медичному страхуванні параметру, коли застрахованому, що з тих чи інших причин не бере участі в заходах щодо поліпшення стану свого здоров'я, доводиться миритися з деякими неприємними наслідками – наприклад, з більш високими страховими внесками [2].

4. Зміна структури державного апарату управління системою охорони здоров'я та принципів його роботи. Політика держави в галузі охорони здоров'я повинна мати різновекторні характеристики, але основними принципами її функціонування за будь-яких умов мають залишатися націленість на максимально можливе задоволення медичних потреб кожного і окремого громадянина. Діяльність органів державної влади має базуватися на забезпеченні виконання описаних вище трьох складових реформи системи охорони здоров'я. З цією метою автор пропонує провести ряд перетворень:

1) Реорганізація розподілу коштів цільових державних фондів на потреби нових учасників регулювання галузі медичного забезпечення;

2) Децентралізація – передача функцій регулювання муніципальним департаментам охорони здоров'я та саморегульованим організаціям лікарів, страховиків та пацієнтів;

3) Демоніполізація в управлінні лікарняно-профілактичними закладами;

4) Перерозподіл функцій контролю за якістю медичних послуг між учасниками ринку медичного страхування, пацієнтами та ЛПЗ;

5) Забезпечення умов для створення пулів страховиків та розвитку ДМС;

6) Виокремлення органу державного впливу, який забезпечував би проведення превентивної політики, спрямованої на покращення здоров'я населення в усіх сферах суспільного життя тощо.

Висновки. Проведення змін в сфері фінансування охорони здоров'я – питання актуальне на теренах всього світу, яке покликане вирішувати глобальну проблему демографічної політики методами економічних важелів.

Організація тих чи інших реформ систем охорони здоров'я на глобальному, макро- та мікрорівнях має, в першу чергу, орієнтуватися на оптимальне задоволення потреб якомога більшої частини населення, опираючись на принципи солідарності. Принципи реформування системи охорони здоров'я в Україні мають базуватися на досягненні максимального охоплення населення медичними послугами, можливості одночасного максимального забезпечення всіма необхідними медичними послугами всього населення, можливості вирівнювання якості та фінансової сторінки медичної послуги для всіх верств населення. Цього можна досягти шляхом впровадження чотирьох основних напрямів реформ: диверсифікація каналів і джерел фінансування системи, зміни в системі надання медичних послуг з урахуванням оптимального поєднання якості та ефективного фінансового забезпечення, проведення превентивної політики у всіх сферах соціально-економічного життя, спрямованої на покращення загального стану здоров'я населення, зміни структури державного апарату управління системою охорони здоров'я та принципів його роботи.

1. Поліщук М.Є. Лікуймо Україну! – Тернопіль: ТДМУ, 2009. – 228 с.
2. Портер М., Тайсберг Е.О. Переосмислення системи охорони здоров'я. Як створити конкуренцію, основу на цінності та орієнтовану на результат. – К.: видавництво О.Капусти (підрозділ "Агентства "Стандарт"), 2007. – 620 с. 3. Доповідь про стан охорони здоров'я у світі. Первинна медико-санітарна допомога. Сьогодні актуальніше, ніж будь-коли. – Всесвітня організація охорони здоров'я – 2008 р. 4. Доповідь про стан охорони здоров'я у світі. Фінансування систем охорони здоров'я. Шлях до всезагального охоплення населення медико-санітарною допомогою. – Всесвітня організація охорони здоров'я. – 2010 р. 5. Дані по населенню ООН. United Nations. Population Division/ Department of Economic and Social Affairs. – 2010. – <http://esa.un.org/unpp/> 6. WHO: Total expenditure on health as a percentage of gross domestic product. – http://gamapservers.who.int/gho/interactive_charts/health_financing/atlas.html?indicator=i0&date=2009

Надійшла до редколегії 07 . 0 2 . 12