

ГРОШОВО-КРЕДИТНА, ІНВЕСТИЦІЙНА ТА ІННОВАЦІЙНА ПОЛІТИКА

УДК 338:61

С.С. Біляєв

старший викладач
Мелітопольський державний педагогічний університет

ФОРМУВАННЯ ФІНАНСОВИХ УМОВ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

У статті визначено позицію регіональних органів управління охороною здоров'я щодо економічних умов медичного обслуговування населення. Результати дослідження дають змогу переконатися в недоцільності радикальних заходів з реформування правил надання медичної допомоги населенню. Запропоновано основні напрями перетворень у системі фінансування охорони здоров'я.

Ключові слова: фінансування охорони здоров'я, медичні послуги, бюджетне фінансування, обов'язкове медичне страхування, медико-економічні стандарти.

I. Вступ

Суб'єкти системи фінансування охорони здоров'я мають суперечливі позиції як щодо збереження гарантій безкоштовного медичного обслуговування, так і щодо можливості легалізації платних медичних послуг з метою скорочення обсягів неформальної оплати медичної допомоги.

Міністерство охорони здоров'я України декларує необхідність забезпечення збалансованості державних гарантій медичного обслуговування населення з обсягами їх державного фінансування.

Програмами обґрунтовано необхідні обсяги фінансування охорони здоров'я. Але фактичні розміри державного фінансування охорони здоров'я не забезпечують навіть покриття розрахункових показників вартості програм, що є заниженими.

Питанню теорії та практики фінансування системи охорони здоров'я в цілому приділяли увагу такі українські вчені, як: В. Агарков, М. Білинська, В. Москаленко, І. Солоненко, М. Шевченко, А. Степаненко.

Дефіцит фінансування програм має бути заповнений за рахунок збільшення або бюджетних асигнувань на охорону здоров'я, або соціального податку.

II. Постановка завдання

Мета статті – дослідити систему фінансування охорони здоров'я та запропонувати основні напрями її перетворень.

III. Результати

Для збереження гарантій безкоштовної медичної допомоги здійснюється диференціація регіонів залежно від економічного рівня розвитку, стабільності влади і спрямованості соціальної політики, що склалася в регіоні. Чим ни-

жче рівень соціально-економічного розвитку регіону, тим вище ймовірність того, що його керівники дотримуватимуться патерналістськи орієнтованої соціальної політики, у рамках якої збереження гарантій безкоштовної медичної допомоги розглядається як необхідне.

Навпаки, у регіонах з високим рівнем соціально-економічного розвитку керівники орієнтовані на інноваційну соціальну політику і вважають доцільною її диференціацію, яка враховувала б різні можливості високо- і низькодохідних груп населення з оплати послуг у соціальній сфері.

При цьому лідери як з відносно високим, так і з низьким потенціалом впливу не підтримують радикальні стратегії соціальної політики у своїх регіонах, вважаючи за краще еволюційні перетворення. Як у регіонах з патерналістськи орієнтованою соціальною політикою, так і в регіонах з ринково орієнтованою політикою вищі керівники добре обізнані про практику неформальних платежів за медичні послуги, проте не бачать інших механізмів боротьби з подібними явищами, крім правових, відзначаючи нестачу правового й законодавчого забезпечення. Деякі з них визнають, що тільки завдяки практиці неформальних платежів провідним стаціонарам регіонів вдається зберегти кваліфікований склад лікарів і фахівців, які успішно працюють у медичних установах [1].

Переважно позиція регіональних органів управління охороною здоров'я щодо економічних умов медичного обслуговування населення зводиться до такого:

1. Плановані обсяги медичної допомоги за програмою державних гарантій мають бути збалансовані з обсягами їх державного фінансування або ж зменшені, виходячи з реальних можливостей держави і регіонів.

2. Якщо доведеться зменшити гарантовані обсяги медичної допомоги, що надається, то можливе введення плати за медичні послуги "понад гарантовані". Відмінність від нинішньої системи платних послуг полягатиме в тому, що плата за них буде обов'язковою для всіх, тоді як сьогодні одна й та сама послуга може бути надана як безкоштовно, так і за гроші.

3. Регіони мають бути поставлені в рівні умови фінансування реалізації програми державних гарантій.

4. Слід посилити координацію дій суб'єктів фінансування охорони здоров'я по горизонталі і вертикалі. Міжбюджетні відносини мають бути абсолютно прозорими. Міністерству охорони здоров'я слід виступити з ініціативою встановлення в бюджетному законодавстві норм, що забороняють місцевим органам влади перерозподіляти кошти, які надійшли з бюджету, за цільовим призначенням. Збереження дефіциту фінансування програм призводить до: збільшення обсягу платних послуг і неформальних платежів і, як наслідок, зростання соціальної напруженості; відпливу кваліфікованих лікарів (у приватні медичні організації або в інші сфери діяльності); погіршення здоров'я населення.

Головні лікарі медичних закладів, розташованих в обласних центрах і містах регіонів, позитивно оцінюють практику розвитку платних послуг, оскільки завдяки їм вони отримують додаткові прибутки, а також мають можливість підвищити офіційний рівень заробітної плати персоналу [5].

Чим нижче ієрархічний рівень, тим менша кількість прихильників перетворень в охороні здоров'я. Частина медичних працівників (близько 30%) у ході інтерв'ю продемонстрували високий рівень зацікавленості в перегляді гарантій безкоштовної медичної допомоги, що пояснюється бажанням підвищити рівень доходів, який у більшості з них залишається дуже низьким. Водночас частина лікарів, які безпосередньо працюють із хворими, відзначили низький матеріальний рівень своїх пацієнтів, велику частку серед останніх так званих соціальних хворих, що зумовлювало обережний характер зроблених ними оцінок.

У цілому проведене дослідження дає змогу переконатися в недоцільності радикальних заходів з реформування правил надання медичної допомоги населенню, що пояснюється як низькою готовністю регіональних органів влади і головних лікарів стаціонарів до подібних заходів, так і низьким рівнем довіри до радикального реформування медичної галузі з боку лікарів і середнього медичного персоналу.

Серед керівників регіональних органів управління охороною здоров'я можна виділити дві позиції стосовно системи обов'язкового медичного страхування: "повне неприйняття" і "критичне ставлення". Прихильники першої позиції вважають, що вве-

дення обов'язкового медичного страхування абсолютно себе не виправдовує: відбувається розпорошення коштів. На їх думку, необхідне лише бюджетне фінансування, що дасть змогу усунути суб'єктивізм у їх витрачаннях. Друга частина керівників також переконана в неефективності системи обов'язкового медичного страхування, проте віддає їй перевагу порівняно з бюджетним фінансуванням, при якому відсутній контроль за діяльністю медичних установ.

Головні лікарі медичних установ є найбільш послідовними противниками двоканальної системи фінансування медичних закладів: з бюджету і з системи обов'язкового медичного страхування.

З переведенням бюджетного фінансування у відання казначейства й упровадженням суворого контролю органів казначейства за виконанням затвердженого кожній медичній установі детального кошторису доходів і витрат багато керівників змінили своє ставлення до обов'язкового медичного страхування, оскільки в цій системі вони мають великі права самостійно розпоряджатися отриманими коштами. У реальності головні лікарі понад усе зацікавлені в тому, щоб державне фінансування покривало їх витрати й надходило вчасно.

Аналіз конфігурації інтересів і позицій суб'єктів системи фінансування щодо її реформування дає змогу зробити такі висновки.

Перегляд державних гарантій надання медичної допомоги населенню, реструктуризація системи медичного обслуговування, модернізація системи обов'язкового медичного страхування не є сьогодні пріоритетними з погляду реалізації інтересів суб'єктів фінансування охорони здоров'я. Співвідношення можливих вигід і витрат проведення перетворень для кожного з цих типів суб'єктів виявляється гіршим, ніж співвідношення вигід і витрат збереження існуючої ситуації.

Фактична відмова від перегляду державних гарантій безкоштовного медичного обслуговування населення в поєднанні зі скороченням розмірів їх фінансування призвели до широкомасштабного заміщення державних витрат приватними, переважно у формах тінювих і квазіформальних платежів, що зумовлює неефективне витрачання державних коштів. При цьому політичні й економічні витрати зміни поєднання формальних і неформальних інститутів оплати медичної допомоги виявляються дуже високими [2].

Легалізація неформальних платежів населення за медичну допомогу супроводжуватиметься значним зростанням цін на медичні послуги, які будуть вищі, ніж колишні тінюві ціни. Це призведе до падіння доступності медичних послуг для низько- і середньодохідних верств населення, що також спричинить зростання соціальної напруже-

ності і незадоволеності більшої частини населення.

У середовищі лікарів і медичного персоналу легалізація неформальних платежів приведе до зняття проблеми лише частково.

Масштабна реструктуризація системи охорони здоров'я, яка необхідна для суттєвого підвищення ефективності державного фінансування охорони здоров'я, пов'язана зі значними політичними ризиками для органів влади всіх рівнів. Збереження існуючої мережі лікувально-профілактичних закладів, що зумовлює неефективне розмивання наявних коштів, виявляється прийнятнішим з політичного погляду, ніж її реструктуризація.

Відсутність чітких правил здійснення страхових платежів за непрацююче населення з місцевих бюджетів зумовила незбалансованість базової програми обов'язкового медичного страхування з фінансовими ресурсами, що акумулюються в системі обов'язкового медичного страхування. Їх недостатньо для повноцінного фінансового забезпечення медичної допомоги застрахованих. Це породило безліч електичних і неефективних бюджетно-страхових моделей фінансування охорони здоров'я. Зміна становища можлива або шляхом участі бюджету у співфінансуванні платежів на обов'язкове медичне страхування непрацюючого населення, або внаслідок прийняття політичних рішень, що однозначно зобов'язують здійснювати такі платежі в необхідних розмірах. У першому випадку високими є економічні витрати для органів влади, а в другому – політичні витрати.

Іншою інституційною проблемою стали умови участі страхових компаній у системі обов'язкового медичного страхування. Сформована нормативно-правова база не стимулює розвиток конкуренції між страховиками і не орієнтує їх на зростання ефективності використання страхових коштів і ресурсного потенціалу системи охорони здоров'я. Формальні правила укладення договорів між страхувальниками, страховиками та медичними організаціями значною мірою доповнюються неформальними правилами й угодами, що перешкоджають ефективному використанню страхових коштів.

Адміністративні витрати на розвиток легальної конкуренції між страховиками і перетворення їх в ефективних учасників системи обов'язкового медичного страхування виявляються дуже великими.

Таким чином, існуюча система державного фінансування охорони здоров'я перебуває в стані досить стійкої, але неефективної інституційної рівноваги. Суб'єкти середині галузі охорони здоров'я зацікавлені більшою мірою в збереженні цієї системи, ніж у її модернізації. Серйозні зміни можуть відбутися лише під зовнішнім тиском з боку

органів влади на державному та регіональному рівнях.

Можна припустити, що економічне зростання, збільшення зайнятості і доходів населення підвищуватимуть для значної частини населення цінність здоров'я і посилюватимуть електоральну значущість стану охорони здоров'я і можливостей доступу до якісної медичної допомоги. Урахування цього чинника змусить органи виконавчої і представницької влади справляти більший тиск на суб'єктів системи фінансування охорони здоров'я, спонукаючи їх до реальних перетворень і контролюючи їх хід [5].

Як напрями перетворень у системі фінансування охорони здоров'я пропонуємо розглядати такі.

Необхідне чіткіше визначення зобов'язань держави з надання безкоштовної медичної допомоги в системі обов'язкового медичного страхування. Потрібно не тільки встановити обсяги медичної допомоги в цілому по країні, а й визначити конкретний склад, обсяги медичних послуг і лікарського забезпечення, безкоштовне надання яких держава гарантує громадянам у разі різних видів захворювань. Це мають бути медико-економічні стандарти, які визначені за кожною нозологією і які відображають не бажаний рівень надання медичної допомоги, а економічно можливий для держави при реальних розмірах фінансування охорони здоров'я. Потрібно чітко визначити склад медичної допомоги, який держава може дійсно безкоштовно надати населенню в рамках системи обов'язкового медичного страхування. Цей пакет послуг має бути збалансований з тими коштами, що виділяє держава на його виконання [8].

Іншими напрямками модернізації системи обов'язкового медичного страхування є такі:

- встановлення подушних нормативів внесків на обов'язкове медичне страхування непрацюючих громадян;
- використання коштів державного бюджету для субсидування платежів за непрацююче населення;
- усунення існуючої подвійності каналів фінансування медичних установ за одну й ту саму діяльність; усі кошти, призначені для фінансування медичної допомоги, передбаченої програмою обов'язкового медичного страхування, мають бути зосереджені в системі обов'язкового медичного страхування і використовуватися для оплати страховиками обсягів допомоги, що надаються громадянам медичними установами;
- значне посилення державних вимог до діяльності страховиків у системі обов'язкового медичного страхування з тим, щоб перетворити їх з пасивних посередників у русі фінансових коштів в актив-

- них покупців оптимальних для населення обсягів медичної допомоги в лікувально-профілактичних установах;
- надання застрахованим права вибору страховиків;
 - уніфікація механізмів ціноутворення й оплати медичної допомоги в системі обов'язкового медичного страхування [2].

Вирішальною умовою подолання соціальних і політичних бар'єрів реструктуризації є вихід на якісно інший рівень координації політики органів державної влади по горизонталі (перш за все, органів охорони здоров'я, соціального захисту і фінансів, фондів обов'язкового медичного страхування) і по вертикалі та забезпечення її комплексності й послідовності. Необхідне створення системи комплексного планування охорони здоров'я.

IV. Висновки

Запропоновано основні напрями перетворень у системі фінансування охорони здоров'я. Необхідне чіткіше визначення зобов'язань держави з надання безкоштовної медичної допомоги в системі обов'язкового медичного страхування. Потрібно не тільки встановити обсяги медичної допомоги в цілому по країні, а й визначити конкретний склад, обсяги медичних послуг і лікарського забезпечення, безкоштовне надання яких держава гарантує громадянам у разі різних видів захворювань. Це мають бути медико-економічні стандарти, визначені за кожною нозологією, що відображають не бажаний рівень надання медичної допомоги, а економічно можливий для держави при реальних розмірах фінансування охорони здоров'я. Потрібно чітко визначити склад медичної допомоги, який держава може дійсно безкоштовно надати населенню в рамках системи обов'язкового медичного страхування. Цей пакет послуг має бути збалансований з тими коштами, що виділяє держава на його виконання.

ваний з тими коштами, що виділяє держава на його виконання.

Список використаної література

1. Білинська М. Пріоритети управління змінами в галузі охорони здоров'я України / М. Білинська. – К., 2006. – 56 с.
2. Воронкова В. Соціальна політика: проблеми та фактори розвитку / В. Воронкова // Актуальні проблеми внутрішньої політики : зб. наук. пр. НАДУ. – К. : Вид-во НАДУ, 2005. – Вип. 1 (5). – С. 193–202.
3. Ерошкина Т.В. Концепция оптимизации финансирования здравоохранения в крупном промышленном регионе / Т.В. Ерошкина, С.С. Борисенко, В.В. Ткаченко // Охорона здоров'я України. – 2008. – № 4 (32). – С. 47–48.
4. Магуайр А. Економіка охорони здоров'я / А. Магуайр, Д. Гендерсон, Г. Муні ; [пер. з англ. під ред. І.М. Солоненка]. – К. : Основи, 1998. – 292 с.
5. Москаленко В.Ф. Реформа системи охорони здоров'я України / В.Ф. Москаленко, В.М. Пономаренко // Військ. медицина України. – 2001. – № 2. – Т. 1. – С. 121–126.
6. Радиш Я.Ф. Медичне страхування : навч. посіб. / Я.Ф. Радиш ; Національна академія держ. управління при Президентові України. – К. : НАДУ, 2005. – 88 с.
7. Шевченко М.В. Бюджет системи охорони здоров'я України в 2008 році – основні напрями та тенденції / М.В. Шевченко // Глав. врач. – 2008. – № 2. – С. 31–34.
8. Шейман И.М. Реформы управления и финансирования здравоохранения / И.М. Шейман. – М. : Русь, 1998. – 335 с.
9. Ярош Н.П. Сучасні вимоги до видів стандартів надання медичної допомоги / Н.П. Ярош // Охорона здоров'я України. – 2007. – № 3–4. – С. 131–135.

Стаття надійшла до редакції 28 лютого 2012 р.

Билиев С.С. Формирование финансовых условий предоставления медицинских услуг

В статье определена позиция региональных органов управления здравоохранением относительно экономических условий медицинского обслуживания населения. Результаты исследования дают возможность убедиться в нецелесообразности радикальных мер по реформированию правил предоставления медицинской помощи населению. Предложены основные направления преобразований в системе финансирования здравоохранения.

Ключевые слова: финансирование здравоохранения, медицинские услуги, бюджетное финансирование, обязательное медицинское страхование, медико-экономические стандарты.

Biliaev S. Formation of financial condition for medical services

The author defined the position of regional public health against economic conditions of medical services. The research enables you to make sure in inappropriateness of radical measures to reform the rules of healthcare. The basic directions of changes in the system of financing health care.

Key words: health financing, health care, budget financing, mandatory health insurance, medical and economic standards.