

СУЧАСНИЙ МЕХАНІЗМ ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) головна мета фінансування системи охорони здоров'я полягає у забезпеченні функціонування та достатнього наповнення спеціалізованих фондів, а також у встановленні дієвих фінансових стимулів для постачальників медичних послуг та створенні рівних умов доступу всіх громадян до ефектної громадської системи охорони здоров'я та особистої медичної допомоги [1].

Побудова ефективної системи фінансування охорони здоров'я передбачає успішне виконання нею трьох взаємопов'язаних завдань:

- збір доходів, що визначає джерела фінансування на охорону здоров'я, вибір відповідної стратегії стягнення необхідних ресурсів, формування інституцій, на які покладається функція з їх адміністрування.

- об'єднання зібраних коштів, що охоплює діяльність з накопичення та ефективного управління зібраними ресурсами з метою забезпечення вільного доступу громадян до широкого асортименту послуг медичної допомоги та забезпечення їх захисту від ризику у разі хвороби самостійної сплати повної вартості отриманих під час лікування медичних послуг.

- закупівля медичних послуг. Характеризує фінансові відносини з приводу механізму передачі коштів з фондів від інституцій, що займаються їх об'єднанням, до установ, що надають послуги. Придбання медичних послуг може здійснюватися або пасивно – відповідно до запланованих видатків бюджетом, або стратегічно – в результаті пошуку на ринку найбільш вдалого цінового та якісного поєднання пропонованих постачальниками послуг.

З набуттям незалежності Україна отримала у спадок від радянського союзу комплексну багаторівневу систему охорони здоров'я, яка була орієнтована на забезпечення максимального охоплення громадян медичними послугами, що фінансувалися та надавалися державою. Зазначена система отримала назву «модель Семашко». Головною її ознакою є централізоване фінансування та централізований підхід до управління, засновані на принципах нормування та постатейного бюджетного розподілу державних фінансових ресурсів між медичними закладами. За адміністративно-планової економіки вищезазначена модель була досить ефективною, оскільки дозволяла охопити значну частину населення терміновою медико-санітарною допомогою. Проте з часом модель Семашко, заснована на ресурсному підході до організації системи охорони здоров'я, призвела до надмірного розширення інфраструктури,

до непропорційного розподілу фінансових ресурсів між амбулаторним та стаціонарним рівнями медичної допомоги, як результат – відсутність мотивації персоналу медичних закладів та суцільне погіршення якості надаваних медичних послуг населенню.

Перехідний період української економіки 1991-2000 рр. потребував вжиття заходів, спрямованих на запобігання системного краху системи охорони здоров'я. Були зроблені спроби реформ, зокрема відбулася певна децентралізація державних обов'язків, обмеження обсягів гарантованих державної безоплатних медичних послуг, скорочення інфраструктури, формалізація приватних платежів та приватних медичних закладів та послуг. Незважаючи на ці кроки, підвалини організації та механізму фінансування вітчизняної системи охорони здоров'я практично не зазнали змін.

Сучасна система охорони здоров'я в Україні як і раніше орієнтована на бюджетне фінансування та забезпечення всеохоплюючого вільного доступу громадян до гарантованого державою пакету медичних послуг у державних медичних закладах. Проте з покладеними на неї завданнями майже не справляється.

Управління системою охорони здоров'я в Україні знаходиться у віданні Міністерства охорони здоров'я відповідно до принципів адміністративного і бюджетного підпорядкування та звітності. На обласному, районному та муніципальних рівнях функціонують місцеві управління охорони здоров'я, які несуть відповідальність за медичні установи в межах своїх регіонів та делегованих повноважень та є функціонально підзвітними МОЗ, проте з точки зору керівництва та фінансів вони знаходяться у підпорядкуванні відповідних місцевих органів влади. Зазначена організаційна неузгодженість часто є причиною неоднозначної реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, зокрема внаслідок того, що національна політика в цій галузі розробляється на рівні МОЗ, а за її фінансове забезпечення відповідають місцеві органи влади. Окремо від структури медико-санітарних закладів керованих МОЗ, існують медичні установи підпорядковані Міністерству оборони, Міністерству внутрішніх справ, Міністерству інфраструктури тощо, які надають лікувально-профілактичні послуги працівникам відповідних служб і відомств у їх складі. Медичні заходи у системі пенітенціарної служби керуються Міністерством юстиції. Всі вищезазначені міністерства мають окремі, власні бюджети, що виділяються Міністерством фінансів.

Більша частина медичних послуг в Україні надається державними медичними закладами, хоча частка приватного сектору в галузі охорони здоров'я також продовжує зростати. Комерційні постачальники отримують кошти за надані послуги лише за рахунок прямих платежів та страхових відшкодувань за програми добровільного медичного страхування, доступу до бюджетних фінансових ресурсів вони не мають. Неурядові громадські організації, які

опікуються питаннями та допомогою пов'язаною з ВІЛ/СНІД, туберкульозом, контролем народжуваності існують на спонсорські кошти та добровільні пожертви.

Отже, вітчизняна система фінансування охорони здоров'я включає в себе як державні, так і приватні джерела доходів. Серед них можна виділити урядові відрахування в державні та місцеві бюджети пов'язані зі статтями видатків на охорону здоров'я, фонди соціального страхування, платежі домогосподарств, добровільні внески спонсорів, недержавні фонди страхування, учасниками яких є як роботодавці, так і окремі фізичні особи за добровільними видами медичного страхування, та некомерційні схеми самострахування (лікарняні каси).

Структура фінансування охорони здоров'я, відповідно до останніх статистичних даних Національних рахунків охорони здоров'я (НРОЗ) [2], наведена на рисунку 1.

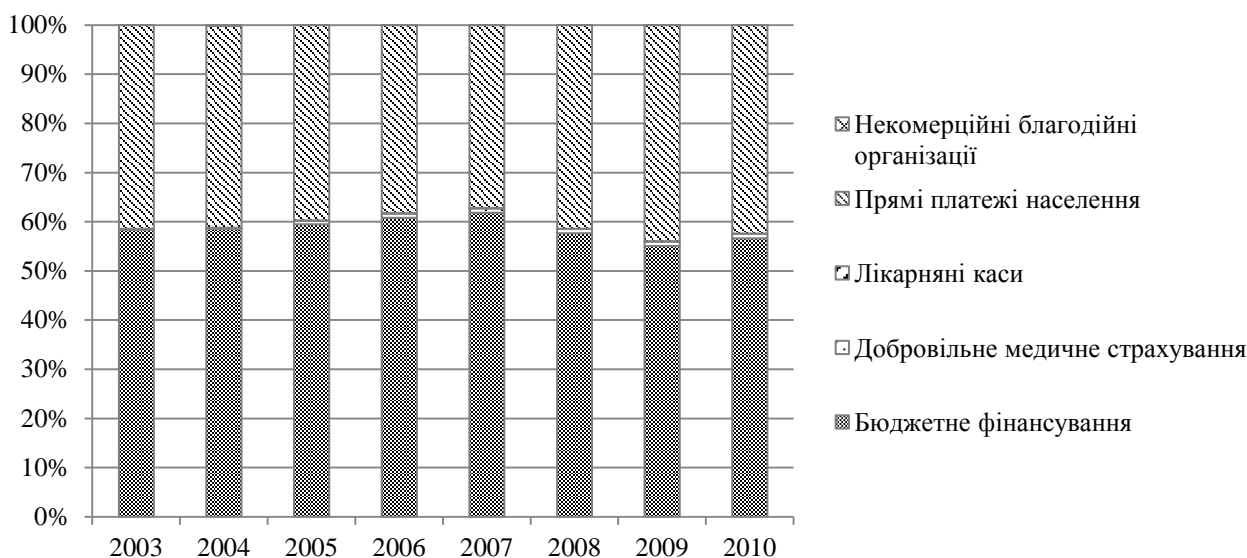


Рисунок 1 – Структура витрат на охорону здоров'я за фінансовими агентами 2003-2010 рр.

Як видно з рисунку 1, вітчизняна система охорони здоров'я фінансується державою лише на 60-55% від загальних видатків на цю сферу, друге місце у загальній структурі припадає на прямі платежі населення, при цьому їх частка складає до 40% і протягом розглянутих 8-ми років мала тенденцію до зростання. Сукупна частка медичного страхування та лікарняних кас не становить навіть і 1%.

Основну частину загальних видатків становлять поточні видатки, в той час, як капітальні видатки, спрямовані на оновлення обладнання та інфраструктури, коливаються в межах 5%. Більше третини видатків спрямовано на послуги зі стаціонарного лікування, при цьому як зазначають аналітики, необхідність стаціонарної госпіталізації в Україні часто перебільшується. Інша третина загальних витрат на охорону здоров'я припадає на закупівлю ліків та

інших медичних товарів, при цьому 82% таких видатків фінансується за рахунок прямих готівкових платежів населення [2].

Вітчизняна система бюджетного фінансування медико-санітарних потреб є однією з найбільш слабких елементів системи охорони здоров'я України. Бюджетне фінансування здійснюється за рахунок коштів сформованих із загальнодержавних податків і зборів, які потім через систему трансфертів перерозподіляються між місцевими бюджетами. У загальному вигляді планове визначення витрат на забезпечення закладів охорони здоров'я здійснюється на основі використання нормативних показників: для амбулаторно-поліклінічних установ – це кількість лікарських відвідувань та лікарських посад, для стаціонарних закладів – кількість лікарняних ліжок і лішко-днів.

Таким чином, на даному етапі фінансовий механізм вітчизняної системи охорони здоров'я не здатний в повній мірі забезпечити виконання одного із головних завдань системи охорони здоров'я щодо створення умов для вільного доступу всіх громадян країни до якісних медичних послуг. У системі фінансування, незважаючи на значну частку державного фінансування, велика частка прямих платежів населення, що створює додатковий тиск на бюджети домогосподарств – за сплачені податки громадяни не здатні отримати достатній рівень медичної допомоги і змушені додатково сплачувати за послуги, вкрай низька частка медичного страхування, яке мало б перерозподіляти ризики великих фінансових видатків пов'язаних з отриманням необхідної медичної допомоги. Система визначення вартості медичних послуг на основі наявного ресурсного потенціалу (кількість лікарів / кількість ліжок), яка залишилася у спадок від планової економіки, зовсім не придатна у ринковій системі і не застосовується в жодній розвинутій країні, де оплата здійснюється виходячи із кількості та якості надаваних послуг. Тому без перегляду існуючого механізму розрахунку з постачальниками медичних послуг та без введення обов'язкового медичного страхування досягти якісних зрушень у вітчизняній системі охорони здоров'я не можливо, а відтак не можливе і забезпечення населення вільним доступом до якісних медичних послуг.

Список використаної літератури:

1. Health Systems: Improving Performance [Електронний ресурс] : The World Health Report, 2000. - Режим доступу : http://www.who.int/entity/whr/2000/en/whr00_en.pdf.
2. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2010 році [Електронний ресурс] : Державна служба статистики України. - Режим доступу : http://govuadocs.com.ua/tw_files2/urls_2/627/d-626865/7z-docs/1.pdf.