

УДК 330: 351.77 (4)

**Камінська Тетяна Михайлівна**, доктор економічних наук, професор кафедри економічної теорії НУ «Юридична академія України імені Я.Мудрого», м. Харків

**Kaminska T.M.** Doctor in Economics, professor of department of economic theory, NU "Academy of Law named after Yaroslav Mudriy"

*Поштова адреса* \_ 61024, м. Харків, вул. Пушкінська 77

*e-mail* kamtm@ukr.net

*контактний телефон* 066-270-42-82

### **Автономія медичних закладів у державному регулюванні охорони здоров'я: досвід Європи**

#### **Autonomy of medical units in public health care regulation: experience of Europe**

*Обґрунтовано необхідність децентралізації власності в охороні здоров'я, надання економічної автономії медичним закладам. Мета – раціональне використання обмежених суспільних ресурсів. Виокремлені застереження реформам в Україні з огляду на тіньову економіку*

*Ключові слова: ієрархія, реформи, автономія, медичний заклад, ефективність.*

*The necessity of property decentralization in the health care and letting autonomy for medical units have been motivated. The purpose is the scarce public resources rational using. Notices to reforms in Ukraine from informal economy have been underlining.*

*Key words: hierarchy; reforms; autonomy; medical units; effectiveness.*

**Постановка проблеми.** Розвиток охорони здоров'я в Україні відбувається повільно і суперечливо. Існують багато чинників такого становища, адже саму перехідну економіку супроводжують протиріччя між новими й старими економічними відносинами, між економічними інтересами різних груп населення, що веде до нестабільності та соціальних конфліктів. Їх посилює олігархізація економічного і політичного життя. Але у випадку охорони здоров'я до цих чинників ще додається неподібність інституційного середовища, яке існує в галузі та поза нею. Протягом 20 років ринкових перетворень в Україні державна охорона здоров'я, за деяким винятком, залишається ієрархією, де первинна мікроекономічна ланка не діє подібно підприємству. Звичайно, бюджетний медичний заклад налагоджує прямі економічні стосунки з ринковими суб'єктами, наприклад постачальниками ліків та медобладнання, іншими суб'єктами інфраструктури, проте через відсутність прав на автономію багато питань вирішується на неформальній основі. Певний баланс між ринковим зовнішнім і неринковим внутрішнім

середовищами у цьому випадку встановлюється, але найгіршим способом, стимулюючи розвиток тіньової економіки. Тому на порядок денний виходить проблема економічної самостійності медичних закладів.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій** У науковій літературі багато уваги приділяється питанням фінансування охорони здоров'я. Їх розглядають Ю. Вороненко, В. Куценко, Е. Лібанова, О.Левицька, З. Лободіна, В.Москаленко, Я. Остафійчук, В. Пашков, І.Шевчук, Л.Шевчук та інші. Все частіше лунають висновки, що головний акцент треба робити на ефективному розподілі ресурсів охорони здоров'я, а не тільки їх збільшенні. Заради цього здійснюються реформи у пілотних регіонах – Вінницькій, Донецькій, Дніпропетровській областях та м. Києві. Але на практиці далеко не всі усвідомлюють важливість регулювання мікроекономічних перетворень та за інерцією передбачають «доленосні» рішення тільки згори. Хоча саме надавачі медичних послуг є провайдером якісних реформ, тому що безпосередньо впливають на економічну ефективність та покращення здоров'я громадян. І навпаки, їх віддаленість від реформ робить перетворення недейовими. Саме на мікрорівні відбувається поєднання приватних, колективних і державних інтересів; закріплюється науковий та виробничий потенціал охорони здоров'я. Ось чому **мета нашої статті** полягає у визначенні і обґрунтуванні ролі медичного закладу як активної медичної і економічної одиниці водночас, його місця у регулюванні галузю.

**Виклад основного матеріалу.** Європейський досвід демонструє, що політика багатьох урядів ще у 1990-х роках була зосереджена на наданні фінансової самостійності лікарням та заохоченні їх підприємницької активності у зниженні виробничих витрат. Методика автономізації була різною – від реформування у рамках самої бюджетної системи до передачі частини активів державних лікарень до приватних структур або їх залученню до менеджменту. В охороні здоров'я О. Бісмарка змін було менше, але там і раніше існували контрактні економічні відносини лікарень зі страховими компаніями та певна автономія перших. Крім того, для цієї системи характерний плюралізм власності і доволі значна кількість приватних комерційних і некомерційних структур, які апріорі не можуть бути залежними від командних методів управління. Так, в Австрії зі 183 лікарень з ліжками короткотривалого лікування гострих захворювань 140 є державними або приватними неприбутковими підприємствами, останні – приватні прибуткові структури, які фінансуються прямо пацієнтами або приватними страховими компаніями [8, с.7]. Увага до фінансової самостійності медичних закладів, їх діяльності як підприємств, а не одиниць, що управляються виключно зверху, і зараз залишається актуальною.

З цієї точки зору мета сучасних реформ в охороні здоров'я України – передача низки правомочностей власності самим лікувальним закладам – не викликає сумніву. Коли держава об'єднує процеси привласнення, володіння, розпоряджання й використання медичних ресурсів, вона виступає як монополіст і демобілізує лікарні, нівелює стимули до інновацій, передбачає громіздку інфраструктуру та мережу контролюючих організацій, працівники

яких в умовах недосконалого законодавства і слабого суспільного контролю схильні до зловживань. Держава-монополіст із запізненням отримує інформацію з лікувальних закладів про стан медицини, і вона часто буває неповною. Тому формується неефективна політика в охороні здоров'я. Реформа передбачає, що лише право привласнення медичних об'єктів залишається за державою, а інші права делегується самому виробникові медичних послуг. Ця практика поширена в охороні здоров'я Великобританії, Швеції, Фінляндії, Новій Зеландії, Італії, Туреччині.

Як бачимо, реформування власності охоплює перетворення кожного звичайного бюджетного закладу на підприємство, яке, відповідно до ст. 62 п. 1 Господарського кодексу України, є самостійним суб'єктом господарювання, створеним для задоволення суспільних та особистих потреб [3]. Це передбачає і статус юридичної особи, і її економічну самостійність – розвиток за рахунок власного та запозиченого капіталу. Метою комерційного підприємства є отримання прибутку, некомерційного – реалізація місії та соціальне підприємництво. Прибуток може плануватися, але він йде на розширення діяльності (наприклад, впровадження нових методів стаціонарного й амбулаторного лікування), а не на привласнення і споживання. Соціальне підприємництво вперше стало повноцінною частиною програми світового економічного форуму в Давосі у січні 2011 р.

Некомерційні підприємства поділяються на державні некомерційні та недержавні (неурядові) підприємства. Відповідно до реформ в охороні здоров'я України створюються саме державні (комунальні) некомерційні підприємства, які отримують можливість виконання не тільки виробничої функції (медичного обслуговування), але й фінансової (пошук та використання грошових надходжень), інвестиційно-інноваційної (залучення інвестицій і впровадження новітніх технологій) і навіть маркетингової, тобто сегментування зовнішнього середовища відповідно до географічних, демографічних, соціально-економічних та психологічних критеріїв і задля вивчення потреб і попиту населення у діагностиці і лікуванні. Як свідчить досвід європейських реформ, ефективний менеджмент на мікрорівні гармонійно доповнює державне регулювання і сприяє скороченню середніх виробничих витрат, зміцненню матеріальної бази лікарень, оптимальному розподілу ресурсів між лікарняними відділеннями, поліпшенню умов праці і збільшенню доходів медичних працівників, покращенню задоволення потреб хворих людей. Перші переваги реформування власності та створення медичних підприємств, що діють в ринкових умовах, ще у 2005 р. непогано довела також діяльність Золочівської ЦРЛ в Харківській області.

Проте більшість бюджетних закладів охорони здоров'я України традиційно отримує затверджений бюджет і витрачає кошти, не відхиляючись від кодів економічної класифікації. Це призводить до їх неоптимального розподілу (наприклад, підтримки роботи малоефективних підрозділів лікарні – малопотужних пологових, гінекологічних та хірургічних відділень, клінічних лабораторій тощо). Крім того, ієрархія відтворює суперечності між керівниками різного рівня з приводу розподілу відповідальності. Вона завжди

зорієнтована на лінійне адміністрування і не допускає зайвої ініціативи знизу, раціонального використання власних резервів на розсуд медичних установ. На відміну від цього підприємство відповідно до ст. 64, п. 3 Господарського Кодексу України «самостійно визначає свою організаційну структуру, встановлює чисельність працівників і штатний розпис» [3]. Керівник підприємства має бути менеджером не тільки за природними здібностями, але й за кваліфікацією. Поєднання сукупності управлінських компетенцій з сукупністю інших ресурсів підприємства, забезпечує синергетичний ефект зростання економічного потенціалу медичного закладу.

Джерелом фінансування некомерційного державного закладу в ієрархії є місцевий бюджет. Його видатки мають строго цільове призначення, вони можуть змінюватися тільки за рішенням сесії місцевої Ради. Що стосується комунального підприємства, то воно самостійно проводить бюджетування, тобто планує і розробляє власний фінансовий план, який охоплює джерела надходження і статті видатків. Бюджет підприємства легко змінюється на випадок форс-мажорних обставин (наприклад, при подорожчанні пального). Як бачимо, підприємство в охороні здоров'я не віддаляється від місцевої влади і продовжує бути об'єктом державної уваги, але це – нова якість відносин, бо медичний заклад отримує перспективу співпраці з цією владою за контрактом, де прописана відповідальність обох сторін. Наприклад, Золочівська центральна районна лікарня у Харківській обл. працює за таким контрактом з райдержадміністрацією. Якщо вона не виконує взятих на себе контрактних зобов'язань, то фінансові санкції спрацьовують негайно і ефективно. За умови проведення судової реформи, медичний заклад отримує також можливість відстоювання своїх прав у суді. Як свідчить досвід розвинених країн, договірна економіка демонструє розвинену стадію ринкової системи, яка виросла з вільного ринку завдяки реакції на стрімке зростання його ризиків та невизначеності. Тому контрактні відносини медичних закладів (продавців медичних послуг) з їх покупцями, замовниками (територіальними органами влади) є органічною складовою сучасного ринку. Якщо продавець конкуруватиме з іншими продавцями медичних послуг за отримання контракту, він зменшить зайві витрати на їх надання. Тобто разом з метою результативності лікування узагальнюючим показником господарювання стають економічна ефективність і конкурентоспроможність лікувального закладу. Роль цих показників дедалі зростає внаслідок глобалізації світової економіки і євроінтеграції.

Підприємці завжди розробляють бізнес-план розвитку, який дає можливість залучити банківські кредити та гроші інших інвесторів. Така можливість з'являється і у підприємства в охороні здоров'я. Планування (стратегічне, тактичне, поточне) та організування стають обов'язковими функціями менеджменту. Менеджер мусить постійно турбуватися про контракт та портфель інших фінансових замовлень для свого медичного закладу. Він розвиває не тільки вертикальні, а й горизонтальні економічні зв'язки з інфраструктурою, іншими закладами первинної ланки охорони здоров'я, сімейними лікарями, які в новій системі набувають значної ваги на

європейський зразок. Вони стають не лише медичним, а й активним економічним суб'єктом, набувають певні права власності, самостійно приймають економічні рішення на мікрорівні та відповідають за них. Відповідно до структурної реформи, що здійснюється в Україні, сімейному лікарю планують надавати у розпорядження стартовий фонд грошових коштів, зокрема для розрахунків за спеціалізовані медичні послуги. У випадку, коли медичний заклад набуває автономний статус, розрахунки з сімейним лікарем здійснюються швидко і оперативно, без ускладнень для пацієнта. Проте сучасні бюджетні медичні установи, навіть найпотужніші, фактично безправні щодо легального процесу купівлі-продажу медичних послуг, концентрації й централізації медичних ресурсів різних закладів на умовах, відповідних до ринкового законодавства. Це прикро, тому що у випадку застосування спільними зусиллями новітніх медичних технологій і сучасного обладнання послідовне збільшення кількості наданих послуг супроводжується зменшенням середніх витрат, тобто спрацьовує позитивний ефект масштабу.

Автономія медичного закладу сприяє удосконаленню оплати праці медичних працівників, їх мотивації до якісної праці. Нагадаємо, що в багатьох сферах економіки заробітна плата складається з двох частин. Це, по-перше – основна (традиційна) заробітна плата, або винагорода за виконану роботу відповідно до встановлених норм праці. У бюджетній сфері України вона існує у вигляді тарифної системи. По-друге, це додаткова (гнучка) заробітна плата — винагорода за кінцевий результат праці. Сюди включають доплати, надбавки, гарантійні та компенсаційні виплати, премії за сумлінне виконання обов'язків. Різновидом «гнучкої» оплати праці є участь у доходах підприємств за підсумком року додатково до фіксованої заробітної плати. За кордоном уперше цю систему запровадив Г. Форд (в автомобільному виробництві), але згодом її перейняли зокрема в охороні здоров'я США. Гнучкі форми оплати праці набули поширення і в європейській охороні здоров'я із розвитком контрактних відносин та конкуренції за держзамовлення. Вони зацікавлюють персонал в успіху медичної організації, ліквідують відчуженість від керування й власності, піднімають значущість кваліфікації та знань. Заохочення видаються за якісну працю та її особливі умови, винаходи та раціоналізаторство, високу культуру обслуговування, призначення медичних препаратів на принципах фармакоекономіки. Додаткова частина заробітної плати виплачується або готівкою, або перераховується у Пенсійний фонд. В Україні застосування змінної складової заробітної плати показало свою ефективність у малому медичному бізнесі, щойно він почав розвиватися.

Надання лікарняному державному закладу статусу підприємства дозволяє встановлювати будь-які гнучкі форми оплати праці, які не суперечать нормам чинного законодавства, створюючи залежність розміру заробітної плати від кількості та якості наданих послуг. Однак у діючій зараз ієрархії головний лікар позбавлений маневру і діє відповідно до ст. 23 п. 11 Бюджетного кодексу України, яка забороняє збільшувати бюджетні призначення на оплату праці працівників бюджетних установ за рахунок зменшення інших видатків без внесення змін до закону про Державний

бюджет чи рішення про місцевий бюджет [1]. При цьому внесення змін до закону про Державний бюджет України чи рішення про місцевий бюджет розглядаються у порядку, встановленому для складання проекту бюджету. Тобто персональний менеджмент є дуже обмеженим. Додамо також, що чисельність медичного персоналу встановлюється залежно від кількості населення або ліжок у стаціонарі, відповідно до Наказу МОЗ України №33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я» [7]. Відтворюється екстенсивний тип розвитку охорони здоров'я, мінімізація якого не сходиться з порядком денного навіть у більш інноваційній медицині європейських країн. Так, австрійські науковці, обговорюючи головні шляхи ефективного впровадження подушного фінансування (англ. – case-based financing) охорони здоров'я, продовжують вказувати на необхідність скорочення лікарняних ліжок та часу лікування [8, с.7]. В Україні екстенсивний розвиток підтримується зайвим централізмом. Замінити робітників заради підвищення продуктивності праці та кваліфікаційного рівня спеціалістів, або задля скорочення нераціональних трудових витрат майже неможливо без бюрократичної тяганини.

В сучасних міжнародних умовах, коли набирають обертів глобальні ринки, охорона здоров'я теж перетворюється на глобальне благо [докладніше про це: 5,6]. Національні інтереси починають суміщатися з інтересами мікроекономічних суб'єктів, розвивається співробітництво між медичними закладами. Його перевагами є підвищення відкритості, прискорення динаміки коопераційних угод, наближення співробітництва до безпосередніх регіональних потреб населення, зменшення бюрократизму. У цьому сенсі надання медичному закладу статусу підприємства розкриває нові можливості зовнішньоекономічної діяльності та залучення інвестицій. Наприклад, угоду про стратегічну співпрацю підписали Донецьке обласне клінічне територіальне медичне об'єднання й компанія Phillips, яка має також партнерів з університетською клінікою Левен (Бельгія), лікарнею Святого Бартоломія (Лондон), лікарнею Сант Пау (Барселона). Відтепер медики ДОКТМО отримують пріоритетний доступ до тестування нового клінічного програмного забезпечення Phillips [2].

**Висновки.** Ефективне державне регулювання охорони здоров'я в сучасних умовах передбачає послаблення централізму та надання відносної економічної свободи медичним закладам. Некомерційне підприємство в галузі охорони здоров'я має низку суттєвих переваг і набагато краще відповідає канонам ринкової економіки, яка вже давно оточує охорону здоров'я. Є тільки декілька застережень. Перша – це поширеність тіньової економіки в Україні взагалі і охороні здоров'я зокрема, що деформує усі економічні відносини. За непрямыми даними аналітиків, тіньовий бюджет галузі складає 3 млрд грн. щорічно [4]. Керівники-корупціонери, розуміючи неформальні правила економічної поведінки, які сформовані тіньовими відносинами, а також скороминущість свого перебування на посаді, переймаються виключно тимчасовими комерційними інтересами, що дуже далекі від інтересів охорони здоров'я. Отримання ними фінансової автономії тільки підсилюють їх спокусу

займатися нецільовою діяльністю, приймати участь у розподілі тіньових доходів, «продавати» штатні посади. Крім того, значна частина бюджетних коштів, яку в умовах фінансової автономії здатний заробити медичний заклад, поглинається завищеними цінами на ліки й обладнання завдяки непрозорим тендерним угодам, а також витратами на так званий «відкат». На жаль, нема ніякої гарантії, що впровадження інституту сімейних лікарів в умовах тіньової економіки теж не призведе до корупційних відносин між ними, вузько профільними спеціалістами й лікарнями за «правильне» направлення пацієнтів. Корупційна економіка унеможливує будь-які реформи, бо їх сутність все одно перероджується, тому боротьба з нею насправді є запорукою успішного надання медичним закладам статусу підприємства.

Інше застереження – реформи потребують ефективного менеджменту і менеджерів. Непрофесіоналізм призводить до спрощеного варіанту – економії коштів медичних закладів будь-якою ціною, зокрема за рахунок зменшення необхідних спеціалістів. Наприклад, під приводом розвитку сімейної медицини скорочується кількість педіатрів та терапевтів замість підвищення їх кваліфікації та перепрофілювання. Економія сама по собі – це не самоціль. Європейські вчені навіть в умовах економічної кризи виступають проти до урізання витрат, яке призводить до зменшення соціально-економічної ефективності лікування. Вони нагадують ази економіки охорони здоров'я: «Приріст ефективності передбачає незмінність результатів за менших витрат, покращення результатів в умовах незмінних витрат, випередження приросту результату у порівнянні зі зростанням витрат» [9, с. 4]. Третій варіант підвищення ефективності обґрунтований у мікроекономічній теорії А. Маршалла ще наприкінці XIX ст. Граничні витрати (marginal cost) – це додаткові витрати, пов'язані з виробництвом кожної додаткової одиниці продукції, вони приносять граничний доход, при цьому ефективність передбачає його перевищення над граничними витратами. Такий підхід є науково обґрунтованим і найбільш прийнятним для охорони здоров'я України з огляду на те, що приріст доходу в галузі – це приріст суспільного здоров'я.

### **Список використаних джерел:**

1. Бюджетний кодекс України [текст] // Відомості Верховної Ради України. – 2010. – № 50-51. – Ст. 572.
2. Ваше здоров'я. – 2010. – 31 грудня. – № 50. – С. 4.
3. Господарський кодекс України [текст] // Відомості Верховної Ради України. – 2003. – №№ 18,19-20,21-22. – Ст. 144.
4. Дефіцит коштів і бездарність керівників [текст] // Голос України. – 2011. – 19 жовтня. – №195. – С.10.
5. Длугопольський О.В. Охорона здоров'я у системі глобальних суспільних благ: міжнародні порівняння [текст] / О.В.Длугопольський // Економічна теорія. – 2011. – №3. – С.83-97.
6. Камінська Т.М. Ризики та загрози сучасного світового розвитку для людської життєдіяльності. // У кн.: Безпека людського розвитку:

економіко-теоретичний аналіз: монографія / Л.С.Шевченко, О.А.Гриценко, Т.М.Камінська та ін. / за ред.. Л.С.Шевченко. – Х.: Право, 2010. – С.116-125.

7. Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я: Наказ МОЗ України №33 від 23.02.2000 р. – Х. : ВПЦ «Контраст», 2000. – Ч. 1. – 298 с.

8. Kobel C., Pfeiffer K-P. Financing inpatient health care in Austria [текст] / C. Kobel, K-P. Pfeiffer // Euro Observer. – 2009. – Vol. 11. – № 4. – P. 7–8.

9. Mladovsky P., Srivastava D., Cylus J., Karanikolos M. Health Policy in the Financial Crisis [текст] / P. Mladovsky, D. Srivastava, J.Cylus, M.Karanikolos // Eurohealth. — 2012. — Vol. 18. — № 1. — P.3-6.