

ПЕРЕВАГИ ТА ЗАГРОЗИ РЕФОРМИ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

КАМІНСЬКА Т.М.

kamtm@ukr.net

*доктор економічних наук, професор,
професор кафедри економічної теорії*

*Національний Юридичний університет імені Ярослава Мудрого
м. Харків, Україна*

Провідною світовою тенденцією розвитку охорони здоров'я є тривале і неухильне зростання витрат на охорону здоров'я. Найяскравіший прояв вона має у постіндустріальних країнах. Так, за даними ОЕСР, загальні витрати на медицину на душу населення зросли у 1980 — 2016 рр. (у дол. за ПКС) у Німеччині, Канаді, Нідерландах, Іспанії, США, Великій Британії та Португалії, Ірландії, Норвегії відповідно у 5,8; 6,2; 7,7; 9,3; 9,5; 9,8; 11,2; 12,4 рази. [1]. Цей вектор обумовлений зростанням людських очікувань на більшу якість і кількість медичних послуг, уваги з боку держави та суспільства до прав людини, а також економічними і демографічними чинниками, зокрема зростанням ролі медицини у людському розвитку і створенні ВВП, впливом НТП і запровадженням дорогих медичних технологій і ліків; старінням населення. До побічних чинників неухильного зростання видатків на охорону здоров'я належить агресивний маркетинг фармацевтичних компаній, асиметрія інформації для пацієнтів, які не мають медичну освіту, і можливість призначення їм додаткових, зайвих і дорогих процедур. Оскільки суспільні ресурси обмежені, то розвинені країни вже багато років здійснюють координацію макроекономічної політики і втілюють стратегію стримування непродуктивних витрат на охорону здоров'я.

Що стосується України, то витрати на охорону здоров'я тут значно відстають від розвиненого світу. Але саме тому вектор на стримування непродуктивних

витрат і ефективно витрачання бюджетних коштів є вкрай актуальним. До того ж, тривалий час ринкових перетворень в Україні внутрішня ієрархічна організація медицини не відповідала і суперечила ринковим цілям на макрорівні. Ієрархія породжувала хронічний дефіцит бюджетних коштів, старіння медичних кадрів, поширення тіньових економічних відносин і порушення права доступу до медичної допомоги неплатоспроможних громадян. В той же час, розв'язання цієї суперечності і створення нової моделі фінансування, яка передбачена сучасною медичною реформою в Україні, має не тільки суттєві переваги, але й низку загроз.

Переваги полягають у нових підходах до фінансування охорони здоров'я, а також створенні економіко-правової основи розвитку ринку державних медичних послуг, що розвивається на контрактній основі. Усі лікувальні заклади перетворюються на самостійні економічні одиниці (підприємства), які здійснюють розподіл бюджетних ресурсів у відповідності до потреб хворих людей. Значення кількості койко-місць припиняє бути головним, пріоритетним стає кількість та якість медичних послуг. Головною метою стають потреби пацієнта, а не відшкодування зношення вартості будівель чи послуг житлово-комунального господарства і підживлення бюрократії.

Згідно з Законом України «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» у первинній ланці суб'єктами розпорядження фондом грошей, які надходять за умовами контракту від Національної служби здоров'я (функціонує окремо від МОЗ), стає або керівник амбулаторного закладу, або сімейний лікар, терапевт, педіатр [2]. Він змушений втілювати справжній фінансовий менеджмент, зіставляючи витрати і результати своєї діяльності. Пацієнт одержує безкоштовні для нього послуги, які визначені державою, – це кожен прийом лікаря, отримання листків непрацездатності, видача рецептів за програмою відшкодування вартості ліків «Доступні ліки», у тому числі рецепти на ліки для хронічних хворих, базові клінічні аналізи, ЕКГ тощо. У пацієнтів зростає вибір, це мотивує лікарів, і надає більші можливості пацієнтам. Лікар первинної ланки може працювати у приватному чи

державному секторах охорони здоров'я, тобто вибір для пацієнтів ще більше зростає. А сімейний лікар одержує збільшення винагороди за свою діяльність, що активно впливає на зростання пропозиції праці, по-перше, молодих лікарів і, по-друге, кваліфікованих лікарів. Сімейний лікар укладає контракти з лікарями вторинного і третинного секторів, розраховується за спеціалізовані медичні послуги, тому зацікавлений у своєчасному виявленні захворювань. І це також переваги для пацієнтів.

Загрози реформи фінансування охорони здоров'я пов'язані, по-перше, з переважанням попиту на працю лікарів та кваліфікованих менеджерів над її пропозицією, по-друге, з небезпекою різкого руйнування діючої системи фінансування, інерцією поведінки медичних працівників і пацієнтів, схильних до патерналізму, можливим продукуванням новим схем тіньової економіки, недосконалістю державної статистики, покликаної відстежувати реформи.

Стержневою причиною нерівноваги на ринку праці медиків і дефіциту молодих і кваліфікованих кадрів первинної ланки медицини є еміграція лікарів, а також низька заробітна плата. Вона є наслідком непривабливості галузі з точки зору первісного накопичення капіталу в Україні і відсутністю інвестицій у модернізацію та нові медичні технології. Олігархічна економіка поки що нікуди не зникла, і, за своєю природою, суперечить економіко-організаційним та соціально-економічним інноваціям, які її не цікавлять. У низькій заробітній платі медичних працівників часто зацікавлені бюрократичні структури і навіть ті лікарі вторинної і третинної ланки, які мають доступ до високих тіньових доходів від пацієнтів, або фармацевтичних компаній, лабораторій клінічних аналізів, логістичних постачальників. Як наслідок, ціна праці в галузі суттєво відстає від інших видів економічної діяльності, про що свідчать дані Державної служби статистики України. Так, у першому кварталі 2018 р. середня заробітна плата в Україні загалом становила 7974 грн., у фінансовій і страховій діяльності – 15751 грн; у промисловості – 8646 грн, але в охороні здоров'я – 5381 грн. [3].

Головною ідеєю, яку треба втілити у життя, є те, що сімейний лікар має не тільки лікувати за протоколами якості, але й водночас виступати активним

економічним суб'єктом, який має санкціоновані державою повноваження. Сімейний лікар сам формує штатний розклад, набирає медпрацівників, визначає умови договорів з ними, зокрема з приводу рівня заробітної плати, укладає контракти з пацієнтами, медичними лабораторіями та постачальниками факторів виробництва.

Табл. 1 наочно демонструє розбіжності у концентрації робітників з високою заробітною платою в окремих видах економічної діяльності.

Таблиця 1.

Питома вага працівників в Україні, яким нарахована заробітна плата у березні 2018 р. у межах, % [3].

Види економічної діяльності	Заробітна плата від 6000,01 до 7000,00 грн	понад 15000,00 грн
промисловість	9,7	11,6
транспорт	8,5	10,0
Інформація та телекомунікації	7,2	19,2
Фінанси і страхова діяльність	7,0	26,5
Державне управління й оборона; обов'язкове соціальне страхування	8,9	18,6
Освіта	9,0	3,6
Охорона здоров'я та надання соціальної допомоги	8,3	1,7

Відповідно до цих даних, питома вага робітників із заробітною платою від 6000, 01 до 7000 грн. в охороні здоров'я та наданні соціальної допомоги близька до цього показника в інших галузях. Проте питома вага робітників із заробітною платою понад 15000 грн в охороні здоров'я нижча за цей показник на транспорті, у промисловості, державному управлінні й обороні та обов'язковому соціальному страхуванні; галузях інформації та телекомунікацій; фінансовій і страховій діяльності відповідно у 5,9; 6,8; 10,9; 11,3; 15,6 разів. Навіть в освіті цей показник перевищує аналогічний в охороні здоров'я у 2,1 рази. У первинній медицині ситуація з рівнем життя лікарів та медсестр ще складніше, бо вони мають менший доступ до високих неформальних доходів через надання медичних послуг не найнижчої еластичності, профілактичний характер діяльності, меншу асиметрію інформації про якість лікування, нестійкі зв'язки з фармацевтичними компаніями.

Загрози реформи фінансування охорони здоров'я пов'язані також із новими вимогами до керівників лікувальними закладами. Ця реформа передбачає остаточну відмову від вертикального управління й участі місцевих органів влади у розподілу грошей для амбулаторно-клінічних закладів міст, а також зміну економічної поведінки та психології їхніх керівників, медичних працівників і пацієнтів. Оскільки заклади перетворюються на некомерційні підприємства, виникає питання про ефективний менеджмент. Поліклініки та амбулаторії потребують справжніх ринкових управлінців, а сучасні головні лікарі, як правило, не готові приймати оптимальні рішення в умовах обмежених ресурсів. Вони мають застарілі стандарти та ритм роботи, ступінь віддачі, підходи до найму медичних працівників та оцінки їх діяльності. А прогресивні менеджери, навпаки, мають обмаль однодумців серед консервативного персоналу. Проте їх замало, а іноземні топ-менеджери взагалі важко інтегруються до нашого середовища через непрозорість економічних процесів. Часто іноземним фахівцям не вистачає повноважень і часу, щоб показати результат.

Тому скоріш за все суб'єктами реформування первинної медицини певний час залишаться попередні головні лікарі. Виникають загрози і ризики появи нових тіньових схем ручного перерозподілу пацієнтів між лікарями, коли перші з якихось причин самостійно не укладають контракти з другими (наприклад, здорова молодь або ті, хто звик не звертатися до первинного лікаря), але зареєстровані, як і раніше, за місцем проживання. Небезпекою є також формування тіньових схем між сімейними лікарями та вузькими спеціалістами з приводу направлення до них пацієнтів на умовах відшкодування частини вартості послуг готівкою. До цього треба додати вірогідні тіньові схеми Національної служби охорони здоров'я, яка виступає монополістом, з надавачами послуг, а також з МОЗ.

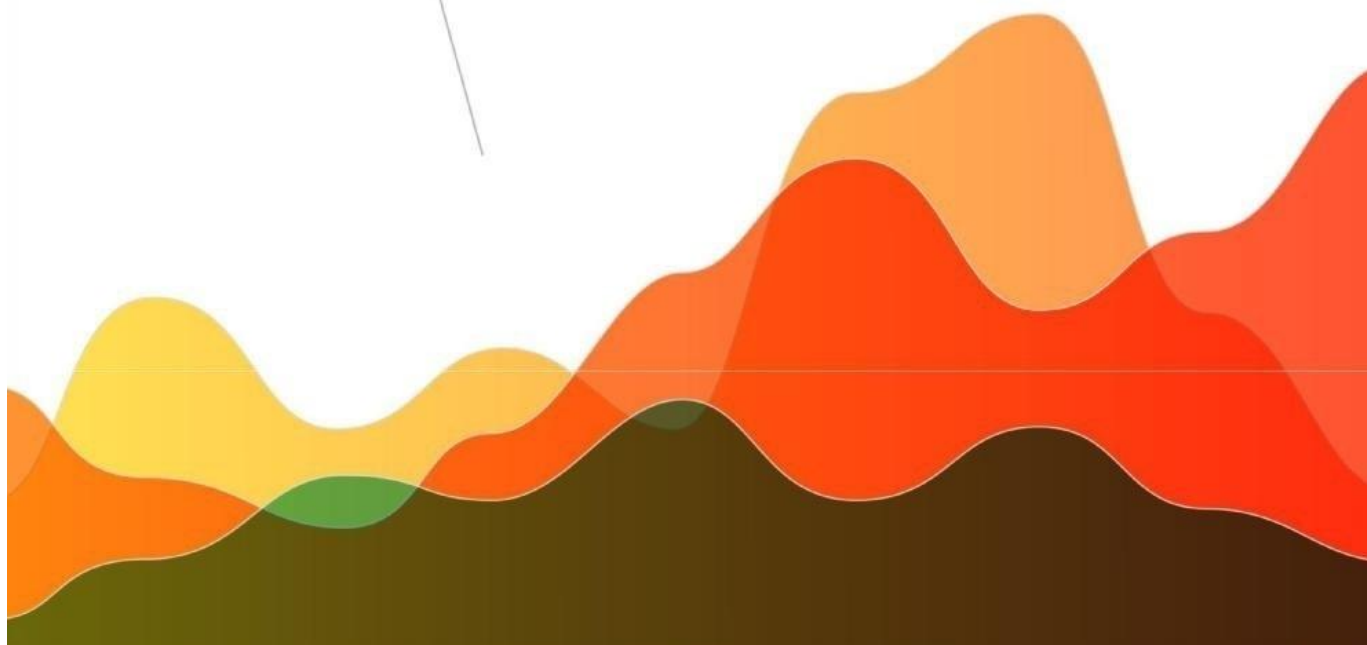
Успіх реформи фінансування охорони здоров'я позначатиме, що її переваги та наслідки мають бути максимізовані, а загрози та ризики – мінімізовані. Необхідні поступові перетворення, без ривків і несподіванок, адже медицина консервативна, а люди погано сприймають радикальні зміни. Розвиток ринку менеджерів, поступова заміна ними головних лікарів попереднього зразка (або співпраця з ними) є складовою формування ринку державних медичних послуг. У сільській місцевості ефективність реформування медицини передбачає допомогу локальної влади, сільських громад, які спроможні створити для перспективного лікаря належні умови життя і праці. Подальша децентралізація грошових потоків та повноважень є умовою реструктуризації. Необхідно також збільшувати повноваження некомерційних медичних організацій у регулюванні медичної та підприємницької діяльності лікарів. Для медичних закладів і сімейних лікарів це означає необхідність проведення у майбутньому ефективних комунікацій та здійснення функцій public relations. І найголовніше, фінансування галузі має бути доведено майже до 6 % ВВП України (норма, що рекомендована ВООЗ), тобто збільшено удвічі.

Використана література:

1. OECD Health Data: Health expenditure and financing: Health expenditure indicators. URL: <http://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> (дата звернення: 10.06.2018).
2. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII. *Відомості Верховної Ради України*. 2018. № 5. Ст. 31. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> (дата звернення: 15.04.2018).
3. Державна служба статистики України. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/> (дата звернення: 10.06.2018).

ADVANCES OF SCIENCE

Proceedings of articles the international
scientific conference
Czech Republic, Karlovy Vary -
Ukraine, Kyiv, 22 June 2018



ADVANCES OF SCIENCE

Proceedings of articles the international scientific conference Czech
Republic, Karlovy Vary – Ukraine, Kyiv, 22 June 2018

Czech Republic, Karlovy Vary – Ukraine, Kyiv, 2018

UDC 001
BBK 72
D722

Scientific editors:

Katjuhin Lev Nikolaevich, Doctor of Biological, a leading researcher at the Institute of Evolutionary Physiology and Biochemistry named I.M.Sechenov Academy of Sciences

Salov Igor' Arkad'evich, Doctor of Medical, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology, Saratov State Medical University named V.I.Razumovskij

Danilova Irina Sergeevna, Ph.D., Associate Professor of Tomsk State Pedagogical University named L.N.Tolstoj Burina Natal'ja Sergeevna, Ph.D., Associate Professor of Nizhny Novgorod State named University N.I. Lobachevskij

D722

ADVANCES OF SCIENCE: Proceedings of articles the international scientific conference.

Czech Republic, Karlovy Vary – Ukraine, Kyiv, 22 June 2018 [Electronic resource] / Editors prof. L.N. Katjuhin, I.A. Salov, I.S. Danilova, N.S. Burina. – Electron. txt. d. (1 файл 3 MB). – Czech Republic, Karlovy Vary: Skleněný Můstek – Ukraine, Kyiv: MCNIP, 2018.

– ISBN 978-80-7534-078-8.

Proceedings includes materials of the international scientific conference « ADVANCES OF SCIENCE», held in Czech Republic, Karlovy Vary-Ukraine, Kyiv, 22 June 2018. The main objective of the conference - the development community of scholars and practitioners in various fields of science. Conference was attended by scientists and experts from Azerbaijan, Russia, Ukraine. At the conference held e-Conference "Actual problems of medical and pharmaceutical science". International scientific conference was supported by the publishing house of the International Centre of research projects.

ISBN 978-80-7534-078-8 (Skleněný Můstek, Karlovy Vary, Czech Republic)

Articles are published in author's edition. Editorial opinion may not coincide with the views of the authors

Reproduction of any materials collection is carried out to resolve the editorial board

© Skleněný Můstek, 2018

Table of Contents

1.	ШИЯН Д.М., АВІЛОВА О.В., СРОХІНА В.В. ІМУНОГІСТОХІМІЧНІ ЗМІНИ ТИМУСА ТА СЕЛЕЗІНКИ ЗА УМОВ ВПЛИВУ ПОЛІЕФІРІВ.	5
2.	ДМУХАЛЬСЬКА Є.Б. ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ПРО- ТА АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМ У ЩУРІВ УРАЖЕНИХ СОЛЯМИ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ І РАУНДАПОМ.	8
3.	КАМІНСЬКА Т.М. ПЕРЕВАГИ ТА ЗАГРОЗИ РЕФОРМИ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.	22
4.	КАРПОВА С.П. DEVELOPMENT AND VALIDATION OF UV СПЕКТРОФОТОМЕТРИК AREA UNDER CURVE METHOD QUANTITATIVE ESTIMATION OF PIPERACILLIN.	29