Камінська, Т. М.

ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЯ ЯК УМОВА ЕФЕКТИВНОГО ФІНАНСУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ

Фінансування охорони здоров'я в Україні тривалий час здійснюється за залишковим принципом. Якщо у Німеччині цей показник, за даними ВООЗ, дорівнював у 2011 р. 11,1 %, Польщі – 6,7 %; Росії – 6,2 %, Білорусії – 5,3 %, то у нас він коливається від 3,5 % до 3,8 % ВВП. Державні витрати на охорону здоров'я на душу населення (дол.., за ПКС) у Німеччині складають 3315,9; Польщі – 1013,3; Росії – 786,1; Білорусі – 560,7; Україні – 272,7 [5]. Здавалося б, структурна перебудова, яка сьогодні у нас проводиться, має на меті економію грошових коштів за рахунок скорочення непродуктивних витрат на функціонування стаціонарів. Однак цифри свідчать про інше. Відповідно до Держбюджету України 2013 р., розмір видатків для Міністерства охорони здоров'я становив 10 001 843,4 тис. грн., а у проекті Державного бюджету на 2014 р. передбачено 9 873 900,7 тис. грн. (в тому числі за загальним фондом – 7 814 985,1 тис. грн., за спеціальним – 2 058 915,6 тис. грн.), тобто майже на 1,3 % менше порівняно з минулим роком. Цей тренд повністю суперечить загальносвітовому, який, навпаки, демонструє збільшення вкладень у людський капітал і говорить про необхідність принципово нових підходів до фінансування охорони здоров'я.

Однією з чільних умов, необхідних для поліпшення фінансування охорони здоров'я, ми бачимо в її децентралізації. З точки зору світової практики цей висновок не є революційним. Дійсно, в більшості країн з моделлю охорони здоров'я Беверіджа прийняття рішень щодо освоєння фінансових потоків здійснюється регіональними органами. Грошові фонди ці органи отримують з центральних бюджетів з урахуванням подушного нормативу. За кордоном місцеві органи іноді використовують додаткові ресурси для лікарень, які є їхньою власністю, за рахунок регіонального оподаткування та платних послуг. Особливо цікавою є децентралізована модель суспільної охорони здоров'я у Канаді. Вона унікальна тим, що є сукупністю 10 провінційних систем, зі своїми особливостями організації та фінансування. У чотирьох провінціях джерелом фінансування є загальні податкові надходження у місцевий бюджет (тобто воно не є адресним), а в інших використовуються спеціальні податки і внески. На макрорівні обирається загальна стратегія розвитку, і федеральний уряд інвестує в охорону здоров'я за допомогою соціальних трансфертів. Проте урядова частка послідовно зменшується, а кожна провінція проводить

самостійну політику, виходячи з регіональної структури захворюваності [2].

Канадська модель прийнятна для України, де відсутнє обов'язкове медичне страхування, а джерела фінансування медичних закладів формуються в держбюджеті за рахунок податкових надходжень. Хоча іноді дослідники беруть за приклад Швейцарію. Там дійсно система охорони здоров'я дуже децентралізована, що є віддзеркаленням загальної соціально-економічної і політичної системи. Вона впевнено базується на владі регіонів. Українська історія інша, ми йдемо від централізованої економіки, а прийняття самостійних регіональних рішень тільки-но формується. Система охорони здоров’я у Швейцарії – приватно-страхова (за винятком університетських клінік), зорієнтована на ринкові відносини. Страхові поліси швейцарці зазвичай здобувають в індивідуальному порядку, тільки деякі роботодавці забезпечують своїх працівників медичним страхуванням. Переважають приватно практикуючі лікарі, між ними розвивається інтенсивна конкуренція за пацієнтів, особливо найбільш привабливих з точки зору платоспроможності й віку.

В українській літературі обговорення проблем децентралізації соціальної сфери представлено досить широко. Цими проблемами займаються такі науковці, як М. Білинська, Є. Качан, В. Лишиленко, В. Майборода, В. Скуратовський, В. Тодосійчук та ін. Але на практиці децентралізація зустрічає цілу низку перешкод. Насправді кошти надмірно централізовані, місцеві бюджети охорони здоров’я дуже залежні від Державного бюджету і формуються за залишковим принципом. Регіони України дуже варіюють за рівнем життя, тому зрівнювання бюджетних нормативів не відповідає потребам населення. Більше того, регіони не володіють високим ступенем повноважень в економіці і соціальній сфері, а існуючі повноваження не відповідають коштам, які призначаються для їх виконання. Часто кваліфікаційний рівень та знання менеджменту представників місцевих органів влади є недостатніми для грамотного фінансування бюджетних медичних програм, тому що базуються на застарілих управлінських рішеннях та очікування наказів з єдиного центру. Не сприяють ефективності розподілу ресурсів охорони здоров'я на місцях і можливі протиріччя у цілях між владою, яка призначається зверху (губернатори) і обирається громадянами (мери).

Відсутня загальнонаціональна система медичного страхування, яка цементувала б суспільство в цілому. В умовах диференціації регіонів за ресурсним потенціалом, структурою економіки й зайнятості, чисельності та щільності населення, ця система могла би надати єдині (або схожі)

стандарти якості медичних послуг та проконтролювати конкурентоспроможність медичної освіти. У тріаді «регіони – обов'язкове медичне страхування – держава» ефективніше спрацюють загальнонаціональні програми **забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, протидії захворюванню на туберкульоз, запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань, «Репродуктивне здоров'я націй», «Дитяча онкологія».** Гармонія між забезпеченням ресурсів на макрорівні і у регіонах сприяє вирівнюванню рівня і якості життя громадян у країні, позитивно впливає на конкурентоспроможність регіональних суб'єктів економіки, якість і мобільність робочої сили.

Децентралізація охорони здоров'я послаблює державну монопсонію на ринку праці лікарів. Держава, яка здійснює монополізацію з боку попиту на працю медичних працівників, тривало стримує зростання їх заробітної плати. Вона зазвичай нижче, ніж конкурентна ставка заробітної плати, тобто рівноважна ціна на працю на досконало конкурентному ринку. Монопсонії сприяє той факт, що лікарська праця є відносно немобільною завдяки особливим рисам цієї професії, їм важче перепрофілюватися. Тому монопсонія сприяє еміграції лікарів. У розвинених країнах їй протидіє монополізм медичних асоціацій, які зазвичай ведуть переговори з місцевими органами влади, беруть участь у складанні контрактів, де обумовлюються оплата й умови праці лікарів. Вони виступають у вигляді закритої профспілки. Що стосується України, то тут компенсаторну роль виконують не громадський сектор (він не активний), а скоріше неформальні, тіньові платежі. Щодо децентралізації охорони здоров'я, то вона демонополізує центральну владу, виводить на арену багато регіональних представників держави, які змушені домовлятися, надає їм більше свободи у регулюванні ринку праці і вирішенні конкретних питань організації охорони здоров'я з урахуванням місцевої специфіки. У Канаді складні перемовини між «докторським корпусом» та регіональними владами дозволили йому включитися у систему страхової медицини. Серед головних умов цього включення є збереження незалежного статусу лікарів. Приватно практикуючими залишилися дантисти, офтальмологи, психотерапевти [2, с.49].

Одним із чинників реальної децентралізації охорони здоров'я і низького рівня його фінансування є політичний чинник. В Україні ще слабкі традиційні для демократичного світу незалежні громадянські інститути (профсоюзи, медичні асоціації), а партії формуються скоріше за регіональною ознакою, чим за ідеологічним. У тієї ж Канаді появу

лікувального страхування очолила партія соціал-демократичного толку за активної підтримки фермерських союзів і професійних союзів промислових працівників у середині XX сторіччя. Причому спочатку воно було введено у відносно відсталій за рівнем економічного розвитку провінції. Успішність реформ стала мотивом їх проведення у всіх інших провінціях і появи федерального законодавства в галузі охорони здоров'я. Проте в Україні вертикаль влади не передбачає самостійності реформ на мезорівні та горизонтальні домовленості у виді угод між регіонами і урядом, тому ефективний суспільний вибір на місцевому рівні відсутній. Офіційна ієрархія доповнюється вертикаллю тіньових фінансових потоків знизу доверху. Ця система збіднює і без того злиденні місцеві бюджети, за рахунок яких фінансується лікувально-профілактичний сектор. Наприклад, бюджет Харкова на 2014 р. передбачає найбільші у порівнянні з іншими статтями видатки на охорону здоров'я – 1153,7 млн грн, або 18,9 %, проте це тільки понад 50 % від загальних потреб галузі. Бракує грошей на інноваційні технології в медицині: 70% всіх грошей, що передбачені на медицину у бюджеті на 2014 р., спрямовані на виплату зарплати медикам. Екстрена медична допомога в структурі бюджетних видатків становить 18 %, не вистачає, за розрахунками, 20 млн. грн. У бюджеті на 2013 р. схожий дефіцит становив 60 млн. грн. [1].

Що стосується реформ охорони здоров'я в Україні, що зараз проводяться у пілотних областях, то головні рішення теж приймаються на топ-рівні. Як наслідок, ці реформи не враховують особливості медичної допомоги у віддалених районах, велику відстань між місцем розташування сімейних лікарів, з одного боку, та лікарнями й лабораторіями клінічних аналізів, з іншого боку; погані дороги для «Швидкої допомоги» або їх відсутність. Багато питань викликає невиправдане закриття лікарень у дуже віддалених районах, мінімальний вплив на хід реформ медиків і пацієнтів, максимальний – бюрократії. Катастрофічно не вистачає сучасних менеджерів та сімейних лікарів. Дійсну реструктуризацію охорони здоров'я гальмують недосконалість законодавства, бюрократія та незацікавленість у справжніх реформах учасників тіньової економіки на місцях. Так, з понад 45 млн грн., що витрачено на реалізацію інноваційної програми з охорони здоров'я в Харкові у 2012 р., 9 314 тис. грн. (або 20, 7 %) спрямовано на підготовку до Чемпіонату Європи з футболу і тільки 2 869 тис. грн. (або понад 6,3 %) – на закупівлю медобладнання [3].

Пояснення щодо змісту реформ зазвичай дають з посиланням на європейський приклад. Там дійсно орудує довгострокова реструктуризація

охорони здоров'я на користь первинної ланки. Але дуже різняться стартові умови перетворень в Україні та країнах ЄС, де тривалий час спостерігається тенденція до випереджання темпів зростання державних витрат на охорону здоров'я у порівнянні з темпами зростання ВВП. За прогнозами аналітиків, до 2060 р. витрати на охорону здоров'я і лікування хронічних захворювань у Європі збільшаться на третину [4, с.27]. Перед європейською охороною здоров'я стоять інші виклики, які спонукають проводити політику стримання витрат на охорону здоров'я, а саме – старіння населення у зв'язку з подовженням тривалості життя, зростання хронічних захворювань, зростання споживчих очікувань і зміна уподобань на більш дорогі и якісні види діагностики і лікування під впливом НТП. Зовсім інша картина в Україні, де громадяни насправді втратили право на рівний доступ до медичних послуг і його відновлення є першочерговим завданням. Нам необхідна не економія грошей за рахунок якості медичної допомоги, а збільшення ефективності та отримання додаткових ресурсів на охорону здоров'я, зокрема за рахунок децентралізації.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бюджет Харькова 2014: ждут миллионы от налогов, в приоритетах - медицина и образование / Сегодня. – 2014. – 31 января [Электрон. ресурс]. – Режим доступу: http://www.segodnya.ua/regions/kharkov/byudzhet-harkova-2014-zhdut-milliony-ot-nalogov-v-prioritetah-medicina-i-obrazovanie-492757.html

2. Немова, Л.А. [текст] / Л.А. Немова. Здравоохранение в Канаде на пороге реформ // США*Канада. Экономика. Политика. Идеология. – 2011. – №5. – С.45-60.

3. На розвиток медицини у 2012 році використали 45 мільйонів гривень. / Офіційний сайт харківської міської Ради, міського голови, виконавчого голови [Электрон. ресурс]. – Режим доступу: http://www.city.kharkov.ua/uk/news/na-rozvitok-meditsini-u-2012-rotsi-vikoristali-45-milyoniv-griven-16895.html

4. Coggi P.T. Investing in Health: a European Commission Perspective [текст] / P.T. Coggi P.T., B. Hackbart // Eurohealth. –2013. – Vol. 19. – №3. – P. 26-28.

5. World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository. – Режим доступу: http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-BLR?lang=en