

МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО РЕФОРМИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Т. М. Орищин, О. М. Орищин

*Івано-Франківський національний технічний університет нафти і газу;
76019, м. Івано-Франківськ, Карпатська, 15;
тел. +380 (342) 50-45-74; e-mail: fin.@nung.if.ua*

Розвиток страхової медицини є одним з актуальних і перспективних напрямів вирішення проблем фінансування охорони здоров'я. Метою перетворень в існуючій системі охорони здоров'я є створення ринку медичних послуг при дотриманні принципу задоволення потреб населення в медичній допомозі. У реформуванні системи медичного забезпечення в Україні є раціональною реструктуризація існуючої мережі закладів охорони здоров'я і прогнозування чисельності медичного персоналу у відповідності з обсягом запланованої роботи і потребами населення в медичній допомозі.

Ключові слова: *медичне обслуговування, охорона здоров'я, страхування, реформування, система медичного забезпечення.*

На сучасному етапі розвитку Національної системи охорони здоров'я України, котрий згідно з обнародованим проектом Закону України "Про страхову медицину" передбачає трансформацію її із державної (бюджетної) системи в систему медичного страхування з подальшим розвитком альтернативної форми медико-санітарного забезпечення населення, особливої актуальності набувають питання етапності запровадження та розвитку цього нововведення і методологічного забезпечення перетворень у галузі охорони здоров'я.

Метою перетворень, які проводяться і плануються в існуючій системі охорони здоров'я, є створення ринку медичних послуг при дотриманні принципу задоволення потреб населення в медичній допомозі.

Реформування існуючої системи охорони здоров'я в країні є питанням як економічного, так і політичного характеру. Тому держава повинна вирішувати його шляхом інтенсивної зміни законодавства та нормативних актів.

Реформа системи охорони здоров'я повинна обов'язково вирішити принаймні дві основні проблеми: стимулювання праці лікаря за рахунок залежності рівня його оплати від результатів лікування та розвиток конкуренції між державними і приватними закладами охорони, здоров'я.

Враховуючи як вітчизняний, так і зарубіжний досвід, програми створення медичних систем повинні передбачити захист інтересів працівників у збереженні страхових внесків шляхом розроблення правил функціонування фінансового ринку, в тому числі правил інвестування капіталу, обов'язкового бухгалтерського обліку діяльності страхових організацій та їх відповідальності перед страхувальниками у разі збитків

або високої інфляції, які мають дуже високу ймовірність під час кризи в економіці [1, 2, 4]. Фінансовий крах систем медичного страхування на етапі ринкових реформ може підірвати не тільки довіру до цих систем, але і до реформ в цілому.

Важливим кроком у реформуванні систем охорони здоров'я є готовність сприймати плюралістичний підхід: допустити до участі у наданні медичних послуг приватних структур, сконцентрувавши державне втручання на автентично колективних благах та послугах. Однак, як це було з'ясовано раніше, держава також може вибрати шлях субсидування споживання благ найбільш нужденних прошарках населення.

Як свідчить світовий досвід, реформування системи охорони здоров'я повинно послідовно передбачати:

- проведення розподілу між видами діяльності, які можуть фінансуватися та здійснюватися повністю за рахунок приватних ринків, і тими, що характеризуються важливими колективними елементами, та започаткування звільнення від надмірного тягаря інших;

- проведення розподілу між тими колективними видами діяльності, контроль за якими має залишатися у держави, й тими послугами, фінансування яких повинно бути державним, а надання – приватним, – через систему контрактів та аналогічних механізмів, які сприяють “наведенню мостів” між державним і приватним сектором;

- використання нових можливостей між різноманітними послугами, які можуть бути надані приватним сектором;

- доступність інформації про використання коштів та коштів страхування на охорону здоров'я;

- надання “права голосу” споживачам медичних послуг [6].

Таким чином, реформування систем охорони здоров'я і створення, зокрема, медичного страхування потребує ретельного обслуговування та суспільного контролю з метою обслуговування населення країни.

Невідкладною проблемою системи охорони здоров'я України є вдоволення управління галуззю на всіх рівнях. Це означає модернізацію інфраструктури, опрацювання системи визначення пріоритетів, аналіз і обґрунтування політики в галузі медичного забезпечення, об'єктивність і справедливість під час розподілу ресурсів, формування бюджету та встановлення вартості медичних послуг.

Однак, глибокий дефіцит фінансових коштів у системі медичного забезпечення пов'язані, в першу чергу, з економічною кризою в Україні, не дозволяє цілеспрямовано проводити в системі охорони здоров'я економічні перетворення. Частка валового внутрішнього продукту в державі ще не скоро збільшиться, а тому процес реформування може значно затягнутися.

У такій фінансовій скруті постанови Кабінету Міністрів України №1138 від 17 вересня 1996 року “Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти” та №449 від 12 травня 1997 року “Про внесення змін та доповнень до постанови Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 року №1138” не в силі створити тенденцію до суттєвого збільшення частки платних медичних послуг у загальній структурі грошових засобів, які надходять на охорону здоров'я. І цей захід був би

більш ефективним, якби з нього був знятий до розумних меж податковий прес.

У зв'язку з цим, основною метою реформування системи охорони здоров'я в Україні є вирішення найгострішої проблеми – це її фінансування. Через це ідея запровадження обов'язкового медичного страхування (ОМС), що передбачає додаткові джерела фінансування за рахунок відповідних додаткових відрахувань, отримала значну підтримку з боку управлінців охорони здоров'я різних рівнів та медичної громадськості.

Ідея обов'язкового медичного страхування передбачає запровадження товарно-ринкових відносин в медичному забезпеченні у взаємовідносинах між страхувальниками, застрахованими, споживачами і виробниками медичних послуг, що вимагає як докорінної перебудови державної системи охорони здоров'я, так і відповідного ламання стереотипів соціалістичного світогляду, який сформувався у всіх учасників процесу реформування галузі [7].

Перехід до ринкових відносин у медичному забезпеченні повинен здійснюватися еволюційним шляхом, а зміни у системі охорони здоров'я повинні відбуватися одночасно зі змінами у суспільстві, і віддзеркалювати процеси гуманізації медичної допомоги. Однак, недостатня увага як з боку самої галузі, так і держави до інформаційної психологічної та кадрової підготовки виконавців запровадження системи обов'язкового медичного страхування негативно впливає на формування думки щодо нововведення та зацікавленості у проведенні самої реформи, що значно знижує активність впровадження.

Під час проведення реформи існує небезпека, що деякі принципи попередньої системи охорони здоров'я, такі як загальна охоплюваність, вільний доступ, медична статистика, санітарно-епідеміологічна служба можуть втратити свою актуальність. Надання всьому населенню прав на кваліфіковане медичне обслуговування є одним із найбільш цінних досягнень соціалістичної системи охорони здоров'я. Ніде в світі, навіть в Західній Європі, ніколи не вдавалося домогтись повного охоплення кваліфікованою медичною допомогою таких великих за чисельністю верств населення. Збереження такого спадку повинно стати одним із найвищих пріоритетів держави.

У реформуванні системи медичного забезпечення в Україні є раціональною реструктуризація існуючої мережі закладів охорони здоров'я і прогнозування чисельності медичного персоналу у відповідності з обсягом запланованої роботи і потребами населення в медичній допомозі [7].

Це зумовлено, перш за все, тим, що сучасні економічні механізми вимагають відповідної оплати надання медичних послуг, а не утримання медичних закладів, котрі є здебільшого напівзаповнені, і то непрофільними пацієнтами, що особливо актуальне в умовах нестатків. Кількість надання послуг у наданий час через економічне кризове становище більшості працездатного і непрацездатного населення амбулаторно-поліклінічних закладів, скорочення обсягів госпіталізації, так і зниження якості медичних послуг.

У той же час слід констатувати, що склад відвідувачів в амбулаторно-поліклінічних закладах (АПЗ) змінився, зросла частка пацієнтів з

тяжкими захворюваннями, а відмова від повторних відвідувань, своєчасної госпіталізації у більшості випадків призводить до хронізації патологічних процесів, появи ускладнень. Приблизно така ж картина спостерігається і в стаціонарах, де на фоні зменшення загального обсягу госпіталізації (рівня госпітальної допомоги і середньої тривалості лікування) в складі хворих переважає госпіталізовані з більш тяжкими захворюваннями. А зростання частки госпіталізації в ургентному порядку також вимагає диференційного підходу до визначення потреби в ліжках різного профілю та їх збереження на перспективу.

Незадоволеність доступністю і якістю медичної допомоги з боку споживачів медичних послуг поєдналося з ростом невдоволеності медичних працівників умовами праці, рівнем та регулярністю отримання заробітної платні, відношенням до їх професійного рівня в суспільстві, безпорадністю ряду керівників системи охорони здоров'я; медичні працівники опинилися в ситуації неможливості виконання прямих професійних обов'язків.

Така ситуація в Україні зумовлена спадком попередньої державної системи з її залишковим принципом фінансування охорони здоров'я, де основна перевага в медичному забезпеченні надавалась стаціонарній допомозі та її спеціалізованим видам. У той же час, профілактичний напрямок у минулій системі охорони здоров'я мав декларативний і популістський характер, а система первинної медико-санітарної допомоги з усіма її перевагами була практично відсутня.

Основним етапом у реформуванні охорони здоров'я є перенесення акцентів у системі медичного забезпечення населення зі стаціонарної медичної допомоги на її амбулаторно-поліклінічну ланку і створення в державі належної системи певної медико-санітарної допомоги, де головною фігурою буде лікар загальної практики (сімейний лікар). Це дозволить медичному персоналу АПЗ проявити активність у виявленні і попередженні захворювань серед населення. Такий методичний підхід у реформуванні системи охорони здоров'я значно розширить медико-санітарне забезпечення хворих в амбулаторно-поліклінічних закладах і домашніх умовах [8].

Збільшення частки осіб, які звернуться за медичною допомогою з більш складними та хронічними захворюваннями до дільничного лікаря (лікаря загальної практики) призведе до ще більших затрат праці медичного персоналу теперішніх АПЗ з розрахунку на кожен випадок поліклінічного обслуговування. Однак навіть такий варіант у більшості випадків є дешевим для бюджету держави, ніж госпіталізація таких хворих до стаціонарів лікарень.

Важливе значення матиме також підготовка територіальних програм медичної допомоги населенню. А це – один із етапів реформи охорони здоров'я на конкретній території. І основним з них буде створення механізму запровадження страхової медицини. Місцевим виконавчим органом різних рівнів доцільно виступили в ролі засновників або співзасновників страхових медичних організацій з обов'язкового медичного страхування населення територій, і це забезпечить суттєвий контроль за їх діяльністю [5].

Наступним етапом впровадження обов'язкового медичного страхування у систему впровадження обов'язкового медичного страхування у систему медичного забезпечення є вибір підходів і визначення мінімальної розрахункової одиниці (показника) до фінансування медичних закладів у системі ОМС з урахуванням певних вимог і, перш за все, наявності статистичної і нормативної забезпеченості цього показника.

Система охорони здоров'я ніколи не була сферою, тому останнім часом під час вирішення фінансових питань та економічних трактувань все частіше користуються поняттям, «медична послуга», котра, на нашу думку, і повинна бути розрахунковою одиницею щодо лікувально-профілактичних закладів як суб'єктів медичного страхування. Однак, під медичною послугою доцільно розуміти не тільки елемент надання медичної допомоги (дослідження, маніпуляція, консультація тощо), а і певний комплекс цих елементів, що здійснюються пацієнтом в ході всього лікувально-діагностичного процесу [3].

Оскільки медичні послуги надаються споживачеві, то і виходити у визначенні цього поняття доцільно з того, що потрібно конкретному споживачу від виробника, котрим є медичний заклад з його персоналом. Цілком очевидно, що здебільшого споживачеві потрібно не чисте число відвідувань, ліжко-днів, тих чи інших маніпуляцій, а перш за все, покращення стану його здоров'я, через що він і звернувся за медичною допомогою.

Отже, як медичну послугу правомірно розглядати весь комплекс лікувально-діагностичних та профільних заходів, наданих медичним закладом в кожному випадку звертатися пацієнта до завершення надання медичної допомоги на даному етапі, тобто закінчені випадки госпіталізації, поліклінічного обслуговування і т.д.

Показник фінансування лікувально-профілактичних закладів, що працюють у системі обов'язкового медичного страхування, за надану медичну допомогу застрахованим повинен бути статистично забезпеченим, мати власну нормативну базу і достатню зручність для застосування без необхідності створення громіздкої системи контролю, забезпечувати можливість вибору медичних технологій і зберегання індивідуального підходу до хворого.

Тільки після вибору показника фінансування доцільно приступити до наступного етапу роботи – розрахунку тарифу для надання амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної допомоги за витратами праці на той чи інший вид роботи з використанням переважно галузевих показників, а також місцевих норм і нормативів з праці.

Певні складності під час розрахунку тарифів виникнуть у зв'язку з обліком фінансових статей витрат, що пов'язані із забезпеченням харчування та медикаментів. Фактичні витрати за цими статтями істотно перевищать нормативні показники, не дивлячись на їх індексацію з урахуванням офіційно встановлених коефіцієнтів росту споживчих цін. Тому рішення про джерела відшкодування цих витрат повинне прийматися по кожній території окремо залежно від конкретної її економічної ситуації та відпрацювання механізму придбання лікарських засобів (ПЛЗ) [3].

Механізм розподілу отримання органами та закладами системи охорони здоров'я засобів повинен враховувати диференційну оцінку об-

сягу, складності і якості виконання роботи як в окремих підрозділах, так і конкретними медичними працівниками. Це сприятиме тільки більш тісному зв'язку цих показників з оплатою праці медичного персоналу.

Правильно розрахована тарифна ставка забезпечує фінансову стійкість страхових операцій. Визначення необхідного розміру страхових тарифів із обов'язкового медичного страхування надзвичайно важливе для формування і використання фондів страхування, їх подальшого розподілу і перерозподілу, науково обґрунтовані страхові тарифи забезпечують оптимальний розмір страхового тарифу.

Метою дослідження вчених є розробка методичних підходів для визначення розміру страхових тарифів обов'язкового медичного страхування і встановлення необхідного обсягу страхового фонду із цього виду страхування.

Спеціалістами пропонується поетапний підхід до визначення розмірів фонду обов'язкового медичного страхування, що є найоптимальнішим у сучасних умовах. На першому етапі розробляється територіальна програма обов'язкового медичного страхування, де медична допомога диференціюється за видами: первинна медико-санітарна допомога включає швидку і невідкладну допомогу, амбулаторно-поліклінічну допомогу дорослому населенню, дітям, стоматологічну допомогу; стаціонарна медична допомога передбачається при гострих захворюваннях і станах, які загрожують життю хворого, нещасних випадках, загостреннях хронічних захворювань; забезпечення лікарською допомогою.

Другий етап полягає у визначенні обсягу медичних послуг на один рік на одного пацієнта, що звернувся: за швидкою медичною допомогою; за лікувально-профілактичною допомогою в амбулаторно-поліклінічній установі, враховуючи лікарів-стоматологів; у стаціонарі.

Третій етап – це розрахунок вартості кожної медичної послуги, вміщеної до класифікатора. Вартість медичної послуги розраховується на основі собівартості, при калькулюванні проводиться такий розрахунок затрат: заробітна плата, нарахування на заробітну плату; загально-установчі витрати; амортизаційні відрахування на медичне обладнання; затрати на медикаменти (для забезпечення належної якості медичної допомоги), які розраховуються на основі розробленого еталону медикаментозного забезпечення кожної послуги), витрати на харчування (для стаціонарів).

Четвертий етап передбачає визначення вартості обсягу курсу (закінченого, незакінченого) медичної допомоги, наданої в амбулаторно-поліклінічних чи стаціонарних умовах, швидкої медичної допомоги кожному, хто звернувся протягом року. Вартість обсягу медичної допомоги в амбулаторно-поліклінічних умовах враховує вартість профілактичних, оздоровчих і диспансерних заходів, вартість послуг, які надаються лікарями-стоматологами.

На п'ятому етапі розраховується розмір тарифної ставки. Тарифна ставка, яка лежить в основі страхового внеску, називається брутто-ставкою. Вона складається із сукупної нетто-ставки і навантаження.

Сукупна нетто-ставка призначена для формування страхового фонду і його основної частини – ризикової нетто-ставки. В основу розрахунку ризикової нетто-ставки покладена вартість курсу лікування і ймові-

рність настання страхового випадку. На основі п'ятирічної статистики й експертної оцінки визначається ймовірність звернення в амбулаторно-поліклінічні та стаціонарні установи, ймовірність виклику швидкої допомоги. Ризикова нетто-ставка виражає частину страхового внеску в грошовій формі, яка призначена для покриття ризику.

Під час аналізу ймовірності звернення за різноманітними видами медичної допомоги визначається її варіативність для компенсації можливих відхилень. Окрім ризикової премії, розраховується гарантійне або стабілізаційне навантаження. Ризикове навантаження призначене для компенсації можливого підвищення витрат (у зв'язку із зростанням захворюваності) медичних установ за надану медичну допомогу. Ризикове навантаження призначене для формування запасного фонду. Прибуток у структурі тарифної ставки не закладається.

Актуальною проблемою в умовах функціонування системи обов'язкового медичного страхування є виконання державних гарантій щодо забезпечення населення медичною і лікарською допомогою, іншими послугами, передбаченими базовою програмою обов'язкового медичного страхування. Дисбаланс, який склався між акумульованими на територіях фінансовими коштами системи ОМС, потребує адекватних заходів з боку органів державної влади й управління охороною здоров'я. Досвід функціонування системи ОМС свідчить про необхідність використання актуальних розрахунків і змін методичних підходів до фінансово-економічного обґрунтування вартості програми обов'язкового медичного страхування [7].

Згідно з теорією актуальних розрахунків при формуванні страхових тарифів початковим елементом є вартість об'єкта, що страхується, а кінцевим – брутто-ставка, тоді як при обов'язковому медичному страхуванні початковим елементом є страховий фонд, а кінцевим – вартість медичної допомоги, яка не може бути повністю відшкодована, що дає підстави говорити про формування залишкового принципу фінансування лікувально-профілактичних закладів, які функціонують у системі ОМС. В умовах фінансового дефіциту ідея підвищення ефективності й якості надання медичної допомоги стає ілюзією. Не менш очевидний негативний соціальний і політичний ефект: зростає незадоволення населення системою медичного страхування. Практика функціонування закладів охорони здоров'я потребує під час розробки програм обов'язкового і добровільного медичного страхування, цільових програм чіткого розмежування переліку медичних послуг і джерел їх фінансування: бюджет (муніципальний, регіональний), кошти ОМС, кошти добровільного медичного страхування, власні кошти громадян.

Правильно розрахований страховий тариф разом з іншими параметрами визначає фінансову стійкість системи обов'язкового медичного страхування і дає змогу страхувальнику бути впевненим у виконанні страховиком взятих на себе зобов'язань.

Далі необхідно визначити потребу населення в наданні лікувально-профілактичної допомоги, але на основі переліку медичних послуг, що входять до медичних стандартів, забезпечуючи якість наданої медичної допомоги. Класифікатор медичних послуг (маніпуляцій, операцій, процедур, досліджень) повинен складатися з врахуванням економічно доці-

льних методик і технологій, адекватних рівню розвитку сучасної науки. На основі такої інформації визначається вартість лікувально-профілактичної і лікарської допомоги (інших послуг), яка надається при захворюваннях, лікування яких оплачується із засобів системи ОМС (вміщених у програму обов'язкового медичного страхування), потім встановлюється ймовірність настання страхового випадку, звернення за медичною допомогою, необхідність проведення профілактичних заходів при даних захворюваннях.

Наступною складовою страхового тарифу є навантаження, в якому при обов'язковому медичному страхуванні необхідно врахувати витрати на утримання апарату управління територіального фонду ОМС і витрати на ведення справ страхових медичних організацій, а також резерв фінансування запобіжних заходів.

Успіх запровадження будь-якої схеми страхової медицини в системі державної охорони здоров'я повністю залежить від успішно широко розгорненої роз'яснювальної роботи серед майбутніх контингентів застрахованих та добровільної згоди певних груп населення, роботодавців різних форм власності купувати медичні послуги. Одночасно на кожному рівні управління охороною здоров'я доцільним є введення страхової медицини.

Страхова медицина (навіть за наявності передумов на територіях, створених новим господарським механізмом) не може бути введена на місцях до того терміну, який буде визначений Законом. Для включення страхової медицини до ринку медичних послуг і медичної допомоги, який формується, необхідний значний підготовчий період і попереднє вирішення багатьох юридичних, організаційно-фінансових, психологічних та інших проблем.

Тому необхідно терміново організувати систему навчання всіх категорій медичних працівників, скеровану на роз'яснення мети та завдань страхової медицини і використання її в професійній діяльності.

Висвітлені методологічні аспекти реформування системи охорони здоров'я за їх поетапного запровадження як на територіях, так і в Україні разом з відповідним законодавчим та методичним забезпеченням кожного з них, тільки сприятиме економічній зацікавленості функціонування закладів охорони здоров'я. Це дасть змогу зберегти і в подальшому розвивати сучасні організаційні та медичні технології, що буде соціальною гарантією забезпечення населення України медичною допомогою необхідного обсягу і якості.

Література

1. Губар О.Є. Медичне страхування в країнах Європейського союзу / О.Є. Губар // Фінанси України. – 2003. – №7. – С. 130-136.
2. Дейтгі М.П. Реформа фінансування медичної допомоги – шлях до ефективного її функціонування / М.П. Дейтгі // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 1999. – №2. – С. 141-143.
3. Камінська Т. Про економічну суть медичної послуги / Т. Камінська // Економіка України. – 2003. – №8. – С. 50-54.

4. Козмарк А. Реформи фінансування системи здравоохранения в Израиле / А. Козмарк // Пробл. соц. гигиены й история медицины. – 1994. – №5. – С. 45-46.
5. Колоденко В.О. Політика в області фінансової підтримки регіональних систем охорони здоров'я України. Міфи та реальність / В.О. Колоденко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2001. – №1. – С. 5-8.
6. Сучасні світові тенденції розвитку національних систем охорони здоров'я / Б.Д. Панов, А.А. Свірський, А.Ф., С.І. Конкін та ін. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2001. – №4. – С. 86-87.
7. Петренко О. Фінансування системи охорони здоров'я в Україні через державці та місцеві бюджети / О. Петренко. – 2006. – №5. – С. 52-56.
8. Стратегічні напрями розвитку охорони здоров'я в Україні / за ред. Лехіна В.М. – К.: Сфера. – 2001. – 43 с.

*Стаття поступила в редакційну колегію 09.11.2009 р.
Рекомендовано до друку д.е.н., професором Данилюком М.О.*

THE METHODOLOGICAL APPROACHES TO THE REFORM OF THE SYSTEM HEALTH CARE IN UKRAINE.

T. M. Oryshchyn, O. M. Oryshchyn

*Ivano-Frankivs'k National Technical University of Oil and Gas;
76019, Ivano-Frankivs'k, Carpats'ka street, 15;
tel. +380 (342) 50-45-74; e-mail: fin.@nung.if.ua*

Development of medical insurance is one of the most urgent and perspective direction of funding of public health care programs. The purpose of transformations to the existent system of health care is market of medical services creation at the observance of principle of satisfaction of necessities of population in medicare. In reformation of the system of the medical providing in Ukraine is restructuring of existent network of establishments of health care and rational prognostication of quantity of medical personnel in accordance with the volume of the planned work and necessities of population in medicare.

Key words: *medical service, health care, medical insurance, reformation, system of the medical providing.*