

ДИСКУСІЇ ТА РОЗДУМИ

філактики. Передбачити в регіонах організацію територіальних референс-лабораторій для діагностики паразитозів, у т.ч. і тканинних, вивчення особливостей їх регіонального розповсюдження.

7. Забезпечити лікувальні заклади достатньою кількістю медикаментів для лікування невідкладних станів, паразитозів, найтяжчих форм малярії.

8. Створити в МОЗ України самостійну структуру для вивчення та оцінки роботи інфекційних клінічних закладів різного рівня, якості надання медичної допомоги на догоспітальному та госпітальному етапах, що дозволить об'єктивно оцінити пріоритети в інфектології, намітити план першочергових заходів. Ця структура не повинна підлягати санепідемслужбі, працюватиме з нею на рівних, очолювати її повинен штатний лікар-інфекціоніст.

9. Для заміни вкрай застарілої медичної документації, законодавчих актів з інфекційних хвороб варто терміново створити комісію за участю провідних фахівців – інфекціоністів і паразитологів. Ця комісія

зможе особливо активно працювати, якщо буде створена структура, зазначена в пункті 8.

10. Визначити місце приватних клінік у боротьбі з інфекціями, можливість і спосіб обміну інформацією з цими закладами.

Академік НАН та АМН України
Ю.І. Кундієв.

INFECTIONS – REAL THREAT FOR POPULATION OF UKRAINE

Zh.I. Vozianova, M.A. Andreychyn, S.O. Kramaryev, O.P. Selnicova, O.I. Polishchuk, K.I. Bodnya

SUMMARY. Situation, that consisted of infectious and vermin diseases in Ukraine, is appraised as extremely unsatisfactory. The decision of Scientific council on theoretical and prophylactic medicine at Presidium of AMS of Ukraine from November 9, 2006 is adduced.

Key words: infectious and vermin diseases, situation in Ukraine, suggestions.

© Голяченко О.М., 2007
УДК 614.2:33(477)

О.М. Голяченко

ЕКОНОМІЧНИЙ АСПЕКТ РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Проаналізовано економічну ефективність ринкової системи охорони здоров'я, моделі Бісмарка, колишньої радянської системи та моделі Беверіджа. Зроблено висновок про суттєву перевагу моделі Беверіджа, яка дає змогу досягти найвищої ефективності за найменших витрат.

Ключові слова: охорона здоров'я України, реформування, економічна ефективність.

Історія становлення економічної теорії нинішньої системи охорони здоров'я коротка, але вельми повчальна. Дослідження на цю тему в колишньому СРСР розпочались з 60-х років збіглого століття.

Характерною особливістю соціалістичного суспільства було віднесення охорони здоров'я, а точніше системи медичної допомоги, до невиробни-

чих сфер народного господарства. Це трактувалось так: праця охоронців здоров'я безпосередньо впливала на людину, розвивала її здібності, зберігала і відтворювала її робочу силу, але вартості не створювала. Оце заперечення вартості медичної допомоги було чи не найголовнішою методологічною причиною її економічної неефективності та поступового занепаду.

Проблеми економіки охорони здоров'я були розділені на дві частини: першу – міжгалузеву, або загальну, і другу – галузеву, або конкретну. До першої частини були віднесені питання, пов'язані з тією роллю, яку виконувала охорона здоров'я у відтворенні суспільного продукту та робочої сили, вдосконалення характеру суспільних відносин.

Було виконано багато досліджень, які свідчили про великий позитивний вплив охорони здо-

ДИСКУСІЇ ТА РОЗДУМИ

ров'я на відтворення і збереження робочої сили шляхом зниження захворюваності, смертності та інвалідності як загалом, так і від окремих причин, серед різних вікових і професійних прошарків людуності.

Зокрема, було встановлено, що співвідношення витрат і отриманого економічного ефекту від організації відповідних лікувально-профілактичних заходів серед хворих на серцево-судинні недуги склало 1:12, серед хворих зі злякисними новоутвореннями – 1:19 тощо.

До другої частини економіки охорони здоров'я були віднесені питання раціонального використання усіх її прямих та побічних ресурсів і матеріальної бази. При цьому під раціональністю використання ресурсів мали на увазі не економію коштів, а їхнє найповніше використання з максимальним ефектом для здоров'я людей, з врахуванням останніх досягнень науково-технічного прогресу та медичної науки. Були обґрунтовані певні напрямки реалізації завдань конкретної економіки охорони здоров'я, зокрема:

- 1) аналіз ефективності використання в галузі наявних ресурсів;
 - 2) теоретичні та практичні питання нормування праці в системі медичної допомоги;
 - 3) економічне обґрунтування можливості задоволення потреб населення в лікувально-профілактичній допомозі;
 - 4) вдосконалення господарського механізму управління галуззю;
 - 5) розробка критеріїв і використання вартісних показників у системі медичної допомоги;
 - 6) проведення економічних експериментів.
- Найбільше праць стосовно конкретної економіки охорони здоров'я відносяться до перших двох напрямків. Особливу увагу дослідників, починаючи із 70-х років, займала проблема використання ліжкового фонду. Це не дивно. Адже на утримання ліжок витрачалось не менше 70 % усіх коштів, що передбачались для медичної допомоги.

Були відмічені такі основні вади у функціонуванні ліжок, що призводили до значних економічних втрат. По-перше, це неповна зайнятість ліжок. Дослідники відмічали великі коливання т.зв. простою ліжок щодо окремих типів стаціонарів, фахів тощо. Загалом біля третини усіх збитків, що тягло за собою неефективне використання ліжок, припадало саме на їх незайнятість. Серед основних причин незайнятості ліжок називались: їхня недосконала профілізація за фахами і рівнями об-

слуговування, вплив сезонного фактора захворюваності, слабкий рівень управління тощо.

Другою важливою вадою у функціонуванні ліжок вважалось перевищення термінів лікування хворих, що знижувало оборот ліжка. За своїми економічними наслідками ця вада мало чим поступалась попередній. Серед факторів, які призводили до надмірних термінів перебування хворого на ліжку, основними були недостатня наступність у роботі поліклінік і стаціонарів, зокрема слабе використання діагностичних можливостей поліклініки перед направленням хворого в стаціонар, затягування т.зв. діагностичного періоду, тобто періоду встановлення кінцевого клінічного діагнозу, низька якість лікування, практика фінансування ліжко-дня, а не лікування хворого, або, іншими словами, відсутність економічних стимулів для зниження термінів лікування.

Все гострішою ставала потреба пошуків шляхів удосконалення системи медичної допомоги через вдосконалення господарського механізму управління галуззю та через проведення економічних експериментів.

В найбільш повному і цілісному вигляді це знайшло своє відображення в розробці концепції т.зв. нового господарського механізму та проведенні експерименту з її впровадження в трьох регіонах Росії – Кемеровській, Куйбишевській областях та м. Ленінграді. Після цього була спроба впровадити цей механізм і в Україні.

Суть нового господарського механізму була такою. Змінювався порядок фінансування медичної допомоги. Замість фінансування статей бюджету передбачалось виділення коштів з розрахунку на одного мешканця. Ці кошти мали передаватись первинній ланці – амбулаторіям і поліклінікам.

Інші установи – стаціонари, служба швидкої допомоги, а також обласні лікувально-профілактичні заклади – мали заробляти гроші, тобто мали оплачуватись їхні послуги за надання допомоги тим пацієнтам, які направлялись первинною ланкою. Вводився своєрідний внутрішньогалузевий госпрозрахунок.

Лікувальні заклади отримували можливість заробляти додаткові кошти. Вони склались із таких джерел, як оплата понаднормативної допомоги при понаднормативній захворюваності, оплата лікування виробничих травм, отруень, дорожно-транспортних пригод, харчових отруень і гострих кишкових захворювань, що стались через порушення санітарно-протиепідемічного режиму.

ДИСКУСІЇ ТА РОЗДУМИ

Додатковими коштами могли стати заощадження в результаті зниження тимчасової втрати працездатності за умови, що профспілки погоджувались передати їх медичним установам, а також різноманітні платні послуги за надання т.зв. нетрадиційних методів і засобів лікування.

З усіх зібраних таким чином коштів створювався єдиний фонд фінансових коштів закладу, який, у свою чергу, поділявся на три частини: матеріальні витрати, розрахунки з іншими організаціями, оплата відсотків за кредити; фонд соціального та виробничого розвитку і фонд оплати праці. Останній розділявся на основний фонд заробітної платні та фонд матеріального стимулювання.

Якщо з основного фонду заробітної платні оплачувалась праця трудівників згідно з посадами, які вони займали, умов їхньої праці та кваліфікаційної категорії, то фонд матеріального стимулювання призначався для заохочення результатів поточної діяльності, щоб він давав надбавку до заробітної платні за результатами роботи за минулий місяць або квартал.

Для посилення економічних важелів в управлінні запозичувалась така визначальна засада організації медичної допомоги в країнах ринкової системи, як вільний вибір лікаря.

Передбачалось впровадження бригадних методів роботи. Для цього потрібні були вакантні посади працівників, їхню роботу могли виконувати наявні працівники і розподіляти увесь фонд заробітної платні згідно з т.зв. коефіцієнтом трудової участі.

Для підсилення мотивації праці передбачався і такий захід, як більш гнучка система оцінки кваліфікації трудівників: збільшувалось число платних категорій, а сам процес присудження категорій мав демократизуватись або передаватись із рук обласних управлінь охорони здоров'я безпосередньо провідним медичним закладам.

Жодне з положень нового господарського механізму, за винятком бригадних методів роботи, так і не знайшло втілення на практиці.

Не було введено порядок фінансування медичної допомоги з розрахунку на 1 мешканця. Це пояснювалось відсутністю методики відповідних розрахунків. Насправді, такий порядок вимагав внесення радикальних змін в систему організації медичної допомоги. Адже в містах і дотепер зосереджено в декілька разів більше матеріально-кадрових ресурсів порівняно із сільськими районами. Фінансування охорони здоров'я мешканця зразу ж ставило міські лікувальні заклади у стан

фінансової невизначеності. Не зрозуміли нововведення й обласні лікувальні заклади. З провідних установ, які не лише тяжили над первинною ланкою, а й здійснювали організаційно-методичне керівництво нею, вони раптом мали попадати у фінансову залежність від неї. До того ж первинна ланка, як найслабкіша в системі медичної допомоги, не змогла взяти на себе ці функції.

Вкрай слабкими виявились додаткові джерела фінансування. По-перше, вони не мали чіткої законодавчої бази. Міркування відомства охорони здоров'я виявились зовсім не обов'язковими для інших відомств, які мали платити гроші. По-друге, наростали економічні труднощі. Медичні заклади виявились неспроможними обґрунтувати рівень т.зв. наднормативної захворюваності. Це була плата за довголітнє нехтування потребами медико-статистичної служби. Але основною причиною було те, що робітник на виробництві був і досі залишається його найдешевшим елементом, то ж вкладати кошти в охорону його здоров'я просто не вигідно. Відсутність коштів зробила проблематичним створення фонду матеріального стимулювання.

Обласні управління охорони здоров'я не делегували медичним закладам права на оцінку кваліфікації їхніх працівників, бо не захотіли позбавити себе цього вельми вагомого важеля адміністративного впливу на підпорядковані їм заклади.

Практично не було зроблено навіть спроби перейти на вільний вибір лікаря. Окрім нерозуміння значної частини медичних працівників, над якими тяжіла загроза втратити хоч і низькооплачуване, але все ж робоче місце, на заваді стали організаційні перепони. В радянській системі медичної допомоги не було лікаря, який єдиний відповідав за здоров'я пацієнта, тож потрібно було вибирати бригаду, а це складно як системі, так вкрай обтяжливо і незрозуміле пацієнту.

Певного розвитку досягли бригадні форми роботи, однак в тих регіонах і тих лікувальних закладах, що вирізнялись відносно меншою забезпеченістю медичними кадрами. Отже, сподівання на те, що економічні важелі, хай і науково-обґрунтовані, можуть самі по собі удосконалити віджилу систему медичної допомоги, виявились марними. Цей досвід вкрай повчальний і для сьогоднішнього. Сподівання, що ринкові важелі самі по собі удосконалять існуючу систему медичної допомоги, поки не справджуються.

ДИСКУСІЇ ТА РОЗДУМИ

Повна невдача із впровадженням нового господарського механізму змусила дослідників та організаторів практичної охорони здоров'я звернути свої погляди у бік т.зв. страхової медицини. Таку назву отримала система медичного забезпечення населення багатьох сучасних розвинутих країн, визначальною рисою фінансування якої є т.зв. медичне страхування.

В 1990 р. Міністерство охорони здоров'я України висунуло концепцію економічної реформи охорони здоров'я на основі бюджетно-соцстрахівської системи фінансування. Концепція мала вирішити такі три основні завдання: посилити зацікавленість підприємств і населення в проведенні оздоровчих і профілактичних заходів; забезпечити стійкий приплив коштів для потреб охорони здоров'я за рахунок позабюджетних джерел; демократизувати систему управління. Із багатющого західного досвіду акцент було зроблено на одному – на джерелах фінансування медичної допомоги. Без будь-якого економічного аналізу ефективності роботи існуючої системи медичної допомоги було зроблено єдиний безапеляційний висновок, що всі її біди полягають у недостатньому фінансуванні. Безперечно, такий висновок можна було пояснити двома обставинами: значно нижчою часткою витрат, що виділяються з нашого бюджету на медичну допомогу порівняно з розвинутими країнами та сучасним рівнем медичної допомоги, її якістю та ефективністю. Але без ґрунтового аналізу причин такого становища, без відповіді на питання, чи лише обмежене фінансування в цьому винне, будувати концепцію економічних реформ в охороні здоров'я навряд чи доцільно.

Збільшення асигнувань на медичну допомогу концепцією передбачалось таким чином: непрацююча частина суспільства отримувала медичну допомогу за рахунок бюджетних асигнувань, працююча – за рахунок підприємств, установ та організацій. Ці кошти отримувались шляхом обов'язкового та добровільного медичного страхування.

Концепція залишилась на папері. Не було визначено місця, шляхів створення та ролі страхових товариств в економічній реформі охорони здоров'я. Між тим на шляху створення страхових товариств, що займалися б медичним страхуванням, існувало та існує ряд суттєвих перепон. По-перше, страхові товариства, що вже існують в Україні і займаються різними видами страхування, побудовані на комерційних засадах. Комерціалізація охорони здоров'я економічно недоцільна,

наслідки її в українських умовах, як виявилось пізніше, були вкрай негативні. Основу страхових товариств складають фахівці трьох типів: юристи (їх у нас нема, як і багатьох законів функціонування охорони здоров'я в ринкових умовах), економісти (їхнє число вкрай недостатнє), висококваліфіковані експерти-лікарі (вони мали перейти з нині існуючих органів управління охороною здоров'я). Але найвагомішою причиною, що практично не допустила реалізації концепції т.зв. бюджетно-страхової медицини, як і перед цим нового господарського механізму, була застаріла, економічно неефективна система медичної допомоги. Не були розкриті причини її організаційних слабкостей, науково обґрунтовані шляхи їхнього усунення.

Перед президентськими виборами в Україні 1999 р. раптово з'явилась медична громадська ініціатива під назвою «Пульс України», яка запропонувала свій варіант економічної перебудови галузі. Вона систематизувала існуючі в світі моделі організації медичної допомоги і звела їх до 4 варіантів.

Модель перша – ринкова. Вона реалізована у США. У ній лікарі та населення взаємодіють як рівні суб'єкти ринку. Професіонали (лікарі) пропонують свої послуги, споживачі (пацієнти) купують ці послуги за власні кошти.

Модель друга – ринкові відносини, що регулюються державою (система Бісмарка). У цій моделі лікарі залишаються вільними суб'єктами, які пропонують свої послуги на ринку. Держава законодавчим шляхом зобов'язує працедавців солідарно брати участь у частковій оплаті медичної допомоги за допомогою неприбуткових страхових установ. Решту доплачують пацієнти. Ця модель реалізована у Німеччині, Франції, Бельгії.

Модель третя – Беверіджа. Держава істотно обмежує ринкові відносини. Медична допомога гарантується усім громадянам. Гарантом виступає держава. Лікарі працюють за наймом. У пацієнтів немає можливостей ринкового вибору. Забезпечується соціальна стабільність. Ця модель реалізована у Великій Британії, Канаді, Італії, Норвегії.

Модель четверта – радянська, яку автори чомусь називають моделлю Семашка. У цій моделі, як нам відомо, взаємодія лікарів і пацієнтів суворо регламентується державою. Умови надання медичної допомоги максимально уніфікуються.

Ініціатори «Пульсу» для України запропонували т.зв. п'яту модель – державно-комунальну, у якій існуючі державні бюджетні механізми доповнюва-

ДИСКУСІЇ ТА РОЗДУМИ

лись солідарною участю населення у відшкодуванні видатків на охорону здоров'я.

Отже, визначальне питання усілякої моделі – хто її утримуватиме. Досі за всю багатовікову історію існування медицини були відомі три джерела її утримання – приватні кошти пацієнтів, громадські кошти, державні кошти.

Якщо подивитись на питання історично, то спостерігаємо лише різницю у співвідношенні цих трьох джерел утримання медицини. В кожній країні система охорони здоров'я пройшла власний історичний шлях розвитку та її сьогодишнє співвідношення трьох джерел утримання або фінансування є продуктом цього розвитку.

У світі пересічні витрати на охорону здоров'я з 1948 до 1997 рр. зросли з 3,4 до 7,9 % ВВП. Відомі коливання вкладаються в діапазон: 1,2 % ВВП (Таджикистан) – 20 % (Куба). В Україні ці витрати в останні роки склали таку частку ВВП (%): 1996 р. – 2,7; 1997 р. – 3,4; 1999 р. – 3,3; 2000 р. – 2,8; 2002 р. – 2,4, 2005 р. – 2,8.

Визначальна ознака теперішнього стану української охорони здоров'я полягає в тому, що держава неприпустимо применшила свої видатки на її утримання (до 20-30 %), а трагедія в тому, що здійснюється спроба теоретично обґрунтувати та виправдати це явище.

Причому співіснують думки, які суперечать одна одній. З одного боку, стверджується, що держава повинна залишити за собою надання медичної допомоги пенсіонерам, інвалідам, дітям, а також швидкої та невідкладної допомоги і допомоги соціально-небезпечним групам хворих. Якщо врахувати, що пенсіонери, діти та інваліди складають 60 % усього населення і дають не менше 80 % усіх хвороб, то вкупі зі швидкою допомогою і допомогою соціально-небезпечним групам хворих це складає мінімум 90 % усіх витрат. З іншого боку, стверджується, що держава бідна і дати більше того, що вона тепер дає, не може.

Оцінюючи модель Семашка, автори «Пульсу України» припускають ще однієї суттєвої неточності. Вони наголошують на її економічності, під якою розуміють те, що показники ефективності системи охорони здоров'я досягають тих самих значень, що і в розвинених країнах, проте за істотно менших (у десятки разів) видатків. Щодо істотно менших (не в десятки, а в сотні разів) видатків, то тут автори «Пульсу» праві, а от щодо показників ефективності системи охорони здоров'я, то якраз навпаки.

Основною вадою радянської системи охорони здоров'я була її економічна неефективність. Спроба впровадити новий господарський механізм – це спроба наблизитись до моделі Беверіджа. Їх поєднують такі спільні риси: свобода вибору лікаря і лікувального закладу, оплата праці працівників і фінансування діяльності медичного закладу залежно від обсягу та якості наданих послуг, децентралізація управління.

Попри безсумнівні переваги моделі Беверіджа над моделлю Семашка, автори «Пульсу України» зробили несподіваний висновок, що для України ця модель не підходить через слабкі економічні можливості держави. Ця модель, мовляв, для заможних країн. Якраз навпаки. Саме ця модель економічно найдоцільніша, даючи змогу досягти найвищої ефективності за найменших витрат. Саме те, що тепер потрібно Україні.

ECONOMIC ASPECT OF HEALTH CARE REFORMING IN UKRAINE

O.M. Holyachenko

SUMMARY. Economic efficiency of the market system of health protection, model of Bismark, former soviet system and model of Beveridge is analysed. A conclusion is made about substantial advantage of Beveridge model, which enables to attain the greatest efficiency at the least charges.

Key words: health protection in Ukraine, reformation, economic efficiency.