

## ЗМІНИ МЕХАНІЗМІВ ФІНАНСУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ

Чала Н.Д.

Національний університет «Києво-Могилянська академія», Школа охорони здоров'я,  
04655, м. Київ, вул. Григорія Сковороди, 2

**Анотація.** У статті розглянуто вплив очікуваних змін у макро- та мікросередовищі закладів охорони здоров'я на механізми їх фінансування. Більша увага зосереджується на викликах, з якими зіткнуться лікувальні заклади після отримання автономізації, зокрема зазначено, що у законопроектах не достатньо чітко прописані механізми банкрутства лікувальних закладів.

**Ключові слова:** заклади охорони здоров'я, медична реформа, механізми фінансування.

**Аннотация.** В статье рассмотрено влияние ожидаемых изменений в макро- и микросреде учреждений здравоохранения на механизмы их финансирования. Больше внимание сосредоточивается на вызовах, с которыми столкнутся лечебные учреждения после получения автономизации, в частности отмечено, что в законопроектах недостаточно четко прописаны механизмы банкротства лечебных учреждений.

**Ключевые слова:** учреждения здравоохранения, медицинская реформа, механизмы финансирования.

**Abstract.** This article considers the impact of expected changes in the macro and microenvironment on the mechanisms of financing the health care. Most of attention is focused on the challenges hospitals face after getting autonomy in particular noted that the bill does not sufficiently clearly define mechanisms of bankruptcy of medical institutions.

**Keywords:** health care, medical reform, funding mechanisms

**Постановка проблеми.** У зв'язку зі зростанням вартості медичного обслуговування, гарантування державою права на безоплатну медичну допомогу, зменшення бюджетного фінансування, а також забороною скорочення мережі лікувальних закладів постають нові проблеми як перед державною владою, так і безпосередньо перед керівниками закладів охорони здоров'я. На макрорівні намагання провести реформування галузі охорони здоров'я, у першу чергу, зумовлено необхідністю поєднати дві взаємовияткові речі: стримування витрат і всеохоплюючим наданням якісних медичних послуг. Керівники ж закладів охорони здоров'я на своєму рівні повинні шукати в цих умовах моделі належного ресурсного забезпечення своїх організацій.

Проведення медичної реформи і пошук ефективної моделі фінансування лікувальних закладів постало як проблема не тільки для тих країн, які перебудовували власну модель Семашка, але й країни Західної Європи, США та інші. Цей процес зумовлений такими чинниками як старіння населення, зростання рівня захворюваності хронічними хворобами, інвалідності, демографічні зміни, поява нових методів лікування та технологій. Дослідники процесів реформування, як правило, зосереджують свою увагу на оцінці політики охорони здоров'я та забезпечення основних принципів організації охорони здоров'я, а медичні заклади розглядають з точки зору мікроекономіки. В Україні реформування галузі суттєво змінює модель фінансування закладів охорони здоров'я, і це питання потребує додаткового дослідження.

**Метою статті** є дослідження зміни механізмів фінансування закладів охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи.

**Аналіз останніх досліджень та публікацій.** Наукове обґрунтування реформ охорони здоров'я зроблено у фундаментальних роботах Р.Б. Салтман, Дж. Фігейрас, більшу частку яких присвячено аналізу сучасних стратегій. Трансформаційні зміни моделі фінансування охорони здоров'я описано у наукових працях Й. Кутцина, Ч. Кашіна, М. Якаба. Тривалий час політику охорони здоров'я пост-радянських країн і моделі фінансування досліджує Е. Річардсон, М. Павлова, В. Лехан. Пошук ідеальної моделі охорони здоров'я та відповідь на питання щодо забезпечення конкурентоспроможності медичних закладів шукав М. Портер та Е. Тайсберг. Проведення медичної реформи у Грузії, Польщі, Росії та пілотування її в Україні породило цілу низку наукових праць з переосмисленням і оцінкою отриманого досвіду, серед авторів яких варто зазначити Ф. Редера, А. Урушадзе, С. Шишкіню, І. Шеймана та інших. Наявність великої кількості наукових праць з означеної тематики однозначно вказує на її актуальність, водночас недостатність висвітлення впливу реформи безпосередньо на медичні заклади вказує на ставлення науковців до цієї проблеми як до другорядної, і відсутність спроможності у самих закладів висвітлювати цю проблему в експертно-науковому середовищі.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Система охорони здоров'я України споживає загальних витрат у розмірі понад 7,5% від ВВП країни, що перевищує показники деяких країн ЄС. Однак за обсягами державних витрат на фінансування охорони здоров'я Україна продовжує значно поступатися переважній більшості країн Європейського регіону. Так, загальні витрати на охорону здоров'я в Україні (з урахуванням приватних витрат) у 2013 році склали понад 115 млрд.

грн. З них частка державних витрат у структурі загальних витрат на охорону здоров'я за оцінками ВООЗ у 2013р. в Україні складала 56,2%, тоді як у Польщі – 70%, Естонії – 79,9%, а в середньому у країнах ЄС – 74%. Згідно з дослідженнями Світового банку, понад 90% медичних закладів в Україні використовують незаявлені приватні внески, надані натурою, а понад 58% збирають внески з лікарів та медичних сестер (а ті, у свою чергу, з пацієнтів) [1, с.4].

Впродовж багатьох років уряди України робили окремі спроби запровадити зміни в галузі. Зокрема у 2000 р. було запроваджено подушний принцип у формуванні місцевих бюджетів охорони здоров'я [2]. Впродовж наступних років було зроблено низку спроб посилення первинної ланки медичної допомоги. У 2011-2013 роках проводилася реформа у чотирьох пілотних регіонах [3], яка серед іншого передбачала оптимізацію існуючої мережі закладів охорони здоров'я [4] та зміну механізму їх фінансування [5]. Після підписання у 2014 році Угоди про Асоціацію з ЄС орієнтиром для реформування охорони здоров'я стала «Європейська стратегія здоров'я - 2020».

За принципом субсидіарності надання первинних медичних послуг більш ефективним є на місцевому рівні, бо саме тут їх надання буде більш ефективним, раціональним та відповідатиме потребам населення, епідеміологічному стану. Це означає, що у місцевих бюджетах мають бути передбачені фінансові ресурси для забезпечення надання медичної допомоги. Зміни до Бюджетного кодексу від 28.12.2014р. запровадили нову модель фінансового забезпечення місцевих бюджетів та міжбюджетних відносин [6]. Зокрема було скасовано дотацію вирівнювання, натомість серед інших нововведень запроваджено медичну субвенцію та субвенції на забезпечення медичних заходів. У I півріччі 2015р. медична субвенція профінансована у розмірі 21,8 млрд. грн. і складала 47,8% від плану на рік. Крім цього профінансовано як «інші субвенції» витрати на придбання витратних матеріалів для закладів охорони здоров'я та лікарські засоби для інгаляційної анестезії – 19 млн. грн, або 10% від річного плану. Нова модель фінансового забезпечення змінила структуру видатків державного та місцевих бюджетів, зокрема у 2015 р. спостерігається зменшення частки видатків на охорону здоров'я у структурі видатків державного бюджету і фактично склали у першому півріччі 2015 року 3010,9 млн. грн., що становить 1,2% від загального обсягу видаткової частини державного бюджету, у порівнянні з аналогічним періодом 2013р., їх частка становила 2,3%. Загалом медична субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам у першому кварталі 2015р. профінансована у повному обсязі і становить 21,8 млрд.грн. Цілком природно, що такі зміни вплинули на збільшення частки видатків на охорону здоров'я у місцевих бюджетах на 2,7 в.п., що склало 22,7% (27 млрд.грн.). Водночас, варто зазначити, що частково таке збільшення відбулося за рахунок проведення операцій з обліку землі, на якій розташовано медичні заклади у м. Києві. Для повноти аналізу варто звернути увагу на те, що 42,2% видатків місцевих бюджетів складають видатки на виплату заробітної плати, 23,9% - на поточні трансферти населенню на соціальне забезпечення, а 7,1% - на оплату комунальних послуг та електроенергії [7].

В Україні більшість закладів охорони здоров'я продовжують отримувати фінансування за кошторисним принципом, коли в основі розрахунку кошторису знаходиться кількість ліжокмісць. При чинній системі фінансування у медичних закладах відсутні стимули для пошуку оптимальних управлінських моделей та раціонального використання ресурсів. Існуюча модель фінансування системи охорони здоров'я, при якій обсяг фінансування залежить від потужності закладів, а не від обсягу, виду та якості медичної допомоги, що призводить до неефективного використання бюджетних коштів галузі, 85% з яких йде на утримання розгалуженої мережі медичних закладів та заробітну плату медичного персоналу, і лише 15% - безпосередньо для надання медичної допомоги. Отже, перерозподіл фінансових ресурсів і впровадження цільової медичної субвенції суттєво не вплинуло на збільшення ресурсів для надання медичної допомоги, натомість ці фінансові ресурси, як і у попередні роки, пішли на виплату заробітної плати та оплату комунальних послуг закладів охорони здоров'я.

Необхідність стримування державних витрат і постійне зростання звернень для надання медичних послуг в умовах ринкової економіки призвели до пошуку моделі підвищення продуктивності у цій сфері. Заклади охорони здоров'я економічно розвинених країн зіткнулися з необхідністю більш раціонального розподілу ресурсів. Тому, починаючи з 80-х років минулого сторіччя в охороні здоров'я різних країн поступово просуваються ідеї корпоративного менеджменту, які до цього часу успішно працювали на промислових підприємствах, зокрема децентралізація підрозділів, універсалізація і стандартизація окремих операцій, впровадження «тойотівських» принципів управління та елементів конвейєрного виробництва [8, 9].

Надання вітчизняним закладам охорони здоров'я автономії, що передбачено Національною стратегією реформування охорони здоров'я на 2015-2020 роки, кардинально змінює механізм їх фінансування. За останній рік було розглянуто декілька законопроектів, які спрямовані на реорганізацію медичних закладів у державні та комунальні неприбуткові підприємства із власним рахунком у державному банку. Передбачається надання закладам автономії у прийнятті рішення щодо формування штату; перерозподілу коштів на поточні та стратегічні витрати; легалізація оплати за надання медичної допомоги, яка не входить у гарантований державою перелік безкоштовних медичних послуг; а також бюджетне фінансування не за кількістю ліжокмісць, а за фактичним обсягом наданих послуг [10]. Це має значно покращити фінансовий стан медичних закладів пристольних районів та районів біля великих обласних центрів, куди звертаються мешканці дачних і котеджних містечок. Моніторинг свідчить, що в таких районах може бути 72

тисячі офіційно зареєстрованих мешканців, а за допомогою звертатися більше 130 тис. осіб. Кошти на надання допомоги з бюджету на незареєстрованих осіб не виділяються, а допомогу медичні заклади надають. Через обмеження міжбюджетних трансфертів хворий з області не може лягти на лікування в обласну лікарню іншого регіону. Водночас районна лікарня не може направити для надання спеціалізованої допомоги (наприклад після ДТП) в обласні лікарні без відповідної реєстрації.

Автономізація закладів охорони здоров'я, крім можливостей, виставляє перед ними і цілу низку вимог щодо належного ведення господарської діяльності, розрахунку вартості медичних послуг, проведення маркетингової політики, прийняття управлінських рішень щодо технології лікування та моделі організації надання медичних послуг. Переваги автономізації закладів охорони здоров'я активно обговорюються як серед науковців, так і серед експертів-практиків, зокрема позитивно оцінюється механізм легалізації платних послуг; скорочення неефективних закладів; формування річних кошторисів лікарні в залежності від власних потреб та попиту на медичні послуги на даній території. Застережує той факт, що мало експертів звертають увагу на складнощі та можливі негативні наслідки надання такої автономії, і, відповідно, у законопроектах, що знаходяться на опрацюванні у комітетах цілу низку питань не врегульовано.

У законопроекті [10], який надає автономію закладам охорони здоров'я, відсутні норми щодо можливого банкрутства організації. Отже, абсолютно не зрозуміло в який спосіб люди будуть отримувати медичну допомогу, якщо в комунальному автономному закладі охорони здоров'я виявиться неефективний керуючий. За своєю суттю, запропоновані зміни механізму фінансування закладів призводять до їх реорганізації у державні підприємства, які нічим не відрізняються від аналогічних організацій в інших галузях. Держава виступає як власник організації, який прагне зберегти стратегічний контроль над діяльністю медичної організації і робить її вільною при прийнятті поточних господарських рішень. Виходячи з тези, що держава не може бути ефективним власником [11, с. 45], а основною метою діяльності підприємств є отримання прибутку, у випадку, збитковості реорганізованих медичних закладів існують ризики їх продажу та репрофілювання у часовому горизонті три роки.

Принцип фінансування закладів охорони здоров'я у відповідності до обсягу наданих послуг може призвести до штучного викривлення ринку надання медичних послуг, чи, навіть, до його провалу. Наявність асиметрії інформації дає можливість лікарням збільшувати обсяг або ціну послуги, а також знижувати якість надання послуги у порівнянні із ситуацією, якби споживачі мали повну інформацію щодо лікарні, послугі та собівартості. У такій ситуації у лікарні може тиражуватися певний набір добре відпрацьованих технологій лікування і бути відсутніми інші види медичної допомоги. При значному скороченні добробуту населення держава повинна надавати перевагу утриманню некомерційної лікарні, навіть за умови її низької ефективності [12, с.111; 13, с.115], бо їм можна поставити більш жорсткі вимоги до асортименту і якості послуг.

**Висновки.** Не зважаючи на численні закиди щодо недостатності фінансування охорони здоров'я треба визнати, що виділення ресурсів близько 8% є вагомим, отже низька ефективність галузі вказує на нерациональний розподіл цих ресурсів всередині. Впровадження медичної реформи якраз і покликано удосконалити цей розподіл через зміну механізму фінансування закладів охорони здоров'я. Виділення у місцевих бюджетах цільової медичної субвенції та надання лікувальним закладам автономії є великим кроком на шляху до підвищення ефективності галузі загалом. Водночас більша частка фінансових ресурсів, спрямованих в охорону здоров'я з місцевих бюджетів витрачається на виплату заробітної плати персоналу та утримання закладів. На фоні оптимістичних очікувань отримання закладами охорони здоров'я автономії недостатньо розглянутими залишаються питання належної маркетингової політики; використання державного регулювання ринкової недосконалої у галузі; процедури банкрутства; вимоги до розвитку кадрів; вибору медичної технології лікування та профілактичних заходів, які безпосередньо впливають на грошовий потік, тому ми оцінюємо ці питання як перспективні для моніторингу та подальших досліджень.

#### **Література**

1. Матеріали парламентських слухань на тему «Про реформу охорони здоров'я» 16.12.2015р. м. Київ
2. Закон України № 512-ХІІ від 05.12.1990 «Про бюджетну систему України». – електронний ресурс: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/512-12/page>
3. Закон України № 3612-VI від 07.07.2011 «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві». - електронний ресурс: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/3612-17>
4. Наказ МОЗ України № 793 від 10.09.2013 «Про затвердження Нормативів забезпеченості мережею амбулаторій - підрозділів центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги». - електронний ресурс: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1587-13/paran14#n14>
5. Наказ МОЗ України № 373 від 15.05.2013 «Про затвердження Методики розподілу обсягу видатків між видами медичної допомоги». - електронний ресурс: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1044-13/paran14#n14>
6. Бюджетний кодекс України. - електронний ресурс: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2456-17>

7. Бюджетний моніторинг: Аналіз виконання бюджету за січень-червень 2015 року/ [Зубенко В.В., Самчинська І.В., Рудик А.Ю.]; ІБСЕД; Проект «Зміцнення місцевої фінансової ініціативи (ЗМФІ-II) впровадження», USAID. – К. – 2015. – 80с.

8. F. Merode A prelude of the 2004 Antwerp Quality Conference: Targets and target values—integrating quality management and costing Received: 20 October 2003 Accepted: 9 November 2003 Published online: 28 January 2004. - Springer-Verlag 2004

9. L. Robert, J. van Oostenbrugge, M. Limburg, G. Merode, S. Groothuis How to implement process-oriented care A case study on the implementation of process-oriented in-hospital stroke care Received: 26 March 2008 / Accepted: 7 July 2008 / Published online: 20 August 2008.- Springerlink.com

10. Проект № 2309а-д від 10.12.2015р. Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я». - електронний ресурс: [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=57374](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=57374)

11. Райнер Э. С. Как богатые страны стали богатыми, и почему бедные страны остаются бедными/ Пер. с англ. Н. Автономовой; под ред. В. Автономова; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – 2-е изд. – М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2014. – 384 с.

12. Экономика здравоохранения: учеб.пособие/ под научн.ред. М.Г. Колосницыной, И.М. Шеймана, С.В. Шишкина; Гос. ун-т ВШЭ. – М.: Изд.дом ГУ ВШЭ, 2008. – 479 с.

13. Sherman F. The economics of health and health care, Miron Stano. – 4<sup>th</sup> ed

Стаття надійшла до редакції 15.03.2016 р.

Рекомендовано до друку д.е.н., проф. **Петренко В.П.**

УДК 378.147:613.955.008.1

## МАГІСТРАЛЬНИЙ ШЛЯХ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧОЇ ПАРАДИГМИ РОЗВИТКУ ОСВІТИ

<sup>1</sup>Гаращук О.В., <sup>2</sup>Куценко В.І.

<sup>1</sup>Державна інспекція навчальних закладів України; 03065, м. Київ, вул. Метробудівська, 5а, тел. (044) 2391691

<sup>2</sup>ДУ „Інститут економіки природокористування та сталого розвитку Національної академії наук України”; 01032, м. Київ, бульвар Т. Шевченка, 60

**Анотація.** Розкривається важливість збереження здоров'я нації для забезпечення соціально-економічного розвитку країни. У зв'язку з цим у статті особливу увагу приділено здоров'ю підростаючого покоління, молоді. Наведено чинники, що негативно впливають на стан здоров'я. При цьому особливу увагу приділено освітньому середовищу, важливою складовою якого є наявність необхідної інфраструктури, що сприяє збереженню та зміцненню здоров'я учнів, студентів, а також забезпеченню виховної функції освіти. Наведено магістральні шляхи забезпечення здоров'язберігаючої парадигми розвитку освіти.

**Ключові слова:** освіта, здоров'я, оздоровчо-рухлива діяльність, інноваційні освітні та здоров'язберігаючі технології.

**Аннотация.** Раскрывается важность сохранения здоровья нации для обеспечения социально-экономического развития страны. В этой связи, в статье особое внимание уделено здоровью подрастающего поколения, молодежи. Приводятся факторы, негативно влияющие на состояние здоровья. При этом особое внимание уделено образовательной среде, важной составляющей которого является наличие необходимой инфраструктуры, способствующей сохранению и укреплению здоровья учащихся, студентов, а также обеспечению воспитательной функции образования. Приводятся магистральные пути обеспечения здоровьесберегающей парадигмы развития образования.

**Ключевые слова:** образование, здоровье, оздоровительно-подвижная деятельность, инновационные образовательные и здоровьесберегающие технологии.

**Abstract.** The article focuses on the essence of health care for the nation's socio-economic development of the country. In this regard, the article focuses on the health of the younger generation, the youth. The factors that adversely affect health are brought up in the article. Special attention is given to the relevant issues of the educational environment, an important component of which is the availability of the necessary infrastructure for the preservation and strengthening of health of pupils, students, as well as providing educational functions of education. We give the main ways to ensure the implementation of health-saving educational paradigm of development requirements.

**Keywords:** education, health, recreational and mobile activities, innovative educational and health-saving technologies.