

СИСТЕМА ОПЛАТИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЯК ВАЖЛИВИЙ ІНСТРУМЕНТ СТРАТЕГІЇ РОЗВИТКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Досліджено роль стратегічних закупівель медичних послуг, переваги і недоліки різних способів оплати провайдерів. Доведено, що чинна система оплати провайдерів в Україні є причиною внутрішньосистемних структурних деформацій. Обґрунтовано доцільні стратегії реформування оплати медичних послуг.

Ключові слова: охорона здоров'я, оплата медичних послуг, медична реформа.

Серед факторів, які формують здоров'я на індивідуальному і популяційному рівнях, – стан навколишнього середовища, спосіб життя, спадковість і ефективність системи медичного обслуговування – у світі помітно зростає роль останнього. Як показує світовий досвід, вектор корінної трансформації національних систем охорони здоров'я (СОЗ) спрямовується переважно у бік залучення достатніх ресурсів із суспільних джерел, усунення фінансових бар'єрів для людей, що потребують медичної допомоги, підвищення рентабельності та якості такої допомоги [10].

Відомий польський реформатор Є. Бальцерович запоруками успішності реформ вважав обов'язкову наявність політичної волі, команди реформаторів і суспільного сприйняття реформ. Своєрідним емоційним барометром суспільного напруження зокрема й навколо реформування вітчизняної СОЗ було резонансне засідання Комітету з економічних реформ 17 січня 2013 р. Між тим спроба проаналізувати причини непорозуміння, що накопичилися на півдорозі медичної реформи, зроблена ще 22.12.2011 р. в авторитетному експертному середовищі, сформованому Національним інститутом стратегічних досліджень [6; 7].

Автор погоджується з експертами, котрі передусім вбачають причини настороженості суспільства щодо спірних проміжних результатів пілотного експерименту в нечіткому публічному формулюванні мети реформи. Чи не найудаліше викристалізувала мету О. Богомолець: «Продовження тривалості життя, зменшення смертності від конкретних хвороб», – і це мало б бути зрозумілим месиджем для країни, що внесена до переліку десяти країн світу з найвищим рівнем смертності [6].

Проте, як відомо, одним лише гаслом мета не досягається. Реалізація потенціалу СОЗ потребує адекватних витрат ресурсів. Доведено, що зонами глибокої неефективності охорони здоров'я (ОЗ) в Україні є: а) дефіцитне фінансування з публічних джерел; б) витратна неефективність чинної моделі фінансування [4; 8; 17]. Причому автономні підходи до подолання економічної, соціальної і медичної неефективності вітчизняної СОЗ не є альтернативними. Очевидно є апріорність комплексного підходу (в контексті обох причин).

Втім аналітичний огляд фінансування суспільного здоров'я в Україні дає підстави стверджувати, що ні його обсяги, ні способи не забезпечують наразі виконання завдань, які постають перед соціально відповідальними системами. Адже за оцінками Світового банку країни зі схожим рівнем економічного розвитку забезпечують тривалість життя населення на 10 років більшу, ніж Укра-

їна. Рівень передчасної смертності в Україні втричі вищий, ніж у ЄС: третина українців не доживає до 65 років. Детермінує віко-статеву структуру смертності сумний феномен надсмертності чоловіків працездатного віку [3].

При цьому державні витрати на ОЗ не є пріоритетними: їх частка ніколи не перевищувала 4% ВВП, а в структурі загальних державних витрат вона коливається в межах 8–10%, тоді як середньоевропейські витрати – 14,6%. У структурі всіх витрат на ОЗ частка суспільних коштів у середньому межувала останніми роками на 55%, а в Європейському регіоні стабільно становить 75%. В Україні натомість приватні витрати чи не вдвічі більші, ніж у країнах ЄС – вони сягнули, за даними Світового банку, 3,2% ВВП та зростають у спосіб неформальних готівкових платежів домогосподарств [20].

До обумовлених джерелами надходжень фінансових дисбалансів, що лежать в основі «тіньової» комерціалізації галузі, нашаровуються витратні бюджетні деформації: за розпорядниками коштів і провайдерами послуг, за функціональною і економічною ознаками постатейних кошторисів. Зазначені витратні диспропорції, зрештою, і формують, і консервують структурні системні деформації ОЗ. Не викликають сумнівів імперативи реформи щодо реструктуризації української СОЗ, яка не відповідає ринковим реаліям, і структури медичної допомоги, що не забезпечує потреби населення. Як для ринкової економіки, сумнівним є застосування здебільшого не фінансово-економічних, а адміністративних інструментів реструктуризації. Відсутність фінансових стимулів до реструктуризації системи медичного обслуговування і підвищення якості медичної допомоги визначає суспільне ставлення до медичної реформи більшою мірою як до політичного експромту, аніж як до обрахованого економічно проекту.

Міжнародний досвід економічної мотивації, задіяної в ході реформ фінансування ОЗ, відображено в публікаціях Д. Кутціна, Е. Моссіалоса, С. Томсон, Ж. Фігейраса, І. Шеймана, С. Шишкіна та ін. [9; 14; 15; 16; 18]. Втім, аналіз вітчизняних літературних джерел переконує, що теоретичні аспекти впровадження нових стратегічних підходів до закупівель медичних послуг в Україні розроблені недостатньо, що *актуалізує* необхідність цих досліджень.

Відтак, *мета* цієї статті полягає в обґрунтуванні нових методів оплати медичних послуг в Україні як важливого інструмента стратегії розвитку охорони здоров'я в напрямі її реструктуризації і підвищення ефективності.

Досягнення зазначеної мети передбачає вирішення таких *завдань*: а) визначити роль стратегічних закупівель медичних послуг; б) виявити характерні залежності між методами оплати провайдерів і результатами їх роботи; в) запропонувати раціональну систему закупівель медичних послуг в умовах українських реалій.

Стратегії успішного реформування медичної сфери в більшості країн ЄС та окремих країнах СНГ передбачали зв'язок між інструментами і цілями політики фінансування ОЗ, по-перше, а по-друге, – трансформацію функцій і принципів фінансування в рамках спільної концептуальної основи незалежно від моделі фінансування. Причому, на відміну від перетворень на етапах збору і об'єднання коштів, реформи системи закупівель медичних послуг є механізмом реалізації політики фінансування у функціональні зміни, тобто є ключовими при корекції внутрішньосистемних дисбалансів, модернізації медичної практики і мотивації робочої сили [15; 18].

У 27 країнах – членах ОЕСР оплата медичних послуг здійснюється переважно з об'єднаних в різний спосіб фондів [8]. Утім, світовою тенденцією є не лише перехід від ретроспективної до попередньої оплати та об'єднання ресурсів і ризиків. Ще однією визначальною особливістю реформування фінансових засад СОЗ, що здійснювалося в 1990-х – на початку 2000-х рр., є рух від

неконтрольованих ринкових систем з приватним фінансуванням та інтегрованих бюджетних систем до створення квазіринкових систем.

Актуальність такого підходу дотична до висновку ВОЗ, згідно з яким внаслідок неефективності втрачається від 20% до 40% витрат на охорону здоров'я [10]. А спонукальним фактором на цьому шляху є нерівні позиції споживачів і провайдерів, обумовлені як специфікою попиту і пропозиції послуг, так і внаслідок інформаційної асиметрії на медичному ринку, що принципово відрізняє його від традиційних класичних ринків. Основу «внутрішнього ринку» в системах з публічними коштами (податковими чи страховими), визначають такі його компоненти, як агрегований попит на медичні послуги, зростання ролі колективного покупця та механізм регульованого цінового розподілу ресурсів.

Неефективність традиційних інструментів політики фінансування СОЗ почасти змушує уряди до застосування альтернативних варіантів – переходу від пасивного відшкодування витрат провайдерів до активних (стратегічних) закупівель медичних послуг, коли на запитання які, як і в кого послуги слід закупувати пропонуються принципово інші управлінські рішення, а саме:

а) з урахуванням національних пріоритетів в ОЗ, потреб населення в медичній допомозі, клінічної та економічної оцінки її ефективності;

б) включаючи механізми контрактів і відповідних систем оплати;

в) враховуючи співвідношення ціна–якість [9; 10; 15; 18].

Але позаяк функція закупівель можлива лише за наявності необхідних операційних систем і процедур, зрозуміло, що практика активних закупівель неможлива без зміни інституційної структури (розмежування фінансування і надання послуг) та системи оплати провайдерів. Інституційне розмежування провайдера і покупця, посилюючи контрольні функції останнього в інтересах споживача, спрямовує кошти «від будівель до пацієнта». З іншого ж боку, індукуючи конкурентні відносини між провайдерами і ті вигоди економічної ефективності, які можуть бути отримані завдяки конкуренції, нова процедура закупівель, потребує більш гнучкого управління ресурсами, тобто реальної автономії як покупця (платника), так і провайдера. Отже, процес стратегічних закупівель (придбання прогнозованого комплексу медико-санітарних послуг) балансує інтереси всіх учасників: покупців, провайдерів і споживачів.

За такої політики фінансування розподільча і технічна ефективності є взаємопов'язаними: кінцеві результати діяльності мають забезпечуватися не лише обсягом і структурою ресурсів на вході в систему, а й чітко визначеною структурою витрат – ефективністю закупівель на етапах розподілу коштів і оплати провайдерів.

Європейською практикою доведено, що розподіл коштів, оснований на пропозиції провайдерів чи прецедентах попередніх років, чи політичних переговорах, що супроводжують бюджетний процес, чи, зрештою, тільки на кількості населення не є економічно вигідним і ускладнює для платника можливість впливу на процес медичного обслуговування. Розподіл ресурсів у більшості європейських СОЗ здійснюється за результатами оцінки медико-санітарних потреб населення. Причому важливо враховувати, що потреби в медичних послугах, відображуючи стан здоров'я, є наслідком необхідності обґрунтованого звернення за медичною допомогою як з боку пацієнта, так і з позиції медичної практики. Іншими словами, це означає, що за наявності поінформованого платника, який контролює обґрунтованість надання послуг і регулює провокаційною пропозицією провайдера попит, гроші із суспільних фондів витрачаються там, де вони потрібні, і на що потрібні, а не там, де їх збирають і накопичують [18].

Перші кроки на шляху до впровадження основаного на потребах або стратегічного розподілу ресурсів зроблено в рамках НСОЗ Великої Британії ще наприкінці 1970-х років, згодом – у Бельгії, Данії, Норвегії, Швеції, Фінляндії,

Нідерландах, Німеччині, Франції, Португалії, Італії та ін. У процесі реформ вектор удосконалення домінуючого механізму перерозподілу ресурсів – подушного фінансування – спрямовувався від його елементарної форми до форм, скооригованих з урахуванням ризиків. Варіабельність останніх залежить від набору факторів потреб (у послугах), задіяних для вирівнювання ризиків.

Здебільшого потреби визначаються групами соціальних і віко-статевих факторів та рівнем захворюваності, а корекцію ризиків при подушному фінансуванні здійснюють двома методами: матричним та індексним. Перший базується на індивідуальних даних, другий – на агрегованих. Обмеженість використання персональної інформації змушує до вирівнювання ризиків за сукупними даними (при регіональному розподілі коштів, скажімо, в Бельгії) або застосування змішаних схем корекції (у Фінляндії чи Італії) [9; 18]. До цих схем закладають звичайно такі індекси, як демографія, смертність, густина населення, рівень безробіття тощо.

Популярність подушного фінансування (з відповідними механізмами вирівнювання ризиків і формулами розподілу ресурсів) навіть попри те, що характеризується певною відносністю щодо відображення медико-санітарних потреб і пов'язаного з ними обсягу витрат, не зменшується. Причина – в його придатності для систем неконкурентного соціального медичного страхування і СМС з «керованою конкуренцією», для бюджетних систем централізованих і децентралізованих, по-перше, ставленні до справедливості й ефективності фінансування, по-друге, і у простоті запровадження, по-третє.

Втім визначення і оцінка об'єктивних, нормативних та порівняльних потреб важливі не як абстракції, а в контексті пріоритетизації з огляду на обмежену доступність ресурсів. Для підвищення структурної ефективності СОЗ необхідно забезпечити цілеспрямоване управління структурою і обсягами власне самої медичної допомоги (передусім, співвідношення її стаціонарних і стаціонарозамінних форм). Тільки актуарний перерозподіл фінансових ресурсів між сформованими за територіальною чи професійною ознаками фондами буде неповним, якщо не залучити механізм концентрації ресурсів на пріоритетних напрямках у спосіб активного їх розподілу між секторами ОЗ, рівнями медичного обслуговування, медичними технологіями. Доведено, що наріжним каменем структурної і витратної ефективності СОЗ є переорієнтація в бік первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), де за умови правильної організації починаються і закінчуються маршрути майже 80% пацієнтів [10].

Окрім кореляції потреб і ресурсів у процесі стратегічних закупівель медичних послуг, діапазон раціоналізації витрат включає й інші інструменти: систему контрактів, оплату провайдерів за результатами роботи, моніторинг якості, оцінку медичних технологій – і кожен передбачає певну структуру фінансових стимулів.

За квазіринкових умов реалізація результативності і стимулюючих ефектів різних систем оплати провайдерів медичних послуг здійснюється контрактним методом. Суть контрактування полягає в розподілі фінансових ризиків між покупцем послуг і провайдером, а типологія – в характері такого розподілу. Ще одна сутнісна грань контрактних закупівель, відображуючи гарантії відповідності провайдера стандартам акредитації, прямо пов'язана з механізмом контролю якості послуг.

Блок-контракт переносить ризики від платника до провайдера, в якого таким чином з'являється стимул до скорочення обсягу послуг. Але позаяк обидва контрагенти організаційно поділені, то платник має можливість контролювати якість послуг. Модифікації пакетного контракту застосовують при оплаті первинної і екстреної медичної допомоги.

Контракти на погоджені вартість і обсяг послуг несуть для провайдерів менше фінансових ризиків і уможливають економію на великих обсягах мо-

нопрофільних послуг. Позитив для платника – у можливості регулювати обсягом деяких послуг, скажімо, в хірургічних чи пологових стаціонарах.

Контракти з визначенням вартості кожної послуги технічно є набагато складнішими від двох вищезазначених типів. Укладення таких контрактів потребує накопичення значного масиву медико-економічної інформації та розвинутої методології тарифоутворення.

Будучи опорою рентабельних контрактних закупівель медичних послуг, економічне тарифоутворення передбачає диференціацію тарифів на: а) повні і неповні; б) загальні та індивідуальні; в) за детальну і агреговану одиницю обсягу послуг. У разі застосування неповного тарифу важливо, щоб частка прямих платежів пацієнтів не перевищувала 15–20% загальних витрат на ОЗ, і тоді ризик фінансових катастроф несуттєвий [10]. Також принципово важливо диференціювати тарифи не за типом провайдера, а за складністю технологій.

Самі ж методи оплати можуть бути базовані на одиницях: 1) послуг (варіації гонорарних методів поширені у США, Бельгії, Франції, Німеччині); 2) населення (різновиди подушної оплати переважають у Нідерландах, Італії, Великобританії); 3) часу (зарплатні методи застосовують у Фінляндії, Швеції, Норвегії). Зазначені способи оплати провайдерів мають як свої переваги і недоліки, так і особливості застосування при оплаті провайдерів ПМСД і спеціалізованої допомоги [8;10].

На підставі аналізу світового досвіду можемо запропонувати таку класифікацію систем оплати провайдерів медичних послуг (табл. 1).

Таблиця 1

Класифікація систем оплати провайдерів медичних послуг

Типи оплат → Типи допомоги↓	Ретроспективна	Проспективна
Амбулаторна, в т.ч. ПМСД	– за кількість відвідувань – за кількість наданих послуг – за кількість пролікованих випадків	– подушна оплата за обсяг послуг – часткове фондотримання – повне фондотримання
Стационарна	– за кількість ліжко-днів – за кількість закінчених випадків лікування	– фіксовані бюджети – бальна оплата за обсяг послуг

Джерела: 8; 9; 16; розробка автора.

Переважно гонорарні методи оплати застосовують у разі необхідності нарощування обсягів певних послуг. Адже системи з ретроспективною оплатою передбачають відшкодування витрат за фактичні обсяги послуг і призводять до інтенсифікації діяльності провайдерів, а з іншого боку, коли платник несе всі фінансові ризики і не має впливу на обсяг та структуру послуг, – створюють проблеми структурних диспропорцій, дефіциту фондів. Недоліки ретроспективної оплати провайдерів частково компенсуються за допомогою нормування вартості лікування. Найбільш затребувана методика усереднення витрат за діагнозом або клініко-спорідненими групами (КСГ).

Відмінність проспективної оплати полягає в передбачуваності витрат. За такої оплати знижується мотивація до надання надлишкових послуг, адже у поінформованого покупця з'являється можливість планування медичного обслуговування. У разі розбіжності між плановими і фактичними обсягами послуг фінансові ризики розподіляються сторонами під час переговорів.

Як показує британська практика, оптимальні умови для управління структурою медичної допомоги з акцентом на вибір адекватних гостроті і складності захворювання видів медичної допомоги і медичних технологій з максимальною витратною ефективністю формуються у рамках моделей фондотримання з оплатою за диференційованим подушним нормативом. За оцінками експертів,

сприяв покращанню якості, ефективності та координації діяльності і проведений уже в контексті СМС угорський експеримент з фондотримання на амбулаторному рівні. При цьому все ж треба враховувати і подвійні ризики: фінансові – для провайдера і, відповідно, імовірність недотримання послуг – для покупця [15].

У 1980–1990-х рр. для стримування витрат і розв'язання проблеми надлишкових потужностей в європейських СОЗ застосовано механізм оплати провайдерів за глобальним бюджетом. Розрахований за КСГ глобальний бюджет є ефективним інструментом стимулювання лікарень до оптимізації обсягу і структури стаціонарної допомоги. По суті фіксований таким чином бюджет зводиться не стільки до фінансового лімітування, як до планування обсягів медичних послуг. З'являється можливість перерозподілу ресурсів у рамках бюджету, причому економія від реструктуризації у провайдера не вилучається. Контрактними умовами допускається і ретроспективна корекція бюджету, але вже за регресивними ставками.

Втім, за проспективної оплати структура стимулів більше орієнтована на збалансування обсягів ресурсів і обсягів послуг, тоді як управління якістю медичної допомоги проектується за структурним підходом, а здійснюється за бюрократичною моделлю. Тому для оптимізації структури і стимулювання ефективності госпітального сектора охочіше запроваджують менш фінансово ризиковану, визначену за КСГ оплату закінченого випадку лікування. Така оплата джерелом доходу для провайдера визначає пацієнта з його потребами, але не позбавлена й негативів: породжує проблему повторних госпіталізацій і тенденцію до встановлення «вартісних» діагнозів.

Задля компенсації недоліків різних варіантів оплати в більшості країн практикують їх комбінації. Змішана система є успішною, скажімо, в Австрії і Данії – це поєднання оплати подушної і за послуги, в Молдові – глобального бюджету при довготривалому стаціонарному лікуванні і оплату за закінчений випадок при короткотерміновому. Критерії вибору тих чи інших методів оплати конкретних видів медичної допомоги мають визначатися завданнями побудови економічно і клінічно ефективних систем оплати провайдерів.

Ефективність закупівельних механізмів інтегрально відображається в показниках діяльності провайдерів. Реформи сфери закупівель у Молдові і Киргизстані є показовими на пострадянському просторі. Приміром, зміна структури витрат і системи оплати провайдерів у Киргизстані призвела до якісних структурних змін в СОЗ: внаслідок зменшення інфраструктури (кількості будівель – на 47% і площ – на 40%) фінансування амбулаторного сектора зросло з 26,4% до 37,9%, збільшено на 105% прямі витрати на пацієнта, фінансування заробітної плати персоналу – на 73%. Саме система оплати провайдерів за результатами їх роботи докорінно змінила відносини між платниками, провайдерами і споживачами медичних послуг [15; 20].

Натомість в Україні не існує системи закупівель в загальноприйнятому розумінні її як процесу розподілу ресурсів у певному регіоні для визначеного контингенту населення в межах медичної послуги, а потім – між пацієнтами, виходячи з клінічної необхідності. Вітчизняна СОЗ досі стоїть на фундаменті радянської моделі, а покладений в основу економічної концепції моделі Семашка екстенсивний розвиток медичної галузі можливий в неринкових умовах, коли оборотні кошти є недорогими. Відтак, у рамках чинної моделі фінансування безперспективною в плані виконання є й постановка завдання щодо покращання суспільного здоров'я у спосіб вивчення потреб і закупівлі ефективних за витратами і технологіями послуг. Очевидною є зосередженість радше на потребах галузі, аніж на задоволенні потреб пацієнтів.

Перевернута «з ніг на голову» піраміда медичного обслуговування, коли обсяги стаціонарної допомоги непропорційно перевищують обсяги амбулаторної, за

умови нерозмежованості платника і провайдера підтримується відповідним способом розподілу ресурсів. Причому в Україні госпітальний сектор перенасичений ліжками, ліжковий фонд надмірно спеціалізований, а інтенсивність використання його невисока (табл. 2, табл. 3).

Таблиця 2

Структура загальних витрат на ОЗ в Україні, 2009 р.

Тип провайдера	Частка витрат, %
Лікарняні заклади	39,4
Заклади тривалого перебування хворих, в т.ч. сестринські	5,3
Заклади, що надають амбулаторно-поліклінічні послуги	11,8
Організації з продажу ліків і медичних товарів	34,6
Інші	8,9

Таблиця 3

Структурні диспропорції ОЗ в Україні, 2009 р.

Показник ресурсозабезпеченості і діяльності	ЄС	Україна
Кількість провайдерів первинної допомоги на 10 тис. нас.	4,9	1,2
Кількість лікарень на 100 тис. нас.	3,1	6,3
Кількість ліжок на 10 тис. нас.	55	91
Рівень госпіталізації на 100 жителів	18	23,9
Середня тривалість лікування, днів	9,2	12,8
Питома вага необгрунтованих госпіталізацій, %	—	30–70
Співвідношення лікарів загальної практики і спеціалістів	1:3	1:6

Джерела: 5; 19; 20; 21; розробка автора.

Прогресивні новації бюджетного законодавства [1] щодо можливості використання програмно-цільового методу (як способу узалежнення ресурсів і результатів) у бюджетному процесі і поділу фінансових потоків за видами медичної допомоги (первинна, вторинна, третинна і екстрена) шляхом складання бюджетних програм остаточно не розв'язали ані проблеми малопотужності фондів, ані деформацій розподілу фінансових ресурсів. Адже програми розробляються, виходячи не з реальної вартості послуг, а, як і раніше, з ресурсних показників.

Збільшення фінансування ПМСД в пілотних регіонах [2] здійснюється переважно за кількістю населення і без урахування ризиків та особливостей адміністративних територій. Перерозподіл бюджетних коштів у такий спосіб не призводить до помітної позитивної динаміки показників здоров'я та не створює адекватних стимулів для реструктуризації госпітального сектора і оптимізації обсягів стаціонарної допомоги (табл. 4).

Таблиця 4

Індикатори якості ПМСД у Дніпропетровській області

Індикатор	2010	2011	2012
Коефіцієнт загальної смертності, на 1 тис. нас.	16,3	15,7	15,5
Коефіцієнт малюкової смертності, на 1 тис. нар.	9,7	9,5	10,0
Первинний вихід на інвалідність, на 10 тис. нас.			
– дорослого	41,8	41,8	42,3
– працездатного	48,9	49,9	50,6
Занедбаність візуальної онкопатології, на 100 тис. нас.	49,4	50,9	54,4
Кількість госпіталізацій, на 100 жителів	24,9	24,1	23,1

Джерело: medstat@medstat-dnepr.dp.ua, розробка автора.

Способи оплати провайдерів в Україні, як зрештою і оплата праці персоналу, залежні від того, в чийй власності вони перебувають. Конкуренції за бюджетні кошти між суспільними і приватними провайдерами не існує, бо приватні провайдери традиційно позбавлені доступу до цих коштів і витрати покривають через механізми приватного фінансування – гонорарну оплату. Монопольні суспільні провайдери перебувають на кошторисному утриманні державного і місцевих бюджетів з прив'язаними до ресурсних показників формульними методами визначення видатків. Значна більшість нормативів не відображує реальних витрат (наприклад, на харчування чи ліки), а прямі витрати на пацієнта становлять майже 10%, тобто бюджетні асигнування не залежать від обсягів медичної допомоги і потреб населення, обумовлених структурою захворюваності та важкості її перебігу.

Окрім того, що оплата праці в галузі є критично низькою (нижчою від фактичного середнього рівня зарплати в країні в 1,6 раза і в 1,8 раза – у промисловості та відстає порівняно з країнами-сусідами із СНД вдвоє, а з країнами-членами ЄС – чи не вдесятеро), вона ще й здійснюється на основі здебільшого недиференційованих за обсягом і якістю виконуваної роботи посадових окладів. Запровадження в створюваних центрах ПМСД подушної оплати сімейних лікарів лише за кількісним критерієм породжує «гонитву за приписним населенням», але не сприяє виконанню ними таких стратегічних завдань, як профілактика захворювань і формування оптимального маршруту пацієнта [8; 11; 12; 13].

Отже, пасивний (за постатейними бюджетами) відповідно до заданих інфраструктури і фінансових нормативів перерозподіл ресурсів нівелює роль менеджменту щодо раціоналізації фінансових потоків. Проблема дефіциту фрагментованих фондів суспільних коштів і нераціонального використання їх загострює «тіньову» комерціалізацію галузі. Тоді як готівкові платежі в структурі всіх витрат на ОЗ становлять 39,2%, а в структурі приватних – 92,5%, попередня оплата через механізми приватного медичного страхування і лікарняні каси є несуттєвою: 0,7% і 0,1% відповідно [4;17]. Прямі платежі, зменшуючи можливості керованості СОЗ, є не тільки причиною фінансових ускладнень для пацієнтів, а й неефективного використання ресурсів.

Окреслені таким чином реалії диктують необхідність фундаментальної трансформації фінансового механізму української ОЗ і зміни стратегічних підходів щодо оплати провайдерів передусім. Економічним каталізатором реформи оплати послуг має стати СМС з домінуючим (на перших порах) бюджетним компонентом. Розмежування функцій закупівлі і надання послуг в рамках бюджетно-страхової моделі (з єдиним розпорядником бюджетних і страхових коштів та уніфікованими тарифами), на думку автора, сприятиме більшій прозорості і підзвітності фінансування.

Концептуально означена нами модель схематично набуває такого вигляду (рис. 1).

Стратегічний розподіл ресурсів: а) між регіонами за принципом актуарності має мінімізувати нерівність фінансування; б) між секторами ОЗ і рівнями надання медичних послуг за принципом економічності з подальшою еволюцією загальних практик у бік фондотримання покликаний обмежувати необґрунтоване використання витратно неефективних діагностичних і лікувальних технологій, одночасно стимулювати амбулаторний сектор з пріоритетним фінансовим забезпеченням ПМСД.

Розширення автономії і економічної мотивації провайдерів шляхом зміни їх господарсько-правового статусу та перспективна їх оплата у спосіб диференційованого за віко-статевими та іншими індикаторами подушного фінансування з корекцією ризиків і визначених на основі потреб у послугах певної інтенсивності глобальних бюджетів з контрактацією очікуваних результатів мають потенціювати і технічну ефективність, і справедливість фінансування. Практи-

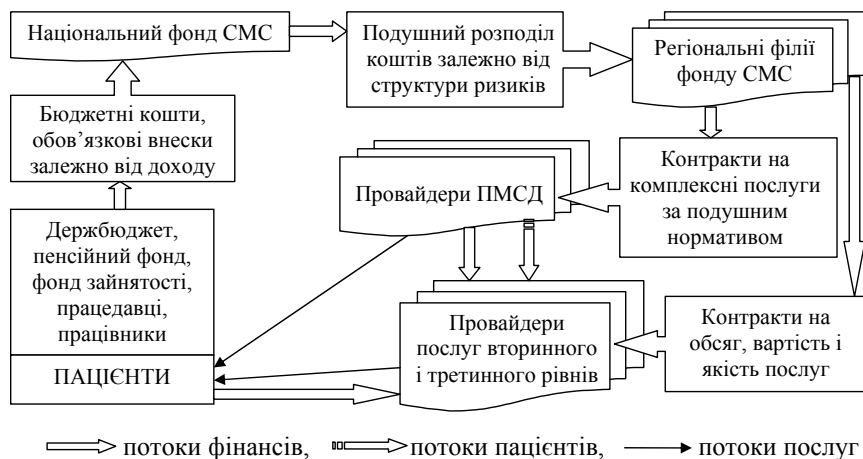


Рис. 1. Бюджетно-страхова контрактна модель фінансування ОЗ

ка активних контрактних закупівель медичних послуг сприятиме формуванню як конкурентного середовища, так і повноцінного ринку цих послуг, з одного боку, і дозволить раціоналізувати витрати, змінюючи пропорції між видами медичної допомоги та нормативи навантаження персоналу, – з іншого.

Отже, на підставі дослідження світових підходів, загальних тенденцій і національних особливостей фінансування ОЗ у **висновку** мусимо зазначити, що запорукою досягнення цілей медичної реформи в Україні є перехід від кошторисного утримання провайдерів до активних закупівель медичних послуг. В основі системи оплати фактичних обсягів послуг мають бути покладені критерії як структурної і технічної ефективності способів оплати, так і якості самих послуг.

Список використаної літератури

1. Бюджетний кодекс України від 08.07.2010 року № 6495 // <http://zakon1.rada.gov.ua>.
2. Закон України «Про порядок реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» від 07.07.2011 р. № 3612-VI // <http://zakon1.rada.gov.ua>.
3. Звіт Світового банку. Основні причини високого рівня смертності в Україні. – К.: Версо-04, 2010.
4. Лехан В., Рудий В., Ричардсон Э. Украина: обзор системы здравоохранения. – WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen. – 2010.
5. Матеріали Національної конференції «Функціонування та фінансування системи охорони здоров'я в Україні» від 24 квітня 2008 року // <http://www.eu-she.com.ua/ua/news/24>.
6. Матеріали обговорення аналітичної доповіді «Реформування сфери охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення» на засіданні «круглого столу» в НІСД 22.12.2012 року. – К.: Фенікс. – 2012.
7. Програма економічних реформ України на 2010–2014 роки. Реформа медичного обслуговування. – К.: Комітет економічних реформ при Президенті України. – 2010.
8. Слабкий Г.О. Сучасні підходи до фінансування системи охорони здоров'я / Г.О. Слабкий, М.В. Шевченко, О.О. Заглада. – К., 2011.

9. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы / под ред. Э. Моссиалоса, А. Диксон и др. – Москва: Весь Мир. – 2002.
10. Финансирование систем здравоохранения. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. WHO, Geneva. – 2010.
11. Шкапяк О.І. Особливості створення та впровадження нового механізму фінансування охорони здоров'я на макро- та мікрорівні / О.І. Шкапяк // Науковий вісник Полтавського УЕТ. – 2011. – № 3 (48). – С. 68–76.
12. Шкапяк О.І. Аналіз ефективності сучасних механізмів об'єднання і перерозподілу ресурсів охорони здоров'я / О.І. Шкапяк // Економічний аналіз. – 2012. – Вип. 11. – Ч. 1. – С. 271–277.
13. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2011 рік / за ред. Р.В. Богатирьової. – К., 2012.
14. Figeuras J., McKee M. et al. Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения. – WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen. – 2008.
15. Kutzin J. et al. Реформы финансирования здравоохранения. Опыт стран с переходной экономикой. – WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen. – 2011.
16. Sheiman I., Shishkin S. Health system assessment in Ukraine and recommendations for actions in the frame of the financial crisis and the Tallinn Charter for Health and Wealth. Report prepared in the framework of the project of the WHO Regional Office for Europe. Copenhagen. – 2009.
17. Tarantino L. et al. Аналіз системи охорони здоров'я в Україні, 2011. USAID from the American people. Maryland. – 2011.
18. Thomson S. et al. Финансирование здравоохранения в Европейском Союзе. Проблемы и стратегические решения. – WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen. – 2010.
19. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. Европейская база данных «Здоровье для всех» // <http://www.euro.who.int/hfadb>.
20. World health statistics, 2012. Geneva, World Health Organization // http://www.who.int/entity/whosis/whostat/RU_WHS12_Full.pdf.
21. The World Bank. World Development Indicators & Global Development Finance // <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>.

Исследована роль стратегических закупок медицинских услуг, преимущества и недостатки различных способов оплаты провайдеров. Доказано, что существующая система оплаты провайдеров в Украине является причиной внутрисистемных структурных деформаций. Обоснованы целесообразные стратегии реформирования оплаты медицинских услуг.

Ключевые слова: *охрана здоровья, оплата медицинских услуг, медицинская реформа.*

The role of strategic purchase of medical services, advantages and disadvantages of different ways of provider payment was investigated in the article. It was proved that the valid system of provider payment in Ukraine is a reason of intersystem structural deformations. Reasonable strategies for medical services payment reform were substantiated.

Key words: *health care, medical services payment, medical reform.*

Одержано 15.20.2013.