Інститут Економічних Досліджень та Політичних Консультацій в Україні
Німецька Консультативна Група при Уряді України

Рейтарська 8/5-А, 01034 Київ, Тел. (+38044) 278-6342, 278-6360, Факс 278-6336
E-mail: institute@ier.kiev.ua, http://www.ier.kiev.ua

U8

Перші кроки реформи сектора охорони здоров'я: підвищити ефективність та залучити приватний сектор

Сучасна система охорони здоров'я в Україні є неефективною та функціонує незадовільно. Основним елементом структури охорони здоров'я є переважне надання послуг найдорожчими постачальниками – лікарнями та спеціалістами. Роль первинної ланки охорони здоров'я та терапевтів залишається незначною. Крім того, асигнування на охорону здоров'я розподіляються відповідно до потреб наявної інфраструктури, а не по результатам діяльності та наданим пацієнтам послуг. Таким чином, зараз відсутні будь-які стимули до підвищення ефективності та запровадження структурних змін. Сьогоднішні дискусії точаться навколо збільшення обсягів фінансування сучасної системи. Однак це не покращить ситуацію. Натомість ми пропонуємо змінити стимули для постачальників послуг з охорони здоров'я та запровадити елементи ринкових відносин у цій сфері без зміни її найголовнішого принципу - переважного фінансування за рахунок податків та державної і комунальної власності закладів охорони здоров'я. В цілому ми радимо **перейти від підходу "утримання закладів охорони здоров'я" до підходу "оплати наданих послуг"** та **запровадити принцип фінансування відповідно до структури наданих послуг**. Керівники закладів охорони здоров'я повинні отримати **незалежність** та **фінансові стимули**. Перешкоди розвитку конкуренції між приватними та державними постачальниками послуг з охорони здоров'я повинні бути усунуті. Урядовці повинні **встановити критерії оцінки результатів діяльності** закладів охорони здоров'я та **запровадити конкуренцію на основі співставлення результатів**. Такі заходи сприятимуть підвищенню ефективності функціонування системи охорони здоров'я та залученню приватних інвестицій у сектор.

1. Вступ

Вже багато років українські урядовці ведуть полеміку щодо реформування системи охорони здоров'я. До недавнього часу фокусом дебатів залишалося питання збільшення фінансування існуючої системи. На сьогодні охорона здоров'я в Україні фінансується переважно за рахунок податків та надається державними і комунальними установами. Проте результати діяльності системи є незадовільними. Загалом дискусія ведеться про запровадження обов'язкового медичного страхування як частини соціального оподаткування заробітних плат. Однак майже жодної уваги не приділяється питанню неефективності сучасної системи. На нашу думку, початок реформ у секторі із запровадження обов'язкового медичного страхування з метою значного збільшення коштів, які спрямовуватимуться на фінансування неефективної системи, стимулюватиме пошук ренти та призводитиме до виникнення груп зацікавлених осіб, які пізніше блокуватимуть будь-які структурні реформи. Дуже швидко система охорони здоров'я зіткнеться із проблемою недостатнього фінансування.[1]

Ми стверджуємо, що для успішного проведення будь-якої реформи охорони здоров'я потрібні структурні зміни. В даній роботі робиться огляд сьогоднішньої ситуації по наданню послуг з охорони здоров'я в Україні, після чого подаються основні характеристики ідеальної моделі сектора охорони здоров'я, який фінансується за рахунок податків. На основі цього аналізу ми також надаємо рекомендації щодо реформування сектора в Україні.

2. Стан надання послуг охорони здоров'я в Україні

Організація та структура надання охорони здоров'я все ще слідує радянській моделі Семашка, яка в цілому характеризується:

- Досить низькою часткою видатків на охорону здоров'я по відношенню до ВВП;
- Централізованим та нерівним розподіленням ресурсів;
- Недостатньою увагою до місцевих потреб та рівня захворюваності по регіонах;

[1] Таким був розвиток ситуації в Чеській Республіці. Дивіться http://www.medicover.com та http://www.healthreform.cz

- Низьким рівнем розвитку надання первинної медичної допомоги, неадекватними зверненнями та їх занадто великою чисельністю до стаціонарних медичних послуг, що надаються в лікарнях;
- Нерівністю забезпечення медичними послугами різних регіонів та соціальних груп;
- Низьким рівнем управління в системі охорони здоров'я та браком медичного персоналу з достатньою кваліфікацією для стратегічного планування та управління;
- Недостатньою увагою профілактичним заходам.

Надання послуг з охорони здоров'я в Україні не відповідає стандартам Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), оскільки на сьогодні більша частина послуг надається не на первинному рівні, а на рівні лікарень. Структура надання цих послуг в Україні нагадує перевернуту піраміду. Так, в Україні маємо 5,74 лікарні на 100 тис. населення, що є вдвічі вищим ніж 2,75 лікарні на 100 тис. населення в країнах – нових членах Європейського Союзу (ЄС-10). Кількість установ первинної медичної допомоги в Україні є недостатньою і складає всього 13,8 установ на 100 тис. населення проти 105,8 у ЄС-10, що є у 7 разів більше (див. Таблицю 1). Кількість лікарів становить 300 на 100 тис. населення, що є дещо більше, ніж в ЄС-10 із 278 лікарями на 100 тис. населення. Більшість лікарів працюють в (державних) лікарнях. В цей же час, кількість терапевтів (дільничних лікарів) складає 28 на 100 тис. населення, що є вдвічі менше ніж у ЄС-10, де 64 терапевти на 100 тис. населення. Пацієнти в Україні часто звертаються до терапевтів лише з метою отримати лікарняні, які особа повинна надати на робочому місці. Роль первинної медичної допомоги залишається незначною, а лікарні й надалі є найголовнішими постачальниками послуг з охорони здоров'я. В цей же час середня тривалість стаціонарного лікування в Україні значно довша, а середнє навантаження на ліжко вище ніж в Європейському Союзі.

Хоча загалом кількість лікарень, кваліфікованого медичного персоналу та лікарняних ліжок залишається порівняно високою, вона значно різниться між регіонами. В той же час протягом останніх років кількість лікарень, кваліфікованого медичного персоналу та лікарняних ліжок адміністративно зменшувалася загалом через брак фінансових ресурсів та скорочення

чисельності населення. Однак і сьогодні параметри в сфері охорони здоров'я (такі як кількість лікарень, кваліфікованого медичного персоналу та лікарняних ліжок) визначаються відповідно до Наказу Міністерства охорони здоров'я. Фінансування ж розподіляється централізовано на фінансування потреб наявних закладів охорони здоров'я.

Таблиця 1:
Порівняння показників сектора охорони здоров'я в Україні та інших країнах*

	Україна	**ЄС-25**	**ЄС-15**	**ЄС-10**	**СНД**	**Європа**
Лікарні на 100,000 осіб	**5,74**	3,23	3,26	**2,75**	6,14	4,3
Установи первинної медичної допомоги на 100,000 осіб	**13,82**			**105,89**	17,49	31,21
Лікарняні ліжка на 100,000 осіб	881,08	610,44	599,55	660,8	908,86	738,32
Ліжка в лікарнях невідкладної медичної допомоги на 100,000 осіб	716,7	414,88	399,3	520,04	785,88	532,66
Кількість практикуючих лікарів на 100,000 осіб	**300,64**	343,44	356,32	**278,36**	373,91	352,58
Лікарі на 100 лікарняних ліжка	34,12	56,26	59,43	42,12	41,14	47,75
Терапевти на 100,000 осіб	**28,86**	98,62	102,45	**64,13**	24,49	65,93
Стоматологи на 100,000 осіб	40,63	61,77	65,51	43,11	31,52	49,66
Фармацевти на 100,000 осіб	46,74	77,66	81,4	59,57	19,99	52,91
Медсестри на 100,000 осіб	776,26	779,34	817,84	641,68	790,98	688,51
Акушерки на 100,000 осіб	51,43	28,53		44,98	54,21	40,29
Стаціонарне відвідування на 100	20,51	18,53	18,38	19,5	19,8	19,04
Число надходжень у заклади у невідкладної медичної допомоги на 100	19,56	17,98	17,87	20,3	19,77	18,31
Стаціонарні хірургічні процедури за рік, на 100,000 осіб	5248,79	7193,44	7158,17	7638,5	5067,01	6761,58
Середня тривалість лікування у стаціонарах, всі лікарні	14,2	9,52	9,74	8,71	13,83	11,11
Середня тривалість лікування, лише лікарні невідкладної медичної допомоги	12,1	6,77	6,87	7,54	12,08	9,32
Середнє навантаження на одне ліжко у %, лише лікарні невідкладної медичної допомоги	90,4	76,91	77,59	72,6	85,88	80,11
Число амбулаторних контактів на людину за рік	10,4	6,63	6,31	8,38	8,7	7,45
Підготовлено медичного персоналу:						
Практикуючих лікарів на 100,000 осіб	14,45	9,06	8,86	9,27	11,99	10,21
Медсестер на 100,000 осіб	22,78	26,49	24,79	37,95	37,99	31,74
Акушерок на 100,000 осіб	4,14	1,28		0,7	4,65	3,58
Фармацевтів на 100,000 осіб	1,74	3,2	3,37	2,28	2,98	3,39
Стоматологів на 100,000 осіб	3,1	1,76	1,61	2,22	2,01	1,95

Примітка: дані наведені за останній доступний рік, загалом за 2002-2003 роки. Для груп країн дані подано як зважені за кількістю населення середні. ЄС – є групою 25 країн, що входять до Європейського Союзу (ЄС); ЄС-15 – група з 15 членів ЄС до 1 травня 2004 року; ЄС-10 – 10 країн, які стали членами ЄС після 1 травня 2004 року, Європа – 52 країни, які входять у Європейський регіон за визначенням ВООЗ.

Джерело: Європейська база даних "Здоров'я для всіх", 2005

Більшість закладів охорони здоров'я перебувають у державній чи комунальній власності та фінансуються за рахунок державного та місцевих бюджетів. Протягом останніх років бюджетне фінансування охорони здоров'я зросло в номінальному виразі, проте частка фінансування у ВВП майже не змінилася (див. Таблицю А1 у Додатку) та залишається низькою порівняно з іншими країнами (див. Графіки у Додатку). Через низький рівень бюджетного фінансування охорони здоров'я пацієнти вимушені платити особисто з метою подолати неадекватність на невідповідність системи охорони здоров'я.[2] Приклади свідчать про значне поширення корупції в секторі охорони здоров'я. Відповідно до оцінки ВООЗ у 2001 році приватні видатки на охорону здоров'я – загалом неофіційні платежі – склали близько 30% сукупних видатків на охорону здоров'я в Україні. Покриття приватним медичним страхуванням і нині залишається незначним. Тому, бідні верстви населення, насамперед в сільській місцевості, є відокремленими від належного рівня охорони здоров'я.

Бюджетні кошти спрямовуються на фінансування існуючих установ, персоналу, тобто статусу-кво в охороні здоров'я. Близько 50% коштів витрачається на оплату праці (див. Таблицю 2), в той час же рівень заробітної плати в секторі охорони здоров'я залишається одним з найнижчих в економіці. Заробітна плата найчастіше не залежить від якості, кількості та типу наданих послуг. Менше 30% коштів спрямовується на придбання предметів матеріалів і послуг; а близько 10% витрачається на оплату комунальних послуг та енергоносіїв. У 2003 році капітальні видатки становили 9,7% від зведеного бюджету на фінансування охорони здоров'я, 70% з яких було використано на придбання обладнання та предметів довгострокового користування (див. Таблицю А2 у Додатку). Через недостатній рівень суспільних інвестицій рівень оновлення основних фондів залишається низьким. Відповідно до ВООЗ в більшості закладах охорони здоров'я рівень заміщення становить близько 2%.[3] Лише 0,8% зведеного бюджету на фінансування охорони здоров'я витрачалося у 2003 році на дослідження та розробки.

---

[2] Багато лікарень бракують необхідного медичного устаткування, а деякі мають недостатньо діагностичних матеріалів, ліків, тощо.

[3] Lekhan V., Rudiy V., Nolte E., *Health Care Sector in Transition: Ukraine*, 2004, the World Health Organization Regional Office for Europe.

Таблиця 2
Структура зведеного бюджету на фінансування охорони здоров'я за економічною класифікацією, 2000-2003 роки

	Оплата праці (з нарахуваннями)		Оплата комунальних послуг та енергоносіїв		Придбання предметів, матеріалів і послуг		Капітальні видатки		Інше	
	млрд. грн.	% ВЗБ*	млрд. грн.	% ВЗБ	млрд. грн.	% ВЗБ	млрд. грн.	% ВЗБ	млрд. грн.	% ВЗБ
2000	2,48	50,76	0,56	11,40	1,32	26,96	0,33	6,81	0,20	4,06
2001	3,26	50,45	0,59	9,16	1,76	27,25	0,49	7,59	0,36	5,55
2002	4,10	54,45	0,65	8,67	2,07	27,52	0,56	7,46	0,14	1,89
2003	5,10	52,57	0,80	8,20	2,67	27,47	0,91	9,42	0,23	2,34

* ВЗБ – видатки зведеного бюджету на фінансування охорони здоров'я
Джерело: звіти Державного казначейства за 2000-2005 роки, Міністерство Фінансів

На сьогодні, заклади охорони здоров'я (ЗОЗ) адмініструють бюджети, в яких асигнування призначаються не у відповідності до наданих послуг, а відповідно до наявних потужностей (тобто діє підхід "утримання закладів охорони здоров'я"). В такій системі пацієнт розглядається як фактор витрат та стаття видатків, де кожен додатковий пацієнт та надане лікування відображається на бюджеті. Заклади охорони здоров'я мають незначні стимули для підвищення ефективності оскільки це не впливає на їхні бюджети або рівень заробітної плати працівників.

Сьогодні для пацієнтів не існує вибору, так само як немає і конкуренції між закладами охорони здоров'я насамперед через наявність таких перешкод розвитку конкуренції, як принцип надання безкоштовних медичних послуг в державних і комунальних лікарнях лише за місцем прописки. Крім того, відповідно до законодавства приватним закладам забороняється надавати лікарняні листки, які приймаються роботодавцями пацієнтів. Багато обмежень, серед яких також заборона використовувати сильні знеболювальні, заважають приватним постачальникам послуг з охорони здоров'я працювати на ринку. Конкуренція у залученні коштів пацієнтів також спотворюється тим фактом, що фахівці, які працюють в державних та комунальних ЗОЗ, використовують обладнання, що куплено за рахунок податкових надходжень, для отримання додаткового приватного (тіньового) доходу через заниження ринкових цін.

Брак конкуренції та автономії управління створює слабкі стимули для державних і комунальних ЗОЗ ефективно надавати якісні медичні послуги. Отже, на сьогодні розподіл коштів на фінансування охорони здоров'я не є ефективним, інвестиції

залишаються на низькому рівні, а реструктуризація сектора потерпає від того, що забагато медичних послуг надається в стаціонарах та вузькоспеціалізованих центрах.

В наступному розділі ми розробляємо ідеальну модель системи охорони здоров'я, яка фінансується за рахунок податків.

3. Опис ідеальної моделі системи охорони здоров'я для України

Досвід реформування в країнах, в яких охорона здоров'я фінансується за рахунок податків, показує, що запровадження елементів ринкових відносин та конкуренції в суспільній системі охорони здоров'я призводить до значного покращення якості послуг, які надаються за більш доступні кошти.[4]

Як вже йшлося вище, лікарні є одними з найбільш проблематичних установ українського сектора охорони здоров'я. Вони залишаються в надлишковій кількості, в той як є найбільш дорогими постачальниками послуг з охорони здоров'я. Адміністративні закриття лікарень часто приймалися відповідно до політичної доцільності, що не стимулювало решту лікарень запроваджувати краще управління. Тому в цьому розділі, описуючи побудову ідеальної моделі системи охорони здоров'я в Україні, ми зосереджуватимемо увагу саме на лікарнях.

3.1 Оплата послуг, які надаються пацієнтам

Будь-який ефективний розподіл бюджетних ресурсів в системі охорони здоров'я, яка фінансується за рахунок податків, залежить від простого принципу оплати наданих пацієнтам лікування та послуг, замість фінансування наявних потужностей. Такий підхід забезпечує більш сильну позицію пацієнтів та перетворює їх на "споживачів медичних послуг", в той час як доходи постачальників послуг з охорони здоров'я залежатимуть від вибору та рекомендацій пацієнта. Лікування та послуги, які будуть оплачуватися, а також їх вартість повинні бути визначені Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) в каталозі з охорони здоров'я. Чим більше пацієнтів залучить ЗОЗ через більш якісні послуги, тим більші будуть його доходи. В цей же час пріоритетом для

[4] Для детальної дискусії перебігу реформ в різних країнах дивіться зокрема: Melitta Jakab, Alexander Preker, Aprli Harding, and Loraine Hawkins. The introduction of Market Forces in the Public Hospital Sector. Worldbank, June 2002

керівництва стає зменшення витрат та покращення ефективності, оскільки ці показники напряму впливають на бюджет лікарні. Такий підхід вимагає надання незалежних бюджетів кожному ЗОЗ.

3.2 Незалежний та орієнтований на отримання прибутку менеджмент ЗОЗ

Незалежні команди управлінців з комерційною орієнтацією більш ефективно керують лікарнями та іншими ЗОЗ. Для управління лікарнями уряд може наймати незалежні орієнтовані на отримання прибутку компанії по управлінню або трасти, в той час як лікарні залишатимуться в державній або комунальній власності. Для цього доступні широкі можливості по залученню приватного сектора (відомого як державно-приватне партнерство) від короткострокових послуг та контрактів по управлінню (1-5 років) до середньострокового лізингового контракту (10-15 років).[5] У випадку, коли компанія по управлінню або траст не виконують своїх зобов'язань або стають банкрутами, лікарня залишається в державній або комунальній власності і керівництво над нею віддається іншому оператору. Терміни та умови такого державно-приватного партнерства потрібно визначати окремо для кожного випадку. Інша можливість полягає у приватизації лікарень.

Сьогодні всі Європейські країни мають змішані за формою власності але соціально відповідальні системи надання послуг з охорони здоров'я. Зокрема Швеція у 1998 році залучила до управління лікарнями (крім лікарень швидкої допомоги) приватний сектор, в той час як зберегла глобальне фінансування системи охорони здоров'я за рахунок податків. Як результат, сьогодні там існує більше 200 малих та середніх постачальників послуг з охорони здоров'я, які успішно замінили монополіста, що існував раніше. Багато постачальників послуг з охорони здоров'я було створено медсестрами, які були незадоволені поганими умовами праці та низьким рівнем заробітних плат і які використали можливість розпочати власний бізнес. Союз медсестер в Швеції активно підтримав нові заклади та створив установу, яка досліджує нові форми підприємництва. В Швеції нові постачальники послуг створюються переважно у сфері надання

[5] Короткий, але дуже гарний огляд різних можливостей та моделей для реформування державних та комунальних лікарень подається у роботі Світового Банку *Public Policy for the Private Sector: Public Hospitals: Options for Reform trough Public-Private Partnerships*. World Bank Group, private sector and Infrastructure Network, Note Number 241, January 2002. http://rru.worldbank.org/Documents/PublicPolicyJournal/241Taylo-010802.pdf

первинної та амбулаторної допомоги, керуючи як місцевими медичними центрами, установами первинної медико-санітарної допомоги та центрами, які спеціалізуються на післяродовому догляді, так і лабораторіями та психіатричними клініками. Найбіліший заклад охорони здоров'я "Praktikertjänst" є фактично кооперативом, яким володіють практикуючі лікарі, медсестри, психіатри, дантисти, фізіотерапевти та допоміжний персонал.[6]

Іншою перевагою змін було те, що поява конкуренції між медсестрами сприяла значному збільшенню рівня заробітної плати. Це дуже важливий елемент найму та утримання на робочому місці кваліфікованого та мотивованого персоналу. Система оплати праці, яка ґрунтується радше на результатах діяльності, аніж на віці та трудовому стажі, також заохочує медичний персонал працювати більш продуктивно.[7]

3.3 Фінансування відповідно до структури наданих послуг

З метою гарантування всім пацієнтам рівного доступу до послуг системи охорони здоров'я, компенсація за надані лікарнями послуги повинна ґрунтуватися на кількості та типах пацієнтів, які отримали лікування, а не на ресурсах, які було використано. Це, в свою чергу, забезпечить певну мінімальну різноманітність послуг. Такий підхід до фінансування "відповідно до структури наданих послуг" (*case mix funding*) сприятиме ефективному використанню коштів та забезпечуватиме фінансову доступність охорони здоров'я при врахуванні широкого спектру хвороб та їх розповсюдженості, а також таких характеристик пацієнтів як вік та стать. Цей підхід пристосовується до місцевих потреб та захворюваності пацієнтів, які змінюються протягом часу.

3.4 Оцінка результатів діяльності

Методологія "встановлення зразків" (*benchmarking*) є важливим інструментом оцінки якості управління ЗОЗ, який дозволяє урядовцям та пацієнтам порівнювати результати діяльності різних ЗОЗ. Ця методологія використовується

---

6 Hjertqvist, Johan, *Turning to the private sector in health care: The Swedish example*, Montreal Economic Institute, Economic Note October 2003. http://www.opas.org.br/servico/Arquivos/Destaque963.pdf

7 Lofgren, Ragnar, *The Swedish Health Care System: Recent Reforms, Problems, and Opportunities, Vancouver, Fraser Institute*, Public Policy Sources Number 59, July 2002, p.43.

для забезпечення контролю над витратами та якістю, виявляє нераціональне використання ресурсів та сприяє запровадженню інновацій, спрямованих на зменшення витрат в різних закладах охорони здоров'я. Існує два основних методи встановлення зразків та порівняння результатів діяльності: або за допомогою експертної оцінки на зразок "Рейтингу відповідно до присуджених зірок", який використовується у Великобританії, або ж метод аналізу виробничої межі, який зокрема використовується в Австралії.

Рейтинг відповідно до присуджених зірок (the Star Fund Rating):[8] Цей рейтинг проводиться щороку експертами у Великобританії з метою оцінити управління, надання та якість послуг з охорони здоров'я, і, таким чином, він слугує важливим інструментом для зосередження уваги управлінців на стратегічних пріоритетах та національних цільових показниках, а також полегшує звітність пацієнтам та суспільству.[9]

Метод аналізу виробничої межі (frontier analysis):[10] На відміну від системи рейтингу, яка ґрунтується на думці експертів, метод аналізу виробничої межі (продуктивності) надає можливість визначити "зразки" (критерії), які відображають показники діяльності найкращих закладів охорони здоров'я, а також обчислити оцінки ефективності, які відображають коливання між реальним та потенційним результатами діяльності кожного окремого ЗОЗ.[11] Оцінки ефективності в даному аналізі розраховуються на основі даних про витрати та випуск, які характеризують діяльність лікарні.[12] Отже метод аналізу виробничої

---

8 Детальний опис є доступним на http://www.nhs.uk/england/default.aspx та http://www.healthcarecommission.org.uk/Homepage/fs/en

9 Щороку трастам з охорони здоров'я присуджуються "зірки", які відображають на скільки добре трасти працювали відповідно до цільових показників, визначених урядом, а також відповідно до інших більш широких показників діяльності лікарень.

10 Дивіться для дискусії на цю тему: Mortimer D., Peacock S. *Hospital Efficiency Measurement: Simple Ratios vs. Frontier Methods*, 2002, WP 135, Center for Health Program Evaluation; Webster R., Kennedy S., Johnson L., *Comparing Techniques for Measuring the Efficiency and Productivity of Australian Private Hospitals*, 1998, WP 98/3, Econometric and Applied Studies; Staat M., Hammerschmidt M., *Benchmarking the Health Sector in Germany – an Application of Data Envelopment Analysis*, 2000, Institute for market-Oriented management; Jian W., *Estimation of Hospital Cost Functions and Efficiency Measurement: an Overview*, WP 2001-07, China Center for Economic Research, etc.

11 Метод охоплення даних (*data envelopment analysis*) та стохастичний аналіз ефективності (*stochastic frontier analysis*) розглядаються як статистичні інструменти, що використовуються для оцінки глобального індексу ефективності.

12 Див. зноску 10.

межі дає більш об'єктивний рейтинг оцінки діяльності лікарень. Результати оцінки також інформують про те, як повинні змінити структуру витрат та випуску окремі лікарні, щоб досягнути показники діяльності найкращих лікарень.

Під час досить простого процесу встановлення зразків експертами є ризик того, що тенденції та показники найкращих лікарень буде враховано лише суб'єктивно. Метод аналізу виробничої межі є технічно більш важким, але за умови правильного запровадження він забезпечить краще усвідомлення ситуації. Нещодавні публікації свідчать про те, що такий метод можливо успішно використовувати і в Україні.[13].

3.5 Встановлення зразків та конкуренція за співставленням

Завдяки встановленню зразків та оцінці ефективності урядовці краще розуміють та більш інформовані про найкращий досвід та ефективність роботи постачальників послуг з охорони здоров'я. Однак, цей досвід не може поширитися на всі ЗОЗ через механізми прямої конкуренції, оскільки навіть якщо ліквідувати всі адміністративні бар'єри, конкуренція буде обмежена різними природними бар'єрами такими, як регіональне розмежування, ефект масштабів, тощо. Отже, покращення діяльності лікарень повинно координуватися незалежним регуляторним органом, що стимулюватиме конкуренцію шляхом порівняння показників діяльності лікарень та застосування механізмів підвищення ефективності. Використання так званої "конкуренції за співставленням" ("Yardstick Competition") забезпечить справедливий (що покриває витрати) та орієнтований на надання якісних послуг механізм встановлення цін, підвищення продуктивності та діяльність ЗОЗ, яка буде спрямована на підвищення ефективності.

Успіх такого регулювання залежатиме від забезпечення незалежності та надійності державного регуляторного органу. Щоб уникнути конфлікту інтересів, який потенційно може виникнути тому, що суспільний сектор є одночасно і власником, і регуляторним органом, регулятор повинен бути незалежним від ЗОЗ та урядовців.

[13] Pilyavsky A, Aaronson W, Golubchikov M. *Comparative Efficiency of Tertiary Care Hospitals in Ukraine*. The European Journal of Health Economics [Supp.1] 2002; 3(54): 23-30.

Запровадження описаної ідеальної моделі по наданню послуг з охорони здоров'я в Україні призведе до покращення якості та збільшення обсягів послуг, що надаються пацієнтам. В цей же час вони будуть доступними для всіх верств населення.

4. Основні реформи надання послуг з охорони здоров'я – рекомендації

Ми стверджували в "Стратегії реформування системи соціального захисту в Україні",[14] що реформи сектора охорони здоров'я повинні розпочатися із відокремлення політики у сфері охорони здоров'я, виконання бюджету та управління закладами охорони здоров'я. Роль МОЗ повинна полягати у розробці стандартів та рамкових умов для діяльності сектора охорони здоров'я.

Ми пропонуємо заснувати суспільний медичний фонд, який відповідатиме за використання асигнувань, призначених на охорону здоров'я, таким чином, ізолюючи витрачання бюджетних коштів на охорону здоров'я від політичної доцільності. Роль суспільного медичного фонду полягатиме в обробці інформації, перевірці здійсненого лікування та виплаті компенсації постачальникам медичних послуг відповідно до наданих ними послуг.

Надзвичайно важливо перейти до підходу розподілу коштів, виділених на фінансування охорони здоров'я, відповідно до наданого пацієнтам лікування та послуг. Чим більше пацієнтів залучить ЗОЗ завдяки наданню якісних послуг, тим вищі доходи він матиме. Завдяки цьому, зменшення витрат та підвищення ефективності стають пріоритетами для керівництва, оскільки вони напряму впливають на бюджет лікарні.

Уряд України повинен визначити права власності в секторі охорони здоров'я та лібералізувати і комерціалізувати управління закладами охорони здоров'я.

Також потрібно ліквідувати всі перешкоди розвитку конкуренції між різними постачальниками послуг з охорони здоров'я. Це сприятиме підвищенню ефективності розподілу обмежених ресурсів та покращенню якості надання

[14] Див: ІЕД/НКГ 'До вищого рівня життя: Економічний порядок денний для України', грудень 2004 року, щодо реформування сектора охорони здоров'я дивіться 27-29 сторінки.
http://www.ier.kiev.ua/English/books_eng.cgi

послуг. Конкуренція між ЗОЗ також призведе до вищої оцінки кваліфікованого та мотивованого персоналу у вигляді вищих заробітних плат. Система оплати праці основана на результатах діяльності, а не на віці та трудовому стажі, також заохочуватиме медичний персонал працювати більш продуктивно. Перехід до такої системи створюватиме стимули для надання медичних послуг в сільській місцевості та селах, що значно покращить сьогоднішню ситуацію. Нещодавній досвід Швеції свідчить, що є можливим покращити ефективність змішаної системи охорони здоров'я завдяки запровадженню ринкових механізмів при утриманні універсальної системи охорони здоров'я, яка фінансується за рахунок податків.[15]

Як останній крок потрібно запровадити механізм встановлення зразків та конкуренцію за співставленням серед управлінців лікарнями. Це дозволить запровадити найкращий досвід в секторі, що разом із створенням стимулів до справедливого надання послуг з охорони здоров'я, сприятиме ефективному наданню якісних послуг в Україні.

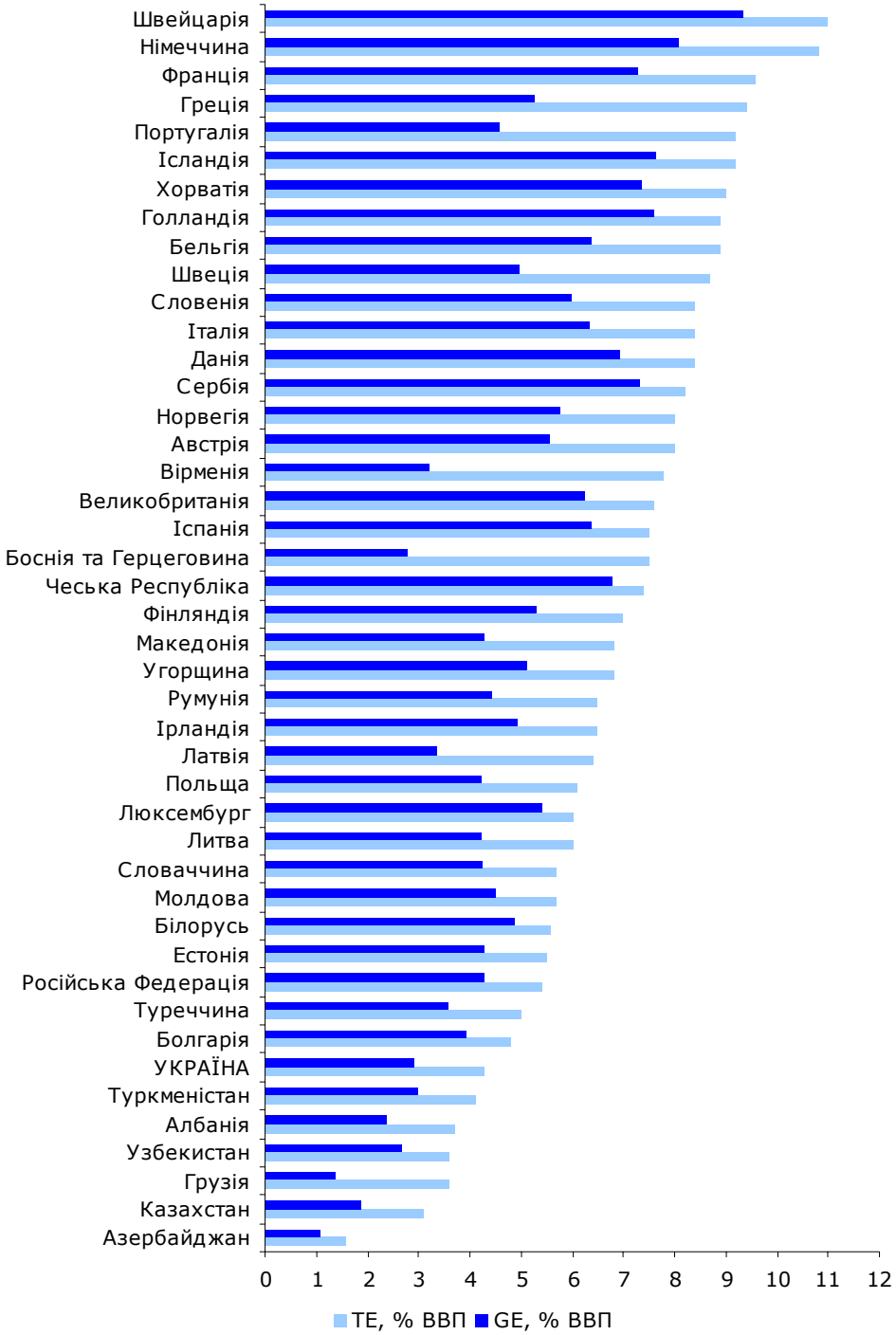
ЛХ, СБ
Рецензент ФП

Київ, 8 липня 2005 року

[15] Hjertqvist, Johan, Turning to the private sector in health care: The Swedish example, Montreal Economic Institute, Economic Note October 2003. http://www.opas.org.br/servico/Arquivos/Destaque963.pdf

Додаток:

Графік 1: Сукупні витрати на охорону здоров'я, % ВВП, 2001

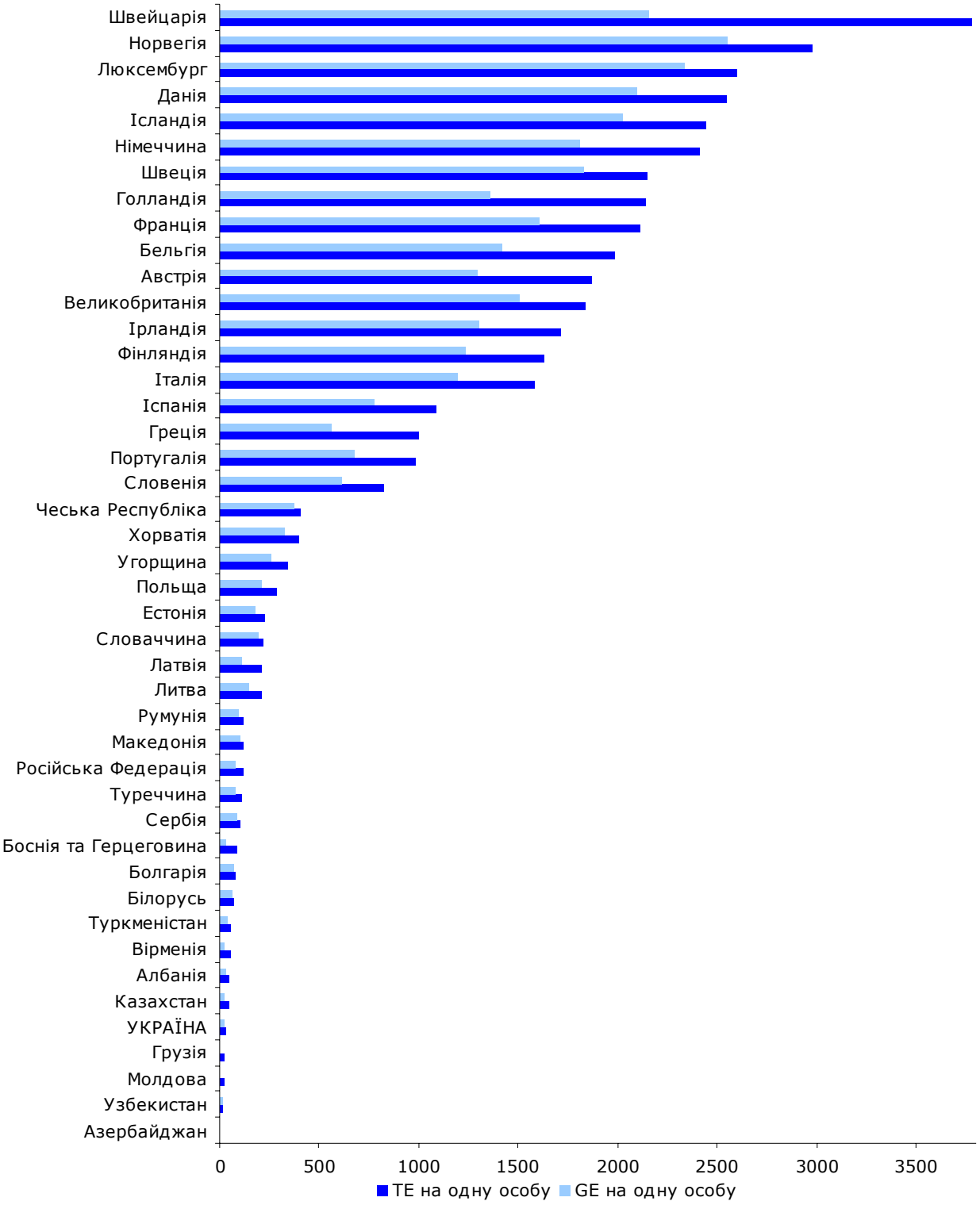


Джерело: ВООЗ

TE – Сукупні витрати на охорону здоров'я - сума видатків бюджету та приватних витрат.

GE – Суспільні видатки на фінансування охорони здоров'я – сума витрат на фінансування охорони здоров'я за рахунок податків, внесків на соціальне страхування та зовнішні джерел.

Графік 2: Сукупні (ТЕ) та суспільні (GE) видатки на одну особу, за середнім обмінним курсом (дол. США), 2001 рік



Джерело: ВООЗ

Таблиця А1:
Видатки на фінансування охорони здоров'я, 2000-2005 роки

	ВЗБ			ВДБ		ВМБ	
	млрд. грн.	% ВВП	грн. на одну особу	млрд. грн.	% ВВП	млрд. грн.	% ВВП
2000	4,89	2,87	99,92	0,72	0,42	4,17	2,45
2001	6,46	3,16	133,33	1,33	0,65	5,13	2,51
2002	7,54	3,34	157,03	1,58	0,70	5,96	2,64
2003	9,71	3,63	203,86	2,35	0,88	7,36	2,75
2004	11,81	3,41	249,72	3,51	1,01	8,30	2,40
2005	13,71	3,15	292,39	3,34	0,77	10,37	2,38

Примітка: ВЗБ – видатки зведеного бюджету, ВДБ – видатки Державного бюджету, ВМБ – видатки місцевих бюджетів. При обчисленні частки видатків у ВВП, для 2005 року брався до уваги прогнозний показник розміру ВВП на 2005 рік – 436 млрд. грн., поданий .

Джерело: звіти Державного казначейства за 2000-2005 роки, Держкомстат, розрахунки ІЕД.

Таблиця А2:
Структура зведеного бюджету на фінансування охорони здоров`я за економічною класифікацією, 2000-2003 роки

	2000		2001		2002		2003	
	млн. грн.	%	млн. грн.	%	млн. грн.	%	млн. грн.	%
Всього видатків	**4888,22**	**100,00**	**6238,90**	**100,00**	**7537,91**	**100,00**	**9708,16**	**100,00**
Поточні видатки	**4512,80**	**92,30**	**5748,46**	**92,10**	**6975,67**	**92,50**	**8793,68**	**90,58**
Видатки на товари на послуги	**4461,61**	**91,30**	**5682,84**	**91,10**	**6908,24**	**91,60**	**8676,02**	**89,37**
Оплата праці працівників бюджетних установ	1808,01	37,00	2388,56	38,30	3018,55	40,00	3770,77	38,84
Нарахування на заробітну плату	673,02	13,80	870,85	14,00	1086,04	14,40	1332,42	13,72
Придбання предметів, матеріалів і послуг	1317,98	27,00	1760,74	28,20	2074,71	27,50	2667,28	27,47
Видатки на відрядження	9,53	0,20	18,06	0,30	24,98	0,30	34,33	0,35
Оплата комунальних послуг та енергоносіїв	557,39	11,40	591,62	9,50	653,76	8,70	795,71	8,20
Теплопостачання	*259,63*	*5,30*	*245,47*	*3,90*	*263,91*	*3,50*	*311,14*	*3,20*
Водопостачання та водовідведення	*83,48*	*1,70*	*90,71*	*1,50*	*101,96*	*1,40*	*130,73*	*1,35*
Електроенергія	*141,04*	*2,90*	*172,30*	*2,80*	*193,73*	*2,60*	*239,82*	*2,47*
Природний газ	*38,15*	*0,80*	*35,98*	*0,60*	*42,06*	*0,60*	*49,80*	*0,51*
Інші комунальні послуги та енергоносії	*35,10*	*0,70*	*47,15*	*0,80*	*52,09*	*0,70*	*64,23*	*0,66*
Дослідження і розробки, державні програми	95,68	2,00	53,01	0,80	50,20	0,70	75,51	0,78
Виплата процентів за зобов'язаннями	**0,09**	**0,00**	**0,11**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,31**	**0,00**
Субсидії та поточні трансферти	**51,11**	**1,00**	**65,51**	**1,10**	**67,43**	**0,90**	**117,35**	**1,21**
Субсидії та поточні трансферти підприємствам	8,81	0,20	19,74	0,30	15,18	0,20	28,82	0,30
Поточні трансферти населенню	41,81	0,90	45,10	0,70	51,84	0,70	88,53	0,91
Капітальні видатки	**333,11**	**6,80**	**490,38**	**7,90**	**562,25**	**7,50**	**914,48**	**9,42**
Придбання основного капіталу	**331,30**	**6,80**	**481,52**	**7,70**	**559,82**	**7,40**	**910,80**	**9,38**
Придбання обладнання і предметів довгострокового користування	209,61	4,30	290,99	4,70	347,47	4,60	644,09	6,63
Капітальне будівництво	5,85	0,10	11,17	0,20	21,22	0,30	5,71	0,06
Капітальний ремонт, реконструкція та реставрація	115,85	2,40	179,35	2,90	191,13	2,50	260,99	2,69
Придбання землі і нематеріальних активів	**0,05**	**0,00**	**8,40**	**0,10**	**0,42**	**0,00**	**0,44**	**0,00**

	2000		2001		2002		2003	
	млн. грн.	%	млн. грн.	%	млн. грн.	%	млн. грн.	%
Капітальні трансферти	**1,76**	**0,00**	**0,46**	**0,00**	**2,00**	**0,00**	**3,24**	**0,03**
Капітальні трансферти підприємствам	1,76	0,00	0,45	0,00	2,00	0,00	3,24	0,03
Капітальні трансферти населенню	0,00	0,00	0,01	0,00	-	-	-	-
Кредитування	**0,08**	**0,00**	**0,03**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	-	**-**
Платежі в бюджет	**42,22**	**0,90**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**

Джерело: Міністерство Фінансів