

## ФІНАНСУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ НА МАКРО- ТА МІКРОРІВНЯХ В КРАЇНІ З РИНКОВОЮ ЕКОНОМІКОЮ ТА ШЛЯХИ ЙОГО ВДОСКОНАЛЕННЯ

Сидорчук О. М.

*Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького*

Глобальні зміни в суспільно-політичному житті України, після грудня 1991 року, що пряму стосуються запровадження ринкових засад до процесу господарювання країною та створення системи вільної недержавної економіки [18, с. 69], з усією очевидністю поставили на порядок денний питання кардинальних змін у стані організації, управління та фінансовому забезпеченні системи медичного забезпечення — чи не найважливішої соціальної сфери громадянського суспільства.

Важливим у цьому є те, що в нових економічних умовах України все більш значиму роль починають відігравати ринкові та економічні закони, принципи і механізми [2, с. 148], серед яких особливе місце має відводитися економічній моделі системи охорони здоров'я, оскільки саме виникнення хвороб в особистому житті Людини має найбільший ризик в стані її здоров'я.

У контексті сказаного доцільно констатувати про той факт, що за останні 15-ть років в Україні робилися і робляться цілком оправдані, проте безрезультативні та боязливі намагання органів центральної законодавчої та виконавчої влади щодо запровадження до діючої «семашківської» системи охорони здоров'я економічних засад.

Варто є акцентувати увагу і на тому, що уже сьогодні — в умовах «... країни з ринковою економікою», керівники України чомусь вважають, що саме збільшення кількості коштів державного / місцевого бюджетів на медичне обслуговування населення зможе значно покращити стан здоров'я населення, тоді як про запровадження, власне, економічних методів управління до медичної галузі говорять дуже рідко і, навіть, тихо.

Властиво, і метою даного дослідження є наукове обґрунтування реального стану бюджетного фінансування на макро та мікро рівнях медичної галузі в умовах «... країни з ринковою економікою» та окреслення стратегічного напрямку як у його вдосконаленні, так і реорганізації діючої системи медичного забезпечення.

Методичний апарат цієї наукової роботи дозволив сповна використати такі соціально-гігієнічні методи дослідження, як: медико-статистичний, ретроспективний, історичної аналогії, структурно-логічного аналізу і наукової абстракції, соціологічний та екстраполяції. Зважаючи на об'єкт наукового дослідження — систему бюджетного фінансування медичної галузі, нами використаний метод системного підходу та аналізу, що дозволило сповна досягти мети наукової роботи.

Результати стану фінансування медичної галузі на макрорівні країни (див. дані *табл. 1*) переконливо засвідчують про позитивну динаміку як статистичного показника

Табл. 1. Фінансові витрати з бюджету на функціонуючу систему охорони здоров'я на макрорівні країні за період 1995—2007 роки

Роки	Витрати на охорону здоров'я з бюджету (млрд. грн.)	Питома вага витраток з бюджету на охорону здоров'я відносно		Обсяг витраток у розрахунку на одного мешканця України (грн.)
		ВВП (%)	Загальної суми витраток (%)	
1995	2,5	4,8	10,7	49,1
1996	3,1	3,9	9,4	61,4
1997	3,5	4,3	11,6	69,1
1998	3,6	3,5	11,6	72,1
1999	3,8	2,9	10,9	72,6
2000	4,8	2,9	12,2	89,3
2001	6,2	2,7	11,2	112,2
2002	7,3	2,8	12,5	134,0
2003	9,7	3,2	12,8	169,5
2004	11,9	2,8	12,0	186,8
2005	12,5	3,0	12,1	257,6
2006	17,6	3,3	12,5	360,35
2007*	20,2	3,4	12,3	427,8

\* заплановано

загального обсягу витраток з державного бюджету країни, котрий за період 1995 по 2007 рік зріс на функціонуючу систему охорони здоров'я у 8,08 рази, так і показника обсягу бюджетних витраток на охорону здоров'я у розрахунку на одного жителя в рік, що у числовому виразі збільшився у 8,7 разів.

Аналіз отриманих результатів статистичних даних щорічного фінансування медичної галузі України на її макрорівні в порівнянні з рекомендаційними даними ВООЗ посвідчують, що це далеко не ті прогнозовані міжнародною медичною спільнотою для країн з низькими прибутками, (до яких зарахована цією поважною громадською інституцією і держава Україна), на 2007 рік 60 млрд. грн. загальних витраток держави на охорону здоров'я, тоді як у 2015 році ця цифра має сягати вже 75 млрд. грн. [21].

Це далеко не так в Україні у питанні фінансування з державного бюджету медичної галузі як і у США, де, за даними ВООЗ, на 2001 рік загальна сума витрат з державного бюджету країни на систему охорони здоров'я склала майже 15% від ВВП або \$ 4887 в рік на душу населення.

За цими показниками на другому місці в світі, після США, є Норвегія, котра витратила в тому ж році в медичному забезпеченні на одну людину — \$ 2920, на третьому — Німеччина, \$ 2820. Для Франції загальна сума медичних витрат на душу населення становила \$ 2567, тоді як для Ізраїлю — \$ 1839, Польщі — \$ 629, Естонії — \$ 562,

Латвії — \$ 509, Литви — \$ 478, Білорусії — \$ 464, Росії — \$ 454, Китаю — \$ 224, Грузії — \$ 108 [20].

Це чомусь навіть не ті 6,41 % фінансових витрат на охорону здоров'я від ВВП країни, з яких лише 12—20 % коштів витрачається на заробітну плату, про що ВООЗ констатує як про мінімальний рівень бюджетного фінансування чи рівень виживання медичної галузі [4, с. 78].

Зате Україні новітнього формату теперішній наявний фінансовий ресурсний потенціал країни, за ВООЗ, засвідчує про критичний рівень у функціонуванні медичної галузі (50 % від мінімального рівня виживання медичної галузі!), що в кінцевому результаті, призвело до розбалансування процесу управління в системі охорони здоров'я та спричинило кризу в стані здоров'я людності новітньої держави, а сама система медичного забезпечення населення країни втратила справедливість у відношенні до здоров'я Пацієнта та реалізації Конституційного права Людини на охорону здоров'я та медичну допомогу [5, с. 80; 17, с. 176].

Окрім того, у відповідності до мети наукової роботи нами проаналізований також стан фінансування медичного забезпечення на рівні місцевих бюджетів країни в розрахунку на одного мешканця/пацієнта, результати чого подані в *табл. 2*.

Порівняльний аналіз статистичних даних *табл. 2* засвідчують той науковий факт, що вже нарівні області (на прикладі Львівщини) стан фінансування медичного забезпечення за соціально-економічним показником у розрахунку на одного мешканця за аналізовані роки є в середньому на 19,35 % меншим (2003 рік — 15,32 %, 2004 рік — 25,49 % та 2005 рік — 17,25 %) ніж на рівні держави Україна.

*Табл. 2.* Обсяги запланованих видатків (грн.) на медичне забезпечення в розрахунку на одного мешканця / пацієнта на макро / мікро рівні України в 2003—2005 роках (на прикладі медичних закладів Львівщини)

Роки	Заплановані фінансові видатки на макро / мікро рівнях України									
	На одного мешканця в рік					На одного пацієнта на день				
	Україна	область	міста обласного підпорядкування	сільські райони	Львівщина					
					обласні ЛПЗ		міські ЛПЗ		районні ЛПЗ	
				на медици	на харчування	на медици	на харчування	на медици	на харчування	
2003	169,5	126,3	98,9	73,4	4,91	3,47	2,77	1,4	2,48	1,1
2004	186,8	158,2	89,2	129,5	6,19	4,41	3,45	1,6	2,79	1,2
2005	257,6	211,9	150,8	136,5	6,58	4,64	3,58	1,86	3,91	1,67

Частка аналізованого показника в процесі фінансування системи охорони здоров'я на рівні міст обласного підпорядкування є ще більш невтішною, оскільки його числовий вираз є меншим від макрорівня країни в середньому на 45,12%, а в порівнянні з обласним показником — на 31,38%.

Різниця у стані фінансування медичної допомоги для жителів сільських районів за даним показником є парадоксальною, оскільки він є на 44,8% меншим за власним числовим виразом чим в Україні і на 31,87% менш значимим ніж на рівні області.

Проте, на мікрорівні країни у стані фінансування діяльності медичних закладів практичної системи охорони здоров'я найбільш дивною на сьогодні є та ситуація, коли на одного пацієнта в обласних медичних закладах за аналізовані роки виділялося в середньому 10,06 грн. в день, з яких — 58,55% витрачалося на придбання медикаментів та 41,45% — на харчування.

У міських медичних закладах цей показник складав на один день 4,89 грн., де 66,87% використовувалося для закупівлі медикаментів, 33,13% — для харчування, тоді як у лікувальних установах сільських районів показник фінансування на одного пацієнта в день становив 4,38 грн., з якого 69,86% тратили на медикаменти, а 30,14% — на харчування.

Аналіз вище наведеного засвідчує, що від макрорівня держави до рівня місцевих бюджетів (область, місто, сільські райони) у стані фінансування медичної допомоги за соціально-економічним показником у розрахунку на одного мешканця, не дивлячись на його суттєве зменшення, чітко проглядався принцип «солідарності», коли здорові люди платять за хворих, а працююче населення — за непрацюючих та соціально незахищених і мало забезпечених осіб (діти, пенсіонери тощо), тоді як на макрорівні держави на рівні медичний заклад/пацієнт, цей принцип є цілком відсутнім.

Все це разом засвідчує про ту дилему, коли держава Україна новітнього формату не є спроможна запропонувати діючій системі охорони здоров'я реальні ринкові/економічні механізми, в тому числі і в оплаті отриманих Людиною/Пацієнтом медичних послуг.

Саме така невизначена ситуація на рівні держави в медичному забезпеченні, в значній мірі, з кожним роком, віддаляє від Людини/Пацієнта законодавчо визначені принципи в дотриманні прав і свобод в галузі охорони здоров'я та медичного забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій; гуманістичну спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей, підвищені медико-соціального захисту найбільш вразливих верств населення; рівноправності громадян, демократизму і загальнодоступності медичної допомоги та інших послуг в галузі охорони здоров'я; орієнтації на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги; попереджувально-профілактичного підходу до охорони здоров'я; багатокладності економіки охорони здоров'я і багатоканальності у її фінансуванні, поєднанні державних гарантій з демонополізацією

та заохоченням підприємництва і конкуренції; децентралізації державного управління, розвитку самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі [9, с. 23].

Власне, це і призвело до того, що, згідно з соціологічними даними, 92,5±2,33% респондентів із числа пацієнтів сімейних лікарів вимушені, за призначенням лікуючого лікаря, за власний кошт докуповувати/купувати необхідні лікарські засоби в роздрібній аптечній мережі країни для забезпечення лікувально-діагностичного процесу [11, с. 116—122].

В унаочнення висловленої останньої наукової тези, вважаємо за доцільне продемонструвати (рис. 1) результати за період 2002—2004 роки як у стані фінансових обсягів у реалізації лікарських засобів у роздрібній торгівлі аптечної мережі, так і у перерахунку на одного мешканця України [15, с. 230; 16, с. 56—63; 14, с. 219; 13, с. 239; 12, с. 295]. Важливим в цьому є те, що обсяг роздрібногo продажу лікарських препаратів через аптечну мережу України вже у лютому 2006 року сягнув 144583 тис. дол. США, що на 15,37% більше ніж в січні 2006 року [19].

У ході дослідження нами зроблена наукова спроба дати відповідь на риторичне запитання, яке турбує демократичне суспільство та кожного громадянина України: куди

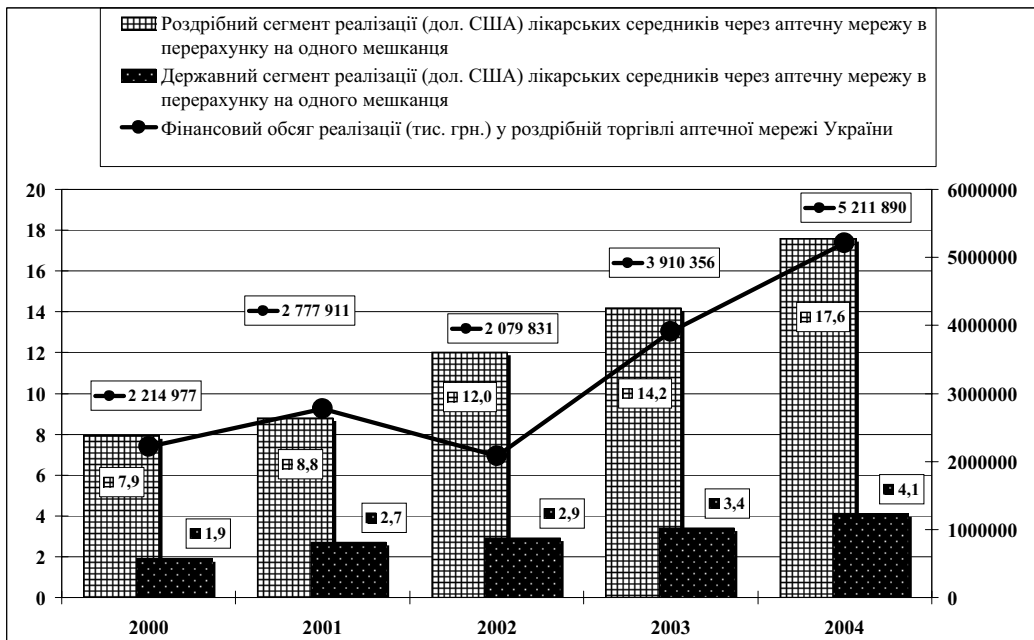


Рис. 1. Обсяг реалізації (дол. США) лікарських середників через аптечну мережу України в перерахунку на одного мешканця та динаміка фінансових обсягів (тис. грн.) реалізації лікарських засобів у роздрібній торгівлі аптечної мережі в період 2000—2004 роки

діваються кошти бюджетів, призначені на охорону здоров'я та медичне забезпечення, якщо населення в своїй більшості оплачує самостійно медичну допомогу?

По-перше. З загальної суми коштів державного/місцевих бюджетів, виділених у 2005 році на діючу систему охорони здоров'я, видатки (на прикладі системи охорони здоров'я Львівщини) у 73,9% були використані на заробітну плату та нарахування на неї (коди 1110, 1120); у 6,2% — на оплату комунальних послуг (коди 1161—1166); у 0,6% — на поточні трансфери населення (коди 1340, 1341); у 0,35% — на відрядження (код 1140); у 1,7% — на капітальний ремонт (код 2130); у 1,2% — на обладнання (код 2110) та 16,1% — на придбання предметів та постачання матеріалів, оплати послуг та інші видатки (код 1130), в тому числі, 5,3% — на інвентар (код 1131), 42% — на медикаменти (код 1132), 25% — на харчування (код 1133), 1,4% — на м'який інвентар (код 1134), 12,3% — на транспорт (код 1135), 0,1% — на оренду (код 1136), 7,7% — на поточні ремонти (код 1137), 1,5% — на зв'язок (код 1138), 4,4% — на інші потреби (код 1139) [7, с. 10].

По-друге. Виділені державою/місцевими органами управління кошти на медичне забезпечення, основним призначення яких є зміцнення та збереження здоров'я Людини, використовуються у 2/3 частини на утримання громіздкої системи медичного забезпечення МОЗ України, яка поєднує: 2668 лікарняних установи, де загальне число ліжок склало 412 606 та 6660 амбулаторно-поліклінічних закладів з плановою ємкістю 987 298 відвідувань у зміну, в яких разом працює 226753 лікарі та 464752 особи середнього медичного персоналу [3, с. 81].

Щодо вікового цензу чисельності медичного персоналу в лікувально-профілактичних закладах України, то значимим є те, що в них працює майже 18% осіб медичного персоналу пенсійного віку. З метою конкретизації та більшого унаочнення даного показника нами встановлено, що лише на Львівщині станом на початок 2006 року в медичних закладах працювало 18,4% лікарів та 15,6% середнього медичного персоналу пенсійного віку [8, с. 12].

В контексті говореного вартим є акцентувати увагу і на тому, що у поліклінічних закладах України на другому рівні медичного забезпечення працює 60—70% лікарів-спеціалістів, які «забезпечують» населення прикріпленої території спеціалізованою медичною допомогою, а число лікарів первинного рівня, котрі надають населенню лікарських дільниць кваліфіковану медичну допомогу, де профілактичні технології повинні бути основою в їх діяльності, складають лише 30—40% [9, с. 23; 10, с. 296].

Така тенденція у фінансуванні медичної галузі як на макро — так і на мікрорівнях країни є характерною і для всієї системи охорони здоров'я і, що цікаво, вже далеко не один рік [6, с. 4].

Усе це разом засвідчує про неефективність щорічного кількісного збільшення бюджетних асигнувань на охорону здоров'я, оскільки, як і в «совітські часи», виділені

державою бюджетні кошти для медичної галузі чиновниками від охорони здоров'я на всіх рівнях розподіляються, перерозподіляються та навіть централізуються, але на превеликий жаль до Людини/Пацієнта в разі появи проблем у її здоров'ї у відповідному нормативному грошовому еквіваленті як не доходили, так і не доходять.

По-третє. Власне, такий державницький підхід до бюджетного фінансуванні медичної галузі України не без консервативної позиції більшості управлінців різних рівнів створив, на нашу думку, таку ситуацію в здоров'ї Людини/Пацієнта, коли медична громадськість та суспільство в цілому чомусь погодилися з некерованим скороченням рівнів і обсягів медичної допомоги щонайменше на 1/3; змирилися з тим, щоби виділені державою кошти використовувалися лише для надання невідкладної допомоги і для лікування соціально-значимих захворювань; не помітили на цьому фоні стрімкого росту в обсягах альтернативної/нетрадиційної медичної допомоги та наявність «тіньових» платежів/подяк пацієнтів за отримані медичні послуги лікарям [1, с. 320].

І про головне. Саме така фінансова ситуація у медичній галузі, на наше переконання, призвела до того, що ми всі, в одно раз, чомусь забули про найважливіше у функціонуючій системі охорони здоров'я — Людину зі здоров'ям та Пацієнта — з проблемами в здоров'ї.

Аналіз отриманих результатів згідно з метою наукового дослідження дозволяє нам сформулювати наступні висновки у вигляді стратегічного напрямку вирішення наявної проблеми у стані фінансування медичної галузі в «... країні з ринковими перетвореннями» та реорганізації діючої системи медичного забезпечення.

1. Єдино правильним, як на нас, повинно бути на рівні держави управлінське рішення про запровадження системи фінансування медичної галузі економічних засад у частині багатокладності в організації та управління медичною допомогою, де професійно та конкурентно уживалися б державна система медичного забезпечення + система медичного страхування + ринкова (приватна) медицина у відповідних пропорціях.

2. Це, в кінцевому результаті, призвело б до вирівнювання балансу державних гарантій і її фінансових можливостей у збереженні та зміцненні здоров'я людності країни, що дозволить:

а) провести кардинальні зміни організаційного та управлінського генезу у системі забезпечення населення України якісною медичною допомогою з повним залученням економічних методів управління;

б) реально змінити принципи у фінансуванні системи охорони здоров'я, зокрема як в оплаті отриманих медичних послуг пацієнтами, так і в процесі залучення до системи медичного забезпечення додаткових (окрім коштів державного та місцевого бюджетів) фінансових асигнувань, оскільки дана інноваційна технологія у своїй сутності розрахована, в першу чергу, на працююче населення;

с) практикуючим лікарям всіх фахів та рівнів сповна використати у щоденній

професійній діяльності такі елементи ринкового механізму як зміст основних економічних законів (вартості, попиту та пропозиції тощо), а також інструменти ринку (гроші, ціна тощо), принципи конкуренції, властивості грошового прибутку та форми взаємодії поміж суб'єктами ринку медичних послуг;

д) започаткувати новий прояв у відносинах поміж лікарем і пацієнтом, коли в центр медичної діяльності буде поставлена Людина / Пацієнт зі здоров'ям та проблемами в здоров'ї;

е) реально залучити громадськість до процесу управління медичною галуззю на всіх рівнях через створення системи незалежної медичної експертизи.

### *Література*

1. Батечко С. А., Загородній В. В., Дарієнко С. І., Бірюков В. С. і ін. // Лікарняна каса: суспільно-солідарний механізм фінансування та забезпечення додаткової медичної допомоги. — Київ, 2002. — 320 с.
2. Дацій М. В. Страхування: Навч. посіб. Запоріжжя: ГУ, ЗІДМУ; 2005 — 148 с.
3. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2004 році. / Статистичний бюлетень державного комітету статистики України. — Київ. — 2004. — 81 с.
4. Индейкин Е. Н., Кричагин В. И., Мильникова И. С. Финансирование здравоохранения. — М.: Присцельс, 1992. — 78 с.
5. Конституція України / Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 року. — «Просвіта». — Київ. — 1996. — 80 с.
6. Оперативна інформація МОЗ України про фінансову діяльність. Січень—лютий 2005. — К., МОЗ України. — 2005. — 4 с.
7. Оперативна інформація про використання фінансових коштів на охорону здоров'я у Львівській області в 2005 році. — Львів, Обл. управ. охор. здор. — Лютий 2006 року — 10 с.
8. Оперативна інформація про працюючих пенсіонерів в медичних закладах Львівщини в 2005 році. — Львів, Обл. управ. охор. здор. — Лютий 2006 року. — 12 с.
9. Основи законодавства України про охорону здоров'я»: Закон України від 19 листопада 1992 року за №2801 — XII. — К., 1992. — 23 с.
10. Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я: наказ МОЗ України №33 від 23.02.2000 року. — К., МОЗ України, ВПЦ «Контраст», — 2000., Ч. 1. — 296 с.
11. Рудень В. В., Гутор Т. Г. «Про «безоплатність» медичної допомоги в державних та комунальних закладах охорони здоров'я міста Львова на п'ятнадцятому році незалежності України». / Медицина сьогодні і завтра. — ХДМУ — 2006, №1., с. 116—122.
12. Статистичний збірник «Роздрібна торгівля України у 1990—2000 роках». / Державний комітет статистики України. — Київ., 2001. — 295 с.
13. Статистичний збірник «Роздрібна торгівля України у 2001 році». / Державний комітет статистики України. — Київ., 2002. — 239 с.



14. Статистичний збірник «Роздрібна торгівля України у 2002 році». / Державний комітет статистики України. — Київ., 2003. — 219 с.
15. Статистичний збірник «Роздрібна торгівля України у 2003 році». / Державний комітет статистики України. — Київ., 2004. — 230 с.
16. Статистичний збірник «Роздрібна торгівля України у 2004 році». / Державний комітет статистики України. — К., 2005. — С. 56—63.
17. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / Під заг. ред. В. М. Лехан. — К.: Сфера, 2001. — 176 с.
18. Угода про Партнерство та співробітництво від 16 червня 1994 року. — К.: Представництво ЄС в Україні, 1998. — 69 с.
19. <http://www.ksk-market.com.ua/>
20. <http://www.charter97.org/rus/news/2004/01/16/glavnoe>
21. <http://www.medicusamicus.com/index.php?action=nocom1>.