

УДК 614.2:[331.2:616:353.1]:342

Рудень В.В.

доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри соціальної медицини,
економіки та організації охорони здоров'я,
Заслужений лікар України,
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького

**ПРО РИЗИКИ В ЗАКОНОДАВЧОМУ ЗАПРОВАДЖЕННІ В УКРАЇНІ
ЕКОНОМІЧНОГО МЕХАНІЗМУ ОПЛАТИ НАДАНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НАСЕЛЕННЮ
«ГРОШІ ХОДЯТЬ ЗА ПАЦІЄНТОМ» ТА ШЛЯХИ ЇХ МІНІМІЗАЦІЇ
НА РІВНІ СІЛЬСЬКИХ ОБ'ЄДНАНИХ ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАД**

Наукове обґрунтування можливої зміни на законодавчому рівні в системі медичного обслуговування населення України наявного механізму оплати отриманих медичних послуг населенню «гроші ходять за інфраструктурою» на медично-економічну технологію «гроші ходять за пацієнтом» за її впровадження на рівнях медичної допомоги дало змогу встановити як зовнішні, так і внутрішні перешкоди на шляху ефективного процесу управління цим нововведенням організаційного змісту. Автором науково змодельований механізм мінімізації окреслених ризиків на первинному рівні медичної допомоги в умовах децентралізації влади в країні. Для цього необхідно адміністрації сільських об'єднаних територіальних громад за активної участі їх населення на первинному рівні медичної допомоги організувати громадські об'єднання «Багатоканальність у фінансуванні наданої медичної послуги», що дасть змогу значно розширити межі державного тарифу на річне медичне обслуговування одного пацієнта та пакет гарантованого державою рівня медичної допомоги.

Ключові слова: державний тариф, гарантований державою рівень, «гроші ходять за пацієнтом», перешкоди, сільська об'єднана територіальна громада, багатоканальність у фінансуванні.

**О РИСКАХ В ЗАКОНОДАТЕЛЬНОМ ВНЕДРЕНИИ В УКРАИНЕ
ЭКОНОМИЧЕСКОГО МЕХАНИЗМА ОПЛАТЫ ПРЕДОСТАВЛЕННЫХ
МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НАСЕЛЕНИЮ «ДЕНЬГИ ХОДЯТ ЗА ПАЦИЕНТОМ»
И ПУТЯХ ИХ МИНИМИЗАЦИИ НА УРОВНЕ
СЕЛЬСКИХ ОБЪЕДИНЕННЫХ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ОБЩИН**

Рудень В.В.

Научное обоснование возможных изменений на законодательном уровне в системе медицинского обслуживания населения Украины имеющегося механизма оплаты полученных медицинских услуг населению «деньги ходят за инфраструктурой» на медико-экономическую технологию «деньги ходят за пациентом» при ее внедрении на уровнях медицинской помощи позволило установить как внешние, так и внутренние препятствия на пути эффективного процесса управления данным нововведением организационного содержания. Автором научно смоделирован механизм минимизации определенных рисков на первичном уровне медицинской помощи в условиях децентрализации власти в государстве. Для этого необходимо администрации сельских объединенных территориальных общин при активном участии их населения на первичном уровне медицинской помощи организовать общественные объединения «Многоканальность в финансировании оказанной медицинской услуги», что значительно расширит пределы государственного тарифа на годовое медицинское обслуживание одного пациента и пакет гарантированного государством уровня медицинской помощи.

Ключевые слова: государственный тариф, гарантированный государством уровень, «деньги ходят за пациентом», препятствия, сельская объединенная территориальная община, многоканальность в финансировании.

**ABOUT THE RISKS IN THE LEGISLATIVE IMPLEMENTATION OF ECONOMIC MECHANISM
TO PAY THE PROVIDED MEDICAL SERVICES TO THE POPULATION IN UKRAINE
“MONEY FOLLOWS THE PATIENT” AND WAYS OF THEIR MINIMIZATION
AT THE LEVEL OF THE RURAL UNITED TERRITORIAL COMMUNITIES**

Ruden' V.

Scientific substantiation of a possible change at the legislative level in the system of medical service of the population of Ukraine the existing mechanism for payment of received medical services to the population “money follows infrastructure” on medical and economic technology “money follows the patient” at its implementation it was possible to establish both external and internal obstacles on the way of an effective process of managing this innovation in practical health care.

The author had scientifically modeled the mechanism of minimization of the abovementioned risks at the primary level of medical care in conditions of decentralization of power in the country. The administrations of rural united territorial communities should organize public associations with the active participation of their population at the primary level of medical care "Multi-channel financing of the provided medical service", which would significantly expand the boundaries of the state tariff for annual medical service of one patient and a state-guaranteed package level of medical care for this category of population.

Key words: state tariff, state-guaranteed level, "money follows the patient", obstacles, rural united territorial community, multi-channel financing.

Постановка проблеми. Аналіз наукових матеріалів про функціонування наявних класичних типів організації систем охорони здоров'я чи їх варіантів у різних за рівнем економічного розвитку країнах світу у контексті виняткового права ефективного розвитку переконливо засвідчує, що основу їх результативної діяльності складає аж ніяк не найвища цінність Людини – її життя та здоров'я [1], а стан фінансування медичної галузі [2; 3].

Власне, розгляд використання грошового ресурсу в медичній практиці переконливо засвідчує як значну різноманітність у країнах світу форм, методів, напрямів та їх комбінацій у використанні коштів для забезпечення надання медичних послуг (МП) населенню, так і ступінь співучасті в розподілі фінансових потоків держави, громадянського суспільства та приватних коштів пацієнтів [4].

При цьому важливо говорити і про те, що рівень фінансового забезпечення медичної галузі визначається як чутливістю стану економічної ситуації будь-якої країни до наявних змін чи її стабільності, так і непомірним впливом на структуру витрат у бюджеті на охорону здоров'я вторинного/спеціалізованого та третинного/високоспеціалізованого рівнів надання медичної допомоги [5].

У контексті останнього доцільно зауважити, що, власне, стаціонарна медична допомога у низці країн світу була і є підставою для вкрай непопулярних урядових заходів у питанні стримування витрат державних коштів на фінансування лікарень та переорієнтацію частини бюджету на первинну допомогу [6]. При цьому найважливішою тенденцією у розвитку систем охорони здоров'я економічно розвинених країн є не стільки зміщення пріоритету до максимальної економії фінансових витрат у наданні населенню МП, скільки переорієнтація на максимальну ефективність використання задіяних ресурсів [7].

Не винятком у цьому є і процес зміни принципів фінансування надавачів МП у чинній системі охорони здоров'я України, коли за жалюгідного бюджетного фінансування медичної галузі вже не одне десятиліття ведеться пошук шляхів раціонального використання коштів, що в кінцевому результаті відповідало б рекомендаціям ВООЗ – «при помірних фінансових витратах більш високу якість лікування» [8].

Проте якщо бути правдивим, то за запровадження гарантованого державою для населення обсягу медичної допомоги на первинному рівні та нового принципу фінансування медичної галузі «гроші ходять за пацієнтом» в Україні коштів на оплату отриманих МП пацієнтам завжди не вистачатиме, що й робить напрацювання механізмів додаткового їх фінансування актуальним та своєчасним у власному змісті.

Постановка завдання. Метою статті є наукове обґрунтування перешкод на шляху законодавчого запро-

вадження в Україні механізму оплати наданих медичних послуг населенню «гроші ходять за пацієнтом» та шляхів їх мінімізації на рівні сільських об'єднаних територіальних громад в умовах децентралізації влади.

Результати наукової роботи отримані з використанням кваліметричного, ретроспективного, абстрактного методів дослідження, а також методів описового моделювання, дедуктивного освідомлення, структурно-логічного аналізу з урахуванням принципів системності та вимог теорії управління змінами.

Виклад основного матеріалу дослідження. Нині українська охорона здоров'я, як ніколи за останні десятиліття, має унікальний шанс змінити принцип фінансування наданих МП. Для цього необхідно всупереч всім наявним негараздам в медицині досить рішуче відмовитися в чинній системі охорони здоров'я України від наявної домінанти «гроші ходять за інфраструктурою», запровадивши при цьому механізм оплати отриманих МП населенню «гроші ходять за пацієнтом», який доказав власну ефективність у різні суспільно-економічні періоди розвитку високоцивілізованих країн світу ще з часів Древнього Риму.

Базисом цьому сьогодні в Україні слугує активний процес децентралізації влади на рівні сільських/селищних та міських громад [9], де повноваження у питанні відповідальності за стан здоров'я населення покладені на їх же виконавчі органи. Окрім того, саме процес децентралізації влади в Україні для населення ОТГ передбачає запровадження нової моделі фінансування МП на первинному рівні медичної/кваліфікованої допомоги.

З огляду на це МОЗ України запропонувало медичній практиці законодавче підґрунтя цього механізму [10], що увінчалось прийняттям 8 червня 2017 р. народними депутатами законопроекту «Про державні фінансові гарантії надання МП та лікарських засобів» з відповідними зауваженнями та пропозиціями в першому читанні за основу.

Саме ці рішучі реформаторські кроки та прийнятий Верховною Радою України Закон від 6 квітня 2017 р. за № 2002-VIII, який передбачає автономізацію державних та комунальних закладів охорони здоров'я, нарешті, теоретично започатковують для української охорони здоров'я реальні кроки у процесі реформування медичної галузі.

Запроваджуючи до практичної системи охорони здоров'я України принцип фінансування МП «гроші ходять за пацієнтом», доречно говорити про впровадження нової системи фінансування в медичній галузі, що приводить до зміни умов діяльності в медичній галузі, не змінюючи при цьому основ у стосунках «пацієнт – лікар/медичний заклад», викоринюючи цим самим неефективний метод використання бюджетних коштів «гроші на інфраструктуру».

Процес управління новою системою фінансування медичної галузі «гроші ходять за пацієнтом» поля-

гає у здійсненні цілеспрямованого впливу керуючого суб'єкта (в даному випадку – МОЗ України) на пропонувану систему з метою досягнення нею бажаного результату.

З позиції системного аналізу суб'єктом управління у цьому випадку виступає стан здоров'я населення первинного рівня медичного обслуговування/громади та сама медично-економічна технологія «гроші ходять за пацієнтом», тоді як об'єктом управління слугує вартість своєчасної, гарантованої та якісної МП з власною ефективністю (медичною, соціальною, економічною), яка надана пацієнту на первинному, вторинному та третинному рівнях медичної допомоги (рис. 1).

Важливим у процесі управління репрезентованою моделлю є наявність зворотного зв'язку поміж складовими управління у вигляді перешкод/завад, що певною мірою денівелюватиме ефективність у практичній реалізації пропонованого механізму в розрахунку за надані МП.

Наявні перешкоди під час запровадження технології «гроші ходять за пацієнтом» як системи на первинному рівні медичного обслуговування, на нашу думку, за змістом розподіляються на зовнішні (А) та внутрішні (Б) (табл. 1).

Сподіватися за наявності в державі кризової економічної ситуації, що для порятунку стану здоров'я української людності завтра впаде з неба «манна небесна», а відразу здійсниться збільшення бюджету на охорону здоров'я та заявлена величина державного тарифу на річне обслуговування одного пацієнта; значно покращиться фінансове благополуччя мешканців, а населення «на ура» сприйме участь у співоплаті отриманих МП; лікарі сприятимуть появі інвестицій в медичне обслуговування, котрі прийдуть на зміну медичній корупції; МОЗ України одужає від «Танталових мук»; медична громадськість та українське суспільство нарешті позбудуться ілюзій в «Платонівських печерах» і за їх межами прозріють та чітко усвідомлять потребу в реформуванні медичної галузі та підтримають пропоновані ідеї, скорегувавши їх в кращій бік, а застарілі управлінці та лікарі підпадуть під чистку «Авгівєвих стаєнь», – це поки що марна справа і справа, яка потребує часу.

Тому у цьому контексті важливо говорити про шляхи мінімізації встановлених перешкод на шляху ефективної реалізації ідеї реформаторського змісту – розрахунку за отримані населенням МП за використання механізму «гроші ходять за пацієнтом», чим заперекувати її.

Архіважливість цього, на нашу думку, пояснюється тим, що наявна поки що «семашківська» система охорони здоров'я на третьому десятку незалежності вже сповна вичерпує наявний ресурс, тоді як громадське здоров'я з кожним роком все більше погружується до кризового стану.

Механізмом мінімізації встановлених ризиків у законодавчому запровадженні в Україні до практичної охорони здоров'я організаційно-управлінської технології економічного змісту в оплаті наданих МП пацієнтам «гроші ходять за пацієнтом», а також запропоновані на рівні МОЗ України державний тариф на річне медичне обслуговування одного пацієнта та пакет гарантованого державою рівня медичної допомоги є організація всередині чинної системи медичного обслуговування на первинному рівні підсистеми «Багатоканальність у фінансуванні наданої медичної послуги» (БФНМП) для населення сільських ОТГ.

Впровадження цієї моделі на рівні ОТГ, на нашу думку, аргументується тим, що:

– заявлені МОЗ України державний тариф на річне медичне обслуговування одного пацієнта та пакет гарантованого державою рівня медичної допомоги, що забезпечуватимуть мінімум здоров'я, завжди будуть фінансово недостатніми для населення в оплаті отриманих МП, що значно скоротить як їх доступність, так і в обсяг та якість;

– законодавець в Україні до відання виконавчих органів ОТГ відніс повноваження у сфері управління охороною здоров'я населення даних територій, що одночасно робить їх юридично відповідальними за зміцнення та збереження здоров'я мешканців та покладає на адміністрації обов'язки у додатковому до державного фінансування медичної допомоги.

Як модель БФНМП на рівні об'єднаної території поєднує у власному змісті частину А та Б (рис. 2).

Складова А – це фінансування медичних послуг потребуючим мешканцям ОТГ як за кошти державного (програма «Реімбурсація ліків»; відповідні цільові медичні програми), так і обласного бюджетів (екстрена медична допомога; наявні цільові медичні програми).

Елемент Б передбачає організацію ГО «Каса хворих» серед населення ОТГ, що варто трактувати як додаткове джерело фінансування потреби в МП за рахунок солідарно накопичених цільових персоналізованих внесків як юридичних і фізичних осіб та реакцію населення на обмежені можливості державного фінансування щодо забезпечення якісної та доступної медичної допомоги.

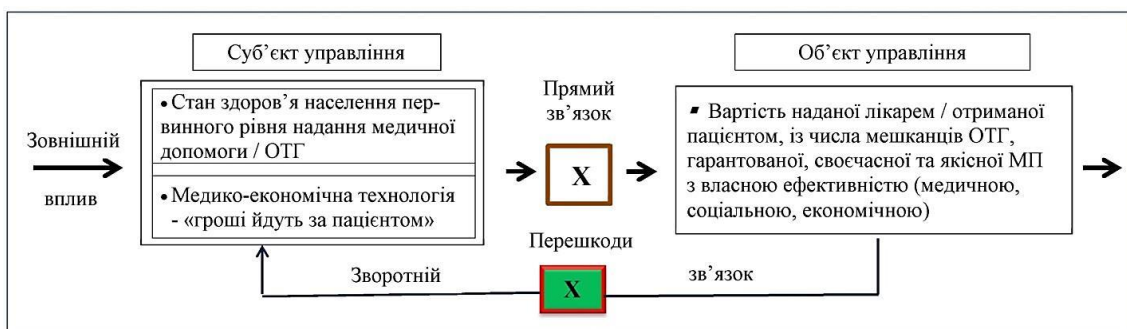


Рис. 1. Модель управління медико-економічною технологією «гроші ходять за пацієнтом» в медичному обслуговуванні сільського населення об'єднаної територіальної громади

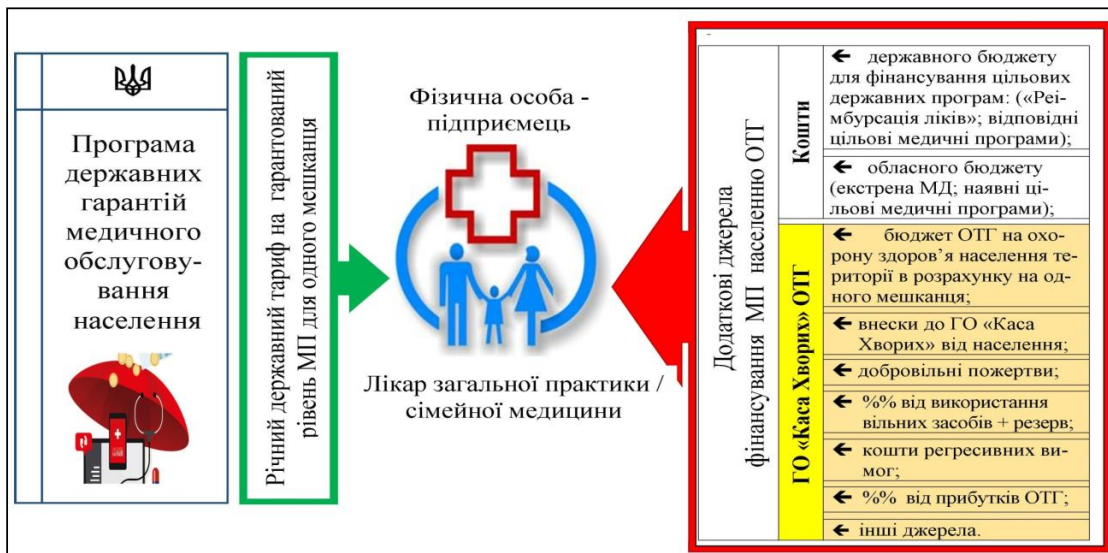


Рис. 2. Модель підсистеми багатоканальності у фінансуванні отриманих медичних послуг населенням сільської ОТГ

Таблиця 1. Наявні перешкоди під час запровадження технології «гроші ходять за пацієнтом»

ПЕРЕШКОДИ на шляху ефективного впровадження медично-економічної технології «гроші ходять за пацієнтом»			
Зовнішні (А)	Внутрішні (Б)		
A-1	Жалюгідне виділення на порятунок та збереження здоров'я населення України бюджетних коштів у 2,8% від ВВП.	Б-1	Сьогоденні «рішучі дії» очільників МОЗ України в питанні активізації процесу реформування медичної галузі нагадують «Муки Тантала».
A-2	Бюджет держави на медицину формується за принципом «з повітря».	Б-2	Наявність уже «сформованої» серед більшості медичної громадськості та українського суспільства так званої невтішної культурної уяви та патерналізму щодо необхідності процесу реформування медичної галузі на зразок «Платонівських печер».
A-3	Можливість відміни наявної медичної субвенції місцевим бюджетам з коштів державного бюджету.	Б-3	Безконтрольність та безкарність з боку чинної виконавчої та законодавчої влади всіх рівнів до значної частини медичної громадськості, котра «руки нагріває» на так нелюбимій ними радянській системі охорони здоров'я та здоров'ї хворого населення, не інвестуючи до неї з отриманого абсолютно нічого.
A-4	Маніфестований на рівні МОЗ України гарантований державою для населення обсяг медичної допомоги на первинному рівні в 370 грн., що є недостатнім для забезпечення як мінімального обсягу, так і мінімальної якості медичної допомоги.	Б-4	Наявні поодинокі закупівлі будь-якого устаткування чи поточні ремонти (про капітальні годі й говорити!) приміщень за бюджетні кошти чи гроші «добрих людей» носять епізодичний характер на місцях, і, не вносячи реформаторського духу до ще «тілючої» «семашківської» медичної галузі, «дірка латається діркою».
A-5	Непередбаченість страхового покриття на суму виплати (370 грн.) на одного пацієнта на первинній ланці медичної допомоги.	Б-5	Наявність у комунальних медичних закладах районних, міських та обласних центрів України із числа пенсіонерів головних лікарів, їх заступників, завідувачів структурних підрозділів, лікарів (майже 40%), а також лікарів, котрі працюють не на повну ставку (неповна зайнятість), особливо в містах.
A-6	Відсутність єдиної узагальненої калькуляції по розрахунку гарантованих медичних послуг.		
A-7	Нехтування зобов'язаннями для пацієнтів брати співучасть в оплаті МП за рахунок власних коштів.		
A-8	Необґрунтований перехід у процесі надання медичних послуг на міжнародні клінічні настанови, медичні стандарти та клінічні протоколи без адаптації їх до ресурсної бази практичної охорони здоров'я.		
Б-6	Існування «стихийного ринку» в оплаті медичних послуг пацієнтом/його родиною лікуючому лікарю.		
Б-7	Відсутність на додипломному етапі навчання кафедр біостатистики та доказової медицини, менеджменту та маркетингу, економіки охорони здоров'я, де б на академічному рівні вивчалися майбутніми лікарями основи системного аналізу та доказової медицини, управлінські, економічні та фінансові дисципліни, що відповідало б змісту ринкових перетворень у системі медичної допомоги та процесу реформування медичної галузі.		

Окрім щомісячних грошових внесків населення до «Каси Хворих», залучаються можливі добровільні пожертви благодійників, зараховуються відсотки від використання вільних засобів та резерву страхової каси, прибутків від регресивних вимог.

Розумним було б, щоб адміністрація ОТГ скеровувала на фінансові рахунки ГО «Каса Хворих» кошти бюджету, виділеного на збереження і зміцнення здоров'я своїх мешканців у розрахунок на одну особу, а також певну частину відсотків від річних власних прибутків. Не нехтуються й інші додаткові джерела фінансування медичної допомоги населенню, які зараховуються до «Каси Хворих» ОТГ.

В Україні сьогодні організовані та функціонують понад 200 таких об'єднань у більшості регіонів країни, серед яких вже не одне десятиліття з власним досвідом успішно функціонують «Лікарняна каса Житомирської області», благодійна організація «Лікарняна каса Полтавщини» тощо, що засвідчує, як громадські об'єднання самостійно на засадах громадсько-солідарної участі забезпечують доступною і якісною медичною допомогою своїх членів в умовах обмеженого державного фінансування охорони здоров'я.

Висновки з проведеного дослідження. Отримані результати переконливо засвідчують, що:

– пропонується на законодавчому рівні нова система фінансування оплати наданих МП пацієнтам «гроші ходять за пацієнтом», а також запропоновані на рівні МОЗ України державний тариф на річне медичне обслуговування одного пацієнта та пакет гарантованого державою рівня медичної допомоги, незважаючи на їх ефективність та доцільність у використанні в економічно розвинених країнах світу, звісно, не позбавлені ризиків у процесі впровадження до практичної охорони здоров'я в Україні, що вимагає пошуку відповідних шляхів їх мінімізації;

– організація всередині чинної системи медичного обслуговування на первинному рівні підсистеми «Багатоканальність у фінансуванні наданої медичної послуги» для населення сільських ОТГ дасть змогу значною мірою мінімізувати наявні перешкоди на шляху впровадження медично-технологічної технології «гроші ходять за пацієнтом», що значно покращить забезпечення допомогою мешканців об'єднаних територій доступною і якісною медичною допомогою в умовах обмеженого державного фінансування охорони здоров'я.

1. Кіндзерський В. І. Роль міжнародного та конституційного законодавства в формуванні системи охорони здоров'я в Україні / В.І. Кіндзерський // *Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми та перспективи вдосконалення) : матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції (17–18 квітня 2008 р.)*. – Львів (Україна) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://medicallaw.org.ua/uploads/media/02_137_01.pdf.

2. Рудень В.В. Фінансування професійної діяльності лікаря у різні історичні епохи розвитку суспільств світу (огляд літератури) / В.В. Рудень, М.М. Мудра // *Україна. Здоров'я нації*. – 2010. – № 4 (16). – С. 130–139.

3. Теннер М. Погляд на системи охорони здоров'я у світі / М. Теннер [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://gukr.com/article2669.html>.

4. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы / [ред. Э. Моссиалос, А. Диксон, Ж. Фигерас, Д. Кутцин] ; пер. с англ. – М. : Весь Мир, 2002. – 352 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/98311/E74485R.pdf/

5. Реформа больниц в новой Европе / [Ж. Фигерас, М. Макки, Э. Моссиалос, Р.Б. Солтман] ; пер. с англ. – М. : Весь Мир, 2002. – 320 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : tp://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98402/E74486R.pdf?ua=1.

6. Шарабчиев Ю.Т. Новая парадигма здравоохранения и основные направления адекватных реформ. Сообщение 1. Финансирование здравоохранения / Ю.Т. Шарабчиев, Т.В. Дудина // *Медицинские новости*. – 2006. – № 10. – С. 49–59. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=702>.

7. Финансирование здравоохранения в Европейском Союзе. Проблемы и стратегические решения / [С. Томсон, Т. Фобстер, Э. Мосселос] // *Серия исследований Европейской обсерватория по системам и политике здравоохранения. ВОЗ*. – 2010. – Вып. 17. – 241 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/126025/e92469R.pdf?ua=1.

8. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010 г. Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. – Женева : ВОЗ, 2010. – 106 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44371/4/9789244564028_rus.pdf.

9. Про місцеве самоврядування в Україні : Закон України від 21 травня 1997 р. № 280/97-ВР [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80>.

10. Про державні фінансові гарантії надання МП та лікарських засобів : проект Закону ВР України від 10 квітня 2017 р. № 6327 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?Pf3511=61566.

E-mail: vruden@ukr.net