

УДК 616-058 :[616-082]

Дорошенко О.О.¹, Шевченко М.В.²

ГОСПОДАРСЬКО-ПРАВОВИЙ СТАТУС ТА ФІНАНСУВАННЯ ЛІКАРНЯНОГО СЕКТОРУ: МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД

¹Світовий Банк, м. Київ, Україна, odoroshenko@worldbank.org

²Школа охорони здоров'я, Національний університет "Києво-Могилянська академія", м. Київ, Україна, shevchenko_marin@ukr.net

Ключові слова: фінансування, лікарняний сектор, господарсько-правовий статус, методи оплати, постачальники

Актуальність. В квітні поточного року Верховною Радою України прийнято закон, що передбачає впровадження заходів з реформування системи охорони здоров'я України для створення мережі державних і комунальних закладів охорони здоров'я з достатнім рівнем самостійності для ефективного і своєчасного медичного забезпечення населення, включаючи і спрощений порядок їх у казенні підприємства та комунальні некомерційні підприємств, а також переходу до стратегічних закупівель медичних послуг [1].

У зв'язку з цим надзвичайно важливим є вивчення кращих міжнародних практик щодо господарсько-правового статусу та фінансування лікарняного сектору, адже цей сектор за даними експертів відіграє серйозну роль в національних системах охорони здоров'я. І це, перш за все, пов'язано з такими фактами як: витрати на цей сектор досягають 50–70% в країнах ЄС; майже половина всіх лікарів і три чверті медичних сестер зайняті в цілому в цій системі; лікарні є базами для проведення та запровадження результатів фундаментальних і клінічних

наукових досліджень, а також підготовки і перепідготовки медичних кадрів; виконання ними суспільних функцій [2–6].

Мета – представити дані щодо останніх тенденцій функціонування та фінансування лікарняного сектору в країнах-членах Європейського Союзу (ЄС) і Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР).

Методи: бібліосемантичний, контент-аналізу, аналізу і синтезу

Результати досліджень. За даними вивчення та аналізу наукової літератури та Інтернет-ресурсів, баз даних міжнародних організацій (ВООЗ, Світового Банку, Організації співробітництва та економічного розвитку та ін.) встановлено, що останні тенденції змін в госпітальному секторі ЄС щодо зміни форми власності свідчать про факт отримання державними лікарнями статусу некомерційних організацій (або навіть – комерційних) і набуття ними нових можливостей в їх організації, управлінні та економічній діяльності як учасників ринку капіталу та інвестицій без необхідності погодження з власником (урядом чи місцевими органами влади). Як приклад, у Португалії, Нідерландах та Бельгії, лікарні можуть залишати за собою додатковий чи звичайний прибуток в повному чи частковому обсязі, якщо такий є, для майбутнього використання чи постійних або ж інвестиційних витрат [2].

В ЄС останнім часом змінюється і вектор щодо форми власності лікарень, які раніше знаходились у власності державних чи місцевих органів влади, в сторону регіональних чи місцевих органів (наприклад, госпітальні трасти, регіональні госпітальні трасти, окружні ради (ради графств), що відображає розвиток в напрямку формування нових госпітальних консорціумів. Це з точки зору географічної доступності є територіальними (географічними) монополіями. Таким чином досягається конкурентоспроможність лікарень у наданні ними медичних послуг населенню. Цікавим є досвід об'єднання лікарень в Нідерландах для

забезпечення ефективності і вертикальної інтеграції між замовником і лікарнями. При цьому дослідники M.Canoy, W.Sauter [7] наголошують, що цей процес потребує зваженого підходу, оскільки отриманий результат в значній мірі залежить від державної політики (наприклад, протидії банкрутству чи попередження надмірного впливу медичних працівників).

Відповідальність за встановлення методів оплати лікарів і лікарень часто розділяється між різними типами зацікавлених сторін (зокрема, центральний та регіональні уряди, фонди медичного страхування). Визначення методів оплати лікарень, як правило, здійснюється більш централізовано. Слід відзначити, що фінансування лікарень, які надають медичну допомогу при гострих станах, в більшості країн-членів ОЕСР змішане (різні комбінації методів оплати), однак всі вони забезпечують конкретні стимули для забезпечення обсягів, якості і ефективності виробництва лікарняних послуг.

В основному лікарні фінансуються за методом оплати за пролікований випадок та проспективного глобального бюджету, призначеного для покриття конкретних категорій витрат.

Фінансування на основі глобальних бюджетів дозволяють лікарням велику гнучкість у розподілі ресурсів. Лікарні в Ісландії, Люксембурзі і Португалії фінансуються виключно на основі глобальних бюджетів. За висновками міжнародних експертів глобальні бюджети не стимулюють до нарощення обсягів послуг, принаймні, в короткостроковій перспективі. У деяких ситуаціях, коли бюджети обмежені, виникає потреба у коригуванні попиту на послуги через запровадження листів-очікування.

Багато країн поєднує глобальні бюджети з оплатою за проліковані випадки. Глобальний бюджет використовується для покриття 50% і більше послуг лікарняного сектору в Австралії, Канаді, Республіці Чехії, Данії, Ірландії, Мексиці, Нідерландах, Норвегії, Нової Зеландії. На

противагу, в Великій Британії і Швеції реалізується механізм оплати за пролікований випадок. А лікарні інтенсивного лікування у Фінляндії, Франції, Німеччині, Угорщині, Італії, Польщі і Республіці Словачії фінансуються виключно за методом оплати за пролікований випадок.

В Бельгії, Японії і Кореї для оплати лікарняних послуг лікарень інтенсивного лікування застосовують комбінації методів оплати: оплату за послугу+процедуру+ліжко-день. В Австрії та Греції оплата на основі ДСГ поєднується з ретроспективною оплатою для покриття всіх витрат лікарень. У Швейцарії кантони вирішують який метод оплати лікарень застосовувати – 2/3 кантонів використовують оплату за пролікований випадок, інші – глобальний бюджет.

В цілому, оплата лікарняних послуг в країнах, де основним джерелом фінансування є кошти фондів загальнообов'язкового медичного страхування, і країн, які використовують як джерело фінансування системи охорони здоров'я (СОЗ) загальні податки, відрізняються. Зокрема, у країнах із загальнообов'язковим медичним страхуванням державні і приватні некомерційні лікарні фінансуються за методом оплати на основі діагностично-споріднених груп; приватні комерційні лікарні – оплати за послуги.

В країнах, які використовують як джерело фінансування СОЗ загальні податки, як метод оплати державних і приватних некомерційних/некомерційних лікарень найчастіше використовують проспективні глобальні бюджети. Виключення – державний сектор Австралії, Фінляндії, Великої Британії; приватний сектор Данії, Італії, Норвегії, в цих країнах оплата лікарняного сектору здійснюється на основі діагностично-споріднених груп (ДСГ).

Останнім часом в країнах-членах ОЕСР надзвичайної ваги набуває запровадження механізму оплати за результати діяльності (англ. pay for

performance – F4F) [8–11], які визначаються в основному за клінічними результатами, застосуванням належних доказових практик, рівня задоволеності пацієнтів. Наприклад, участь постачальників у цьому процесі обов'язкова у Австралії, Франції, Іспанії, Швеції, Португалії Туреччині; на добровільних засадах – цей механізм використовується у лікарнях Люксембургу і Великої Британії. Крім того, в Люксембурзі одним із індикаторів є ефективне управління закладами, Франції – оцінюється ефективне використання лікарських засобів

Висновки.

В цілому слід відзначити, що методи оплати постачальників повинні відповідати пріоритетам існуючої системи охорони здоров'я і гнучко реагувати на зміни епідеміологічної ситуації для забезпечення безперебійної та якісної допомоги пацієнтам в контексті обмежених ресурсів.

Важливим для осіб, що приймають рішення у сфері охорони здоров'я в більшості країн ЄС, є вирішення проблем, які стосуються функціонування і змін моделей оплати медичних послуг, визначення ключових показників ефективності (наприклад, індикаторів якості наданих послуг, витрати-ефективність, використання практик і схем лікування, які базуються на наукових доказах, стандартизованих процесів при управлінні і веденні документації тощо), підходів і критеріїв до їх вимірювання

Література:

1. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я : Закон України від 06.04.2017 № 2002-VIII [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2002-viii>.

2. McKee M. Реформа больниц в новой Европе / Martin McKee : Healy Open University Press, World Health Organization, 2002. – 295 p.
3. Edwards N. The future role of the hospital / N. Edwards, M. McKee // Journal of Health Services Research & Policy. – 2002.– №7. – P. 1–2;
4. Where next for Euro-hospitals? // Hospital. – 2000. – №2 (2). – P. 37–39.
5. McKee M, Healy J. The role of the hospital in a changing environment / M. McKee, J. Healy // Bulletin of the World Health Organization. – 2000. – №78. – P. 803–810.
6. Health promoting hospitals: meeting the needs of the people //Journal of Health Gain. – 2001. – №5 (2). – P.3–7.
7. Hospital mergers and the public interest: recent developments in The Netherlands / Marcel Canoy, Wolf Sauter // Tilburg University, 2009 . –12 p.
8. The Effect Of Pay-For-Performance In Hospitals: Lessons For Quality Improvement / Rachel M. Werner, Jonathan T. Kolstad, Elizabeth A. Stuart, Daniel Polsky // Health Affairs. – 2011. – №30 (4). – P. 690–698,
9. Pay for performance in hospitals: implications for nurses and nursing care /Bodrock JA1, Mion LC.// Quality Managament Health Care. – 2008. – №17 (2). – P. 102–111.
10. Public Reporting and Pay for Performance in Hospital Quality Improvement /Peter K. Lindenauer, Denise Remus, Sheila Roman and et. // New England Journal of Medicine. – 2007. – №356. – P. 486—496.
11. Ryan A. Making the Best of Hospital Pay for Performance /Andrew Ryan, Jan Blustein // New England Journal of Medicine . – 2012. – №366. – P. 1557–1559.