

М.В. Шевченко

ОБ'ЄДНАННЯ ФІНАНСОВИХ РЕСУРСІВ І ЗАКУПІВЛЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ: МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД І УКРАЇНСЬКІ РЕАЛІЇ

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами, м. Київ, Україна

Мета – показати сучасні тенденції таких функцій фінансування охорони здоров'я, як об'єднання фінансових ресурсів і запровадження стратегічних закупівель, з точки зору міжнародного досвіду та українських реалій.

Методи: бібліосемантичний, інформаційно-аналітичний, порівняльного аналізу.

Результати. Представлено дані зарубіжного досвіду відносно зміни таких функцій системи фінансування охорони здоров'я, як об'єднання і перехід до стратегічних закупівель. Надано характеристику цих функцій для системи фінансування охорони здоров'я в Україні.

Висновки. Системі фінансування охорони здоров'я України притаманні значна фрагментація і роздробленість фінансових потоків за рахунок численних адміністраторів бюджетних коштів, що порушує принцип справедливості у наданні медичної допомоги населенню. Розроблені національними і міжнародними експертами законодавчі ініціативи та концептуальні підходи до реформування системи фінансування охорони здоров'я в Україні передбачають створення системи єдиного платника і розмежування функцій між замовником і постачальниками медичної допомоги, запровадження договірних відносин між ними (стратегічні закупівлі) та нових методів оплати, що орієнтовані на результат.

Ключові слова: об'єднання (пуліне), закупівля, способи оплати постачальників.

ВСТУП

За визнанням міжнародних експертів, діяльність систем фінансування охорони здоров'я спрямована на зниження фінансових ризиків для населення і забезпечення фінансової стійкості систем охорони здоров'я (Council of the European Union, 2006; Всесвітня асамблея охорони здоров'я, 2011; ВООЗ, 2010, 2016).

Слід зазначити, що у підходах до політики фінансування в охороні здоров'я Європейського регіону ВООЗ фінансування відіграє значну роль у зміцненні систем охорони здоров'я в світі (резолюція 64 сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я, Берлін, 2010). Ефективні системи охорони здоров'я, які надають всебічні медико-санітарні послуги, у т.ч. профілактичні, мають виняткове значення для охорони здоров'я, економічного розвитку та добробуту, і ці системи необхідно будувати на засадах справедливого і сталого фінансування (Талліннська хартія ВООЗ «Системи охорони здоров'я для здоров'я і добробуту», 2008).

На думку окремих експертів, проведення оцінки ситуації у системі фінансування охорони здоров'я в розрізі окремих її функцій досить актуальне [35, 39], у тому числі для визначення подальших напрямків її реформування.

Мета роботи – показати сучасні тенденції таких функцій фінансування охорони здоров'я, як об'єднання фінансових ресурсів і запровадження стратегічних закупівель, з точки зору міжнародного досвіду та українських реалій.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Вивчався досвід зарубіжних країн щодо зміни таких функцій системи фінансування охорони здоров'я, як об'єднання і перехід до стратегічних закупівель. Проаналізовано фінансування охорони здоров'я в Україні на сучасному етапі. У дослідженні використано бібліосемантичний, інформаційно-аналітичний, метод порівняльного аналізу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Об'єднання фінансових ресурсів відіграє важливу роль у забезпеченні доступу до медичної допомоги [14, 16, 35, 47, 48, 50], адже консолідація отриманих фінансових ресурсів дозволяє використовувати внески здорових для покриття витрат на медичну допомогу тим, хто її потребує. Об'єднання фінансових ресурсів в «пулі» являє собою акумулювання та управління фінансовими ресурсами для забезпечення гарантій у тому, що фінансовий ризик, який виникає у результаті необхідності сплати за медичне обслуговування, поширюється на всіх його членів, а не тільки на тих, хто захворів. Об'єднання коштів забезпечує розподіл фінансових ризиків, які пов'язані з необхідністю споживання медичної допомоги. Більшість систем фінансування охорони здоров'я включають елементи об'єднання коштів, які поєднують попередню оплату та прямі платежі населення (співучасть у витратах). В ідеалі кошти обов'язкової передоплати повинні бути об'єднаними в один пул, а не зберігатися в різних фондах, оскільки зменшення фрагментації дозволяє підвищити фінансову стійкість системи охорони здоров'я.

Останні дослідження, проведені у більшості країн ЄС і світу, показали, що чим потужніший фонд коштів, тим легше забезпечити рівність доступу до медичної допомоги та ефективність управління.

У більшості країн ЄС усі державні кошти об'єднуються на національному рівні – в одному фонді, за винятком країн, у яких система охорони здоров'я фінансується за рахунок місцевих податків, та тих, де окремі страхові фонди самі збирають внески на соціальне страхування. При цьому існують механізми перерозподілу коштів, коли кошти перерозподіляються між «бідними» та «багатими» регіонами (різниця в базі оподаткування) або між страховими фондами, які обслуговують бідніших громадян або осіб із найвищим ризиком захворіти [48, С. 19].

Досвід зарубіжних країн показує, що незначні за обсягом «пули», які покривають медичні потреби невеликої чисельності населення/споживачів послуг, є нежиттєздатними на довгострокову перспективу. І навпаки – численні «пули», які мають свою адміністрацію та інформаційну систему, також неефективні і роблять соціальну справедливість малодоступною [47, С. 16].

У доповіді ВООЗ (2010) заявлено, що «... консолідація пулів з самого початку реформування повинна бути частиною стратегії. Існування численних пулів неефективно, оскільки дублює один одного і збільшує вартість адміністративних та інформаційних систем. Вони також ускладнюють захист від фінансового ризику та досягнення соціальної справедливості. Для того, щоб система охорони здоров'я працювала, необхідно об'єднати пули, створити дійсно єдиний пул, в рамках якого можна було б вирівнювати ризики» [47, С. 15]. Також наголошується, що найбільш ефективні системи охорони здоров'я уникають фрагментації при об'єднанні коштів, а також при формуванні фінансових потоків та розподілі ресурсів [47, С. 77].

Позитивні приклади об'єднання фінансових ресурсів у «пули» наведено у публікаціях, які стосуються таких країн, як Чілі [42], Колумбія [15], Куба [22, 53], Бразилія [19], Киргизстан [36], Республіка Молдова [33] та ін. [12, 13, 26, 34, 41]. При цьому окремі дослідники наголошують (G. Carrin, I. Mathauer, K. Xu, 2008; David B. Evans, C. Etienne, 2010) [21, 49], що реформи в напрямку забезпечення населенню універсального доступу до медичної допомоги були поступовими, і в більшості європейських країн цей перехід відбувався десятиріччя (навіть понад 50 років); у таких країнах, як Коста-Ріка, Республіка Корея, Таїланд, реформи здійснювалися упродовж 20–30 років.

Окремі дослідники засвідчують, що універсальний доступ може бути забезпечений завдяки оптимальному поєднанню всіх функцій системи фінансування, особливо важливим є питання ефективного використання коштів [25, 37, 47], що здійснюється через функцію фінансування – закупівлю. За визначенням, наданим у Доповіді ВООЗ [47], закупівля – це процес оплати медичного обслуговування, який може здійснюватися шляхом трьох основних способів оплати:

– перший – держава виділяє бюджетні кошти, іноді страхові внески, безпосередньо постачальникам

медичних послуг (інтеграція закупівель та забезпечення послуг);

– другий – інституціональне закупівельне окреме агентство, наприклад фонд медичного страхування чи уповноважений державний орган, що забезпечує придбання медичних послуг/допомоги від імені населення, тобто розмежування функцій покупця та постачальників;

– третій – населення самостійно сплачує постачальникам за надані послуги [39, 47].

Розподіл ресурсів та існуючі процедури закупівель мають важливі наслідки для формування вартості послуг, їх доступності, якості і задоволеності споживачів [29, 37].

На основі способу оплати приймаються рішення стосовно того, які послуги необхідно фінансувати, наприклад заходи з профілактики, і яким чином, адже існує велика кількість різних способів фінансування, починаючи від централізованого фінансування надання послуг у закладах, що перебувають у державній власності, до прямих платежів окремими особами або організаціями за послуги державних і приватних постачальників.

Аналіз наукових публікацій, досліджень експертів ВООЗ та Світового Банку показав, що більшість країн, які стикнулися з проблемами у фінансовому забезпеченні надання медичних послуг, пройшли через ряд реформ, які стосувалися оптимізації або кардинальної зміни функції системи фінансування – закупівлі медичних послуг.

Центральне місце в цих реформах займало розмежування функцій замовника і постачальника медичних послуг, запровадження принципів «гроші ходять за пацієнтом», на відміну від історичного формування бюджетів постачальника, а також використання способів оплати, заснованих на стимулюванні. Багато з цих систем, що включають стимули, засновувалися на подушній оплаті і керованій медичній допомозі, оплаті послуг лікарень залежно від кількості пролікованих випадків для забезпечення більш справедливого розподілу фінансових ризиків між замовником і постачальником медичних послуг.

Визначення способу оплати медичних послуг може бути розширеним, за умови урахування всіх допоміжних дій, а саме укладання контрактів, визначення механізмів звітності, які супроводжують оплату, і систем управління інформацією. Тому способи оплати постачальників означають набагато більше, ніж просто надання фінансових ресурсів для покриття витрат на медичні послуги. Разом з тим спосіб оплати медичних послуг може бути визначений і більш вузько як механізм передачі фінансових ресурсів від замовника послуг охорони здоров'я до постачальників.

Якщо коротко охарактеризувати способи оплати, то слід зазначити, що для первинної медичної та амбулаторно-поліклінічної допомоги переважно використовують три основні способи: постатейний бюджет; оплату за послуги (на основі чи без урахування позицій тарифікатора медичних послуг); подушну оплату. Також надання послуг на первинному рівні можна сплачувати як за пролікований випадок або епізод, але ці способи оплати використовуються не так часто, тому що їх застосування порушує виконання фундаментальних завдань і функцій цієї ланки – орієнтацію на зміцнення здоров'я та профілактику захворювань.

В оплаті лікарняних послуг застосовується п'ять основних способів. Це постатейний бюджет і плата за послугу, оплата за день перебування на лікуванні (оплата за ліжко-день), пролікований випадок і глобальний бюджет. Кожен із них має свої особливості, стимули до покращення якості та ефективності послуг, а також недоліки [6, 45].

В Україні упродовж останніх 15 років проведені окремі дослідження щодо впровадження нових способів фінансування шляхом визначення оптимальних і дієвих організаційно-правових форм діяльності закладів охорони здоров'я, зокрема запровадження їх автономізації та зміни їх господарського статусу [2, 5, 8–10]. Так, В.М. Рудий наголошує у своєму дослідженні, що в системах охорони здоров'я фактично всіх високорозвинених країн дедалі активніше застосовуються моделі регулювання, що ґрунтуються на стратегіях автономізації закладів охорони здоров'я, пов'язаних із формуванням так званих планових регульованих ринків, у поєднанні з моделями децентралізації та обов'язкового саморегулювання, які доповнюються основними елементами акредитації, ліцензування та міжгалузевого співробітництва. Такий підхід на сьогодні вважається найбільш прогресивним і саме на нього орієнтовано сучасні реформи систем охорони здоров'я абсолютної більшості країн, принаймні європейських [10]. Однак фактичні дані, отримані при аналізі ефективності структурних перетворень у різних країнах Європи, свідчать, що надання автономії без попередньої структурної реорганізації може призвести до сповільнення темпів структурних перетворень, оскільки надає адміністрації певні можливості протидіяти реорганізації навіть неефективного закладу, в т.ч. за допомогою впливових лікарів та місцевих урядових органів [40]. Окремі дослідники наголошують на наявності суттєвих ризиків автономізації медичних закладів, оскільки високою є вірогідність того, що самостійність постачальників може призвести ще до більшої комерціалізації їх діяльності, масового вивільнення персоналу, що може призвести до погіршення умов їх роботи [11].

Способи оплати медичних послуг пов'язані й з підвищенням ефективності використання фінансових ресурсів. На сьогодні це є досить актуальною проблемою в світі, що підтверджено даними низки наукових досліджень. Так, дослідження науковців Pricewaterhouse Coopers' Health Research Institute (HRI, США) показали, що неефективні витрати в системі охорони здоров'я цієї країни становили від 1,2 до 2,2 трлн дол. США. Це понад половина всіх щорічних витрат на охорону здоров'я. Доведено, що неефективні витрати пов'язані з трьома ключовими проблемами, або, за текстом оригіналу, «сміттєвими кошиками»: поведінковими (Behavioral), які можна вирішити шляхом більш широкого використання профілактичних заходів, зміни способу життя, наприклад у випадку ожиріння; клінічними (Clinical), які долаються через усунення використання надмірних, зайвих діагностичних чи лікувальних тестів та процедур, використання більш ранніх втручань, недопущення помилок медичного персоналу – все це призводить до погіршення якості життя для пацієнта, а також потребує додаткових витрат для виправлення помилок та їх усунення; операційними (Operational), які пов'язані з

надмірними витратами на адміністрування та інші бізнес-процеси, які не мають прямого відношення до надання медичних послуг [46].

За даними іншого дослідження, проведеного компанією Thomson Reuters (США), щорічні втрати оцінено на рівні 700 млрд дол. США (діапазон коливань від 600 до 850 млрд дол. США) [43]. Основними компонентами, за рахунок яких втрачалися кошти, були наступні (їх шість):

а) адміністративна неефективність системи – \$ 25–50;

б) неефективність постачальників медичних послуг і медичні помилки – \$ 75–100;

в) відсутність координації між службами/постачальниками при лікуванні – \$ 25–50;

г) необґрунтоване використання тестів, процедур, медичних втручань (наприклад, призначення діагностичних тестів, які не мають впливу на призначення курсу лікування; неправильне використання антибіотиків для лікування гострих респіраторних вірусних інфекцій); призначення високоартісних діагностичних процедур пацієнтам за відсутності показань; хірургічні втручання за наявності альтернативного лікування; призначення брендированих препаратів без розгляду альтернативних показань для генериків тощо) – \$ 250–325 [27, 32];

ґ) недостатність профілактики захворювань – \$ 25–50 [52];

д) шахрайство та зловживання – \$ 125–175.

У дослідженні експертів McKinsey Global Institute (США) зазначається, що в США порівняно з країнами – членами організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР) витрачають на охорону здоров'я на 650 млрд дол. США більше [23, С. 39], і ці затрати пов'язані з наданням медичної допомоги у лікарнях, лікарськими засобами та витратами на адміністрування. При цьому 25% компаній-партнерів McKinsey Global Institute зі списку Fortune 500® змогли скоротити неефективні витрати за рахунок використання технологій, заходів впливу на фактори ризику та запровадження здорового способу життя (11 млн дол. США). Потенційна економія від зниження витрат на лікарські засоби становила 3 млн дол. США, ще 5 млн дол. США було заощаджено шляхом використання ефективного управління [54]. Аналогічні дані наводяться й іншими авторами, зокрема David K. Nace, M.D. Jeff Gartland, 2011 [20, С. 3].

Експерти Європейської мережі по боротьбі з шахрайством та корупцією в сфері охорони здоров'я (The European Healthcare Fraud and Corruption Network (EHFCN)) наголошують, що країни ЄС витрачають понад один трлн євро/рік на забезпечення медичного обслуговування своїх громадян. У звіті EHFCN The financial cost of Healthcare fraud відзначається, що 56 млрд євро з бюджетів охорони здоров'я європейських країн втрачаються щорічно внаслідок помилок та корупції, а загальні втрати в глобальному масштабі становлять близько 180 млрд євро [28].

У цілому основними причинами неефективного використання фінансових ресурсів охорони здоров'я є незадовільне функціонування системи охорони здоров'я, ірраціональне використання наявних ресурсів, передусім лікарських засобів, нецільове використання і низький

рівень управління людськими та технічними ресурсами, фрагментарність фінансування та адміністрування, роздробленість фінансових пулів, використання пасивних закупівель замовником медичних послуг/допомоги. Згідно з консервативними оцінками, 20–40% усіх витрат на систему охорони здоров'я витрачається неефективно і не впливає на стан здоров'я населення, а тим більше не покращує його [17, 18, 24, 30, 31, 38, 44, 51].

Якщо характеризувати функцію об'єднання фінансових ресурсів в українській системі охорони здоров'я, то фінансування є фрагментарним і децентралізованим. При цьому слід зазначити, що попри зміни в бюджетному законодавстві щодо об'єднання фінансових ресурсів для потреб охорони здоров'я, фрагментація фінансових потоків залишається значною через існування відомчих («паралельних») систем охорони здоров'я. Так, кошти державного бюджету на охорону здоров'я розподіляються між медичними службами окремих міністерств і відомств, які виступають головними розпорядниками бюджетних коштів (наприклад НАМНУ (12,8% у 2014 р.), Міністерство інфраструктури (8%), Міністерство оборони (6,8%), Міністерство внутрішніх справ (3,8%)). Інші фінансові посередники з числа органів державного управління (Міністерство соціальної політики, СБУ, Державне управління справами) контролювали 6,0% коштів Державного бюджету, спрямованих на охорону здоров'я [7, С. 10–11].

Посилює роздрібненість фінансових ресурсів і діючий механізм визначення розмірів медичної субвенції, остільки розрахункові обсяги видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я продовжують визначати, виходячи з чисельності населення, що проживає на відповідних територіях, з вирахуванням кількості споживачів, які отримують медичну допомогу у відомчих закладах охорони здоров'я. При цьому більшість відомчих систем охорони здоров'я не надають повного спектра медичних послуг прикріпленому населенню, яке паралельно отримує їх у комунальних закладах за місцем проживання. Таким чином, фінансові потоки, призначені для фінансування відомчих та регіональних систем охорони здоров'я, частково перетинаються. Громадяни, які користуються послугами як відомчих, так і комунальних закладів, «відтягують» на себе частину коштів, призначених для фінансування медичної допомоги іншим жителям цих територій. Як правило, взаємодія між відомчими і регіональними системами охорони здоров'я стикається з численними бюрократичними перепонами та різною спрямованістю інтересів суб'єктів їх фінансування. Усе це призводить до нерационального використання сукупного ресурсного потенціалу системи охорони здоров'я в цілому.

Слід зазначити, що жорсткі правила розмежування видатків на потреби охорони здоров'я між бюджетами різних рівнів, які визначені чинним законодавством, призвели до дезінтеграції регіональних систем медичного обслуговування, що при одночасному збереженні умов для існування на одній території паралельних медичних структур перетворює на декларовану формальність норму на право вибору пацієнтом лікаря та закладу охорони здоров'я, яка зафіксована в Основах законодавства України про охорону здоров'я.

Тому при переході до активних закупівель на основі договірних відносин між фінансуючою стороною (замовником) і постачальником послуг (заклад охорони здоров'я) необхідно визначити оптимальний рівень об'єднання фінансових ресурсів.

Відносно способів оплати надання медичної допомоги, то вони склалися ще в радянський період і дотепер діють в Україні. За основними параметрами вони носять проспективний характер і здійснюються за методом пасивних закупівель. Фінансування закладів охорони здоров'я фактично ґрунтується на обсягах попереднього бюджетного періоду з незначними коливаннями, що пов'язані з рівнем інфляції, ростом цін на енергоносії та комунальні послуги, зміною інших соціально-економічних індикаторів, зокрема мінімальної заробітної плати.

Також переважна більшість державних і комунальних закладів охорони здоров'я в Україні мають статус бюджетних установ, які, згідно з положеннями бюджетного законодавства, утримуються за рахунок державного чи місцевих бюджетів відповідно. При цьому обсяг фінансування постачальників не пов'язаний з інтенсивністю і складністю виконуваних робіт. Спрямування видатків на охорону здоров'я здійснюється за допомогою бюджетного фінансування, яке, з одного боку, розглядається як форма бюджетного механізму, що забезпечує фінансування всіх заходів, пов'язаних із виконанням відповідних функцій, а з іншого – як фінансове забезпечення суб'єктів бюджетних відносин для формування можливостей для функціонування і розвитку закладів. Порядком планування і використання бюджетних коштів заснований на нормативному підході (нормативи штатної чисельності персоналу, розмірів оплати праці, витрат на медикаменти, харчування хворих тощо). Більшість нормативів, в свою чергу, прив'язані до характеристик потужності (кількості ліжок у лікарнях і відвідувань в амбулаторно-поліклінічних закладах).

Бюджетні кошти виділяються за методом постатейного кошторису доходів і витрат. Кошторис бюджетної установи включає обсяги доходів і видатків загального фонду (власне бюджетних коштів, що спрямовуються в заклади охорони здоров'я розпорядником бюджетних коштів – фінансуючою стороною) та спеціального фонду (доходів від надання платних послуг, договорів з фізичними та юридичними особами тощо), інших зборів і платежів, які прирівнюються до бюджетних видатків. Кошти спеціального фонду плануються за визначеною метою на погашення заборгованості установи та проведення заходів, пов'язаних із виконанням основних функцій, які не забезпечені (не повністю забезпечені) видатками загального фонду. Передача коштів між загальним та спеціальним фондами обмежена і дозволяється лише за умови внесення змін до закону про Державний бюджет або рішення відповідної місцевої ради.

Кошторис бюджетних установ формується і здійснюється відповідно до повної економічної класифікації видатків (за кодами економічної класифікації видатків – КЕКВ), яка згідно з чинним законодавством призначена для чіткого розмежування видатків бюджетних установ та одержувачів бюджетних коштів за економічними характеристиками операцій, які

здійснюються відповідно до функцій держави та місцевого самоврядування, а також для детального розподілу коштів за їх предметними ознаками.

Існуюча система виділення коштів за кошторисом витрат для бюджетних установ має ряд серйозних недоліків. По-перше, виділення коштів не пов'язане із результатами роботи закладів; по-друге, відсутні стимули до більш раціонального використання ресурсів; по-третє, відтворюється витратний тип господарювання, у зв'язку з чим навіть значне збільшення обсягів виділених бюджетних коштів не гарантує підвищення повноти та якості виконання державою своїх соціальних зобов'язань. Крім того, керівники закладів охорони здоров'я практично позбавлені свободи перерозподілу витрат на різні потреби закладу з урахуванням ситуативних змін.

З метою запровадження оптимальної системи фінансування охорони здоров'я в Україні на сьогодні розроблено декілька стратегій докорінних змін цієї системи. Зокрема положення проекту Закону про організацію медичного обслуговування населення в Україні [3] містить низку принципових новел, які стосуються кардинальних змін усіх функцій системи фінансування, у т.ч. об'єднання фінансових ресурсів і запровадження стратегічних закупівель. Наприклад, для забезпечення реалізації державної політики в сфері вибору постачальників і відшкодування витрат за видами медичної допомоги на основі укладених договорів про медичне обслуговування населення, виходячи з потреб населення у певних видах медичної допомоги, запропоновано створити спеціалізовану закупівельну агенцію, яка буде головним розпорядником за бюджетними призначеннями, визначеними законом про Державний бюджет України. Пропонується законодавчо затвердити умови, форми та розміри співоплати надання медичної допомоги населенням, запровадити нові ефективні способи оплати медичної допомоги.

У Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я України, яка підготовлена робочою групою з питань реформи фінансування охорони здоров'я

при МОЗ України у лютому 2016 року, пропонуються аналогічні новації. Зокрема це стосується створення Єдиного національного замовника медичних послуг – Національної агенції з фінансування охорони здоров'я (НФА), а також запровадження нових механізмів оплати медичних послуг [4]. Таким чином, можна говорити про створення передумов для реалізації змін системи фінансування, напрацьовані пропозиції, у т.ч. і законодавчі, щодо їх запровадження.

ВИСНОВКИ

1. Системі фінансування охорони здоров'я України притаманна значна фрагментація і роздробленість фінансових потоків за рахунок численних адміністраторів бюджетних коштів, що порушує принцип справедливості у наданні медичної допомоги населенню.

2. Ключовими компонентами реформ системи фінансування за надійними доказовими даними є комплексні зміни функцій фінансування, передусім об'єднання бюджетних ресурсів, перехід до стратегічних закупівель шляхом розмежування функцій замовника та постачальника послуг і запровадження системи єдиного платника (спеціалізованої агенції), запровадження закупівель на основі договорів про медичне обслуговування населення.

3. Розроблені національними і міжнародними експертами законодавчі ініціативи та концептуальні підходи до реформування системи фінансування охорони здоров'я в Україні передбачають створення системи єдиного платника і розмежування функцій між замовником і постачальниками медичної допомоги, запровадження договірних відносин між ними (стратегічні закупівлі) та нових методів оплати, що орієнтовані на результат.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з розробкою і науковим супроводом реформи основних функцій системи фінансування охорони здоров'я в Україні.

ЛІТЕРАТУРА

1. 10 фактов о финансировании здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.who.int/features/factfiles/health_financing/photos/ru/index9.html. – Заглавие с экрана.
2. Автономізація закладів первинної медико-санітарної допомоги – один із шляхів підвищення ефективності використання ресурсів в охороні здоров'я / В. М. Лехан, Л. Ф. Матюха, К. О. Надутий [та ін.] // Медико-технологічні нормативи в роботі лікувальних закладів : сучасний стан проблеми в Україні: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф., 15–16 жовт. 2009 р. – Київ, 2009. – С. 41–42.
3. Закон про організацію медичного обслуговування населення в Україні : проект від 15.04.2016 №4456 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?id=&pf3511=57374
4. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України (підготовлена робочою групою з питань реформи фінансування охорони здоров'я при МОЗ України, лютий 2016) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://moz.gov.ua/docfiles/pre_20160205_0_dod.pdf.
5. Літвак А. І. Дослідження систем управління медичного закладу / А. І. Літвак. – Одеса : ОРДІУ НАДУ, 2005. – 142 с.
6. Москаленко М. Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст : монографія / М. Ф. Москаленко. – Київ : Книга плюс, 2008. – 320 с.
7. Національні рахунки України у 2014 році: статистичний бюлетень / Державна служба статистики України. – Київ, 2016. – С. 10–11.

8. Полікова Л. В. Медики Близнюківщини забезпечили стовідсоткове обслуговування населення сімейними лікарями – одні з найперших в області: виступ на розширеній колегії Національної Ради з питань охорони здоров'я від 30.03.09 р. [Електронний ресурс] / Л. В. Полікова. – Режим доступу : <http://www.simmed.com.ua>. – Назва з екрану.
9. Розмежування фінансування первинної та вторинної медичної допомоги в законодавстві України: сучасний стан і пропозиції щодо вдосконалення : звіт проекту TACIS «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні», 2009 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.eu-shc.com.ua/UserFiles/File/expert_letters/4_VR_PHC&SHC%20Split_150209_final.pdf. – Заголовок з екрану.
10. Рудий В. М. Державне регулювання автономізації закладів охорони здоров'я в Україні: автореф. дис. ... канд. наук з держ. управління : 25.00.02 / В. М. Рудий. – Київ, 2006. – 20 с.
11. Шейман И. М. О необходимых мерах государственной политики в сфере здравоохранения Украины в условиях экономического кризиса / И. М. Шейман, С. В. Шишкин; внештатные эксперты ВОЗ. – Киев, 2009. – 15 с.
12. Arfa C. Tunisia: good practice in expanding health care coverage. Lessons from reforms in a country in transition : Lessons from reforms in low- and middle-income countries. Good practices in health financing / C. Arfa, H. Achouri; P. Gottret, G. J. Schieber, H. R. Waters, eds. – Washington, DC: The World Bank, 2008. – P. 385–437.
13. Axelson H. Health financing for the poor produces promising short-term effects on utilization and out-of-pocket expenditure: evidence from Vietnam / H. Axelson // International Journal for Equity in Health. – 2009. – № 8. – P. 20.
14. Bach P. Cost sharing for health care – whose skin? Which game? New England / P. Bach // Journal of Medicine. – 2008. – № 358. – P. 411–413.
15. Baeza C. Beyond survival: protecting households from health shocks in Latin America / C. Baeza, T. Packard. – Washington DC : TheWorld Bank, 2006. – 172 p.
16. Braithwaite R. Linking cost sharing to value: an unrivaled yet un realized public health opportunity / R. Braithwaite, A. B. Rosen // Annals of Internal Medicine. – 2007. – №146 (8). – P. 602–605.
17. Cameron A. Cost savings of switching consumption from originator brand medicines to generic equivalents: World health report 2010 backgroundpaper, № 35 [Electronic resource] / A. Cameron. – Access mode : http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en. – Title from screen.
18. Chisholm D. Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage. World health report 2010 backgroundpaper, № 28 [Electronic resource] / D. Chisholm, D. B. Evans. – Access mode : http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en. – Title from screen.
19. Damrongplisit K. Early results from Thailand's 30 Baht Health Reform: something to smile about / K. Damrongplisit, G. A. Melnick. – Millwood : HealthAff, 2009. – 28 p.
20. David K. Nace. Gartland Providing Accountability. Accountable Care Concepts for Providers / David K. Nace, M. D. Jeff. – McKesson and/or its affiliates, 2011. – 13 p.
21. Evans David B. Health systems financing and the path to universal coverage / David B. Evans, Carissa Etienne // Bulletin of the World Health Organization. – 2010. – №88. – P. 402–402.
22. Family medicine in Cuba: Community-oriented primary care and complementary and alternative medicine / Lee T. Dresang, Laurie Brebick, Danielle Murray [et al.] // Journal of the American Board of Family Medicine. – 2005. – № 18 (4). – P. 297–303.
23. Farrel D. Accounting for the Cost of U.S. Healthcare: A New Look at Why Americans Pay More / D. Farrel, E. Jensen, B. Kocher ; Mckinsey Global Institute. – 2008. – 121 p.
24. Ferreira F. H. G. Social Protection in Latin America: achievements and limitation [Electronic resource] / F. H. G. Ferreira, D. Robalino ; The World Bank, Latin Americaand the Caribbean Region, Office of the Chief Economist and Human Development Network, Social Protection and Labor Unit (PolicyResearch Working Paper WPS5305. – Washington, DC, 2010. – Access mode : http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2010/05/10/000158349_20100510134942/Rendered/PDF/WPS5305.pdf. – Title from screen.
25. Figueras J. Purchasing to improve health systems performance: Case studies in European countries / J. Figueras, R. Robinson, E. Jakubowski. – Copenhagen : World Health Organization, 2006. – 299 p.
26. Franco L. M. Effects of mutual health organizations on use of priority health-care services in urban and rural Mali: a case-control study / L. M. Franco // Bulletin of the World Health Organization. – 2008. – № 86. – P. 830–838.
27. Fu A. Z. Potentially inappropriate medication use and healthcare expenditures in the U.S. community-dwelling elderly / A. Z. Fu, J. Z. Jiang, J. H. Reeves // Med Care. – 2007. – № 45(5). – P. 472–476.
28. Gee Jim The financial cost of healthcare fraud / Jim Gee, Mark Button, Graham Brooks. – European Healthcare Fraud and Corruption Network. – MacIntyre Hudson, 2012. – 16 p.
29. Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity [Electronic resource] / M. J. Roberts, W. Hsaio, P. Berman, M. Reich. – New York : Oxford University Press, 2004. – Access mode : <http://www.hsph.harvard.edu/health.../publications/>. – Title from screen.
30. Health spending growth at a historic low in 2008 / M. Hartman, A. Martin, O. Nuccio, A. Catlin ; the National Health Expenditure Accounts Team // Health Affairs. – 2010. – № 29. – P. 147–155.

31. Hollingsworth B. The measurement of efficiency and productivity of health care delivery / B. Hollingsworth // Health Economics. – 2008. – № 17. – P. 1107–1128.
32. Impact of Clinical Guidelines to Improve Appropriateness of Laboratory Tests and Chest Radiographs / G. Prat, M. Lefevre, E. Nowak [et al.] // Intensive Care Medicine. – 2009. – № 35 (6). – P. 1047–1053.
33. Jowett M. Extending population coverage in the national health insurance scheme in the Republic of Moldova / M. Jowett, S. Shishkin. – Copenhagen : World Health Organization Regional Office for Europe, 2010. – 53 с.
34. Jowett M. The Philippines: extending coverage beyond the formal sector / M. Jowett, W. C. Hsiao ; W. Hsiao, P. R. Shaw, eds. Social health insurance for developing nations. – Washington DC: The World Bank, 2007. – P. 81–104.
35. Kutzin J. Alternative Financing Strategies for Universal Health Coverage / J. Kutzin // In World Scientific Handbook of Global Health Economics and Public Policy, Richard M. Scheffler, ed. / J. Kutzin, W. Yip, C. Cashin // Economics of Health and Health Systems, 2016. – Vol. 1. – P. 43.
36. Kutzin J. Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan / J. Kutzin // Bulletin of the World Health Organization. – 2009. – № 87. – P. 549–554.
37. Langenbrunner J. C. Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems. How To Manuals / J. C. Langenbrunner, C. Cashin, Sh. O'Dougherty. – The International Bank for Reconstruction and Development: The World Bank, 2009. – 348 p.
38. Lu Y. Medicine expenditures. In: The world medicines situation [Electronic resource] / Y. Lu. – Geneva : World Health Organization, 2010. – Access mode : <http://dosei.who.int/>. – Title from screen.
39. McIntyre D. Health financing diagnostics & guidance. Health financing country diagnostic. A foundation for national strategy development / D. McIntyre, J. Kutzin; WHO Regional Office for Europe. – Copenhagen, 2016. – 58 p.
40. McKee M. Hospitals in a changing Europe: options for Europe. – European Observatory on Health Care Systems Series / M. McKee, J. Healy. – Buckingham : Open University Press, 2002. – 319 p.
41. Meessen B. Health and social protection: experiences from Cambodia, China and Lao People's Democratic Republic / B. Meessen. – Antwerp : ITG Press, 2008. – 562 p.
42. Missoni E. Towards universal health coverage: the Chilean experience. World health report 2010 background / E. Missoni, G. Solimano. – [Electronic resource]. – URL : http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en. – Title from screen.
43. Robert Kelley. Where can \$700 billion in waste be cut annually from the u.s. healthcare system? / Robert Kelley. – Thomson Reuters, 2009. – 30 p.
44. Roses M. Hacia un desarrollo integrado e inclusivo en América Latina y el Caribe, 2010 [Electronic resource] / M. Roses – Access mode : http://www.paho.org/Spanish/D/D_III_ForoPolitica-Social_OPS_final.ppt. – Title from screen.
45. Smith Peter C. Paying for Health Services: Making Purchasers Accountable. Technical brief / Peter C. Smith. – The World Bank, 2010. – 4 p.
46. The price of excess: identifying waste in healthcare spending / PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute, 2009 [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.pwc.com/us/en/healthcare/publications/the-price-of-excess.jhtml>. – Title from screen.
47. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. – Geneva : WHO, 2010. – 128 p.
48. Thomson S. Финансирование здравоохранения в Европейском Союзе. Проблемы и стратегические решения / S. Thomson, Th. Foubister, E. Mossialos; WHO Regional Office for Europe. – Copenhagen, 2010. – 240 с.
49. Universal coverage of health services: tailoring its implementation / Guy Carrin, Inke Mathauer, Ke Xu, David B. Evans // Bulletin of the World Health Organization. – 2008. – № 86. – P. 817–908.
50. Wading through medical insurance pools: a primer / The American Academy of Actuaries [Electronic resource]. – URL : http://www.actuary.org/pdf/health/pools_sep06.pdf, accessed 06 July 2011. – Title from screen.
51. Walgate R. European health systems face scrutiny in US debate / R. Walgate // Lancet. – 2009. – № 374. – P. 1407–1408.
52. Waste in the U.S. Healthcare System: A Conceptual Framework / T. G. K. Bentley, R. M. Effros, K. Palar, E. B. Keeler // The Milbank Quarterly. – 2008. – № 4. – P. 629–659.
53. Whiteford L. M. Primary health care in Cuba: the other revolution / L. M. Whiteford, L. G. Branch. – Lanham : Rowman and Littlefield Publishers, 2008. – 28 p.
54. Your Investment is Real. Your Return Should be Too. Truvenhealth., 2012 [Electronic resource]. – Access mode : http://www.truvenhealth.com/your_healthcare_focus/employer/control_my_healthcare_costs.aspx. – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.07.2016 р.

Объединение финансовых ресурсов и закупка медицинских услуг: международный опыт и украинские реалии

М.В. Шевченко

ГНУ «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами, г. Киев, Украина

Цель – показать современные тенденции таких функций финансирования здравоохранения, как объединение финансовых ресурсов и внедрение стратегических закупок, с точки зрения международного опыта и украинских реалий.

Методы: библиосемантический, информационно-аналитический, сравнительный анализ.

Результаты. Представлены данные зарубежного опыта относительно изменения таких функций системы финансирования здравоохранения, как объединение и переход к стратегическим закупкам. Даны характеристики этих функций для системы финансирования здравоохранения в Украине.

Выводы. Для системы финансирования здравоохранения Украины характерны значительная фрагментация и раздробленность финансовых потоков за счет многочисленных администраторов бюджетных средств, что нарушает принцип справедливости в оказании медицинской помощи населению. Разработанные национальными и международными экспертами законодательные инициативы и концептуальные подходы к реформированию системы финансирования здравоохранения в Украине предусматривают создание системы единого плательщика и разграничение функций между заказчиком и поставщиками медицинской помощи, введение договорных отношений между ними (стратегические закупки) и новых методов оплаты, ориентированных на результат.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: объединение (пулинг), закупка, способы оплаты поставщиков.

Combining of financial resources and purchase of medical services: international experience and Ukrainian realities

M.V. Shevchenko

SIS «Research and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine» State Administrative Department, Kyiv, Ukraine

Purpose – present current trends of health financing functions such as the pooling of financial resources and the introduction of strategic procurement in terms of international experience and Ukrainian realities.

Methods: bibliosemantic, information-analytical, comparative analysis.

Results. The data of international experience with respect to change of health care financing system functions as a union and the transition to strategic procurement. Characteristics of these functions are presented in the health care financing system in Ukraine.

Conclusions. For health financing system of Ukraine is characterized by considerable fragmentation and fragmentation of financial flows due to the numerous budget administrators, which violates the principle of equity in the provision of medical assistance to the population. Developed by national and international experts, legislative initiatives and conceptual approaches to health financing reform in Ukraine include the establishment of a single-payer system and the separation of functions between the purchaser and the health care providers, the introduction of contractual relations between them (strategic purchasing) and new result-oriented payment methods.

KEY WORDS: pooling, purchasing, provider payment systems.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА

Шевченко Марина Вікторівна – к.мед.н., с.н.с., старший науковий співробітник наукового відділу організації медичної допомоги ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами; вул. Верхня, 5, м. Київ, 01014, Україна.