

УДК 614.2

В.М. ФІЛАТОВ, к.е.н., доц., ХНЕУ, м. Харків

ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ ЛІКАРНЯНОЇ СИСТЕМИ В УКРАЇНІ

Розглядаються питання трансформації економічних відносин в лікарняній системі. Обґрунтовується необхідність введення конкурентних відносин.

The main question of the article is economic relations transformation in hospital system. The article gives prove of competitive relations introduction necessity.

Ключові слова Охорона здоров'я, лікарняна система, ефективність, економічні інтереси, конкуренція.

Вступ Сучасний стан системи охорони здоров'я в Україні не задовольняє потребам суспільства. Механізм значної частини взаємозв'язків між окремими суб'єктами сфери охорони здоров'я не відповідає дії економічних законів, на підставі яких розвивається більша частина економіки країни. Проблема підвищення ефективності функціонування сфери охорони здоров'я знаходить своє відображення в роботах Акопяна А.С., Бояринцева Б.І., Венедиктова Д.Д., Вялкова.О.І., Голухова Г.Н. та інш.

Постановка завдання Завданням даного дослідження є розробка рекомендацій щодо реформування існуючих економічних відносин у лікарняній системі. Для прийняття науково обґрунтованих рішень необхідно ретельно проаналізувати світовий досвід побудови економічних відносин у лікарняній системі. Результати такої роботи викладені у цій статті.

Методологія Успішна трансформація економічних відносин у лікарняній системі неможлива без погодженої взаємодії між зовнішнім середовищем і організаційною структурою самої лікарняної системи. Зовнішнє середовище можна теоретично представити у вигляді певної сукупності функціональних взаємозв'язків, що впливають на якісні показники роботи лікарень. В економічно розвинених країнах зовнішнє середовище представлене, як правило, наступними суб'єктами: уряд, власники лікарень, організації-платники, індивідуальні споживачі. Уряд встановлює правила функціонування лікарняної системи і здійснює нагляд за їх виконанням. Відносини між лікарнею і її власником визначають принципи розподілу повноважень по прийняттю рішень і розподілу прибутку. Лікарні піддаються впливу як з боку організованих колективних

споживачів послуг (планований попит страхових організацій), так і з боку неорганізованих індивідуальних споживачів (стихійний попит).

Організаційна структура будь-якої лікарняної системи складається з окремих елементів. В наш час в більшості країн ключовими аспектами організаційної структури є: самостійність, присутність на ринку, статус претендента на залишок, підзвітність, соціальні функції [1]. Під самостійністю розуміється рівень повноважень по прийняттю рішень, тобто ступінь самостійності лікарні по відношенню до уряду, власника лікарні, страхових організацій, індивідуальних споживачів. До основних повноважень можуть входити: визначення сфери діяльності й керівництво її основними аспектами, керування фінансами, контроль обсягів і структури капіталовкладень, стратегічне керування, вироблення ринкової стратегії, стратегії продажів та ін. Присутність на ринку означає реальне впровадження, у тій або іншій формі, принципів ринкової економіки в діяльність лікарняної системи. Вона створює сильні фінансові стимули й підвищує ефективність роботи лікарні. Статус претендента на залишок відображає для лікарні міру її фінансової відповідальності. Він проявляється в можливості одержання фінансів, розпорядженні ними за своїм розсудом і відповідальності за їх витрачання. Підзвітність характеризує можливість міністерства охорони здоров'я контролювати роботу лікарняної системи. У міру впровадження ринкових елементів у роботу лікарняної системи, можливості міністерства охорони здоров'я по забезпеченню прямої підзвітності знизу нагору зменшуються. Це приводить до необхідності впровадження нових механізмів, що забезпечують непряму підзвітність. В якості таких механізмів можуть виступати контракти й інструкції в поєднанні з постійним моніторингом їх виконання. Під соціальними функціями, що виконуються лікарнями, маються на увазі дії, спрямовані на соціальний захист певних груп осіб при відсутності цільового фінансування такого роду дій. Впровадження в лікарняну систему елементів ринкових відносин відразу ж починає позначатися на значимості зазначених аспектів. Зростає роль ключового організаційного аспекту - самостійності, змінюється природа стимулів, росте роль фінансових стимулів.

Результати дослідження Лікарняній системі України властиві наступні ключові ознаки. Всі лікарні є структурними підрозділами Міністерства охорони здоров'я, перебувають у власності держави й фінансуються безпосередньо з бюджету. Головним агентом зовнішнього середовища є Міністерство охорони здоров'я, що виконує функції керівництва, закупівель і нагляду. Основним показником роботи лікарняної системи виступає місткість лікарень. Тому бюджети лікарень визначаються на підставі нормативних показників (ліжко-

днів). Кошти розміщуються постатейно, їх переклад з однієї статті на іншу не допускається. Надання медичних послуг населенню більшою мірою було орієнтовано на лікарні. З розпадом Радянського Союзу така система зазнала певні зміни в багатьох країнах Центральної і Східної Європи і колишнього СРСР. Реформування йшло по двох основних напрямках: організаційний поділ трьох зовнішніх функцій - нагляду, закупівель і керівництва й перехід прав власності на лікарні від центральної державної влади до муніципалітетів. Така трансформація була обумовлена введенням принципів соціального страхування.

Розглянемо зміни окремих аспектів організаційної структури лікарень у перехідному періоді. До реформування такі найважливіші показники як чисельність працівників, рівень зарплати підлягали винятково централізованому плануванню й регулюванню. У перехідний період частина повноважень по прийняттю кадрових рішень була передана лікарням. Держава перестала відігравати роль прямого наймача медичного персоналу. У всіх країнах саме лікарня укладає договори по найманню лікарів. Втім проголошена самостійність лікарень із питань наймання, звільнення й оплати праці медичного персоналу на практиці обмежується. Так у багатьох країнах (Албанія, Хорватія, Чехія, Польща й ін.) працівники лікарень є державними службовцями і їх оплата праці регулюється централізованим законодавством. [2,3]. Виняток становлять Латвія, Литва і Естонія, де зарплата медперсоналу не регламентується вищими органами [4,5]. Як показує досвід, при призначенні на посаду керівників лікарень значну роль грають політичні міркування. Тому самостійність керівництва лікарень піддається впливу інтересів тих політиків, що їх призначили.

Повноваження лікарень по прийняттю рішень щодо капіталовкладень також значно обмежуються. В умовах, коли лікарням вигідно скорочення потужностей заради підвищення економічної ефективності їхньої діяльності, вони не можуть цього зробити без дозволу власників: центрального уряду або місцевого виконавчого органа. У власників же нерідко політичні міркування переважають економічну доцільність.

Як показує досвід, рівень капітальних витрат на розвиток лікарень в країнах з перехідною економікою знижуються. Розподіл інвестицій відбувається централізовано і здійснюється з доходів загального оподаткування. Процес розподілу нерідко носить суб'єктивний характер, а обсяги фінансування визначаються виходячи із залишкового принципу. Виникають проблеми і з відшкодуванням основного капіталу. Така ситуація пояснюється двома причинами. По-перше, у багатьох країнах у витрати лікарень, що оплачуються страховими організаціями, не включаються амортизаційні відрахування. По-

друге, децентралізація прав власності на лікарні не супроводжується передачею адекватних повноважень по збору доходів [6]. Трансформація економічних відносин у сфері охорони здоров'я привела до поділу покупців і постачальників лікарняних послуг. У такій ситуації страхові фонди повинні були б детально обумовлювати перелік послуг і їхній склад. Однак на практиці в більшості країн контракти між фондом медичного страхування й лікарнями усе ще докладно обумовлюють вкладення, як це було в дореформеному періоді. У контрактах вказується чисельність персоналу, кількість ліжок, типи лікарняних підрозділів, години роботи лікарів. Рівень і склад послуг представлений лише сукупністю категорій послуг по стаціонарному і амбулаторному лікуванню. У більшості країн з перехідною економікою ціни на лікарняні послуги встановлюються міністерством охорони здоров'я або спеціально призначеним комітетом [7,с.211-212]. У механізмі керування лікарнями практично не відбулося змін. Керівники лікарень і відділень мають значну владу й користуються управлінськими інструментами дореформеного періоду. Як і колись, жорстко контролюються вкладення й практично не контролюються обсяг і якість надаваних послуг.

Досить важливим є питання про фінансову відповідальність лікарень і про можливість отримання ними прибутку. У роботах західних економістів можливість отримання прибутку формулюється як статус претендента на залишок. В раніше існуючому режимі лікарні фінансувалися постатейно, незасвоєні кошти поверталися міністерству охорони здоров'я й перерозподілялися. Лікарні не отримували прибуток, вони не мали стимулів до економії коштів і підвищення ефективності роботи. В перехідний період в більшості країн претендентом на залишок стає не міністерство охорони здоров'я, а безпосередньо лікарні. Однак реформи виявилися половинчастими, оскільки лікарні не несуть, як і колись, відповідальності за дефіцит свого бюджету.

Реформи лікарняної системи в країнах Східної Європи ознаменувалися скороченням ряду функцій міністерства охорони здоров'я. З функцій міністерства були виключені повноваження по контролю фінансової діяльності лікарень і якості їх послуг. Ці дії продиктовані бажанням відійти від централізованих методів керування і підвищити ефективність функціонування лікарняної системи. Як показує досвід такого реформування, у різних країнах підзвітність лікарень здійснюється різними способами, однак задоволеності результатами немає в жодній країні. У багатьох країнах контроль діяльності лікарняної системи перекладений на власників лікарень - органи місцевого самоврядування. У той же час, муніципалітети фактично позбавлені важелів для безпосереднього впливу на поведінку лікарень, оскільки вони не фінансують лікарні і в обмеженому ступені

контролюють капіталовкладення в них. Тому лікарні не надають органам місцевого самоврядування ділову й фінансову документацію. Існують серйозні проблеми і в механізмі підзвітності перед платниками, у якості яких виступають різні організації соціального страхування.

Реформи лікарняної системи в країнах Центральної й Східної Європи показали значну неоднорідність у змінах окремих функцій системи. Серйозні зміни відбулися по таких параметрах, як статус претендента на залишок і присутність на ринку. Лікарні стали самостійно розпоряджатися отриманими інвестиціями, зекономленими коштами, прибутком. Відповідно зросла і їх присутність на ринку, яку ще більше зміцнила практика неформальних платежів. Поряд із цим, лікарні продовжують здійснювати не фінансовані соціальні функції. Самостійність лікарень формально виросла, реально ж керівники піддаються додатковим регулюючим впливам. Практично у всіх країнах міністерство охорони здоров'я позбавлено права по здійсненню прямого контролю й нагляду. Однак ті організації, до яких перейшли ці права, не змогли забезпечити належну підзвітність.

В цілому очікувалося, що зміна зовнішнього середовища, тобто впровадження принципів страхової медицини, змусить лікарняну систему пристосуватися до нових умов. Однак організаційна структура лікарень виявилася досить консервативною. У результаті має місце взаємна невідповідність зовнішнього середовища й внутрішніх стимулів до розвитку організаційної структури. Відзначимо нездатність власників, тобто муніципалітетів, належним чином впливати на стратегічний розвиток лікарень і невідповідність законодавчої системи до нових умов роботи. В результаті реформ лікарні отримали самостійність і стали виступати суб'єктами на ринку медичних послуг, однак практично ніде не були розроблені закони, які адекватно відображали б нову ситуацію. Автори реформ сподівалися на підвищення економічності й технічної ефективності роботи лікарняної системи. Передбачалося значно скоротити кількість ліжок і видатки на персонал. Очікувалося, що лікарні в нових умовах роботи скоротять надлишкові, з погляду суспільства, ємкості фізичного й людського капіталу. Практика показала ж наявність реального дисбалансу між стимулами й повноваженнями по прийняттю рішень. Лікарні, не будучи власниками, не мають повноваження по скороченню ліжкового фонду і обмежені в прийнятті рішень по кількості персоналу і обсягам його фінансування. Власники ж лікарень, в особі місцевих органів самоврядування, можуть ухвалювати рішення щодо скорочення ліжкового фонду, однак вони позбавлені стимулів до дій такого роду. Все це в сукупності привело

до того, що в реформованій лікарняній системі як і раніше функціонують старі моделі вкладень. Відзначимо ще одне досить істотне протиріччя. В нових умовах лікарні потенційно мають вагомі стимули до підвищення ефективності роботи. Однак відсутність обов'язкової звітності, контролю фінансових і інших показників діяльності дозволяють лікарні при бажанні фактично працювати по старому.

Висновки В рамках нової стратегії розвитку галузі охорони здоров'я в Україні необхідно створити такі умови, в яких окремі суб'єкти специфічних відносин по збереженню й відновленню здоров'я, керуючись власними, насамперед економічними інтересами, будуть працювати на благо всього суспільства, підвищуючи рівень суспільного здоров'я. У всіх суб'єктів цих відносин повинна бути єдина ціннісна орієнтація - здоров'я пацієнтів.

У цей час організаційна структура медичних установ побудована на функціональних принципах. Так, наприклад, медичний персонал лікарень може надавати допомогу пацієнтам або у відділеннях по спеціальностях (хірургія, терапія, кардіологія й т.д.), або при виконанні спільних функцій (лікарняні палати, операційні, лабораторні служби й ін.). При цьому мають місце випадки об'єднання фахівців різних профілів для лікування індивідуальних випадків хвороби. Крім того, ті самі лікарі можуть надавати допомогу в складі тимчасових груп у декількох лікарнях. Таким чином, функціональна структура сучасної системи охорони здоров'я заснована на первинності пропозиції. У реформованій системі охорони здоров'я вона повинна бути трансформована в нову структуру, побудовану на основі лікування медичного стану. При цьому цінність для пацієнта буде створюватися шляхом надання допомоги по поліпшенню медичного стану, а не за допомогою окремих дій груп фахівців. Це означає, що від виконання фахівцями окремих функцій, ми перейдемо до роботи на кінцевий результат - здоров'я пацієнта. З економічної точки зору така перебудова означає перехід від організаційної структури охорони здоров'я, заснованої на первинності пропозиції, до структури, побудованої на пріоритетності попиту. Можна констатувати, що сучасна система охорони здоров'я по суті є трохи видозміненою моделлю колишньої централізованої планованої системи. Видозміни стосуються лише зовнішніх взаємозв'язків системи охорони здоров'я з іншими елементами господарського механізму країни. Частина цих взаємозв'язків побудована на принципах ринкових відносин. Пропонована трансформація приведе до наступних наслідків. По - перше, як уже було відзначено вище, всі структурні підрозділи системи охорони здоров'я перейдуть до роботи на кінцевий результат - здоров'я пацієнта. Кінцевим результатом роботи системи в цілому будуть

виступати показники рівня суспільного здоров'я. По - друге, не тільки зовнішні взаємозв'язки системи охорони здоров'я, але й внутрісистемні відносини будуть формуватися на ринкових принципах. По - третє, ключовим елементом зазначених ринкових відносин буде виступати конкуренція, забезпечуючи, тим самим, реалізацію основного завдання сфери охорони здоров'я.

Список літератури: 1. *Harding, A. and Preker, A.S.* (2001) A conceptual framework for organizational reforms of hospitals, Baltimor, MD: Johns Hopkins University Press. 2. *Gaal, P., Rekassy, B. and Healy, J.* (1999) Health Care Systems in Transition: Hungary. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems. 3. *Karski, J.B., Koronkiewicz, A. and Healy, J.* (1999) Health Care Systems in Transition: Poland. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems. 4. *Cerniauskas, G. and Murauskiene, L.* (2000). 5. Health Care Systems in Transition: Lithuania. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems. 6. *Jesse, M.* (2000) Health Care Systems in Transition: Estonia. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems. 7. *Vulis, S. and Healy, J.* (1999) Health Care Systems in Transition: Croatia. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems. 8. Реформа больниц в новой Европе /Фигерас Ж., Макки М., Моссиалос Э., Солтман Р.Б. /Пер. с англ. – М.: Издательство «Весь Мир», 2002. – 320с.

Подано до редакції 01.11.2010