

Л. А. Ляховченко,
аспірант кафедри управління охороною суспільного здоров'я,
Національна академія державного управління при
Президентіві України

РОЗВИТОК ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ВПРОВАДЖЕННЯ ГЛОБАЛЬНОГО БЮДЖЕТУ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

У статті розглянуто процес формування глобального бюджету стаціонарної медичної допомоги, основні переваги та недоліки методу глобального бюджету, а також обґрунтовано необхідність переходу від методу кошторисного фінансування системи охорони здоров'я в Україні до методу глобального бюджету.

In this article the process of forming of global budget of stationary medical care, the main positives and negatives of method of global budget, as well as is motivated need of the transition from method of the estimated financing the system of the public health in Ukraine to method of the global budget.

Ключові слова: державне регулювання, система охорони здоров'я, кошторисне фінансування, глобальний бюджет, стаціонарна медична допомога.

Key words: the government control, health care system, estimate financing, the global budget, stationary medical care.

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

В умовах обмеженого фінансування системи охорони здоров'я в Україні, а також нераціонального розподілу та неефективного використання існуючих фінансових ресурсів виникає потреба в запровадженні більш ефективних методів оплати виробників медичних послуг. Одним із таких методів є глобальний бюджет, зокрема для оплати постачальників стаціонарних видів медичної допомоги.

АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ І ПУБЛІКАЦІЙ

Обґрунтуванню перспективи запровадження методу глобального бюджету в систему охорони здоров'я в Україні та визначенню його основних переваг та недоліків порівняно з іншими методами оплати, зокрема з традиційним для бюджетної сфери постатейним кошторисом, присвячені роботи Косенчука С.А. [5], Виноградова О.В. [3], Карпишин Н. [4], Москаленка В.Ф. [7], Рожкової І.В. [9] та Солоненко Н.Д. [10].

Незважаючи на це, не вирішеними частинами загальної проблеми є необхідність розвитку чинної нормативно-правової бази; оптимальної податкової політики для медичних закладів, які використовуватимуть метод гло-

бального бюджету. Ось чому досвід Російської Федерації у використанні методу глобального бюджету є досить актуальним сьогодні.

Метою нашого дослідження є обґрунтування напрямів удосконалення державного регулювання впровадження глобального бюджету як методу фінансування виробників стаціонарних медичних послуг в Україні.

ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ

У сучасних ринкових умовах більшість лікувально-профілактичних закладів (далі — ЛПЗ) державної та комунальної форм власності в Україні мають статус бюджетних. Відповідно до Бюджетного кодексу України фінансування таких закладів відбувається на основі постатейного кошторису доходів та витрат.

Відповідно до чинного законодавства кошторисом бюджетних установ є основний плановий документ, який надає повноваження бюджетній установі щодо отримання доходів і здійснення видатків, визначає обсяг і спрямування коштів для виконання своїх функцій і досягнення цілей, визначених на фінансовий рік відповідно до бюджетних призначень. Порядок складан-

ня, розгляду, затвердження та основні вимоги до виконання кошторисів бюджетних установ затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 28.02.2002 р. № 228 [1].

Перевагами кошторисного фінансування закладів охорони здоров'я є те, що такий механізм вже тривалий час використовується в системі охорони здоров'я України і відповідає особливостям її функціонування. Крім того, якщо управлінські навички керівника установи недостатні, то даний вид фінансування дає змогу проводити централізований контроль. Основним недоліком кошторисного фінансування є те, що у разі зміни виконуваного обсягу роботи неможливо швидко змінити розмір коштів, необхідних для забезпечення виконання даної роботи, а також неможливо швидко перерозподілити ресурси між статтями витрат. Кошторисним фінансуванням передбачено виплату заробітної плати працівникам галузі охорони здоров'я у розмірі певного сталого посадового окладу, який не змінюється від обсягу виконаної працівником роботи. У зв'язку з цим працівники не зацікавлені у підвищенні ефективності, продуктивності та якості роботи, адже це не впливатиме на величину їхньої заробітної плати [10, с. 205—206].

Кошторисне фінансування в системі охорони здоров'я здійснюється із загального та спеціального фондів (рис. 1).

Загальний фонд — це обсяг асигнувань із загального фонду відповідного бюджету (державного чи місцевого), який містить чітке розмежування видатків за економічною ознакою і надається для виконання бюджетною установою основної функції. Спеціальний фонд — це обсяг надходжень зі спеціального фонду бюджету на конкретну мету та їх розподіл за повною економічною класифікацією на здійснення видатків згідно з чинним законодавством, а також на реалізацію пріоритетних заходів, пов'язаних із виконанням установою основних функцій [4, с. 12—16].

Отже, процес кошторисного фінансування здійснюється через механізм бюджетного фінансування та грошові кошти, отримані внаслідок некомерційної діяльності, яка здійснюється бюджетною установою самостійно. Отримані кошти спрямовуються на реалізацію основних завдань системи охорони здоров'я — надання послуг з охорони здоров'я та підвищення стану здоров'я населення.

Слід зазначити, що фінансова свобода бюджетних закладів є відносною. У законодавстві закріплено зв'язок джерел надходження коштів до спеціального фонду з напрямками їх використання та передбачено, що заклад не може вільно, на власний розсуд розпоряджатися заробленими коштами. Однак досвід показує, що надане бюджетним установам право на залучення додаткових фінансових ресурсів може стати стимулом для їхнього розвитку і навіть виникнення суперництва за право реалізовувати власні товари чи послуги на ринку.

У системі охорони здоров'я такий процес є дуже інертним через законодавчі перепони щодо ефективного дер-

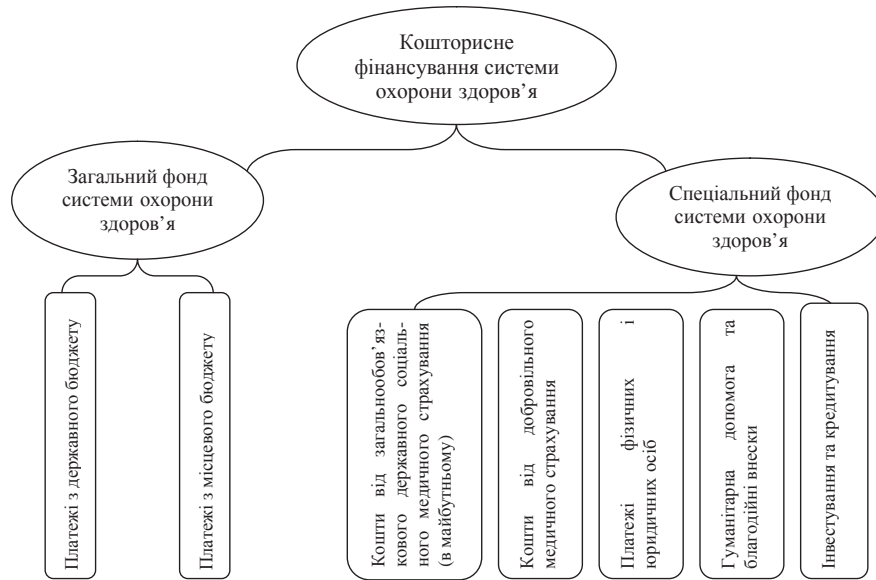


Рис. 1. Джерела формування кошторисного фінансування системи охорони здоров'я в Україні

жавного регулювання і невизначеність державної політики в даній сфері. Кошти, які залучають бюджетні заклади охорони здоров'я до спеціального фонду кошторису, поки що не відіграють значної ролі у їх фінансовому забезпеченні, однак на практиці спостерігається тенденція до поступового зростання масштабів позабюджетного фінансування і пошуків не комерційної діяльності у цій сфері.

Впровадження механізмів некомерційного фінансування діяльності бюджетних закладів стало вимушеним кроком з боку держави через обмеженість фінансових ресурсів і неспроможність повноцінно утримувати цей сектор.

Отже, кошторисне фінансування здійснюють у результаті об'єднання грошових коштів, отриманих із двох основних джерел. Перше — це кошти, отримані через механізм бюджетного фінансування, зміст якого полягає в односторонньому спрямуванні бюджетних коштів від держави та органів місцевого самоврядування до розпорядників бюджетних коштів. Обсяг бюджетного фінансування відображають у загальному фонді кошторису бюджетної установи.

З другого джерела надходять грошові кошти, отримані у результаті некомерційної фінансово-господарської діяльності, яку бюджетна установа здійснює самостійно. В даному випадку фінансові відносини виникають між бюджетною установою, господарючими суб'єктами та фізичними особами, а отримані фінансові результати відображають у спеціальному фонді кошторису.

Таким чином, за сучасних реалій діяльності системи охорони здоров'я в Україні грошові кошти, необхідні для кошторисного фінансування закладів охорони здоров'я, мобілізують із кількох джерел фінансування і залучають за допомогою як бюджетного фінансування, так і некомерційного самофінансування.

Формування кошторису на наступний рік відбувається на основі минулорічного бюджету з урахуванням інфляції. Слід зазначити, що при кошторисному фінансуванні існує певна обмеженість щодо перерозподілу ресурсів між статтями витрат, що спонукає якомога повніше використати річну суму бюджету, у результаті чого відбуваються випадки неефективного використання бюджетних коштів [13, с. 206—208].

Багато європейських країн (Данія, Франція, Німеччина, Ірландія, Нідерланди), які раніше використовували метод кошторисного фінансування системи охорони здоров'я, нині застосовують метод глобального бюджету [11, с. 99—100]. Так, у Російській Федерації вже значний час використовують зазначений метод оплати виробників послуг закладів охорони здоров'я, механізм функціонування якого ми розглянемо більш детально.

Головна відмінність методу глобального бюджету від діючих сьогодні методів оплати стаціонарної медичної допомоги полягає в тому, що оплата здійснюється не по факту надання медичної допомоги, а на основі розробленого й погодженого замовлення на певний обсяг медичних послуг. Тому при стаціонарному лікуванні ЛПЗ розраховують на оплату тільки тих видів медичної допомоги, які передбачені в угоді із фондотримачем (замовником медичних послуг).

Метод глобального бюджету має свої певні характеристики, головні з яких зображено на рис. 2 [6].

Як правило, метод глобального бюджету використовується у поєднанні з оплатою за фактично надані послуги в умовах медичного стаціонару.

Обов'язковою умовою формування глобального бюджету є погодження економічних інтересів замовника та ЛПЗ. Метод розрахунку глобального бюджету стаціонару повинен бути єдиним як для фінансуючої сторони, так і для ЛПЗ. Тільки на такій основі можна вести узгодження варіантів розрахунків. Приступати до розрахунку величини глобального бюджету, необхідно визначити одиниці обсягу медичної діяльності й методику розрахунку витрат [12].

До початку фінансового року заклад охорони здоров'я розробляє свій варіант глобального бюджету та формує план-заявку щодо надання стаціонарної медичної допомоги. В той же час фондотримач-замовник розраховує свій варіант глобального бюджету, ґрунтуючись на оцінці потреби територіальної громади або застрахованих осіб, прогнозу надходження фінансових ресурсів, можливостей переносу частини випадків стаціонарного лікування на амбулаторний стан. Глобальний бюджет, який формує фондотримач, виступає у формі плану-замовлення.

Розробляючи глобальний бюджет, фінансуюча сторона (орган місцевої влади, страховик) повинна спланувати обсяги та вартість стаціонарної медичної допомоги; витрати, які безпосередньо пов'язані з наданням медичної допомоги (заробітна плата персоналу, нарахування на заробітну плату, придбання медикаментів, харчування хворих тощо).

Крім того, замовник проводить аналіз потреб населення, визначає пріоритети фінансування, виявляє небезпечні випадки госпіталізації, терміни перебування на лікарняному ліжку, дублювання діагностичних досліджень тощо. Відповідно до обсягів стаціонарної медичної допомоги та фінансових нормативів фондотримач-замовник формує попередній варіант зведеного плану-замовлення з надання

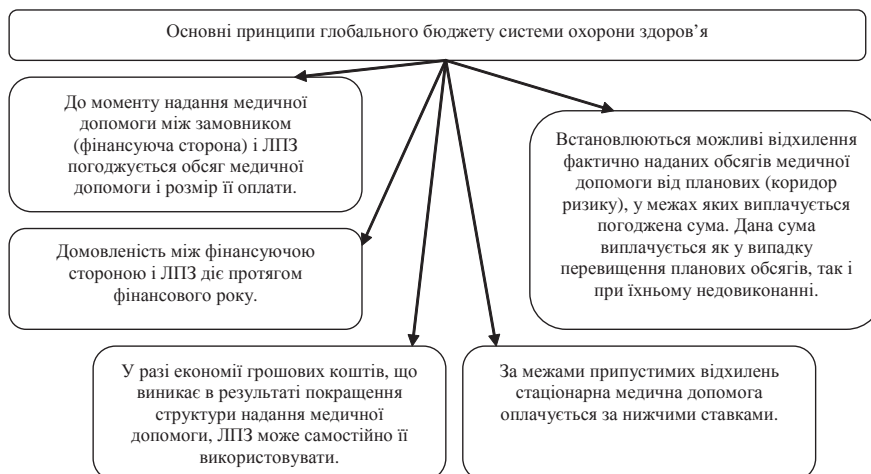


Рис. 2. Основні принципи глобального бюджету системи охорони здоров'я

стаціонарної медичної допомоги з розподілом за окремими закладами охорони здоров'я.

Після проведення розрахунку плану-замовлення замовник оголошує конкурс. У конкурсі беруть участь різні ЛПЗ, які подають свою план-заявку. Замовнику важливо забезпечити можливість для порівняння позицій свого плану-замовлення із планом-заявкою кожної лікарні. В той же час деякі ЛПЗ матимуть змогу відкоректувати свою план-заявку з урахуванням медичної діяльності інших ЛПЗ. При взаємодії замовника і ЛПЗ повинен діти принцип відкритої інформації, щоб забезпечити ефективне порівняння плану-заявки і плану-замовлення.

Розпорядник фінансових ресурсів для охорони здоров'я збирає інформацію з кожного ЛПЗ і на цій основі коректує зведений план-замовлення для послуг стаціонарної медичної допомоги. Потім передає всім потенційним учасникам погоджень інформацію про обсяги й ціну в інших лікарнях. Крім того, передається скорегований варіант зведеного плану-замовлення для надання стаціонарної медичної допомоги. Ґрунтуючись на цій інформації, кожна лікарня порівнює свій варіант заявки з потенційними конкурентами й оцінює свої шанси на одержання замовлення. Варіант глобального бюджету може бути переглянутий до початку переговорів із замовником [12].

Якщо ЛПЗ взаємодіє з різними замовниками, то сума їхніх замовлень становить глобальний бюджет закладу охорони здоров'я з надання стаціонарної медичної допомоги.

Очевидно, що глобальний бюджет — це метод стимулювання конкуренції медичних установ.

До основних позицій глобального бюджету, які погоджують між собою ЛПЗ та замовник, слід віднести: обсяги стаціонарної медичної допомоги, вимоги до її якості, розрахункова собівартість стаціонарної медичної допомоги тощо. Більш чітка характеристика цих позицій зображена на рис. 3 [12].

Після погодження інтересів сторін заключається договір (угода), в якому обов'язково зазначені обсяги медичної допомоги в розрізі окремих видів захворювань.

Замовник здійснює моніторинг і оцінку виконання договірних зобов'язань. При цьому лікарня надає йому звітність щодо видів та обсягів наданої медичної допомоги пацієнтам.

Загальна схема процесу формування глобального бюджету системи охорони здоров'я зображена на рис. 4.

В Україні переважно на окремій адміністративній території є тільки один замовник і один виконавець медичних послуг (наприклад, центральна районна лікарня). У таких умовах замовнику необхідно зібрати інформацію про тарифи на медичні послуги за межами існуючого району (наприклад, в обласній лікарні чи лікарнях сусідніх районів) та сформулювати план-замовлення на оплату тієї частини стаціонарної медичної допомоги, яка в інших медичних установах може бути надана населенню з меншими витратами.

Основною вимогою ЛПЗ при формуванні глобального бюджету є отри-



Рис. 3. Основні позиції глобального бюджету системи охорони здоров'я, які погоджують замовник і ЛПЗ

мання гарантій від фондотримача-замовника вільно маневрувати грошовими коштами. Замовник зобов'язаний здійснити оплату тієї кількості лікувальних випадків, які передбачені у договірних відносинах. Крім того, до оплати приймаються тільки ті випадки надання медичної допомоги, у результаті яких відбулося поліпшення стану здоров'я пацієнта [8].

У процесі погодження плану-заявки та плану-замовлення необхідно замовнику та ЛПЗ передбачити можливість існування значної кількості клінічних випадків, коли покращення стану здоров'я пацієнта можливо провести не в стаціонарних умовах, а в поліклінічних. Для цього пацієнти повинні мати можливість отримати необхідну медичну допомогу в поліклініці. В той же час поліклініка повинна мати власні стимули до розширення обсягу наданої медичної допомоги, а замовник повинен передбачити відповідні фінансові кошти для оплати зростаючого обсягу роботи медичних працівників у амбулаторно-поліклінічних умовах.

З цією метою основна частина економії грошових коштів від скорочення необґрунтованої госпіталізації повинна спрямовуватися на оплату надання амбулаторно-поліклінічної допомоги. Інша частина економії грошових коштів залишатиметься в розпорядженні ЛПЗ.

Слід пам'ятати, що цілям формування глобального бюджету стаціонару найбільшою мірою відповідає розрахунок по тарифах за пролікований хворого. Даний метод розрахунку визначає вартість лікування пацієнта за окремими причинами захворювань та припускає максимально можливу деталізацію елементів витрат за конкретними видами захворювань. Тільки на такій основі можна реально визначити технологічні особливості кожного випадку стаціонарного лікування та вартість лікувально-діагностичного процесу [12].

Важливо також зазначити, що лікарі неминуче стають учасниками процесу розрахунку й планування вартості лікування хворого. Спланувавши витрати на певний обсяг медичної допомоги, лікарі змушені відповідати за якість власних планів, призначаючи ті процедури й ліки, які ввійшли в ресурсне наповнення спланованих випадків захворювання.

Крім того, участь лікарів у плануванні витрат стає стимулом до підвищення їхнього професійного рівня, тобто вони змушені освоювати нові методи та технології лікування.

Головне завдання замовника при використанні методу глобального бюджету полягає в підвищенні ефективності використання ресурсів системи охорони здоров'я за рахунок оптимізації обсягів медичної допомоги.

При використанні методу глобального бюджету істотно підсилюється вплив розпорядників коштів на ЛПЗ у порівнянні з використанням методу оплати за фактичне число випадків лікування. Перехід від існуючого методу оплати до методу глобального бюджету здійснюється значно простіше, якщо стаціонар фінансується одним страховиком — філією фонду обов'язкового медичного страхування або однією страховою компанією.

При використанні методу глобального бюджету повинна зрости роль замовника в забезпеченні якості медичної допомоги, оскільки існує велика імовірність того, що стаціонари, прагнучи до економії ресурсів, будуть жертвувати якістю надання медичної допомоги. Найбільш перспективним підходом є перехід від контролю якості медичної допомоги до участі в процесі керування якістю надання даної допомоги. Так, на стадії планування глобального бюджету розглядаються питання обґрунтованості госпіталізації за конкретними видами захворювань, розробляються клінічні протоколи або стандарти лікування для груп захворювань із найбільшими витратами, показники якості лікувально-діагностичної роботи тощо.

На стадії виконання глобального бюджету в процесі керування якістю надання медичної допомоги замовники розглядають обґрунтованість надпланових госпіталізацій, дотримання медичних технологій, передбачених у протоколах і стандартах, дотримання термінів госпіталізацій тощо.

Метод глобального бюджету вимагає заохочення ЛПЗ до самостійної роботи з удосконалення структури надання медичної допомоги, особливо на початковому етапі.

Що стосується переваг ЛПЗ, які застосовують метод глобального бюджету, то основними є наступні [2, с. 14; 4, с. 12—16]:

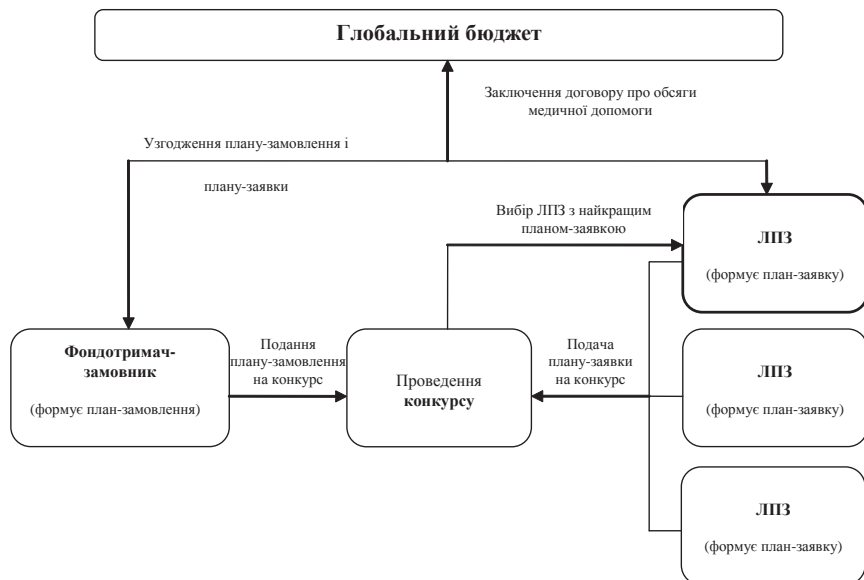


Рис. 4. Формування глобального бюджету системи охорони здоров'я

1) самостійність головного лікаря або керівника ЛПЗ при вирішенні питань спрямування коштів на ті чи інші пріоритетні потреби;

2) можливість планування витрат у залежності від потреб і гнучко розподіляти їх;

3) можливість укладання контракту головним лікарем комунального підприємства з кількома замовниками і, як наслідок — отримання додаткового фінансування;

4) більша ефективність використання наявних фінансових ресурсів і створення конкурентних відносин.

Отже, як бачимо використання методу глобального бюджету в системі охорони здоров'я має свої переваги та недоліки (рис. 5).

При переході на глобальний бюджет з'являється можливість більш повного ресурсного забезпечення складних випадків стаціонарного лікування. Лікарі при цьому одержують можливість лікувати плановані випадки, використовуючи більш широкий набір діагностичних досліджень та лікарських засобів.

Слід зазначити, що на сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я більшість країн Європи схиляються до використання саме методу глобального бюджету для фінансування медичної допомоги. Тому перспективи подальшого розвитку досліджень функціонування методу глобального бюджету системи охорони здоров'я в Україні полягають у вивчені напрямів удоскона-

лення законодавчого регулювання щодо впровадження зазначеного методу.

Література:

1. Постанова Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2002 року № 228 "Про затвердження Порядку складання, розгляду, затвердження та основні вимоги до виконання кошторисів бюджетних установ" // Офіційний вісник України. — 2002. — № 9. — С. 102—112.

2. Баженов А.М. Источники финансирования здравоохранения в России: состояния и пути развития: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. экон. наук: спец. 08.00.10 "Финансы, денежное обращение и кредит" / А.М. Баженов. Байкальский государственный университет экономики и права. — Иркутск, 2006. — 20 с.

3. Виноградов О.В. Механізми державного управління багатоканальним фінансуванням системи охорони здоров'я в Україні: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня к.н.держ.упр.: спец. 25.00.02 "Механізми державного управління" / О.В. Виноградов. Національна академія державного управління при Президентові України. — К., 2009. — 20 с.

4. Карпишин Н. Сутнісно-теоретичні аспекти кошторисного фінансування / Н. Карпишин // Вісник ТАНГ. — 2005. — № 1. — С. 12—16.

5. Косенчук С.А. Перспективи впровадження системи бюджетування в установах охорони здоров'я України / С.А. Косенчук // Наукові праці НДФІ. — 2008. — № 3 (44). — С. 22—27.

6. Малагардіс А., Рудий В. Глобальний бюджет: його переваги порівняно з сучасною моделлю державного фінансування. / А. Малагардіс, В. Рудий. — К.: Проект ЄС "Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні", 2006. — 48 с.

7. Москаленко М.Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український концепт: монографія / М.Ф. Москаленко. — К.: Фенікс, 2008. — 176 с.

8. Оплата стационарной помощи на основе метода глобального бюджета [Електроний ресурс]. — Режим доступа: <http://www.rosmedstrah.ru>

9. Рожкова І. Розвиток механізмів формування консолідованого бюджету на охорону громадського здоров'я в Україні / І. Рожкова // Вісник Національної академії державного управління. — 2009. — № 1 — С. 59—68.

10. Солоненко Н. Економіка охорони здоров'я: навч. посіб. — К.: Вид-во НАДУ, 2005. — 416 с.

11. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / [В. М. Лехан, Н.М. Лакіза-Савчук, В. М. Войцехів та ін.]. — К.: Сфера, 2001. — 174 с.

12. Шейман І.М., Степанов С.В., Ентов Е.А. и др. Оплата стационарной помощи на основе метода глобального бюджета: материалы проекта "Реформа Здравоохранения", осуществленного американской компанией "Кайзер Перманенте Интернэшнл" [Електроний ресурс]. — Режим доступа: <http://www.rosmedstrah.ru/>

13. Шутов М.М. Организационно-экономический механизм развития системы здравоохранения в регионе: монография. — Донецк: ВИК, 2005. — 320 с.

Стаття надійшла до редакції 02.06.2010 р.

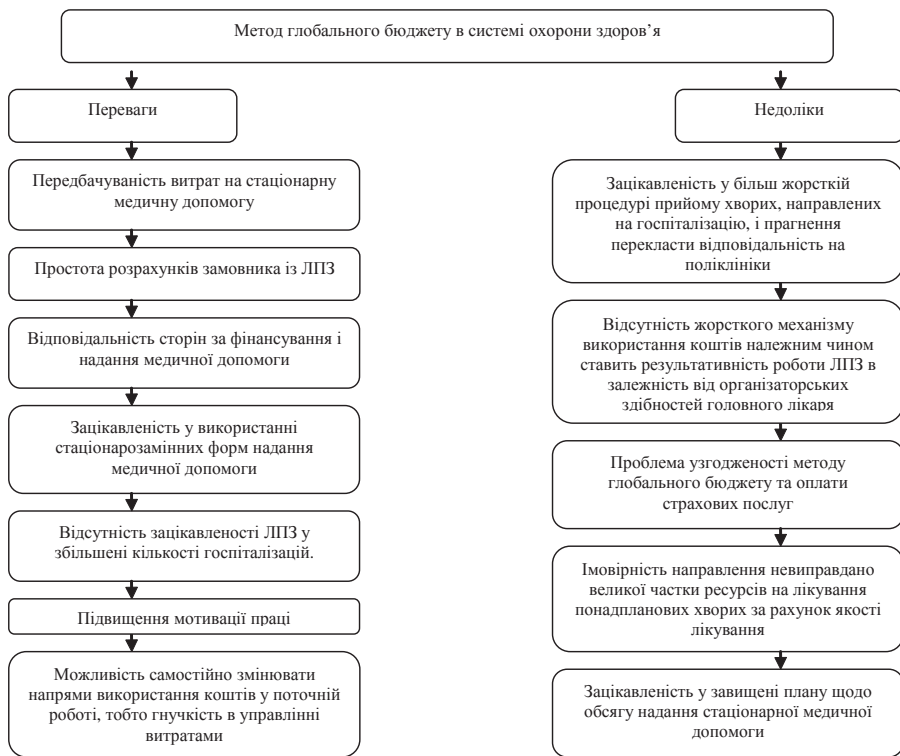


Рис. 5. Переваги та недоліки методу глобального бюджету в системі охорони здоров'я