

Я. Ф. Радиш,
доктор наук з державного управління, професор, професор
кафедри управління охороною суспільного здоров'я,
Національна академія державного управління при
Президентіві України

О. В. Поживілова,
кандидат педагогічних наук, заступник начальника відділу
медичних і аграрних наук, ВАК України

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

МІЖНАРОДНА ПРАКТИКА ФОРМУВАННЯ ГЛОБАЛЬНОГО БЮДЖЕТУ: ДОСВІД ДЛЯ УКРАЇНИ

У статті автором досліджуються підходи до реалізації принципу формування глобального бюджету та практичні заходи впровадження даного виду фінансування.

In the article authors investigate approaches to implement the principle of global budgeting and implementation of practical measures of this type of financing.

Ключові слова: глобальний бюджет, модель глобального бюджету, система охорони здоров'я.
Key words: global budget, global budget model, the health system.

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

В умовах перманентного реформування системи охорони здоров'я виникає потреба в адекватних підходах до вирішення проблеми стримування постійно зростаючої вартості медичних послуг. Це привело як зарубіжних, так і українських дослідників до розгляду можливості використання в тій або іншій формі різних стратегій глобального бюджету.

Аналіз офіційних інформаційних матеріалів [1] дає право стверджувати, що в Україні передбачено формування даного виду бюджету на вторинному та третинному рівнях надання медичної допомоги, що дасть можливість встановити бажаний розмір витрат за допомогою здійснення контролю за діяльністю виробників медичних послуг і формування програм страхування.

Аналіз останніх досліджень і публікацій дає нам змогу зробити висновок, що деякі основні характеристики глобального бюджету розглянуто в працях А. Малагардіса [2], В. Рудого [2], Н. Солоненко [4], В. Лехан [5], И. Шейман [8], С. Шишкин [9] та інших [3, 6].

Метою статті є аналіз міжнародного досвіду щодо формування глобального бюджету та виявлення основних проблем розробки і використання його у практичній діяльності.

ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ

Процес формування глобального бюджету системи охорони здоров'я включає механізм проведення переговорів та підписання договору щодо визначення обсягів наданої медичної допомоги, її вартості, а також перелік штрафних санкцій у випадку перевиконання

обсягу витрат встановлених договором.

Аналіз літературних джерел зарубіжних авторів свідчить про існування трьох основних самостійних моделей до реалізації принципу глобального бюджету [6]:

— модель 1 — глобальний бюджет з нормуванням тарифів для всіх категорій платників;

— модель 2 — глобальний бюджет з регулюванням розмірів страхових премій;

— модель 3 — глобальний бюджет у поєднанні з принципом керуваної конкуренції.

Розглядаючи модель формування глобального бюджету з нормуванням тарифів для всіх категорій платників, слід зазначити, що ключові рішення приймає уряд або орган державної влади (фондотримач), у компетенції якого перебуває право на визначення обсягу бюджетного фінансування та шляхи його використання. При цьому слід зазначити, що види медичної допомоги і розмір їх фінансування із глобального бюджету встановлюється тільки для державних медичних закладів. Фондотримач розподіляє бюджетні кошти серед лікувально-профілактичних закладів (далі — ЛПЗ), а також контролює фактичні витрати кожної статті бюджету шляхом встановлення цін на окремі види медичних послуг та обсягу надаваних таких послуг. Особливістю є те, що при даній моделі формування глобального бюджету розробляється система тарифікації за кожною окремою медичною послугою із врахуванням того факту, що не існує ринку конкуренції.

Фондотримач повинен розробити й впровадити систему заходів, спрямованих на контроль за використанням фінансових ресурсів і обсягами медичних послуг. При цьому можна відзначити можливість використання принаймні двох підходів [8]:

— перший із них передбачає принцип регулювання (у зв'язку із збільшенням інфляції та уточненням обсягу наданих медичних послуг, фондотримач передбачає збільшення вартості медичної допомоги);

— основою другого підходу є принцип конкуренції, основною вимогою якого є контроль обсягів наданих медичних послуг та єдина система тарифікації, що дасть можливість медичним страховим компаніям конкурувати між собою.

Отже, головною перевагою даної моделі є ефективність нормування тарифів для всіх категорій плат-

ників, особливо в частині контролю за вартістю послуг медичних закладів. Крім того, глобальні бюджети, як правило, застосовують у державних медичних закладах, у той час як лікарі, що здійснюють приватну медичну практику поза АПЗ, отримують гонорар за окремо надану медичну послугу. Що ж стосується споживачів медичних послуг (пацієнти), то вони мають можливості вибору приватних лікарів і АПЗ різних форм власності.

Модель формування глобального бюджету з нормуванням тарифів для всіх категорій платників стимулює АПЗ (лікарів приватної медичної практики) до вступу в організацію підтримки здоров'я (далі — ОПЗ)¹, але не зобов'язує їх це зробити, оскільки відсутній механізм ринкової конкуренції.

У зв'язку з тим, що модель нормування тарифів у чистому вигляді не передбачає можливості внесення у розміри фінансування уточнюючих коефіцієнтів з урахуванням факторів ризику, страхові компанії й організації керованої медичної допомоги будуть намагатися унікати співпраці з групами населення з підвищеним фактором ризику незважаючи на будь-які заходи, що передбачають заборону на вибірковий підхід до обслуговування такої частини населення.

Основною проблемою використання даної моделі, заснованої на нормуванні тарифів, є питання про те, хто конкретно відповідає за проведення переговорів і досягнення домовленостей з виробниками медичних послуг. Чи будуть виробники вести переговори безпосередньо із представниками фондотримача? Домовленості, досягнуті в результаті переговорів повинні бути обов'язковими для всіх секторів і категорій виробників, яким буде запропоновано в законодавчому порядку дотримуватися досягнутих домовленостей про тарифи на медичні послуги.

Ще однією проблемою при використанні даної моделі реалізації принципу глобального бюджету є впровадження системи тарифів на медичні послуги та встановлення бюджетів для різних районів.

Отже, аналіз основних характеристик методу глобального бюджету з нормуванням тарифів для всіх категорій платників дає можливість стверджувати, що основною його

метою є здійснення контролю за рівнем витрат і темпами їхнього зростання стосовно певної категорії споживачів, наприклад, жителів, що проживають на території окремого району [8].

В основі другої моделі лежить принцип встановлення рівнів витрат за допомогою регулювання страхових премій, які стягуються страховими компаніями або організаціями керованої медичної допомоги.

На відміну від попередньої, модель формування глобального бюджету з нормуванням розмірів страхових премій не розподіляє фінансові ресурси за окремими видами медичної допомоги, не здійснює безпосереднього контролю над вартістю та обсягами конкретних медичних послуг. Фондотримач вивчає фактори ризику категорій населення та відповідно до цього виділяє бюджетні кошти.

У рамках даної моделі медико-страхові програми конкурують один з одним не на основі вартості страхових премій, а за допомогою застосування принципу розподілу витрат, а також шляхом надання знижок і додаткових страхових послуг, використання специфічних правил стягнення плати за послуги тощо.

Страховальники постійно утримують під своїм контролем вартість медичних послуг, які вони надають своїм клієнтам. При цьому контроль поширюється як на ціни (або заробітну плату) виробників медичних послуг, так і обсяги наданої медичної допомоги.

В результаті системного аналізу наукових джерел [6, 8] встановлено, що описана вище модель заснована на принципі конкуренції між страховиками, який може бути успішним конкурентом тільки в тому випадку, коли він зможе стримувати витрати в межах розмірів страхових премій, оплачуваних із засобів фонду, при одночасному наданні клієнтам розширеного переліку медичних послуг, обмеженому використанні принципу поділу витрат і/або пропозиції клієнтам переліку кращих виробників медичних послуг.

Основним позитивним моментом даного підходу є його відносна простота як в усвідомленні його сутності, так і у використанні в цілому на практиці. Модель забезпечує чітку схему здійснення контролю за розмірами страхових премій і, завдяки обмеженому поділу витрат, дає

можливість досить чітко оцінити розміри наявних у розпорядженні матеріальних ресурсів. У тому випадку, якщо розміри страхових премій дійсно піддані регулюванню, а, отже, і обмеженню, те страхові компанії одержують потужний імпульс до конкуренції між собою, заснованої на їхній здатності контролювати поведінку постачальників медичних послуг відносно вартісних параметрів та обсягів послуг.

Що стосується недоліків даної моделі, то вони полягають у тому, що під впливом реформ медичного страхування й впровадження уточнюючих коефіцієнтів усе менше й менше страхових компаній і організацій керованої медичної допомоги зможуть успішно існувати в нових умовах. Мається на увазі, що деякі з них не зможуть досить успішно контролювати встановлені виробниками ціни на медичні послуги. Справа в тому, що у випадку, якщо на ринку медичного страхування буде обмежена кількість суб'єктів конкуренції, то вони матимуть змогу в більшій мірі відстоювати свої інтереси відповідно до певного переліку вимог, висунутих урядом. У той же час, їм не тільки вдасться уникнути контролю й регулювання з боку уряду, але в них з'явиться можливість нав'язувати обговорення прийнятих урядом рішень або навіть диктувати свої вимоги.

Окрім того, до недоліків формування глобального бюджету з нормуванням розмірів страхових премій слід також віднести і можливість втрати деякими лікарями права самостійного прийняття чисто професійних рішень, яким вони повною мірою володіють в умовах існуючої системи оплати за окремі медичні послуги.

Модель формування глобального бюджету у поєднанні із принципом керованої конкуренції передбачає створення свого роду кооперативів щодо придбання полісів медичного страхування (далі — КППМС), які входять у договірні відносини з різними ОПЗ, організаціями пріоритетних виробників медичних послуг, а також медико-страховими програмами, що діють на основі принципу оплати за окремі послуги. В основі конкуренції, головним чином, лежать ціни на страхові премії. Деякі або всі компанії й приватні особи користуються медичним страхуванням через систему КППМС. У рамках цієї стратегії уряд жадає від роботодавців робити рівні внески в усі організації й програми медичного страхування.

КППМС також забезпечують

¹ Організація підтримки здоров'я (ОПЗ) пропонує своїм членам повний набір медичних послуг в обмін на щорічні внески, які за багатьох членів організації сплачують їх роботодавці. ОПЗ укладає угоди з медичними установами або сама надає медичні послуги своїм клієнтам.

інформацію про ступінь задоволеності споживачів і про якість медико-страхових програм і організацій. Передбачається, що КППМС повинні використовувати уточнюючі коефіцієнти залежно від ступеня ризику для того, щоб варіювати розміри внесків у різні програми й виключити для окремих медико-страхових організацій і програм можливість вибирати контингенти страхувальників, що відрізняються тільки низкою ступенем ризику. З іншого боку, схеми використання поправочних коефіцієнтів повинні бути вибудовані таким чином, щоб уникнути захоплення економічно неефективних медико-страхових програм і організацій. У завдання КППМС також входить відстеження випадків відмов у страхуванні, щоб також виключити можливість відмови в страхуванні на підставі високого ступеня ризику [7].

Основна ідея глобального бюджету полягає у тому, щоб контролювати загальні обсяги витрат на охорону здоров'я. Хоча принцип керуваної конкуренції "у чистому вигляді" іноді представляється як підхід, сам по собі сприятливому досягненню цієї мети за допомогою використання ринкових механізмів, інші експерти вказують на принципову можливість того, що особи, що приймають рішення, можуть звернутися до глобального бюджету як більше діючому в порівнянні з теоретичною конструкцією керуваної конкуренції. Глобальний бюджет орієнтований на обмеження витрат на охорону здоров'я у всій системі надання медичної допомоги від верху до низу. Деякі експерти вважають, що принцип керуваної конкуренції "у чистому вигляді" несумісний із глобальним бюджетом. Річ у тім, що якщо люди готові використовувати своє право витратити власні гроші за своїм баченням і при цьому вибирати дорожчі медико-страхові програми й організації, то в цьому випадку не залишається місця для використання механізмів встановлення глобального бюджету.

Розглянутий вище варіант керуваної конкуренції припускає, що принцип глобального бюджету є складовою частиною структури КППМС. Для використання в рамках системи керуваної конкуренції пропонується два механізми [2].

Перший із зазначених підходів передбачає, що медико-страхові програми й організації повинні представити в КППМС свої пропо-

зиції щодо змісту й вартості основних пакетів страхових послуг. Після чого КППМС повинен буде, виходячи з отриманих пропозицій, вибрати для себе свого роду "еталонний" пакет послуг. Еталонний пакет зовсім не обов'язково повинен бути найдешевшим із всіх пакетів, запропонованих медико-страховими програмами й організаціями. Вибір, швидше за все, буде визначатися в залежності від сукупності таких факторів, як вартість страхових пакетів, якість запропонованих послуг і контингент населення, що охоплений страхуванням. У відношенні вартісних параметрів еталонний пакет буде середнім із загальної кількості пропозицій, поданих медико-страховими програмами й організаціями в КППМС.

Другий підхід полягає в тому, щоб замість погоджених з медико-страховими програмами й організаціями еталонних пакетів, встановити верхню межу вартості додаткових страхових премій, які медико- страхова програма могла б пропонувати споживачеві в рамках КППМС. Дане обмеження стосується тільки тих видів послуг, які запропоновані в основному пакеті, і не поширюється на додаткові послуги. При цьому слід звернути увагу на те, що глобальний бюджет основного пакету страхових послуг дорівнює розміру максимальної вартості страхової премії, помноженої на кількість населення, охопленого діяльністю КППМС. Вартість ж додаткових послуг сплачується самими застрахованими. У залежності від того, яким конкретно пакетом страхових послуг (дорожчим чи дешевшим) скористаються їх споживачі, залежить і розмір глобального бюджету.

ВИСНОВКИ

1. Системний аналіз літературних джерел зарубіжних авторів свідчить про існування трьох основних самостійних моделей формування глобального бюджету: з нормуванням тарифів для всіх категорій платників; з регулюванням розмірів страхових премій; у поєднанні з принципом керуваної конкуренції.

2. Встановлено, що глобальні бюджети лікувально-профілактичних закладів повинні відповідати всім можливим формам страхових виплат і оплати виробників медичних послуг, але вони можуть не поширюватися на всі наявні їх види.

3. Обґрунтовано, що модель формування глобального бюджету у поєднанні із принципом керуваної

конкуренції передбачає створення кооперативів з придбання полісів медичного страхування, які входять у договірні відносини з різними організаціями з підтримки здоров'я, організаціями пріоритетних виробників медичних послуг, а також медико-страховими програмами, що діють на основі принципу оплати за окремі послуги.

Література:

1. Програма економічних реформ на 2010—2014 роки "Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава" [Електронний ресурс]. — Режим доступу: www.president.gov.ua.

2. 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.

3. Політика фінансування здравоохранения: руководство для лиц, принимающих решения / Joseph Kutzin. Всемирная организация здравоохранения. — Дания, 2008. — 32 с.

4. Солоненко Н. Економіка охорони здоров'я: навч. посіб. — К.: Видво НАДУ, 2005. — 416 с.

5. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір: Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В. — Київ, 2009. — 34 с.

6. Финансирование здравоохранения в Европейском Союзе: проблемы и стратегические решения / Sarah Thomson, Thomas Foubister, Elias Mossialos // Европейская Обсерватория по вопросам и политике здравоохранения. — Дания, 2010. — выпуск 17. — 270 с.

7. Финансирование системы здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью / Всемирная организация здравоохранения. — Дания, 2010. — 115 с.

8. Шейман И.М., Степанов СВ., Ентов Е.А. и др. Оплата стационарной помощи на основе метода глобального бюджета: материалы проекта "Реформа Здравоохранения", осуществленного американской компанией "Кайзер Перманенте Интернэшнл" [Електронний ресурс]. — Режим доступа: <http://www.rosmed-strah.ru/>

9. Шишкин С.В. Организация финансирования и управления здравоохранением / С.В. Шишкин, В.А. Чернец, Г.Е. Бесстремьянная // Менеджмент в здравоохранении. — 2007. — Январь. — С. 35—40.

Стаття надійшла до редакції 07.04.2011 р.