

УДК 347.73

DOI <https://doi.org/10.32850/LB2414-4207.2022.26.08>

ФІНАНСОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ: ПОДУШНИЙ НОРМАТИВ

Лемеха Ростислав Ігорович,
доктор юридичних наук, доцент,
професор кафедри медичного права
(Національний медичний університет
імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна)

У статті розглядаються теоретичні та прикладні засади розвитку фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в Україні. Дослідження поглиблюється розкриттям тенденцій розвитку бюджетної системи, проблем формування територіальних бюджетів. Оцінюється можливість запровадження Глобального бюджету основна частина якого розраховується з урахуванням кількості населення, що обслуговується (подушний норматив). Okремо приділена увага проблематиці фінансування первинно медико-санітарної допомоги (далі – ПМСД) в окремих зарубіжних країнах. Розкривається потенціал запровадження подушного методу фінансування в вітчизняній системі охорони здоров'я. Окреслено сучасні наукові тенденції та роль нових методів формування видаткової частини бюджету на ПМСД.

Зазначено, що у більшості країн ПМСД не є основною статтею національного бюджету, що ускладнює як визначення суми видатків, так і контроль за надходженням коштів споживачу. Зауважено, що кошти виділені на ПМСД зводяться до бюджетів лікарень та поглинаються ними. Бюджети складаються за постатейною структурою, при цьому потоки фінансових ресурсів прив'язані до вхідних ресурсів, а не до видів діяльності, рівнів медичної допомоги чи потреб населення в галузі охорони здоров'я. При такому фінансуванні фінансові ресурси надходять до постачальників ПМСД здебільшого через надання ліків та витратних матеріалів тобто у натуральній формі.

Відмічено, що формульний розподіл фінансових ресурсів використовується для розподілу коштів (між географічними одиницями та рівнями надання медичних послуг) і може сприяти принципу «справедливості» при фінансовому забезпеченні ПМСД. У своєму найпростішому вигляді формула розподіляє рівну суму коштів на душу населення між одиницями-одержувачами. Такий метод можна вдосконалити, додавши коригування, наприклад, для різних потреб охорони здоров'я або відмінностей у місцевих витратах.

Ключові слова: подушний метод, бюджетні видатки, фінансування, охорона здоров'я, глобальний бюджет, первинно медико-санітарної допомоги.

FINANCIAL PROVISION OF MEDICAL CARE: PER CAPITA STANDARD

Lemekha Rostyslav Ihorovych,
Doctor of Legal Sciences, Associate
Professor,
Professor at the Department
of Medical Law
(National Medical University
named after Danylo Halytskyi,
Lviv, Ukraine)

The article examines the theoretical and applied principles of the development of financial support of the health care system in Ukraine. The study is deepened by the disclosure of trends in the development of the budget system, problems of the formation of territorial budgets. The possibility of introducing the Global Budget, the main part of which is calculated taking into account the number of the population served (per capita standard), is being evaluated. Separate attention is paid to the problem of financing primary health care (hereinafter referred to as primary health care) in certain foreign countries. The potential of introducing a capitation method of financing in the domestic health care system is revealed. Modern scientific trends and the role of new methods of forming the expenditure part of the budget for primary care are outlined.

It is noted that in most countries primary care is not a prominent item of the national budget, which complicates both the determination of the allocated amount and the control of the receipt of funds. Instead, funds allocated to primary care are often invested in and absorbed by hospital or local budgets. Budgets are often itemized, with financial resource flows tied to inputs rather than activities, levels of care, or population health needs. In these systems, resources flow to primary care providers primarily through the provision of drugs and consumables, i.e. in kind.

It is noted that the formulaic distribution of resources is used for the distribution of resources (between geographical units and levels of provision of medical services) and can contribute to the fairness of the distribution of monetary resources. In its simplest form, the formula distributes an equal amount of cash per capita among recipient units. Such a method can be improved by adding adjustments, for example for different health care needs or differences in local costs

Key words: per capita method, budget expenditures, financing, health care, global budget, primary health care.

Одним з ключових компонентів в системі охорони здоров'я займає первинна медико-санітарна допомога, так 85–90 % від загального обсягу медичної допомоги яка надається населенню припадає на ПМСД [1] тому її впровадження на засадах сімейної медицини визначено як першочергове завдання для покращення доступності медичної допомоги [2], що в свою чергу вимагає перегляду нормативів фінансування закладів охорони здоров'я які надають ПМСД, заснованих на потребах населення у медичній допомозі.

Для фінансового забезпечення сектору охорони здоров'я кожна країна стратегічно використовує відповідні фінансово-політичні інструменти спрямуванні на гарантування надходження достатніх фінансових ресурсів для ПМСД з метою забезпечення загальнодоступних послуг які орієнтовані на високий рівень показників якості лікувально-профілактичної діяльності. Для успішного вирішення довгострокових завдань стимулювання процесу реструктуризації охорони здоров'я необхідний якісний механізм фінансового забезпечення – складання бюджету та управління фінансами з запорукою, що грошові ресурси потраплять до перших надавачів медико-санітарної допомоги орієнтовану на людей і справедливий доступ до неї.

Мета роботи полягає в огляді моделі фінансування ПМСД в умовах оптимізації фінансування вітчизняної системи охорони здоров'я.

В Україні дослідженню теоретичних і практичних аспектів фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я присвячені праці В. Андрущенко, О. Василика, В. Войцехівського, В. Галайди, Д. Карамішева, В. Лехан, С. Михайленко, В. Опаріна, О. Солдатенко, О. Тулай, С. Юрія та ін. Серед зарубіжних вчених цими питаннями займалися Т. Акімова, А. Малагардіс, Г. Поляк, Р. Салтман, В. Семенов, Л. Трушкіна, І. Шейман та ін. У наукових працях згаданих учених достатньо уваги приділено вирішенню

проблем комплексного підходу до фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я, однак фінансуванню первинної медико-санітарної допомоги населенню яка надається закладами охорони здоров'я в Україні практично не проводились, в наукових працях фрагментарно піднімалися питання з проблем впровадження подушного методу фінансового забезпечення згаданої сфери відносин. Вищевказане зумовлює актуальність, теоретичну і практичну важливість даного наукового дослідження.

Більшість послуг з медичного обслуговування і профілактики захворювань в Україні і надалі надаються державними та комунальними закладами охорони здоров'я, тобто не зважаючи на численні спроби, можна констатувати, що реформа у медичній сфері нашої країни так і не відбулася. Однією з причин критичного стану визначеної сфери є недостатність фінансових ресурсів та недосконалий розподіл бюджетних коштів, що спрямовуються на охорону здоров'я [3]. На практиці процес формування бюджету зазвичай зводиться до поступових коригувань бюджетних видатків з урахуванням попереднього року. Бюджетне фінансування сфери охорони здоров'я часто викликає недовіру, оскільки вважається, що воно базується на неточних даних і не повному аналізі бюджету. Навіть якщо фінансування ПМСД номінально визначено пріоритетом у національній політиці (так, Всесвітньою організацією охорони здоров'я в Алма-Атинська декларації ініційовано проведення реформ в галузі охорони здоров'я з пріоритетним розвитком первинної медико-санітарної допомоги), структура та процес бюджетування можуть перешкоджати розподілу та надходженню коштів до надавачів ПМСД.

Важливим залишається удосконалення методів фінансування видатків на охорону здоров'я, традиційним та поширеним в Україні є метод кошторисно-бюджетного фінансування та застосування програмно-цільового методу в бюджетному процесі. У світовій практиці, крім згаданих методів фінансування первинної медико-санітарної допомоги надають перевагу не фінансуванню певного закладу, а певної послуги (наприклад оплата за надання медичної консультації та/або пролікованого хворого), застосування подушного методу з урахуванням статеві-вікової структури. З перерахованих методів оплати медичних послуг віділяють саме подушне фінансування, за якого амбулаторно-поліклінічним закладам періодично виплачують фіксовану суму коштів на одну зареєстровану в них особу для забезпечення надання узгодженого переліку послуг [4].

Розподіл фінансових ресурсів, за подушним методом, для надання ПМСД полягає в тому, щоб забезпечити їх спрямування до первинних надавачів ПМСД які працюють на платформах медичних закладів та підтримати основну функцію – збереження здоров'я населення. Поставлення людей у центр цих заходів передбачає розподіл фінансових ресурсів оснований на потребах населення, а не розподілі бюджетних видатків на конкретні заклад охорони здоров'я чи фінансування за принципом вертикальних програм. Досягти справедливості в процесі розподілу фінансування – надання пріоритету потреб населення із найнижчим соціально-економічним статусом на найменш обслуговуваних географічних територіях.

Проектом Закону України «Про статус та діяльність закладів охорони здоров'я» подушне фінансування розгадалось як визначення обсягу фінансових ресурсів для надання первинного рівня медичної допомоги, що розраховується шляхом ділення загального обсягу фінансових ресурсів для надання цього виду допомоги на кількість населення чи споживачів послуг первинної медичної допомоги з коригуючими коефіцієнтами відповідно до віку, статі та стандартизованих за віком і статтю показників смертності [5]. В основі розрахунку подушних нормативів лежить оцінка планової кількості викликів або відвідування лікаря первинного рівня та середні витрати,

пов'язані із утриманням закладу охорони здоров'я, що надає первинну медичну допомогу. Розрахунок подушних нормативів паліативної допомоги здійснюється на основі оцінки кількості осіб, що потребують таку допомогу та середніх витрат, пов'язаних із наданням паліативної допомоги одному пацієнту.

На критику запропонованої моделі фінансування Головного науково-експертного управління, зауважує, що при розрахунку розмірів потреб у бюджетних коштах, які плануються надати закладам охорони здоров'я, розпорядниками цих коштів мають враховуватися не тільки подушні нормативи для закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу або кількість осіб, що орієнтовно буде госпіталізована у закладах вторинного та третинного рівнів, кількість курсів лікувань у денних стаціонарах тощо, а також «індикатор якості надання медичної допомоги». Тобто фінансування закладів охорони здоров'я має також залежати від якості медичних послуг, які вони надають [6].

Таку думку підтримують учені, вказуючи, що фінансування ПМСД доцільно здійснювати на основі орієнтовних нормативів на одного мешканця з урахуванням поправочних коефіцієнтів залежно від конкретних регіональних умов [7; 8]. Наприклад, бюджети охорони здоров'я в Національній службі охорони здоров'я Англії розподіляються між географічними одиницями за допомогою формули з урахуванням потреб населення. Такий підхід стимулював багато країн на розробку подібних заходів, свою ефективність подушний підхід підтвердив у Чилі, Бразилії.

Так, у Чилі подушне фінансування ПМСД виділяється муніципалітетам для забезпечення роботи медичних закладів за формулою розподілу фондів коштів. Виплати, що передаються органам місцевого самоврядування, розраховуються відповідно до чисельності їхнього населення з урахуванням віку, бідності та сільської місцевості. Потім місцева влада виділяє ресурси надавачам ПМСД для покриття витрат на заробітну плату та послуг відповідно до урядового плану охорони здоров'я сім'ї. До 2019 року ці асигнування на душу населення становили майже 65% загальних фінансових трансфертів для ПМСД. Такий розподіл на основі подушного фінансування покращив справедливість через надання більшої кількості грошових коштів біднішим муніципалітетам. Однак одним із помітних обмежень системи є низький ступінь фінансової інтеграції між ПМСД та вищими рівнями медичної допомоги. Механізм коригування ризиків також вважається досить недосконалим, що обмежує можливості для перерозподілу коштів [9].

У Бразилії бюджет системи охорони здоров'я сім'ї розподіляється між муніципалітетами за формулою орієнтованою на населення. Система сімейного здоров'я розширила надання ПМСД за допомогою мультидисциплінарних команд, які надавали послуги на рівні громади в певному географічному регіоні. Фінансування системи сімейного здоров'я відбувалося шляхом прямого субсидування з федерального бюджету до бюджетів муніципалітетів, відомих як *Piso da Atencao Basica* (що означає «Поверх базового догляду»). Трансфер розраховувався як фіксована сума на душу населення на основі чисельності муніципального населення та змінного компонента пов'язаного з федеральними пріоритетами. З 2011 року до формули було внесено коригування, щоб дозволити виділяти більше коштів для більш бідніших муніципалітетів [10], щоб заохотити муніципалітети запровадити модель системи сімейного здоров'я та розширити обсяг наданих послуг ПМСД. За підтримки цих механізмів фінансування команд Системи сімейного здоров'я між 1998 і 2020 роками зросла з 2054 до 43 286 разів, охоплюючи 133,7 мільйонів людей (63,3% населення) [11]. Тобто при розподілі видатків на ПМСД використовують формульний розрахунок, що покращує справедливий розподіл ресурсів між провінціями чи адміністративними одиницями.

Зазначимо, Окорафор і Томас виявили, що при такому підході до розподілу видатків може обмежуватись досягнення справедливості, через: неврахування місцевих відмінностей у витратах, неврахування поглинаючої здатності кожного географічного регіону та неврахування початкових інвестиції, необхідних для розширення надання послуг. Крім того, відсутність повноцінних, послідовних і надійних даних для коригування компонентів формул розподілу ресурсів (наприклад, рівнів стану здоров'я) у певний момент часу може перешкоджати застосуванню та реалізації подушного розподілу фінансування ПМСД, слабкий управлінський потенціал на місцевому рівні, поганий облік витрат на ПМД та відсутність фінансового контролю [12].

Однією з головних вад чинного порядку вітчизняні науковці визначають вибіркового характеру коефіцієнтів коригування, які призначені враховувати різноманітні регіональні особливості. Так, Н. Карпишин важливим чинником, який впливає на обсяги видатків на охорону здоров'я є економічна ситуація в регіоні, а тому формульний розрахунок, на її думку, має бути доповнений відповідним коефіцієнтом [13].

Прогнозування обсягу подушних видатків на ПМСД вимагає формування адекватного набору факторних індикаторів на підставі певних критеріїв, а саме: наукової обґрунтованості, тісного взаємозв'язку з результируючим показником, об'єктивності, порівнянності, а також не пов'язаності один з одним. Відповідно до цих критеріїв, для обчислення прогнозних видатків оснований на подушному методі, на погляд В.М. Булавинець доцільно використовувати такі факторні показники в розрахунку на одну особу наявного населення: валовий внутрішній продукт, сукупні доходи населення, сукупні доходи місцевих бюджетів країни [14].

Незважаючи на зазначені проблемні питання, ряд вчених запевняє, що перехід на подушний норматив фінансування дозволить змінити економічні умови діяльності органів управління охороною здоров'я, створити передумови для пошуку ефективних варіантів використання наявних ресурсів, а також орієнтації на показники здоров'я населення [8].

О.В. Солдатенко в своєму дослідженні пропонує впровадження глобального бюджету для надання первинної медико-санітарної допомоги який містить основну частину, яка розраховується з урахуванням кількості населення, що обслуговується (подушний норматив), та фонд матеріального стимулювання закладів охорони здоров'я чи лікарів, які надають первинну медико-санітарну допомогу. Загальна сума фінансування розраховується відповідно до методики і порядку, встановлених Міністерством фінансів України на основі чисельності обслуговуваного населення. Фонд матеріального стимулювання закладів охорони здоров'я і лікарів, які надають первинну медико-санітарну допомогу, розподіляється на основі показників їх діяльності у порядку, визначеному центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я [15]. Тобто, пропонує ввести подушний метод виділення коштів тільки для закладів соціальної сфери, які функціонують як неприбуткові підприємства комунальної форми власності [16] і зберегти нормативне планування для решти бюджетних установ.

Щодо матеріального стимулювання лікарів закладів охорони здоров'я які надають ПМСД то Глобальна комісія з охорони здоров'я (The Lancet Global Health) пропонує здійснювати таке фінансування з застосуванням змішаної моделі оплати з урахуванням контексту побудови на подушній основі. Така модель фінансування використовує переваги подушного методу фінансування як початкову точку, а потім використовують елементи інших механізмів фінансового забезпечення, щоб свідомо компенсувати недоліки подушного методу та підтримувати досягнення інших конкретних цілей системи охорони здоров'я [17]. Змішані моделі фінансування ПМСД

зазвичай включають бюджетні видатки для покриття постійних витрат (наприклад заробітна плата лікарів), особливо в малонаселених або важкодоступних районах, оплата послуг які мають високу пріоритетність або мають вищий ризик бути недостатньо наданими в розмірі душі та інше.

Указом президента України «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» від 06.12.2005 р. № 1694/2005 дана вказівка на вжиття заходів щодо запровадження сучасних економічних механізмів у діяльність закладів охорони здоров'я, чіткого розмежування бюджетних асигнувань на первинну, вторинну та третинну лікувально-профілактичну допомогу [18].

Тому, в рамках проведення реформ сфери охорони здоров'я в Україні паралельно планується зміна порядку фінансування медичних закладів, перехід від кошторисного фінансування, основою якого є показники потужності закладів і який зберігає орієнтири екстенсивного розвитку, до фінансування в рамках виконання бюджетних програм, які сформовані на основі програмно-цільового методу бюджетування, на підставі договорів між замовником та акредитованим постачальником медичних послуг, виходячи з потреб населення у певних видах медичної допомоги [19]. При цьому планується використання сучасних методів оплати медичних послуг: на первинному рівні – сполучення подушної оплати і стимулюючих надбавок за пріоритетні види діяльності; на вторинному рівні, для стаціонарів – «глобальний бюджет» в залежності від структури та обсягів наданої допомоги/послуг, на третинному рівні – «глобальний бюджет» в залежності від структури та обсягів наданої допомоги (наприклад, в пілотному районі Харківської області місцеві органи влади ще в 2005 році прийняли рішення про розмежування фінансування вторинної та первинної медичної допомоги із запровадженням нових методів оплати (первинний рівень – подушна оплата, вторинний – метод глобального бюджету) [7].

Використання «подушного» методу фінансування системи охорони здоров'я, зокрема ПМСД є перспективною, оскільки вона не прив'язана до конкретних вхідних ресурсів або обсягу наданих послуг, подушна оплата дає надавачам ПМСД гнучкість для координації та оптимального управління доглядом за окремими особами та групами населення. Це єдиний метод фінансування, який ґрунтується на принципі справедливості, оскільки його вихідною точкою є рівномірна фіксована оплата на людину, яку потім можна коригувати залежно від потреб здоров'я чи інших факторів та надає пріоритет збереженню здоров'я а не наданню окремих послуг для вирішення проблем зі здоров'ям. Будучи системою передоплати, подушний метод фінансування забезпечує передбачуваний і стабільний потік доходу для лікарів які надають первинну медико-санітарну допомогу.

Список використаних джерел:

1. Prentice T. The World Health Report. *Shaping the future*. 2003. № 7. P. 123–137.
2. Первинна медико-санітарна допомога/сімейна медицина : монографія / В.М. Князевич та ін. Київ, 2010. 401 с
3. Солдатенко О.В. Бюджетні видатки на охорону здоров'я: проблеми та перспективи правового регулювання. *Правове регулювання економіки*. 2015. № 15. С. 60–72
4. Семенов В.Ю. Экономика здравоохранения: уч. пособ. Москва. 2004. 656 с.
5. Про статус та діяльність закладів охорони здоров'я : проект Закону України від 9 лист. 2016 р. № 2463. URL : <https://www.apteka.ua/article/393176>
6. Про статус та діяльність закладів охорони здоров'я : висновок Головного науково-експертного управління на проект Закону України «Про статус та діяльність закладів охорони здоров'я». URL : <https://www.apteka.ua/article/393176>

7. Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В.. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: Український вимір. *Україна. здоров'я нації*. 2010. № 13. 5–23 с.
8. Кризина Н.П., Заглада О.О., Слабкий В.Г. Питання фінансування первинної медико-санітарної допомоги населенню України: проблеми та перспективи. *Інвестиції: практика та досвід*. 2011. № 23. 100–106 с
9. Financing primary health care in Chile. *Lancet Global Health Commission on Financing People-Centred Primary Health Care* / C Cuadrado et. al. London. URL : <https://www.lshtm.ac.uk/financing-phc> (accessed 27.09.2022)
10. Brazil's PHC financing: case study. *Lancet Global Health Commission on financing people-centred PHC.* / A Massuda et. al. London, 2021. URL : <https://www.lshtm.ac.uk/financing-phc> (accessed 27.09.2022).
11. Primary healthcare expansion and mortality in Brazil's urban poor: a cohort analysis of 1.2 million adults. *PLoS Med* / T Hone et al. 2020. P. 17
12. O. Okorafor, S. Thomas. Protecting resources for PHC under fiscal federalism: options for resource allocation. *Health Policy Plan* 2007. № 22. P 415
13. Карпишин Н.І. Вдосконалення планування та здійснення видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я. Модернізація місцевих фінансів України в умовах економічних і соціальних трансформацій : монографія / за ред. О.П. Кириленко. Тернопіль : «Економічна думка», 2008. 376 с.
14. Булавинець В.М. Видатки місцевих бюджетів соціального призначення : дис. ... канд. екон. наук : 8.00.08. Тернопіль, 20120
15. Солдатенко О.В. Глобальний бюджет як метод фінансування видатків на охорону здоров'я. URL : <http://www.pravoznavec.com.ua/period/article/14273/%CE>
16. Солдатенко О.В. Видатки на охорону здоров'я у бюджетній системі України. *Держава та регіони*. 2009. № 4. С. 95-101.
17. Robinson J.C. Theory and practice in the design of physician payment incentives. *Milbank Q.* 2001. № 79. P 149–77
18. Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення Указом Президента України від 06.12.2005 р. № 1694/2005. *Офіційний вісник України*. 2005. № 49. С. 35
19. Шевченко М.В., Слабкий Г.О., Шевченко М.В., Заглада О.О. Сучасні підходи до фінансування системи охорони здоров'я : монографія. Київ, 2011. 345 с.