

# Шляхи впровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування в Україні

В. ЛУКОВИЧ

*НДІ праці і зайнятості населення України  
Міністерства соціальної політики і НАН України  
м. Київ*

*У статті автор зосереджує увагу на необхідності покращення рівня охорони здоров'я населення у межах визначених Конституцією зобов'язань держави щодо забезпечення прав громадян на отримання медичної допомоги шляхом удосконалення регулювання галузі та поєднання державного та страхового фінансування. Пропонується оцінка гарантованого обсягу медичної допомоги, визначаються фінансові потоки системи за видами наданих послуг. Розкривається важливість створення умов для сталого фінансування та підвищення ефективності використання ресурсів системи охорони здоров'я.*

*В статье автор концентрирует внимание на необходимости улучшения уровня охраны здоровья населения в пределах определенных Конституцией обязательств государства по обеспечению прав граждан на получение медицинской помощи путем совершенствования регулирования отрасли и сочетания государственного и страхового финансирования. Предлагается оценка гарантированного объема медицинской помощи, определяются финансовые потоки системы по видам предоставляемых услуг. Раскрывается важность создания условий для устойчивого финансирования и повышения эффективности использования ресурсов системы здравоохранения.*

*The article focuses on the need to improve the population health protection within the Constitution's commitments to ensure the citizens' rights to be medical care covered by improving the regulations and implementing both government and insurance financing. Guaranteed medical care estimation has done, financial flows by the types of services provided have determined. The importance of creating conditions for sustainable financing and efficient use of healthcare resource is shown.*

Ключові слова: медичне страхування, охорона здоров'я, гарантований обсяг медичної допомоги, економіко-математичне моделювання, нормативи вартості, показники якості, втрачені роки життя.

**П**остановка проблеми. Нині система охорони здоров'я в нашій країні перебуває у непростому становищі. Найважливішими серед проблем, що постали на сучасному етапі розвитку вітчизняної охорони здоров'я, є організаційно-економічні проблеми. Це насамперед такі, як: формування оптимального ресурсного потенціалу системи охорони здоров'я та суспільно необхідної структури медичних кадрів; визначення та пошук можливих і необхідних обсягів фінансування; вдосконалення територіальної організації медичних закладів та управління якістю медичної допомоги; поліпшення профілактики захворювань і формування здорового способу життя, покращення територіальної доступності медичної допомоги, тобто вдосконалення регіональної політики у сфері охорони здоров'я.

Здоров'я населення є опосередкованим інтегральним показником успішності функціонування держави. В Україні давно назріла потреба змін у системі медичного обслуговування населення, абсолютна більшість якого невдоволена сучасним станом справ у за-

значеній системі, рівнем доступності та якості медичної допомоги. Причиною цього є низький рівень фінансового та іншого ресурсного забезпечення, диспропорції в структурі системи охорони здоров'я. Командно-адміністративна модель управління галуззю обмежує її розвиток у ринкових умовах, а конкурентні моделі приватної та добровільної страхової медицини покривають незначну частку забезпечених категорій громадян. Забезпечення загального доступу до медичної допомоги та її фінансової стійкості може відбуватись шляхом поєднання державного та страхового фінансування. Дієвим інструментом вирішення означених проблем є реформування медичної галузі шляхом впровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

**Аналіз досліджень та публікацій.** Пошук шляхів покращення рівня охорони здоров'я населення тривалий час знаходиться у фокусі досліджень українських науковців. Окремі аспекти цих питань опрацьовані у роботах Ю. Г. Антипкіна, О. Ф. Возіанова, Т. С. Грузевої, В. М. Князевича, Т. К. Кульчицької, В. В. Лазори-

шинця, О. П. Мінцера, М. Г. Мельниченко, В. Ф. Москаленко, С. І. Мохначова, О. В. Олексієнко, Г. О. Слабкого, В. О. Тимофєєва, Л. А. Чепелєвської та інших. Поряд із тим є низка проблем, пов'язаних із переходом від якісного до кількісного оцінювання шляхів удосконалення управління фінансами та планування інфраструктури галузі, створення умов для сталого фінансування та підвищення ефективності використання ресурсів системи охорони здоров'я шляхом розробки програм гарантованих медичних послуг, з урахуванням чіткого визначення засад розмежування між бюджетними та страховими джерелами фінансування. Комплексне вирішення цих проблем неможливе без застосування дієвих критеріїв оцінки можливих напрямів удосконалення регулювання галузі охорони здоров'я, які базуються на слушних моделях, виважених розрахунках та достовірних прогнозах.

**Метою статті** є кількісна оцінка оптимальних шляхів впровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування в Україні через економіко-математичне моделювання.

**Викладення основного матеріалу.** Страхування за своєю природою є поєднанням великої кількості невеликих ризиків з подальшою їх передачею. Особи або організації, які не можуть дозволити собі або не бажають взяти на себе певні ризики, мають їх передати, сплативши при цьому певну ціну. Установа, яка бере на себе такий ризик, зобов'язана накопичити відповідний капітал, аби бути платоспроможною за позовом у разі настання страхового випадку. Щоб уникнути браку коштів та згладити частоту позовів у часі, страхові організації зазвичай залучають велику кількість учасників. Передбачуваність позовів у разі настання страхового випадку набагато вища для групи в цілому, ніж для будь-якого окремого учасника.

Успішна страхова програма має наслідувати три фундаментальних принципи.

1. Низька імовірність страхової події для окремого учасника. Наприклад, при страхуванні життя імовірність смерті є відносно маленька, доки людина не досягає похилого віку. Тому з віком вартість страховки зростає. У похилому віці, коли імовірність настання страхової події є відносно висока, вартість страховки стає настільки високою, що купувати її недоцільно.

2. Високі фінансові втрати при настанні страхової події. Особи або організації можуть взяти на себе певний ризик (і зазвичай беруть його на себе) тоді, коли вони мають можливість фінансувати його наслідки із власних ресурсів. Якщо ж фінансові наслідки настання страхової події перевищують власні ресурси або завдають їм непоправної шкоди, тоді ризик (за певну ціну) має бути переданий. Так, для сім'ї із трьох осіб, одна із яких — малолітня дитина, а інша — мати, що не працює, здійснюючи догляд за цією дитиною, у випадку смерті працюючого батька родина втрачає весь дохід, який він заробив би у році смерті та у всіх наступ-

них роках — до набуття дитиною повноліття і в подальшому. Якщо у родини відсутні достатні заощадження, щоб протидіяти такій втраті самостійно, їй конче необхідно страхувати життя працюючого батька. З іншого боку, страхування життя особи похилого віку недоцільне не тільки за першим, а й за другим принципом. По-перше, її очікувана тривалість життя значно коротша, ніж у молодій людині, отже, обсяг втрачених коштів буде також майже пропорційно меншим. По-друге, страхова виплата призначена компенсувати фінансові втрати не померлої особи, а залежних від неї осіб, які не мають інших джерел доходу. Зазвичай це діти або подружжя. Але в осіб похилого віку діти, як правило, дорослі і мають власні джерела доходу. Дружина або чоловік часто мають своє джерело доходу, тому смерть подружжя не матиме таких катастрофічних фінансових наслідків, як у випадку із молодією сім'єю, що має немовля. Тому для страхування сім'ї похилого віку використовується інший інструмент — пенсія подружжя — за яким сукупна довічна пенсія виплачується доти, доки живе останній член сім'ї.

3. Незацікавленість у настанні страхової події. Страхування спрацьовує лише тоді, коли особа не зацікавлена у настанні страхової події. У більшості ситуацій людина не бажає собі смерті, тому страхування життя задовольняє цю умову. Слід додати, що більшість полісів страхування життя включають умову відсутності виплат на випадок самогубства. З іншого боку, страховий поліс не може розглядатися як спекулятивний цінний папір на тривалості життя певної особи, тому неприродно продавати поліс тому, хто матиме від смерті цієї особи фінансовий зиск.

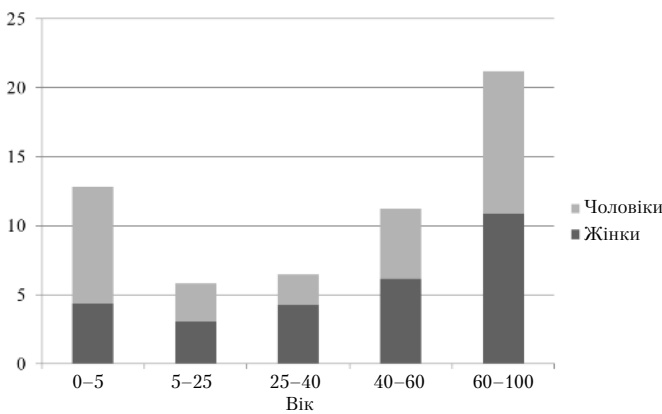
Класичний страховий продукт, побудований за викладеними вище принципами, характеризується тим, що платники внесків достатньо вмотивовані, аби формувати належний фінансовий потік. Надання гарантованого рівня медичних послуг дещо відрізняється від класичного страхового продукту, а фінанси системи охорони здоров'я унікальні як за своїм обсягом, так і за управлінням. Так, для визначення вартості гарантованого обсягу медичної допомоги слід оцінити потреби в медичній допомозі, які визначаються імовірністю звернення за медичною допомогою, обсягом наданих медичних послуг, вартістю матеріальних (обладнання, ліки тощо) та людських ресурсів, що були задіяні для її надання. Потреби в медичній допомозі суттєво залежать від віку особи. Найбільшою потребою характеризуються найменш захищені верстви населення — діти та пенсіонери. Найбільш продуктивна частина трудових ресурсів — особи у віці від 20 до 40 років — характеризується найменшою потребою у медичних послугах, і це виступає суттєвим демотивуючим фактором їх участі у медичному страхуванні. З огляду на те, що ця когорта складає основну масу потенційних платників внесків медичного страхування, слід ретельно розглянути можливі альтернативні ва-

ріанти довгострокового накопичувального страхування, а також актуарно обґрунтоване застосування принципу солідарності поколінь.

Як видно з рисунка, діти у віці до 4-х років (а особливо у віці до 1 року) потребують у середньому вдвічі більше медичної допомоги, ніж особи у найбільш продуктивному працездатному віці, а пенсіонери — більш ніж утричі. Проте структура потреб для дітей та пенсіонерів суттєво відрізняється. Для дітей це, в основному, відносно рідкісні випадки вартісних витрат, у той час як допомога пенсіонерам носить масовий характер. Слід відзначити, що у першому випадку батьки, зазвичай, готові фінансувати додаткові витрати, а лікарі не відмовляють у наданні надлишкових послуг. Стосовно ж пенсіонерів, чисельність яких практично зіставна із потенційною чисельністю платників внесків і практично кожен із них потребує того чи іншого виду медичних послуг, обсяг фактично наданої медичної допомоги виявляється нижчим за необхідний через брак фінансування та небажання лікарів наражатися на ризики виникнення ускладнень, активізації прихованих захворювань та інших побічних ефектів.

При проведенні оцінки гарантованого обсягу медичної допомоги на 2012 р.<sup>1</sup> були використані такі параметри прогнозу:

- фонд оплати праці штатних працівників — 443,420 млрд грн;
- ФОП для розрахунку страхових внесків з урахуванням питомої ваги витрат, на які вони нараховуються, — 410,845 млрд грн;



**Рис. Очікуваний обсяг потреб у медичній допомозі за віком та статтю у 2012 р., еквівалентних одиниць\***

\*Еквівалентна одиниця медичної допомоги є інтегральним показником, який визначається імовірністю звернення особи певної віково-статевої групи упродовж року за різними видами медичної допомоги, з урахуванням умовної вартості її надання. Використовувався при фінансово-економічному обґрунтуванні законопроекту 6152-1, зареєстрованого 06.03.2001.

➤ видатки зведеного бюджету на охорону здоров'я у 2012 р. — 55,885 млрд грн.

Прогноз розподілу видатків зведеного бюджету на охорону здоров'я у 2012 р. представлено в табл. 1<sup>2</sup>.

Впровадження медичного страхування не змінить бюджетної природи видатків за другим рядком табл. 1, у той час як фінансування закладів охорони здоров'я місцевого підпорядкування та підпорядкування МОЗ підлягає подальшому аналізу. Очікуваний розподіл видатків першого рядка табл. 1 у 2012 р. за їх економічною класифікацією деталізує табл. 2.

Додаткове фінансування медичних закладів за рахунок страхових внесків у розмірі 2,5% ФОП (410,8 млрд грн × 2,5% = 10,3 млрд грн) подвоїть щорічне надходження коштів за статтями «Медикаменти» та «Обладнання», що покращить постачання ліків та спричинить переобладнання лікарень. Проте страхове покриття не може базуватись лише на економічній класифікації видатків і має врахувати відмінності у потребах для різних категорій осіб. Деталі розрахунків містяться у таблицях 3; 4; 5; 6 і 7.

За даними попередніх років, оприлюдненими МОЗ та Держкомстатом, а також з урахуванням динаміки їх зміни, були розроблені нормативи вартості еквівалентних одиниць медичної допомоги, які лягли в основу прогнозу гарантованого обсягу медичної допомоги для 2012 р. Прогнозні показники, що містять як безпосередньо затрати на лікування особи, так і всі види фінансових видатків медичних закладів, у тому числі такі статті, як «Заробітна плата», «Нарахування на фонд оплати праці», видаткові матеріали терміном використання до та більше 1 року, видатки на організацію харчування та інше, відображені у табл. 4.

Таблиці 5, 6 та 7 деталізують нормативи чисельності та вартості за типами медичних послуг окремо для амбулаторно-поліклінічної допомоги та для стаціонару, а також містять розрахований на їх основі прогноз обсягів гарантованої медичної допомоги на 2012 р.

Останньою при побудові моделі, але найбільш складною проблемою з позиції її формалізації є оцінка якості надання медичної допомоги. Хоча статтею 11 Закону України № 2017-III від 5.10.2000 «Про державні соціальні стандарти...» показники якості надання медичної допомоги задекларовані у переліку державних соціальних нормативів у сфері охорони здоров'я, у чинному Державному класифікаторі соціальних стандартів та нормативів вони досі відсутні. У світі також відсутня загальноприйнята методика їх оцінки. За положеннями системного менеджменту, що трактують надання медичної допомоги з позиції вироблення медичних послуг, високий рівень якості забезпечують оптимальні форми організації та управління, базові поняття та принципи яких визначені за-

<sup>1</sup> Прогноз Державного бюджету України на 2012–2013 роки (Додаток до Проекту Закону про Державний бюджет України на 2011 рік № 7000, зареєстрований у ВР України 10.12.2010).

<sup>2</sup> Оцінка структури видатків таблиць 1 і 2 визначена автором на основі методу найменших квадратів за даними розподілів 4-х попередніх років.

Таблиця 1

**Прогнозний розрахунок коштів на фінансування галузі «охорона здоров'я» на 2012 р., млрд грн\***

Отримувач коштів	Сума
Заклади охорони здоров'я місцевого підпорядкування та підпорядкування МОЗ	47,586
Видатки загального фонду Державного бюджету на фінансування бюджетних програм, а також фінансування закладів охорони здоров'я, підпорядкованих АМН України, іншим міністерствам та відомствам: Верховній Раді України, Управлінню справами, Міністерству освіти і науки, Міністерству праці та соціальної політики, Державному департаменту з питань виконання покарань, МЧС, СБУ, Службі зовнішньої розвідки України	8,299
<b>РАЗОМ</b>	<b>55,885</b>

\*Джерело: Прогноз Державного бюджету України на 2012-2013 роки (додаток до проекту закону про Державний бюджет України на 2011 рік № 7000, зареєстрований у ВР України 10.12.2010).

гальноприйнятими стандартами «ДСТУ ISO 9001:2000 Система управління якістю. Вимоги». Однак, порівняно із загальним виробничим процесом, «виробництво» медичних послуг є суттєво менш формалізованим процесом. Теорія оптимального управління визначає, що слухний контроль якості неформалізованого (або частково формалізованого) процесу може бути проведений у результаті аналізу значно більшого обсягу даних, ніж контроль якості повністю формалізованого процесу. Тому формулювання по-

казників якості на основі задекларованих загальним стандартом ISO 9001:2000 принципів – орієнтація на пацієнта, процесний підхід, системний підхід до управління, постійне поліпшення процесу надання послуг, прийняття рішень на підставі фактів – вимагає істотного масиву статистичних даних, які на сьогодні в Україні недоступні.

Більш адаптованим прикладом оцінки якості (менш формалізованого у порівнянні з виробничим процесом надання медичної допомоги) є чинний наказ МОЗ Російської Федерації та Федерального фонду ОМС від 24.10.1996 № 363/77. Окрім того, що він істотно формалізує надання гарантованого обсягу медичних послуг (що створює умови для уможливлення застосування загальних принципів, задекларованих стандартом ISO 9001:2000), він також визначає, що контроль якості надання медичної допомоги медичними закладами проводиться за трьома напрямками – структурою, процесом та результатом. Структура характеризує засоби надання медичної допомоги та управління ними. Таким чином, до структури відносяться матеріальні ресурси, людські ресурси – лікарі, середній медичний персонал, медичні сестри та організація управління матеріальними та людськими ресурсами. Процес характеризується організацією обстежень, лікування та догляду за хворими, науково-технічним рівнем та відповідним веденням медичної документації. Результат

Таблиця 2

**Потреба у фінансуванні закладів охорони здоров'я місцевого підпорядкування та підпорядкування МОЗ за статтями видатків на 2012 р., млрд грн**

Показник	Сума
Заробітна плата	17,788
Нарахування	6,402
Медикаменти	6,271
Харчування	2,237
М'який інвентар	0,264
Комунальні послуги	3,088
Обладнання	4,706
Капітальний ремонт	3,345
Інші	3,484
<b>РАЗОМ</b>	<b>47,586</b>

Таблиця 3

**Прогноз обсягів видатків у 2012 р. за видами допомоги для категорій отримувачів медичної допомоги, млн грн**

Вид медичної допомоги / Категорія отримувачів	Швидка допомога	Амбулаторна та денні стаціонари**	Стаціонарна допомога***	РАЗОМ
Наймані працівники підприємств, установ, організацій**	2034,8	5710,2	7415,0	<b>15 159,9</b>
Інші зайняті економічною діяльністю (СПД та інші)	342,6	961,3	1248,3	<b>2552,2</b>
Тимчасово не працюючі особи працездатного віку	188,1	528,0	685,6	<b>1401,7</b>
Пенсіонери, діти та інше економічно неактивне населення	4935,4	13 850,5	17 985,7	<b>36 771,6</b>
<b>РАЗОМ</b>	<b>7500,9</b>	<b>21 049,9</b>	<b>27 334,6</b>	<b>55 885,4</b>

\*\*Розрахунки за типами допомоги відображені у табл. 7.

\*\*\*Розрахунки за типами допомоги відображені у табл. 5.

Таблиця 4

**Прогнозні показники 2012 р. для оцінки обсягу гарантованої медичної допомоги**

Вид надання гарантованої медичної допомоги	Кількість звернень/днів перебування на рік	Вартість дня перебування / рази звернення (грн)
Амбулаторно-поліклінічна допомога	5,956	69,3
Денний стаціонар	0,200	83,96
Госпіталізація	14/3,1*	206,54
Швидка медична допомога	0,295	557,14

\*Середня тривалість перебування на лікарняному ліжку складає 14 днів, а з урахуванням імовірності госпіталізації – 3,1 дня.

Таблиця 5

**Нормативи за видами допомоги та прогноз на 2012 р. обсягів витрат на стаціонарне лікування**

Вид допомоги, що надається	Нормативи чисельності та вартості				Обсяг гарантованої медичної допомоги (млн грн) для:			
	рівень госпіталізації (на 1 особу упродовж 1 року)	середня тривалість госпіталізації (днів)	коefficient вартості одного дня перебування у стаціонарі	норматив вартості госпіталізації на одну особу (грн)	найманих працівників підприємств, установ, організацій**	інших зайнятих економічно діяльно (СПД та інші)	тимчасово не працюючих осіб працездатного віку***	пенсіонерів, дітей та інших економічно неактивних категорій населення
кардіологічна	0,00731	16,9	0,88795	183,40	280,1	47,2	25,9	679,4
ревматологічна	0,00090	19,9	0,96938	200,21	44,4	7,5	4,1	107,6
гастроентерологічна	0,00371	15,4	0,96692	199,71	141,4	23,8	13,1	343,0
пульмонологічна	0,00315	20,0	0,98145	202,71	158,0	26,6	14,6	383,3
ендокринологія	0,00169	16,0	1,05684	218,28	72,9	12,3	6,7	176,9
нефрологія	0,00158	11,9	1,00600	207,78	48,2	8,1	4,5	116,9
гематологія	0,00079	20,3	1,13294	234,00	46,3	7,8	4,3	112,2
алергологія	0,00045	14,4	1,04349	215,52	17,3	2,9	1,6	42,0
педіатрична	0,01418	8,8	0,94038	194,23	299,1	50,4	27,7	725,5
терапевтична	0,02723	14,2	0,90003	185,89	892,0	150,2	82,5	2163,6
патологія новонароджених	0,00135	16,9	1,26989	262,29	73,9	12,4	6,8	179,4
травматологія	0,00731	12,1	1,02411	211,53	231,5	39,0	21,4	561,6
ортопедична	0,00135	26,8	0,99114	204,71	91,7	15,4	8,5	222,5
урологія	0,00461	9,3	1,00806	208,20	110,1	18,5	10,2	267,1
нейрохірургія	0,00225	8,6	1,08703	224,51	53,7	9,0	5,0	130,2
опікова	0,00045	17,0	1,55515	321,20	30,4	5,1	2,8	73,6
щелепна хірургія	0,00124	6,7	1,12889	233,16	24,0	4,0	2,2	58,3
торкальна	0,00056	13,7	1,48906	307,54	29,2	4,9	2,7	70,9
проктологія	0,00068	9,6	1,02332	211,36	16,9	2,8	1,6	40,9
кардіохірургічна	0,00034	13,3	2,24253	463,17	25,7	4,3	2,4	62,3
судинна хірургія	0,00068	15,1	1,38595	286,25	36,2	6,1	3,3	87,7
загальна хірургія	0,02981	8,1	1,11117	229,50	685,5	115,4	63,4	1662,8
онкологія	0,00698	13,8	1,32629	273,93	327,5	55,1	30,3	794,4
гінекологія	0,02261	5,9	0,97017	200,38	333,7	56,2	30,9	809,3
отоларингологія	0,00641	6,5	0,97176	200,71	104,1	17,5	9,6	252,5
офтальмологія	0,00506	8,8	1,05398	217,69	119,7	20,2	11,1	290,4
неврологія	0,01069	15,9	0,97097	200,55	421,7	71,0	39,0	1023,0
дерматологія	0,00315	14,4	0,86698	179,07	100,8	17,0	9,3	244,4
інфекційна	0,01688	9,3	0,96858	200,06	387,2	65,2	35,8	939,1
по вагітності та пологам	0,00878	9,5	1,24495	257,13	264,2	44,5	24,4	640,9
патологія вагітності	0,00563	11,4	1,20062	247,98	197,0	33,2	18,2	477,9
психіатрична	0,00675	71,1	0,80018	165,27	981,7	165,3	90,8	2381,3
наркологія	0,00506	13,5	0,80256	165,75	139,8	23,5	12,9	339,1
фізіатрична	0,00450	77,4	0,66315	136,97	590,8	99,5	54,6	1433,0
венерологія	0,00079	11,6	0,86698	179,07	20,3	3,4	1,9	49,1
аборти	0,00563	1,5	0,85173	175,91	17,9	3,0	1,7	43,5
<b>РАЗОМ</b>	<b>0,22050</b>	<b>14,0</b>	<b>1,00000</b>	<b>206,54</b>	<b>7415,0</b>	<b>1248,3</b>	<b>685,6</b>	<b>17985,7</b>

\*\* За винятком працюючих пенсіонерів працездатного віку.

\*\*\* За яких сплачувались би внески по догляду за дитиною, особою старше 80, альтернативній службі тощо.

Таблиця 6

**Нормативи чисельності та прогноз на 2012 р. нормативів вартості видатків на амбулаторно-поліклінічне та лікування у денному стаціонарі за видами допомоги**

Вид допомоги, за якою звернулась застрахована особа	Кількість звернень на 1 особу упродовж 1 року	Коефіцієнт вартості одного відвідання спеціаліста	Тривалість лікування у денному стаціонарі (на 1 особу)	Коефіцієнт вартості одного дня перебування у денному стаціонарі	Норматив амбулаторного лікування (грн/візит)	Норматив денного стаціонару (грн/день)
кардіоревматологія	0,13962	1,04239	0,00670	0,93802	72,24	78,75
педіатрія	0,65683	0,92657	0,17560	1,13974	64,21	95,70
терапія	1,37757	0,92161	0,13370	0,85834	63,86	72,07
ендокринологія	0,05297	1,76446	0,00170	1,07660	122,28	90,39
алергологія	0,00628	1,64799	0,00170	1,28993	114,20	108,31
неврологія	0,29490	1,07579	0,04610	0,85521	74,56	71,80
інфекційні захворювання	0,01502	1,37972	0,00500	0,94911	95,61	79,69
хірургія	0,53334	0,98119	0,02430	1,18755	67,99	99,71
урологія	0,06463	0,78661	0,00220	1,00096	54,51	84,04
стоматологія	1,04627	1,29525	0,00060	1,39553	89,77	117,17
гінекологія	0,43076	0,93238	0,04490	1,06995	64,62	89,84
отоларингологія	0,32624	0,75720	0,01020	0,99874	52,47	83,86
офтальмологія	0,29432	0,60410	0,00810	1,09728	41,86	92,12
дерматологія	0,26673	0,73156	0,01830	0,85370	50,69	71,67
психіатрія	0,18734	1,34040	0,07200	0,98905	92,89	83,04
наркологія	0,07570	1,16273	0,00720	0,88940	80,58	74,67
фізіатрія	0,12019	1,12729	0,01680	0,81981	78,12	68,83
венерологія	0,06774	0,96557	0,00200	0,84956	66,92	71,33
<b>РАЗОМ</b>	<b>5,95645</b>	<b>1,00000</b>	<b>0,57710</b>	<b>1,00000</b>	<b>69,07</b>	<b>83,96</b>

розкриває вплив наданих послуг на стан здоров'я пацієнта. Більшість із названих вище показників може бути визначена зі звітів за формою № 20 «Звіт лікувально-профілактичного закладу за 20\_\_ рік» (інструкція щодо заповнення якого затверджена наказом МОЗ № 378 від 10.07.2007) та подібним йому. Отже, оскільки на відміну від розглянутих вище вимог ISO необхідні статистичні дані наявні (але ні МОЗ, ні Держкомстат поки що не оприлюднюють агреговані за такими звітами дані), наступні показники якості надання послуг можуть бути використані при побудові економіко-математичних моделей для оцінки ефекту реформування галузі охорони здоров'я:

1. Структура засобів надання медичної допомоги та управління ними:

- медичні заклади та їх оснащення (матеріальні ресурси);
- персонал та його кваліфікація (людські ресурси);
- управління матеріальними та людськими ресурсами (організація діяльності).

2. Процес надання медичної допомоги:

- організація обстежень, лікування та догляду за хворими;
- науково-технічний рівень лікувально-діагностичної діяльності;
- повнота та своєчасність ведення медичної документації, її відповідність затвердженим МОЗ протоколам.

3. Результат надання медичної допомоги (вплив наданих послуг на стан здоров'я пацієнта):

- кількість смертельних випадків;
- кількість випадків внутрішньо лікарняного інфікування та ускладнень;
- кількість випадків первинної інвалідності (окремо для осіб працездатного віку);
- кількість повторних госпіталізацій з приводу одного й того самого захворювання упродовж року;
- кількість госпіталізацій з подовженими або з укороченими термінами лікування;
- кількість помилкових діагнозів;
- кількість підтверджених скарг пацієнтів та/або родичів;
- тривалість перебування у стаціонарі (окремо для осіб працездатного віку);
- тривалість перебування на лікарняному (окремо для осіб працездатного віку);
- кількість випадків повної реабілітації або пониження групи інвалідності (окремо для осіб працездатного віку).

Ще один показник якості охорони здоров'я дає концепція ВООЗ втрачених років здорового життя. Його ідея полягає в тому, що залежно від якості надання медичної допомоги, результатом діагностування та лікування може бути або одужання, або настання інвалідності, або смерть. В останніх двох випадках людина втрачає або якість життя, або саме життя, і мі-

Таблиця 7

**Прогноз обсягів видатків у 2012 р. на амбулаторно-поліклінічне та лікування у денному стаціонарі за видами допомоги для категорій отримувачів медичної допомоги, млн грн**

Вид допомоги, за якою звернулись	Наймані працівники підприємств, установ, організацій*	Інші зайняті економічною діяльністю (СПД та інші)	Тимчасово не працюючі особи працездатного віку**	Пенсіонери, діти та інше економічно неактивне населення
кардіоревматологія	131,4	22,1	12,1	318,7
педіатрія	730,2	122,9	67,5	1771,1
терапія	1208,5	203,5	111,7	2931,3
ендокринологія	82,1	13,8	7,6	199,1
алергологія	11,2	1,9	1,0	27,1
неврологія	313,2	52,7	29,0	759,6
інфекційні захворювання	22,7	3,8	2,1	55,1
хірургія	479,0	80,6	44,3	1161,8
урологія	45,9	7,7	4,2	111,3
стоматологія	1163,6	195,9	107,6	2822,3
гінекологія	394,5	66,4	36,5	956,9
отоларингологія	222,5	37,5	20,6	539,8
офтальмологія	161,8	27,2	15,0	392,4
дерматологія	183,6	30,9	17,0	445,5
психіатрія	289,5	48,7	26,8	702,1
наркологія	82,2	13,8	7,6	199,3
фізіатрія	130,6	22,0	12,1	316,7
венерологія	57,9	9,7	5,4	140,4
<b>РАЗОМ</b>	<b>5710,2</b>	<b>961,3</b>	<b>528,0</b>	<b>13 850,4</b>

\* За винятком працюючих пенсіонерів працездатного віку.

\*\* За яких сплачувались би внески по догляду за дитиною, особою старше 80, альтернативній службі тощо.

рилом втрати виступає кількість років, які людина могла б або прожити взагалі, або прожити здоровою. Ключовою ознакою, що дозволяє обчислити ці показники, виступає очікувана тривалість життя по досягненні віку — саме її особа втрачає у разі настання інвалідності або смерті. Слід відмітити певний нюанс стосовно цього поняття. Найбільш поширеною демографічною оцінкою є очікувана тривалість життя людини при народженні, яка у 2011 р. для України оцінюється у 74,5 року для жінок і 63,4 року для чоловіків. Проте це не значить, що жінки доживають лише 75 років, а чоловіки — 63. По досягненні жінкою віку у 75 років її очікувана тривалість життя складатиме близько 9 років, тоді як для 64-річного чоловіка — близько 13 років. Іншими словами, по досягненні певного віку сумарна кількість прожитих та очікуваних років збільшується за рахунок уникнення смерті впродовж уже прожитих років саме цією особою. Тобто щойно народжена дитина підлягає ризику померти у кожен із наступних років свого життя, тоді як особа, що досягла віку, скажімо, 60 років, підлягає такому ризику на значно меншому проміжку часу (оскільки вона напевне не помре у віці від 0 до 60, до якого вже дожила). Саме тому очікуваний вік смерті 60-річної особи на 10 років більший порівняно з очікуваним віком смерті новонародженого немовляти, і саме тому при обчисленні цього показника слід використовувати його розподіл за віком. Концепція втрачених років

здорового життя полягає у тому, що при настанні інвалідності людина втрачає можливість прожити очікувану у досягнутому нею віці кількість років як здорова особа.

Як видно з табл. 8, кожна із 234 жінок, що упродовж 2012 р. стануть інвалідами у віці 20-ти років, втратить по 55,2 року майбутнього очікуваного здорового життя, що в сумі складе близько 13 тис. людино-років. При цьому вітчизняна економіка втратить понад 8 тис. людино-років, які б ці 234 особи вклали у неї у майбутньому упродовж трудового стажу. У 2012 р. (як і в усіх наступних роках) інвалідність населення створюватиме «економічне навантаження», яке матиме подвійну природу. По-перше, економіка втратить понад 83/2 тис. грн приросту ВВП, який очікувався від кожної такої особи як складової трудових ресурсів країни. По-друге, недоотриманий дохід збільшиться ще на суму близько 10/2 тис. грн видатків, які держава виплатить такій особі у вигляді пенсії за інвалідністю. Крім очікуваних понад 222 тис. осіб, у яких буде визнана первинна інвалідність, очікувана середньорічна чисельність інвалідів у 2012 р. в Україні становитиме понад 2 млн 123 тис. осіб, а результати розрахунків для цієї категорії осіб ілюструє табл. 9.

Показник втрачених років здорового життя визначається настанням інвалідності. Слід відзначити, що він підлягає певному коригуванню з огляду на рівень реабілітації інвалідів. Його подальше удосконалення

Таблиця 8

**Оцінка втрачених років здорового життя внаслідок первинної інвалідності, 2012 р.**

Вік	Очікувана тривалість життя по досягненні віку (років)		Оцінка чисельності вперше визнаних інвалідами в населенні (осіб)		Кількість людино-років, що втрачено поколінням внаслідок вперше визнаної інвалідності (тис. років)		Кількість людино-років, втрачених економікою внаслідок первинної інвалідності (тис. років)	
	жін.	чол.	жін.	чол.	жін.	чол.	жін.	чол.
років								
20	55,2	43,9	234	772	12,904	33,884	8,179	30,893
40	36,2	27,2	1783	1193	64,580	32,426	26,746	23,855
60	19,1	14,3	1401	1698	26,760	24,347	0,0	0,0

Таблиця 9

**Оцінка втрачених років здорового життя внаслідок наявної інвалідності, 2012 р.**

Показники досягнутого віку та очікуваної тривалості життя інвалідів, інвалідність яких визнана у попередніх роках	В середньому на особу	
	жінки	чоловіки
Середній досягнутий вік	42,1	37,1
Очікувалось ще прожити років здорового життя	35,8	31,4
Втрачено років здорового життя внаслідок інвалідності	22,9	19,7

пов'язане із розглядом окремо I, II та III груп інвалідності, оскільки якість життя суттєво відрізняється залежно від групи. Крім звітів МОЗ, відносно повним джерелом для побудови статевовікових розподілів може виступати база даних обліку пенсіонерів, що ведеться Пенсійним фондом України. Проте її слід використовувати з певними застереженнями, адже зазвичай, досягнувши пенсійного віку, значна частина пенсіонерів (особливо груп II та III) переходять із пенсії за інвалідністю на дещо вигіднішу пенсію за віком.

Аналогічно з показником втрачених років здорового життя, що визначається настанням інвалідності, настання смерті визначає показник втрачених років життя. Узагальнені розрахунки для випадків захворювань відповідно до МКХ-10 підсумовує табл. 10. Зокрема з неї випливає, що інфекційні хвороби щороку забирають у населення України близько 500 людино-років життя на кожні 100 тис. населення, а захворювання органів дихання та травлення — близько 800 та 900 відповідно.

Поряд із основною метою проведення реформи системи охорони здоров'я, яка полягає у розширенні спектру надання медичних послуг кінцевому споживачу та поліпшенні їх якості, стоїть також глобальна задача оптимізації фінансових потоків, покращення їх цільової спрямованості та зменшення операційних видатків. Фінансові потоки системи охорони здоров'я визначаються як методами оплати медичних послуг кінцевим споживачем, так і способами їх відшкодування. Оцінка належних фінансових потоків потребує побудови виважених моделей. Такі структурні параметри системи охорони здоров'я, як обсяг покриття (примусова або добровільна участь у страховому за-

хисті); відповідальність за фінансування профілактичних заходів; розподіл фінансування лікування (амбулаторне, стаціонарне, денний стаціонар) за типами захворювань; обсяг швидкої допомоги; відповідальність за фінансування інвалідності та фінансування на випадок катастроф; рівень компенсації медичним установам та франшиза; критерії забезпечення ефективності надання послуг тощо мають бути формалізовані та виражені числами, аби бути застосованими для моделювання.

**Висновки.** 1. Чинну бюджетну систему фінансування охорони здоров'я доцільно доповнити програмою соціального медичного страхування найманих працівників, а вивільнені бюджетні кошти доречно спрямувати на фінансування медичних послуг пенсіонерам, дітям, іншим малозахищеним верствам населення, а також на переобладнання медичних установ. Запровадження соціального медичного страхування потребує чіткого визначення правових засад розмежування між страховими та бюджетними джерелами фінансування охорони здоров'я та кількісного визначення зобов'язання держави щодо забезпечення прав громадян на отримання безоплатної медичної допомоги. Для цього слід опрацювати наступні питання: дослідити ризики функціонування системи охорони здоров'я; визначити основні вимоги до організації системи медичного страхування; проаналізувати форми фінансування системи охорони здоров'я в умовах медичного страхування; виконати аналіз альтернативних концепцій; провести оцінку гарантованого обсягу медичної допомоги; здійснити розрахунок страхового тарифу на медичне страхування.

2. Запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування в Україні



Таблиця 10

*Кількість років життя, що втрачені з основних причин смерті у 2012 р., на 100 тис. населення (осереднена за обома статтями, без дитячої смертності)*

Вік	Інфекційних та паразитарних захворювань	Новоутворень	Захворювань системи кровообігу	Захворювань органів дихання	Захворювань органів травлення	Зовнішніх причин	З інших причин
6–10	4,5	24,1	128,4	7,4	8,3	18,4	14,3
11–15	5,1	27,0	143,7	8,2	9,3	20,6	16,0
16–20	11,8	63,0	335,2	19,2	21,7	48,0	37,3
21–25	15,6	83,3	443,1	25,4	28,7	63,4	49,4
26–30	19,0	101,2	538,5	30,8	34,9	77,1	60,0
31–35	22,7	121,0	643,9	36,9	41,8	92,1	71,7
36–40	27,3	145,7	775,2	44,4	50,3	110,9	86,4
41–45	32,5	173,3	921,9	52,8	59,8	131,9	102,7
46–50	39,7	211,7	1,126,7	64,5	73,1	161,3	125,5
51–55	46,8	249,4	1,327,2	76,0	86,1	189,9	147,9
56–60	47,0	250,2	1,331,3	76,2	86,3	190,5	148,3
61–65	48,9	260,8	1,387,6	79,4	90,0	198,6	154,6
66–70	45,9	244,6	1,301,3	74,5	84,4	186,2	145,0
71–75	42,2	225,0	1,197,1	68,5	77,6	171,3	133,4
76–80	38,3	203,8	1,084,6	62,1	70,3	155,2	120,8
81–85	23,0	122,3	651,0	37,3	42,2	93,2	72,5
86–90	11,6	61,6	327,8	18,8	21,3	46,9	36,5
91–95	3,3	17,3	92,2	5,3	6,0	13,2	10,3
96–100+	0,4	2,0	10,8	0,6	0,7	1,5	1,2
<b>РАЗОМ</b>	<b>486</b>	<b>2587</b>	<b>13 767</b>	<b>788</b>	<b>893</b>	<b>1970</b>	<b>1534</b>

доцільно виконувати шляхом перетворення Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності у Фонд соціального медичного страхування. Таким шляхом досягається оптимізація адміністративних видатків, підвищується ефективність функціонування існуючої інфраструктури та прискорюється введення системи в дію. Натомість, створення п'ятого фонду соціального страхування призведе до дублювання надання страхових послуг з реабілітації та профілактики, які нині виконує Фонд соціального страхування з тимчасової втрати працездатності. Крім того, потреба у відновленні здоров'я та отриманні допомоги з тимчасової непрацездатності виникає при настанні одного й того ж страхового випадку, пов'язаного із захворюванням. Конвенція Міжнародної Організації Праці № 130 від 4 червня 1969 р. рекомендує здійснювати управління цими ризиками однією установою.

3. Потреби в медичній допомозі суттєво залежать від віку особи. Найбільшою потребою характеризую-

ться найменш захищені верстви населення — діти та пенсіонери. Найпродуктивніша частина трудових ресурсів — особи у віці від 20 до 40 років — характеризується найменшою потребою у медичних послугах, і це виступає суттєвим демотивуючим фактором її участі у медичному страхуванні. З огляду на те, що ця когорта складає основну масу потенційних платників внесків медичного страхування, слід ретельно розглянути можливі альтернативні варіанти довгострокового накопичувального страхування, а також актуарно обґрунтоване застосування принципу солідарності поколінь.

4. Моніторинг показників якості системи ОМС має здійснюватись щонайменше за трьома напрямками — структурою, процесом та результатом. Використання перспективних показників, таких як орієнтація на пацієнта, процесний підхід, системний підхід до управління, постійне поліпшення процесу надання послуг, прийняття рішень на підставі фактів, вимагає істотного масиву статистичних даних.