

ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Научно-исследовательской группой ВОЗ ситуация, которая сложилась в функционировании системы охраны здоровья населения в мире, охарактеризована как неудовлетворительная [1, 7]. Эта оценка применима и к Украине.

Одной из причин кризисного состояния здравоохранения является неразвитость его институциональной базы, что привело к застою традиционных форм его организационного устройства, консервативной ориентации фактически на один бюджетный источник финансирования. В результате, с одной стороны, стихийно складывается коммерциализация системы здравоохранения, а с другой – ограничивается доступность медицинских услуг для подавляющей части населения, особенно для бедных при нарастании кризисных явлений в состоянии здоровья граждан Украины.

Примечательной тенденцией, которая обозначилась еще в начале 70-х годов прошлого столетия, стало увеличение разрыва между развитыми странами и Украиной по этому показателю. Сейчас средняя продолжительность жизни в Украине меньше, чем в странах европейского региона, на 7,8 лет. Наблюдается прогрессирующее ухудшение здоровья населения. Показатель условного здоровья сократился с 44,5% в 2000 г. до 26,1% в 2006 г. [2, 3].

Беспрецедентно для мирного времени увеличилась смертность населения. По сравнению с 1990 г. численность населения страны сократилась более чем на

10%, или на 5,3 млн. человек. Увеличение показателя общей смертности населения прямо не связано с его постарением, поскольку наряду с обычным коэффициентом смертности населения возрастают и стандартизированные показатели. Если в 1990 г. последние составляли 11,4%, то в 2006 г. – 13,7%. Наиболее значительные потери наблюдались у населения в трудоспособном возрасте, смертность которого возростала опережающими темпами и повысилась у мужчин в 1,5 раза, а у женщин – в 1,2 раза [3, 44, 52].

При этом не сокращается заболеваемость населения социальными болезнями, такими как туберкулез, ВИЧ-инфекция.

Положение со здоровьем населения осложняется ограничением финансирования медицины. В течение 2000-2006 гг. бюджетное финансирование системы здравоохранения увеличилось в 4 раза, а в расчете на 1 жителя – в 4,2 раза. Расходы Консолидированного бюджета в 2006 г. на здравоохранение превысили 19,7 млрд. грн., или 3,6% ВВП, что меньше, чем в 1995 г., когда их удельный вес в ВВП составлял 4,8%.

Таким образом, здравоохранению в Украине свойственны две тенденции. Во-первых, состояние здоровья населения носит черты кризисной тенденции, во-вторых, система медицинского обслуживания граждан находится в критическом положении из-за недостаточного финансирования и несовершенной формы ор-

ганизации и оказания медицинской помощи.

Разрешение противоречий в здравоохранении происходит из-за стихийной коммерциализации оказания услуг медицинскими учреждениями. С 1997 г. расходы населения на услуги здравоохранения возросли в 125 раз и составляли в 2006 г. 37,5 грн. ежемесячно в расчете на одного человека. Платная форма таких социально важных услуг, как медицинские постоянно расширяется и приводит к усилению социальной дифференциации и возрастающей поляризации в сфере их потребления.

В контексте выбора адресного управленческого воздействия на сложившуюся ситуацию задача регулирования функционирования здравоохранения превращается в цель государственной социальной политики. Последняя может иметь как минимум два механизма решения. Первый – это переход учреждений здравоохранения на автономную схему функционирования. Бесконтрольная реализация принципа автономности создает условия для бесхозяйственной приватизации медицинских учреждений, что чревато ограничением доступности медицинских услуг для населения и, прежде всего, наиболее малообеспеченной его части из-за возможности неуправляемого повышения платного обслуживания.

В связи с этим национальное здравоохранение должно ориентироваться на государственно регулируемый порядок финансовой самостоятельности учреждений здравоохранения. С этой целью необходимо принять закон о некоммерческих организациях (учреждениях), которым бы регулировалась платность оказания услуг.

Одним из важных аспектов регулирования платного медицинского обслуживания является включение в структуру

минимального потребительского бюджета расходов на оказание платных медицинских услуг и адекватного повышения минимальной и средней заработной платы, что позволит компенсировать платность услуг в здравоохранении.

Второй аспект заключается в переходе отраслей социальной инфраструктуры на многоканальное финансирование экономическим инструментом, которым может быть целевой капитал. В последнее время целевой капитал в качестве модели многоканального финансирования получил распространение в экономиках европейских государств. В Украине механизм многоканального финансирования аналогично западному практически отсутствует. Между тем целевой капитал является дополнительным и эффективным инструментом пополнения бюджета учреждений социальной инфраструктуры. Целевой капитал представляет собой объем финансовых ресурсов, которые откладываются донором в пользу некоммерческих организаций на определенных условиях. В качестве финансовых ресурсов выступают инвестиционные активы в денежной форме, ценные бумаги, недвижимость и другое имущество. Эти средства размещаются в финансовых институтах с целью получения дивидендов. Последние должны трактоваться в качестве благотворительных взносов, которые не могут облагаться налогом. Объем целевого капитала, который может быть использован некоммерческой организацией, приравнивается к размеру чистого дохода. Фактически это означает, что первоначальный капитал остается неприкосновенным. Часть активов может быть передана социальными учреждениями в управление специализированным фондам. Эта величина может составлять 5% и в отдельных случаях не превышать 10%.

В Украине модернизация экономического механизма социальной инфраструктуры на основе целевого капитала – это требование времени. Для того, чтобы предотвратить риски, связанные с целевым капиталом, преждевременным, по нашему мнению, является использовать его в форме ценных бумаг и недвижимости. Национальный рынок в силу своего колебания пока не приспособлен обеспечивать трансформацию дополнительного вливания финансовых средств в инвестиционный ресурс и источник доходов для социальной инфраструктуры.

Если использовать в качестве целевого капитала бюджетные средства, то их целесообразно объединять с коммерческим капиталом согласно действующему законодательству.

Для расширения системы многоканального финансирования целесообразно

создать условия для использования в Украине международного опыта. Для этого в качестве необходимого условия является разработка положений о некоммерческой организации, имея в виду учреждения социальной инфраструктуры со статусом бюджетного органа.

Литература

1. Оценка последних изменений в финансировании служб здравоохранения: доклад исследовательской группы ВОЗ. – Женева, 1995.

2. Заклади охорони здоров'я та захворюваності населення в 2006 році: стат. бюлетень. – К.: Держкомстат України, 2007. – 88 с.

3. Смертність населення України в трудоактивному віці / Відп. ред. Е.М. Лібанова. – К., 2007.