**Ціноутворення медичних послуг та компенсаторні заходи щодо забезпечення соціальної та економічної ефективності роботи закладів охорони здоров’я**

*Кравченко В. І.*

Однією з надважливих умов входження Української системи охорони здоров’я в ринок медичних послуг є проблема ціноутворення. На цей час використовуються ряд методів ціноутворення та видів цін на медичні послуги, які забезпечують медичним закладам, що працюють в ринкових умовах, певний прибуток. Але існуюча практика застосування цих цін не вирішує найважливішу умову соціально ефективної роботи медицини – доступності та всеохоплюваності населення країни медичними послугами значної його частини, яка потребує цих послуг та не в спромозі їх оплатити. І провина тут не медиків, які встановляють високі ціни. Головна причина такої соціальної нерівності, на наш погляд, полягає у тому, що державою не розроблено і поки що не розробляється дієвий механізм компенсації пацієнтам витрат на необхідні лікувальні заходи медичних закладів.

Медицина, як і всі інші галузі народного господарства, виробляє об’єктивно необхідний продукт забезпечення життєдіяльності суспільства – медичні послуги. Адже не даремно цей продукт у формі одного з основних показників якості життя – його тривалості – включно до визначення індексу розвитку людського потенціалу суспільства. Та чи може така галузь працювати на збиток, не отримувати від суспільства необхідні кошти на власне відтворення та розвиток, а медичні працівники отримувати одну з найнижчих у країні заробітну платню? Очевидно, що ні. То може населення має компенсувати всі витрати галузі та забезпечити і гідну оплату праці медикам, і її прогресивний розвиток? Але ж заробітна платня абсолютної більшої частини населення України не включає у вартість робочої сили необхідної витрати на охорону здоров’я. То ж висновок напрошується сам собою: компенсувати необхідну частину витрат на охорону здоров’я, яку не може покрити населення за рахунок своїх доходів – держава, як головний утримувач суспільних коштів, великий та середній бізнес за рахунок своїх прибутків, благодійні фонди та інші громадські організації, що мають достойні доходи від своєї діяльності. На жаль, законів, які регулювали б ці дуже важливі відносини у країні немає.

Тому на разі проблемою підвищення рівня і якості життя в Україні є те: як в умовах зубожіння населення гарантувати максимально можливий доступ його до необхідних медичних послуг та забезпечити рівноправне з іншими галузями функціонування охорони здоров’я у ринковому середовищі.

Одним із шляхів вирішення її є ціноутворення медичних послуг. За інформацією МОЗ України розроблено тарифи на послуги по наданню первинної медичної допомоги, які складаються з двох частин: ставки на оплату медичної послуги і ставки на оплату діагностичних послуг. Для амбулаторної спеціалізованої допомоги будуть враховувати дані про витрати закладів за попередні роки та доплати за якість роботи. Для стаціонарної спеціалізованої допомоги тарифи будуть розраховуватись по так званим діагностично-спорідненим групам. Вони повинні будуть враховувати ускладнення, супутні послуги і т. ін. Розробляється коефіцієнти, які дозволять все це враховувати. Заробітна платня медичних працівників як складова тарифу повинна бути не менше 250 % від середньої по Україні за липень попереднього року, у якому будуть застосовуватись тарифи.

Сказати, що ця методика відкрита і зрозуміла, навряд чи хтось наважиться. Ціни, встановлені за цією методикою, не враховують головного компоненту ринкових цін – прибутку, – то ж про кошти для розвитку медичних закладів, стимулювання праці, соціальний пакет для працівників мова не йдеться.

Це свідчить про те, що у міністерстві не існує навіть уяви про те, як об’єднати соціальну та економічну складові роботи галузі.

Якщо немає свого бачення, треба звернутись до досвіту інших країн. Медична реформа в Україні зорієнтована на досвіт Великобританії. Але ж там з початку впровадження моделі Беверіджа всі кошти на охорону здоров’я зосереджувались на загальнодержавному рахунку і тільки зараз частково передаються місцевим органам самоврядування. Щодо комерційних структур (платних послуг, страхових компаній) їх діяльність контролюється державою.

У ФРН, Франції лікарняні каси контролюють ціни як у системі ОМС, так і в системі ДМС. У країнах Євросоюзу, Японії, навіть США чітко прослідковується збільшення ролі держави у фінансуванні охорони здоров’я.

Можна у ціноутворенні піти шляхом сегментації ринку. При цьому у сегменті малозабезпеченої частини пацієнтів встановлюються ціни на рівні собівартості і навіть, якщо є можливість і потреба, нижче собівартості, а для забезпеченої частини пацієнтів – ціни з часткою прибутку вище середнього. Тобто проводиться перерозподіл прибутку з тим, щоб забезпечити доступність до послуг якомога більшій частині пацієнтів. Цей метод встановлення цін прийнятний, якщо частка малозабезпеченого населення складає 10–20 %, а не більше ніж 50 % як в Україні.

Багато авторів вважають, що ціноутворення медичних послуг повинно орієнтуватись на попит та пропозицію. Безумовно, і попит, і пропозиція є дієвими важелями динаміки цін, і їх варто враховувати у маркетинговому управлінні медичним закладом. Але чи може цей метод бути базовим? Так, на такі послуги як косметичні, трансплантаційні і інші, що не пов’язані із збереженням здоров’я, невідкладними станами і іншими життєво необхідними послугами, ніяк не припустимо. Від нього відмовляються навіть у таких країнах як наша.

У країнах з уставними ринковими відносинами, з багатим досвідом функціонування системи охорони здоров’я у цих умовах держава, її громадські інститути все більше приділяють уваги соціально значимим товарам, надто ж охороні здоров’я. Взяти хоча б «Комплексний план дій по охороні здоров’я» у країнах Євросоюзу, який було започатковано ще у 1993 р., а потім він доповнювався, удосконалювався і зараз діє третя програма, розрахована до 2021 р. Пріоритети у ній зосереджені на зміцнені здоров’я, його профілактиці, пропаганді здорового образу життя, захисту громадян від трансграничних загроз життю, інвестуванню інноваційних, ефективних і установлених систем охорони здоров’я; доступності до більш якісного медичного обслуговування. Головне ж, що не рішення цих проблем спрямовуються. У першу чергу, зусилля держав, крім того страхових, благодійних і інших фондів.

Те ж, що пропонує і впроваджує зараз МОЗ України – шлях скоріше до руйнації системи охорони здоров’я, а не її розвитку. Підтримуючи у цілому ідею реформування галузі, не можна погодитись із стратегією і тактикою реалізації цієї ідеї. Намагання держави відійти від вирішення проблем доступності, якості та розширення об’єму медичної відповідальності за стан здоров’я населення являється неприпустимим.

Реформування охорони здоров’я повинно забезпечити, з одного боку беззбитковість роботи системи, можливість заробляти кошти і спрямовувати їх на розвиток медицини, проведення дієвих профілактичних заходів та поліпшення рівня життя медпрацівників, а з другого – забезпечити доступність і високу якість медичних послуг для населення. У цьому і полягає єдність ціноутворення та розробка і впровадження компенсаторних заходів про реформування охорони здоров’я.