



## ФИНАНСИРОВАНИЕ ХОЗЯЙСТВЕННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СФЕРЕ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКИ

А. СИМОНЯН,

аспирант экономико-правового факультета Донецкого национального университета

### SUMMARY

The article deals with the financing of health in developed countries and identify ways to use international experience in Ukraine to develop a solid system of health care financing in the country. The article provides methods for improving the legal framework in terms of determining the terminology, unification existing legal framework in the field of health care, as well as the reform of the economic and legal status of providers of medical services at the legislative level – as a necessary and sufficient measures to prepare the country for a transition to a system of compulsory health insurance.

**Key words:** the subject of medical practice, mandatory health insurance, health care, health care financing.

\* \* \*

В статье исследуется процесс финансирования здравоохранения в развитых странах мира и выявлены возможные пути использования зарубежного опыта в Украине с целью создания прочной системы финансирования здравоохранения в стране. Предлагаются способы усовершенствования законодательной базы в части определения терминологии, унификации имеющейся нормативно-правовой базы в сфере здравоохранения, а также реформирование экономико-правового статуса поставщиков медицинских услуг на законодательном уровне с целью комплексного подхода к подготовке страны к переходу на систему всеобщего медицинского страхования.

**Ключевые слова:** субъект медицинской практики, всеобщее медицинское страхование, здравоохранение, финансирование здравоохранения.

*Постановка проблемы. На сегодня хозяйственная деятельность по осуществлению медицинской практики в Украине, к сожалению, не соответствует уровню мировой медицины, потребностям формирования демократического общества, реализации конституционных прав граждан на охрану здоровья и требует дальнейшего развития. Современные проблемы, возникающие при осуществлении хозяйствования в сфере здравоохранения, могут быть в значительной степени реализованы при посредничестве механизма страхового финансирования, внедрения стандартов лечебного процесса и определения степени удовлетворенности пациентов оказываемой медицинской помощью.*

**А**нализ последних исследований и публикаций. Исследователь данной проблемы Я. Буздуган считает финансовое обеспечение здравоохранения методом финансового механизма, определяющего принципы, источники и формы финансирования субъектов, деятельность которых направлена на охрану, сохранение, укрепление и восстановление здоровья граждан [1, с. 26]. К ключевым проблемам, связанным с осуществлением хозяйственной деятельности в сфере медицинской практики, современные авторы относят недостаточное финансирование отрасли и нерациональное использование имеющихся средств, диспропорцию в развитии амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощи, необходимость введения всеобщего государственного социального медицинского страхования, информатизацию области [9].

Цель данной статьи заключается в обосновании правовых основ финансирования здравоохранения.

**Изложение основного материала.** В 1948 г. Генеральная Ассамблея ООН приняла Всеобщую декларацию прав человека, в которой зафиксировано, что каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи [11, с. 20].

В Уставе ВОЗ провозглашается, что правительства несут ответственность за здоровье своих народов, и эта ответственность требует принятия соответствующих мер социального характера в области здравоохранения.

На сегодня все острее встает вопрос финансового обеспечения здравоохранения, без решения которого невоз-

можно строительство качественного механизма функционирования сферы здравоохранения. Как результат – усложняется процесс обеспечения населения страны качественным и доступным медицинским обслуживанием.

Финансовое обеспечение здравоохранения – это метод финансового механизма, определяющего принципы, источники и формы финансирования субъектов хозяйствования, деятельность которых направлена на охрану, сохранение, укрепление и восстановление здоровья граждан.

Из опыта международно-правовой практики, реализация права на медико-санитарную помощь непременно должна предусматривать как «охраняемые» элементы (профилактика), так и «элементы помощи» (создание условий, гарантирующих полное медицинское обслуживание и уход в случае болезни или несчастного случая).

Согласно подходу Г. Хеннеланда и Л. Ровэ, профилактика болезней населения является международным общественным благом, выгодным по следующим позициям: во-первых, предупреждение заболеваемости одного человека вызывает положительный эффект не только для него, но и для других индивидов, которые могли бы заразиться; во-вторых, хорошо организованная охрана здоровья нации имеет глубокие экономические последствия, связанные с сохранением благосостоя-



ния населения и поддержкой производительности экономической системы [10, с. 105].

Основными формами финансового обеспечения здравоохранения в Украине являются: бюджетное финансирование, добровольное медицинское страхование, самофинансирование, благотворительность и спонсорство. Такие формы, как кредитование и инвестирование, характерны для юридических и физических лиц, занимающихся частной медицинской практикой. Кроме того, в период перехода к рыночной экономике государственным и коммунальным заведениям здравоохранения позволили некоммерческую хозяйственную деятельность (медицинскую и не медицинскую), чтобы таким образом они могли привлечь дополнительные финансовые ресурсы. В результате получила широкое распространение такая форма финансового обеспечения как некоммерческое самофинансирование. Последнее заключается в том, что его осуществляют на принципах самокупаемости, и оно предполагает простое воспроизведение расходов, связанных с оказанием медицинской помощи.

В общем, мировая практика выработала три основные модели финансирования медицины:

1. Бюджетная (государственная) модель финансирования (модель Бевериджа), согласно которой на государственный сектор приходится основная (большая) часть расходов по содержанию учреждений здравоохранения. Такая модель получила распространение в Великобритании, Швеции, Финляндии, Испании, Канаде, Австралии, Греции, где государство финансирует более 80% всех расходов на здравоохранение. И хотя благодаря государственному финансированию создаются предпосылки для полного обеспечения населения с различным уровнем дохода медицинскими услугами, бюджетная медицина является привилегией богатых стран.

2. Платная (частная) модель финансирования, создает элементы конкуренции на рынке лечебных услуг. Преимущественно, платная медицина распространена в Японии и США, где более 30% стоимости медицинских услуг финансируется непосредственно

пациентом, а средства частного страхования составляют 30-40% всех расходов на здравоохранение. Главной проблемой платной медицины является ее недоступность для малообеспеченных граждан. Недостаток материального обеспечения в некоторых случаях означает отсутствие медицинской помощи и только надежду на бесплатную помощь за счет благотворительных фондов (например, Красного Креста).

3. Страховая (смешанная) модель финансирования (модель Бисмарка) обеспечивает поддержку здравоохранения за счет трех источников: взносов предпринимательских структур, работников и государства, причем 10-20% стоимости медицинских услуг оплачивается из личных средств граждан. Такая система финансирования здравоохранения на страховых принципах позволяет увеличить объем финансирования в 1,5-2 раза по сравнению с бюджетной моделью (используется в таких европейских странах, как Франция, Германия, Австрия, Швейцария, Нидерланды, Бельгия) [2, с. 278].

На сегодняшний день Украина стоит на пороге реформирования медицинской системы в целом. Это, в первую очередь, вызвано тем, что на фоне роста заболеваемости бюджет государства не обеспечивает основные потребности здравоохранения. В настоящее время система здравоохранения Украины находится в критической ситуации, которая требует решительных действий со стороны государства. Бюджетные средства, выделяемые на медицину, недостаточны и позволяют покрыть лишь мизерную плату медицинского и обслуживающего персонала. Практически не финансируются такие статьи расходов, как приобретение медикаментов, медицинского оборудования, ремонт помещений, питание больных. Несмотря на то, что Конституцией Украины медицинская помощь в государственных и коммунальных учреждениях здравоохранения должна предоставляться бесплатно, практика свидетельствует об обратном. Представляется, что одним из ключевых шагов государства в этом плане должно стать законодательное введение обязательного медицинского страхования как формы организации предоставления и финансирования медицинской

помощи. Но, стоит заметить, что данному процессу должна предшествовать серьезная нормативно-правовая перестройка в области здравоохранения, а также определение финансовых ресурсов для реализации процесса.

Страхование представляет особую хозяйственную деятельность, форму создания и распределения денег из фонда, находящегося в управлении специальной организации (страховщика). Фонды создаются из взносов заинтересованных организаций и граждан (страхователей) для возмещения имущественных затрат, возникающих у лиц, принимавших участие в его создании. Создание такого денежного резерва объясняется тем, что жизнь человека, его хозяйственная деятельность неразрывно связана с природой, окружающей средой, а природа не только создает необходимые условия для существования человека, но и приводит часто к ситуации, когда, например, имущество значительно обесценивается вследствие стихийных бедствий: наводнений, землетрясений, засух и т.д. или других случаев. Непредвиденные случаи могут произойти и с субъектами, осуществляющими хозяйственную деятельность.

С помощью страховой медицины решаются вопросы гарантированности и доступности медицинских услуг для широких слоев населения, привлечение дополнительных ресурсов в сферу здравоохранения. Страховая медицина охватывает финансирование научных исследований, подготовку медицинских кадров, расходы на развитие материально-технической базы лечебных учреждений, оказание медицинской помощи населению [8, с. 233].

По Закону Украины «О страховании» медицинское страхование определяется одним из видов обязательного страхования, но сегодня законодательная дефиниция понятия медицинского страхования в Украине не существует.

Статья 1 этого Закона дает определение понятию страхования в общем, как вида гражданско-правовых отношений по защите имущественных интересов физических лиц и юридических лиц в случае наступления событий (страховых случаев), определенных договором страхования или действующим законодательством, за



счет денежных фондов, формируемых из уплачиваемых физическими лицами и юридическими лицами страховых платежей (страховых взносов, страховых премий) и доходов от размещения средств этих фондов.

Медицинское же страхование предусматривает страхование на случай потери здоровья по любой причине, то есть является одним из видов страхования, более узким по своей природе.

Анализируя существующие законодательные дефиниции в сфере страхования и охраны здоровья населения, мы находим, что наиболее полным определением понятия медицинского страхования является следующее: «Медицинское страхование – это особая хозяйственная деятельность, которая заключается в создании и распределении денег из фонда, находящегося в управлении специальной организации (страховщика), связанной с компенсацией расходов граждан на медицинское обслуживание из-за потери здоровья по любой причине».

Учитывая вышеизложенное, считаем целесообразным предложить введение определения термина «медицинское страхование» на законодательном уровне.

На пути внедрения обязательного медицинского страхования Украина заимствует опыт развитых европейских стран, чтобы добиться значительных сдвигов в данной сфере в ближайшем будущем. Но, в то же время, система финансирования, которая будет разработана и введена в действие в нашей стране, должна быть приспособлена к нашей ментальности и содержать признаки систем финансирования здравоохранения стран мира, которые наиболее соответствуют сегодняшним реалиям экономической жизни страны.

Анализ существующих систем страховой медицины в мире указывает на то, что при внедрении системы обязательного страхования было бы целесообразно брать за основу опыт Франции. Во-первых, предлагается все законы, регулирующие общественные отношения в области охраны здоровья, систематизировать в унифицированный нормативно-правовой акт, которым может стать Кодекс законов об общественном здоровье. В этом кодексе должны быть собраны законы и подза-

конные нормативные акты с указанием их первоисточника, даты принятия и внесения поправок. Кроме того, к каждой статье закона должны прилагаться подзаконные нормативные акты, конкретизирующие юридический механизм их реализации.

Во-вторых, те, кто «покупает» услуги в сфере медицинской практики, должны быть разделены с теми, кто их предоставляет, и в рамках системы предлагается ввести так называемый «внутренний рынок». Рынок работает через врачей общей практики и региональные администрации здравоохранения, которые закупают услуги больниц от имени своего зарегистрированного населения или пациентов, проживающих на их территории. Основная цель такой системы состоит в повышении уровня конкуренции среди поставщиков медицинских услуг и обеспечении возможностей повысить эффективность при закупке и предоставлении медицинских услуг. Но финансирование этой системы в целом должно оставаться за государством.

Полезным опытом Германии, заслуживающим того, чтобы быть заимствованным нашей страной при введении системы всеобщего медицинского страхования населения, является то, что работники, годовой доход которых ниже определенного установленного уровня, должны обязательно быть участниками системы. Те, чей доход превышает установленный порог, могут добровольно быть членами системы обязательного страхования. Безработные полностью застрахованы государством, а государственные служащие застрахованы через своего работодателя. Неработающие члены семьи являются застрахованными через того члена семьи, который работает.

Но, поскольку охватить даже обязательным медицинским страхованием абсолютный максимум граждан нигде не удалось, нужно определить и альтернативные возможности получения медицинских услуг для лиц, не участвующих в страховых и других государственных программах.

Проведенные исследования показывают, что основными причинами, по которым население делает выбор в пользу медицинского страхования, являются: уменьшение времени ожида-

ния для получения лечения, поскольку частные услуги дают возможность планировать время лечения; частная палата обеспечивает более спокойные условия для лечения и более гибкий график посещения больных [6, с. 187].

Стоит заметить, что независимо от источников финансирования медицинской деятельности, проблемы, с которыми сталкиваются управленцы в системе здравоохранения, а также инструменты, которыми они пользуются для решения этих проблем, подобны. Главной задачей является обеспечение как можно более тесной связи между финансированием и количеством и качеством услуг, предоставляемых гражданам лечебно-профилактическими заведениями за общественные средства при сохранении равного и справедливого доступа к услугам. Хотя, например, исследователи из США М. Портер и А. Тайсберг обращают внимание на то, что в большинстве отраслей неизменными спутниками конкуренции является повышение эффективности и качества, а в здравоохранении этот принцип не срабатывает и, более того, рост расходов не влечет за собой улучшение качества [14].

Основной недостаток порядка финансирования системы здравоохранения Украины заключается в том, учреждения здравоохранения различных уровней получают средства из разных бюджетов – районных, городских, областных и других, что приводит к фрагментарности услуг в сфере здравоохранения, слабой функциональной, управленческой и финансовой интеграция учреждений здравоохранения.

В действующей системе каждый вид медицинской помощи – стационарная, амбулаторная, скорая медицинская помощь и другие виды – оплачивается отдельно. В результате, учреждения, предоставляющие различные виды помощи, оказываются разобщенными и, по сути, не являются единой системой медицинской помощи. У каждого из учреждений есть свой экономический интерес, который не всегда соответствует целям охраны здоровья населения и задачам рационального использования ограниченных финансовых ресурсов.

Первоочередным шагом, который необходимо осуществить для обеспечения связи между финансировани-



ем и количеством, и качеством услуг, предоставляемых гражданам лечебно-профилактическими учреждениями в Украине, представляется разграничение функции финансирования и оказания медицинских услуг. Распорядители средств должны иметь оперативную свободу направления ресурсов тем поставщикам медицинских услуг, которые предлагают лучшее соотношение цены и качества. Право поставщиков получать финансирование должно быть не безусловным, а реализовываться через согласование с финансирующей стороной объемов и качества услуг, которые предоставляются лечебно-профилактическим учреждением.

В системах обязательного медицинского страхования распорядителем средств выступает сам фонд ОМС (например, в Германии, Франции). В Великобритании, где Национальная служба здравоохранения финансируется из бюджета, это разграничение обеспечивается возложенной на региональные администрации здравоохранения обязанности закупать услуги у независимых врачей и лечебно-профилактических учреждений.

Для того, чтобы разграничение полномочий распорядителя средств и поставщиков услуг способствовало повышению эффективности системы, необходимо также изменить и экономико-правовой статус поставщиков медицинской помощи. Лечебные учреждения и независимые врачи (или их группы) должны стать автономными участниками хозяйственной деятельности. Им необходимо предоставить право заключать контракты с другими субъектами хозяйственной деятельности, брать займы, самостоятельно управлять активами, находящимися в их распоряжении. Ограниченность свободы действий сегодняшних руководителей бюджетных лечебных учреждений в Украине является обратной стороной гарантированного (хотя и недостаточного) финансирования. Если они лишаются таких гарантий, то должны избавиться и наложенных на них ограничений.

Следует подчеркнуть, что разделение полномочий и автономность лечебных учреждений являются двумя взаимосвязанными процессами, существование которых отдельно друг от

друга не принесет ожидаемых положительных результатов. Ведь, разграничение, проводимое без изменения статуса учреждений здравоохранения оставляет такие заведения бесправными, а следовательно, и безответственными.

На наш взгляд, изменение статуса учреждений здравоохранения Украины должно проходить путем преобразования учреждений здравоохранения из бюджетных организаций в автономные экономические субъекты.

По нашему убеждению, такая модель позволит наилучшим образом избежать риска конфликта между желанием предприятия получать максимально возможную прибыль и выполнением возложенной на государственные и коммунальные медицинские учреждения общественно полезной функции, которая заключается в обеспечении населения бесплатной медицинской помощью. Это те принципы, которые будут способствовать успешному внедрению обязательного медицинского страхования в Украине.

Следующим важным шагом, без которого невозможно построение эффективной системы здравоохранения, является разработка и внедрение прозрачного механизма определения приоритетов и разработка на его основе пакета услуг, предоставляемых за счет общественных средств. Иными словами, распорядитель бюджетных средств или фонд ОМС совместно с другими заинтересованными сторонами (представители общественности, пациенты, медработники) должны определить, оказание каких услуг и в каких объемах они способны оплатить за счет существующих средств.

Стоит заметить, что само по себе внедрение системы обязательного медицинского страхования не принесет положительных сдвигов, поскольку необходимо менять всю систему здравоохранения, финансировать ее в надлежащих размерах, правильно перераспределять средства, особенно в сельские местности, где оказывается первичная медицинская помощь, также необходим тотальный контроль над эффективностью и целевым использованием бюджетных средств.

Для реального внедрения медицинского страхования в Украине нужна, в первую очередь, серьезная норматив-

но-правовая перестройка в области, политическое решение государства, определение финансовых ресурсов для реализации процесса. Одной из приоритетных предпосылок на этом пути является стандартизация трактовок специальной терминологии в данной сфере.

**Выводы.** Подытоживая вышеизложенное, приходим к следующим выводам:

1. Анализ законодательной базы позволяет сделать вывод о необходимости введения понятия медицинского страхования как особой хозяйственной деятельности, заключающейся в создании и распределении денег из фонда, находящегося в управлении специальной организации (страховщика), связанной с компенсацией расходов граждан на медицинское обслуживание из-за потери здоровья по любой причине, и закрепления его на законодательном уровне.

2. Предлагается все законы, регулирующие общественные отношения в области охраны здоровья, систематизировать в унифицированном нормативно-правовом акте, которым может стать Кодекс законов об общественном здоровье. В этом кодексе должны быть собраны законы и подзаконные нормативные акты с указанием их первоисточника, даты принятия и внесения поправок.

3. Предлагается разграничить функции финансирования и оказания медицинских услуг. Распорядители средств должны иметь оперативную свободу направления ресурсов тем поставщикам, которые предлагают лучшее соотношение цены и качества.

4. Необходимо реформировать экономико-правовой статус поставщиков медицинской помощи путем преобразования учреждений здравоохранения из бюджетных организаций в автономные экономические субъекты с соответствующим расширением полномочий. Это те принципы, которые будут способствовать успешному внедрению обязательного медицинского страхования.

5. Необходимым и достаточным шагом на пути реформирования медицинской системы страны видится разработка и внедрение прозрачного механизма определения приоритетов и



разработка на его основе пакета услуг, предоставляемых за счет общественных средств. То есть, объем и виды услуг, предоставляемых за счет бюджетных средств, должны быть законодательно определены и закреплены.

**Список использованной литературы:**

1. Буздуган Я. Поняття, принципи, форми фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні / Я. Буздуган // Віче. – К., 2008. – № 5. – С. 26–28.

2. Гладун З.С. Адміністративно-правове регулювання відносин у сфері охорони здоров'я. Міжнародні науково-практичні інтернет-конференції за різними юридичними напрямками [Електронний документ] // Режим доступу: <http://www.lex-line.com.ua>.

3. Новосельська Л.І. Шляхи запровадження медичного соціального страхування в Україні / Л.І. Новосельська. – Львів: Науковий вісник, 2008. – вип. 18.1.

4. Н.Д.С. Roscam Abbing. Health, human rights, and health law: the move towards internationalization, with special emphasis on Europe. In: Health legislation at the dawn of the XXIst century// International Digest of Health Legislation, special issue, Vol. 49, No. 1, 1998, p. 105.

5. Длугопольський О. Теорія економіки державного сектора : навч. посіб. / О. Длугопольський. – Тернопіль : Економічна думка, 2007. – 488 с.

6. Осадець С.С. Страхування : підручник / С.С. Осадець. – Вид. 2-ге, [перероб. та доп.]. – К. : Вид-во КНЕУ, 2002. – 599 с.

7. Стеценко С. Адміністративне право України : навч. посіб. / С. Стеценко. – К. : Атіка, 2007. – 624 с.

8. Портер М., Тайсберг Э.О. Переосмысление системы здравоохранения. Как создать конкуренцию, основанную на ценности и ориентированную на результат. — К.: Издательство Алексея Капусты (подразделение агентства «Стандарт»), 2007.

## ВОЗМОЖНОСТИ ПОТЕРПЕВШЕГО ОТНОСИТЕЛЬНО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРЕДЕЛОВ СУДЕБНОГО РАЗБИРАТЕЛЬСТВА

И. СКИЛЬСКИЙ,

судья Ивано-Франковского окружного административного суда

### SUMMARY

The theoretical analysis of positions of criminal judicial legislation is conducted in the article, in relation to the limits of judicial trial. Changes open up in adjusting of this legal institute. The role of victim is specified in the decision of limits of judicial trial, his possibilities in relation to the change of prosecution and feature of his activity at abandonment of public prosecutor from a prosecution. The necessity of making alteration is marked for the new Criminal judicial code in relation to providing of real contentness of parties. The concrete projects of such changes are offered, in particular, in relation to the improvement of legal status of victim.

**Key words:** victim, prosecution, limits, indictment, public prosecutor, judicial trial.

\*\*\*

В статье проводится теоретический анализ положений уголовного процессуального законодательства, относительно пределов судебного разбирательства. Раскрываются изменения в регулировании этого правового института. Указывается роль потерпевшего в определении пределов судебного разбирательства, его возможности относительно изменения обвинения и особенности его деятельности при отказе прокурора от обвинения. Отмечается необходимость внесения изменений в новый Уголовный процессуальный кодекс относительно обеспечения реальной состязательности сторон. Предлагаются конкретные проекты таких изменений, в частности, относительно усовершенствования правового статуса потерпевшего.

**Ключевые слова:** потерпевший, обвинение, пределы, обвинительный акт, прокурор, судебное разбирательство.

*Постановка проблемы. Система судопроизводства находится на данное время в стадии реформирования. Много позитивных шагов были сделаны в усовершенствовании законодательства, которое регулирует вопрос уголовного судопроизводства.*

*В частности, на сегодня суду отводится роль организатора судебного разбирательства, который обязан создавать условия для выполнения сторонами их обязанностей и осуществления данных им прав, а также обязан объективно решать уголовные дела по существу, он освобождается от выполнения ряда несвойственных органу правосудия функций, которые полагались на него раньше действующим законодательством, в частности: права возбуждать уголовные дела по своей инициативе; устранять в судебном заседании недостатки досудебного расследования путем самостоятельного поиска доказательств; направлять с этой целью дело на дополнительное расследование; продолжать разбирательство дела при отказе прокурора от обвинения и др.*

*Большинство из отмеченных изменений являются составляющими или задают в той или иной мере институт уголовного процесса – пределы судебного разбирательства.*

*Однако следует отметить, что, совершенствуя институты судебного разбирательства, соблюдения прав обвиняемого в преступлении, осуществлении его права на защиту, законодатель почему-то меньше внимания уделяет потерпевшему в преступлении. Это тем более странно, что именно его права уже нарушены и именно его статус должен быть четко определен. Потерпевший, как участник состязательного процесса на стороне обвинения, должен иметь четкие возможности влияния на пределы судебного разбирательства, а тем самым – на вынесение приговора и защиту своих нарушенных прав.*