

Лободіна З.М.,

кандидат економічних наук,
доцент кафедри фінансів
Тернопільського національного
економічного університету

УДОСКОНАЛЕННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ МОДЕЛІ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Проаналізовано світовий і вітчизняний досвід організації й фінансування охорони здоров'я, виявлено основні проблеми. Обґрунтовано необхідність та окреслено напрями вдосконалення чинної моделі фінансового забезпечення зазначеної галузі в Україні.

In the article world and national experience of organization and financing of health protection is analyzed, basic problems are revealed. The necessity for reforming the financial provision of health care is grounded. Directions to improve the operating model of the financial provision of health protection are outlined.

Ключові слова: охорона здоров'я, джерела фінансового забезпечення, модель фінансового забезпечення, бюджетні кошти, кошти юридичних і фізичних осіб, медичне страхування.

Збереження й розвиток здоров'я населення як вирішального чинника забезпечення економічного й соціального розвитку країни є однією з найважливіших соціальних функцій держави. Саме на цьому ще в I ст. до н. е. наголошував видатний римський громадський діяч Гай Юлій Цезар, наголосивши, що здоров'я народу — головна турбота держави. Реалізація зазначеної функції відбувається через діяльність галузі охорони здоров'я.

Всесвітня організація охорони здоров'я, зважаючи на його індивідуальну й суспільну значимість, вплив на стан національної безпеки країни, розглядає його охорону як "сукупність взаємозалежних заходів, що сприяють зміцненню здоров'я та проводяться вдома, в навчальних закладах, на робочих місцях, у громадських місцях, у громадах, у фізичному і психосоціальному оточенні, а також у секторі охорони здоров'я та пов'язаних із ним секторах"¹. Саме тому в усі часи влада приділяла увагу проблемам ефективної організації й фінансування зазначеної галузі. Для України формування оптимальної моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я є особливо актуальним, оскільки попри численні пропозиції щодо реформування національної системи охорони здоров'я та прийняті для їх реалізації нормативно-правові акти ситуація з наданням медичних послуг населенню істотно не поліпшилася.

Дослідженню теоретичних і практичних аспектів організації й фінансування галузі охорони здоров'я присвячені праці вітчизняних науковців О. Василика, В. Войцехівського, В. Галайди, Д. Карамішева, Н. Карпшин, С. Кондратюка,

¹ Глоссарий терминов, используемых в серии "Здоровье для всех". — № 1—8. — Женева: ВООЗ, 1984: [Електр. ресурс]. — <http://www.who.int>.

Н. Лакізи-Савчук, В. Лехан, В. Опаріна, Я. Радиш, І. Радь, В. Рудого, О. Тулай, С. Юрія та ін. Серед зарубіжних учених цими питаннями займалися Т. Акімова, А. Малагардіс, Г. Поляк, Р. Салтман, В. Семенов, Л. Трушкіна, І. Шейман та ін. Попри наукову і практичну цінність опублікованих праць основні концептуальні підходи до вдосконалення фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні й досі залишаються дискусійними, а стратегічні плани — нереалізованими. Така невизначеність щодо майбутнього галузі не лише не сприяє розв'язанню проблем підвищення якості й доступності медичних послуг населенню, поліпшенню здоров'я людей, зниженню рівня захворюваності і смертності, а й загрожує національній безпеці України, отож потребує ґрунтовних досліджень у даному напрямі.

З огляду на сказане спробуємо проаналізувати світовий і вітчизняний досвід організації й фінансування охорони здоров'я, виявити основні проблеми, обґрунтувати необхідність та окреслити напрями вдосконалення чинної моделі фінансового забезпечення зазначеної галузі в Україні.

Залежно від соціально-економічної політики та з урахуванням ролі й функцій держави формується модель фінансового забезпечення охорони здоров'я. У сучасному світі основними джерелами фінансування даної галузі є бюджетні кошти, внески на обов'язкове й добровільне медичне страхування, власні кошти юридичних і фізичних осіб, що надходять у вигляді благодійних внесків, плати за надані послуги тощо.

Бюджетне фінансування характеризується високою надійністю. Втім, бюджет будь-якого рівня має безліч напрямів витрачання коштів, тому фінансове благополуччя галузі охорони здоров'я залежить від рівня економічного розвитку і пріоритетів фінансової політики держави.

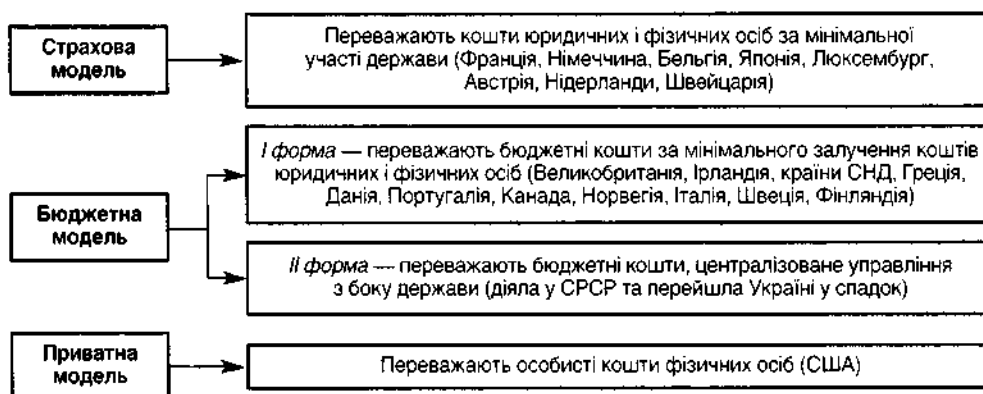
Страхові платежі є цільовими, що забезпечує гарантоване спрямування зібраних коштів на фінансування охорони здоров'я. Проте за рахунок страхових внесків акумулюється набагато менший обсяг коштів, ніж за рахунок бюджетів. Окрім того, зменшення розміру податкових надходжень можна певною мірою компенсувати шляхом збільшення інших видів доходів бюджету, а в системі страхування такої можливості немає.

Приватні кошти як джерело фінансування безпосередньо пов'язані з національними традиціями, рівнем економічного розвитку держави та платоспроможністю фізичних і юридичних осіб.

Переважання одного із джерел фінансових ресурсів визначає модель фінансового забезпечення галузі. Аналізуючи світовий і вітчизняний досвід організації та фінансування охорони здоров'я, можна виділити три основні моделі фінансового забезпечення зазначеної галузі: страхову, бюджетну і приватну (рис. 1).

Страхова, або модель Бісмарка (названа іменем німецького державного діяча Отто Бісмарка (1815—1898), котрий уперше запровадив медичне обслуговування на страхових засадах), застосовується у країнах із помірним рівнем централізації ВВП у бюджеті, майже 35—45 %. Бюджетна (державна) модель використовується,

Фінансово-економічне регулювання



Джерела: Куценко В.І., Трілленберг Г.І. Сфера охорони здоров'я: соціально-економічні та регіональні аспекти: Моногр. — К., 2005. — 366 с.; Лехан В., Лакіза-Савчук Н., Войцехівський В. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні. — К.: Сфера, 2001. — 176 с.; Черненко В., Рудий В. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я. Уроки для України. — К.: Академпрес, 2002. — 112 с.

Рис. 1. Моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я

як правило, у країнах із порівняно високим рівнем державної централізації ВВП, близько 50—60 %. Такими є модель Беверіджа (названа іменем британського політика Уільяма Беверіджа (1879—1963), проект якого покладений у основу державної системи медичного обслуговування у Великобританії) та модель Семашка (її основоположником вважається радянський політик академік Микола Семашко (1874—1949). Приватна (платна) модель застосовується у країнах із незначним рівнем бюджетної централізації ВВП, близько 25—30 %.

На сьогодні жодна з розглянутих моделей не функціонує самостійно, що свідчить про відсутність у них яскраво виражених переваг. Усі перелічені джерела фінансових ресурсів поєднуються, й можна говорити тільки про переважаючий тип фінансового забезпечення та поглиблювати класифікацію моделей організації охорони здоров'я.

У цьому контексті заслуговує на увагу підхід О.В. Баєвої, котра пропонує таку класифікацію моделей організації охорони здоров'я:

1. Ринкова модель — приватне фінансування галузі:
 - приватні страхові фонди,
 - приватні джерела,
 - прямі виплати виробникові медичних послуг,
 - комбіноване приватне фінансування;
2. Соціальна модель — фінансування із суспільних фондів:
 - система Беверіджа,
 - система Бісмарка,
 - система Семашка;

3. Суспільно-приватна модель — фінансування із суспільних і приватних фондів:

- суспільні фонди + приватні страхові фонди,
- приватні страхові фонди + суспільні фонди для надання медичної допомоги специфічним групам населення,
- суспільні + приватні страхові фонди².

Вважається, що національна система охорони здоров'я фінансується переважно за рахунок коштів державного й місцевих бюджетів. Підставою для цього є положення ст. 49 Конституції України, в якій закріплене право кожної людини на охорону здоров'я, медичну допомогу й медичне страхування, що забезпечується державним фінансуванням: "Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медичну допомогу надають безоплатно"³. У рішенні Конституційного суду України від 29.05.2002 також йдеться про надання безоплатної медичної допомоги в державних і комунальних закладах охорони здоров'я без будь-яких обмежень, надання всіх без винятку медичних послуг усім громадянам без жодного фінансового відшкодування з їх боку на користь медичного закладу⁴.

Перш ніж перейти до обґрунтування рекомендацій щодо поліпшення фінансового забезпечення охорони здоров'я, на наш погляд, доцільно проаналізувати чинну практику. Так, упродовж 2004—2008 років спостерігалася тенденція до зростання, обсяг видатків зведеного бюджету України на охорону здоров'я збільшився у 2,8 рази. Основним джерелом фінансових ресурсів галузі залишалися кошти місцевих бюджетів. Відбулося зменшення частки коштів державного бюджету та зростання частки коштів місцевих бюджетів у структурі джерел фінансового забезпечення охорони здоров'я (табл.).

За період 2004—2009 років частка видатків на охорону здоров'я в загальному обсязі видатків зведеного бюджету України скоротилася (рис. 2). Це вказує на зміну пріоритетів у бюджетному фінансуванні не на користь галузі охорони здоров'я, що, на нашу думку, не є виправданим, оскільки в умовах підвищення показників захворюваності і смертності населення зростає потреба у високоякісній і доступній медичній допомозі.

Незважаючи на збільшення бюджетних видатків на охорону здоров'я в Україні у відсотках до ВВП (з 2,8 у 2004 році до 3,5 у 2008-му), цей показник залишається у

² Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: Навч. посіб. — К.: Центр навчальної літератури, 2008. — 640 с.

³ Конституція України: Прийн. на п'ятій сесії Верховної Ради України 28.06.1996 № 254/96-ВР (зі змінами та доповненнями). — К.: Право, 1996. — 38 с.

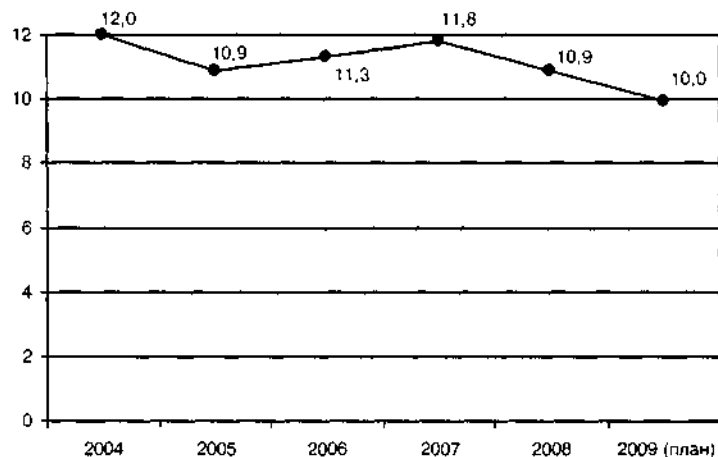
⁴ Рішення Конституційного суду України у справі за конституційним поданням 56 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення частини третьої статті 49 Конституції України "у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно" (справа про безоплатну медичну допомогу) від 29.05.2002 № 10-рп/2002 // Офіційний вісник України. — 2002. — № 23. — С. 107—112.

Фінансово-економічне регулювання

Таблиця. Динаміка видатків бюджетів України на охорону здоров'я протягом 2004–2008 років

Рік	Обсяг видатків				
	Зведений бюджет, тис. грн	Державний бюджет		Місцеві бюджети	
		всього, тис. грн	частка у видатках зведеного бюджету на охорону здоров'я, %	всього, тис. грн	частка у видатках зведеного бюджету на охорону здоров'я, %
2004	12 159 398,7	3 447 836,5	28,4	8 711 562,2	71,6
2005	15 476 470,3	3 508 078,8	22,7	11 968 391,5	77,3
2006	19 737 731,2	4 099 666,5	20,8	15 638 064,7	79,2
2007	26 717 561,3	6 321 020,1	23,7	20 396 541,2	76,3
2008	33 559 899,6	7 365 508,3	21,9	26 194 391,3	78,1

Джерело: розраховано автором на основі даних фінансової звітності про виконання державного, місцевих, зведеного бюджетів України за 2004–2008 роки (<http://budget.rada.gov.ua>).



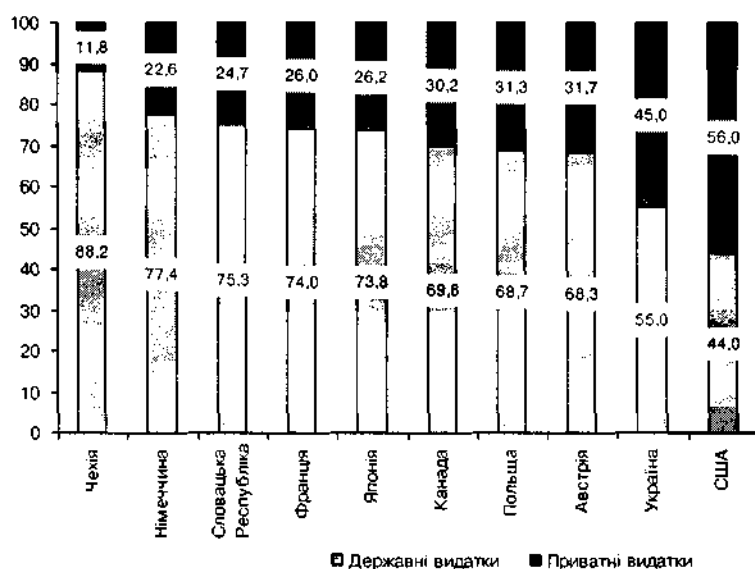
Джерело: розраховано й побудовано автором на основі даних фінансової звітності про виконання державного, місцевих, зведеного бюджетів України за 2004–2008, I півріччя 2009 року (<http://budget.rada.gov.ua>).

Рис. 2. Частка видатків на охорону здоров'я в загальному обсязі видатків зведеного бюджету України у 2004–2009 роках, %

2–3 рази нижчим, ніж у інших європейських країнах: у Європейському регіоні відповідні видатки становлять близько 7,7%, у країнах-членах ЄС – 8,7% (за рекомендаціями ВООЗ для забезпечення ефективної і кваліфікованої медичної допомоги державні витрати на охорону здоров'я повинні становити 7–10% ВВП). До того ж на задоволення потреб у охороні здоров'я мешканця України витрачається у 5,5 разів менше коштів, ніж у країнах Європейського регіону, та у 3,9 разів менше, ніж у країнах – членах ЄС⁵.

⁵ Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2005 рік / За ред. Ю. Поляченка. – К., 2006. – 226 с.

Також велике значення для організації й розвитку охорони здоров'я має приватне фінансування даної галузі (за рахунок коштів фізичних і юридичних осіб, а саме внесків у лікарняні каси, на придбання полісів добровільного медичного страхування, оплати населення за надані медичні послуги, придбання лікарських засобів і виробів медичного призначення). Це видно зі співвідношення державних і приватних витратків на її потреби в деяких країнах (рис. 3).



Джерела: Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я в Україні. 2007 рік / За ред. В. Князевича. — К., 2008. — 277 с.; Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я; Навч. посіб. — К.: Центр навчальної літератури, 2008. — 640 с.

Рис. 3. Співвідношення державних і приватних витратків на охорону здоров'я, %

Як бачимо, в Україні приватне фінансування становить 45 %, що вище за відповідний показник у європейських країнах, Японії, Канаді та наближається до частки такого фінансування у США — країні із приватною (платною) моделлю фінансового забезпечення охорони здоров'я.

Отже, є підстави стверджувати: де-юре бюджетна модель організації й фінансування охорони здоров'я, що дісталася нашій державі у спадок від існуючої у СРСР моделі Семашка, де-факто трансформується в систему, яка поєднує суспільні і приватні джерела фінансування. У зв'язку з цим є потреба в розробці науково обгрунтованої стратегії реформування національної системи охорони здоров'я та виборі оптимальної моделі її організації й фінансового забезпечення.

Багато сучасних дослідників засад організації й фінансування охорони здоров'я, а також практиків вважають медичне страхування панацеєю від усіх економічних проблем даної галузі. Безперечною перевагою і причиною запровадження медичного страхування в багатьох країнах світу є те, що воно передбачає цільові внески, які використовуються лише для оплати медобслуговування, та дає

Фінансово-економічне регулювання

змогу залучити в сектор охорони здоров'я додаткові кошти. Крім того, медичне страхування сприяє підвищенню ефективності діяльності закладів охорони здоров'я завдяки дієвому механізму фінансового контролю результативності витрачання ресурсів.

Доцільність запровадження медичного страхування в Україні та вибір його моделі широко дискутується в урядових колах, серед представників медичної громадськості, науковців, економістів, страховиків та інших категорій населення. За роки незалежності здійснено не одну спробу ухвалити закон про обов'язкове медичне страхування, напрацьовано велику кількість законопроектів (щоправда, жоден із них не затверджений Верховною Радою), які передбачають два альтернативних варіанти організації медичного страхування:

1) концепція соціального медичного страхування (лежить у основі моделі Бісмарка), яке ґрунтується на принципі солідарної оплати медичної допомоги, передбачає створення одного національного страхового фонду, характеризується доступністю медичної допомоги для всього населення країни, пристосоване до ринкових умов господарювання. Недоліки — великі адміністративні витрати, обмежені можливості проведення профілактичних заходів, складність розрахунків із медичними закладами, проблеми з відшкодуванням витрат за надання медичної допомоги малозабезпеченим верствам населення тощо;

2) концепція цивільно-правового (комерційного) обов'язкового медичного страхування, яка передбачає формування конкурентного ринку такого страхування з участю багатьох комерційних страхових компаній. Недоліки — регресивність фінансування (бідні платять більше, ніж багаті), складний механізм управління тощо.

На наш погляд, основними причинами неприйняття в парламенті закону про медичне страхування є такі:

- відсутність консенсусу серед осіб, котрі впливають на прийняття політичних рішень, щодо вибору моделі медичного страхування;
- підвищення податкового тиску на юридичні й фізичні особи у зв'язку зі сплатою ними страхових внесків, унаслідок чого може знизитися конкурентоспроможність продукції та посилитися тінізація економіки;
- недостатньо високий рівень економічної активності суб'єктів господарювання, поширення практики видачі заробітної плати "в конвертах", високий рівень безробіття, що перешкоджатиме акумуляції в достатньому розмірі коштів на медичне страхування;
- запровадження обов'язкового медичного страхування суперечить конституційному праву людини на вільний вибір системи медичного страхування;
- відсутність взаємозв'язку обсягу та якості наданої медичної допомоги, оплати праці медперсоналу, фінансування закладів охорони здоров'я, які забезпечували би прозорість і ефективність функціонування системи медичного страхування;

— у законопроектах не передбачено вигоди від запровадження медичного страхування для медпрацівників.

З огляду на політичні, економічні, соціальні проблеми в Україні вважаємо, що вона ще не готова до страхової медицини. Така думка ґрунтується на результатах дослідження зарубіжного досвіду організації медичного страхування⁶, згідно з якими країна не отримає очікуваного ефекту від його запровадження за наявності таких обставин, як недофінансування й неможливість збільшення витрат на охорону здоров'я через недостатній рівень економічного розвитку; невисокий рейтинг галузі в переліку національних пріоритетів; відсутність належної законодавчої бази й адміністративних механізмів для реалізації медичного страхування; високий рівень безробіття та значний відсоток відрахувань від доходу; переважання неформального сектору економіки над формальним і великі масштаби неофіційних розрахунків за медичні послуги; неготовність інфраструктури системи охорони здоров'я надавати медпослуги застрахованим особам на якісно новому рівні, не обмежуючи при цьому доступу до невідкладної медичної допомоги населенню, не охопленому страхуванням.

На сьогодні держава фінансує систему охорони здоров'я виходячи з реальних економічних можливостей, отож сподіватися на істотне збільшення видатків на цю галузь марно. Однією із причин ситуації, що склалася, є дефіцит бюджетних коштів та недофінансування державних програм, зокрема в галузі охорони здоров'я, внаслідок існування надзвичайно потужного неофіційного сектору економіки, який за оцінками експертів становить близько 50–60 % ВВП⁷.

На нашу думку, не сприяє запровадженню соціального медичного страхування й відсутність менеджерів, здатних ефективно забезпечувати управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я. Зокрема, через низький рівень управлінської й фінансової автономії керівники медичних закладів не можуть самостійно приймати рішення щодо формування й використання фінансових ресурсів, а внаслідок недосконалого володіння методами фінансового менеджменту — повністю адаптуватися до ринкових умов господарювання. За даними соціологічних досліджень лише 50 % керівників закладів охорони здоров'я готові до роботи в нових економічних умовах діяльності. До того ж їх готовність зменшується зі збільшенням віку і стажу роботи, а також зростанням потужності медичного закладу⁸.

⁶ Вимоги до розробки стратегічного плану запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування в Україні: Посіб. / А. Драгомірістяну, А. Малагардіс, В. Рудий, М. Мучник. — К., 2006. — 67 с. — (Сер. "Реформування системи охорони здоров'я в Україні: досвід проекту ЄС "Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні": У 12 кн. Кн. 2); Черненко В., Рудий В. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я. Уроки для України. — К.: Академпрес, 2002. — 112 с.

⁷ Вимоги до розробки стратегічного плану запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування в Україні: Посіб. / А. Драгомірістяну, А. Малагардіс, В. Рудий, М. Мучник. — К., 2006. — 67 с. — (Сер. "Реформування системи охорони здоров'я в Україні: досвід проекту ЄС "Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні": У 12 кн. Кн. 2).

⁸ Слабкий Г.О., Подоляка В.Л. Про готовність керівників закладів охорони здоров'я до впровадження ринкових відносин в організацію стаціонарної медичної допомоги // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2005. — № 2. — С. 61–63.

Фінансово-економічне регулювання

Варто зауважити, що за страхової медицини внески на медичне страхування формуватимуться з відрахувань від доходу працівників та нарахувань на фонд заробітної плати для роботодавців, розмір яких і так досить високий (наразі нарахування на фонд оплати праці становлять майже 40 % фонду оплати праці). Результатом запровадження додаткових нарахувань може бути незацікавленість працедавців в утриманні персоналу з наступним зростанням рівня безробіття або ж поширення практики видачі зарплати “в конверті”. Вже сьогодні (на 01.01.2010) офіційно безробітними є 531,6 тис. громадян⁹, а документально засвідчений розмір заробітної плати працівників комерційного сектору в більшості випадків занижений і не відповідає дійсності. Тож, обіцяючи певний пакет послуг за умови сплати податків із заробітної плати, держава буде не в змозі його забезпечити: за підрахунками експертів реально вона зможе зібрати лише 20 % коштів, потрібних для того, щоб усі, кому буде гарантовано послуги в рамках програми, їх отримували¹⁰.

З огляду на зазначене можна дійти висновку, що система медичного страхування в Україні виявиться нежиттєздатною та не знайде підтримки в населення.

Оскільки найважливішим правилом проведення реформ є їх послідовне й детально сплановане впровадження, доцільно звернути увагу на схожу із системою Семашка модель Беверіджа. Вона передбачає фінансування охорони здоров'я за рахунок бюджетних коштів згідно із принципом “гроші прямують за пацієнтом”, характеризується високим рівнем державних гарантій медзабезпечення, доступністю медичної допомоги для всього населення країни. За такої моделі заклади охорони здоров'я перебувають переважно в державній і комунальній власності. Медичні послуги надаються й фінансуються відповідно до укладених контрактів між провайдером цих послуг (медичними закладами, лікарями, що практикують самостійно) та платником (державні органи управління охороною здоров'я). Оплата окремих медичних послуг здійснюється фізичними особами за власний рахунок. Пріоритет у фінансуванні надається ланці первинної медико-санітарної допомоги: сімейні лікарі отримують фіксовану суму коштів на одну зареєстровану в них особу для забезпечення надання їй узгодженого переліку послуг. Вони мають виняткове право направляти пацієнтів на госпіталізацію до лікарняних закладів та зацікавлені самі надати якомога більше медичних послуг, дозволених в умовах амбулаторії, з використанням найменш затратних технологій, контролюючи таким чином витрати на охорону здоров'я. Оплата праці медперсоналу залежить від обсягу виконаної роботи (кількості наданих медичних послуг), кваліфікації.

⁹ Про соціально-економічне становище України за 2009 рік / Державний комітет статистики України: [Електр. ресурс]. — <http://www.ukrstat.gov.ua>.

¹⁰ Карамішев Д., Радич Я. Соціальне страхування в системі охорони здоров'я: суперечності та перспективи // Збірник наукових праць Національної академії державного управління при Президентові України. — 2006. — Вип. 1. — С. 95—105.

Фінансово-економічне регулювання

Звичайно, модель Беверіджа також має недоліки: відсутність ринкових стимулів економічної ефективності, слабка мотивація підвищення якості надання медичних послуг, необхідність спрямування значних фінансових ресурсів із державного бюджету на розвиток галузі охорони здоров'я¹¹. Намагаючись усунути перелічені недоліки, уряди країн, де запроваджена ця модель, коригують засади організації й фінансування даної галузі на власний манір. Саме тому системи охорони здоров'я Великобританії, Канади, країн Скандинавії, Південної Європи, що ґрунтуються на тих самих принципах Беверіджа, дещо відрізняються одна від одної.

Отже, на нашу думку, в умовах соціально-економічних трансформацій в Україні оптимальним варіантом є побудова національної системи охорони здоров'я на засадах моделі Беверіджа. Вона довела свою ефективність у багатьох країнах, схожа з діючим у нашій державі різновидом бюджетної моделі організації охорони здоров'я, а тому її запровадження не потребує таких кардинальних змін, як, наприклад, системи медичного страхування.