

Олійник В.М., к. ф.-м. наук, Сумський державний університет, Суми

Лисенко В.С., аспірант, Українська академія банківської справи

Національного банку України, Суми

НОВІ ВЕКТОРИ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Анотація. У статті визначено основні диспропорції функціонування української системи охорони здоров'я, пов'язані із недостатністю її фінансування. Проаналізовано існуючі у світі системи фінансування охорони здоров'я. Розроблено рекомендації щодо розбудови страхової медицини в Україні.

Ключові слова: фінансування охорони здоров'я, добровільне медичне страхування, модель Бісмарка, модель Беверіджа, модель Семашка.

Постановка проблеми. Українське сьогодення характеризується не лише нарощенням темпів розвитку економіки, активізацією політичних та суспільних процесів в країні, але і реформуванням соціальної сфери, важливим елементом якої є сфера охорони здоров'я. Система охорони здоров'я, яка існує в сучасній Україні, вже не є проекцією системи Семашка, яка існувала за часів СРСР. Тривалість життя українців зменшується, тоді як смертність від ряду захворювань, яких можна було б уникнути завдяки систематичних превентивних заходів та своєчасної діагностики (новоутворення, хвороби системи кровообігу тощо) зростає [3]. Так, очікувана тривалість життя українців при народженні складає 71 рік [8], тоді як в Австрії, Фінляндії, Франції, Німеччині, Швейцарії та ряді інших країн даний показник перевищує 80 років [9]. У суспільстві відкрито говориться про необхідність реформування галузі задля подальшого процвітання держави, адже саме людський потенціал є одним із найважливіших факторів розвитку економіки.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Дослідженню системи фінансування охорони здоров'я присвячені роботи С. Томсон, Т. Фубістера Е. Моссіалос, С. Сандьє, Д. Полтон, І. Шеймана, В. Галайди, О. Манжосової та ряду інших науковців. Проте, на нашу думку, наразі недостатньо уваги приділено дослідженню можливостей імплементації зарубіжного досвіду у організації фінансування системи охорони здоров'я в Україні.

Метою статті є систематизація існуючих підходів до фінансування охорони здоров'я в розвинутих країнах та розробка рекомендацій щодо впровадження зарубіжного досвіду в Україні.

Виклад основного матеріалу. На пострадянському просторі в країнах-колишніх членах СРСР (за виключенням Прибалтики) залишилася створена ще на терені СРСР система охорони здоров'я Семашка, зображена на рис. 1.

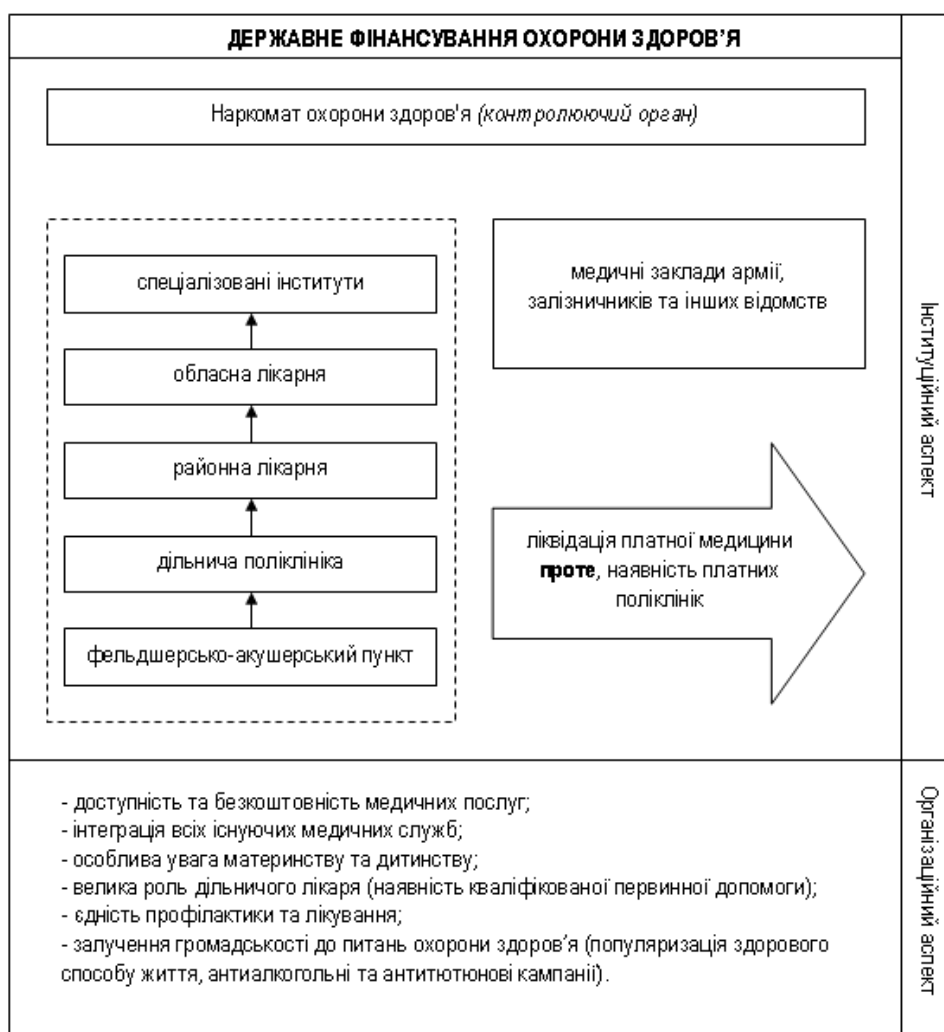


Рисунок 1. Суть моделі системи охорони здоров'я Семашка [4]

Модель Семашка базувалася на централізованому управлінні медичною системою в країні, державному фінансуванні галузі, безоплатності медичних послуг, багатoproфільності медичних закладів тощо. Так, в державі було створено новий контролюючий орган – Наркомат охорони здоров'я, якому підпорядковувалися всі заклади охорони здоров'я в СРСР. Було визначено чітку ієрархію медичних закладів, що дозволяло рівномірно та ефективно розподіляти хворих в системі. Окрім цього, система володіла значними ресурсами у вигляді місць у лікарнях та великою кількістю лікарів (зазвичай у 1,5-2 рази вищою, ніж у Франції, США та Німеччині в той же період).

Система охорони здоров'я, створена Семашком, допомогла подолати ряд хронічних та інфекційних хвороб, які існували у радянського населення; впродовж функціонування система не раз доводила свою ефективність. В той же час, державне фінансування охорони здоров'я обходилося Радянському Союзу у 6-6,5% ВВП, що є в два рази більшим, ніж сьогоднішні українські та російські показники (рис. 2). Після розпаду Радянського Союзу через зменшення доходної частини бюджетів, можливість фінансування існуючої в колишніх союзних республіках системи охорони здоров'я практично зникла.

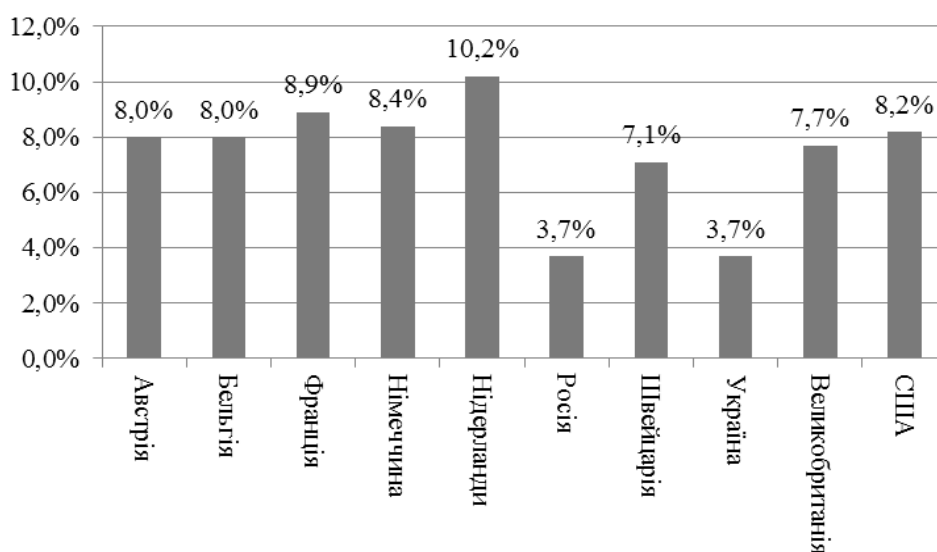


Рисунок 2. Частка державних витрат на охорону здоров'я у ВВП у різних країнах, 2011 р. [7]

В економічній літературі саме показник частки медичних витрат держави у ВВП вважається показовим та статистично значимим; його прямо пов'язують із ефективністю функціонування системи охорони здоров'я в країні. Саме за рахунок даних видатків здійснюється утримання державних лікувально-профілактичних установ (комунальні платежі та зарплата персоналу). Окрім цього, здійснюється закупівля медикаментів, фінансується харчування хворих (для стаціонарів), придбання і ремонт медичного обладнання, капітальний ремонт та утримання закладів. Як видно з рис. 2, в окремих країнах цей показник досягає 10%, причому держава там не є єдиним (та основним) джерелом фінансування медичної галузі.

На сьогоднішній день у світі існує ряд систем фінансування охорони здоров'я, проте найбільш розповсюдженими є дві: модель Беверіджа та модель Бісмарка. Виділимо основні характеристики кожної із зазначених моделей для подальшого аналізу можливостей імплементації кожної із них (частково чи повністю) в Україні. Основною відмінністю даних моделей є роль держави та страхового ринку в них.

Модель Беверіджа оснований на фінансуванні охорони здоров'я із державного бюджету та характеризується суттєвим обмеженням ринкових відносин між лікарем та пацієнтом. Надання медичної допомоги гарантується державою незалежно від соціального та майнового стану населення.

В даній моделі за рахунок держави фінансуються національна система охорони здоров'я, а також лікування соціально незахищених верств населення. Важливу роль у фінансуванні грають відрахування працівників та роботодавців. Дана модель введена в таких країнах, як Великобританія, Греція, Данія, Ірландія, Італія, Іспанія, Канада, Фінляндія, Норвегія тощо.

У моделі Бісмарка значну роль грає наявність в державі обов'язкового медичного страхування. Держава законодавчим шляхом зобов'язує роботодавців приймати участь у фінансуванні медичної

допомоги працівників, проте вони покривають лише частину лікування, іншу ж частину працівники оплачують самостійно. Так, наприклад, на нідерландських підприємствах 5,6% фонду оплати праці йде на фінансування медичного страхування працюючих; у Франції дані відрахування становлять 12,8% видатків на заробітну плату, а в Німеччині даний показник варіюється в межах 4,75-7,5% в залежності від земель [2].

Характерною особливістю моделі Бісмарка є існування в країнах незалежних страхових фондів, керованих державою та приватних страхових компаній, діяльність яких чітко регламентується урядом. За даною системою організована система охорони здоров'я Німеччини, Австрії, Бельгії, Франції, Нідерландів, Швейцарії тощо [1].

Не підпадає під жодну із зазначених моделей охорони здоров'я модель, яка наразі функціонує в США. Вона є виключно приватно-страховою. В країні існує багато видів приватного страхування, які надаються кількома страховими компаніями та фондами. Як правило, роботодавці сплачують певну частину вартості страхових полісів своїх працівників. Лікарі та лікарні є приватними, вони надають медичну допомогу лише на основі пред'явлення хворим своєї страховки. Окремо в країні діють дві програми – Medicare та Medicaide.

Доцільно також зупинитися на ролі добровільного медичного страхування (ДМС) в рамках зазначених моделей Беверіджа та Бісмарка. Досвід європейських країн свідчить про те, що даний вид страхування може певною мірою забезпечувати фінансування охорони здоров'я, особливо це актуально для країн із хронічним недофінансуванням медичної галузі (наприклад, Україна). Так, в рамках моделі Беверіджа роль добровільного медичного страхування незначна (наприклад, у Великобританії поліси ДМС мають близько 11% населення [6]), в основному, люди бажають покращити опції охорони здоров'я, гарантовані державою. В моделі Бісмарка існують більші можливості для ДМС, адже населення з більш високими доходами апріорі готове платити більше задля отримання медичної допомоги вищої

якості, розширення спектру послуг, які покриваються медичною страховкою, отримання права вибору лікаря, окрему палату тощо. Саме тому європейський ринок ДМС є досить розвинутим.

На сьогоднішній день вчені говорять про те, що ефективність системи охорони здоров'я, яка існує в країні, прямо демонструється показниками тривалості життя населення. За статистикою, жінки живуть довше чоловіків, проте, нами було відмічено, що у країнах з нерозвиненими системами охорони здоров'я різниця між середньою тривалістю життя жінок та чоловіків є значно більшою, ніж у провідних європейських країнах (наприклад, в Україні цей показник становить 9 років). За даними ВОЗ, ймовірність померти у віці від 15 до 60 років в країнах з ефективними медичними системами в середньому дорівнює 65-75 осіб на 1000 (для порівняння: в Україні даний показник становить 274 особи).

На нашу думку, ефективність функціонування медичної системи в країні, результатом якої є задовільний стан здоров'я нації, залежить від достатності її фінансування. Наразі джерелами фінансування охорони здоров'я в Україні є наступні: державний та місцевий бюджети, благодійні внески юридичних та фізичних осіб, гонорари медичним працівникам та фонди добровільного медичного страхування, яке в нашій країні лише розвивається. На жаль, однією із основних проблем системи охорони здоров'я в Україні є фактична відсутність рівного та справедливого доступу населення до медичних послуг. Законодавчо в Україні функціонує система безкоштовної медицини, проте досить поширеними є так звані добровільні внески з кишені хворого. Доступ до послуг отримують в першу чергу ті пацієнти, які можуть за них заплатити [2].

Наступною проблемою громадської системи охорони здоров'я в Україні є відсутність зв'язку між фінансуванням лікувальних закладів та кінцевими результатами їх роботи. Парадоксально, але на сьогоднішній день головними показниками роботи лікарні є, як і в СРСР, зайнятість

ліжка, а поліклініки оцінюються за кількістю відвідувань, що не зацікавлює систему у лікуванні хронічних хвороб.

Західні фахівці давно говорять про необхідність превентивних заходів, направлених на комплексне покращення здоров'я нації [5]. Такі заходи часто фінансуються за рахунок коштів, акумульованих на страховому ринку в рамках програм ДМС, адже страховим компаніям дешевше заплатити за превентивні заходи, ніж за дороге комплексне лікування клієнта.

Порівнюючи моделі Беверіджа та Бісмарка, ми вважаємо, що для України більш прийнятною є остання, адже вона передбачає участь не лише держави у фінансуванні медичної галузі (згідно Конституції України, наразі кожен громадянин має право на отримання безкоштовної медичної допомоги), а і співфінансування з боку самого населення та роботодавців. Окрім цього, на нашу думку, в процесі реорганізації медичної системи України, необхідно поступово збільшувати роль платної страхової медицини, адже даний ринок за умови його адекватного державного регулювання може не тільки бути джерелом фінансування системи охорони здоров'я понад державних гарантій, але і грати ключову роль при стимулюванні технічних та організаційних інновацій (розвитку малоінвазивної, амбулаторної хірургії, телемедицини, дистанційного моніторингу стану здоров'я хворого тощо).

Висновки. Таким чином, базуючись на об'єктивних показниках, які наводять міжнародні організації (Світовий банк, ВОЗ та ін.) можна про слабий стан сучасної медичної системи України, який значною мірою пов'язаний з недофінансуванням галузі. Основним пріоритетом, який необхідно враховувати під час реорганізації медичної системи, на нашу думку, повинне бути збільшення тривалості життя українців та зменшення хронічних хвороб за рахунок проведення профілактичних заходів, фінансування яких може проводитися із залученням страхових компаній .

Список використаних джерел:

1. Баева О.В. Менеджмент в области здравоохранения [Электронный ресурс] – Режим доступа : http://uchebnikionline.ru/medecina/menedzhment_u_galuzi_ohoroni_zdorovya_-_bayeva_ov/peredmovaya_menedzhment_u_galuzi_ohoroni_zdorovya_.htm – Название с экрана.
2. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я. Уроки для України [Електронний ресурс] / Гук А., Галайда В. та ін. – Режим доступу : http://eeas.europa.eu/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_uk.pdf – Назва з екрану.
3. Захворюваність населення [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua/> – Назва з екрану.
4. Механик А. Пирамида Семашко [Электронный ресурс] – Режим доступа : <http://expert.ru/expert/2011/30/piramida-semashko/> – Название с экрана.
5. Стратегия-2020: новая модель роста – новая социальная политика [Электронный ресурс] – Режим доступа : http://www.hse.ru/data/2013/10/30/1283340742/Стратегия-2020_Книга%201.pdf – Название с экрана.
6. Томпсон С. Добровольное медицинское страхование в странах европейского союза [Электронный ресурс] / С. Томпсон, Э. Моссиалос. – Режим доступа : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/187302/e84885R.pdf – Название с экрана.
7. Health expenditure, public (% of GDP) [Electronic source] – Access mode : <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PUBL.ZS> – Title from the screen.
8. Life expectancy: Life expectancy by country [Electronic source] – Access mode : <http://apps.who.int/gho/data/node.main.688> – Title from the screen.
9. OECD Factbook 2013. Life expectancy [Electronic source] – Access mode : <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/3012021ec095.pdf?expires=1389725743&id=id&accname=guest&checksum=ED89AF0E41FC88075943021217721CF2> – Title from the screen.

10. Private medical insurance in the European Union [Electronic source] – Access mode : <http://www.insuranceeurope.eu/uploads/Modules/Publications/private-medical-insurance.pdf> - Title from the screen.

Аннотация. В статье определены основные диспропорции функционирования украинской системы охраны здоровья, связанные с недостатком ее финансирования. Проанализировано существующие в мире системы финансирования охраны здоровья. Разработано рекомендации касательно развития страховой медицины в стране.

Ключевые слова: финансирование охраны здоровья, добровольное медицинское страхование, модель Бисмарка, модель Бевериджа, модель Семашко.

Summary. In the paper the basic disparities of the Ukrainian health care system functioning, caused by lack of financing. The authors analyzed the existing health care system financing systems. Recommendations for the development of health insurance in the country were developed.

Keywords. healthcare financing, voluntary health insurance, Bismarck model, Beveridge model, Semashko model.

Олійник, В.М. Нові вектори реформування системи фінансування охорони здоров'я в Україні [Текст] / В.М. Олійник, В.С. Лисенко // Проблеми і перспективи розвитку банківської системи України.– 2014.– № 38.- С. 213-219.