

УДК: [614-048.32:368.911.5](477)

**ПРОБЛЕМАТИКА ВИБОРУ МОДЕЛІ РЕФОРМУВАННЯ
СИСТЕМИ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

Олійник В.М., Охріменко І.О.

**THE PROBLEM OF CHOOSING THE HEALTH CARE SYSTEM
FINANCIAL
REFORM MODEL IN UKRAINE**

Oliynyk V., Okhrimenko I.

Стаття присвячено пошуку оптимальних шляхів реформування сучасної системи охорони здоров'я України. Виходячи з цього було здійснено порівняння існуючих у світі економічних моделей систем охорони здоров'я, розглянуто можливість їх застосування в Україні, запропоновано в якості одного із варіантів вирішення проблеми недофінансування медичного сектору запровадження обов'язкового медичного страхування.

Ключові слова: *система охорони здоров'я, модель Беверіджа, модель Бісмарка, обов'язкове медичне страхування*

Постановка проблеми. Сьогодні в українському суспільстві та наукових колах точиться чимало дискусій стосовно необхідності реформування системи охорони здоров'я, що пов'язано з низькою якістю надаваних медичних послуг, дефіцитом фінансування та, як результат, загальним погіршенням показників здоров'я населення. Це обумовлює необхідність пошуку оптимальних шляхів перебудови вітчизняної системи охорони здоров'я.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Питанням стосовно недосконалості сучасної моделі організації охорони здоров'я в Україні присвячені дослідження Бабарики О.В. – аналіз сучасного стану добровільного медичного страхування, функціонуючого в Україні [5], Козьменка С.М. [7] – огляд законопроектів, присвячених запровадженню в Україні обов'язкового медичного страхування, Лисенко В.С. [8] – дослідження медичного страхування з позиції додаткового джерела коштів у системі охорони здоров'я, Онишка С.В. – розгляд механізму фінансування системи охорони здоров'я [10] та ін.

Метою статті є розгляд альтернативних шляхів реформування вітчизняного медичного сектору на основі однієї із загальноприйнятих світових економічних моделей систем охорони здоров'я.

Виклад основного матеріалу. Як і будь-яка система, система охорони здоров'я являє собою єдине ціле із взаємопов'язаних та взаємообумовлених елементів, головною метою функціонування яких є забезпечення доступних та якісних медичних послуг населенню. Таким чином, кожна країна має свою власну, індивідуальну систему охорони здоров'я, проте економічна модель, яка покладена за основу її побудови, може бути базовою схемою з притаманними їй загальними принципами.

Узагальнений досвід свідчить про те, що можна досягти покращення здоров'я населення, забезпечуючи якісну медичну допомогу, яка залежить від обсягу зібраних фінансових коштів, що спрямовуються населенням в систему охорони здоров'я різними шляхами (податкові надходження, страхові внески, прямі виплати), і від управління їх правильним розподілом. У сучасній науковій літературі можна зустріти чимало класифікацій світових систем охорони здоров'я, проте всі вони зводяться до 3-х базових фінансових моделей: ринкова модель, модель Бісмарка, модель Беверіджа (табл. 1).

Таблиця 1

Основні економічні моделі систем охорони здоров'я

Основні характеристики системи	Державна (модель Беверіджа)	Соціально-страхова (модель Бісмарка)	Недержавна, приватна або ринкова
Джерела фінансування	Державний бюджет	Внески на обов'язкове медичне страхування	Прямі платежі споживачів медичних послуг, внески на добровільне медичне страхування
Суб'єкти управління	Працівники системи охорони здоров'я	Страхові організації (фонди, лікарняні каси, страхові компанії)	Працівники системи охорони здоров'я
Планування	Централізоване	Децентралізоване	Часткове державне
Суб'єкти контролю	Держава	Страхові організації	Частково держава, переважно безпосередньо самими пацієнтами
Адміністративні витрати	Відносно низькі	Достатньо високі	Досить високі за рахунок функціонування державних програм страхування малозабезпечених

Історично першою склалася *ринкова модель охорони здоров'я*, побудована на засадах приватної медицини. Основний принцип: пацієнт власним коштом сплачує медичному закладу за надану йому медичну послугу. Основою взаємовідносин у цій моделі є приватна угода. Інші члени суспільства ніякої участі в охороні здоров'я даного пацієнта не приймають. Однак приватна медицина в чистому вигляді зараз практично не зустрічається, оскільки з одного боку відносини між постачальниками і споживачами послуг регулюються державою у вигляді ліцензування медичного обслуговування, акредитації тощо, а з іншого держава за рахунок бюджетних коштів здійснює страхування малозабезпечених категорій населення.

Найбільш яскравим прикладом функціонування ринкової моделі фінансування охорони здоров'я є США, що обумовлено історичним процесом розбудови цієї держави: багатонаціональність та постійна боротьба за своє виживання сприяли формуванню у громадян звички покладатися

лише на себе та бути максимально незалежними від оточуючих. Таким чином, і доступність медичної допомоги стала залежити лише від фінансової спроможності самої людини. На сьогодні оплата медичних послуг здійснюється або безпосередньо «із кишені» пацієнта, або через систему добровільного медичного страхування (рис. 1.).

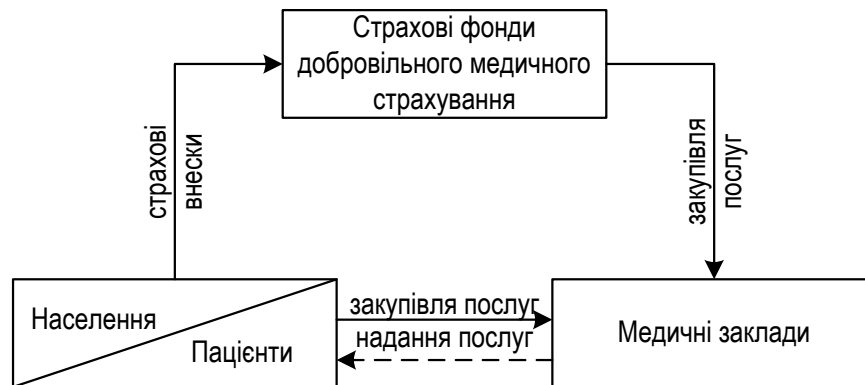


Рис. 1. Узагальнена економічна схема ринкової моделі функціонування охорони здоров'я

Приватна медицина має ряд переваг:

- зацікавленість лікаря в пацієнті;
- конкуренція лікарів, що призводить до зниження вартості послуг;
- націленість на найвищу якість медичного обслуговування;
- повна свобода пацієнта у виборі лікаря;
- необмежені можливості оскаржити дії лікаря в судовому порядку.

Разом з тим також очевидні недоліки приватної медицини:

- через прагнення лікарів і медичних закладів до монополії відзначається постійне зростання цін на медичні послуги;
- у пацієнта може виявитися недостатньо коштів для складних видів лікування;
- недоступність для широких мас населення багатьох видів медичних послуг.

Історично другою виникла *соціально-страхова модель охорони здоров'я Бісмарка (1881)*. Передумовою стало об'єднання численних незалежних держав у Німецьку імперію. Ринкові засади охорони здоров'я виявилися неспроможними забезпечити достатній рівень здоров'я населення нової імперії, яка у ході промислової розбудови та мілітаристської політики потребувала великої кількості здорових та міцних робітників та солдатів. Низькі доходи працівників та міцні позиції профспілок сприяли формуванню соціально-страхової системи охорони здоров'я, заснованої на принципах солідарності та субсидування. Формування страхового фонду здійснюється за рахунок страхових внесків роботодавців, відрахувань із заробітної плати працівників та коштів державного бюджету. Даний фонд знаходиться у розпорядженні лікарняних кас, що стали корпоративними об'єднаннями роботодавців, робітників та держави на паритетних засадах, які і здійснюють закупівлю послуг у медичних закладах, що залишилися незалежними комерційними структурами (рис 2).

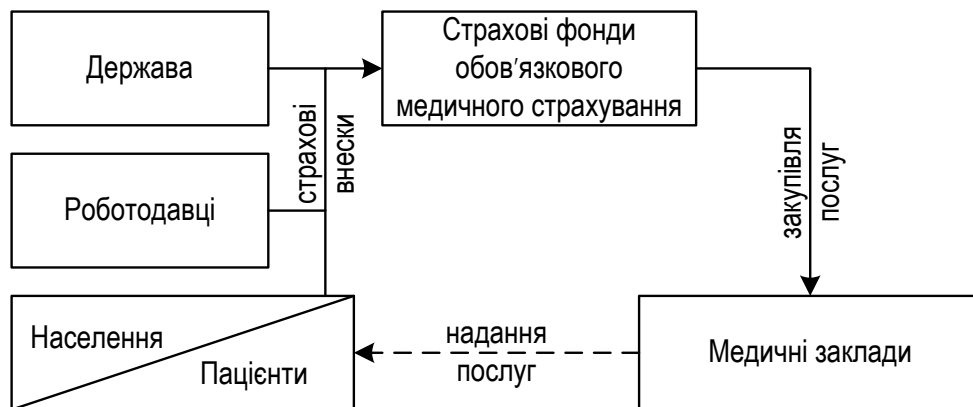


Рис. 2. Узагальнена економічна схема функціонування моделі охорони здоров'я Бісмарка

До переваг медичного страхування можна віднести наступні:

- пацієнт має інформацію про вартість послуг та розмір тарифної ставки;

– зберігається відносно рівна доступність послуг, але в межах, обмежених сумою обов'язкового страхування – при цьому вартість послуг, наданих окремо взятому пацієнтові, може бути в кілька разів більшою, ніж вартість його внеску завдяки дії принципу солідарності;

– знижується вартість високоспеціалізованої медичної допомоги для індивідуального пацієнта.

Історично третьою виникла *бюджетна модель (модель Семашко, модель Беверіджа)*.

Головний рушійним фактором створення моделі охорони здоров'я *Семашко 20 pp., XX ст.* стала Жовтнева революція та комуністична ідеологія радянського союзу з основним постулатом невизнання приватної власності. За основу була взята земська медицина, що функціонувала у колишній Російській імперії. Земства опікувалися лікарняними закладами в межах території своєї компетенції, обслуговування пацієнтів здійснювалося за дільничним принципом. З метою забезпечення всім громадянам рівного доступу до медичної допомоги були націоналізовані лікарні, лікарі переведені у стан держслужбовців, пацієнти жорстко прив'язані до територіальних медичних закладів та лікуючого лікаря, фінансування системи здійснювалося на основі бюджетних принципів за рахунок загальних податків. На сьогодні дана модель фактично не використовується.

На основі моделі Семашко після Другої світової війни у Великобританії виникає модель Беверіджа. На відміну від своєї попередниці, дана модель передбачала незалежність лікарів, держава лише виступає у ролі закупівельника медичних послуг за рахунок бюджетних коштів. Дана відмінність пов'язана з позитивним досвідом функціонування у Великобританії з 1911 року системи оплати послуг лікарів за принципом капітації, коли бюджет приватної практики залежить від кількості зареєстрованих на постійній основі пацієнтів (рис.3).

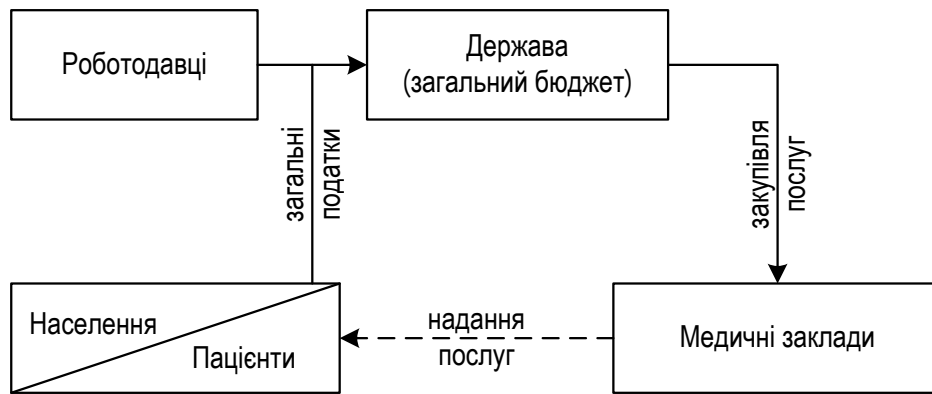


Рис. 3. Узагальнена економічна схема функціонування моделі охорони здоров'я Беверіджа

Бюджетна охорона здоров'я створює враження про безкоштовність та доступність охорони здоров'я для всіх. Однак недоліків у цієї системи набагато більше, ніж переваг:

- пацієнт не має доступу до інформації з приводу вартості лікування та наданих йому медичних послуг;
- громадяни не мають змоги впливати на рух коштів в системі бюджет – медичні заклади;
- перевага надається не соціально значущим пацієнтам, а тим, які стоять першими в черзі на послугу;
- виникає проблема прихованих форм оплати;
- зумовлює зубожіння медицини та медичних працівників (характерно для моделі Семашко);
- формується черга на лікування, зростання опосередкованої вартості набору послуг без зміни ціни.

Всесвітня організація охорони здоров'я для оцінки задоволеності громадян власною системою охорони здоров'я використовує такий показник, як «коефіцієнт задоволеності» («responsiveness indicator») [11]. Проте, говорити про 100 % релевантність даного коефіцієнту при оцінці якості систем охорони здоров'я не зовсім коректно, оскільки на його визначення досить сильно впливають ментальні особливості громадян країн, в яких він

визначається. Відповідно для різних країн при однакових моделях функціонування систем охорони здоров'я даний коефіцієнт може виявитися різним. На нашу думку, більш наглядно ефективність різних моделей функціонування охорони здоров'я демонструють показники середньої тривалості життя та різниці у тривалості життя жіночого і чоловічого населення у країні (табл. 2).

Таблиця 2

Середня тривалість життя населення та різниця тривалості життя жінок і чоловіків у деяких країнах світу [1-3]

Назва країни	1961		1971		1981		1991		2001		2011	
	вік	Δ^*	вік	Δ	вік	Δ	вік	Δ	вік	Δ	вік	Δ
<i>Бюджетна (модель Беверіджа)</i>												
Великобританія	71	6	72	6	74	6	76	6	78	5	81	4
Греція	69	5	71	5	74	6	77	5	78	5	81	5
Ірландія	70	4	71	5	73	6	75	6	77	5	80	5
<i>Соціально-страхова (модель Бісмарка)</i>												
Німеччина	70	5	71	6	73	6	75	7	78	6	81	5
Нідерланди	74	4	74	6	76	7	77	6	78	5	81	4
Франція	70	7	72	8	74	8	77	8	79	8	82	7
<i>Ринкова (приватна) модель</i>												
Корея	54	5	62	7	66	8	72	8	76	7	81	7
США	70	7	71	8	74	8	75	7	77	5	79	5
<i>Модель ОЗ пострадянських країн (модель Семашко)</i>												
Росія	67	8	68	11	67	12	68	10	65	13	69	12
Україна	69	6	70	8	69	10	69	10	68	11	71	10

* – різниця в очікуваній тривалості життя між жінками і чоловіками

Виходячи з наведених даних, тривалість життя в Україні у середньому на 10 років нижча за показники розвинених країн, а різниця в очікуваній тривалості життя між чоловіками і жінками – на 5 років більша, у той час як інші розглянуті країни мають показники приблизно на одному рівні.

Історично склалося, що в Україні система охорони здоров'я побудована на основі моделі Семашко, яка була успадкована з розпадом Радянського союзу, а разом із тим і чимало проблем, пов'язаних з особливостями її функціонування. Ретроспективний аналіз показує, що розбудова системи

екстенсивним шляхом, зокрема через нарощування ліжкового фонду і кількості медичних працівників, не сприяли зростанню кваліфікації персоналу та зосередженню на проблемах пацієнтів. Значна увага військово-промислового комплексу у поєднанні з бюджетним принципом розподілу ресурсів мали наслідком хронічне недофінансування системи охорони здоров'я, яке ставало все більш помітним у міру ускладнення медицини та її подорожчання. Через це багато сучасних методів лікування та препаратів у Радянському Союзі не розвивалися і ставали недоступними громадянам. У результаті країна, спочатку наздогнала країни Заходу за тривалістю життя і зниженню дитячої смертності, а починаючи з 1970-х р. почала знову і все більше відставати (табл. 1).

Спрощено сучасну систему фінансування охорони здоров'я України представлено на рис.4. Держава за рахунок бюджету, сформованого із загальних податків, через Міністерство охорони здоров'я, інші непрофільні міністерства та Національну академію наук здійснює фінансування державних та комунальних медичних закладів, відомчих закладів з охорони здоров'я та науково-дослідних інститутів, в яких надається допомога населенню відповідно до місця проживання чи направлення. Незначна частина витрат покривається за рахунок виплат з добровільного медичного страхування.

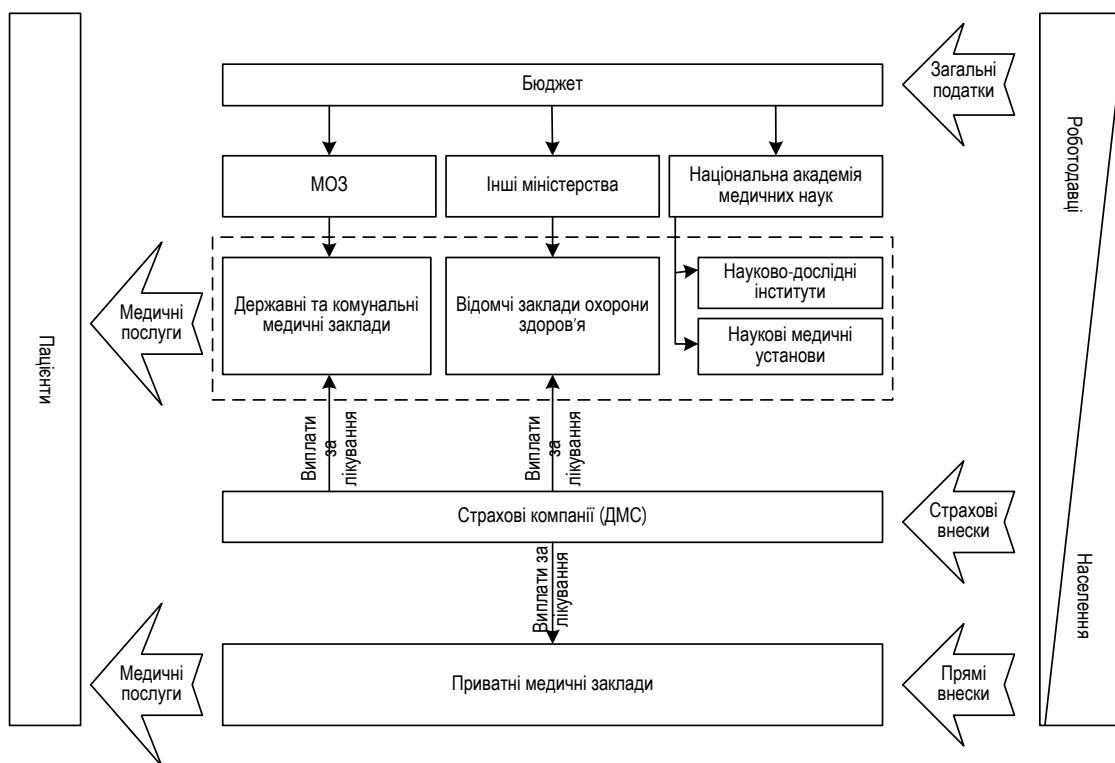


Рис.4. Сучасна модель фінансування охорони здоров'я України

Звертаючись до проведеного порівняння світових економічних моделей охорони здоров'я стосовно можливості їх використання в Україні, можна зробити наступні висновки:

Ринкова модель, за прикладом США, в Україні практично не застосовна. Це пов'язано, перш за все, з низьким рівнем доходів населення (табл. 3). За умови приватної медицини значна частина громадян не зможе сплачувати вартість медичних послуг, відтак витрати суб'єктів на власне здоров'я фінансуватимуться за залишковим принципом, що призведе до загального порушення стану здоров'я населення.

Таблиця 3

Доходи домогосподарств на душу населення в деяких країнах світу,
дол. США [4]

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Австрія	25 704	27 403	28 250	29 264	29 333	29 813	30 609	31 110
Великобританія	26 050	27 177	27 196	27 205	27 493	28 123	27 927	28 567
Німеччина	26 084	27 075	28 015	29 269	29 484	30 518	31 868	32 986
Польща	11 024	11 780	13 094	13 989	14 831	15 540	16 475	17 263

Словенія	11 856	12 692	14 574	16 120	16 486	17 334	17 508	18 409
Угорщина	13 306	13 872	13 861	14 309	14 428	14 494	15 275	15 345
Україна	1 231	1 534	1 999	2 598	1 841	2 325	2 710	3 422
Франція	25 116	26 032	27 408	28 348	28 726	29 316	29 876	30 490
Чехія	14 999	15 857	16 903	16 645	17 602	17 738	17 868	18 006

Модель Беверіджа, за прикладом Великобританії, також, на нашу думку, в Україні мало застосовна, оскільки потребує значного навантаження на бюджет. За умови зростаючого дефіциту бюджету (рис. 5), виділити достатньо коштів на розвиток медичного сектору може виявитися практично не реалізованим завданням.

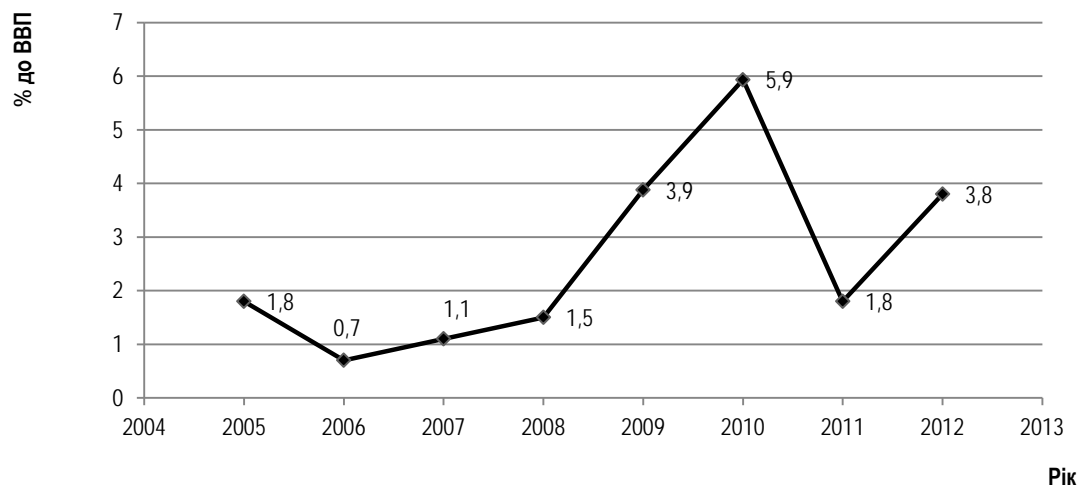


Рис. 5. Дефіцит Державного бюджету України у відсотках до ВВП у 2005-2012 рр. [6, 9]

Таким чином, залишається соціально-страхова модель Бісмарка. На нашу думку, запровадження на її основі обов'язкового медичного страхування сприятиме більш ефективному, а, головне, цільовому використанню коштів медичних фондів, сформованих із страхових внесків населення за рахунок того, що дані кошти будуть відокремлені від загального бюджету держави і не зможуть бути перерозподілені для використання на інші загальнодержавні потреби. Громадяни отримають право вільного вибору лікаря та медичного закладу для лікування. У свою чергу у перспективі

переведення медичних закладів на комерційні засади функціонування сприятиме більш ретельному добору кадрів та покращенню якості обслуговування.

До беззаперечних переваг такої системи можна віднести:

- пацієнт має інформацію про вартість послуг та розмір тарифної ставки;
- зберігається відносно рівна доступність послуг, але в межах, обмежених сумою обов'язкового страхування – при цьому вартість послуг, наданих окремо взятому пацієнтові, може бути в кілька разів більшою, ніж вартість його внеску завдяки дії принципу солідарності;
- знижується вартість високоспеціалізованої медичної допомоги для індивідуального пацієнта.

На проміжному етапі переведення вітчизняної системи охорони здоров'я на страхові засади має відбутися об'єднання загальної та відомчої медицини, що сприятиме усуненню розпорошення коштів за рахунок дублювання відомчими медичними закладами функцій загальних медичних установ. Також на проміжному етапі має відбутися ревізія лікувальних закладів та оптимізація їх кількості, з бюджету має залишитися фінансування лише капітальних видатків та фінансування медичних закладів Національної академії медичних наук, видатки пов'язані з наданням послуг населенню покриваються за рахунок обов'язкового та добровільного медичного страхування (рис. 6).

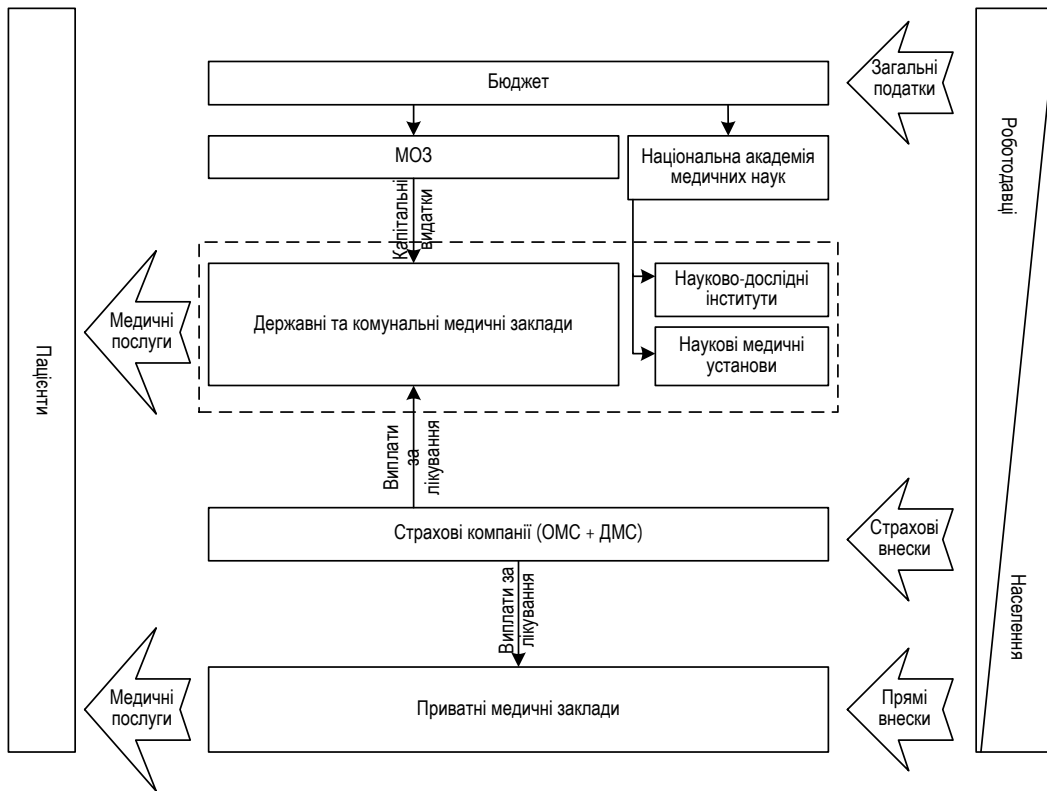


Рис. 6. Проміжний етап реформування охорони здоров'я України

На прикінцевому етапі реформування за рахунок коштів медичного страхування мають повністю покриватися видатки на медичні послуги. Державне фінансування має залишитися лише по структурі Національної академії медичних наук (рис. 7).

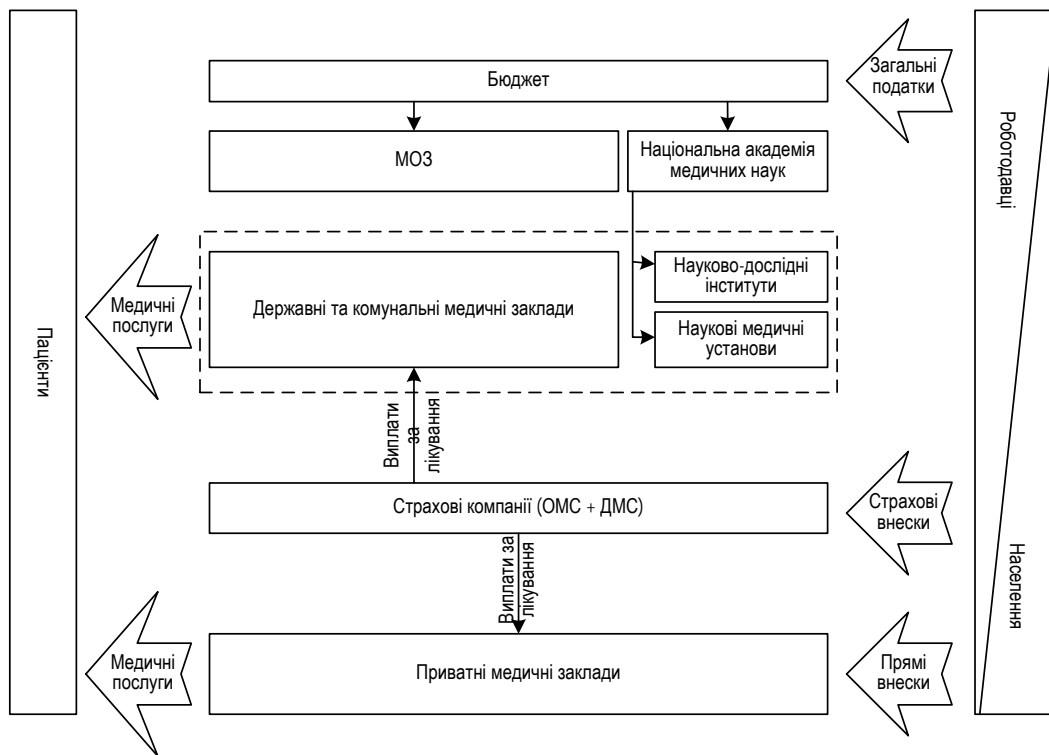


Рис. 7. Кінцевий етап реформування охорони здоров'я України

Сучасна система охорони здоров'я України не здатна у повній мірі забезпечити задекларований у Конституції вільний доступ громадян до медичних послуг. Головна причин цього – постійна недофінансованість медичного сектору. Одним із кроків наповнення фінансовими ресурсами галузі охорони здоров'я може стати обов'язкове медичне страхування. Завдяки побудові обов'язкового медичного страхування на принципах солідарності, субсидування та цільового використання коштів досягається загальне охоплення населення якісною безкоштовною медичною допомогою. Зрозуміло, що процес перебудови займе тривалий час, проте страхова медицина за сучасних умов може стати для України єдиним вірним рішенням на шляху покращення здоров'я населення.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Life expectancy at birth, female (years) [Electronic resource] : The World Bank . - Access mode : <http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.FE.IN>
2. Life expectancy at birth, male (years) [Electronic resource] : The World Bank . - Access mode : <http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.MA.IN>
3. Life expectancy at birth, total (years) [Electronic resource] : The World Bank . - Access mode : <http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN>
4. National Accounts at a Glance 2013 [Electronic resource] : OECD iLibrary . - Access mode : http://www.oecd-ilibrary.org/economics/national-accounts-at-a-glance-2013_na_glance-2013-en
5. Бабарика О.В. Перспективи впровадження в Україні обов'язкового медичного страхування [Текст] / О.В. Бабарика // Вісник Бердянського університету менеджменту і бізнесу. – 2009. – № 4(8). – С. 96-100.
6. Зведений бюджет України у 1992 – 2008 роках [Електронний ресурс] : Державна служба статистики України . – Режим доступу : http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2005/fin/fin_ric/fin_u/2003.html.
7. Козьменко С.М. Аналіз законодавчих ініціатив щодо обов'язкового медичного страхування в Україні / Козьменко С.М. // Вісник Української академії банківської справи. - 2012. - № 2(33). - С. 62-68.
8. Лисенко В.С. Медичне страхування в Україні в контексті пошуку ефективних джерел фінансування вітчизняної системи охорони здоров'я / В.С. Лисенко // Проблемы развития финансовой системы Украины в условиях глобализации : Сб. трудов XIV науч.-практ. конф.; Таврический национальный университет В.И. Вернадского. – Симферополь, 2012. – С. 106-107.
9. Моніторинг виконання Державного бюджету України [Електронний ресурс] : Міністерство фінансів України . – Режим доступу : http://www.minfin.gov.ua/control/uk/publish/archive/main?cat_id=51703

10. Онишко С.В. Удосконалення фінансування системи охорони здоров'я у сферах формування людського капіталу та оздоровлення державних фінансів [Текст] / С.В. Онишко // Науковий вісник Національного університету ДПС України (економіка, право). – 2011. – № 4(55). – С. 66-73.

11. Оценка систем здравоохранения с позиций Всемирной организации здравоохранения // Здравоохранение. - 2009. - № 11. - С. - Режим доступа : <http://www.zdrav.ru/articles/practice/detail.php?ID=76105>