

УДК 657.47; 336.14

## ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ВІТЧИЗНЯНІ РЕАЛІЇ ТА ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД

Пасічник Ю. В., д.е.н., проф.

Черкаський державний технологічний університет

*Рассмотрено положение медицины в современных условиях Украины. Проанализирована динамика финансирования медицинской отрасли на протяжении 2005-2010 гг. Выявлены причины неудовлетворительного обеспечения финансовыми ресурсами. Рассмотрен опыт финансирования медицины в Великобритании, Германии и Швеции. Предложены меры по улучшению использования финансовых ресурсов при реформировании медицинской сферы.*

**Ключевые слова:** медицина, модели финансирования, нормативно-правовая база, страхование медицины, финансовое обеспечение.

*The state of medicine under present-day conditions of Ukraine has been considered. Financing dynamics of medicine for the period of 2005 – 2010 years has been analyzed. The reasons of under-financing have been studied and the experience in financing of medicine in Great Britain, Germany and Sweden has been taken into consideration. The ways to improve financial resources use while reforming medicine have been offered.*

**Key words:** medicine, financing patterns, legal framework, medicine insurance, financial support.

**Постановка проблеми.** Охорона здоров'я є однією з найважливіших функцій будь-якої держави, тому що стосується практично всіх верств населення.

Сформована протягом періоду незалежності модель фінансування охорони здоров'я в Україні навіть на початку другого десятиліття ХХ ст. виявилась неефективною. Хронічний дефіцит бюджету цієї галузі призвів до суттєвого погіршення якості медичного обслуговування і стану здоров'я населення. Незважаючи на прийняту ще в 2000 р. Концепцію розвитку охорони здоров'я, де було передбачено систему фінансового забезпечення охорони здоров'я із різних джерел, включаючи кошти бюджетів, державних соціальних фондів, фізичних осіб, значного поліпшення фінансування цієї важливої соціальної сфери не відбувається [1].

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Проблемам фінансового забезпечення медичної галузі присвячено багато праць, зокрема вітчизняних авторів – М. Г. Вовк, О. М. Голяченко, М. П. Жданової, О. М. Клименко, А. С. Немченко, В. М. Понамаренко, В. Г. Чернянка та ін. У науковій літературі цього змісту з'ясовано деякі частини цієї проблеми та запропоновано відповідні заходи щодо поліпшення ситуації.

Так, Ю. Гришан пропонує механізм фінансування системи охорони здоров'я в Україні, який, на його думку, дозволить сприяти акумулюванню та ефективному використанню фінансових ресурсів у медицині [2, с. 23].

Обґрунтуванню шляхів реформування фінансів медицини з врахуванням світового досвіду присвячена праця з цієї проблематики О. Клименко [3, с. 104-112].

Україна досить нелегко пододала наслідки світової фінансової кризи, дещо по-іншому організує фінансування соціальної сфери, тому ця проблема завжди буде актуальною. З урахуванням сьогоденних реалій є малодослідженими моделі фінансування охорони здоров'я в Україні з врахуванням векторів розвитку страхової медицини, оптимального використання обмежених фінансових ресурсів Державного та місцевих бюджетів, фондів соціального страхування.

**Постановка завдання.** Метою статті є з'ясування особливостей фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні та їх зіставлення із зарубіжним досвідом. Відповідно, завданнями є:

- виявлення динаміки фінансування охорони здоров'я із Зведеного, зокрема місцевих бюджетів;
- оцінка досконалості нормативно-правового забезпечення охорони здоров'я;
- з'ясування особливостей фінансового забезпечення охорони здоров'я в деяких зарубіжних країнах;
- розробка оптимальної моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні з врахуванням світового досвіду.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Охорона здоров'я належить до найбільш значимих для суспільства сфер. Саме від стану здоров'я нації залежить вирішення всіх інших економіко-соціальних завдань розвитку суспільства.

Зазвичай, бажаючи всіляких гараздів своїм рідним, друзям, колегам тощо зичать, передусім, міцного здоров'я.

В усіх економічно розвинених країнах світу охороні здоров'я надають значної державної уваги, забезпечуючи розвиток медицини в частині функціонування досконалих із сучасних позицій медичних, наукових, лікувальних, профілактичних закладів, підготовки кваліфікованих кадрів, розробці

високоєфективних лікувальних препаратів, виготовленню діагностичних приладів тощо. Відомо, що ситуація в Україні значно відрізняється від стану охорони здоров'я в інших країнах Європи.

З'ясуємо, які є проблеми в напрямі медичного забезпечення українців.

Як зазначає Ю. Гришан, тривалість життя в Україні на 10-12 років нижча, ніж в країнах Євросоюзу; Україна лідирує серед країн СНД із захворювання сухотами, серцево-судинними захворюваннями, травматизму; рівень смертності серед чоловіків в 3-4 рази вищий, ніж у розвинених зарубіжних країнах; 71% людей в Україні страждають у тій чи іншій формі різноманітними захворюваннями; за час незалежності населення країни зменшилось більш ніж на п'ять мільйонів; Україна займає друге місце в світі за темпами зменшення населення [2, с. 22].

Заслужують на увагу погляди фахівців Інституту демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи таких, як Е. Лібанової та І. Курило, які констатують, що до кінця першого десятиліття ХХ ст. наша країна підійшла з рівнем тривалості життя, який на 15 років нижчий, ніж у Японії, на 14,5 років, нижчий ніж у Швейцарії, на 14 – нижчий, ніж в Італії. Надто високим залишається розрив у тривалості життя жінок і чоловіків (10 років), причому останні в п'ять разів частіше гинуть від нещасних випадків, алкоголізм породжує вдвічі більше смертей, ніж 20 років тому. У результаті відставання України за показником середньої очікуваної тривалості життя від усіх розвинених держав світу за весь період незалежності країни зросло, причому за даними ВООЗ, скорочення середньої тривалості життя чоловіків в Україні виявилось найнижчим у Європі [4].

Лише з цих коротких фактів можна зробити висновок, що ситуація є надзвичайно складною. Беручи до уваги, що в цій статті досліджуються проблеми медицини суто фінансового змісту, проаналізуємо, наскільки значимими є видатки на медицину, які здійснюються із зведеного бюджету (табл. 1) [4, с. 58].

Таблиця 1  
Видатки зведеного бюджету України на охорону здоров'я в Україні за 2005-2010 рр.

(млн. грн.)

Роки	Зведений	У тому числі			
		Державний		Місцевий	
		усього	% до зведеного бюджету	усього	% до зведеного бюджету
2005	15476,5	3508,1	22,7	11968,4	77,3
2006	19737,7	4009,7	20,8	15638,1	79,2
2007	26717,6	6321,0	23,7	20396,5	76,3
2008	33559,9	7365,5	21,9	26194,4	78,1
2009	36564,9	7535,0	20,6	29029,9	79,4
2010	44745,4	8759,0	19,6	35986,3	80,4

Як показують дані табл. 1, незважаючи на динамічне щорічне збільшення фінансування охорони здоров'я, значного поліпшення в цій галузі не відбувається.

Наведемо погляди деяких науковців із цієї проблематики. Ю. Гришан зазначає, що чинна система медичного забезпечення в Україні перебуває в глибокій організаційно-структурній та фінансовій кризі, що характеризується низькою часткою видатків на охорону здоров'я та не має аналогів у всьому світі – оплата послуг за методом розрахунку використаних ліжок-місць. У всьому світі оплата медичних послуг здійснюється виходячи із якості та кількості наданих послуг. Сьогодні на охорону здоров'я Україна витрачає близько 3,7% ВВП. Для порівняння: в ЄС витрачалось 6,5% ВВП, у США витрачається 11-14% ВВП, в Німеччині – 10-11 % ВВП. Медичні послуги, що надаються в Україні не відповідають стандартам Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Стан галузі охорони здоров'я України характеризується недофінансуванням та неефективним розподілом наданих коштів. Наприклад, 70 % коштів із Державного бюджету України витрачається на оплату праці медичних працівників, а 11% – на оплату комунальних послуг. Відповідно до інформації експертів Німецької консультативної групи більше 70 % від оплати всіх медичних послуг в Україні здійснюється внаслідок доходів громадян, тобто є тіншовим обігом і вказує на величезний рівень корупції медичного персоналу. Така ситуація склалася тому, що медичні працівники фінансово не мотивовані надавати якісні медичні послуги [2, с. 22].

Аналіз вітчизняної літератури стосовно фінансування охорони здоров'я дозволяє виявити такі проблеми:

- відсутність єдиної концепції ефективного використання наявних фінансових ресурсів з усіх джерел фінансування;
- очевидна недостатність бюджетного фінансування та обмежених фінансових ресурсів державних соціальних фондів;
- вимушеність пацієнтів за надання трохи кращих медичних послуг у державних закладах медицини дещо "заохочувати" медичний персонал;

- незначна кількість медичних послуг, які надаються за оплату безпосередньо клієнтами в приватних медичних закладах;
- недостатній контроль відповідних державних органів за цінами та якістю медикаментів, які реалізуються в аптеках;
- практична відсутність запровадження основ страхової медицини.

Цей перелік не є вичерпним, але це говорить про відповідну невпорядкованість фінансового забезпечення цієї галузі.

З'ясуємо з цього різноманіття проблем ситуацію із нормативно-правовим забезпеченням функціонування цієї галузі, зокрема фінансовий аспект.

Діяльність закладів охорони здоров'я в Україні ґрунтується на таких основних законодавчих актах:

1. Конституція України є головним джерелом, що регулює суспільні відносини у сфері охорони здоров'я, у тому числі надання медичної допомоги. Конституційні норми створюють правову основу статусу особи у сфері охорони здоров'я. І ця основа включає не лише закріплення відповідного права, але і засобів його забезпечення, що має держава у своєму розпорядженні і які закладені в політичній та економічній системах, а також його соціальній основі.

2. Цивільний кодекс України від 16 січня 2003 р., що вперше на такому рівні закріплює низку важливих прав людини у сфері охорони здоров'я, зокрема, право на охорону здоров'я (ст. 283), медичну допомогу (ст. 284), медичну інформацію (ст. 285), медичну таємницю (ст. 286).

3. Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19.11.1992 р., (зі змінами та доповненнями (з 1 січня 2015 р. до цього Закону будуть внесені зміни, передбачені абзацом четвертим пунктом 7 та пунктом 14 розділу I Закону України від 7 липня 2011 р. N 3611-VI, а також з 1 січня 2013 р. до цього Закону будуть внесені зміни згідно із Законом України від 5 липня 2012 р. N 5081-VI) – статтю 18 передбачається, що фінансування охорони здоров'я здійснюється за рахунок Державного бюджету України та місцевих бюджетів, фондів медичного страхування, благодійних фондів та будь-яких інших джерел, не заборонених законодавством.

4. Закон України "Про екстрену медичну допомогу" від 05.07.2012 р. №5081-VI. Цей Закон визначає організаційно-правові засади забезпечення громадян України та інших осіб, які перебувають на її території, екстреною медичною допомогою, у тому числі під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків, а також засади створення, функціонування і розвитку системи екстреної медичної допомоги.

5. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України, де визначено, що джерелами фінансування охорони здоров'я мають бути кошти державного та місцевих бюджетів, кошти загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування та добровільного медичного страхування, кошти накопичувальних фондів територіальних громад і благодійних фондів, благодійні внески та пожертвування юридичних і фізичних осіб, кошти, одержані за надання платних медичних послуг, а також інших джерел, не заборонених законодавством [1].

Отже, незважаючи на наявність відповідного нормативно-правового забезпечення, є ще декілька "білих плям", які не врегульовані цими та іншими нині чинними актами.

З метою поліпшення цього виду медичного забезпечення нині пропонуються певні акти щодо врегулювання функціонування страхової медицини, впорядкування територіального обслуговування населення, поліпшення боротьби із сезонними інфекційними хворобами, схеми фінансового забезпечення поліклінік тощо.

Необхідно зазначити, що Україна намагається в недалекій перспективі стати членом Європейського Союзу і робить у цьому напрямі реальні кроки, тому доцільно порівняти нашу модель фінансування медицини з тими, які діють у розвинених європейських країнах.

У Європейському Союзі нині сформувалось три базові моделі фінансування медичної галузі.

1. Модель із переважанням державного фінансування, де орієнтовно до 90% потреб галузі фінансується із відповідних бюджетів (Великобританія, Данія, Ірландія).

2. Бюджетно- страхова модель, що функціонує як із використанням бюджетних коштів, або коштів державних цільових фондів, які підкріплені внесками підприємств, громадських фондів тощо.

За такої моделі, як правило, більша частина необхідних фінансових ресурсів, які використовує медична галузь, надходить від позабюджетних фондів.

Так, у Німеччині на початку другого десятиліття XXI ст. вони склали в межах 80%; Італії – 85%; Франції – 70%; Швеції – 90% [3, с. 104].

3. Лише комерційна модель фінансування закладів охорони здоров'я, де практично повністю всі послуги оплачує населення. Ця модель діє в Ізраїлі та Нідерландах.

З'ясуємо специфіку фінансування охорони здоров'я в деяких країнах.

Великобританія. Національна служба охорони здоров'я (NHS) у Сполученому Королівстві Великобританії і Північній Ірландії, заснована в 1948 р. і є такою системою, що фінансується за кошти загального оподаткування. Вона забезпечує близько 90% усіх послуг охорони здоров'я країни і витрачає на це в межах 8,4% ВВП країни.

Для її фінансового забезпечення у Великобританії у вигляді податків збирається близько 40% від валового національного доходу, з яких 15% спрямовується на NHS. NHS є одним із найбільших роботодавців у світі, в системі охорони здоров'я зайнято близько 1 млн. працівників.

Так, у Великобританії пацієнти сплачують вартість ліків, окулярів, медичних засобів, половину послуг зубних лікарів, окремі послуги в лікарнях. Структура витрат на охорону здоров'я така: державні кошти – 85%; кошти соціального страхування – 10%; особисті кошти населення – 5%.

Систему охорони здоров'я у Великобританії можна характеризувати як переважно державну або, як її називають самі британці, національну. Вона ґрунтується на таких принципах: пріоритетна участь держави у витратах на охорону здоров'я; професійна незалежність лікарів; опора на "сімейного" лікаря; сплата населенням спеціального податку незалежно від стану здоров'я.

На відміну від інших країн, національна система охорони здоров'я у Великобританії має три сектори: місцеві органи і заклади охорони здоров'я; позалікарняна медична допомога; стаціонарна медична допомога.

Система охорони здоров'я жорстко централізована. Податкові надходження централізуються і розподіляються спочатку в регіони, а потім у райони. Розподіл коштів здійснюється на підставі диференційованого нормативу бюджетної забезпеченості на одного жителя району, який враховує розходження територій за статевим та віковим складом, чисельністю населення та іншими соціально-економічними характеристиками.

Первинна медична допомога надається переважно приватно практикуючими лікарями загальної практики, національної системи охорони здоров'я (НСОЗ). Лікарні є власністю держави, але мають статус лікарняних органів НСОЗ - самокерованих організацій, наділених значно більшими правами, ніж прямо керовані районними відділами охорони здоров'я лікарні. Таким чином, лікарні мають додаткові можливості формувати свій дохід за рахунок надходжень за договорами з різними суб'єктами медичного ринку. Незалежні лікарі загальної практики виступають у ролі фондоотримувачів. Це означає, що вони фінансуються згідно з чисельністю прикріпленого населення з включенням у нормативи фінансування частини витрат на інші види медичної допомоги, а потім вступають у договірні відносини зі стаціонарними і фахівцями амбулаторної ланки, розраховуючись із ними за надані послуги. Надпланові обсяги оплачуються за кожен випадок окремо, але тільки на основі поточних витрат на їх надання, тобто за більш низькими ставками. Таким чином, знижується кількість випадків госпіталізації, яка може виходити за межі погоджених обсягів.

Позалікарняну медичну допомогу надають лікарі загальної практики, які працюють за принципом "сімейного" лікаря, обслуговуючи від 2000 до 3500 населення, яке їх обирає добровільно [3, с. 107].

Німеччина. Досвід страхування на випадок хвороби в цій країні накопичувався протягом більше, ніж ста років (з 1883 р.). У разі хвороби медична допомога надається безкоштовно для застрахованих, а також членів його родини, які автоматично страхуються за допомогою його внесків. Середній внесок складає 6,5 % від заробітної плати працівника і 6,5 % - внесок роботодавця. Загальний розмір страхового платежу коливається від 10,5 % до 19%, виходячи з чинних програм медичного страхування і рівня профзахворюваності за галуззю. У Німеччині система медичного страхування передбачає принцип часткової оплати пацієнтом вартості медичної допомоги на додаток до внесків на медичне страхування. Разом з тим, практикується механізм повернення частини страхових внесків застрахованим громадянам, якщо вони жодного разу не звернулися за медичною допомогою протягом визначеного терміну (не менш 3 місяців). Це, безумовно, підвищує економічну цінність власного здоров'я, стимулює ведення здорового способу життя. Фінансування охорони здоров'я Німеччини забезпечується на 60 % внаслідок фондів обов'язкового медичного страхування, на 10 % - добровільного медичного страхування, на 15 % - за допомогою коштів державного бюджету, на 15 % - коштів пацієнтів. Поряд з обов'язковим медичним страхуванням у Німеччині розвинуто і приватне медичне страхування, яким охоплено 13 % населення.

Отже, медичне страхування в Німеччині має змішаний характер: поряд з обов'язковим соціальним страхуванням функціонує система добровільного медичного страхування, що може як доповнювати обов'язкове, так і проводитися самостійно [3, с. 109-110].

Швеція. Роль уряду у сфері охорони здоров'я і соціального захисту населення зводиться до законодавчого регулювання і контролю роботи місцевих муніципальних органів. Рішення про виділення тієї чи іншої допомоги (крім допомоги з безробіття) приймаються на регіональному рівні державними страховими касами. У країні діють 23 обласні ради, які відповідають за те, щоб кожен житель області мав вільний доступ до медичного обслуговування – безкоштовного чи частково оплачуваного. На фінансування охорони здоров'я обласними радами виділяється більше, ніж 80 % прибуткового податку, що надходить до обласного бюджету.

Основну частину витрат на медичну допомогу бере на себе держава, однак приблизно 10 % послуг оплачує саме населення. Наприклад, візит до лікаря коштує пацієнту 100-300 крон, а день перебування в стаціонарі не більше 80 крон. За придбані ліки, виписані лікарем, медична страховка повертає хворим від 50 до 100 % витрат. Лікування у стоматолога для громадян молодших 20 років – безкоштовне, а витрати іншого населення частково компенсуються: почавши лікування, пацієнт вносить тільки перші 700 крон, а подальші витрати на 35-70 % йому відшкодовуються з фондів медичного страхування.

Крім оплати медичних послуг, національна система страхування гарантує грошові компенсації всім жителям Швеції, чий річний дохід складає принаймні 6000 шв. крон. Право на оплату періоду тимчасової непрацездатності не поширюється на тих, чий річний дохід перевищує базову суму в 7,5 разів (це обмеження для доходів, при перевищенні якого система соціального страхування вже не діє). При частковій втраті працездатності в результаті хвороби виплачується 25 %-75 % від допомоги, що призначається у разі повної її втрати. Якщо хворому необхідно проходження реабілітації, то на цей період працівнику разом з допомогою через хворобу виплачується ще і реабілітаційна допомога в розмірі 80 % від загального доходу.

Таким чином, шведська модель соціального страхування є добре продуманою і надійною системою соціального захисту (за рахунок допомоги і пільг) усіх громадян країни незалежно від роду занять і рівня доходів. Вона визнана однією з найкращих у світі, через що поширення накопиченого там досвіду у вітчизняну практику дозволить вирішити багато проблем соціального захисту населення України.

Отже, моделі охорони здоров'я, які сформувались у країнах, досвід яких тут наведений, свідчать про врахування специфіки розвитку кожної країни, ментальність нації, фінансову спроможність кожної із них.

Характеризуючи систему, яка склалась в Україні, можна констатувати, що в 2011 р. у стаціонарних закладах використовувались кошти із бюджетних та корпоративних джерел фінансування (90%), близько 10% склали кошти населення.

У позастанціонарних закладах, де практикуються окремі приватні послуги, було витрачено 67% бюджетних коштів та коштів державних соціальних фондів, а близько третини коштів було приватного походження.

Отже, як свідчать ці цифри, в Україні нині склався певний гібрид відомих у Європі моделей. Крім того, необхідно врахувати, що досить значні фінансові ресурси, які обслуговують медичний сектор соціальної сфери має "тіньовий характер".

Таким чином, в Україні доцільно провести реальну медичну реформу, яка вже давно визріла. Стосовно фінансового аспекту цієї проблеми можна рекомендувати такі напрями:

1. Поступовий поетапний перехід до страхової медицини.
2. Чітке законодавче і нормативне врегулювання нормативів надання безкоштовної медичної допомоги, яка буде фінансуватись із державних фондів.
3. Провести широку рекламу надання відповідних медичних послуг іноземним громадянам, вартість яких у відповідних країнах значно вища.
4. Впровадження більш дієвого контролю за видачею і, відповідно, виплатами за листком непрацездатності.

Впровадження цих заходів повинно реалізуватись узгоджено разом із відповідними заходами інших видів соціального забезпечення.

**Висновки.** Виконання дослідження засвідчило, що модель фінансового забезпечення охорони здоров'я є малоефективною як із позицій якості медичних послуг, так із позицій оптимального витрачення фінансових ресурсів, зокрема бюджетних.

Для суттєвого поліпшення ситуації у медичній галузі необхідно поступово і поетапно реалізувати конкретні заходи, які повинні узгоджуватися з іншими заходами у сфері оплати праці, соціального забезпечення, з орієнтиром на прогресивний зарубіжний досвід.

#### Література

1. Указ Президента України від 07.12.2000 р. "Про затвердження Концепції розвитку охорони здоров'я населення України". [Електронний ресурс]. Режим доступу <http://www.rada.gov.ua>
2. Гришан Ю. Проблеми та ефективні шляхи реформування медичного страхування в Україні / Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Вип. 2., 2009. – С. 22 – 24.
3. Клименко О. М. Світовий досвід організації фінансування у сфері медичного обслуговування Чернігівський науковий часопис. Серія 1. Економіка і управління №1 (1), 2011. – С. 104 – 112.
4. Статистичний щорічник України за 2010 рік. / Державна служба статистики України. За ред. Осауленка О. І. – К.: ТОВ "Август-Трейд" 2011. – 600 с.
5. Лібанова Е. М., І. Курило. Що очікувати українцям до 2050 року? / Урядовий кур'єр. 31 січня 2012 р.