

УДК 368.9.06

JEL Classifications: G22, I13

DOI 10.33244/2617-5932.4.2020.96-103

О. О. Лісовська,

Університет ДФС України

e-mail: olya.lisovskaya94@gmail.com

ORCID ID 0000-0002-2842-3158

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФУНКЦІОНУВАННЯ МОДЕЛЕЙ ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

У статті досліджені основні моделі фінансування системи охорони здоров'я, а саме моделі: Бісмарка, Беверіджа, Семашка, приватна, національна, «з власної кишені». З'ясовано, яким країнам характерні ці моделі. Визначено на основі порівняння показника тривалості життя у різних країнах, що функціонування радянської моделі в Україні є неефективним. Встановлено, що у межах розпочатої медичної реформи відбувається перехід до моделі медичного страхування, яка близька до моделі Беверіджа. Наведено корисні поради з досвіду функціонування моделі Беверіджа у Великобританії, які можна взяти до уваги в період медичного реформування в Україні.

Ключові слова: ринок медичних страхових послуг, медичне страхування, охорона здоров'я, система охорони здоров'я, моделі охорони здоров'я, медична реформа.

О. О. Лисовская. Теоретические основы функционирования моделей финансирования системы здравоохранения

В статье исследованы основные модели финансирования системы здравоохранения, а именно модели: Бисмарка, Бевериджа, Семашко, частная, национальная, «из собственного кармана». Выяснено, каким странам характерные данные модели. Определено на основе сравнения показателя продолжительности жизни в разных странах, что функционирование советской модели в Украине является неэффективным. Установлено, что в пределах начатой медицинской реформы происходит переход к модели медицинского страхования, которая близка к модели Бевериджа. Приведены полезные советы из опыта функционирования модели Бевериджа в Великобритании, которые можно принять во внимание в период медицинского реформирования в Украине.

Ключевые слова: рынок медицинских страховых услуг, медицинское страхование, здравоохранение, система здравоохранения, модели здравоохранения, медицинская реформа.

Формулювання цілей статті (постановка завдання). Метою статті є дослідження основних моделей фінансування системи охорони здоров'я та виявлення корисного досвіду, який можна використати для розвитку системи охорони здоров'я в Україні. Для досягнення мети були поставлені такі завдання: зробити огляд основних моделей фінансування системи охорони здоров'я; з'ясувати, яким країнам характерні ці моделі;

визначити, чи є ефективною система фінансування охорони здоров'я в Україні; висвітлити корисні поради для України з досвіду застосування англійської моделі у Великобританії.

Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок з важливими науковими чи практичними завданнями. Одним з пріоритетних напрямів політики держави є охорона здоров'я її громадян. Право на охорону здоров'я українців регламентовано ст. 49 Конституції України та ст. 11 Європейської соціальної хартії. Але на практиці їхнє право на безкоштовну медицину не реалізується. Це можна пояснити тим, що модель фінансування системи охорони здоров'я, яка залишилася ще з радянських часів, перестала бути ефективною. Для побудови нової вітчизняної системи охорони здоров'я необхідним є врахування світового досвіду, щоб уникнути помилок і перейняти позитивні моменти, які можна адаптувати до українських реалій.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Питанню дослідження моделей фінансування системи охорони здоров'я присвячені дослідження багатьох вітчизняних і зарубіжних науковців. З точки зору нашого дослідження розглянемо деякі наукові праці. С. Онишко, Ю. Шевчук визначають централізовані та децентралізовані моделі фінансування медичного страхування на основі характеристики моделей Бісмарка, Беверіджа, Семашка, приватної, висвітлюють переваги і недоліки наведених моделей та надають пропозиції щодо розбудови моделі фінансування в Україні [3]. О. Вороніна визначає особливості функціонування моделі Беверіджа на прикладі Великобританії, аналізує та визначає тенденції реформування системи охорони здоров'я в Україні [1]. Р. Кулешер, Е. Форрестал розглядають моделі Бісмарка, Беверіджа, приватну в контексті аналізу їх застосування в країнах Європи, Азії, Північної і Південної Америки [8]. М. Чанг [5] та Л. С. Уоллес [11] роблять огляд моделей Бісмарка, Беверіджа, національної, «з власної кишені» для запозичення корисного досвіду під час проведення медичної реформи в США. Д. Дау аналізує американську приватну модель та обґрунтовує, чому краще запозичувати досвід функціонування моделі Бісмарка у Німеччини, ніж досвід функціонування національної моделі у Канади [6]. Д. В. Лайт пише про досвід успішного функціонування моделі Беверіджа у Великобританії [10].

Проте, незважаючи на вагомий науковий дослідження, актуальним залишається питання побудови ефективної вітчизняної моделі фінансування системи охорони здоров'я.

Виклад основного матеріалу. Економічна сутність ринку медичних страхових послуг проявляється у моделях фінансування системи охорони здоров'я, які є ключовим елементом, що впливає на формування і розвиток системи охорони здоров'я. Кожна країна створила власну систему охорони здоров'я, яка є наслідком прогресуючої глобалізації, історичних і економічних змін, культурних відмінностей, політичних і соціальних умов. Однак усі вони зводяться до основних моделей фінансування системи охорони здоров'я.

У світовій практиці розрізняють декілька базових моделей фінансування системи охорони здоров'я, а саме моделі: Бісмарка, Беверіджа, Семашка, приватну, національну, «з власної кишені».

Однією з перших моделей фінансування системи охорони здоров'я у світі була модель Бісмарка (The Bismarck Model), або німецька модель, яка походить від імені німецького політичного діяча Отто фон Бісмарка. Модель була створена наприкінці XIX століття під впливом змін, викликаних промисловою революцією, та ґрунтується на обов'язковому соціальному медичному страхуванні. Урядом чітко регламентується діяльність приватних

страхових фондів, які з плином часу трансформувалися у лікарняні каси, а потім у страхові компанії. Сплата внесків на приватні страхові фонди відбувається частково за рахунок цільових платежів роботодавців, іншу частину наймані працівники оплачують самостійно. Модель орієнтована на працюючих людей, тобто якщо людина працевлаштована, то вона та її родина матимуть право скористатися медичною страховкою. За надання медичних послуг лікарям нараховуються бали, які переводяться у грошовий еквівалент. За допомогою моделі Бісмарка організовані системи охорони здоров'я Австрії, країн Бенілюксу, Італії, Німеччини, Франції, Швейцарії, Швеції, Японії [3, с. 173; 5; 8, с. 128].

Модель Беверіджа (The Beveridge Model), або англійська модель, з'явилася 1948 р. у Великобританії та походить від імені британського економіста і політика Вільяма Генрі Беверіджа. Характерною ознакою моделі є універсальне покриття усіх громадян медичними послугами, яке формується за рахунок податкових надходжень на регіональних та центральному рівнях. Рішення щодо обсягу фінансування приймається у процесі планування витрат державного бюджету країни. Оплата медичних послуг контролюється урядом країни, тому що держава виступає як монопольний страховик у сфері охорони здоров'я. Модель Беверіджа характерна для систем охорони здоров'я Великобританії, Данії, Ірландії, Іспанії, Куби, Нової Зеландії [3, с. 173; 5; 8, с. 127–128].

Приватна модель (The Private Insurance Model), або ринкова модель, полягає у наданні страхових медичних послуг за ринковими цінами. Постачальники страхових медичних послуг та споживачі мають безпосередню взаємодію, а держава виконує загальний контроль і регулювання на ринку медичних страхових послуг [3, с. 173]. Приватна модель фінансування системи охорони здоров'я у класичному вигляді характерна тільки для Сполучених Штатів Америки. Охорона здоров'я ґрунтується на приватному фінансуванні, крім двох основних державних програм, що фінансуються з коштів платників податків – Медікейр (Medicare) та Медікейд (Medicaid) [6].

Національна модель (The National Health Insurance Model), або модель Томмі Дугласа, яка походить від імені канадського політичного діяча, поєднує у собі деякі аспекти моделей Бісмарка та Беверіджа. Страхові компанії, тобто постачальники страхових медичних послуг, є приватними, як і в моделі Бісмарка, та за рахунок податкових надходжень до бюджету уряд фінансує медичну допомогу, як і в моделі Беверіджа. Класична національна модель існує у Канаді, але деякі країни також запозичили цю модель, наприклад Південна Корея і Тайвань [5; 11, с. 84].

Модель «з власної кишені» (The Out-Of-Pocket Model) притаманна менш розвиненим регіонам світу, в яких існує істотна межа між багатими та бідними. Через брак ресурсів для організації масової медичної допомоги, неспроможності забезпечити будь-яку систему охорони здоров'я пацієнти повинні платити з власної кишені за медичні послуги. Характерною особливістю цієї моделі є те, що багаті отримують медичну допомогу, а бідні залишаються хворими чи помирають. Модель «з власної кишені» застосовується у сільській місцевості Африки, Китаю, Індії, Південної Америки [5; 11, с. 84].

Модель Семашка (The Semashko Model), або радянська модель, була створена після Жовтневої революції 1917 року лікарем М. О. Семашком. Особливістю моделі є функціонування системи охорони здоров'я на основі створених п'ятирічних планів розвитку. Усі громадяни мали право на безкоштовне медичне обслуговування, адже охорона здоров'я фінансувалася за рахунок коштів державного бюджету. Свого часу модель була передовою, діяла на території колишнього СРСР, у тому числі і в Україні. Нині модель

Семашка йде у минуле, а колишні країни пострадянського простору поступово переходять до інших моделей фінансування системи охорони здоров'я [3, с. 173; 7, с. 2].

Ефективність застосування моделей фінансування системи охорони здоров'я найбільш наочно можна побачити за показником середньої тривалості життя населення. З таблиці 1 видно, що Україна має найнижчу тривалість життя порівняно з іншими економічно розвиненими країнами. Різниця між тривалістю життя жінок і чоловіків становить 10 років, тоді як в інших розглянутих країнах різниця становить не більше 6 років. Отже, можна стверджувати про те, що модель Семашка вже не є ефективною, тому існує необхідність зміни в Україні моделі фінансування системи охорони здоров'я.

Таблиця 1

Середня тривалість життя населення 2018 року

Країна	Чоловіки, років	Жінки, років	Різниця, років	Країна	Чоловіки, років	Жінки, років	Різниця, років
Модель Бісмарка				Модель Беверіджа			
Австрія	79,40	84,00	4,60	Великобританія	79,50	83,10	3,60
Бельгія	79,20	83,90	4,70	Данія	79,20	83,10	3,90
Італія	80,80	85,20	4,40	Ірландія	80,40	84,00	3,60
Люксембург	79,90	84,40	4,50	Іспанія	80,60	86,10	5,50
Нідерланди	80,20	83,40	3,20	Нова Зеландія	80,20	83,60	3,40
Німеччина	78,70	83,40	4,70	Приватна модель			
Франція	79,60	85,60	6,00	США	76,10	81,10	5,00
Швейцарія	81,60	85,60	4,00	Національна модель			
Швеція	80,80	84,10	3,30	Канада	79,90	84,00	4,1
Японія	81,10	87,30	6,20	Корея	79,70	85,70	6,00
Модель Семашка							
Росія	67,50	77,60	10,10	Україна	66,69	76,72	10,03

Джерело: складено та розраховано автором на основі [4; 9].

З 2018 року в межах розпочатої медичної реформи Україна перебуває на стадії переходу до моделі медичного страхування, яка буде максимально близька до англійської моделі Беверіджа. Згідно з цією моделлю реалізовуватиметься принцип «гроші йдуть за пацієнтом», сутність якого полягає в оплаті Національною службою здоров'я України (аналог англійської Національної служби здоров'я (National Health Service) медичним закладам за послуги, які були надані пацієнтам, замість кошторисного фінансування лікарів, лікарень та ліжок-місць, як було за моделлю Семашка [12]. Оплата праці лікарів первинної ланки залежатиме напряму від кількості підписаних декларацій з пацієнтами. Такі зміни мають підвищити якість надання медичних послуг, і, як наслідок, збільшиться тривалість життя українського населення. Але є і негативні сторони впровадження цієї моделі. Виникає ймовірність того, що пацієнт довго чекатиме прийому у вузькопрофільного лікаря, з досвіду Великобританії – цей період очікування може тривати не один місяць. Також збільшується навантаження на державний бюджет, якщо у Великобританії на фінансування охорони здоров'я виділяються значні кошти, то для України це може виявитися важким випробуванням [1, с. 84], хоча статистичні дані і свідчать про збільшення рівня видатків Зведеного бюджету України на охорону здоров'я (рис. 1).

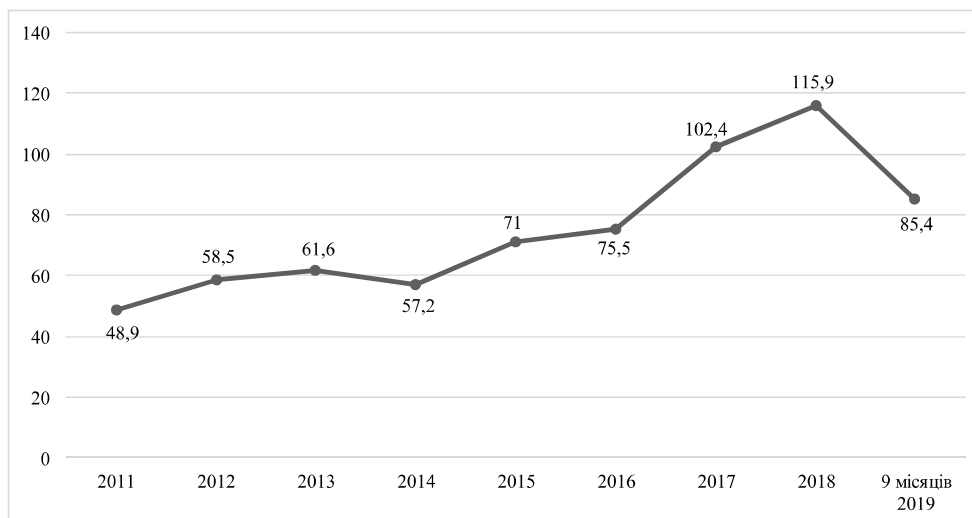


Рис. 1. Витатки Зведеного бюджету України на охорону здоров'я за 2011 – 9 місяців 2019 рр., млрд грн

Джерело: складено автором на основі [2; 3, с. 177].

Модель Беверіджа, яка функціонує у Великобританії, вважається найефективнішою, тому можна виділити основні положення, які будуть корисними для реформування системи охорони здоров'я в Україні:

- 1) основоположним принципом діяльності Національної служби здоров'я України є безкоштовна охорона здоров'я;
- 2) фонд охорони здоров'я формується з податку на прибуток;
- 3) для системи охорони здоров'я потрібно створити потужну базу для первинної медичної допомоги;
- 4) розробити набір бонусів для лікарів загальної практики, які досягають цільових показників з профілактики серед населення;
- 5) оплачувати послуги вузькопрофільних спеціалістів за однаковою шкалою заробітної плати;
- 6) необхідно доплачувати лікарям загальної практики за лікування пацієнтів з неблагополучних районів;
- 7) повинна скоротитися нерівність у фінансуванні, якій зазвичай сприяють заможні люди;
- 8) контролювати ціни на ліки, які відпускаються за рецептом, заохочуючи фундаментальні дослідження для інноваційних ліків [10, с. 29].

Висновки. Отже, огляд основних моделей фінансування системи охорони здоров'я показав, що у світі не існує ідеальної моделі, яку можна було б застосувати у всіх країнах. Кожна країна створює власну систему охорони здоров'я, яка спирається на одну з основних моделей, але має ознаки й інших моделей, які підходять для ефективного функціонування, враховуючи історичні, культурні, економічні, політичні та інші відмінності певної країни.

На основі порівняння показника тривалості життя у жінок та чоловіків у країнах, класифікованих за характерними їм моделями, визначено, що Україна має найнижчу тривалість життя порівняно з іншими економічно розвиненими країнами. Тому функціонування радянської моделі в незалежній Україні є неефективним. Навпаки, найефективнішою є англійська модель Беверіджа, позитивний досвід функціонування якої Україні необхідно запозичувати для медичного реформування та впровадження обов'язкового медичного страхування.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Вороніна О. О. Впровадження Беверіджської моделі фінансування охорони здоров'я: перспективи та загрози для України. *Збірник наукових праць Черкаського державного технологічного університету. Серія: Економічні науки*. Черкаси, 2019. Вип. 52. С. 80–86.
2. Звітність. Офіційний сайт Державної казначейської служби України. URL: <https://www.treasury.gov.ua/ua/file-storage/vikonannya-derzhavnogo-byudzhetu>
3. Онишко С. В., Шевчук Ю. В. Особливості функціонування моделей фінансування медичного страхування. *Економічний вісник. Серія: фінанси, облік, оподаткування*. Ірпінь, 2019. Вип. 3. С. 171–179.
4. Статистична інформація. Офіційний сайт Державної служби статистики України. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
5. Chung M. Health care reform: learning from other major health care systems. *Princeton Public Health Review*. 2017. Dec. 2. URL: <https://pphr.princeton.edu/2017/12/02/unhealthy-health-care-a-cursory-overview-of-major-health-care-systems/>
6. Daw J. A better path to universal health care. *The New York Times*. 2019. Feb. 20. URL: <https://www.nytimes.com/2019/02/20/opinion/health-care-germany.html>
7. Jakovljevic M., Camilleri C., Rancic N., Grima S., Jurisevic M., Grech K., Buttigieg S. C. Cold War Legacy in Public and Private Health Spending in Europe. *Frontiers in Public Health*. 2018. Aug. 6. Vol. 6. Article 215. P. 1–11.
8. Kulesher R., Forrestal, E. International models of health systems financing. *Journal of Hospital Administration*. 2014. Vol. 3, no. 4. P. 127–139.
9. Life expectancy at birth. *Official website of OECD*. URL: <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm>
10. Light D. W. Universal health care: lessons from the British experience. *American Journal of Public Health*. Washington, 2003. Vol. 93, no. 1. P. 25–30.
11. Wallace L. S. A View Of Health Care Around The World. *The Annals of Family Medicine*. Leawood, 2013. Vol. 11, no. 1. P. 84.
12. What do you need to know about the healthcare reform in Ukraine? *Ukraine Crisis Media Center*. 2017. Sep. 11. URL: <http://uacrisis.org/60230-need-know-healthcare-reform-ukraine>

REFERENCES

1. Voronina, O. O. (2019). Vprovadzhennia Beveridzhskoi modeli finansuvannia okhorony zdorovia: perspektyvy ta zahrozy dlia Ukrainy [Implementation of the Beveridge model of healthcare financing: prospects and threats for Ukraine]. *Proceedings of Cherkasy state technological university. Series: Economic sciences*, no. 52, pp. 80–86.

2. Zvitnist [Accounting]. (2019). Ofitsiinyi sait Derzhavnoi kaznacheiskoi sluzhby Ukrainy [Official website of The State Treasury Service of Ukraine]. URL: <https://www.treasury.gov.ua/ua/file-storage/vikonannya-derzhavnogo-byudzhetu>
3. Onyshko, S. V., & Shevchuk, Y. V. (2019). Osoblyvosti funktsionuvannia modelei finansuvannia medychnoho strakhuvannia [Functioning specifics of medical insurance financial support models]. *Economic Herald. Series: finance, accounting, taxation*, no. 3, pp. 171–179.
4. Statystychna Informatsiia [Statistical information]. (2019). Ofitsiinyi sait Derzhavnoi sluzhby statystyky Ukrainy [Official website of The State Statistic Service of Ukraine]. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
5. Chung, M. (2017, December 2). Health care reform: learning from other major health care systems. *Princeton Public Health Review*. URL: <https://pphr.princeton.edu/2017/12/02/unhealthy-health-care-a-cursory-overview-of-major-health-care-systems/>
6. Daw, J. (2019, February 20). A better path to universal health care. *The New York Times*. URL: <https://www.nytimes.com/2019/02/20/opinion/health-care-germany.html>
7. Jakovljevic, M., Camilleri, C., Rancic, N., Grima, S., Jurisevic, M., Grech, K., & Buttigieg, S. C. (2018, August 6). Cold War Legacy in Public and Private Health Spending in Europe. *Frontiers in Public Health*, vol. 6, article 215, pp. 1–11.
8. Kulesher, R., & Forrestal, E. (2014). International models of health systems financing. *Journal of Hospital Administration*, vol. 3, no. 4, pp. 127–139.
9. Life expectancy at birth. (2019). *Official website of OECD*. URL: <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm>
10. Light, D. W. (2003). Universal health care: lessons from the British experience. *American Journal of Public Health*, vol. 93, no. 1, p. 25–30.
11. Wallace, L. S. (2013). A View Of Health Care Around The World. *The Annals of Family Medicine*, vol. 11, no. 1, p. 84.
12. *Ukraine Crisis Media Center*. (2017, September 11). What do you need to know about the healthcare reform in Ukraine? URL: <http://uacrisis.org/60230-need-know-healthcare-reform-ukraine>

Olha Lisovska, postgraduate student, University of State Fiscal Service of Ukraine
Theoretical basics of financial models for the health care system

One of the priorities of the state policy is to protect the health of its citizens. The right to health protection of Ukrainians is regulated by the Constitution of Ukraine and the European Social Charter. But in practice, the right to free medicine is not realized. This can be explained by the fact that the model of financing the health care system, which has remained since the Soviet times, has ceased to be effective. To build a new domestic health care system, it is necessary to take into account the world experience in order to avoid mistakes and adopt positive moments that can be adapted to Ukrainian realities. Purpose. The purpose of the article is to study main models of financing the health care system and identify useful experience that can be used for the development of the health care system in Ukraine. Methods. The article uses the following scientific methods: analysis and synthesis – to examine the main models of financing the health care system and find out which countries have the characteristics of this model; comparison – to determine the effectiveness of models of financing the health care system using the indicator of life expectancy; generalization – to summarize the results of the study. Results. The article examines the main models of financing the health care system, namely the models: Bismarck,

Beveridge, Semashko, private, national, «out-of-pocket». It is found out which countries have the characteristics of these models. It is determined, on the basis of life expectancy comparison in different countries, that the functioning of the Soviet model in Ukraine is inefficient. It is established that within the framework of the initiated health reform there is a transition to the model of health insurance, which is close to the Beveridge Model. Useful suggestions are given on the experience of the Beveridge Model in the UK, which can be taken into account in the period of health reforming in Ukraine. Conclusion. There is no perfect model in the world that can be applied in all countries. Each country builds its own health care system, which is based on one of the basic models but has the characteristics of other models that are suitable for effective functioning, taking into account the historical, cultural, economic, political and other differences of a particular country.

Key words: market for health insurance services, health insurance, health care, health care system, health care models, health reform.

Стаття надійшла до редакції 17 січня 2020 року