

УДК 336.027+[368.9.06:613/614](477)

**В. М. Олійник**, канд. фіз.-мат. наук,

Сумський державний університет;

**В. С. Лисенко**, аспірантка

ДВНЗ "Українська академія банківської справи НБУ"

## НОВІ ВЕКТОРИ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

*У статті визначено основні диспропорції функціонування української системи охорони здоров'я, пов'язані з недостатністю її фінансування. Проаналізовано наявні 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 і суспільних процесів у 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 була за часів СРСР. Тривалість життя українців зменшується, тоді як смертність від ряду захворювань, яких можна було б уникнути завдяки систематичним превентивним заходам і сучасній діагностиці (новоутворення, хвороби системи кровообігу тощо), зростає [3]. Так, очікувана тривалість життя українців при народженні становить 71 рік [8], тоді як в Австрії, Фінляндії, Франції, Німеччині, Швейцарії та ряді інших країн цей 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 і 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 в організації фінансування системи охорони здоров'я в Україні.

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

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

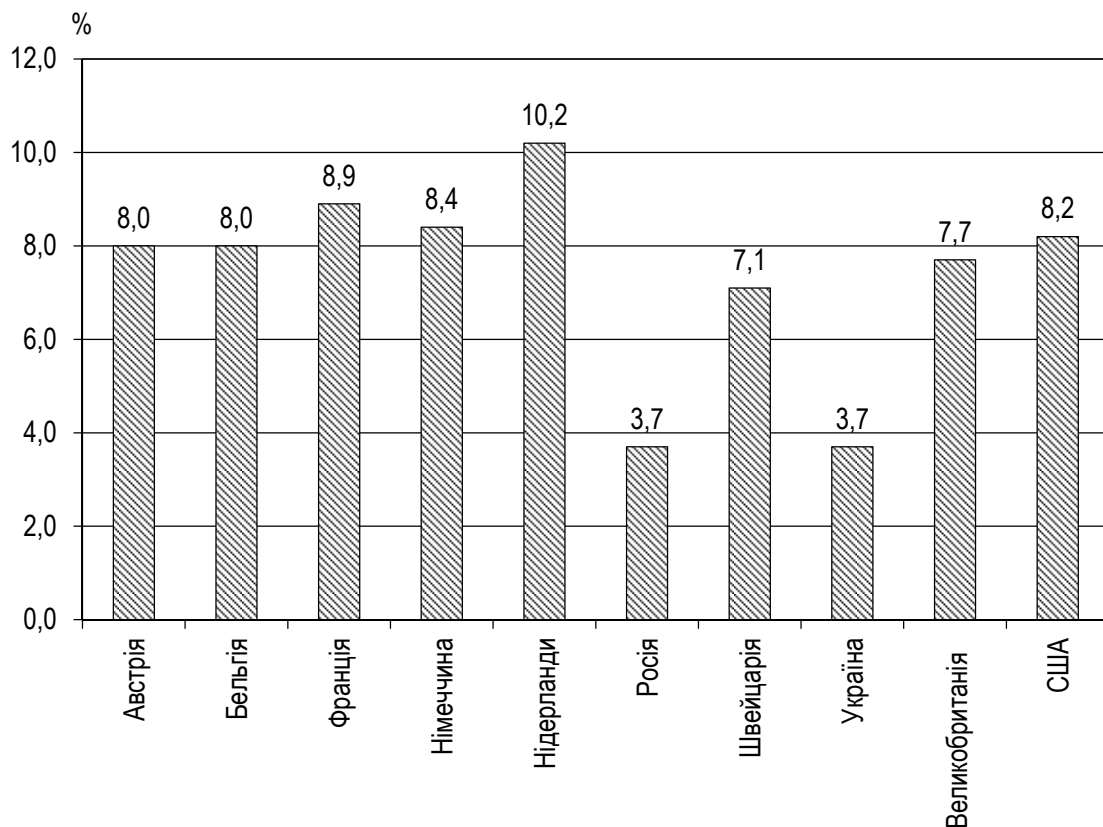


**Рисунок 1 – Суть моделі системи охорони здоров'я Семашка [4]**

Модель Семашка базувалася на централізованому управлінні медичною системою в країні, державному фінансуванні галузі, безоплатності медичних послуг, багатoproфільності медичних закладів тощо. Так, у державі було створено новий контролюючий орган – Наркомат охорони здоров'я, якому підпорядковувались усі заклади охорони здоров'я в СРСР. Було визначено чітку ієрархію медичних закладів, що дозволяло рівномірно й ефективно розподіляти хворих у системі. Окрім цього, система володіла значними ресурсами у вигляді місць

у лікарнях і великою кількістю лікарів (зазвичай в 1,5–2 рази вищою, ніж у Франції, США та Німеччині за той самий період).

Система охорони здоров'я, створена Семашком, допомогла подолати ряд хронічних та інфекційних хвороб, які мало радянське населення; упродовж функціонування система не раз доводила свою ефективність. Водночас державне фінансування охорони здоров'я обходило Радянському Союзу в 6–6,5 % ВВП, що вдвічі перевищує сьгоднішні українські та російські показники (рис. 2). Після розпаду Радянського Союзу через зменшення доходної частини бюджетів можливість фінансування наявної в колишніх союзних республіках системи охорони здоров'я практично зникла.



**Рисунок 2 – Частка державних витрат на охорону здоров'я у ВВП в зарубіжних країнах, 2011 р., % [7]**

В економічній літературі саме показник частки медичних витрат держави у ВВП вважається показовим і статистично значущим; його прямо пов'язують з ефективністю функціонування системи охорони здоров'я в країні. Саме за рахунок цих видатків здійснюється утримання державних лікувально-профілактичних установ (комунальні платежі та зарплата персоналу). Окрім цього здійснюється закупівля

медикаментів, фінансується харчування хворих (для стаціонарів), придбання та ремонт медичного обладнання, капітальний ремонт і утримання закладів. Як видно з рисунка 2, в окремих країнах цей показник досягає 10 %, причому держава там не є єдиним (і основним) джерелом фінансування медичної галузі.

На сьогодні 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 з них (частково чи повністю) в Україні. Основною відмінністю цих моделей є роль держави та страхового ринку в них.

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

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

У моделі Бісмарка значну роль відіграє наявність у державі обов'язкового медичного страхування. Держава законодавчим шляхом зобов'язує роботодавців брати 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 працівників; у Франції ці відрахування становлять 12,8 % видатків на заробітну плату, а в Німеччині такий показник варіюється в межах 4,75–7,5 % залежно 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 цією системою організована система охорони здоров'я Німеччини, Австрії, Бельгії, Франції, Нідерландів, Швейцарії тощо [1].

Не підпадає під жодну з зазначених моделей охорони здоров'я модель, яка наразі функціонує у США. Вона є виключно приватно-страховою. У 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 Medicaid.

Доцільно також зупинитися на ролі добровільного медичного страхування (ДМС) в рамках зазначених моделей Беверіджа та Бісмарка. Досвід європейських країн свідчить про те, що цей вид страхування може певною мірою забезпечувати фінансування охорони здоров'я, особливо це актуально для країн із хронічним недофінансуванням медичної галузі (наприклад, Україна). Так, у рамках моделі Беверіджа роль добровільного медичного страхування незначна (наприклад, у Великобританії поліси ДМС мають близько 11 % населення [6]), здебільшого люди бажають покращити опції охорони здоров'я, гарантовані державою. У моделі Бісмарка існують більші можливості для ДМС, адже населення з більш високими доходами апріорі готове платити більше задля отримання медичної допомоги вищої якості, розширення спектра послуг, які покриваються медичною страховкою, отримання права вибору лікаря, окремої палати тощо. Саме тому європейський ринок ДМС є досить розвинутим.

Сьогодні 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, ніж чоловіки, проте нами було відмічено, що в країнах з нерозвиненими системами охорони здоров'я різниця між середньою тривалістю життя жінок і чоловіків є значно більшою, ніж у провідних європейських державах (наприклад, в Україні цей показник становить 9 років). За даними ВОЗ, імовірність померти у віці від 15 до 60 років в країнах з ефективними медичними системами в середньому дорівнює 65–75 осіб на 1 000 (для порівняння: в Україні цей 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 такі: державний і місцевий бюджети, благодійні внески юридичних і фізичних осіб, гонорари медичним працівникам та фонди добровільного медичного страхування, яке в нашій країні лише розвивається. На жаль, однією з 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 у 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 і кінцевими результатами їх роботи. Парадоксально, але на сьогодні головними показниками роботи лікарні є, як і в СРСР, зайнятість ліжка, а поліклініки оцінюються за кількістю відвідувань, що не зацікавляє систему в лікуванні хронічних хвороб.

Західні фахівці давно говорять про потребу в превентивних заходах, 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 не лише участь держави у фінансуванні медичної галузі (згідно з Конституцією 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, у процесі реорганізації медичної системи України необхідно поступово збільшувати роль платної страхової медицини, адже цей ринок за умови його адекватного державного регулювання може не тільки бути джерелом фінансування системи охорони здоров'я понад державних гарантій, але і відігравати 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 стверджувати про слабкий 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, повинно бути збільшення тривалості життя українців і зменшення хронічних хвороб за рахунок проведення профілактичних заходів, фінансування яких може проводитись із залученням страхових компаній.

### *Список літератури*

1. Баева О. В. Менеджмент в области здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа : [http://uchebnikonline.ru/medecina/menedzhment\\_u\\_galuzi\\_ohoroni\\_zdorovya\\_-\\_bayeva\\_ov/peredmovaya\\_menedzhment\\_u\\_galuzi\\_ohoroni\\_zdorovya.htm](http://uchebnikonline.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] / [А. Гук, В. Галайда та ін.]. – Режим доступу : [http://eeas.europa.eu/delegations/ukraine/documents/virtual\\_library/14\\_reviewbook\\_uk.pdf](http://eeas.europa.eu/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_uk.pdf). – Назва з екрана.

3. Захворюваність населення [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua/>. – Назва з екрана.
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](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](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/privatemedical-insurance.pdf>. – Title from the screen.

Отримано 29.01.2014

### *Summary*

In the paper the basic disparities of the Ukrainian health care system functioning caused by lack of financing are determined. The existing health care financing schemes are analyzed. Recommendations for the development of health insurance in the country are developed.