

Фінансово-економічне регулювання

Дем'янишин В.Г.,
доктор економічних наук,
професор кафедри фінансів
Тернопільського національного
економічного університету

Сіташ Т.Д.,
викладач кафедри фінансів і кредиту
Вінницького інституту економіки
Тернопільського національного
економічного університету

МОДЕЛЬ СИСТЕМИ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ Й АЛЬТЕРНАТИВИ

Здійснено оцінку й охарактеризовано рівень розвитку медичної галузі в Україні. Проаналізовано сучасні тенденції реформування різних систем охорони здоров'я й обґрунтовано концептуальні підходи до побудови оптимальної моделі системи фінансування охорони здоров'я згідно з вимогами ринкової економіки.

Estimation is carried out and the indexes for the development of the system of health protection in Ukraine are described. The modern tendencies of reformation of the system of health protection and grounded conceptual approaches to the construction of an optimum model of the system of health protection are analyzed in accordance with the requirements of market economy.

Ключові слова: охорона здоров'я, джерела фінансування охорони здоров'я, модель фінансування охорони здоров'я, страхова медицина.

За умов соціально-економічних перетворень в Україні великої уваги заслуговує система охорони здоров'я, яка потребує радикальних змін і нових наукових підходів до розв'язання існуючих проблем організації діяльності, фінансування, ефективної роботи і прийняття обґрунтованих рішень. Неприятлива ситуація потребує здійснення заходів щодо вибору механізмів, диверсифікації та оптимізації джерел фінансування цієї галузі з метою поліпшення якості надання лікувально-профілактичної допомоги, забезпечення її доступності для соціально незахищених верств населення. У зв'язку з цим надзвичайно актуальними є проблеми щодо вдосконалення науково-методичних засад формування оптимальної моделі функціонування системи охорони здоров'я.

Дослідженню теоретичних і практичних аспектів щодо оптимізації моделі фінансування охорони здоров'я як складової соціально-економічної системи країни присвячено наукові праці багатьох учених-економістів і практиків. Серед них такі відомі вчені, як О.І. Амоша, В.Ф. Беседін, О.Д. Васирик, В.М. Геєць, Ю.Н. Гладкий, Б.М. Данилишин, М.І. Долішній, Е.М. Лібанова, В.К. Мамутов, В.Ф. Москаленко, В.М. Степанов, Д.М. Стеченко, О.С. Чмир та ін. Важливе значення у вітчизняній і зарубіжній літературі приділяється питанням щодо організації управління, фінансового забезпечення системи охорони здоров'я та їх

© Дем'янишин В.Г., Сіташ Т.Д., 2011

Фінансово-економічне регулювання

реформування. Цю тему висвітлено у працях А.І. Вялкова, З.С. Гладуна, В.В. Загороднього, Ф.Н. Кадирова, В.І. Куценко, Г.І. Трілленберг, Я.Ф. Радиша, У.Я. Садової, М.М. Шутова, І.М. Шеймана, С.І. Юрія та ін. Разом із тим, ураховуючи наукову і практичну цінність опублікованих праць, основні концептуальні засади й альтернативи щодо вдосконалення системи фінансування охорони здоров'я в Україні залишаються дискусійними. Зазначене обумовило мету й вибір дослідження цієї проблематики.

На сучасному етапі держава має приділяти значну увагу розвитку соціальної сфери, включаючи охорону здоров'я. Забезпечення сталого й достатнього за обсягами фінансування є запорукою нормального функціонування медичної галузі в будь-якій країні. Проте, як показує світовий досвід, існуюча в тій або іншій країні модель системи охорони здоров'я більшою чи меншою мірою стикається з проблемою дефіциту фінансових ресурсів: коштів на забезпечення надання всіх без винятку медичних послуг усім громадянам ніколи не вистачає.

Потрібно зауважити, що залежно від соціально-економічної політики з урахуванням своїх конституційних функцій кожна держава формує власну модель фінансового забезпечення охорони здоров'я. Відповідно до цих моделей у світовій практиці основними джерелами фінансування медичної галузі є:

- бюджетні кошти;
- внески на обов'язкове й медичне страхування;
- власні кошти юридичних і фізичних осіб, що надходять у вигляді благодійних внесків, плати за надані послуги тощо.

Бюджетне фінансування використовується всіма країнами світу і є найпоширенішим поряд з іншими джерелами фінансування. Страхіві платежі і приватні кошти, у свою чергу, хоч і є цільовими й забезпечують гарантоване спрямування коштів на охорону здоров'я, водночас пов'язані з рівнем розвитку держави, платоспроможністю фізичних і юридичних осіб тощо.

У світі існують різні моделі систем фінансування охорони здоров'я, які різняться цілями, цінностями, принципами і співвідношенням окремих елементів цих категорій. На нашу думку, тип моделі визначається також суспільним устроєм, політичним і соціально-економічним становищем, традиціями, культурою, а також іншими чинниками, включаючи специфічну для кожної країни систему спеціальних компенсаторів. Зауважимо, що модель фінансового забезпечення системи охорони здоров'я визначається переважанням одного із джерел фінансових ресурсів. Отже, виходячи зі світового й вітчизняного досвіду організації фінансування медичної галузі, науковці і практики виділяють три основні моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я: страхову, бюджетну і приватну.

Страхова модель, або модель Бісмарка (німецький державний діяч О. Бісмарк (1815—1898), котрий уперше запровадив медичне обслуговування на страхових засадах), притаманна країнам із помірним рівнем централізації ВВП у бюджеті в межах 35—45 %. Така модель застосовується у Франції, Німеччині, Бельгії, Японії, Люксембурзі, Австрії, Нідерландах, Швейцарії, де переважають кошти юридичних і фізичних осіб за мінімальної участі держави.

Фінансово-економічне регулювання

Бюджетна (державна) модель застосовується у країнах із високим рівнем державної централізації ВВП, а саме 50—60 %. Це, зокрема, моделі Беверіджа та Семашка. Перша форма державної моделі характеризується переважанням бюджетних коштів за мінімального залучення коштів юридичних і фізичних осіб і притаманна Великобританії, Ірландії, країнам СНД, Греції, Данії, Португалії, Канаді, Норвегії, Італії, Швеції, Фінляндії; друга форма, за якої переважають бюджетні кошти й централізоване управління з боку держави, діяла у СРСР та перейшла у спадок Україні.

Приватна модель є результативною переважно для заможних груп населення й застосовується у країнах із незначним рівнем централізації ВВП — близько 25—30 % (наприклад, США), де переважають особисті кошти фізичних осіб¹.

Як бачимо, жодна з розглянутих моделей не функціонує самостійно, що свідчить про відсутність у них яскраво виражених переваг. За сучасних умов для досягнення високої якості медичного обслуговування потрібно відповідне фінансове забезпечення, тому економічні аспекти функціонування системи охорони здоров'я набувають особливого значення. В такій ситуації найважливішими показниками, що характеризують рівень економічного добробуту, є обсяг ВВП і його показник у розрахунку на одну особу населення, які впливають на обсяги витрат на охорону здоров'я. Збільшення рівня доходів громадян, поліпшення якості життя в багатьох країнах світу зумовлює підвищення попиту на якісну медичну допомогу, а впровадження нових вартісних технологій і ліків збільшує потребу у фінансових ресурсах, що спричиняє пошук додаткових джерел і альтернативних шляхів фінансування галузі.

Що стосується практики, то в окремих країнах такі процеси мають різну інтенсивність, а певні зміни — різну спрямованість. Відмінності зародилися протягом 1960—1970 рр., досягши найбільшого прояву на межі III тисячоліття. На той час у галузі ще домінував профілактичний напрям і радянська система, як відомо, за багатьма критеріями ВООЗ вважалася однією з найефективніших. Згодом, починаючи приблизно з 1975 р., спостерігалось зниження рівня фінансового забезпечення медичної галузі в республіках колишнього Радянського Союзу і, навпаки, інтенсивне зростання його в більшості розвинених європейських країн, а також США, Канаді тощо. При цьому практично в усіх країнах світу приріст загального обсягу видатків на охорону здоров'я на одну особу населення перевищував приріст ВВП.

Очевидно, що можливими механізмами розв'язання проблем і усунення недоречностей є перерозподіл фінансових ресурсів, підвищення податків і внесків у рамках системи соціального страхування, регулювання попиту на медичні послуги і пропозиції медичних послуг, пошук альтернативних джерел. Відтак “бідні” країни здійснюють пошук ресурсів, яких катастрофічно не вистачає на найнеобхідніше, а “багаті” — на впровадження нових технологій, довготривале лікування й медико-соціальну допомогу. Такі процеси зумовили необхідність

¹ Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения / Josep Figueras, Martin McKee, Suszy Lessof, Antonio Duran, Nata Menabde. — Всемирная организация здравоохранения, 2008.

Фінансово-економічне регулювання

здійснення реформ систем охорони здоров'я. Актуальність цієї проблеми особливо зросла після проведення у 2000 р. Саміту тисячоліття ООН, де було прийнято Декларацію тисячоліття ООН у сфері розвитку, та Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я, присвяченої поліпшенню діяльності систем охорони здоров'я. За підсумками заходів було зроблено висновок про те, що змістом реформ має стати планування довготривалих змін, які стосуються різноманітних заходів із відмінностями між їхніми складовими, залежно від особливостей систем.

Нова концепція ВООЗ щодо якості системи охорони здоров'я відображає перехід від моделі, орієнтованої на хворобу, до “холістичного” (цілісного) підходу і передбачає заходи, спрямовані на:

- модернізацію організації обслуговування (стандарты/протоколи, акредитація);
- фінансування (бюджетування, системи оплати);
- технічні характеристики (зовнішні системи забезпечення якості);
- клінічне навчання (навчальні програми, ліцензування, сертифікація, задоволеність лікарів і пацієнтів);
- безпеку пацієнтів (законодавство, інспекції, управління ризиками) і показників у системі якості (індикатори, бази даних, інструменти, докази)².

Процеси й результати проведення реформ систем охорони здоров'я свідчать про можливість вибору одного з двох можливих шляхів удосконалення існуючої моделі або перехід до принципово іншої. Світовий і європейський досвід переконує в тому, що жодна система охорони здоров'я не може розраховувати виключно на єдине джерело фінансування. Формула дохідної частини такої системи передбачає балансування між державним або суспільним і приватним джерелами й обсягами фінансування. Що стосується вітчизняної медичної галузі, то вона фінансується переважно за рахунок коштів державного й місцевих бюджетів, згідно з нормами ст. 49 Конституції України³, в якій закріплено право кожної людини на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, що забезпечується державним фінансуванням.

За даними вітчизняних і міжнародних експертів, головною проблемою української системи охорони здоров'я є невідповідність досі діючої у країні радянської моделі охорони здоров'я (моделі Семашка), призначеної для функціонування в умовах планової економіки, сучасним реаліям. Більшість вітчизняних науковців вважають, що недоліки існуючої в Україні моделі охорони здоров'я насамперед проявляються у:

- недостатньому фінансуванні галузі, що спричиняє значні особисті витрати громадян на оплату медичних послуг;
- неможливості ефективного управління обмеженими ресурсами в умовах системи постатейного фінансування громадських лікувально-профілактичних закладів;

² Руководство по разработке стратегий обеспечения качества и безопасности с позиции систем здравоохранения. — Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, 2008. — 86 с.

³ Конституція України: Закон України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР // ВВР. — 1996. — № 30.

Фінансово-економічне регулювання

— неефективності структури системи охорони здоров'я, що призводить до деформованості структури медичних послуг і неефективності використання наявних ресурсів галузі;

— відсутності визначеного законодавством і нормативно-правовими актами чіткого переліку видів медичної допомоги, яка має надаватися в державних і комунальних закладах охорони здоров'я безкоштовно на кожному рівні надання медичної допомоги;

— недостатності обсягів фінансування з громадських джерел, що призводить до порушення принципів справедливості й солідарності;

— фінансуванні лікувально-профілактичних закладів різних рівнів із бюджетів різних рівнів, що додатково ускладнює координацію надання допомоги;

— відсутності зв'язків між фінансуванням державних і комунальних закладів охорони здоров'я й кінцевими результатами їх роботи⁴.

Перелічені проблеми пов'язані з комплексом причин, головною з яких є недосконала нормативно-правова база. Так, у згаданій вище ст. 49 Конституції, на жаль, не враховано сучасних реалій економічного й суспільного життя країни. Зокрема, надміру розгалужена мережа закладів охорони здоров'я з великою кількістю дублюючих структур потребує реструктуризації та оптимізації. В Україні, як і більшості країн колишнього Радянського Союзу, знаходять підтвердження так звані закони Рьомера і Банкера, а саме: “Створене лікарняне ліжко ніколи не залишиться незайнятим” і “Збільшення числа хірургів і зростання вартості хірургічних процедур призводять до збільшення числа хірургічних операцій”. До того ж існують структурні й кадрові диспропорції галузі, пов'язані з пріоритетністю лікарняного сектору над амбулаторним, надмірно вузькою спеціалізацією лікарів при недостатньому розвитку інституту загальної практики тощо.

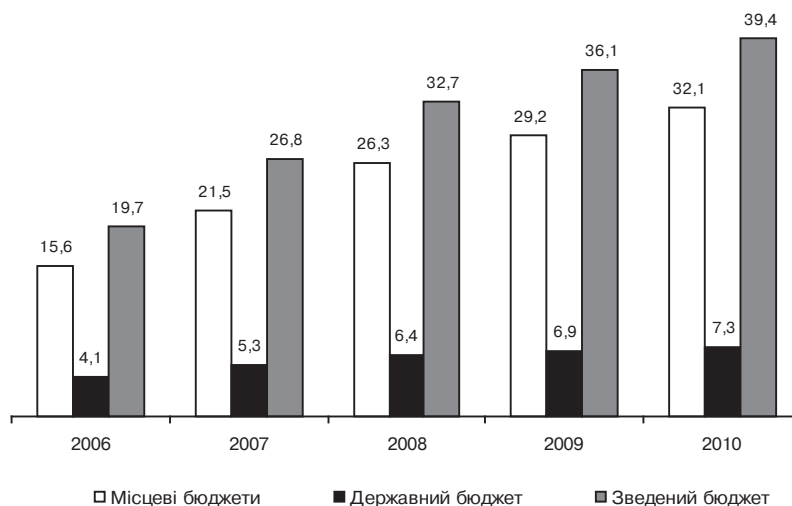
Підтвердженням цього є той факт, що за одним з інтегральних економічних показників фінансування галузі, який відображає ставлення держави до охорони здоров'я, зокрема за видатками на охорону здоров'я у відсотках від ВВП, Україна, за визначенням ВООЗ, піднялася над критичним показником (3 %) і утримує його на рівні 3,5—3,6 %. Водночас у реальних обсягах фінансування — це доволі незначна сума, що є непорівнянною з аналогічними показниками в інших країнах. Наприклад, чисельність населення США в 6,5 раза перевищує чисельність населення України, а 1 % ВВП США перевищує 5 % ВВП України у 24,8 раза. І навіть якщо наша держава досягне показника видатків на охорону здоров'я на рівні 5 % ВВП, це не означатиме абсолютну забезпеченість необхідним обсягом фінансових ресурсів для успішного функціонування галузі.

Вагомішим показником є фактичні видатки на охорону здоров'я в розрахунку на одну особу населення. Наприклад, при існуючих моделі і структурі, щоб мати кошти на охорону здоров'я в розрахунку на одну особу в сумі 1500 грн,

⁴ Ливак П.Е. Правовые, финансово-экономические и социальные проблемы здравоохранения Украины и возможные пути их решения // Новости медицины и фармации. — 2008. — № 3.

Фінансово-економічне регулювання

галузь повинна отримувати щорічно 68,22 млрд грн, а в сумі 2500 грн — 113 млрд грн⁵. Обсяги видатків на медичну галузь місцевих бюджетів у 2006—2010 рр. зросли з 15,6 млрд грн до 32,1 млрд, або у 2,5 раза, державного бюджету — з 4,1 млрд грн до 7,3 млрд, або у 1,7 раза (рис. 1).



Джерело: розраховано й побудовано на основі даних Міністерства охорони здоров'я України (<http://www.moz.gov.ua>; <http://medprof.org.ua>).

Рис. 1. Динаміка змін фінансування видатків на охорону здоров'я в Україні за 2006—2010 рр., млрд грн

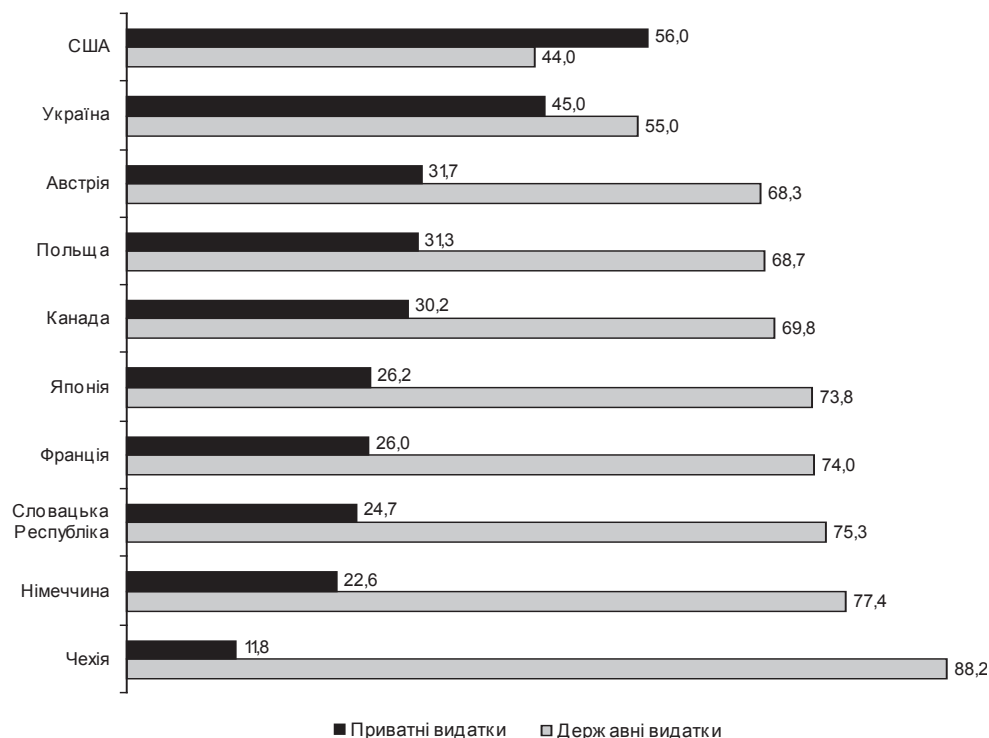
З огляду на викладене можна відзначити, що видатки на охорону здоров'я характеризуються нестабільною динамікою. Незважаючи на щорічне збільшення номінальних обсягів видатків, їхня економічна й функціональна структури залишаються майже без змін, що свідчить про відсутність стратегічних підходів до перспективних цілей й ручне управління фінансуванням галузі. Цей показник залишається у 2—3 рази нижчим, ніж у європейських країнах: у Європейському регіоні відповідні видатки становлять приблизно 7,7 %, у країнах—членах ЄС — 8,7 % (згідно з рекомендаціями ВООЗ для забезпечення ефективної і кваліфікованої медичної допомоги державні видатки на охорону здоров'я мають становити 7—10 % ВВП).

Звернімо увагу й на той факт, що для організації та розвитку галузі охорони здоров'я велике значення має приватне фінансування, основою якого є кошти фізичних і юридичних осіб, а саме внески в лікарняні каси, на придбання полісів медичного страхування, оплата населенням наданих медичних послуг, придбання лікарських засобів і виробів медичного призначення. В Україні приватне

⁵ Системы здравоохранения: улучшение деятельности: Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. — Женева: ВОЗ, 2000. — 232 с.; Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы: Пер. с англ. / Ред. Э. Моссилиас, А. Диксон, Ж. Фигерас, Д. Кутцин. — М.: Изд-во "Весь мир", 2008. — 352 с.

Фінансово-економічне регулювання

фінансування становить 45 %, що перевищує відповідний показник європейських держав, Японії, Канади й наближається до частки такого фінансування у США — країні із приватною моделлю фінансового забезпечення охорони здоров'я (рис. 2).



Джерело: розраховано й побудовано на основі даних Міністерства охорони здоров'я України (<http://www.moz.gov.ua>; <http://www.icps.com.ua>)

Рис. 2. Порівняльна динаміка державних і приватних витратів на охорону здоров'я, %

Ураховуючи викладене, є підстави стверджувати, що бюджетна модель, яка дісталася Україні у спадок від існуючої у СРСР моделі Семашка, трансформується в систему, де поєднуються суспільні і приватні джерела фінансування. Отже, постає об'єктивна потреба в розробці наукових шляхів перебудови медичної галузі на засадах не лише збільшення фінансування існуючої моделі, а насамперед побудови нової ефективної оптимальної моделі системи охорони здоров'я, здатної результативно працювати в сучасних умовах і реально можливих параметрах фінансування.

Сьогодні тривають дискусії щодо засад організації й фінансування охорони здоров'я, розглядаються оптимальні варіанти, і в основному пріоритет надається медичному страхуванню. За різних умов причиною й перевагою запровадження медичного страхування в багатьох країнах світу є його цільові внески, що використовуються для оплати медичного обслуговування і є додатковим джерелом залучення коштів у сферу охорони здоров'я.

Фінансово-економічне регулювання

Потрібно зауважити, що останніми роками в Україні було проведено низку реформ у сфері охорони здоров'я. Утім, вони характеризувалися відсутністю чітких цілей, низькими темпами реалізації, а також непослідовністю й суперечністю дій. Ця думка ґрунтується на результатах аналізу зарубіжного досвіду щодо організації медичного страхування в нашій країні, адже від його запровадження не отримано бажаного ефекту через існування таких обставин, як:

- відсутність належної законодавчої бази й відповідних механізмів для запровадження медичного страхування;
- неможливість збільшення видатків на охорону здоров'я через недостатній рівень економічного розвитку;
- переважання неформального сектору економіки над формальним і великі масштаби неофіційних розрахунків за медичні послуги;
- неготовність інфраструктури системи охорони здоров'я надавати медичні послуги на якісно новому рівні⁶.

У зв'язку з цим зауважимо, що в Україні реформування системи охорони здоров'я відбувається досить повільно внаслідок комплексу причин, притаманних й іншим державам. Як і в багатьох країнах Європейського регіону ВООЗ, невисока ефективність реформ у медичній галузі значною мірою зумовлена економічними чинниками, включаючи зміну принципів розвитку і кризові явища; соціальними, зокрема, деформацією цінностей, неготовністю суспільства; галузевими, корпоративними й іншими чинниками.

Визначення принципів оптимальної моделі охорони здоров'я потрібно здійснити на основі поглибленого аналізу існуючих відносин, зв'язків між її суб'єктами і складовими, домінуючими імперативами. Цілком очевидно, що запровадження обов'язкового соціального медичного страхування дасть змогу використовувати медико-економічні стандарти при взаємодії страхових організацій і медичних закладів, окремих провайдерів послуг. Страхові організації, у свою чергу, забезпечать належний рівень контролю якості медичних послуг згідно зі стандартами, дотримання прав пацієнтів і медичного персоналу, а економічні та юридичні регуляторні механізми сприятимуть заохоченню провайдерів медичних послуг до поліпшення якості медичного обслуговування і створення конкурентного середовища.

Безумовно, оптимальна модель організації системи охорони здоров'я повинна враховувати широкі партнерські стосунки в суспільстві. Зацікавленими сторонами і партнерами мають стати органи виконавчої влади, роботодавці, страховики, клієнти, некомерційні й комерційні установи, асоціації та приватні особи, що надають медичні послуги, громадські організації, групи підтримки, засоби масової інформації, економічні структури різних рівнів. Обов'язковою умовою успішності функціонування моделі є доступність інформації про діяльність системи охорони здоров'я.

⁶ Вимоги до розробки стратегічного плану запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування в Україні: Посіб. / А. Драгомірістану, А. Малагардіс, В. Рудий, М. Мучник. — К., 2006. — 67 с. — (Сер. "Реформування системи охорони здоров'я в Україні: досвід проекту ЄС "Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні": У 12 кн. — Кн. 2).

Фінансово-економічне регулювання

Таким чином, у сучасних умовах зростаючих потреб населення в доступному та якісному медичному обслуговуванні перед системами охорони здоров'я різних країн постають завдання щодо вдосконалення структурно-функціональних моделей надання медичної допомоги. Слід наголосити, що процес реформування системи охорони здоров'я потребує не фрагментарних, а системних змін, включаючи відповідні конструкції та взаємозв'язки між суб'єктами галузі. До того ж він має здійснюватися за підтримки держави й керівництва галузі, розуміння суспільства і, звичайно, медичних працівників.

Умовою успішності й ефективності реформ є їхня спрямованість на медичну сферу, а не на споживачів медичної допомоги. При цьому передбачається посилення функцій держави із планування й регулювання при зменшенні контролюючих функцій. Реалізація реформ системи охорони здоров'я потребує розробки й затвердження відповідних концепцій, стратегій, програм, установлення державних гарантій, розвитку законодавства, а також планування ресурсів, мережі, діяльності й результатів.

Беручи до уваги сьогоденний рівень соціально-економічного розвитку суспільства, фінансові можливості держави, суб'єктів господарювання й абсолютної більшості громадян, вважаємо, що в Україні доцільно запровадити змішану модель фінансового забезпечення охорони здоров'я, яка б включала бюджетну, страхову і приватну складові. При цьому абсолютні обсяги бюджетних ресурсів потрібно не скорочувати, а постійно збільшувати. На початковому етапі реформування системи охорони здоров'я надзвичайно важливим є збереження й розвиток медичної галузі з бюджетним фінансуванням на рівні не менше 70—75 %, адже її ефективність великою мірою визначатиметься належним фінансовим забезпеченням, яке потребує асигнувань на охорону здоров'я відповідно до мінімально-оптимальних потреб та ефективного використання цих коштів.

За умов позитивної динаміки розвитку економіки і зростання доходів населення частка страхових і приватних джерел збільшуватиметься. Передусім доцільно вирішити питання реструктуризації галузі й формування єдиного медичного простору в широкому розумінні (мається на увазі відповідність мережі, кадрового забезпечення цілям, цінностям і завданням галузі, напряду реформ щодо відповідної території або громади).

Запровадження змішаної моделі фінансового забезпечення, підвищення ефективності менеджменту в поєднанні з розвитком медичної науки, на нашу думку, забезпечать поступові, еволюційні й водночас кардинальні зміни в системі охорони здоров'я, що сприятиме поліпшенню здоров'я населення й підвищенню соціально-економічної ефективності медичної галузі України.