

С. Г. Бойко

аспірант кафедри управління охороною суспільного здоров'я
Національної академії державного управління
при Президентіві України

ПОРІВНЯННЯ МОДЕЛЕЙ ФІНАНСОВО-ЕКОНОМІЧНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ТА КРАЇН ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ

Розглядаються тенденції та особливості розвитку системи охорони здоров'я України та країн Європейського Союзу в умовах реформування.

Ключові слова: державна політика, управління охороною здоров'я, бюджетна децентралізація, фінансово-економічні засади.

Постановка проблеми. Забезпечення якості при наданні медичної допомоги у більшості країн розглядається як основа державної політики в сфері охорони здоров'я. Питання фінансування охорони здоров'я посідає важливе місце в державній політиці різних країн.

Охорона здоров'я завжди потребує ресурсних вкладень, адже якість медичного обслуговування і стан здоров'я населення залежать від забезпеченості медичної галузі матеріально-технічними, трудовими, фінансовими ресурсами та від їх ефективного використання. Тому об'єктивною необхідністю є вироблення фінансових засад реформування охорони здоров'я. Це означає, що проблеми ресурсного забезпечення галузі охорони здоров'я завжди актуальні для держави, для всього суспільства та кожного громадянина.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Сучасні умови соціально-економічного розвитку України потребують належного аналізу фінансових відносин, фінансового механізму та фінансового забезпечення охорони здоров'я для здійснення ефективної політики держави у цій галузі.

Мета статті. Завданням дослідження є виявлення тенденцій та особливостей розвитку системи охорони здоров'я України та країн Європейського Союзу.

Виклад основного матеріалу. У більшості країн фундаментом державної політики в галузі охорони здоров'я є правова база, яка розроблена відповідно до міжнародних норм і стандартів, викладених у правових актах Організації Об'єднаних Націй, Ради Європи, Всесвітньої

організації охорони здоров'я, Міжнародної організації праці.

Так, у головному Законі України «Про охорону здоров'я» та інших актах законодавства про охорону здоров'я визнано, що основу державної політики охорони здоров'я формує Верховна Рада України шляхом закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, головних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення системи відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторів, затвердження переліку комплексних і цільових загальнодержавних програм охорони здоров'я.

Основними принципами охорони здоров'я в Україні є визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, дотримання прав і свобод людини і громадянина в галузі охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій.

Державна політика охорони здоров'я забезпечується бюджетними асигнуваннями в розмірі, що відповідає її науково обґрунтованим потребам, але не менше десяти відсотків національного доходу.

Члени Організації економічного співробітництва і розвитку (ОЕСР) при розробці стратегії фінансування та організації охорони здоров'я дотримуються трьох основних принципів: принцип забезпечення однакового доступу до медичного обслуговування для усіх громадян, заснованого на солідарній участі бідних та багатих, хворих та здорових, молодих та осіб похилого віку, незалежно від місця проживан-

ня; принцип високої якості медичної допомоги за оптимальних витрат; принцип макроекономічної ефективності: максимально допустима частка національних ресурсів, які мають бути спрямовані на задоволення потреб галузі охорони здоров'я.

Формування фінансової моделі управління охороною здоров'я відбувається відповідно до соціально-економічної політики, що проводиться в державі. Всі моделі організації управління охороною здоров'я, які зараз існують, відрізняються об'ємом державних гарантій, джерелом фінансування медичної допомоги, замовником послуг та його статусом, виконавцем (надавачем) медичних послуг та його статусом, характером взаємовідносин між замовником та надавачем медичних послуг; державним управлінням охороною здоров'я, схемою фінансування галузі охорони здоров'я.

Незважаючи на розмаїття конкретних форм організації управління охороною здоров'я, специфіку економічних відносин у цій галузі, можна виокремити кілька параметрів, що відображають її головні економічні характеристики: форма власності, способи фінансування, механізми стимулювання медичних працівників і механізми надання медичних послуг населенню.

У кожній країні формується та розвивається свій спосіб залучення економічних ресурсів для надання медичної допомоги, збереження та зміцнення здоров'я населення. Кількість та якість наданих суспільством ресурсів, ефективність їх використання в галузі охорони здоров'я визначається складною системою економічних, політичних, морально-етичних та інших відносин, що склалися в окремо взятій країні.

Наявність у тій або іншій країні відповідної системи охорони здоров'я визначається багатьма обставинами. Однак економічні моделі у системах охорони здоров'я в різних країн формуються за визначенням пріоритетності ролі та функції держави в цих процесах.

Виходячи з міжнародного досвіду організації охорони здоров'я, О. Баєва вважає, що можна виділити три основні економічні моделі галузі охорони здоров'я: платна медицина, сформована на ринкових принципах з використанням приватного медичного страхування; державна медицина, що фінансується з державного бюджету; система охорони здоров'я, що ґрунтується на засадах соціального страхування та регулювання ринку з багатоканальною системою фінансування [1, с. 128].

Спосіб фінансування галузі охорони здоров'я зумовлює й систему організації охорони здоров'я. Проте в кожній країні модель фінансування охорони здоров'я складалася протягом багатьох років і залежала від багатьох чинників. Насамперед це досвід розвитку систем охорони здоров'я та історичні особливості розвитку країни. Саме тому практично в кожній країні система фінансування галузі не існує в «чистому» вигляді, є мобільною, тобто розвивається й змінюється.

У країнах з розвинутим медичним обслуговуванням, незалежно від системи організації системи охорони здоров'я, існує жорсткий контроль за видатками на галузь, який формується за такими принципами, як замороження фінансування галузі на досягнутому рівні, тобто нульове зростання витрат; стабілізація витрат на охорону здоров'я у відсотковому відношенні до



Рис. 1. Моделі організації та фінансування галузі охорони здоров'я

національного доходу або до валового внутрішнього продукту; загальний темп зростання рівня витрат на рівні темпу інфляції в країні; темпи приросту обсягу витрат мають від'ємний знак; загальні витрати на охорону здоров'я підвищуються в обумовлених межах; обсяги витрат на охорону здоров'я пов'язуються з обсягом надходження податків або внесків до страхових фондів.

Принципи регулювання видатків на охорону здоров'я постійно модифікуються та удосконалюються в усіх країнах. Основні моделі організації охорони здоров'я, які зараз існують, представлені на рис. 1 [1, с. 129].

Незалежно від моделі фінансування та організації для країн з розвинутою системою охорони здоров'я характерні такі ознаки: фінансування з трьох основних джерел (відрахування з доходів підприємців, відрахування з державного бюджету та страхові внески населення); фінансування медичної допомоги робітникам, службовцям та членам їхніх родин здійснюється тільки за рахунок підприємства; вільний вибір застрахованими особами лікаря та лікувально-профілактичного закладу, що визначає розвиток конкурентних відносин та сприяє підвищенню якості медичної допомоги та збільшенню уваги до кожного пацієнта; розвинута система добровільного медичного страхування.

Країни з розвинутою системою охорони здоров'я спрямовують свою діяльність в організації охорони здоров'я в таких напрямках: забезпечення адекватності медичної допомоги та справедливості при забезпеченні доступу до таких послуг; захист доходів пацієнта; макроекономічна ефективність; мікроекономічна дієвість; свобода вибору для споживача медичних послуг; автономія для постачальника медичних послуг.

Усі перелічені на рис. 2.1 моделі охорони здоров'я побудовані або на солідарній ідеології, або на лібертарній. Останні роки характерні пошуком золотієї середини між обома ідеологіями. Кожна з них має свої привілеї.

В основу солідарної ідеології покладено принцип забезпечення однакового доступу до мінімального набору найбільш важливих медичних послуг, особливо в критичних для пацієнта станах. При цьому витрати на лікування не сплачує пацієнт, кошти надходять через податкову систему та загальний бюджет. Соціально незабезпечені пацієнти звільняються від оплати за медичну допомогу, проте мають вільний доступ

тільки до обґрунтовано необхідної, мінімальної медичної допомоги. Впроваджується принцип суспільної солідарності, коли багатий платить за бідного, а здоровий – за хворого [1, с. 130].

Лібертарна ідеологія розглядає медицину як будь-який інший товар. Людина, яка має більше коштів, може отримати більший перелік медичних послуг і одержати більш якісну медичну допомогу. Ця ідеологія відповідає умовам добровільного медичного страхування, коли застрахований отримує ту якість та той перелік медичних послуг, які лімітуються розміром його страхового полісу.

Еволюційний розвиток більшості національних європейських систем охорони здоров'я відбувається в напрямі послаблення державних функцій забезпечення медичного обслуговування, впровадження діяльності нових соціальних інститутів, які здійснюють організацію та управління споживанням медичної допомоги та медичних послуг [1, с. 129].

Модернізація національних систем охорони здоров'я має такі тенденції: уніфікація стандартів у галузі надання медичних послуг на міжнародному рівні; розвиток ринкових відносин у відношеннях між суб'єктами системи охорони здоров'я; вирішення специфічних національних проблем з урегулювання видатків на медичне обслуговування населення.

Для сучасної охорони здоров'я характерні процеси централізації та децентралізації. В країнах, у яких роль держави в організації охорони здоров'я була провідною, спостерігається тенденція до децентралізації державних функцій та їх делегування регіональним та муніципальним органам влади. Децентралізація вважається ефективним способом поліпшення медичного обслуговування, залучення широких верств населення у визначення пріоритетів.

У країнах зі слабкою роллю держави в охороні здоров'я, навпаки, відбувається посилення централізації. Зайва децентралізація призводить до дроблення, послаблення центральних органів управління охороною здоров'я, нераціонального та недостатньо професійного оснащення медичним обладнанням та лікарськими засобами, нерівності у споживанні медичної допомоги, політичних маніпуляцій з боку захищених регіонів та груп населення. Сучасні системи медичного страхування в Європі переважно децентралізовані [2, с. 146].

Тенденції розвитку моделей охорони здоров'я в XXI ст. вказують на особливу роль кон-

куренції в галузі. Оптимальна конкуренція приводить до ситуації, коли страховики додають максимум зусиль для надання кращої медичної допомоги за мінімальну ціну.

Однією з країн з найбільшими успіхами у сфері охорони здоров'я є Німеччина. Ця держава має розвинену систему, що була створена ще за часів Вільгельмівської імперії. На її характер вплинули як демократичні процеси, так і успіхи у розбудові ринкової економіки. Таким чином, модель охорони здоров'я Німеччини є не тільки виваженою й перевіреною часом, але й пристосованою до ринкової економіки, модель добре функціонує як одна з найкращих у світі й є для багатьох країн взірцем.

Відповідно до принципів соціального страхування, закладених ще в роки правління канцлера Отто Бісмарка, в основу зазначених законодавчих актів покладено принцип здоров'я – капітал, що збільшує ефективність громадської праці. Отже, в бісмарківській моделі здоров'я грає стосовно праці таку ж роль, як і капітал. Здоров'я збільшує ефективність праці, вартість з так званого людського капіталу. Сучасне медичне страхування Німеччини в цілому зберегло основні засади бісмарківської організації галузі.

Кожен застрахований і навіть члени його сім'ї мають можливість вибирати лікаря і реально отримувати необхідну медичну допомогу, включаючи амбулаторне і стаціонарне лікування, лікарські препарати тощо. Щомісячний страховий внесок становить в середньому 12,8% від фонду оплати праці. Цей внесок виплачується рівними частками людьми, які працюють, і роботодавцями. Страхові внески за пенсіонерів вносяться пенсійним страхуванням і самими пенсіонерами. Страхування безробітних здійснюється федеративним відомством працевлаштування.

У Німеччині бюджет охорони здоров'я формується так: 14,2% фінансових ресурсів поступають із державних джерел, 72,5% становлять внески підприємців, 6,9% з особистих ресурсів громадян, 6,4% складають кошти приватного страхування.

Враховуючи німецький суспільний устрій та високий рівень життя, слід відзначити, що в цій країні з федеративним устроєм багато компетенцій передано від центрального (федерального) уряду до земельних парламентів та комісій. Для більш ефективної системи охорони здоров'я в Німеччині ввели електронну картку,

що реєструє грошові операції, щоб грошові потоки стали прозорими для спостерігачів й перш за все застрахованих пацієнтів [3, с. 3–5].

Та модель охорони здоров'я, яка зараз існує в Німеччині, може ефективно функціонувати лише в країні з високим рівнем національного доходу.

У Великобританії використовується модель охорони здоров'я, затверджена у 1948 р. з ініціативи лорда Бевериджа. Суть цієї моделі полягає в тому, що бюджет Британської охорони здоров'я формується переважно з податкових надходжень. Джерела фінансування охорони здоров'я: 78% – субсидії держави, 10% – внески підприємців, 3,8% – страхові внески громадян, 8,2% – прямі доплати громадян. Основними перевагами цієї організації охорони здоров'я є державний характер фінансування охорони здоров'я; регулювання регіональних бюджетів охорони здоров'я шляхом перерозподілу фінансових ресурсів з регіонів з вищим рівнем життя у регіони з нижчим рівнем життя; невисокі (порівняно з іншими економічно розвинутими країнами) видатки на охорону здоров'я, які забезпечують високі показники стану здоров'я населення; диференційована система оплати праці лікарів загальної практики залежно від кількості і структури населення території [4; 5].

Проте ця система має і низку істотних недоліків, які в підсумку й зумовили реформу британської моделі охорони здоров'я.

Висновки і пропозиції. Отже, аналіз спеціальної наукової літератури дає змогу зробити висновок, що на сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я в усьому світі спостерігаються постійні процеси реформування, які полягають у поєднанні різних моделей охорони здоров'я. Сутність реформування має зводитися до децентралізації фінансування, управління охороною здоров'я, що надасть можливість зблизити рівні медичної допомоги до різних соціальних груп і різних регіонів країни.

Аналізуються такі основні фактори розвитку системи охорони здоров'я, як посилення її конкурентної спроможності забезпечення подальшої інтенсифікації розвитку; посилення її інтеграції у європейський та світовий медичний простір. Встановлені такі положення:

– у сучасних умовах розвитку економіки України проблеми фінансування регіонів загострюються: з одного боку, зменшується база

надходжень, а з іншого – значно зростають потреби в додаткових коштах;

– саме місцевим бюджетам як основній фінансовій базі органів місцевого самоврядування повинно належати особливе місце в бюджетній системі держави. Важлива роль відводиться місцевим бюджетам і у соціально-економічному розвитку території, адже саме з місцевих бюджетів здійснюється фінансування закладів освіти, культури, охорони здоров'я населення тощо;

– при вдосконаленні взаємодії бюджетів різних рівнів повинні враховуватися можливості і ресурси, інтереси її регіонів, реалізовуватися їх конкурентні переваги щодо формування місцевих бюджетів. Це буде сприяти соціально-економічному розвитку регіонів, підвищенню їх фінансової стійкості при забезпеченні інтересів національної економіки.

Сутність реформування має зводитися до децентралізації фінансування, управління охороною здоров'я, що дасть змогу зблизити рівні медичної допомоги до різних соціальних груп і різних регіонів країни.

У системі державного регулювання, крім традиційних заходів, з'явилися нові механізми, зорієнтовані на ринок та засновані на використанні відповідних стимулів.

Завдання сьогодення полягає в тому, щоб як позитивний, так і негативний досвід інших країн якомога ретельніше вивчити й помірковано та позитивно запровадити в Україні.

На наш погляд, необхідно запровадити моделі організації управління та фінансування галузі охорони здоров'я на принципах бюджетної децентралізації, а рух коштів повинен стати «прозорим».

Список використаної літератури:

1. Баєва О. Менеджмент у галузі охорони здоров'я : [навч. посібник] / О. Баєва. – К. : Центр учбової літератури, 2008. – 640 с.
2. Солоненко Н. Економіка охорони здоров'я : [навч. посіб.] / Н. Солоненко. – К. : Вид-во НАДУ, 2005. – 146 с.
3. Horton R. Der Pharma-Fall, in: heueka. Das Wissenschaftsmagazin im Falter, Heft [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.transparency.de/html/themen/Gesundheitsreform06_03.pdf; Richard.
4. Manor J. The Political Economy of Democratic Decentralization / J. Manor, USA : The International Bank for Reconstruction and Development, 1999. – 133 p.
5. Masgrave R.A. The Theory of Public Finance / R.A. Masgrave. – Hill Book Company, Inc., 1959. – 628 p.

Бойко С. Г. Сравнение моделей финансово-экономической организации здравоохранения Украины и стран Европейского Союза

Рассматриваются тенденции и особенности развития системы здравоохранения Украины и стран Европейского Союза в условиях реформирования.

Ключевые слова: государственная политика, управление здравоохранением, бюджетная децентрализация, финансово-экономические основы.

Boiko S. H. Comparison of models financial and economic health care of Ukraine and European Union countries

Consider tendencies and features of the health care system of Ukraine and the European Union in conditions of reform.

Key words: public policy, public health, fiscal decentralization, financial and economic principles.