
ФІНАНСИ. БАНКІВСЬКА СПРАВА

УДК 657.47 : 336.14 : 352

О. М. Клименко,
к.е.н., доцент**СВІТОВИЙ ДОСВІД ОРГАНІЗАЦІЇ ФІНАНСУВАННЯ
У СФЕРІ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ**

У статті проведено оцінку систем охорони здоров'я в Європейському регіоні та запропоновано найбільш перспективні з погляду можливого використання у вітчизняній практиці напрямки розвитку і удосконалення системи обов'язкового медичного страхування.

Ключові слова: сфера охорони здоров'я, моделі Бісмарка, Беверіджа, Семашка, медичне страхування, фінансування.

Е. М. Клименко,
к.э.н., доцент**МИРОВОЙ ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ФИНАНСИРОВАНИЯ
В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ**

В статье проведена оценка систем здравоохранения в Европейском регионе и предложены наиболее перспективные с точки зрения возможного использования в отечественной практике направления развития и усовершенствования системы обязательного медицинского страхования.

Ключевые слова: сфера охраны здоровья, модели Бисмарка, Бевериджа, Семашко, медицинское страхование, финансирование.

O. Klymenko**WORLD EXPERIENCE IN MEDICAL CARE FINANCING**

The article gives the evaluation of health protection systems in European region and suggests the most perspective (in the view of probable usage in home practice) directions of development and improvement of obligatory medical insurance system.

Key words: the sphere of health protection, the model of Bismarck, Beveridge, Semashko, medical insurance, financing.

Актуальність теми дослідження. Сфера охорони здоров'я населення в Україні розвивається в умовах внутрішніх соціально-економічних суперечностей. За роки незалежності галузь, як загалом і держава, потерпають від непослідовної соціально-економічної політики, несприятливого інвестиційного клімату, недосконалої податкової політики.

Сфера медичних послуг в Україні залишається надмірно регульованою з боку держави, а механізми ринку – незадіяними, принаймні офіційно. У той же час, вона потерпає від проблем неефективного функціонування ринку. За окремими оцінками, біля 1/3 ринкового обігу припадає на „тіньовий” сектор. Ці фінансові потоки обминають систему, чим значною мірою обмежують можливості уряду збільшувати асигнування на систему охорони здоров'я та контролювати її розвиток.

Постановка проблеми. Так званий „тіньовий” сектор в охороні здо-

ФІНАНСИ. БАНКІВСЬКА СПРАВА

ров'я також породжує певні небажані наслідки: зростає корупція серед частини медпрацівників, а найбідніші верстви населення взагалі не можуть отримувати належну медичну допомогу. За цих умов ринковий механізм руйнує систему охорони здоров'я як галузь, не сприяє розвитку медичних технологій, підвищенню якості медичних послуг. Державна ж система охорони здоров'я продовжує потерпати від хронічного браку коштів. Бюджетні асигнування на сьогодні покривають лише меншу частину її потреб, і ситуація постійно погіршується.

Як серед пацієнтів, так і серед лікарів, зростає невдоволення існуючим станом справ. З одного боку, не забезпечується конституційне право громадян на безоплатну медичну допомогу, з іншого боку, галузь охорони здоров'я зазнає негативного і не передбачуваного впливу ринкових коливань, що призводить до негативних наслідків.

Аналіз досліджень і публікацій. Згідно соціального опитування, якістю медичної допомоги задоволені лише 6 % опитуваних. Задоволені своєю працею лише 28,5 % лікарів. Робота лікарень була визнана задовільною тільки 52,1 відсотками опитуваних [7].

Постановка завдання. Структурна незбалансованість розвитку медико-індустріального комплексу України при переході до ринку визначається високим рівнем інфляції, різким порушенням господарських зв'язків, скороченням обсягів виробництва в масштабі всієї економіки. Внаслідок населенню складно придбати життєво важливі медикаменти, малодоступними є платні медичні й оздоровчі послуги.

Зростання обсягів коштів населення на медичні послуги та медикаменти не є свідченням зростання в Україні заможних верств населення та їх можливостей платити за медичне обслуговування. Втім, бюджетного фінансування не вистачає для нормальної взаємодії охорони здоров'я з іншими галузями, що працюють за законами ринку, тому необхідно удосконалювати їх фінансове забезпечення в умовах багатоканальної системи фінансування.

Виклад основного матеріалу. У сучасний період розвитку систем охорони здоров'я, як зазначає ВООЗ, в Європейському регіоні можна виділити п'ять категорій країн, згрупованих за принципом домінуючого законодавчо встановленого типу фінансування охорони здоров'я (табл. 1):

Таблиця 1

Країни Європейського регіону, згруповані за фактичним або передбачуваним принципом фінансування

Страхова система	Бюджетна система	Перехід від централізованого контролю до страхової системи (5)	
		Країни Центральної і Східної Європи	Країни СНД
1	2	3	4
Діючі (1)	Діючі (3)	Албанія	Азербайджан
Австрія	Данія	Боснія і Герцеговина	Білорусь
Бельгія	Фінляндія	Болгарія	Вірменія
Франція	Ісландія	Хорватія	Грузія

ФІНАНСИ. БАНКІВСЬКА СПРАВА*Продовження таблиці 1*

1	2	3	4
Федеративна Республіка Німеччина	Ірландія	Чеська республіка	Казахстан
	Норвегія	Естонія	Киргизстан
Люксембург	Швеція	Угорщина	Республіка Молдова
Нідерланди	Велика Британія	Латвія	Російська Федерація
Швейцарія		Литва	Таджикистан
На перехідному етапі (2)	На перехідному етапі (4)	Польща	Туркменістан
		Румунія	Україна
Східна частина Німеччини	Греція	Словаччина	Узбекистан
	Італія	Словенія	
	Іспанія		
Ізраїль	Португалія	Югославська республіка	
Туреччина		Македонія	

Джерело: [1, с.33].

1. Системи охорони здоров'я, засновані на моделі Бісмарка (де переважає соціальне медичне страхування) з уже сформованою системою фінансування;

2. Системи охорони здоров'я, засновані на моделі Бісмарка, що перебувають у перехідній стадії до бюджетного фінансування.

3. Системи охорони здоров'я, засновані на моделі Беверіджа, де переважають надходження із загального бюджету з уже сформованою системою фінансування.

4. Системи охорони здоров'я, у яких відносно недавно стало переважати бюджетне фінансування, що змінює страхове і, отже, вони також перебувають на перехідному етапі.

5. Системи охорони здоров'я, котрі історично засновані на моделі Семашка, тобто у них переважають надходження з централізованого загального бюджету, але планується або вже повністю здійснено перехід до страхового принципу.

У світовій практиці відокремлюється три базових моделі фінансування охорони здоров'я:

1. Державна модель охорони здоров'я, яка існує переважно (до 90%) за рахунок бюджетних коштів (Великобританія, Ірландія, Данія).

2. Бюджетно- страхова модель охорони здоров'я, яка діє за допомогою цільових внесків підприємців, громадян і субсидій держави з загальних чи спеціальних бюджетних надходжень. При цьому фінансування з позабюджетних фондів медичного страхування переважають у більшості розвинутих країн: Німеччина – 78 %, Італія – 87 %, Франція – 71 %, Швеція – 91 %, Японія - 73 %.

3. Комерційна система медичного страхування, яка базується на приватно-підприємницькій основі і функціонує за рахунок реалізації медичних послуг населенню (США, Ізраїль, Південна Корея, Нідерланди).

Розглянемо кожну модель детальніше. Вказані країни обрані для

ФІНАНСИ. БАНКІВСЬКА СПРАВА

огляду зарубіжних систем охорони здоров'я не випадково. Вони відзначаються високим рівнем розвитку медицини в умовах ринкових відносин, високим рівнем задоволення потреб населення в медичній допомозі, позитивними тенденціями з основних показників здоров'я населення.

У країнах з державною системою організації охорони здоров'я медичне обслуговування не є цілком безкоштовним для населення і припускає як додаткове джерело фінансування надходження коштів від населення.

Так, у Великій Британії пацієнти сплачують вартість ліків, окулярів, медичних засобів, половину послуг зубних лікарів, окремі послуги у лікарнях. Структура витрат на охорону здоров'я така [2, с. 630]: державні кошти – 85 %; кошти соціального страхування – 10 %; особисті кошти населення – 5 %.

Систему охорони здоров'я у Великій Британії можна характеризувати як переважно державну або, як її називають самі британці, національну. Вона базується 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 Великій Британії має три сектори: місцеві органи і заклади охорони здоров'я; по-залікарняна 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 стаціонарами і фахівцями амбулаторної ланки, розраховуючись з ними за надання 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 рамки 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 [2, с. 631].

В останні роки в країні поширилась групова практика - 5-6 лікарів за певним графіком ведуть спільний прийом, обслуговуючи 10-20 тисяч населення і забезпечуючи колегіальне консультування хворих. Оплата послуг лікарів загальної практики здійснюється залежно від числа прикріпленого населення з включенням у норматив фінансування частини витрат на інші види медичної допомоги. Норматив фінансування на одного громадянина,

ФІНАНСИ. БАНКІВСЬКА СПРАВА

що обслуговується, коригується залежно від статі, віку пацієнтів, низки інших факторів, що визначають потребу у медичній допомозі. 70 % від фактичних витрат на оренду приміщень і оплату допоміжного персоналу оплачується прямо замовником медичних послуг, а 30 % обсягу витрат лікар загальної практики оплачує за рахунок коштів, отриманих згідно з нормативами за пролікованих пацієнтів [3, с. 95].

У зв'язку із запровадженням у вітчизняну практику охорони здоров'я системи медичного страхування виникло багато проблем методичного й організаційного характеру. Відповіддю на багато питань може послужити багаторічний досвід європейських економічно розвинутих країн, таких як Франція, Німеччина, Скандинавські країни та країни Бенілюксу (Бельгія, Нідерланди, Люксембург), які мають одну особливість: переважною рисою їх систем охорони здоров'я є розвиток страхової медицини (системи медичного страхування).

Всі служби охорони здоров'я в європейських економічно розвинутих країнах поділяються на: державні; місцеві (муніципальні); приватні. Діяльність державних і місцевих служб охорони здоров'я координується і контролюється Міністерствами охорони здоров'я. Держава бере на себе такі функції у сфері охорони здоров'я: санітарну охорону кордонів; санітарно-протиепідемічну діяльність (на відміну від США, де відсутнє державне санітарне законодавство); контроль за діяльністю місцевих (муніципальних) служб.

Основні дані про загальні витрати на охорону здоров'я в окремих країнах Європи у відсотках до валового національного продукту та в доларах на одного громадянина наведено в таблиці 2.

Таблиця 2

Витрати на охорону здоров'я в окремих країнах Європи

Країна	Загальні витрати від валового національного продукту (%)	Витрати у розрахунку на одну людину в доларах з урахуванням купівельної спроможності національних валют
Швейцарія	9,9	2283
Франція	9,7	1835
Австрія	9,3	1777
Фінляндія	8,8	1363
Нідерланди	8,7	1531
Італія	8,6	1523
Норвегія	8,2	1592
Греція	7,5	1266
Велика Британія	7,1	1213
Люксембург	6,9	1933
Данія	6,8	1296

Джерело: [2, с. 628] та розраховано за даними Державного комітету статистики України: [5]

ФІНАНСИ. БАНКІВСЬКА СПРАВА

У більшості економічно розвинутих країн Північної та Західної Європи система страхової медицини передбачає три основних джерела оплати витрат на медичну допомогу [4, с. 66], а саме:

1. Відрахування із заробітної плати застрахованих: наприклад, у Франції - 6 % від заробітної плати; у Німеччині - 11,8 %; у Бельгії - 8,4 %; в Австрії - 10,1 %; у Франції і Нідерландах - 19 %;

2. Відрахування з державного бюджету: у Нідерландах - 10 %, у Німеччині - близько 20 %, у Скандинавських країнах - від 20 до 50 %;

3. Відрахування з прибутків підприємців - 50 % у Німеччині; біля 5 % усіх коштів на медичну допомогу в решті країн.

Питома вага застрахованого населення в цих країнах становить 60-80 %. При наявності трьох названих джерел фінансування існують певні специфічні риси системи медичного страхування в тих чи інших країнах.

Для Німеччини, Нідерландів, Бельгії, Люксембургу, Австрії характерна модель Бісмарка: страхові фонди створюються, головним чином, за рахунок обов'язкових внесків працівників або підприємств і є недержавними органами фінансового управління.

Страхові фонди укладають угоди з лікувальними закладами, приватно практикуючими лікарями щодо обсягу і порядку надання медичної допомоги. Значний інтерес представляє розподіл ресурсів на охорону здоров'я в системі страхової медицини Нідерландів, досить типовій для європейських економічно розвинутих країн. Частка бюджетних витрат на охорону здоров'я складає 10 %, стільки ж складають особисті кошти громадян, решту - 80 % - витрати з фондів медичного страхування. Система медичного страхування включає три частини. Перша, обов'язкова - це однакові внески працюючих і підприємців, і вона призначена для надання допомоги хронічним хворим та інвалідам. Друга частина - 20 % внесків працюючих і 80 % - підприємців - для допомоги хворим з гострими захворюваннями. Спеціальна лікарняна каса концентрує кошти і сплачує необхідні витрати на медичну допомогу. Для 65 % населення Нідерландів з рівнем прибутку нижчим 32,5 тис. доларів на рік допомога є безкоштовною, а для решти 35 % мешканців - платною. Третя частина системи медичного страхування - це приватне (добровільне, додаткове) страхування [2, с. 629].

Моделі медичного страхування у цих країнах відрізняються не тільки структурою джерел фінансування охорони здоров'я, але і формами проведення. Привертає до себе увагу сформована практика медичного страхування у Німеччині. Досвід страхування на випадок хвороби в цій країні накопичувався протягом більш, ніж ста років (з 1883 р.). У випадку хвороби медична допомога надається безкоштовно для застрахованих, а також членів його родини, які автоматично страхуються за рахунок 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 діючих програм медичного страхування і рівня профзахворюваності за галуззю [6, с. 571]. 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 % за рахунок фондів обов'язкового медичного страхування, на 10 % -

ФІНАНСИ. БАНКІВСЬКА СПРАВА

добровільного медичного страхування, на 15 % - за рахунок 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 носить змішаний характер: поряд з обов'язковим соціальним страхуванням функціонує система добровільного медичного страхування, що може як доповнювати обов'язкове, так і проводитися самостійно.

Модель, аналогічна німецькій системі страхування, існує і у Франції. Медичні витрати робітників та службовців у Франції покриваються за рахунок соціального страхування. Щомісячні відрахування підприємств і організацій соцстраху складають 36 % фонду оплати праці, з яких 6,5 % утримуються з зарплати працівників, а іншу частину оплачує роботодавець [3, с. 101]. Соціальне страхування є обов'язковим для всіх категорій робітників та службовців. Виключення складають люди вільних професій і невеликі виробничі колективи. Для них передбачене індивідуальне страхування. Обов'язковим медичним страхуванням охоплено більше 80 % населення Франції. Зростає число громадян, що бажають оформити контракт на медичне страхування. Витрати на охорону здоров'я складають 19,3 % сімейного бюджету (для порівняння: витрати на житло – 17,3 %, на харчування – 13,8 %).

Таким чином, моделі медичного страхування у Франції і Німеччині дуже схожі і є „типовими” системами страхової медицини, розповсюджені в більшості європейських країн.

Крім розвитку програм медичного страхування, в країнах Європи також одержали свій розвиток програми медико-соціального страхування, що поєднують надання медичної допомоги застрахованим, а також виплату грошової допомоги з тимчасової непрацездатності. У цьому зв'язку цікавий досвід соціального страхування Швеції.

Роль уряду Швеції 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 по безробіттю) приймаються на регіональному рівні державними страховими касама. У країні діють 23 обласні ради, відповідальні 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. При придбанні ліків, виписаних 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 застрахованим, національна система страхування гарантує грошові компенсації при хворобі всім жителям Швеції, чий річний доход складає принаймні 6000 шв. крон. Право на оплату періоду тимчасової непрацездатності не поширюється на тих, чий річний доход перевищує базову суму в 7,5 разів (це обмеження для доходів, при

ФІНАНСИ. БАНКІВСЬКА СПРАВА

перевищенні якого система соціального страхування вже не діє). При частковій втраті працездатності в результаті хвороби виплачується 25 %-75 % від допомоги, що призначається у випадку повної її втрати. Якщо хворому необхідно проходження реабілітації, то на цей період працівнику поряд з допомогою через хворобу виплачується ще і реабілітаційна допомога у 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.

У жодній країні ці моделі не реалізовано у "чистому" вигляді. Як правило, спостерігається поєднання всіх трьох способів фінансування з переважанням одного з них.

Протягом десятиліть радянська, а в останні чотирнадцять років вітчизняна охорона здоров'я розвивалася в межах моделі Семашка, тобто діяла як єдина високоцентралізована система, що фінансувалася з державного бюджету і була спрямована на забезпечення загального доступу до безоплатної медичної допомоги. Перехід країни до ринкових відносин, демократизація суспільства не могли не позначитися на принципах організації та фінансування охорони здоров'я. Основним чинником її радикальних змін стала економічна криза в Україні. Коли фінансування охорони здоров'я скоротилося в порівнянні з 1990 р. майже у 8 разів, виконання державних зобов'язань у сфері охорони здоров'я для забезпечення соціально гарантованого обсягу медичної допомоги лише за рахунок коштів загального оподаткування стало неможливим.

Висновки. Принцип побудови національних систем охорони здоров'я розвинутих країн можна сформулювати в такий спосіб:

- рівність для всіх громадян у доступності наявних медичних послуг досить високої якості;
- забезпечення гарантованого обсягу медичних послуг для населення і контроль за їх цінами;
- право громадян на обрання страховика, лікувальної установи, лікаря, а також методу лікування в системі страхової медицини.

Згідно з цими загальноприйнятими принципами, країни розробляють і реалізують різні моделі фінансування охорони здоров'я, виходячи з фінансових можливостей державного бюджету, частки витрат на охорону здоров'я у ВВП країни, платоспроможності населення й інших факторів.

Найбільш перспективними з погляду можливого використання у вітчизняній практиці є такі напрямки розвитку й удосконалення системи обов'язкового медичного страхування:

1. Реорганізація стаціонарної медичної допомоги, перенесення основного акценту на амбулаторно-поліклінічну допомогу, широкий розвиток інституту лікаря загальної практики (досвід Великобританії).
2. Застосування диференційованого внеску на обов'язкове медичне страхування громадян. Галузевий принцип формування страхового тарифу (досвід Німеччини).
3. Сполучення програм соціального і медичного страхування населення (досвід Швеції).
4. Застосування методу часткової оплати пацієнтом медичних послуг в умовах обов'язкового медичного страхування (досвід Франції).

ФІНАНСИ. БАНКІВСЬКА СПРАВА

Від того, яку модель організації і фінансування буде обрано Україною, який її механізм, залежить майбутнє охорони здоров'я.

Література

1. Салтман Р. Б. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / Р. Б. Салтман, Дж. Фигейрас; пер. с англ. – М.: Геотар Медицина, 2000. – 423 с.
2. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / [за заг. ред. Ю. В.Вороненка, В. Ф. Москаленка]. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с.
3. Ветрова Н. С. Финансирование социальных программ в странах Запада / Ветрова Н. С. - М.: Наука, 1993. - 144 с.
4. Бабич А. М. Экономика социального страхования / Бабич А. М., Жильцов Е. Н., Егоров Е. А. - М.: ТЕИС, 1993. - 189 с.
5. Статистичний щорічник „Чернігівщина – 2009” / Держкомстат України. – Чернігів: Чернігівське обласне управління статистики, 2010. - 473 с.
6. Основные институты гражданского права зарубежных стран. Сравнительно-правовое исследование / [Залесский В.В. и др.] - М.: Норма, 1999. - 648 с.
7. Колесник Т. К вопросу о реформировании системы здравоохранения в Украине / Т. Колесник // Региональное управление. – 2009. - № 3. - С. 17.

Надійшла 16.12.2010 р.