

**Кошкіна М. О.,**

аспірантка Науково-дослідного фінансового інституту  
Академії фінансового управління  
Міністерства фінансів України

## ТРАНСФОРМАЦІЯ СИСТЕМИ ФІНАНСУВАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ В КОНТЕКСТІ ЗАРУБІЖНОГО ДОСВІДУ

*Проаналізовано сучасні моделі фінансування охорони здоров'я розвинутих країн. Обґрунтовано необхідність зміни сучасної системи фінансування медичних послуг в Україні з більшою часткою страхування у структурі витрат. Наведено пропозиції щодо вирішення проблем фінансування витрат.*

**Ключові слова:** охорона здоров'я, страхування, видатки, реформування.

Скорочення бюджетних надходжень з 2008 р. і недостатній рівень забезпечення населення медичними послугами потребують пошуку нових шляхів та джерел залучення коштів, підвищення видатків у сфері охорони здоров'я. Ще важливішим завданням є створення урядом системи, згідно з якою здійснюватиметься перерозподіл фінансових ресурсів, забезпечуватиметься ширший спектр можливостей вибору медичних послуг споживачами, особливо враховуючи значну частку малозабезпечених верств населення та чинник швидкого старіння нації, а також визначатимуться шляхи фінансування. У цьому контексті актуальним є аналіз зарубіжного досвіду на нинішньому етапі економічного розвитку і вибір пріоритетів у процесі трансформації існуючої моделі фінансування охорони здоров'я в Україні.

Проблеми бюджетного перерозподілу коштів у галузі охорони здоров'я розглядалися такими вітчизняними науковцями, як Н. І. Карпишин, М. В. Мних, З. О. Надюк, В. М. Опарін, К. В. Павлюк, Д. В. Полозенко. Тим часом сучасний економічний розвиток зумовлює пошук нових підходів до фінансування окремих соціальних статей бюджету з урахуванням позитивних і негативних аспектів зарубіжного досвіду.

Питання впровадження страхової медицини в Україні набуло особливої актуальності останніми роками, особливо за незмінних обсягів державних витрат на охорону здоров'я на рівні 3,6 % від ВВП (рис. 1). Проте у розвинутих країнах цей показник значно вищий і становить від 6 % в Японії до 10 % у США, де згідно з прийнятим у 2010 р. законом істотно зростатиме роль приватного страхування медицини. При цьому в структурі загальних витрат США роль держави менш значуща порівняно з Великобританією та Канадою і фінансування охорони здоров'я становить лише 33 %. У Франції домінує соціальне страхування (75 %), а в Нідерландах практично все фінансування здійснюється за рахунок приватного страхування. Витрати з власної кишені переважають у Швейцарії. З огляду на зазначене вважаємо за доцільне розглянути як позитивні, так і негативні аспекти розширення приватного страхування, а також страхування в Україні за рахунок бюджету.

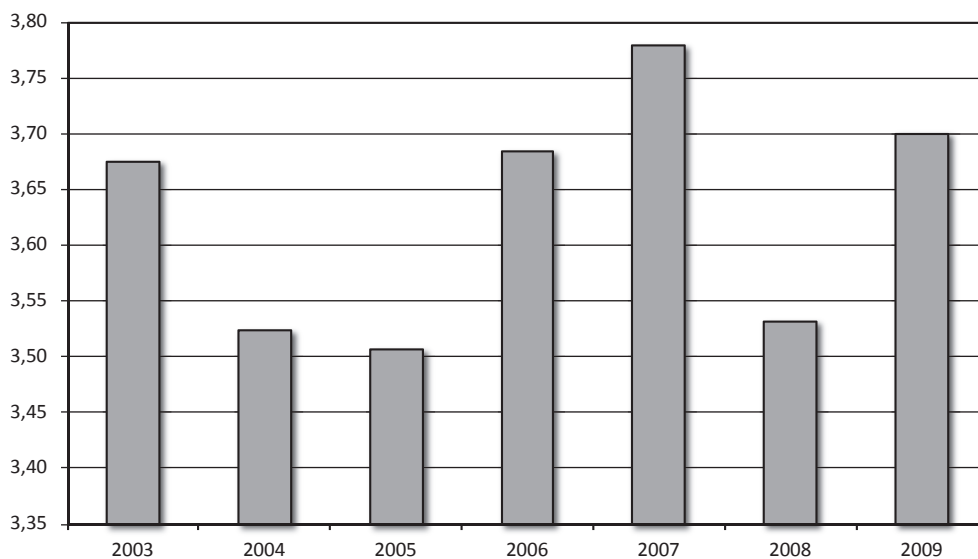


Рис. 1. Динаміка видатків зведеного бюджету України на охорону здоров'я, % від ВВП  
Розраховано за даними Державного комітету статистики України.

Водночас жодну з існуючих систем фінансування охорони здоров'я не можна віднести до чітко окресленої класифікації, особливо враховуючи поступове зростання витрат.

У 1960 р. видатки на охорону здоров'я в країнах ОЕСР становили 4 % від загального ВВП, що приблизно відповідає нинішньому рівню України. Уже в 2000 р. на охорону здоров'я у цих країнах витрачалася удвічі більша частка ВВП. Ріст витрат ніколи не відбувався без публічного обговорення чи модифікації. Більшість країн прагнуть до того, щоб основні компоненти системи охорони здоров'я фінансувалися найбільш ефективно і прогресивно. Ефективна система мінімізує витрати, пов'язані із залученням коштів та їхнім перерозподілом. Прогресивна ж – перерозподіляє ресурси від багатих до бідних<sup>1</sup>.

У світовій практиці до основних джерел фінансування систем охорони здоров'я відносять загальні бюджетні доходи, системи соціального страхування, приватне страхування та витрати з власної кишені. Загальні бюджетні доходи використовуються для фінансування значної частки витрат на охорону здоров'я майже скрізь. У країнах, які покладаються в основному на соціальне страхування, бюджетні кошти часто використовуються для покриття витрат на непрацюючих. Загальні доходи бюджету зазвичай входять до тієї пенсійної системи, де поточні доходи використовуються для фінансування поточних витрат. Система платежів з власної кишені фінансуватиме витрати на охорону здоров'я регресивно, оскільки використання медичних послуг збільшується непропорційно доходу. У більшості країн ОЕСР страхуванням покривається близько 80 % витрат на охорону здоров'я, а решта –

<sup>1</sup> Glied S. A. Health Care Financing, Efficiency, and Equity / S. A. Glied // NBER Working Paper. – 2008. – № 13881.

з власних кишень громадян. Проте структура останніх у різних країнах істотно змінюється. У США, де бракує страхового захисту для осіб, молодших за 65 років, навіть незважаючи на розпочату у 2009 р. реформу, на зовсім незначну кількість осіб припадає велика частка витрат з власної кишені. У деяких країнах окремі послуги вилучені із системи соціального страхування і значна частка їх сплачується власним коштом споживачів медичних послуг. В інших країнах широкий спектр послуг входить у пакет страхування здоров'я, однак передбачено істотні доплати, необхідні для всіх послуг<sup>2</sup>.

Приватне страхування становить істотну частку витрат на охорону здоров'я у США, однак навіть у цій країні воно сягає лише близько їх третини. За межами США частка приватного страхування варіюється від 0 до 16 %. Навіть незважаючи на невисоку питому вагу витрат у деяких країнах приватне страхування відіграє велику роль на ринку медичних послуг. Приватне страхування превалює у Франції, Швейцарії та Нідерландах, де охоплює більшу частину населення.

Різні країни мають відмінності у використанні бюджетних доходів і коштів соціального страхування для фінансування громадських витрат. Так, у англійських країнах, а також в Італії, Швеції та Данії бюджетні доходи покривають практично всі державні витрати на охорону здоров'я. У Франції та Нідерландах бюджетні доходи відіграють незначну роль і вагому частину витрат покриває соціальне страхування. Різні комбінації джерел витрат з бюджету і соціального страхування виявляють різний ступінь ефективності та справедливості перерозподілу.

Частка податків у ВВП більшості країн з 1975 р. істотно підвищувалась, водночас спостерігались значні відмінності серед країн у темпах зростання оподаткування. Частка витрат на охорону здоров'я у ВВП за цей період також збільшилася, однак її приріст був меншим, аніж ріст податкової частки у ВВП. У цих країнах збільшення оподаткування цілком відповідало зростанню витрат на охорону здоров'я. На противагу цьому, у шести країнах – Канаді, Німеччині, Нідерландах, Швейцарії, Великобританії і США – зростання частки видатків на охорону здоров'я у ВВП випереджало зростання податкових надходжень. У більшості з них така тенденція відображає відносно повільне збільшення податкових надходжень, а не занадто швидке зростання витрат на охорону здоров'я.

До позитивів системи фінансування соціального страхування можна віднести те, що витрати на охорону здоров'я є більш прозорими для платників податків у вигляді податку чи обов'язкового платежу. Система соціального страхування охорони здоров'я дає змогу більшою мірою оцінювати його вартість споживачами, які можуть регулювати споживання медико-санітарних послуг згідно з власними потребами і можливостями. Базовий обов'язковий рівень страхового платежу на охорону здоров'я може бути встановлений урядом на мінімальному рівні, і споживачі, які хочуть спо-

---

<sup>2</sup> Мних М. В. Медичне страхування за кордоном та можливості його реалізації в Україні / М. В. Мних // Держава і економіка. – 2006. – № 11. – С. 39–41.

живати якісніші плани послуг, мають змогу вибирати більш дорогі страхові пакети, доплачуючи різницю з власної кишені.

Системи приватного страхування охорони здоров'я можуть мати прозоріші рівні оплати за послуги й уможливлювати вибір більш дорогих послуг споживачами. Можливості страхування роботодавцем, пільговий податковий режим для одержаних премій, а також вибору ступеня ризику залежно від плану послуг можуть ускладнити приватним системам страхування досягнення ефективності у наданні послуг. У цілому майже всі варіанти фінансування медичної допомоги до певної міри є ефективними. Високий ступінь прозорості собівартості послуг за соціальної моделі страхування може зменшити здатність використовувати монопольне становище окремих медичних закладів у межах системи. Можливість споживачів платити за дорожчі, ніж у середньому послуги поліпшують ефективність витрат на охорону здоров'я порівняно з витратами в інших секторах.

Приватне страхування охорони здоров'я здійснюється різними шляхами. Так, у США, Нідерландах та Німеччині воно поширюється переважно на осіб, які не охоплені урядовими схемами. У таких країнах, як Австралія, Великобританія та Нова Зеландія приватні страхові компанії фактично дублюють послуги державних страховиків, але пропонують додаткові, якісніші послуги чи відсутність черг. У багатьох країнах, зокрема у Франції, приватне страхування існує як доповнення до державних схем, наприклад, здійснення платежів із власної кишені<sup>3</sup>(рис. 2).

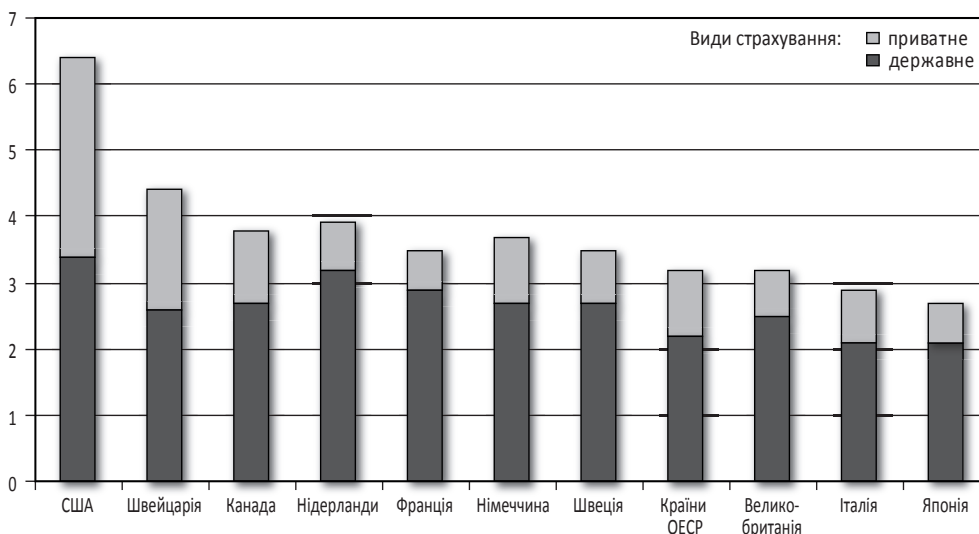


Рис. 2. Витрати на охорону здоров'я у розвинутих країнах в 2007 р. у розрахунку на особу, % від ВВП

Джерело: Heading for the Emergency Room // The Economist. – 2009. – 25 Jun.

<sup>3</sup> Leu R. E. The Swiss and Dutch Health Insurance Systems : Universal Coverage and Regulated Competitive Insurance Markets / R. E. Leu, F. F. H. Rutten, W. Brouwer etc. // The Commonwealth Fund. – 2009. – 16 Jan.

Переважна більшість розвинутих країн, окрім США, стимулює приватне страхування для розв'язання трьох основних проблем систем охорони здоров'я: 1) відсутність рівного доступу до медичних послуг для всіх верств населення; 2) зростання витрат; 3) брак інновацій. Вони намагаються поліпшити загальний стан охорони здоров'я без утворення додаткових "дір" у бюджеті і в деяких випадках приватне страхування допомагає в цьому.

У США близько 47 млн осіб не мають практично жодних джерел фінансування охорони здоров'я. Це зумовило нещодавне прийняття плану Б. Обама, відповідно до якого ринок приватного страхування має істотно розширитися разом з можливостями його регулювання. Згідно з планом усі громадяни будуть змушені купувати страховку, а уряд зі свого боку регулюватиме послуги та ціни, аби зробити їх доступнішими і за необхідності – надаватиме субсидії. Це здійснюється за принципом реформ у Нідерландах та Швейцарії, де основною ціллю було зниження витрат і розширення послуг для найменш забезпечених громадян. У цих країнах для забезпечення рівного доступу приватним страховикам заборонено дискримінувати окремих осіб, які перебувають у тяжкому стані або ризик захворювання яких є дуже високим. Практика свідчить, що у цих країнах деякі страховики дешевшими полісами залучали молодших та здоровіших клієнтів, тоді як інші – пропонували особам похилого віку доволі дорогі послуги. Таким чином, у Нідерландах, Швейцарії та Німеччині регулятивні органи змушують страхові компанії, які одержують надлишкові прибутки таким шляхом, розподіляти їх серед більш "дорогих" пацієнтів.

Досвід переконує, що в ряді розвинутих країн приватне страхування призводить до ще більших витрат на охорону здоров'я, а додаткове страхування, яке знижує витрати з власних кишень, не стимулює споживачів до контролю витрат. У США, Австралії та Канаді для приватного медичного страхування встановлено податкові пільги та субсидії, які часто надаються через роботодавців, а це зумовлює надмірне використання медичних послуг, а отже, й страхових. Саме тому країни з найбільшим сектором приватного медичного страхування, зокрема США, Франція, Німеччина та Швейцарія, мають найвищі витрати з охорони здоров'я на душу населення. Серед інших причин цієї ситуації дослідники виокремлюють також недостатню прозорість ціноутворення медичних послуг (вартість аналогічних процедур нерідко значно відрізняється між лікарнями, розміщеними на одній території). Ще однією причиною високих витрат називають трансформацію сутності медичного ризику, оскільки складно визначити стиль життя пацієнта і своєчасно отримати інформацію про його хронічні хвороби. Однак до найбільш значущого фактора високих витрат дослідники відносять непевне ринкове становище страховиків, адже рівень конкуренції між тими, хто надає медичні послуги, невисокий. Окрім того, страховики в основному перерозподіляють зібрані кошти лише за обсяг наданих послуг, а не за їх ефективність.

У США фінансування охорони здоров'я побудовано на платній основі – через медичне страхування або безпосередню оплату громадянами з власної кишені. Близько 75 % працюючого населення США роботодавці страхують у приватних страховиків. На сьогодні майже 40 % витрат припадає на дер-

жаву, 40 % – на роботодавців і 20 % – на самих громадян. Найменш забезпечені верстви населення обслуговуються за державними програмами медичного страхування “Медікер” і “Медікейд”. Незастрахованими залишаються близько 17 % населення країни, які повинні сплачувати за надану медичну допомогу власним коштом.

У Німеччині діє система обов’язкового медичного страхування, однак для певної категорії населення залишається можливість виходу з неї та участі у приватному страхуванні.

У Великобританії фінансування охорони здоров’я здійснюється майже на 90 % з бюджету і лише 10 % медичних послуг приватні особи оплачують самостійно. Британська система надання медичної допомоги, яка належить до так званої системи Беверіджа, передбачає всебічне і безоплатне надання медичних послуг, що спричиняє як надмірне їх використання, так і надмірне призначення процедур.

За останні 10 років витрати на охорону здоров’я у Великобританії збільшилися в декілька разів, унаслідок чого було запроваджено додаткові регуляторні заходи, зокрема співплата, коли пацієнт оплачував частину вартості лікування. Таку ж систему співплати пацієнтом медичних послуг попри наявність медичної страховки, впровадила переважна більшість країн із страховою та бюджетною медициною. З одного боку, співплата є механізмом, який зменшує кількість безпідставних звернень до лікаря, а з другого – вона часто лягає непомірним тягарем на пацієнта.

У Японії страхова медицина побудована за територіальним принципом. Вона охоплює дрібних власників, членів їхніх родин, інвалідів та безробітних. Послуги цим категоріям громадян на 70–90 % оплачує держава. Медикаменти, послуги приватної медсестри, перебування в окремій палаті сплачує пацієнт. Вартість лікування суворо контролюється спеціально створеною системою лікарів-консультантів, органами соціального забезпечення і Міністерства охорони здоров’я Японії. Страхові кошти надходять від підприємств, держави і застрахованих. Допомога внаслідок тимчасової непрацездатності виплачується з четвертого дня захворювання в обсязі 60 % заробітку. Основна спрямованість системи охорони здоров’я Японії – це профілактика захворювань. Можливо, саме тому Японія посідає перше місце в світі за тривалістю життя громадян.

Попри наявність обов’язкового медичного страхування у Франції державна система не забезпечує повного відшкодування вартості лікування, що спонукає населення брати участь у приватному страхуванні або сплачувати кошти за медичну допомогу безпосередньо лікареві. Цікавою видається система повернення коштів за призначені медикаменти, які сягають 30–100 % від їх вартості залежно від класу медикаментів, виду та рівня надання медичної допомоги.

В Ізраїлі і Швейцарії переважає добровільне страхування здоров’я, а обов’язкове існує лише для осіб окремих професій. Система охорони здоров’я Канади в основному спирається на лікарів первинного медичного догляду, які становлять 51 % усіх лікарів-практиків. Вони є проміжною ланкою між пацієнтом та лікарями-спеціалістами й клінікою та здійснюють контроль за діагностичними обстеженнями і відпуском ліків за рецептами.



Окрім загальнодержавної системи медичного страхування, провінції та території також забезпечують медичним обслуговуванням ту частину населення, якій потрібні додаткові медичні послуги: людей похилого віку, дітей та безробітних. Це і безкоштовні ліки, і стоматологічна допомога, і послуги окуліста, і протезування та інвалідні візки.

Медичне страхування у Канаді є системою ощадних рахунків, коли всі кошти належать робітникові й не витрачені на лікування залишки шляхом накопичення переходять із року в рік. Це дає змогу капіталізуватися коштам ринку медичних послуг. До того ж ця система одразу привертає увагу споживачів медичних послуг, надаючи їм упевненість у тому, що ці відрахування назавжди залишаються їхньою власністю. Проте і тут є недолік — у разі дуже дорогого за вартістю лікування коштів на накопичувальному рахунку хворого може не вистачити. Тому держава почала здійснювати додаткові страхові платежі у такому випадку — від повного до часткового покриття витрат залежно від віку та стану здоров'я пацієнта. Ця модель страхування вважається економною, оскільки заохочує пацієнта й усуває зайві видатки.

На сьогодні саме канадська система охорони здоров'я вважається однією з найкращих у світі, де саме пацієнт та його кошти у розумінні “платної медицини” є найбільш захищеними.

Враховуючи ту обставину, що в Україні державні витрати на медицину в системі видатків зведеного бюджету становили близько 3,6 % від ВВП, збільшення коштів на охорону здоров'я частково можливе через розширення страхування. Усі витрати на медицину в Україні, за нашими розрахунками, становлять близько 6,1 %, з яких витрати приватної медицини шляхом страхування становлять 1 %, витрати на придбання медикаментів коштом споживачів — 1,5 %, водночас на соціальне страхування — лише 0,2 % від ВВП. До переліку витрат можна додати ще витрати з власної кишені, які переважно залишаються “в тіні”. З огляду на зазначене видається можливим застосування в Україні моделі на кшталт французької (соціальне страхування у Франції перебрало на себе левову частку витрат).

На нинішньому етапі економічного розвитку необхідно зосередитися на розв'язанні таких завдань:

- негайне вдосконалення законодавства з охорони здоров'я, яке б чітко визначало схеми фінансування витрат для окремих громадян і гарантії з боку держави;
- запровадження пенсійних схем для нині працюючих з урахуванням необхідності виділення достатнього обсягу коштів на охорону здоров'я кожного громадянина;
- посилення контролю якості медичних послуг, що надаються з державного бюджету, шляхом обов'язкового звітування про звернення громадян і рівень захворюваності (з певним лагом).

### Література

1. Карпишин Н. І. Фінансове забезпечення охорони здоров'я у реалізації державних функцій на ринку медичних послуг : автореф. дис. ... канд. екон. наук : 08.04.01 / Н. І. Карпишин. — Тернопіль : ТНЕУ, 2006. — 168 с.

2. *Надюк З. О.* Ринок медичних послуг: роль держави у фінансуванні системи охорони здоров'я України / З. О. Надюк // Державне управління. – 2008. – № 4. – С. 100–103.
3. *Павлюк К. В.* Фінансування охорони здоров'я як складової людського капіталу / К. В. Павлюк // Формування ринкових відносин в Україні. – 2006. – № 9. – С. 143–148.
4. *Hagist C.* Health Care Spending : What the Future Will Look Like / C. Hagist, L. J. Kotlikoff // National Center for Policy Analysis. Policy Report. – 2006. – № 286. – June.