

УДК 338.2
ББК 65.495

Горинь М.О., Литвин О.Я.

**МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД В УПРАВЛІННІ ФІНАНСОВИМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ
СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Львівський національний університет
імені Івана Франка,
Міністерство освіти і науки, молоді та
спорту України,
економічний факультет, кафедра менеджменту,
79008, м. Львів, просп. Свободи, 18,
тел.: 0322394168, 0322743028,
e-mail: edean@lnu.edu.ua

Анотація. У статті основна увага приділена економічним аспектам організування ефективної системи фінансового забезпечення охорони здоров'я на прикладі досвіду розвинутих країн світу. Результатом дослідження є пропозиції щодо імплементації низки заходів, спрямованих на вдосконалення фінансування медичної сфери України.

Ключові слова: система охорони здоров'я, фінансове забезпечення, медичне страхування.

Annotation. This article focuses on the economic aspects of organizing an effective system of financial support for health care, based on the experience of developed countries. The result of this study is the proposal to implement a series of measures aimed at improving the financing of health sector in Ukraine.

Key words: healthcare, financial providing, health insurance.

Вступ. Сьогодні галузь охорони здоров'я є чи не найменш розвинутою сферою суспільного виробництва в Україні. У час ринкових відносин в організуванні медичної галузі нашої держави й досі відчутний осад радянських часів. Спроби різних поколінь державної влади вдосконалити механізми охорони здоров'я, на жаль, не принесли бажаних результатів. Гостра нестача фінансування та фрагментарні управлінські рішення є чи не найсерйознішими проблемами сучасної системи охорони здоров'я України. Концентрація уваги здійснюється переважно на соціальних проблемах охорони здоров'я України, які, без сумніву, є надзвичайно серйозними та потребують негайного вирішення, оскільки в окремих випадках сягають навіть рівня національної безпеки країни. Проте на задній план відходять питання економічного характеру, а саме – ефективної організації механізму охорони здоров'я як особливої сфери суспільних послуг, що, на нашу думку, є великою перешкодою у вирішенні вищезгаданих проблем.

Дослідженнями цієї проблематики займалися такі вчені, як Т.Попченко, Г.О.Слабкий, В.М.Лехан, В.П.Лисак, Ю.Б.Ященко, М.В.Шевченко, М.К.Хобзей, В.Я.Бойко, Г.Я.Пархоменко, В.Г.Слабкий, О.Б.Олексюк, В.В.Рудий – вивчали питання, пов'язані з пріоритетними напрямками вдосконалення вітчизняної сфери охорони. У.Маттіла, А.Гук, В.Галайда, Б.В.Панов, О.О.Свірський, О.Ф.Дзигал, Л.А.Ковалевська, С.І.Конкін, М.Л.Кирилук, С.В.Балабан, О.В.Беяков, М.Фотаки аналізують досвід країн Європи в організуванні системи охорони здоров'я.

Метою наукової статті є дослідження міжнародного досвіду організації охорони здоров'я розвинутих країн світу й економічне обґрунтування його використання у вітчизняній медичній галузі.

Тому ми ставимо перед собою завдання вивчити основи фінансового забезпечення кращих систем охорони здоров'я світу для запозичення корисного досвіду в зазначеному питанні для України.

У світовій практиці ефективність організації охорони здоров'я, які й будь-якої системи, оцінюють за результатами її діяльності. Зазвичай для цього використовують інтегральні показники, які враховують сукупність важливих факторів у розвитку сфери медицини окремої країни, що містять як кількісну, так і якісну складову. До найбільш відомих індексів належать DALE (disability-adjusted life expectancy, що перекладається з англ. як "тривалість життя, скоригована на інвалідність"), HALE (health adjusted life expectancy – "очікувана тривалість життя, скоригована на здоров'я"), EHCI (Euro health consumer index – "європейський споживчий індекс здоров'я") та інші. За їх допомогою здійснюється рейтингування світових систем охорони здоров'я [1; 2].

Згідно з даними звіту ВООЗ від 2000 року, Україна займає 79 місце у світі за рівнем розвитку системи охорони здоров'я. Рейтинг ВООЗ формувався з урахуванням інтегрального показника DALE, рівня досягнення галузю цілей і завдань, а також рівня фінансового забезпечення. Хоч із часу виходу у світ цього рейтингу вже минуло десятиріччя, проте дослідники охорони здоров'я усіх країн досі опираються на його результати, оскільки, по-перше, це найбільше глобальне дослідження систем охорони здоров'я у світі, яке охоплює 191 країну, по-друге, галузеві зміни в організації охорони здоров'я є довготривалим процесом. У першій десятці рейтингу опинилися такі країни, як Франція, Італія, Сан-Марино, Андорра, Мальта, Сінгапур, Іспанія, Оман, Австрія та Японія. За ними йдуть Норвегія, Португалія, Монако, Греція, Ісландія, Люксембург, Нідерланди, Великобританія, Ірландія, Швейцарія, Бельгія та ін. Цікавим є той факт, що СОЗ Сполучених Штатів Америки займає у цьому рейтингу лише 37 місце, а Російська Федерація знаходиться на 130 позиції [2]. Серед новіших рейтингів СОЗ необхідно виділити дослідження Health Customer Powerhouse від 2012 р. на основі показника Euro health consumer index (EHCI), який урахує сукупність експертних оцінок щодо показників реалізації прав пацієнтів, доступності медичного обслуговування, стану здоров'я населення, здійснення превентивних заходів і діапазону їх охоплення, розвитку фармацевтичного ринку.

Очевидним є той факт, що рівень розвитку медицини в конкретній країні перш за все пов'язаний з ефективністю фінансування цієї сфери суспільних відносин. З досвіду інших держав одним з важливих джерел фінансування охорони здоров'я є обов'язкове медичне страхування.

У лідера рейтингу найефективніших СОЗ (згідно з індексом EHCI) Нідерландах галузь охорони здоров'я фінансується в основному за рахунок поєднання соціального та приватного видів страхування. Обов'язковою для всіх є Національна програма страхування, що передбачає страхування в разі нещасних випадків, хронічних захворювань, інвалідності, психіатричної та довгострокової допомоги. Страхова медицина Голландії є диверсифікованою. Таким чином, програма обов'язкового соціального страхування передбачає роботу близько 40 лікарняних кас й охоплює приблизно 64% населення країни. Із цієї програми вилучаються особи з вищими доходами, а також ті, які працюють самі на себе (близько 31%). Останні повинні купувати приватну медичну страховку для покриття витрат на випадок гострих захворювань. Особи, які працюють на державній службі (приблизно 5% населення країни), застраховані спеціальною обов'язковою програмою. Крім того, члени фондів соціального медичного страхування можуть додатково купувати страховку для покриття інших ризиків. Варто зауважити, що в організації цієї СОЗ основний акцент робиться не на "рівній", а на "солідарній" участі населення у фінансуванні медичної галузі країни. Отже, ті, хто є більш заможними, платять більше. На нашу думку, це справедливо, з огляду на те, що галузь охорони здоров'я – соціальна сфера діяльності, метою якої, перш за все, є підтримка здоров'я населення, а не отримання прибутку.

Головним органом, який відповідає за програму соціального страхування та планування й реалізацію політики у сфері охорони здоров'я, є Міністерство громадського здоров'я, добробуту і спорту. Також ця організація відповідає за планування процесу надання медичних послуг і за інвестиції в капіталомісткі медичні технології та створення нових лікарняних відділень. Тобто здійснюються постійний контроль за розвитком суб'єктів господарських відносин у галузі охорони здоров'я, планування капітального оновлення, пошук фінансових ресурсів на вказані цілі, моніторинг за імплементацією новітніх технологій. Міністр громадського здоров'я, добробуту і спорту має право остаточного голосу при визначенні розмірів оплати, узгодженої між лікарняними касами та лікарями, а також тарифами на послуги лікарень. Усі бюджетні рішення підлягають схваленню парламентом. Внески до лікарняних кас базуються на розмірі доходу й сплачуються, в основному, роботодавцем (5,6% фонду оплати праці); розмір внеску працівника є значно нижчим (1,55% валового доходу). Управління та розподіл внесків здійснюються через центральний фонд, і відбуваються за принципом подушного фінансування із частковим урахуванням ризиків [3, с.31–33].

Видатки на фармацевтичні препарати сплачуються частково населенням, згідно з індикативною системою, що розробляється незалежним комітетом. Пацієнти сплачують різницю між фактичною ціною ліків та індикативною ціною, яка становить у середньому 8% від загальних видатків на ці ліки. Більшість населення Нідерландів задоволені своєю системою охорони здоров'я (72,8). Це – вдале рішення, оскільки такі заходи обмежують надлишковий попит на медичні послуги в населення. Символічна плата за медичні послуги стримує від звернень до лікаря без явної на це потреби.

Медична галузь найуспішнішої країни в охороні здоров'я, за версією ВООЗ 2000 року, Франції також поєднує приватну та державну складову як у фінансуванні, так і в наданні медичної допомоги. СОЗ Франції, як і в Нідерландах, базується на обов'язковій державній програмі охорони здоров'я, яка доповнюється добровільними страховими внесками. Система обов'язкового соціального забезпечення, контрольована урядом, покриває 99% населення країни та реалізується через програми, залежно від професійної приналежності особи.

Проте покриття програмою обов'язкового соціального забезпечення не всеохоплююче, у зв'язку із чим приблизно 87% населення є додатково добровільно застрахованими або через неприбуткові товариства взаємного страхування (також за принципом солідарності), або через приватне страхування. Найбідніші верстви населення мають можливість отримувати медичну допомогу від різних благодійних організацій.

Загальна програма страхування фінансується шляхом збору податків з роботодавців і працівників – 12,8% видатків на заробітну плату з роботодавця та 0,75% – з працівника. Хоча СОЗ Франції є однією з найдорожчих в Європі, однак і найбільш якісною [3, с.20–29].

У Фінляндії медична допомога надається як через громадську систему охорони здоров'я, так і через систему медичного страхування, які фінансуються в основному за кошт внесків на медичне страхування від роботодавців і працівників, що акумулюються через податкову систему. Тут чітко розмежовують державне та приватне медичне обслуговування з метою запобігання дублюванню фінансування тих самих видів медичної допомоги з різних джерел. Тобто плата в закладах охорони здоров'я й у лікарнях не включається в обсяг відшкодування за рахунок програми медичного страхування. Медичні послуги також покриваються не повністю: приватні медичні огляди й лікування покриваються на 75% від фіксованої ціни (близько 13 євро). Подібним чином покриваються витрати на лабораторні дослідження, фізіотерапію, послуги приватної медичної сестри, радіологічне обстеження та лікування тощо.

Приватні медичні послуги частково фінансуються Національним фондом медичного страхування, проте значна частина коштів надходить від самих пацієнтів у формі співоплати. Усі особисті витрати на рецептурні ліки, що перевищують 3 300 марок (550 євро) на рік для однієї людини, повністю відшкодовуються пацієнтові [3, с.15–19]. Такі заходи дозволяють стримувати надлишковий попит на медичне обслуговування, однак покрити дороговартісне лікування людям, які цього справді потребують.

Основу СОЗ Німеччини складають також традиційні принципи соціальної солідарності, децентралізації та саморегуляції. Федеральний уряд відіграє переважно роль нормативно-законодавчого органу, який формує правові рамки СОЗ. У Німеччині фінансові ресурси акумулюються на рівні 17 бюджетів, що ґрунтуються на податках (1 федеральний бюджет і 16 бюджетів земель), а також 453 бюджетів лікарняних кас (страхових фондів). Медицина в Німеччині, з точки зору фінансового забезпечення, є дорогою порівняно з іншими європейськими країнами [3, с.29–31]. І приватні, і державні лікарні, що належать до федеральних земельних планів, прийнятих штатами, мають два шляхи фінансування, які передбачають покриття капітальних витрат – з боку штату й оплату експлуатаційних видатків з боку страхових фондів. До експлуатаційних витрат належать оплата за певними випадками захворювань за окремим діагнозом (відповідно до клініко-статистичних груп), плата за процедури та добові видатки медичного закладу. Таким чином, існує чіткий поділ грошових потоків у галузі. Системою охорони здоров'я Німеччини охоплено практично всі верстви населення країни та забезпечено рівний доступ до широкого спектра сучасних медичних послуг. Більшість населення Німеччини вважає цю систему ефективною [3, с.29–31].

Медична галузь Великобританії є однією з найбільш відомих й ефективних і заснована на базі державної системи медичної допомоги. Її фінансове забезпечення відбувається за рахунок податкових платежів. Медичне обслуговування доступне всім верствам населення переважно на безоплатній основі. Оплата здійснюється лише в тих випадках, коли пацієнт потребує особливих умов або додаткового лікування, яке не є необхідним з клінічної точки зору. Хоча СОЗ Великобританії є більшою мірою державною, відносини між пацієнтами та постачальниками медичних послуг здійснюються в умовах внутрішньогалузевого ринку. Такий ринок працює через лікарів загальної практики та регіональні адміністрації охорони здоров'я, які закупають послуги лікарень від імені свого зареєстрованого населення або пацієнтів, що проживають на їхній території. Головною метою такої схеми є підвищення рівня конкуренції серед надавачів медичних послуг і надання можливостей підвищити ефективність при закупівлі та наданні медичних послуг. Однак фінансування цієї системи залишилося за державою [3, с.30–31]. Організація охорони здоров'я у Великобританії доводить необхідність існування ринкових механізмів у цій галузі як каталізуючого фактора підвищення якості медичного обслуговування.

Система охорони здоров'я в Японії передбачає два основні види страхування: національне й професійне. Система національного страхування здійснюється селищними, сільськими, частково міськими органами влади та призначена для захисту осіб, які мають невисокий прибуток. Страховий внесок у цій системі залежить від кількох факторів: розміру оподаткованого доходу, кількості членів родини та інших. Внески цієї категорії населення не покривають потреби в коштах на оплату медичної допомоги, тому 50% необхідних витрат відбувається за рахунок дотації з бюджету держави [4, с.81]. Таким чином, система охорони здоров'я Японії демонструє комплексний підхід до фінансового забезпечення, який урахує як частку страхового механізму, так і дотації з боку держави.

Яскравим представником приватної моделі організації системи охорони здоров'я є Сполучені Штати Америки. Основу галузі охорони здоров'я цієї країни становить

страхова медицина. Нині в США майже відсутня система страхування, що регулюється державою, а медичне обслуговування здійснюється за рахунок власних коштів населення. Ця держава посідає перше місце у світі за витратами на охорону здоров'я [4, с.81; 5, с.336]. Фактично страхова медицина знаходиться в руках бізнес-сектору. Медичне обслуговування США, окрім соціального призначення, виконує ще й функцію отримання прибутку. Рівень розвитку медичного обслуговування є на високому рівні, проте доступ до таких послуг обмежений навіть для застрахованих людей. Як правило, роботодавець має план щодо страхування своїх працівників і сплачує повну чи часткову вартість страховки. Члени сім'ї працівника страхуються через страховку цього працівника. Особи без страховки не мають права на отримання медичної допомоги. Головними перевагами ринкової системи охорони здоров'я є: широкий вибір послуг, що відповідає очікуванням пацієнтів; відсутність черг; доступність спеціалізованої медичної допомоги; конфіденційність лікування, увага до пацієнта; висока якість умов госпіталізації. Проте вважаємо цю модель охорони здоров'я недоречною для України. Перш за все тому, що її реалізація потребує високого розвитку робочого класу населення. По-друге, ми переконані, що хоча галузь охорони здоров'я є частиною господарських відносин і здійснюється згідно з економічними законами, її не варто перетворювати на осередок бізнесу, оскільки вона строго соціальна, а отже, повинна бути орієнтована на допомогу тим, хто її потребує, а не на заробляння грошей.

Висновки. Підсумовуючи вищесказане, Україні необхідно здійснити нововведення, які вже давно ефективно працюють на території розвинених країн світу. Серед ключових аспектів варто виділити:

- 1) акцентування політики охорони здоров'я на солідарній участі населення у фінансуванні СОЗ;
- 2) формування національної системи обов'язкового медичного страхування та моніторингу ринку приватних послуг з медичного страхування;
- 3) фінансову участь населення, яка передбачає градацію внесків громадян за рівнем доходів і за рядом інших критеріїв, таких як професійна спеціалізація, соціальний стан тощо;
- 4) ведення контролю за капітальним розвитком закладів охорони здоров'я та стимулювання втілення нових технологій;
- 5) чітке розмежування грошових потоків з метою запобігання дублювання фінансування тих самих видів медичної допомоги з різних джерел;
- 6) наявність франшизи мінімального розміру, яка дозволить стримувати надлишковий рівень попиту на медичні послуги;
- 7) упровадження додаткової оплати за медичні послуги напряму від пацієнта лише в разі, коли пацієнт потребує особливих умов або додаткового лікування, яке не є необхідним з клінічної точки зору.

Досвід організації закордонних систем охорони здоров'я є надзвичайно багатим, відкриває двері для подальших досліджень. Вважаємо, що імплементація вищеперелічених заходів дозволить підняти діяльність вітчизняної галузі охорони здоров'я на якісно новий рівень.

1. Маттіла У. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я [Електронний ресурс] / У. Маттіла, А. Гук, В. Галайда. – Режим доступу : http://eeas.europa.eu/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_uk.pdf (11.10.12). – Назва з екрану.
2. Arne Bjornberg, Euro Health Consumer Index 2012 Report – Health Consumer Powerhouse AB, 2012. – 81 p.
3. The world health report 2000. Health system: improving performance [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.who.int/whr/2000/en/> (06.10.12). – Назва з екрану.
4. Лівак П. Є. Правове забезпечення фінансування охорони здоров'я в Україні, фінансування охорони здоров'я в Україні / Лівак П. Є. – Ірпінь, 2010.

5. Решетников А. В. Социальный маркетинг и обязательное медицинское страхование / А. В. Решетников. – М. : Финансы и статистика, 1998. – 336 с.
6. Фотаки М. Сполучення суспільної і державної частки в російській системі охорони здоров'я у світлі міжнародного досвіду / Фотаки М. // Суспільне і частка в охороні здоров'я й у медичному страхуванні : стан, проблеми, перспективи. – М., 1999. – С. 8–11.
7. Щепин О. П. Фундаментальні основи політики охорони здоров'я / О. П. Щепин. – М., 1999.
8. Панов Б. В. Сучасні світові тенденції розвитку національних систем охорони здоров'я / Б. В. Панов // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2001. – № 4. – С. 85–89.
9. Игнатов В. Г. Экономика социальной сферы : учебное пособие / В. Г. Игнатов. – Ростов н/Д : Издательский центр “МарТ”, 2001. – 416 с.

Рецензенти:

Жигайло Н.І. – доктор психологічних наук, професор кафедри менеджменту Львівського національного університету імені Івана Франка;

Хоронжий А.Г. – доктор економічних наук, професор кафедри менеджменту Львівського національного університету імені Івана Франка.

УДК 331.25

ББК 65.272

Кропельницька С.О., Шелюжак М.Я.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ СОЛІДАРНОЇ СИСТЕМИ ПЕНСІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ В УКРАЇНІ

Прикарпатський національний університет
імені Василя Стефаника,
Міністерство освіти і науки,
молоді та спорту України,
кафедра фінансів,
76000, м. Івано-Франківськ, вул. Шевченка, 57,
тел.: 596176

Анотація. У статті досліджено комплекс питань теоретичного й практичного характеру, які пов'язані з функціонуванням солідарної системи пенсійного страхування в Україні. Проведено оцінку ефективності функціонування першого рівня пенсійної системи. Обґрунтовано необхідність продовження пенсійного реформування.

Ключові слова: пенсійна система, пенсійне страхування, пенсійне забезпечення, солідарна пенсійна система, пенсійна реформа.

Annotation. The article deals with complex issues of theoretical and practical nature related to the operation solidary level pension system in Ukraine. The evaluation of the efficiency of the first pillar. The necessity of extending the retirement reform.

Key words: pension system, pension insurance, pensions, solidarity pension system, pension reform.

Вступ. Існування гарантованого державою пенсійного забезпечення є важливою ознакою цивілізованого сучасного суспільства. Рівень пенсійного забезпечення є показником економічного та соціального становища населення країни. Ефективність здійснення пенсійного забезпечення великою мірою залежить від фінансового становища країни.

У ринкових умовах господарювання солідарна пенсійна система як базовий інститут фінансового забезпечення соціального захисту втратила можливість адекватно реагувати на соціальні ризики та забезпечувати належний рівень пенсійного забезпечення населення України. Пенсійне забезпечення в Україні охоплює непрацездатних громадян похилого віку, інвалідів, осіб, які втратили годувальника, та ін. Об'єктивний характер таких соціальних ризиків зумовлює необхідність формування нових соціаль-