

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ СУЧАСНИХ МЕХАНІЗМІВ ОБ'ЄДНАННЯ І ПЕРЕРОЗПОДІЛУ РЕСУРСІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Досліджено переваги і недоліки різних механізмів фінансування охорони здоров'я. Доведено, що механізми накопичення і перерозподілу фінансових ресурсів для медичного обслуговування в Україні є непридатними в ринкових умовах. Обґрунтовано доцільні стратегії для зміни оплати медичних послуг.

Ключові слова: економіка охорони здоров'я, ресурсне забезпечення медичного обслуговування, медична реформа.

Доведено, що реалізація потенціалу систем охорони здоров'я (СОЗ) потребує ефективного управління та адекватних витрат ресурсів. Адже лише правильне інвестування в ефективні СОЗ сприяє покращенню здоров'я (і якості людського капіталу) та позитивно впливає на економічні системи.

Якщо апелювати до запропонованого Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) визначення СОЗ як «всіх організацій, людей і дій, метою яких є підвищення, відновлення та підтримка здоров'я»[8], то очевидно, що організація ресурсного забезпечення має враховувати всі ці три елементи, тобто здійснюватися на етапах: безпосередньо надання медичної допомоги; впровадження заходів з доступності медичного обслуговування; трансекторального впливу на детермінанти здоров'я. При цьому на вартість постійно тиснуть такі фактори, як а) старіння населення; б) упровадження новітніх дорогих технологій; в) зростання запитів з боку споживачів.

Відтак є неминучим збільшення витрат на суспільне здоров'я, а відповідальність СОЗ за зобов'язаннями можлива за умови збільшення фінансування. Організація з економічної співпраці і розвитку (ОЕСР) прогнозує до 2050 року зростання витрат на охорону здоров'я (ОЗ) до 13% (за сценарієм впливу вартості) глобального ВВП[11].

Між тим, загроза, що вартість медичних послуг може перевищити платоспроможність більшості громадян, спонукає уряди до застосування запобіжних політичних і управлінських інструментів на вплив вартості. Перевірені міжнародною практикою механізмами політики фінансування ОЗ сьогодні вважать регулювання на системному рівні процесу накопичення доходів та здебільшого конкурентні способи розподілу ресурсів серед провайдерів послуг. Накопичення коштів здійснюється майже в усіх країнах незалежно від джерел їх надходжень і конкретних способів групування. Відповідні способи розподілу накопичених і об'єднаних у фонди ресурсів визначають, зрештою, витратну ефективність різних моделей фінансування.

Зазначені базові і проблемні аспекти фінансування СОЗ окреслені в публікаціях таких відомих у цій царині дослідників, як О. Виноградов, Р. Івенс, Д. Кутцін, В. Лехан, У. Маттіла, В. Москаленко, Е. Моссіалос, М. Поліщук, У. Рейнхардт, В. Рудень, В. Рудий, Г. Слабкий, Ж. Фігерас та ін.

Проте дещо суперечливі спроби апробації в чотирьох пілотних регіонах України потенційно ризикових підходів до структурної реорганізації медичного

обслуговування (по суті збалансування обсягів інфраструктури та ресурсів) і проведення її переважно адміністративними, а не економічними методами, по-перше, а по-друге, унаслідок того, що новації БКУ (ст.ст. 89, 90) так і не призвели до формування достатньо потужних пулів фінансових коштів для ОЗ[1;2], – усе це загострило дискусію в суспільстві навколо анонсованої 2010 року урядом медичної реформи та актуалізувало необхідність обґрунтування докорінної зміни фінансового механізму системи.

Метою цієї роботи є дослідження ефективності стратегій передоплати на прикладі сучасних фінансових моделей та систематизація механізмів пулінгу і розподілу фінансів для охорони здоров'я.

Задля досягнення встановленої мети необхідно вирішити такі завдання: а) визначити переваги і недоліки різних механізмів фінансування медичного обслуговування; б) виявити характерні залежності між обсягом і способом фінансування, результатами роботи провайдерів послуг, індикаторами здоров'я; в) обґрунтувати доцільні способи об'єднання і перерозподілу фінансових потоків для потреб вітчизняної СОЗ.

Експертами ВООЗ встановлено, що такий ключовий індикатор суспільного здоров'я, як середня очікувана тривалість життя (СОТЖ) істотно залежить від середньодушових сукупних витрат на ОЗ: до певної міри ця залежність практично пряма і лише при значному зростанні витрат віддача набуває спадного (крива Престона) характеру[7].

Утім, глобальна економіка охорони здоров'я зростає швидшими темпами, ніж ВВП, та випереджає темпи приросту населення. Світовий обсяг витрат на ОЗ в період між 1995 і 2005 роками збільшився майже вдвічі – з 2,6 трлн. міжнародних доларів до 5,1. При цьому спостерігається пришвидшення темпів зростання: з 2000 по 2005 роки загальний обсяг витрат збільшувався в середньому на 330 млрд. дол. у рік порівняно із середнім показником в 197 млрд. дол. протягом кожного із п'яти попередніх років, а частка світової економіки ОЗ в глобальному ВВП збільшилася за цей період з 9,2% до 9,6%. В абсолютному виразі з поправкою на інфляцію це означає, що впродовж п'яти років у світі відбулось зростання витрат медичного сектору на 35%, а щорічні темпи зростання витрат на цілі охорони здоров'я в душовому розрахунку складають більше 5%[7].

Проте за цією загальносвітовою тенденцією прихована більше ніж 300-кратна різниця між країнами щодо витрат на душу населення, рівень яких

коливається від 30 до 7000 доларів. За вказаною відмінністю вирізняють три групи країн: 1) з високовитратною економікою охорони здоров'я; 2) з економікою, що швидко розвивається; 3) з низьковитратною і повільно зростаючою економікою. Зазначені країни різняться не лише за темпами та рівнями збільшення витрат, але й моделями зростання

за диференційованими фінансовими джерелами. У країнах третьої групи прямі готівкові платежі складають найбільшу частку в структурі зростання, а в країнах першої і другої груп зростання відбувається здебільшого внаслідок збільшення державних і суспільних витрат та здійснення попередніх виплат (табл. 1).

Таблиця 1. Структура і динаміка глобальних витрат на охорону здоров'я*

Реґіон	Питома вага витрат на охорону здоров'я												Загальні витрати на ОЗ на душу населення (за ПКС у міжн. дол.)	
	Загальні витрати на ОЗ як % від ВВП		Загальні державні витрати на ОЗ як % від загальних витрат на ОЗ		Приватні витрати на ОЗ як % від загальних витрат на ОЗ		Загальні державні витрати на ОЗ як % від загальних державних витрат		Оплачувані готівкою витрати як % від приватних витрат на ОЗ		Приватне медичне страхування як % від приватних витрат на ОЗ			
	2000	2007	2000	2007	2000	2007	2000	2007	2000	2007	2000	2007	2000	2007
Загалом у світі	9,2	9,7	57,9	59,6	42,1	40,4	14,5	15,4	44,2	43,9	44,2	45,0	568	863
Американський реґіон	12,0	13,6	44,8	47,2	55,2	52,8	15,5	17,1	30,1	28,0	56,8	59,4	1983	3046
США	13,4	15,7	43,2	45,5	56,8	54,5	17,1	19,5	25,5	22,6	60,3	63,5	4703	7285
Канада	8,8	10,1	70,4	70,0	29,6	30,0	15,1	18,1	53,7	49,6	38,8	42,6	2516	3900
Європейський реґіон	8,4	8,8	75,3	76,0	24,7	24,0	14,3	15,3	65,6	66,5	25,5	24,3	1220	1875
Франція	10,1	11,0	79,4	79,0	20,6	21,0	15,5	16,6	34,4	32,5	61,6	63,9	2615	3709
Німеччина	10,3	10,4	79,7	76,9	20,3	23,1	18,2	18,2	55,1	56,5	40,8	40,1	2671	3588
Великобританія	7,0	8,4	79,3	81,7	20,7	18,3	14,3	15,6	64,8	62,7	15,6	6,9	1833	2992
Італія	8,1	8,7	72,5	76,5	27,5	23,5	12,7	13,9	89,1	85,9	3,2	4,0	2052	2686
Фінляндія	7,2	8,2	71,1	74,6	28,9	25,4	10,6	12,9	77,0	74,3	8,8	8,3	1853	2840
Швейцарія	10,2	10,8	55,4	59,3	49,6	40,7	16,0	19,8	74,0	75,0	23,8	22,6	3217	4417
Польща	5,5	6,4	70,0	70,9	30,0	29,1	9,4	10,8	93,2	83,2	0,8	1,9	583	1035
Росія	5,4	5,4	59,9	64,2	40,1	35,8	9,6	10,2	74,7	83,0	8,1	9,6	412	797
Молдова	5,9	10,3	50,3	50,8	49,7	49,2	8,7	12,5	97,9	97,6	0	0,4	86	281
Україна	5,9	6,9	48,9	57,6	51,1	42,4	8,4	9,2	93,4	92,4	1,0	1,8	195	475
Африканський реґіон	5,9	6,2	43,5	45,3	56,5	54,7	8,7	9,6	53,0	60,1	39,1	32,5	86	137
Ефіопія	4,3	3,8	53,6	58,1	46,4	41,9	8,5	10,2	79,2	80,6	0,5	3,0	20	30
Реґіон Пд-Східної Азії	3,7	3,6	31,2	36,9	68,8	63,1	4,8	5,3	88,9	86,9	2,7	3,4	61	104
Японія	7,7	8,0	81,3	81,3	18,7	18,7	16,0	17,9	90,1	80,8	1,7	13,7	1967	2696

*Розроблено автором за даними[7]

Як би не різнились обсяги фінансування систем ОЗ, дослідженнями встановлено спільну проблемну закономірність, котра виявляється через нестачу коштів для медичного сектору попри динамічне збільшення витрат у зв'язку з об'єктивним здорожчанням послуг і певним невдоволенням населення системою медичного обслуговування (скажімо, за Євробарометром середній показник задоволеності перебуває в межах 50,3% [11]). Причому в країнах з відмінними концептуальними підходами до фінансового насичення СОЗ обсяги браку коштів неоднакові і обумовлені різними причинами.

У Європейському реґіоні необхідність реформування фінансових засад СОЗ в 1990-х – на початку 2000-х років якраз і продиктована тиском саме цих проблем. Реформи торкнулися практично всіх країн і були спрямовані на ресурси й очікування.

Попри ринкові трансформації в економіці України медична галузь досі стоїть на фінансовому фундаменті радянської системи з притаманним їй екстенсивним

характером розвитку і неконтрольованим зростанням дефіциту ресурсів у зв'язку з неререформованістю фінансових механізмів їх збору, об'єднання й розподілу.

За даними обліку всіх витрат за Національними рахунками охорони здоров'я, номінальні витрати на медичну сферу впродовж 2003 – 2007 років збільшилися в 3,4, а реальні з корекцією на індекс інфляції – в 1,3 раза. Але аналіз рейтингових оцінок України серед інших країн світу вказує на очевидну невідповідність між реальними витратами на ОЗ та економічними можливостями країни. Динаміка бюджетних витрат на ОЗ від ВВП свідчить про відставання зростання цих витрат від темпів зростання вітчизняної економіки, а порівняно низька частка державних видатків на медичну галузь у структурі загальних державних витрат підтверджує відсутність пріоритетів державної політики щодо охорони здоров'я.

Попри зростання з 2000 по 2011 роки частки бюджетного фінансування з 4,8 млрд. грн. до

41,7 млрд. грн., пов'язаного здебільшого з необхідністю підвищення заробітної плати медичним працівникам, державні податкові видатки на ОЗ в Україні за ПКС менші від європейських у 5,1 раза, і за обсягом витрат із суспільних джерел Україна посідає 44 місце серед європейських держав і 5 – серед країн СНД, а серед країн-сусідів має чи не найнижчу частку таких витрат. Для нормального функціонування системи охорони здоров'я за підрахунками МОЗ України у 2009 році потрібно було 56 млрд. грн., а дефіцит фінансового покриття із державних і суспільних джерел перевищив 22 млрд. грн. (у 2008 році – 26 млрд. грн.)[3;5;6;7;16].

Трансформація конкретного в національно-економічному контексті механізму фінансування СОЗ з дотриманням принципів солідарної ідеології і соціальної справедливості знаходиться у площині відповідей на питання:

- хто і скільки платить та який тип платежу?
- хто отримує і коли?
- кому платять, скільки і в який спосіб?

У цій тріаді важливим, за U.Reinhardt, є те, як здійснюються в системі потоки фінансових ресурсів і що є одиницею оплати, а джерела коштів мають менше значення, ніж стратегії управління схемами попередньої оплати[15].

У 27 країнах-членах ОЕСР оплата медичних послуг здійснюється переважно з об'єднаних у різний спосіб фондів[7;9].

У національних системах кошти збираються у вигляді податків, які регулюються та розподіляються урядом. Бюджетні системи є універсальними (охоплюють все населення), надійнішими і безпечнішими для окремої особи, але мають потенційні недоліки. За такого фінансування ступінь прозорості руху грошей від споживача до провайдера є найнижчим, і споживачі мають обмежені можливості фінансового впливу на кількість та якість послуг, які їм пропонуються. А провайдерам складно контролювати аспекти, пов'язані з використанням інфраструктури галузі. Тому в межах британської бюджетної моделі, побудованої за принципом єдиного платника (системи з обмеженою конкуренцією), після реформи 1991 року впроваджено «внутрішній ринок» – контрактну систему (фінансування за результатами діяльності) закупівлі медичних послуг з розмежуванням провайдерів і покупців[4;12].

Окрім Британії, фінансування ОЗ із податкових надходжень переважає в Канаді, Данії, Швеції, Фінляндії, Італії, Іспанії, Португалії та ін. країнах. Бюджетні моделі не є однотипними і залежать від ступеня прогресивності та структури оподаткування: такі, як британська, з фінансовим насиченням із загальнодержавних податків мають більше можливостей контролювати і стримувати видатки, використовуючи ефект масштабу, і є адміністративно менш витратними, а децентралізовані канадська чи шведська, з переважно місцевими податковими надходженнями, є дорожчими, але прозорішими для споживача. У змішаних моделях, на кшталт фінської, фінансові надходження з муніципальних бюджетів доповнюються державними субсидіями. Аналіз показує, що реформування фінансових засад СОЗ здійснюється як у бік регіоналізації (Італія, Іспанія, 2001), так і в бік централізації (Данія, 2007).

Щодо об'єднання податкових надходжень для вітчизняної ОЗ, то воно здійснюється на трьох рівнях чотирирівневої бюджетної системи. Фінансові кошти,

що на 80% надходять із місцевих бюджетів і на 20% із держбюджету, розпорознені в бюджетах 14 міністерств і відомств, 27 регіонів, 490 районів і 178 міст обласного підпорядкування[5;14]. Така територіальна та відомча фрагментація і адміністративна децентралізація фінансових ресурсів є одним із аспектів неефективного управління схемами попередньої оплати.

У суспільних моделях, побудованих за страховими принципами, внески об'єднуються в один пул (або декілька), який перебуває під управлінням квазідержавної або недержавної агенції (однієї чи багатьох, заснованих за географічною або професійною ознаками, неконкурентних чи конкуруючих) і за рахунок якого застрахованим громадянам гарантовано оплачується певний пакет медичних послуг. Структура і об'єм цього пакету визначаються обсягом зібраних ресурсів. Послуги, що не покриваються в межах гарантованої для всіх застрахованих програм, можуть оплачуватися в спосіб приватного медичного страхування (ПМС) чи безпосередньо пацієнтом.

Аналізуючи особливості страхових соціальних схем, якими сьогодні охоплено більшість країн Європи, слід зауважити, що соціальне медичне страхування (СМС) залежать не від факту проживання, а від місця роботи і від сплачуваних внесків. Отже, ці схеми як такі не є універсальними: ними покривається лише економічно активна частина населення, тобто теоретично вони не створюють безпеки для всіх.

Проте сучасний вектор трансформації страхових моделей має чітке спрямування до побудови універсальних схем медичного забезпечення. У розвинених країнах Західної Європи класичні страхові моделі доповнюються спеціальними правилами фінансування для тих категорій населення, котрі залишаються за межами обов'язкового страхування. За такими схемами, де страхувальником виступає держава, права на медичне обслуговування отримують особи, які не можуть бути застраховані як працюючі, і практично досягається охоплення як універсальними схемами. Правильно організовані і національні, і суспільні моделі фінансування СОЗ однаково відповідають на перше ключове питання, тобто право на отримання медичної допомоги визначається не платоспроможністю особи, а клінічною потребою.

До системних відмінностей (і переваг) страхової моделі належать наступні. По-перше, відокремлені структури збору доходів і управління фондами СМС додають більшої прозорості, а організаційна самостійність фондів передбачає наявність адекватних форм звітності. По-друге, узалежнення доступу до медичного обслуговування від цільових внесків формує договірні відносини в трикутнику «платник – провайдер – споживач» автоматично. По-третє, поєднання перших двох переваг із солідарністю змінює ставлення до пацієнта (підвищуючи його статус пасивного користувача до цінного споживача і платника) і збільшує рівень задоволеності системою. По-четверте, модель перебуває під меншим політичним впливом, коли доходи до фондів визначаються законодавчо встановленими внесками, а не політичною кон'юнктурою, як при затвердженні бюджетів. Разом з тим, СМС більше залежне від економічної активності та зайнятості.

Зазначені ключові ознаки є спільними для страхових моделей, проте вивчення досвіду західноєвропейських країн з усталеними системами СМС (Австрія, Бельгія, Голландія, Люксембург, Німеччина, Франція, Швейцарія)

висвітлює особливості як структурні, так і процесу руху коштів у системі. До певної міри багатоваріантність страхових моделей обумовлена ступенем їх державного регулювання і наявністю у їх складі компонентів із податкових надходжень. Як засоби підвищення адаптивності, ці особливості визначають життєздатність і привабливість таких моделей, що разом з ширшою можливістю вибору спонукали 8 країн Центральної і Східної Європи (ЦСЄ) та Балтії з 1990 по 1999 роки перейти від радянської моделі до страхової.

Реформи у країнах із суспільними моделями фінансування СОЗ мали за мету підвищення їх фінансової стійкості, ефективності та справедливості і проводилися шляхом оптимального поєднання конкурентних і соціальних критеріїв. Особливо показовими в цьому сенсі є реформування в Німеччині Франції і Швейцарії[4;8;10;12].

З усіх країн, де існує загальне медичне страхування, швейцарська СОЗ має найбільш ринково орієнтований характер. У межах «керованої конкуренції» суспільне страхування здійснюється не медичними фондами, а приватними страховими компаніями. Однак галузь загалом жорстко регулюється Федеральною службою соціального страхування «штучного» ринку. Витрати громадян на обов'язкове придбання полісів частково субсидуються державою. Населення країни з 1996 року охоплене повністю СМС, а транспарентність системи обумовлює чутливість її реакції на запити споживачів, децю поступаючись справедливістю фінансування.

Паралельне запровадження в 1993 – 1996 роках у Німеччині права вільного вибору і зміни фонду (підвищення конкуренції) та прив'язаного до структури ризиків компенсаторного механізму призвело як до зменшення кількості фондів, так і значних відмінностей у розмірах внесків (підвищення справедливості системи).

Проблему стримування витрат на охорону здоров'я у Франції, яка за їх обсягом 2010 року посіла третє місце у світі (11% ВВП), поступившись лише США (17%) та Швейцарії (11,5%), уряд намагається розв'язувати шляхом збільшення у страховому внеску пайової участі застрахованої особи. Цю частку 1996 року замінили цільовим (у складі соціального) податком і розповсюдили його не тільки на зарплату, а й на депозити, субсидії, пенсії та доходи з капіталу, розширивши базу фінансових надходжень для СМС.

Аналіз досвіду впровадження соціального медичного страхування в країнах ЦСЄ показав, що вузькість бази внесків створює серйозні проблеми. І оскільки для України теж наразі актуальним є залучення додаткових коштів для ОЗ, французький досвід щодо збільшення цільових надходжень для медичної сфери вартий уваги.

Пострадянський досвід реформування фінансових засад національних СОЗ країн СНД, що здійснювалося під тиском макроекономічних факторів, взагалі є суперечливим і застерігає, що у разі переходу до СМС необхідно розраховувати співвідношення (і можливі наслідки обраних співвідношень) між: а) витратами і спектром доступних послуг, різноманітністю і широтою вибору; б) конкуренцією та реальною можливістю забезпечення соціальної справедливості і стримування адміністративних витрат. Постала й інша проблема, коли напівнезалежні агенції, що виконують функції збору доходів і створення пулів для ОЗ, легко можуть перейти під вплив наділених повноваженнями зацікавлених осіб, мотивація котрих є далекою від цілей СОЗ. Тому виникає необхідність пошуку відповідності

між: а) розширенням прав щодо прийняття рішень та більшою ефективністю механізмів звітності і фінансової відповідальності; б) більшою відкритістю для ринку і суспільною справедливістю.

Зазначені висновки яскраво простежуються в контексті реформ 1993 – 2004 років у 5 країнах СНД (Росії, Молдові, Киргизстані, Казахстані та Грузії) і отриманих у Росії і Молдові протилежних результатів у подібних з українськими економічних умовах. У ході започаткованої 1993 року в Росії реформи, фрагментарної по суті, допущені системні прорахунки. Складна багаторівнева модель фінансування не забезпечує ні цілісності СОЗ, ні потрібного їй обсягу ресурсів, тому з 2004 року проводиться корекція реформи. Між тим, успішність досвіду Молдови (єдиної із країн СНД, де подолано медико-демографічну кризу) щодо створення прозорої і стабільної страхової моделі з переважно бюджетними надходженнями підтверджується оцінками експертів ВООЗ і Світового банку[4;6].

За сформованими 1996 року в Люблінській хартії та підтвердженими 2008 року Талліннською хартією ЄРБ ВООЗ і заснованими на усвідомленні довгострокових переваг захисту для всіх підходами у країнах ЄС механізми приватного фінансування ОЗ, зокрема добровільне медичне страхування, застосовуються, зазвичай, у трьох випадках: як додаткове і таке, що замінює чи доповнює обов'язкове.

Додаткове приватне страхування більше розповсюджене в країнах з бюджетною моделлю і збільшує можливості споживчого вибору. Замінне страхування існує в Німеччині, Нідерландах, Іспанії для тих прошарків населення, які мають високі доходи і або не охоплені державною системою, або мають право вийти з неї. ПМС, що доповнює вилучені повністю або частково із обов'язкової базової схеми послуги, існує в різних формах і обсягах: у Франції ним покриваються платежі на амбулаторне лікування, у Люксембурзі – стаціонарне, у Бельгії і Данії – медикаменти і Т. п.

Натомість у країнах з ліберальними моделями (США, Сінгапурі, Чилі) механізми приватного фінансування ОЗ є основними. Потенційні переваги цих механізмів великою мірою залежні від організаційної структури і через труднощі регулювання ринку не завжди реалізуються на практиці. А ринкової конкуренції недостатньо для раціональної і справедливої організації ОЗ, адже за умов інформаційної асиметрії надлишкова пропозиція у сфері медичних послуг породжує додатковий попит. Характерна для національних і суспільних моделей моносонна система закупівель медичних послуг не діє в моделях, коли страховики фактично транслюють неконтрольовані цінові пропозиції провайдерів, додаючи власні маркетингові й адміністративні витрати. Та й сама конкуренція більше виявляється у сфері сервісних послуг і високих технологій, ніж у співвідношенні ціна – якість.

Відсутність механізмів стримування витрат у моделях, заснованих на приватному страхуванні як єдиному джерелі страхового покриття, робить їх непродуктивними. Також приватні моделі фінансування СОЗ є регресивними, і у разі відсутності державних субсидій здатність платити є єдиним критерієм доступності до медичного обслуговування. Доступність ускладнюється ще більше селекцією ризиків (і необхідністю виплати більших страхових премій тими, хто має більший ризик захворіти).

Найдорожчою і найбільш дискусійною з відомих

приватних моделей є американська. Сукупні витрати на охорону здоров'я зростають у США швидше, ніж обсяг ВВП, і сьогодні складають близько 2 трильйонів доларів. При цьому майже 47 млн. (20%) громадян не мають страховки, ціни на які зростають швидше, ніж у середньому індекс цін і заробітна плата[8;10]. Такі контрасти змушують до спроб спрямувати рух СОЗ у регульоване русло. Проте 1993 року намагання щодо побудови моделі за принципом «керованої конкуренції» не отримали схвалення, а закон 2010 року оскаржено у Верховному суді.

У США досі немає загальної системи медичного обслуговування. За винятком програм для окремих категорій населення – Medicare, Medicaid, Veterans Administration, які фінансуються державним коштом, основний обсяг медичної допомоги оплачується у спосіб добровільного страхування з розподілом витрат між споживачами і їхніми працедавцями – корпораціями. Варіативність обумовлена часткою як одних, так і інших. Чутливість системи до запитів споживачів формує широкий спектр продуктів медичного страхування з різним пакетним змістом і відповідною ціною. Зворотним же боком вибору є «конвеєрний» спосіб «керованого» лікування, коли лише частина пацієнтів у змозі отримати допомогу за клінічними стандартами, а можливість забезпечити високу якість в індивідуальному плані обертається нездатністю до цього на системному рівні. Утім, безсумнівним позитивом гігантських витрат на медицину в США є чи не найкраща у світі технічна оснащеність провайдерів і найвища заробітна плата медичного персоналу, а країна є світовим лідером досліджень та інновацій у медицині[10].

В Україні застосування прозорих механізмів приватного фінансування медичної галузі, альтернативних до неофіційних зборів із пацієнтів, вкрай обмежене з наступних причин: а) недовіри населення до приватних схем страхування; б) низької платоспроможності переважної більшості населення; в) нерозвиненості ПМС унаслідок двох попередніх причин. У структурі офіційних джерел фінансових надходжень на ОЗ доходи від добровільного медичного страхування і лікарняних кас (його неконкурентного аналога) не перевищують 0,8%[5]. Український викривлений варіант ПМС дублює по суті бюджетне фінансування.

Способи оплати провайдерів в Україні цілком залежні від того, у чийй власності вони перебувають. Провайдери державної і комунальної форм власності попри низьку якість їх послуг і надалі залишаються монополістами, а частка приватного сектору не більша 1%, а в країнах Європи вона становить близько 50% ринку[6].

Між вказаними категоріями провайдерів конкуренції за бюджетні кошти не існує, позаяк приватні провайдери традиційно позбавлені доступу до цих коштів і покриття витрат здійснюють через механізми приватного фінансування з переважно гонорарними методами оплати. Суспільні ж провайдери перебувають на кошторисному утриманні державного і місцевих бюджетів з прив'язаними до ресурсних показників формульними методами визначення витратів. При цьому більшість нормативів не відображають реальних витрат (наприклад, на ліки чи харчування), а прямі

витрати на пацієнта становлять близько 10%, тобто бюджетні асигнування не залежить від обсягів виконаних робіт чи потреб населення у медичній допомозі[13;14].

Неповне розмежування видатків за видами медичної допомоги сприяє перерозподілу їх за ресурсними критеріями у бік вартісного спеціалізованого медичного обслуговування, передусім стаціонарного. Суспільні провайдери як бюджетні установи із низьким рівнем управлінської автономії позбавлені права самостійно розподіляти бюджетні ресурси відповідно до пріоритетів.

За такого методу оплати, по-перше, відтворюється витратний спосіб господарювання, коли навіть значне збільшення фінансування не гарантує якісного зростання, а дефіцит коштів віддзеркалює не лише недостатність фінансування, а й організаційно-структурну неефективність системи, по-друге, обмежуються управлінська ініціатива пошуку шляхів ефективності.

Між тим, у світі по-різному здійснюється оплата послуг провайдерів із об'єднаних у різний спосіб коштів із різних джерел: або безпосередньо, або шляхом відшкодування витрат пацієнтів (повного чи часткового). У разі часткового відшкодування витрат виникає можливість фінансового впливу на транзакції між споживачем і провайдером.

Схеми співфінансування існують у формах, коли пацієнт виплачує певну частку: а) від вартості (співстрахування); б) на одиницю послуги (співплата); в) несе всі витрати до визначеного залежно від доходу рівня. При негнучкому застосуванні цих схем (як методів цінового нормування в умовах підвищеного попиту на медичні послуги або способів додаткової мобілізації коштів для СОЗ) можливе обмеження доступності вразливих груп населення до необхідних послуг.

Самі ж методи оплати можуть бути засновані на одиницях: 1) послуг (варіації гонорарних методів поширені у США, Бельгії, Франції, Німеччині); 2) населення (різновиди подушної оплати переважають в Нідерландах, Італії, Великобританії); 3) часу (зарплатні методи застосовують у Фінляндії, Швеції, Норвегії). Вказані способи оплати провайдерів мають як свої переваги і недоліки, так і особливості застосування як при оплаті первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), так і спеціалізованої.

Методи з ретроспективною оплатою, що передбачають відшкодування витрат за фактично наданий обсяг послуг, призводять до інтенсифікації діяльності провайдерів, а з іншого боку, загострюють проблему структурних диспропорцій, бо платник не має впливу на обсяг і структуру послуг. При проспективній оплаті сторона, що здійснює фінансування, виступає в ролі інформованого покупця, і з'являється можливість планування медичного обслуговування. Задля компенсації недоліків різних варіантів у більшості країн практикують їх комбінації, скажімо, в Австрії і Данії – це змішана система оплати: подушної і за послуги.

Узагальнені варіації моделей фінансування охорони здоров'я в ЄС зводяться до наступних (табл. 2).

Таблиця 2. Моделі фінансування ОЗ у країнах ЄС*

Країна	Модель фінансування / джерела фінансування	Методи оплати ПМСД	Співплата з боку пацієнта	Методи оплати стаціонарної допомоги	
				проспективні	ретро-спективні
Велика Британія	<ul style="list-style-type: none"> – централізована бюджетна модель; – 87,1% - кошти бюджету; – 12,9% - інші платежі. 	<ul style="list-style-type: none"> – диференційований подушний норматив; – гонорарний метод; – цільові субсидії 	Немає	Комбінація передоплати і оплати за обсяги пріоритетних послуг	
Італія	<ul style="list-style-type: none"> – децентралізована бюджетна модель; – 76% - бюджетні кошти; – 0,3% - кошти СМС; – 23,7% - приватні кошти. 	Диференційований подушний норматив	Немає	Глобальний бюджет, розрахований за КСГ	
Франція	<ul style="list-style-type: none"> – централізована модель смс; – 75,7% - кошти СМС; – 21% - приватні кошти; – 3,3% - бюджетні кошти. 	Гонорарний метод	25%, разом із додатковим і рахунками	Глобальний бюджет	
Німеччина	<ul style="list-style-type: none"> – децентралізована модель смс; – 67% - кошти смс; – 11% - бюджетні кошти; – 22% - приватні кошти. 	<ul style="list-style-type: none"> – квазі-гонорарний метод; – гонорарний метод 	Немає	Глобальний бюджет, розрахований за КСГ	
Фінляндія	<ul style="list-style-type: none"> – змішана модель; – 38% - бюджети муніципалітетів; – 25% - державні субсидії; – 16,6% - кошти СМС; – 20,4% - приватні кошти. 	Поєднання зарплати (60%) та інших виплат (40%)	\$ 0,17 за візит до лікаря		Оплата за середньо-профільними ставками

*Розроблено автором за даними [4,7]

Отже, на підставі вивчення світового досвіду, загальних тенденцій і національних особливостей фінансування ОЗ у висновку мусимо зазначити, що майже всі країни світу стикаються з однаковими проблемами: зростанням витрат і обмеженістю ресурсів, але розв'язують їх по-різному.

На наше переконання, завданням реформи непридатної в ринкових умовах української моделі фінансування СОЗ є об'єднання кращих особливостей зазначених підходів. В основі реформування має бути алгоритм побудови справедливих систем з багатоканальними надходженнями ресурсів, методами їх групування і перерозподілу, ефективність яких

забезпечується гнучким поєднанням державного регулювання і ринкових стимулів. З урахуванням національних контексту і пріоритетів в Україні доцільно задіяти стратегії й елементи інтегральної європейської схеми, що базується на доказовому менеджменті, – з оптимальними співвідношеннями: суспільного і приватного фінансування, обмежень і конкуренції. Причому змістом ключового елементу перетворень мають бути диверсифікація суспільних джерел фінансових надходжень і страхові принципи.

Перспектива подальших досліджень полягає у визначенні критеріїв і параметрів раціональної моделі фінансового забезпечення вітчизняної СОЗ.

Список літератури

1. Бюджетний кодекс України [Електронний ресурс] : кодекс № 6495 від 08.07.2010 року. – Режим доступу: <http://www.rada.gov.ua>.
2. Про порядок реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві [Електронний ресурс] : закон України від 07.07.2011 Р. № 3612-VI. – Режим доступу: <http://www.rada.gov.ua>.
3. Валовий внутрішній продукт України, 2000 -2010 роки [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>.
4. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я: уроки для України [Електронний ресурс] / А. Гук, В. Галайда, У. Маттіла та ін. – Режим доступу: <http://www.ec.europa.eu/delegations/ukraine>.
5. Концепція реформування охорони здоров'я України [Електронний ресурс] : доповідь міністра охорони здоров'я на національній раді при Президентові України 13.01.2010 року. – Режим доступу: <http://www.ufoz.ukrnet.info>.
6. Функціонування та фінансування системи охорони здоров'я в Україні [Електронний ресурс] : матеріали Національної конференції від 24 квітня 2008 року. – Режим доступу: <http://www.eu-she.com.ua/ua/news/24>.
7. Мировая статистика здравоохранения [Електронний ресурс] / ВОЗ. – 2010 год. Женева, – Режим доступу: http://www.who.int/entity/whosis/whostat/RU_WHS10_Full.pdf.
8. Системы здравоохранения: улучшение деятельности [Текст] : доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 Г. Женева. – ВОЗ. – 2000.
9. Слабкий, Г. О. Сучасні підходи до фінансування системи охорони здоров'я [Текст] / Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко, О. О. Заглада. –

К., – 2011.

10. Теннер, М. Погляд на системи охорони здоров'я у світі [Електронний ресурс] / М. Теннер. – Режим доступу: <http://www.gukr.com/article2669.html>.
11. Фигерас, Ж. Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние [Текст] / Ж. Фигерас и др. – Копенгаген. – ВОЗ. – 2008.
12. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы [Текст] / Под ред. Моссиалоса Э., Диксон А. и др. – Москва: Весь Мир. – 2002.
13. Шкапяк, О. І. Особливості створення та впровадження нового механізму фінансування охорони здоров'я на макро- та макрорівні [Текст] / О. І. Шкапяк // Науковий вісник Полтавського УЕТ. – 2011. – № 3 (48). – С. 68-76.
14. Lekhan, V. Ukraine: Health system review. Health system in transitions [Текст] / V. Lekhan, V. Ruidiy, E. Richardson. – 2010. – 12 (8).
15. Reinhardt, U. E. The compensation of physicians: approaches used in foreign countries [Текст] / U. E. Reinhardt. QRB, 1985.
16. Ukraine. National health accounts. Geneva, World Health Organization [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.who.int/nha/country/ukr.pdf>.

РЕЗЮМЕ

Шкапяк Александр

Анализ эффективности современных механизмов объединения и перераспределения ресурсов здравоохранения

Исследованы преимущества и недостатки различных механизмов финансирования здравоохранения. Доказано, что механизмы накопления и перераспределения финансовых ресурсов для медицинского обслуживания в Украине являются недейственными в рыночных условиях. Обоснованы целесообразные стратегии оплаты медицинских услуг.

RESUME

Shkapyak Oleksandr

Analysis of current mechanisms efficiency of pooling and re-distribution of health care resources

Advantages and disadvantages of different health care financing mechanisms were researched in the article. Additionally, it was proved that valid Ukrainian accumulation and re-distribution mechanisms of financial resources in medical service are ineffective. Expedient strategies for medical service payments were substantiated.

Стаття надійшла до редакції 05.11.2012 р.