

УДК: 331.47 : 33. 06 (477)

БАГАТОКАНАЛЬНЕ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В КОНТЕКСТІ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ

О.І. Краснова.**Полтавський національний педагогічний університет ім. В.Г. Короленка**

*© Краснова, О.І., 2014.**Стаття отримана редакцією 18.11.2014 р.*

Вступ. Добробут та якість життя населення в Україні має пряму залежність від розвитку системи охорони здоров'я. Зараз вона фінансується з бюджету, а можливості залучення додаткових джерел значно обмежені існуючими законами. Унаслідок цього, система охорони здоров'я відчуває проблеми ринкових відносин, але не має можливості використовувати позитивні сторони ринкової економіки. Недостатнє фінансування медичної галузі та централізація фінансових ресурсів у державному бюджеті не сприяють ефективності функціонування цієї сфери: якість і вибір медичних послуг залишаються на низькому рівні, а інвестиції у медицині не є оптимальними [5].

Огляд останніх джерел досліджень і публікацій. Проблеми фінансування галузі охорони здоров'я та впровадження медичного страхування порушувались у наукових працях вітчизняних учених Є. Богуславського [1], О.В. Виноградова [2], З.С. Гладуна [3], Ю. Гришака [4], В. Лехан [5], Д. Карамішева [6], Т.П. Попченко [8], Я. Радиш [6], В. Рудого [5] та інших. Вагомий внесок у дослідження цієї проблематики зробили західні науковці: Дж. Гендерсон, Е. Магуайра, Г. Муні [7], Р. Салтман, Дж. Фігейрас [10], Р.С. Smith [13] й інші. Однак ще недостатньо вивчені питання державного регулювання та механізмів переходу до багатоканального фінансування охорони здоров'я, напрямів його розвитку в умовах реформування медицини України.

Постановка проблеми. Державне фінансування охорони здоров'я України зараз є обмеженим і забезпечує, головним чином, захищені статті видатків медичних закладів, що ускладнює розвиток ресурсів охорони здоров'я. Тому заклади охорони здоров'я поряд із державним фінансуванням розвивають інші джерела фінансових надходжень, серед яких страхові та благодійні платежі, надходження від платних послуг [2].

Охорона здоров'я потребує радикальних змін, котрі повинні починатися перш за все з укріплення фінансування галузі та пошуку нових фінансових джерел. Удосконалення механізму фінансування є важливим інструментом забезпечення ефективності сфери охорони здоров'я й надання загальнодоступного та якісного медичного обслуговування населенню [13]. Необхідність поліпшення фінансування медицини за рахунок пошуку додаткових джерел робить актуальною проблему розроблення та впровадження нової моделі фінансування системи охорони здоров'я України.

Тому метою дослідження є розроблення моделі багатоканального фінансування системи охорони здоров'я на основі використання таких додаткових джерел, як лікарняні каси (ЛК) та добровільне медичне страхування (ДМС), що забезпечить підвищення ефективності використання ресурсів на початковому етапі впровадження обов'язкового медичного страхування (ОМС).

Основний матеріал і результати. Досвід організації медичної допомоги у світі свідчить, що ідеальною моделлю фінансування охорони здоров'я є така, яка забезпечує вільне використання ресурсів охорони здоров'я та оплату за медичну послугу, коли пацієнт отримує якісні медичні послуги [7].

Як доводить досвід розвинених країн, доречно використовувати три рівні джерел фінансування надання медичної допомоги: мінімальний рівень – забезпечення гарантованої медичної допомоги за рахунок коштів бюджетної системи, основний – надання допомоги в

межах програм із ОМС, третій рівень – отримання медичної допомоги за програмами ДМС та на медичні засоби ЛК [11].

Найбільш ефективним шляхом поліпшення фінансування сфери охорони здоров'я у більшості країн світу вважають відмову від суто бюджетного фінансування і перехід на модель ОМС та ДМС [8].

Ураховуючи досвід країн Східної Європи, перспективним напрямом удосконалення фінансування системи охорони здоров'я є впровадження бюджетно-страхової медицини через розвиток системи ДМС та ЛК з поступовим упровадженням ОМС [11, 12]. Система багатоканального фінансування є необхідним етапом у розвитку бюджетно-страхової моделі охорони здоров'я. Нині в Україні існує тільки бюджетне фінансування, ДМС та ЛК. У сучасних умовах швидкий перехід до ОМС неможливий, він потребує проведення підготовчих етапів. Так, для забезпечення фінансування ОМС необхідна наявність фінансових ресурсів у бюджеті. Запровадженню ОМС має також передувати затвердження стандартів та протоколів, оптимізація мережі закладів, розмежування рівнів медичної допомоги, перехід від утримання закладів охорони здоров'я до оплати наданих ними послуг [9].

Щоб розв'язати головну проблему охорони здоров'я, пов'язану з недостатнім фінансуванням, ми розробили модель фінансування системи охорони здоров'я з активною участю ЛК і ДМС (рис. 1).

Наведена схема показує, що до бюджетних засобів, коштів ДМС, ЛК та приватних коштів населення додався фонд ОМС. Він складається з Головного фонду ОМС та територіальних (обласних) фондів ОМС (ТФ ОМС). Головний фонд ОМС здійснює законодавчо-організаційне управління всією системою ОМС, а також вирівнює забезпечення медичними послугами населення різних за економічним розвитком регіонів, забезпечує фінансову стійкість системи ОМС. Він контролює збір та розподіл фінансових засобів між лікувальними установами на території області. При переході до фінансування охорони здоров'я за рахунок ОМС підвищиться якість медичного обслуговування за рахунок конкуренції між лікувальними закладами.



Рис. 1. Модель фінансування системи охорони здоров'я України в період реформування

На початковому етапі реформування ефективнішими є централізовані системи організації системи ОМС, про що свідчить досвід Естонії, Польщі, Угорщини, Словаччини [10]. В Україні при обмеженості ресурсів, нерозвиненості ринкових відносин в охороні здоров'я зростає потреба у більш жорсткому плануванні надходжень і використанні ресурсів [8]. Створення централізованої системи ОМС, коли страховиком виступає єдиний цільовий фонд ОМС з регіональними філіями, зменшує ризики та витрати, дає змогу поліпшити планування витрат на медичну допомогу, створити в масштабах держави добре керовану структуру.

Головна мета введення ОМС – створення ринкового середовища для медичних установ, що дасть можливість залучити шляхом страхування гроші підприємств та населення. Створення ринку медичних послуг перетворює керівників медичних установ на продавців цих послуг. Запровадження ОМС в Україні дасть можливість створити умови для ефективного управління ресурсами галузі [6]. Перевагою введення ОМС є цільовий характер внесків, що забезпечує зміцнення фінансової бази медицини і високий ступень солідарності незалежно від фінансової можливості людини.

Однак у той же час система ОМС може мати певні недоліки. ОМС може включити до солідарної системи не все населення, а, наприклад, тільки працюючих, тому поза солідарною системою залишаються певні категорії громадян. Тому завданням системи ОМС є максимальне розширення кола застрахованих [1]. Такій системі пострадянських країн у перехідний період властиві також два хибних принципи: «оплата за пролікованого хворого» та «гроші йдуть за пацієнтом». Медичні установи зацікавлені в збільшенні кількості хворих: чим більше буде пацієнтів, тим більше коштів отримають медичні заклади, при цьому, чим більше буде хронічно хворих, тим вигідніше – вони більше часу проведуть у лікарні. Другий принцип може привести до того, що пацієнти лікуватимуться у спеціалізованих клініках без показань для цього, що порушить етапність надання медичної допомоги.

Зараз в Україні є невирішеними і вимагають доопрацювання питання, які суттєво ускладнюють запровадження ОМС найближчим часом [2, 5]. Тому, на нашу думку, для впровадження та розвитку системи ОМС необхідно:

- прийняти нормативну базу, що регламентує надання медичної допомоги, розробити механізм ціноутворення послуг, визначити, скільки коштів держава буде виділяти на гарантовану медичну допомогу;
- забезпечити механізми коректного використання засобів усіма суб'єктами ОМС, направляти державні інвестиції на розвиток матеріально-технічної бази систем охорони здоров'я, підвищення її ефективності;
- упровадити нові механізми для зацікавленості медичних працівників.

Щоб забезпечити права громадян, визначені Конституцією України, система ОМС повинна забезпечувати їм рівні можливості одержання медичної допомоги. Тарифи на медичну допомогу необхідно встановлювати на основі стандартів, затверджених МОЗ України. Підприємства мають брати участь в оплаті медичного обслуговування своїх працівників. Пенсіонери, діти й інваліди повинні мати гарантовану державою безоплатну якісну медичну допомогу, а страхові внески за них будуть сплачуватися з державного та місцевого бюджетів.

Для запровадження ОМС в Україні треба здійснити підготовчу роботу для підвищення ефективності функціонування наявної системи з одночасним сприянням розвитку ДМС.

Сучасне ДМС відкриває доступ до платних медичних установ, застосування сучасних технологій лікування, новітнього оснащення та високого рівня сервісу. Працююча людина повинна мати можливість брати участь в накопичувальному або страховому фонді медицини, що дасть змогу їй протягом усього життя мати доступ до медичних послуг у значно ширшому обсязі, ніж той, на який вона може розраховувати сьогодні [4, 11].

Для розвитку ДМС в Україні необхідно розв'язати такі проблеми:

- забезпечення конкуренції на ринку медичних послуг після прийняття законів про ОМС, допуск медичних установ до системи ОМС на конкурсній основі, підвищення надійності страхових організацій за рахунок ліцензування. Створення умов розвитку ДМС для покриття витрат понад обсяг, визначений програмами ОМС;
- стимулювання збереження здоров'я населенням, реалізації комплексу профілактичних заходів. Такі стимули можуть бути прямими – введення обов'язкових профілактичних оглядів і їх вплив на розмір страхових тарифів та непрямими – встановлення франшиз і лімітів у договорах ДМС;
- вирішення питання включення витрат на сплату платежів за ДМС працівників до собівартості продукції. Страхові внески за працюючих, які платять роботодавці, необхідно виключати із суми, що обкладається податками;
- посилення податкових стимулів розвитку ДМС для тривалого співробітництва. Стосовно фізичних осіб – це зменшення податку на доходи за умов щорічного продовження договорів ДМС. Для юридичних осіб – збільшення частки внесків по ДМС, що відносяться на собівартість продукції, при поновленні договорів ДМС, залік частини внесків на ДМС в оплату єдиного соціального внеску;

- підвищення зацікавленості медичних установ, роботодавців і громадян за рахунок створення найліпшої системи ціноутворення на медичні послуги, контролю за використанням стандартів медичними установами. Ефективність ДМС передбачає розроблення матеріального стимулювання, що буде поширюватися на розміри виплат по тимчасовій непрацездатності при ігноруванні працівником профілактичних заходів, курінні, зловживанні алкоголем, порушеннях техніки безпеки.

Зараз в Україні додатковим фінансовим джерелом охорони здоров'я стали кошти ЛК. Є різні точки зору щодо доцільності їх діяльності. На нашу думку, поки в Україні не буде впроваджено ОМС, необхідно залучати кошти ЛК як доповнення до бюджетного фінансування, які повинні формуватися не тільки за рахунок внесків населення, але й роботодавців. Діяльність ЛК сприяє ефективному використанню фінансів, оскільки до контролю залучаються члени ЛК, що підвищує його результативність та забезпечує цільове спрямування коштів.

У ряді закордонних країн ЛК успішно доповнюють систему ОМС. Типовим прикладом є Німеччина, де ЛК виконують функції страхових медичних фондів, сформованих внесками працівників і роботодавців, при цьому половину внеску платить працівник, а половину – роботодавець. Якщо людина не працює, то внесок платить повністю сама. У Франції діє модель підпорядкування ЛК первинних організацій тим, які стоять вище на національному рівні [12]. А в Ізраїлі ефективна система допомоги організовується взагалі без участі держави – чотири ЛК страхують здоров'я 94% населення. Польський досвід реформування також важливий для української медицини [10]. Реформування медичної галузі тут розпочали зі створення ЛК, які функціонували в кожному воєводстві та відігравали важливу роль у поповненні бюджету системи охорони здоров'я. Згодом їх успішний досвід роботи дозволив запровадити модель ОМС.

Ураховуючи позитивний досвід діяльності ЛК у країнах Європи та в нашій країні, вважаємо, що в майбутньому вони можуть бути посередником між джерелами фінансування й одержувачами засобів у структурі діяльності системи охорони здоров'я. Принципи діяльності ЛК можуть бути підґрунтям для запровадження ОМС.

З метою підвищення ефективності функціонування системи ЛК, на нашу думку, доцільно вжити такі заходи:

- економічні: відшкодування збитку здоров'ю члена ЛК за рахунок накопичених засобів. Для розвитку системи ЛК необхідно підвищити якість обслуговування, надати податкові пільги, зменшити єдиний соціальний внесок для тих підприємців, хто використовує колективні форми членства у ЛК. При оплаті роботодавцями внесків за працюючих ці суми не повинні обкладатися податками;

- організаційні заходи: ввести програми з пакетами додаткових послуг за окремими видами допомоги, наприклад стоматологічною. ЛК повинні створюватися не тільки за регіональним принципом, а також і за галузевим. Доцільно страхувати за місцем роботи глави сім'ї всіх її членів, які не мають власних доходів;

- контролюючі заходи: створення ревізійних комісій ЛК за участю незалежних спостерігачів, методики перевірки цільового використання засобів ЛК, прийняття нормативних документів про контроль ЛК державними органами влади;

- інформаційні заходи: організація проведення роз'яснювальної роботи серед населення і медичних працівників щодо діяльності ЛК.

Українську систему охорони здоров'я треба пристосувати до сучасних умов та до світогляду народу. Побудова нової системи потребує розвитку ринкових відносин у сфері охорони здоров'я, при цьому реформування системи охорони здоров'я та перехід до багатоканального фінансування треба здійснювати поетапно.

На першому етапі:

- покласти на регіональні органи управління охорони здоров'я функції керування бюджетними ресурсами. Необхідно також визначити медичні послуги, що надаються громадянам безоплатно, впровадити відповідність фінансування обсягам державних гарантій та поетапне підвищення засобів на фінансування охорони здоров'я;

- розмежувати первинний і вторинний рівні надання медичної допомоги через розвиток центрів первинної медико-санітарної допомоги та створення госпітальних округів;

- покласти на МОЗ України функції здійснення політики щодо реалізації стратегії реформування галузі, проведення стратегічного аналізу, прогнозування і моніторингу перетворень;

- запровадити систему індикаторів ефективності медичних послуг, що надаються на первинному, вторинному та третинному рівнях медичної допомоги;
- увести цільовий податок на тютюнові вироби й алкоголь для потреб охорони здоров'я. На другому етапі необхідно здійснити:
 - централізацію бюджетних коштів для надання первинної допомоги, амбулаторної та планової стаціонарної допомоги на районному й міському рівнях; виділення коштів на надання вторинної, третинної та екстреної медичної допомоги – на обласному рівні;
 - передачу на комунальний рівень відомчих медичних закладів і забезпечення територіальної єдності лікарень різної підлеглості.
 - визначення витрат на фінансування закладів охорони здоров'я, що надають первинну допомогу, на основі подушного фінансового нормативу шляхом ділення загального обсягу фінансових ресурсів для надання цього виду допомоги на кількість населення. Фінансування закладів вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги відповідно до загального бюджету системи охорони здоров'я.

На третьому етапі за наявності макроекономічних умов потрібно:

- прийняти Закон України «Про обов'язкове соціальне медичне страхування» з виділення частини в єдиному соціальному внеску на потреби ОМС. Переглянути 49-ту статтю Конституції щодо безплатності медичної допомоги в державних і комунальних медичних закладах, законодавчо визначити участь населення у витратах на медичну допомогу;
- перейти від постатейного фінансування медичних закладів до фінансування залежно від обсягу наданих послуг, від фінансування витрат – до купівлі платником послуг медичних закладів. Перетворити медичні заклади на самостійні юридичні особи;
- розвивати недержавний сектор в системі охорони здоров'я, зміну форми власності медичних закладів, поширення приватного сектора. Змінити напрями фінансування, крім фінансування з податків від платників, поширити фінансування через відрахування на ОМС шляхом ДМС та прямої оплати медичної допомоги.

Висновки. Таким чином, державну політику у сфері фінансово-економічного забезпечення сфери охорони здоров'я слід здійснювати з урахуванням того, що програми ОМС, ДМС та ЛК у майбутньому повинні стати основою побудови фінансових відносин у системі охорони здоров'я. Ми припускаємо, що в Україні одночасне функціонування ОМС, ДМС і ЛК можливе тільки у перехідний період, як це було в багатьох пострадянських країнах. ЛК у них у міру розвитку та поширення ОМС втратили свою значимість. Але нині, у період реформування економіки України й погіршення економічного стану багатьох людей, ЛК є достойною базою для випробовування та поширення ДМС, а потім упровадження ОМС в Україні.

Запропонована модель багатоканального фінансування медицини зменшить навантаження на бюджет, дозволить створити умови для задоволення потреб населення в одержанні доступної та якісної медичної допомоги, зменшити частку тіньової медицини, допоможе уникнути необґрунтованих витрат, поліпшить фінансовий стан медичних працівників, а також створить можливості для зміни економічних відносин, що є основою формування нового, раціонального механізму ефективного використання ресурсів охорони здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Богуславський Є. Медичне страхування в Україні: проблеми та перспективи / Є. Богуславський // Зовнішня торгівля: право та економіка. – 2008. – № 4. – С. 83 – 87.
2. Виноградов О.В. Механізми державного управління багатоканальним фінансуванням системи охорони здоров'я в Україні: автореф. дис. к. н. держ. упр. / О.В. Виноградов; [Національна академія державного управління при Президентові України]. – К., 2009. – 20 с.
3. Гладун З.С. Державне управління в галузі охорони здоров'я / З.С. Гладун. – Тернопіль: Академкнига, 2000. – 312 с.
4. Гришак Ю. Проблеми та ефективні шляхи реформування медичного страхування в Україні / Ю. Гришак // Вісник Національного університету ім. Т. Шевченка. Серія: Економіка. – 2009. – № 112. – С. 22 – 24.
5. Лехан В. Украина: Обзор системы здравоохранения / [В. Лехан, В. Рудый, Э. Ричардсон]; ВОЗ: Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2010. – 12 (8). – 227 с.
6. Карамішев Д. Соціальне страхування в системі охорони здоров'я: суперечності та перспективи / Д. Карамішев, Я. Радиш // Зб. наук. праць НАДУ. – К.: НАДУ, 2006. – Вип. 1. – С. 95 – 105.

7. Магуайр Е. Економіка охорони здоров'я / Е. Магуайр, Д. Гендерсон, Г. Муні ; пер. з англ. – К.: Основи, 1998. – 313 с.
8. Попченко Т.П. Реформування сфери охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення: аналіт. доп. / Т.П. Попченко. – К.: НІСД, 2012. – 96 с.
9. Проект Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20150211_0.html
10. Салтман Р.Б. Реформы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий; пер. с англ. / Р.Б. Салтман, Дж. Фигейрас. – И.: Геотар Медицина, 2000. – 432 с.
11. Стецюк Т.І. Медичне страхування та його роль у забезпеченні соціального захисту громадян: автореф. дис.. к. е. н / Т.І. Стецюк. – Київ – 2009. – 22 с.
12. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы / Э. Моссиалос, А. Диксон, Ж. Фигерас, Джо Кутцин. – М. : Весь Мир, 2002. – 354 с.
13. Smith P.C. Оценка эффективности реформирования системы здравоохранения: опыт, проблемы и перспективы / Smith P.C., Mossialos E., Papanicolas I. – Справочный документ по материалам Европейской Министерской конференции ВОЗ по системам здравоохранения «Системы здравоохранения здоровье – благосостояние». – Таллин, 2008. – 24 с.

УДК: 331.47: 33.06 (477)

Краснова Оксана Іванівна, аспірантка кафедри політекономії. Полтавський національний педагогічний університет ім. В.Г. Короленка. **Багатоканальне фінансування охорони здоров'я України в контексті реформування галузі.** Розглянуто проблеми фінансування системи охорони здоров'я України. Обґрунтовано необхідність переходу сфери охорони здоров'я на багатоканальне фінансування з наступним упровадженням обов'язкового медичного страхування через розвиток добровільного медичного страхування.

Ключові слова: охорона здоров'я, медичне страхування, реформа охорони здоров'я, обов'язкове медичне страхування, добровільне медичне страхування.

УДК: 331.47: 33.06 (477)

Краснова Оксана Іванівна, аспірантка кафедри політекономії. Полтавський національний педагогічний університет ім. В.Г. Короленка. **Многоканальное финансирование здравоохранения в контексте реформирования отрасли.** Рассмотрены проблемы финансирования системы здравоохранения Украины. Обоснована необходимость перехода сферы здравоохранения на многоканальное финансирование с последующим внедрением обязательного медицинского страхования через развитие добровольного медицинского страхования.

Ключевые слова: здравоохранение, медицинское страхование, реформа здравоохранения, обязательное медицинское страхование, добровольное медицинское страхование.

УДК: 331.47: 33.06 (477)

Oksana I. Krasnova, post-graduate, Political Economy Department. Poltava V.G. Korolenko National Pedagogical University. **Multichannel financing of public health services in the branch reforming context.** Problems of financing the system of public health services of Ukraine are considered. The necessity of the health protection sphere transition to the multichannel financing with the subsequent implementation of obligatory medical insurance through the voluntary medical insurance development is proved.

Key words: healthcare; medical insurance; health care reform; obligatory medical insurance, voluntary medical insurance.