

В.П. БЕВЗ,
к.е.н., завідувач відділу, Науково-дослідний економічний інститут Мінекономрозвитку України,
Є.О. БУГАЄНКО,
провідний науковий співробітник, Науково-дослідний економічний інститут Мінекономрозвитку України,
Т.В. ШИПТЕНКО,
с.н.с., Науково-дослідний економічний інститут Мінекономрозвитку України

Щодо передумов запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування в Україні

У статті розглянуто стан охорони здоров'я в Україні, передумови запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, особливості медичного страхування в країнах Європи та СНД.

Ключові слова: охорона здоров'я, реформа, медичне страхування, запровадження, медичне обслуговування, фінансування, видатки.

В статье рассмотрено состояние здравоохранения в Украине, предпосылки внедрения общеобязательного государственного социального медицинского страхования, особенности медицинского страхования в странах Европы и СНГ.

Ключевые слова: здравоохранение, реформа, медицинское страхование, внедрение, медицинское обслуживание, финансирование, расходы.

The state of health protection, background of obligatory state social health insurance in Ukraine, features of medical insurance in the countries of Europe and CIS are considered in the article.

Keywords: health protection, reform, medical insurance, introduction, medical service, financing, charges.

Постановка проблеми. Здоров'я людини є одним із визначальних чинників розвитку економіки країни, показником її благополуччя, індикатором результативності та ефективності соціальних реформ. Здоров'я нації залежить від соціально-економічної політики країни, рівня розвитку людського капіталу, рівня технологічного розвитку тощо. Як вказують експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), здоров'я населення – це фактор довготривалого стійкого економічного зростання, підвищення якості людського капіталу через запобігання зростанню поширеності неінфекційних захворювань, наслідкам старіння населення, що сприяє зниженню рівня бідності. Кошти, вкладені в укріплення здоров'я, стимулюють економічне зростання, знижують тягар бюджетів соціального забезпечення, що дає суспільству можливість знову виділяти більше коштів на зміцнення здоров'я [1]. Саме за станом системи охорони здоров'я оцінюють індекс розвитку держави.

Актуальними стають питання пошуку нових джерел фінансування системи охорони здоров'я (ОЗ), що є першочерговим

завданням як для держави, так і для суспільства загалом. Реальною альтернативою є перехід від системи бюджетного фінансування охорони здоров'я до нової більш досконалої моделі, що дозволила б залучати додаткові ресурси, серед яких одним із важливих джерел є медичне страхування.

Запровадження в Україні загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування (ОДСМС) потребує вивчення досвіду та обґрунтування концептуальної основи його засад, аналізу можливостей щодо адаптації зарубіжної практики медичного страхування з урахуванням національних особливостей при побудові системи МС.

Аналіз досліджень та публікацій з проблеми. До питань обов'язкового державного медичного страхування (ОМС) доцільно підійти шляхом вивчення практик, які діють в умовах ринкової економіки, що надаються у працях зарубіжних авторів: російських вчених Н. Адамчук, Є. Коломіна, Л. Рейтмана, Ю. Лісіцина, Ж. Бикової, західних науковців та практиків Дж. Гендерсона, Е. Магуайра, Г. Муні, Р. Салтмана, Дж. Фігейраса, Дж. Ханта та інших фахівців.

В Україні основні проблеми соціального страхування, в тому числі медичного, досліджувалися і були висвітлені в наукових розробках вітчизняними вченими Т. Артюх, Т. Авраменко, В. Бідним, В. Єрміловим, О. Коваль, В. Москаленко, М. Мних, А. Окунським, Н. Орловою, Т. Стецюк, В. Нонко, А. Степаненко, С. Юрієм, М. Шавариною, Н. Шаманською та іншими.

У наукових дослідженнях розкриті питання соціального забезпечення та страхування, які пов'язані з життям і здоров'ям громадян. Проте ці питання потребують врахування змін економічного становища країни, які відбуваються досить швидко і вимагають оперативного реагування для передбачення та зменшення соціальних загроз.

Мета статті – розглянути існуючий стан реформування охорони здоров'я в Україні та передумови впровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування з урахуванням світового досвіду формування та функціонування даної системи.

Виклад основного матеріалу. На сьогодні українська система охорони здоров'я не відповідає ринковим вимогам і не задовольняє у повній мірі потреби населення у медичних послугах.

Ключовими проблемами української системи охорони здоров'я є невідповідність між задекларованими конституційними гарантіями на безоплатну медичну допомогу в державних і комунальних закладах охорони здоров'я [2] та їх реальним фінансовим забезпеченням.

В Україні загальний підхід до фінансування системи охорони здоров'я зберігся практично незмінним з радянських часів, тобто заснований на загальному оподаткуванні, і становить в останні роки 3,5–4,1% від ВВП, переважна частина видатків фінансується за рахунок місцевих бюджетів (рис. 1).

Разом із тим сумарні обсяги (видатки з державних і недержавних джерел) фінансування галузі значно вищі. На сьогодні вони коливаються в межах 7,2–7,8% ВВП, у той час як середньоєвропейський рівень фінансування становить 9,1–9,4% від ВВП згідно зі статистикою ВООЗ [4].

Отже, проблема для України полягає не лише і не стільки в обмеженому державному фінансуванні, а перш за все у збільшенні видатків громадян на оплату медичних послуг з метою підтримки власного здоров'я, оскільки у сумарній складовій фінансування 43–47% від його загального обсягу, або 3,3–3,4% від ВВП, за даними ВООЗ, становлять особисті витрати населення, які мають тенденцію до зростання. В європейському регіоні прямі витрати населення у середньому сягають 19,1–20,4% від загального обсягу витрат на медицину [4].

Має місце нераціональне використання наявних ресурсів, зокрема:

- левова частина державного фінансування йде на фінансування лікарень, при цьому 80–90% з них – на оплату праці персоналу та комунальні послуги;

- децентралізована система розподілу бюджетних коштів на охорону здоров'я створює умови дублювання статей використання бюджетних грошей. Посилення фрагментації фінансових потоків відбувається переважно за рахунок існування відомчих систем охорони здоров'я, на фінансуван-

ня яких, за оцінками окремих фахівців, витрачається 42,3% видатків на охорону здоров'я з державного бюджету [5];

- формування кошторису медичних закладів і на сьогодні відбувається на основі старих радянських підходів, тобто залежно від потужності медичної закладу (чисельності ліжок і медичного персоналу), а не від реальних потреб населення в медичній допомозі, що, своєю чергою, сприяє екстенсивному розвитку галузі.

Наслідком вищезазначеного є те, що значна частина населення неспроможна відшкодувати витрати на послуги з охорони здоров'я, що підтверджується даними Держстату України за матеріалами вибіркового опитування домогосподарств [6]. Особливо це стосується малозабезпечених верств населення: пенсіонерів, багатодітних сімей та сімей із доходом нижче прожиткового мінімуму.

Як і раніше, продовжує мати місце надзвичайно низький рівень державних витрат на придбання лікарських засобів. Фактично всі необхідні для лікування, в тому числі й у лікарнях, лікарські засоби громадяни України змушені купувати за власні кошти. За підсумками 2010 року частка видатків на медикаменти у структурі загальних бюджетних витрат на охорону здоров'я в Україні становила лише 11%. У доларовому еквіваленті відповідні видатки з розрахунку на одного жителя становили лише близько \$12, що згідно з оцінками ВООЗ приблизно у 40 разів менше, ніж, наприклад, у Німеччині, та майже у 12 разів менше, ніж в Естонії [8].

Таким чином, враховуючи, що медична сфера є однією з найдорожчих сфер життєдіяльності будь-якої країни, не може бути якісної медицини без відповідного фінансування, врегульованого механізму законодавчого, організаційного характеру для акумуляції та використання коштів, що надходять у галузь з різних джерел, належної системи оцінки діяльності медичних установ та ефективного контролю витрачання видатків.

Реформа охорони здоров'я в Україні, яка розпочалася у 2010 році, спрямована на поліпшення стану здоров'я насе-

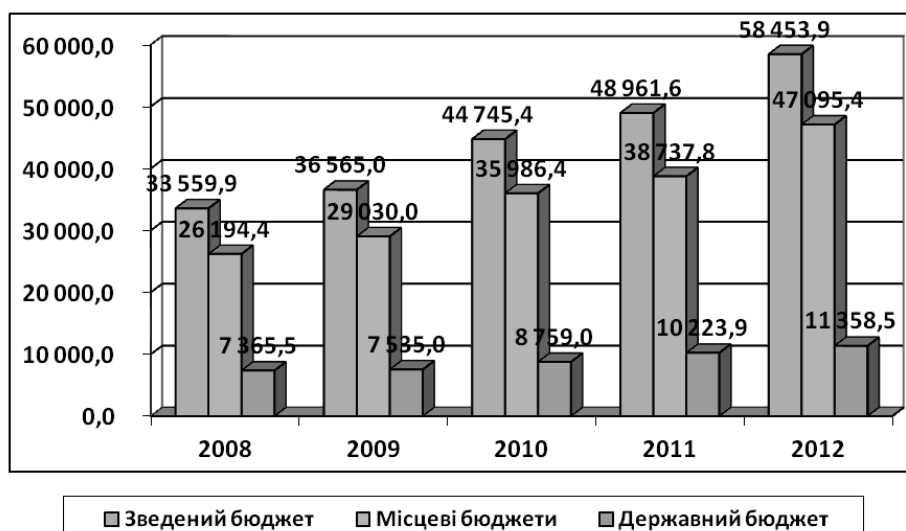


Рисунок 1. Обсяг видатків на охорону здоров'я в Україні в 2008–2012 роках, млн. грн. [3]

СОЦІАЛЬНО-ТРУДОВІ ПРОБЛЕМИ

лення, забезпечення рівного й справедливого доступу всіх громадян до медичних послуг належної якості, підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров'я.

Стан запровадження реформи можна охарактеризувати таким чином. На першому етапі реформи (у 2011 році) проводилася апробація запропонованих змін у чотирьох пілотних регіонах (Києві, Вінницькій, Дніпропетровській та Донецькій областях). Підсумком цього етапу є практично завершена робота з розмежування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги не лише в пілотних регіонах, а й у межах всієї України.

Разом із тим перетворення у вітчизняній сфері охорони здоров'я супроводжуються деякими ризиками і соціально-економічними проблемами, головними з яких є:

- недостатність інформації щодо її проведення та відсутність механізмів ефективного моніторингу за її провадженням та рішень, на основі зворотного зв'язку, спрямованих на усунення недоліків, що виникають (нормативна база МОЗ із реформування первинної медико-санітарної допомоги виявилася неадекватною через недостатню апробацію в медичній практиці);
- розподіл обсягів фінансування, що виділяються на охорону здоров'я, не відповідає міжнародним стандартам (в Україні тільки 10–15% коштів, спрямованих на медичну допомогу, проти 30–40% у зарубіжних країнах із розвинутою медициною, йдуть на потреби пацієнтів; від 85 до 90% – на утримання системи охорони здоров'я, в тому числі на заробітну плату);
- відсутні єдині основи моделі системи охорони здоров'я, спрямованої на підвищення її ефективності (пілотні регіони розробляли модель надання медичної допомоги та підходили до її розбудови самостійно без її затвердження, без урахування світових стандартів ВООЗ щодо наближення системи надання медичної допомоги до міжнародного рівня).

Успішність процесу реформування суттєво залежатиме від достатнього фінансування галузі, ефективного управління та покращення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я.

Незважаючи на обмежені фінансові кошти у системі охорони здоров'я, забезпеченість населення закладами охорони здоров'я, лікарями, медичним персоналом та лікарняними ліжками в Україні залишається високою (табл. 1).

За даними Держстату України, кількість лікарів (без врахування зубних) та середнього медичного персоналу на 10 тис. населення становила у 2011 році 49,3 та 101,0 особи, у 2012 році – 47,9 та 97,2 особи відповідно.

Проведений аналіз стану забезпеченості населення основними елементами системи медичного обслуговування свідчить, що існують суттєві відмінності цих показників в Україні та у країнах ЄС (табл. 2).

Кількість лікувальних закладів (на 100 тис. населення) в Україні за вищенаведеними показниками удвічі перевищував такий показник по країнах ЄС. Кількість лікарняних ліжок (на 10 тис. населення) в Україні була більшою майже у 1,4 раза (на 39,4%) у порівнянні з «новими» країнами ЄС (65 ліжок) та у 1,6 (на 164,7%) – ніж у «старих» (55), при цьому ліжок інтенсивного лікування майже у 28 разів менше. Кількість лікарів усіх спеціальностей (на 10 тис. населення) перевищує європейський показник на 48%. Таким чином, усі показники системи медичного обслуговування населення в Україні порівняно з країнами ЄС є більшими. Однак якість надання медичних послуг є низькою та недостатньо доступною.

За міжнародними статистичними даними, зокрема, відповідно до показників ВООЗ, Україна по забезпеченості лікарями населення суттєво випереджає такі країни, як Німеччина, Франція, Велика Британія, Швеція, Швейцарія та інші (табл. 3).

Таблиця 1. Забезпеченість лікарями та лікарняними ліжками населення України

Показник	2008	2009	2010	2011	2012	Темпи змін у 2012 році до 2011 року
Кількість лікарів усіх спеціальностей, тис. осіб*	222	225	225	224	217	96,9
Кількість лікарів усіх спеціальностей у розрахунку на 10 тис. населення	48,3	49,1	49,3	49,3	47,9	97,2
Кількість середнього медичного персоналу, тис. осіб	465	467	467	459	441	96,1
Кількість середнього медперсоналу у розрахунку на 10 тис. населення	101,1	102,0	102,4	101,0	97,2	96,2
Кількість лікарняних закладів, тис.	2,9	2,8	2,8	2,5	2,4	96,0
Кількість лікарняних ліжок у розрахунку на 10 тис. населення	95,1	94,2	94,0	90,6	89,1	98,3
Середньомісячна заробітна плата, грн.	1177	1307	1631	1778	2201	Збільшення в 1,2 раза

* Без зубних лікарів.
Джерело: [7, 10].

Таблиця 2. Порівняння мережі лікарень в Україні та країнах ЄС у 2011 році

Показник	Україна	Країни ЄС	
		«нові»	«старі»
Кількість лікувальних закладів (на 100 тис. населення)	5,5	2,7	2,7
Кількість лікарняних ліжок (на 10 тис. населення):	90,6	65	55
у тому числі, ліжка інтенсивного лікування, II–III рівнів (на 10 тис. населення)	1,6	45,5	
Чисельність лікарів усіх спеціальностей на 10 тис. населення	49,3	33,3	

Джерело: [7, 10] та дані моніторингу МОЗ.

Таблиця 3. Забезпеченість лікарями в окремих країнах ЄС та СНД (за даними ВООЗ)

Країна	Рік, за який представлено дані	Кількість лікарів на 10 тис. населення	Кількість середнього медичного персоналу на 10 тис. населення	Кількість лікарняних ліжок на 10 тис. населення
Німеччина	2010	36,9	113,8	82
Франція	2011	33,8	93,0	66
Велика Британія	2011	27,7	94,7	30,0
Польща	2010	20,7	54,0	66
Чехія	2010	37,1	87,9	70
Швейцарія	2010	40,8	174,9	50,0
Швеція	2009	38,7	...	27
Угорщина	2010	34,1	64,2	72
Російська Федерація	2006	43,1	85,2	97
Білорусія	2011	37,6	105,3	111
Молдова	2011	36,4	65,0	62
Казахстан	2011	38,4	82,8	76
Європейський регіон	2011	33,3	84,2	60
Україна	2012	47,9	97,2	89,1

Джерело: [12].

У світовій Доповіді про людський розвиток у розділі «Якість медичної допомоги» Україна за чисельністю лікарів на 1 тис. людей (3,1 особи) випереджає такі держави, як Сполучені Штати Америки (2,7 особи), Японію (2,1 особи), Канаду (1,9 особи), Фінляндію (2,7 особи), та багато інших держав. При цьому за показником задоволення якістю медичних послуг Україна з показником 23 (відсоток осіб, які висловили задоволення від наданих послуг) займає одне з останніх місць навіть у порівнянні з державами з низьким рівнем людського розвитку (Того – 22, Ефіопія – 19).

При цьому вищі навчальні заклади майже не зменшують щорічну підготовку лікарів та медичного персоналу. Зокрема, на умовах державного замовлення обсяги випусків спеціалістів-медиків у 2006–2008 роках становили близько 5,5 тис. осіб, а з 2009 року незначно скоротилися і становили близько 4,5–5 тис. осіб.

За даними Державної служби статистики України, чисельність студентів, які завершили навчання у вищих навчальних закладах за денною формою навчання, що знаходяться у сфері управління МОЗ, на початок 2012/2013 навчального року становила 14,9 тис. осіб, у тому числі за рахунок державного бюджету навчалися 4,3 тис. осіб, за рахунок місцевих бюджетів – 3,7 тис. осіб.

Враховуючи наведене та зважаючи на демографічну ситуацію у країні і відносну стабільність обсягів підготовки лікарів, можна передбачити подальше збільшення забезпеченості лікарями населення України.

Тому існуюча пропозиція щодо збільшення обсягів підготовки студентів-медиків на умовах державного замовлення не є доцільною.

Слід зазначити, що за розрахунками Державної служби статистики України, чисельності випускників вищих навчальних закладів сфери управління Міністерства охорони і здоров'я, які отримали направлення на роботу у 2012 році, становила близько 42% від загальної кількості випускників.

Отже, більша половина випускників-медиків працевлаштовується не за направленням МОЗ, а на власний розсуд.

У той же час на ринку праці потреба у лікарях за даними Державної служби зайнятості у 2012 році була у 2,6 раза більше, ніж чисельність незайнятих, які шукали роботу, – 5440 осіб на 14 354 одиниці вакансій [9]. З них влаштувалися на роботу тільки 2779 осіб. Однак це не свідчить про нестачу фахівців-медиків. Найбільш вагомою причиною низького працевлаштування за фахом є низький рівень заробітної плати в системі охорони здоров'я, який становив 72,7% і був меншим за середній по Україні на 27,3% (2201 грн. проти 3026 грн.). У поточному році її розмір збільшився на 0,3 в.п. – у вересні 2013 року становив 72,4% (2362 грн. проти 3261 грн.). Існування розбіжностей по заробітній платі в регіональному розрізі, яка по областях є меншою, ніж середня у галузі, також є причиною неукомплектованості лікарями штатних посад [10].

Основами законодавства України про охорону здоров'я (від 19.11.92 №2801) передбачено встановлення в державних закладах охорони здоров'я середніх ставок і посадових окладів на рівні, не нижчому від середньої заробітної плати працівників промисловості. Однак обмеженість фінансових ресурсів призупиняє дію цієї норми законодавствами під час затвердження державного бюджету України.

Однією з основних причин низького розміру зарплати у галузі є те, що вона відноситься до бюджетних установ, яким посадові оклади встановлюються згідно з постановою Кабінету Міністрів України «Про впорядкування умов оплати праці працівникам установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери». Таким чином, зростання розміру заробітної плати в системі охорони здоров'я залежить від збільшення основних економічних показників: ВВП, доходної частини зведеного бюджету.

Ураховуючи, що забезпеченість лікарями, як вказувалося раніше, в розрахунку на 10 тис. населення перевищує відповідні показники розвинутих країн Європи та світу, збільшувати обсяги підготовки фахівців за державні кошти вва-

СОЦІАЛЬНО-ТРУДОВІ ПРОБЛЕМИ

жаємо недоцільним. На нашу думку, спрямування державних коштів на заробітну плату за гідну працю лікарям стимулюватиме медиків залишатися працювати в системі охорони здоров'я за фахом, спонукатиме підвищувати свою кваліфікацію і бути налагодженим зберегти здоров'я населення країни. А підготовка фахівців повинна здійснюватися відповідно до міжнародних стандартів, що має підвищити якість підготовки і кваліфікацію лікарів.

Тим більше що за якістю надання медичних послуг, за показниками тривалості життя, захворюваністю, народжуваністю та смертністю Україна відстає від провідних європейських країн.

Досвід країн світу переконливо свідчить, що здоров'я потребує значних інвестицій – практично для всіх економічно розвинених країн характерне значне і неухильне зростання витрат на охорону здоров'я. Показовим з цього приводу є порівняння частки видатків на охорону здоров'я у ВВП у країнах з ринковою економікою, наведено у табл. 4.

З наведених статистичних даних бачимо, що у 2011 році порівняно з 2004 роком в усіх країнах видатки на охорону здоров'я збільшилися. Найбільшу частку видатків у 2011 році здійснили: Нідерланди – 12,0% від ВВП, Франція – 11,6%, Данія – 11,2%, Німеччина – 11,1%, Швейцарія – 10,9% та Португалія – 10,4% відповідно (Україна – 7,2%).

Країнами Євросоюзу витрачається на охорону здоров'я у середньому в межах 8,5% – 10% від ВВП. Це відповідає встановленим вимогам ВООЗ, згідно з якими для забезпечення життєздатності галузі необхідно спрямовувати в неї щонайменше 6,5% від ВВП, нижче якої система охорони здоров'я стає нежиттєздатною [4]. За даними інших експертів ВООЗ щодо мінімально необхідного забезпечення фі-

нансування на охорону здоров'я, визначена межа не менше \$44 на одну особу на рік [11].

Загальні витрати на охорону здоров'я в розрахунку на одну особу в доларах США за ПКС становили в 2011 році в Швейцарії – 5564,2; у Нідерландах – 5123; Німеччини – 4371; Франції – 4086; Швеції – 3870; Італії – 3130; Португалії – 2624 відповідно.

У світі в 2011 році, за даними World health statistics 2013, середній показник загальних витрат на охорону здоров'я у відсотках від ВВП становив 9,2%, в Європі – 9,1% [4, 12]. Середньосвітовий показник питомої ваги витрат консолідованих бюджетів на охорону здоров'я дорівнював 15,3% від загальної суми державних витрат, або 5,3% від ВВП, в Європі – 14,9 і 6,7% відповідно.

Загальні витрати на охорону здоров'я у світі в розрахунку на одну особу були на рівні \$1079,5 за ПКС, у тому числі державні – \$623,4, в Європі – \$2319,5 і \$1716,9 за ПКС відповідно.

Досвід фінансування гарантованих державою прав щодо охорони здоров'я у країнах світу показує, що навіть високо-розвинені держави зі сталою економікою використовують декілька джерел залучення коштів для фінансування цієї галузі. Порівняння різних країн свідчать про наявність тісної кореляції між рівнем економічного розвитку країни та мірою державних зобов'язань щодо надання безкоштовної медичної допомоги. Згідно з рекомендаціями експертів ВООЗ ефективне фінансування охорони здоров'я може бути досягнуто за рахунок чотирьох основних джерел: перших двох – державних (зобов'язкове страхування і фінансування із загальнодержавних фондів); двох інших – приватних (плата за медичні послуги та добровільне страхування). Така практика фінансування поширюється практично на всі країни

Таблиця 4. Видатки на охорону здоров'я в країнах із ринковою економікою

Країна	Загальні витрати, % від ВВП			Загальні витрати у ПКС, \$ на душу населення			Державні витрати на охорону здоров'я, % від загальних витрат на охорону здоров'я		
	2004	2010	2011	2004	2010	2011	2004	2010	2011
Австрія	8,2	11,0	10,6	2162	3685	3692	72,1	76,2	75,6
Бельгія	8,8	10,5	10,6	2269	3975	4119	71,3	75,6	75,9
Данія	8,2	11,1	11,2	2420	4468	4564	81,9	85,1	85,2
Фінляндія	6,8	9,0	8,9	1664	3252	3332	75,7	74,5	74,8
Франція	9,4	11,7	11,6	2349	3997	4086	78,1	76,9	76,7
Німеччина	10,5	11,5	11,1	2748	4342	4371	75,3	76,8	75,9
Греція	8,7	10,8	10,8	1399	3069	2918	52,5	61,5	61,2
Ірландія	6,1	9,2	9,4	1953	3720	3894	77,1	69,2	70,4
Італія	8,0	9,5	9,5	2032	3047	3130	72,3	77,6	77,2
Люксембург	6,1	7,9	7,7	2625	6712	6876	92,9	84,3	84,3
Нідерланди	8,1	12,1	12,0	2246	5112	5123	73,2	84,8	85,7
Норвегія	9,3	9,3	9,1	2268	5391	5674	75,8	85,5	85,6
Португалія	7,7	10,7	10,4	1441	2729	2624	70,0	65,8	64,1
Іспанія	7,0	9,6	9,4	1556	3057	3041	76,4	74,2	73,6
Швеція	8,0	9,6	9,4	1748	3760	3870	83,8	81,0	80,9
Швейцарія	10,4	10,9	10,9	3222	5296,7	5564,2	73,4	65,2	65,4
Велика Британія	6,9	9,6	9,4	1763	3433	3322	83,3	83,2	82,7
Європейський регіон ВООЗ	8,5	9,3	9,1	1575	2282	2320	73,8	74,4	74,0
Україна	2,8	7,8	7,2	347	527	528	58,6	56,6	51,7

Джерело: [4].

Таблиця 5. Джерела фінансування охорони здоров'я у Німеччині, Нідерландах, Великій Британії, США в 2011 році, % від загальних витрат

Джерела фінансування	Країна			
	Німеччина	Нідерланди	Велика Британія	США
Державні витрати	75,9	85,7	82,7	45,9
у тому числі: соціальне страхування загальних витрат	68,1	72,0	0,0	40,4
Приватне страхування та інші приватні витрати	11,7	9,2	8,1	42,8
Оплата послуг пацієнтом	12,4	5,1	9,2	11,3
Разом	100	100	100	100

Джерело: розрахунки авторів із використанням [4].

європейського регіону, де співвідношення державного і приватного секторів фінансування визначається рівнем економічного розвитку країни. Статистичні показники за 2011 рік, які надані в табл. 5, відображають склад джерел фінансування системи охорони здоров'я в країнах із розвинутою ринковою економікою.

У 2011 році в Німеччині державне соціальне страхування становило 68,1% загальної суми видатків на охорону здоров'я. В США, для яких характерні принципи приватної медицини, витрати державного соціального страхування до рівнювало 40,4% суми загальних видатків. Найбільша частка витрат державного соціального страхування на охорону здоров'я була в Голландії – 72,0%.

Бюджетні витрати в даній галузі є найбільшими у Великій Британії – 85% загальної суми, оскільки в основі даної системи лежить бюджетне фінансування. Частка приватного страхування, крім США, де його величина становить 42,8% загальних витрат, в основному незначна і становить 8–12% бюджету галузі. Чільне місце в бюджеті охорони здоров'я займають кошти, акумульовані на страхових засадах: їхня загальна сума в Німеччині становить 79,8%, в Голландії – 81,2%, що свідчить про те, що одним із суттєвих джерел фінансування медичної допомоги є залучення коштів через страхові механізми.

Ступінь значущості медичного страхування, крім того, підтверджується ступенем загальної охопленості ним населення країн – так, у Німеччині в ньому беруть участь 99,8% населення, у Франції – 98%, Японії – 95%, Швейцарії – 92%, Австрії – 90% [13].

Країни світу з різними рівнями розвитку в останні роки об'єднують процеси реформування галузі та системи фінансування охорони здоров'я (достатньо згадати «битви» навколо реформи охорони здоров'я в США у 2013 році). Серед основних напрямів здійснення змін експерти ВООЗ виділяють такі: зміна відносної ролі уряду, робітників охорони здоров'я та пацієнтів в організації та наданні медичної допомоги; зміна у співвідношеннях джерел фінансування галузі; зміна методів оплати праці [11]. У переважній більшості країн преференції надаються системі, в основі якої лежать страхові засади. Навіть така країна, як США, з традиційною ліберальною економікою, поводить реформу охорони здоров'я, в якій як один із варіантів посилення державного контролю розглядається можливість запровадження централізованої бюджетно-страхової моделі охорони здоров'я з опосередкованою формою організації.

Необхідність змін в організації охорони здоров'я в країнах СНД пов'язана з прагненням більш економно і ефективно витратити обмежені фінансові ресурси, що виділяються на надання медичної допомоги населенню.

У результаті реформування системи охорони здоров'я у країнах СНД (децентралізації управління, демонополізації державного сектору охорони здоров'я, багатоканальності фінансування, запровадження обов'язкового медичного страхування в деяких країнах, зокрема в Росії, Молдові, впровадження ринкових механізмів) відбулося значне зниження обсягу та якості медичної допомоги та загострення проблеми з її забезпечення, що призвело до порушення конституційних прав громадян на доступну і безкоштовну медичну допомогу. Жоден з перерахованих підходів не був реалізований державами Співдружності в повному обсязі, суспільство не домоглося бажаного результату, спрямованого на підвищення якості надання медичної допомоги населенню [14].

У 2011 році у країнах Співдружності (за даними ВООЗ) співвідношення витрат консолідованих бюджетів на охорону здоров'я до ВВП у відсотках становило: в Азербайджані, Вірменії, Таджикистані – 1,1, 1,5 і 1,6% відповідно; в Казахстані – 2,3%, в Україні, Росії та Білорусі – 3,7%, в Киргизстані – 3,9%, у Молдові – 5,2% [4].

Загальні витрати на охорону здоров'я в розрахунку на одного жителя в доларах США за ПКС становили: у Росії та Білорусі – \$1316,3 та \$793,5; у Казахстані, Україні і в Азербайджані – \$533,6; \$527,5 і \$523,1; у Молдові – \$385,5; у Вірменії – \$249,5; у Киргизстані і Таджикистані – \$160,7 і \$135,4 відповідно.

Висновки

В Україні існує невідповідність між задекларованими конституційними гарантіями на надання безоплатної медичної допомоги населенню та їх реальним фінансовим забезпеченням.

Обмежене державне фінансування на охорону здоров'я вимагає населення витратити на оплату медичних послуг особисті кошти, які досягають 47% від загального обсягу і в подальшому мають тенденцію до збільшення (в європейському регіоні такі витрати становлять 19,1–20,4%). Значна частина населення, особливо малозабезпечені верстви населення, не спроможна відшкодувати витрати на одержання медичних послуг. Має місце низький рівень державних витрат на придбання лікарських засобів, з яких їх левову частину громадяни змушені купувати за власні кошти.

Незважаючи на обмежені фінансові кошти в системі охорони здоров'я, наведені дані свідчать про високу забезпеченість населення медичними закладами, лікарями, медичним персоналом та лікарняними ліжками.

Соціально-економічні перетворення у країні потребують науково обґрунтованого пошуку напряму побудови української моделі охорони здоров'я, яка б на основі рівності та солідарності забезпечувала поліпшення здоров'я населення, своєчасно реагувала на обґрунтовані та соціально значущі потреби в медичній допомозі та забезпечувала справедливий і ефективний розподіл фінансових коштів. З огляду на вищесказане не виключається, що найбільш оптимальною моделлю може бути модель бюджетно-страхової медицини, коли життєзберігаючі функції (онкологію, соціальні захворювання (СНІД, туберкульоз), невідкладну медичну допомогу, допомогу при пологах, охорону материнства і дитинства тощо) покладають на державне забезпечення, а решту – на Фонд обов'язкового медичного соціального страхування.

Міжнародний досвід організації систем медичного соціального страхування, які побудовані за різними моделями систем охорони здоров'я, свідчить про досить тривалий термін їхнього впровадження (десятьки років).

Проведення реформи охорони здоров'я України є першим кроком реорганізації медичної галузі, яка супроводжується деякими ризиками і соціально-економічними проблемами.

За умов, які склалися в охороні здоров'я України, підготовка до запровадження ОДСМС неможлива без повного завершення комплексу розпочатих реформ, тривалість яких залежатиме, перш за все, від фінансово-економічних, організаційних, соціальних та інших факторів.

Список використаних джерел

1. Инвестиции в здоровье: ключевое условие успешного экономического развития стран Восточной Европы и Центральной Азии [Електрон. ресурс] // Marc Suhrcke, Martin McKee, Lorenzo Rocca // Всемирная организация здравоохранения, 2008, от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2008. Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/74740/E90569R.pdf.

2. Конституція України, ст. 49. [Електрон. ресурс] – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>

3. Виконання Державного бюджету. Державна казначейська служба України [Електрон. ресурс] – Режим доступу: <http://treasury.gov.ua/main/uk/doccatalog/list>

4. [Електрон. ресурс] – Режим доступу: Health financing: Health expenditure ratios by country. – Global Health Observatory Data Repository: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.75?lang=en>

5. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір: Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В. – К., 2009. – С. 7.

6. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2012 році (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2012 року) [Електрон. ресурс] – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>

7. Коваль О.П. Запровадження обов'язкового державного медичного страхування як складова державного управління змінами сфери охорони здоров'я в Україні / О.П. Коваль, Т.П. Авраменко // Інвестиції: практика та досвід: наук. фах. вид. [Електрон. ресурс] / Режим доступу: <http://www.investplan.com.ua/>

8. Сучасний стан, шляхи і перспективи реформи у сфері охорони здоров'я України: Парламентські слухання 05.06.2013 [Електрон. ресурс] – Режим доступу: http://static.rada.gov.ua/zakon/new/par_sl/SLO50613.htm

9. Державна служба зайнятості [Електрон. ресурс] – Режим доступу: http://www.dcz.gov.ua/control/uk/statdatacatalog/list/category?cat_id=305437

10. [Електрон. ресурс] – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>

11. WHO Global Health Expenditure Atlas 2012 [Електрон. ресурс] – Режим доступу: <http://www.who.int/nha/atlas.pdf>

12. World health statistics 2013. – World Health Organization 2013 [Електрон. ресурс] – Режим доступу: http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

13. Петухов В.В. Организация статистического учета и отчетности в системе обязательного медицинского страхования: Уч.-метод. пособие // Под ред. В.В. Петухова. – М., 2000. – 192 с.

14. О состоянии здоровья населения, организации системы здравоохранения в странах СНГ. – Доклад: 2009. [Електрон. ресурс] – Режим доступу: www.vkr.ru/upload/global/O911_1_isp_4-4doklad.doc

П.П. САМОФАЛОВ,

к.е.н., доцент, Київський національний університет технологій та дизайну

Управління витратами акціонерних товариств

У статті розкриваються особливості витрат як об'єкта управління, виокремлено основні принципи управління витратами, завдання такого управління, а також функції управління витратами, виокремлено трансакційні ви-

трати. Надаються пропозиції щодо удосконалення такого управління, що передбачає застосування контролінгу.

Ключові слова: принципи управління витратами, витрати акціонерних товариств, трансакційні витрати, контролінг.