

Л. А. Ляховченко,  
аспірант кафедри управління охороною суспільного здоров'я, Національна академія  
державного управління при Президенті України

## СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОФІЦІЙНИХ ТА НЕОФІЦІЙНИХ ПЛАТЕЖІВ НАСЕЛЕННЯ ЗА МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ

**У статті обґрунтовано напрями розвитку додаткових джерел фінансування галузі охорони здоров'я, зокрема співоплати громадян за медичні послуги. На основі досвіду зарубіжних країн, встановлено основні причини збільшення неофіційних платежів населення у сфері охорони здоров'я.**

**Directions of development of additional sources of health care financing, especially co-payment of people medical care are proved in the article. On the base of the foreign countries experience are set principal reasons of increase of unofficial payments of population in the health care system.**

*Ключові слова: державне управління, система охорони здоров'я, фінансування охорони здоров'я, офіційні та неофіційні платежі населення, співплата, благодійні внески, гуманітарна допомога.*

*Key words: public administration, health care system, health care financing, official and unofficial payments of people, co-payment, charity contributions, humanitarian help.*

### ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

В умовах недостатнього бюджетного фінансування системи охорони здоров'я постійно зростає значення додаткових джерел фінансування, а саме — позабюджетних. Крім офіційно затверджених додаткових коштів фінансування (офіційна плата населення за медичні послуги, кошти міжнародної технічної та гуманітарної допомоги, кошти громадських, релігійних та благодійних організацій), існують також і неофіційні платежі населення за медичні послуги.

Сьогодні залишається актуальним вивчення питання про платежі населення за медичні послуги, адже їхній розмір значно впливає на добробут населення та доступ до якісної медичної допомоги.

### АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ І ПУБЛІКАЦІЙ

Питання про офіційні платежі населення за медичні послуги певною мірою відображено в науковій літературі, але, на жаль, не завжди науковці відображають розмір таких платежів статистичними даними. Що стосується питання про неофіційні витрати населення на охорону здоров'я, то ця проблема майже не висвітлюється у науковій літературі, що інколи призводить до спрощених уявлень експертів про те, яку роль відіграють дані платежі у всій системі охорони здоров'я.

Проблемам розвитку платежів населення за медичні послуги присвячені роботи Виноградова О.В., Москаленка В.Ф., Лехан В.М., Солоненко І.М., Солоненко Н.Д., Шутова М.М., Попченко Т.П.

Однак, незважаючи на це, невирішеними частинами загальної проблеми є те, що запровадження формальних платежів за медичні послуги зовсім не усуває існування системи неофіційних платежів. Ось чому зарубіжний досвід є досить актуальним сьогодні.

Метою статті є аналіз офіційних та неофіційних платежів населення за медичні послуги, а також на основі досвіду зарубіжних країн визначити та обґрунтувати причини, які призводять до зростання неофіційних платежів населення.

### ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ

Сьогодні фінансування державних і комунальних закладів охорони здоров'я України здійснюється переважно за рахунків бюджетних коштів. Але бюджетне фінансування є недостатнім для задоволення усіх існуючих потреб населення в медичних послугах. Тому медичні заклади постійно шукають

можливість залучення додаткових ресурсів з інших джерел, які були б законодавчо дозволені. Такими джерелами на сьогоднішній день є добровільні внески юридичних та фізичних осіб, а також офіційні витрати населення з власних коштів.

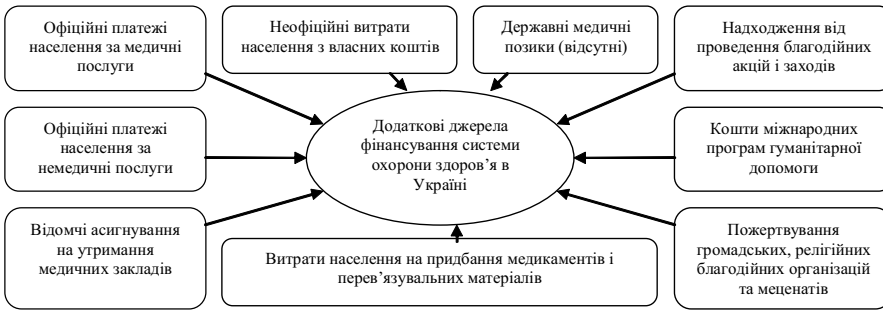
Основною ціллю політики офіційних витрат населення на охорону здоров'я є залучення додаткових ресурсів до даної системи.

Концепцією розвитку охорони здоров'я населення України передбачено, що джерелами фінансування системи охорони здоров'я, крім державних та місцевих бюджетів, є благодійні внески та пожертвування юридичних і фізичних осіб, кошти, одержані за надання платних медичних послуг, а також інших джерел, не заборонених законодавством [2].

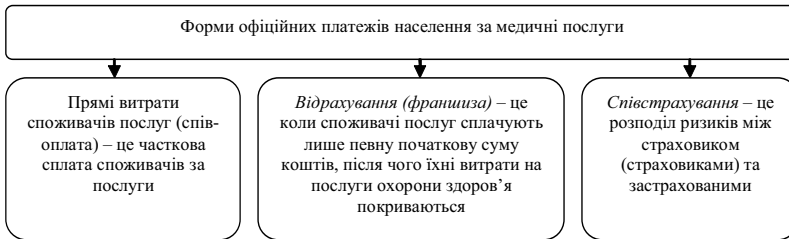
Більш ширший перелік додаткових джерел надходжень на фінансування галузі охорони здоров'я зображений на рис. 1 [1; 2].

Постановою Кабінету Міністрів України № 1138 від 17.09.1996 року затверджено перелік платних медичних послуг, що надаються в закладах охорони здоров'я. Даною постановою задекларовано, що до платних медичних послуг відносяться тільки ті медичні послуги, які не загрожують здоров'ю пацієнта та не належать до першочергових медичних потреб, а саме: надання косметологічної допомоги; лікування безплідності; анонімне обстеження і лікування хворих на алкоголізм і наркоманію; лікування хвороб, що передаються статевим шляхом; операції штучного переривання вагітності, крім абортів за медичними показаннями; протезування, у тому числі зубне, вушне, очне; корекція зору за допомогою окулярів і контактних лінз; оздоровчі та профілактичні процедури для дорослого населення (масаж, гімнастика тощо); медичні обстеження при прийомі на роботу, для отримання права на водіння автомобіля, носіння зброї та відповідні періодичні профілактичні обстеження; догляд і лікування хворих вдома за неможливості здійснювати таке лікування в амбулаторних умовах; діагностичне обстеження і консультування громадян без направлення лікаря; перебування в стаціонарі батьків з дітьми віком від шести років, якщо це не зумовлено станом здоров'я дитини; медичне обслуговування спортивних змагань, масових культурних і громадських заходів; медичне обслуговування іноземних громадян тощо [3].

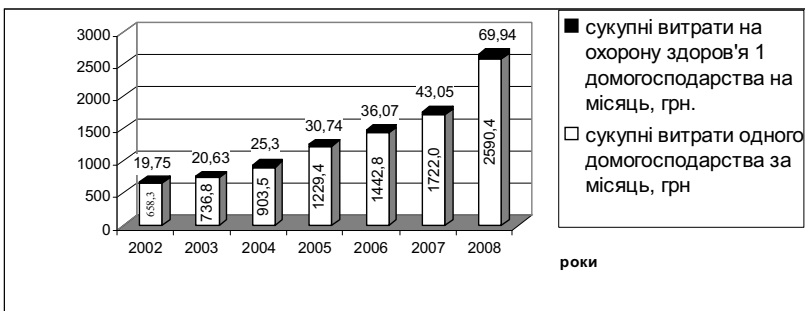
Офіційні платежі пацієнтів існують у різних формах (рис. 2) [11].



**Рис. 1. Додаткові джерела фінансування системи охорони здоров'я в Україні**



**Рис. 2. Форми офіційних платежів населення за медичні послуги**



**Рис. 3. Розмір сукупних витрат 1 домогосподарства на місяць, у т.ч. і на охорону здоров'я, грн. [13].**

За даними Державного комітету статистики України проведено аналіз офіційних витрат домогосподарств на охорону здоров'я (рис. 3).

Як бачимо із рис. 3, у зв'язку із збільшенням сукупних витрат домогосподарств, протягом 2002—2008 років відбувається збільшення витрат і на охорону здоров'я. Так, в середньому сукупні витрати 1 домогосподарства на місяць у 2008 році збільшилися на 1932,10 грн. порівняно із 2002 роком, тобто майже в 4 рази. Розглядаючи зміну витрат 1 домогосподарства на місяць на охорону здоров'я, слід зазначити, що у 2008 році також відбулося збільшення порівняно із 2002 роком на 50,19 грн., тобто в 3,5 рази.

Розрахувавши структурне співвідношення розміру витрат на охорону здоров'я в розмірі сукупних витрат домогосподарств, слід зазначити, що у процентному співвідношенні із 2002 року відбувається зменшення витрат на охорону здоров'я, і тільки починаючи із 2008 року відбулося збільшення на 0,2 % порівняно з 2007 роком (табл. 1).

Розглядаючи розмір середніх сукупних витрат у 2008 році 1 домогосподарства на місяць, у т.ч. і на охорону здоров'я, у різних областях України, слід відмітити, що чим більші загальні витрати домогосподарства, тим вищий і розмір витрат на охорону здоров'я. Але в загальному, за винятком деяких областей, всі регіони України витрачають на охорону здоров'я від 2,5 до 3,0 % від своїх загальних місячних витрат, які вони здійснюють протягом місяця (табл. 2).

На рис. 4 зображено області, домогосподарства яких

витрачають на охорону здоров'я найбільшу та найменшу частину від своїх загальних витрат.

Як бачимо із рис. 4, у 2008 році одне домогосподарство в таких областях, як в Вінницька (2,1 %), Волинська (1,5 %), Донецька (2,2 %), Одеська (1,9 %), в середньому на місяць у 2008 року витратили найменшу кількість коштів на охорону здоров'я від своїх загальних витрат. Цей показник є навіть нижчий, ніж в середньому по Україні (2,7 %). Але домогосподарства таких областей, як Київська (3,4 %), Черкаська (3,3 %), витратили кошти на охорону здоров'я значно більші, ніж в середньому по Україні.

Розглянемо як здійснюються платежі населення за медичні послуги в інших країнах (Російська Федерація, Франція, Великобританія, Фінляндія, Німеччина, Фінляндія, Італія).

У Німеччині приблизно 12 % фінансування системи охорони здоров'я здійснюється прямими платежами з боку пацієнтів, у той же час у Франції — 13% за рахунок співоплати з боку пацієнта. Прямі платежі пацієнтів Франції за ліки складають в середньому 20 %, хоча вони можуть коливатись від 0 (за необхідні ліки) до 65 % за так звані "ліки комфорту".

У Великобританії вартість ліків, які видаються без рецепту, повністю оплачує пацієнт. Що ж стосується оплати ліків, які видаються за рецептами, то пацієнт в середньому сплачує 24 % їх ціни [8].

Аналіз системи фінансування охорони здоров'я Італії свідчить, що співплата з боку пацієнта за ліки, що видаються за рецептами стаціонарним і амбулаторним хворим, становить близько 50 % вартості ліків. Ліки, які призначені для лікування тяжких та хронічних захворювань, надаються фактично безоплатно.

У Фінляндії також існує додаткове фінансування системи охорони здоров'я за рахунок співоплати з боку пацієнтів та становить близько 23 % загальної суми фінансування. В основному співоплата пов'язана з відшкодуваннями витрат на період хвороби, але заклади охорони здоров'я також можуть вимагати співоплату за стаціонарні та амбулаторні послуги. Законодавством Фінляндії передбачено, що рівень співоплати не повинен виходити за встановлені межі, але за останні роки частка співоплати в загальному обсязі фінансування системи охорони здоров'я постійно збільшується.

У Польщі, як і в Україні, на законодавчому рівні встановлено перелік платних медичних послуг. До них, зокрема, віднесено: надання медичних висновків про здатність керувати механічними транспортними засобами; послуги у санаторіях, якщо вони не пов'язані з безпосередньою причиною направлення пацієнта на оздоровче лікування; деякі види стоматологічних послуг; нестандартні послуги; медикаменти та технічні засоби, визначені у спеціальному розпорядженні Міністра охорони здоров'я. Ці послуги фінансуються за рахунок власних коштів пацієнтів [6].

На законодавчому рівні також встановлено офіційну плату пацієнтів у Латвії. Відповідно до державного наказу, починаючи з серпня 1995 року, медичні заклади можуть брати плату з пацієнтів у межах базового обсягу послуг до 25% від вартості послуг, що надаються. Чим більша можливість держави забезпечити достатніх надходжень до системи охорони здоров'я, тим нижчий процент опла-

ти пацієнтів. У випадках невиконання муніципалітетами своїх фінансових зобов'язань, відбувається компенсаторне підвищення розміру співоплати з боку пацієнтів (але не більше 25 %). Слід зазначити, що плата за медичну допомогу дітям віком до 18 років, вагітним та пацієнтам, що отримують невідкладну медичну допомогу, не стягується.

Розглядаючи систему охорони здоров'я Росії, слід зазначити, що, окрім фінансування за рахунок податків та обов'язкового і добровільного страхування, значний обсяг надходження коштів здійснюється через офіційні платежі населення. Тобто до базового обсягу послуг не відносяться платні медичні послуги, вартість яких пацієнт зобов'язаний сплатити. Крім того, у Росії існують так звані неформальні платежі населення, які надходять прямо з "кишені" пацієнтів або їх родичів за надану медичну допомогу чи отримання більшої уваги з боку лікаря [9, с. 13].

У Болгарії, крім офіційних платних медичних послуг, також існують неформальні платежі населення за медичні послуги. Такі платежі заповнюють той розрив, який виникає внаслідок нездатності держави забезпечити нормальне фінансування системи охорони здоров'я. Аналіз літературних джерел свідчить, що у Болгарії люди готові платити вдвічі-тричі більше офіційних тарифів, але тільки в тому разі, якщо це забезпечує швидкий доступ і високу якість обслуговування в закладах охорони здоров'я. Крім того, залишається проблема диференційованого підходу до оплати послуг різної якості, тобто медичні послуги високої якості заслуговують відповідно на вищу матеріальну винагороду, ніж аналогічні послуги нижчої якості [8].

Взагалі, величезною проблемою в країнах Центральної та Східної Європи, а також України є неофіційні платежі, розмір яких досить складно оцінити в зв'язку з обмеженістю статистичних даних, особливо оцінити масштаби тінювих платежів у секторі охорони здоров'я.

Саме фінансова незабезпеченість держаних гарантій безплатною медичною допомогою в Україні зумовила збільшення випадків неофіційних платежів пацієнтів, а також погіршила доступ до якісної безкоштовної медичної допомоги населенню. Питання неофіційних платежів домогосподарств за отримані медичні послуги, в першу чергу, торкаються їхнього добробуту та особливо хвилюють бідні верстви населення [7, с. 132].

У лікарняних закладах предметом неофіційних платежів громадянами можуть бути:

- прийом пацієнта без черги або в зручний для нього час;
- видача лікарняного листа;
- оформлення фіктивного професійного огляду в медичних книжках;
- видача довідок (на навчання, на отримання посвідчення водія тощо);
- надання місць денного стаціонару;
- платежі за проведення операції (за роботу хірургам, анестезіологам, медичним сестрам);
- послуги, пов'язані з перебуванням у відділенні (наприклад, окрема палата, палата з кращими умовами, з меншою кількістю хворих, з телевізором, холодильником, нова постільна білизна тощо);
- послуги по догляду за важкими хворими (післяопераційні пацієнти);

**Таблиця 1. Динаміка витрат на охорону здоров'я 1 домогосподарства на місяць протягом 2002—2008 років**

Роки	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Сукупні витрати в середньому за місяць на одне домогосподарство, грн.	658,30	736,80	903,50	1229,40	1442,80	1722,00	2590,40
Сукупні витрати на охорону здоров'я одним домогосподарством на місяць, грн.	19,75	20,63	25,30	30,74	36,07	43,05	69,94
Структурне співвідношення витрат на охорону здоров'я до сукупних витрат домогосподарств, %	3	2,8	2,8	2,5	2,5	2,5	2,7

— додаткові діагностичні дослідження і консультації [10, с. 105—106].

Крім того, оминаючи офіційні канали, неофіційні платежі служать доповненням до заробітної плати лікарів, але ніяк не інвестуються у вирішення проблем галузі [5].

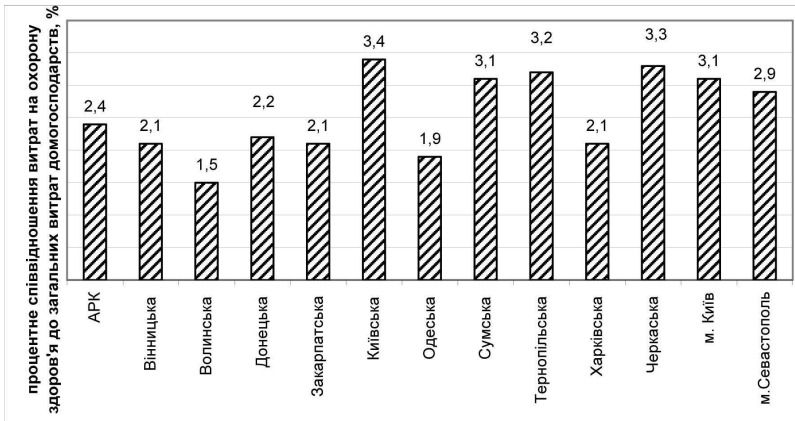
Причинами, які призводять до зростання неофіційних платежів в Україні, є:

- відсутність відповідного медичного права та нормативно-правової бази в роботі медичних закладів;
- бажання отримати медичну допомогу більш вищої якості чи в більшій кількості порівняно з тим, на що можна розраховувати при безкоштовному лікуванні;
- можливість зменшити витрати на лікування порівняно з офіційним розрахунком через страхові лікарняні каси;
- втрата моральних та етичних норм медичної, лікарської честі [10].

Оскільки, можна сказати, що неофіційні винагороди, що повсякденно роблять пацієнти за надання медичних послуг, розглядаються багатьма працівниками системи охорони

**Таблиця 2. Структурне співвідношення витрат на охорону здоров'я до загальних витрат 1 домогосподарства на місяць у областях України (2008 р.)**

Назва області	Сукупні витрати в середньому за місяць на одне домогосподарство, грн.	Сукупні витрати на охорону здоров'я одним домогосподарством на місяць, грн.	Структурне співвідношення витрат на охорону здоров'я до сукупних витрат домогосподарств, %
АРК	2414,37	57,94	2,4
Вінницька область	2682,74	56,34	2,1
Волинська область	2276,40	34,15	1,5
Дніпропетровська область	2521,20	73,11	2,9
Донецька область	2543,16	55,95	2,2
Житомирська область	2486,54	72,11	2,9
Закарпатська область	3169,03	66,55	2,1
Запорізька область	2410,12	65,07	2,7
Івано-Франківська область	3075,00	83,03	2,7
Київська область	2780,22	94,53	3,4
Кіровоградська область	1901,70	55,15	2,9
Луганська область	2353,30	67,43	2,9
Львівська область	1829,30	43,90	2,4
Миколаївська область	2902,70	87,08	3,0
Одеська область	1608,40	30,56	1,9
Рівненська область	2422,00	62,97	2,6
Сумська область	2296,50	71,17	3,1
Тернопільська область	2387,88	76,41	3,2
Харківська область	2541,60	53,37	2,1
Херсонська область	2245,40	58,38	2,6
Хмельницька область	2415,85	60,40	2,5
Черкаська область	2605,15	85,97	3,3
Чернівецька область	2523,80	70,67	2,8
Чернігівська область	2336,90	56,09	2,4
м. Київ	3960,11	122,76	3,1
м. Севастополь	3144,70	91,20	2,9



**Рис. 4. Динаміка витрат на охорону здоров'я 1 домогосподарства окремих областей за 2008 рік**

здоров'я як виправдана компенсація за низьку заробітну плату та в багатьох випадках призводять до заохочення корупції.

Розглядаючи програми міжнародної технічної та гуманітарної допомоги як додаткове джерело фінансування системи охорони здоров'я, слід зазначити, що така допомога є важливим чинником втілення рішень міжнародних організацій щодо покращення стану здоров'я населення та поліпшення якості послуг у сфері охорони здоров'я. Кошти від такої допомоги надаються згідно з міжнародними угодами, а також контрактами з урядовими структурами, зарубіжними громадськими організаціями, через співпрацю з неурядовими організаціями в Україні [4].

На жаль, на сьогоднішній день відсутні офіційні дані щодо вартості міжнародної технічної та гуманітарної допомоги. Крім того, основними перешкодами на шляху ефективного використання міжнародної технічної та гуманітарної допомоги є відсутність в Україні органу, який здійснював би координацію діяльності міжнародних спонсорських організацій. Також існує значна частина медичного персоналу, яка не підготовлена до використання в сучасних умовах гуманітарної допомоги.

Що стосується коштів громадських, релігійних та благодійних організацій, то вони складають лише незначну частину від загального обсягу фінансування системи охорони здоров'я. Це пов'язано із нерозвиненістю вищезазначених неурядових організацій, а також із відсутністю потужних фінансових джерел та заможних громадян, які б посприяли їх створенню.

## ВИСНОВКИ

Як показує міжнародний досвід, співплата громадян за медичні послуги надає можливість регулювати ринок споживчих медичних послуг, мотивує громадян підтримувати здоровий спосіб життя, є певною частиною доповнення до сукупного бюджету охорони здоров'я, а також є відмовою від факторів ризику. Крім того, пацієнти готові збільшити в декілька разів свої неофіційні виплати, але якщо це забезпечить швидкий доступ і високу якість обслуговування в закладах охорони здоров'я.

В Україні основною причиною збільшення розміру неофіційних платежів населення за медичні послуги є незабезпеченість державних гарантій безплатною медичною допомогою в Україні. На жаль, сьогодні відсутні офіційні дані про неофіційні витрати населення на медичні послуги, що в багатьох випадках спонукає до заохочення корупційних діянь. У той же час практика свідчить, що використання сьогодні традиційних методів подолання неофіційних платежів населення (посилення контролю, адміністративні заходи тощо) не дає позитивних результатів.

Для зменшення неофіційних платежів населення по-

трібно, в першу чергу, легалізувати оплату та видатки на медичні послуги прийняттям відповідного нормативно-правового медичного забезпечення, підвищити розмір заробітної плати працівників галузі охорони здоров'я.

Враховуючи вищезазначене, перспективами подальшого розвитку досліджень є вивчення механізмів раціонального розподілу і використання грошових коштів системи охорони здоров'я як в Україні, так і в інших країнах світу.

## Література:

1. Закон України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" від 19 листопада 1992 року №2801-XII (із змінами та доповненнями) [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/>

2. Указ Президента України "Про концепцію розвитку охорони здоров'я населення України" від 7 грудня 2000 року №1313/2000 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>

3. Постанова Кабінету Міністрів України "Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти" від 17 вересня 1996 року №1138 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/>

4. Постанова Кабінету Міністрів України "Про затвердження Порядку отримання благодійних (добровільних) внесків і пожертв від юридичних та фізичних осіб бюджетними установами і закладами освіти, охорони здоров'я, соціального захисту, культури, науки, спорту та фізичного виховання для потреб їх фінансування" від 04.08.2000 року №1222 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/>

5. Виноградов О. В. Механізми державного управління багатоканальним фінансуванням системи охорони здоров'я в Україні: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня к.н.держ. упр.: спец. 25.00.02 "Механізми державного управління" / О. В. Виноградов. — Національна академія державного управління при Президенті України. — К., 2009. — 20 с.

6. Москаленко В. Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст. монографія / В. Ф. Москаленко. — К.: Книга плюс, 2008. — 320 с.

7. Попченко Т. П. Реформування системи охорони здоров'я як один з механізмів протидії корупції / Т. П. Попченко // Стратегічні пріоритети. — 2008. — №4 (9). — С. 129—136.

8. Проект "Оцінювання політики платежів пацієнтів та її впливу на економічну ефективність, рівність/справедливість та якість послуг у Центральній та Східній Європі", координований Маастрихтським університетом та фінансованою Єврокомісією у травні-червні 2009 року [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://healthcare.management.com.ua/2009/11/27/no-free-lunch/#comments>

9. Савкіна О. В. Механізми державного регулювання системи надання медичної допомоги населенню України: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня к.н.держ. упр.: спец. 25.00.02 "Механізми державного управління" / О. В. Савкіна. — Донецький державний університет управління. — Донецьк, 2006. — 20 с.

10. Шутов М. М. Организационно-экономический механизм развития системы здравоохранения в регионе: монография / Шутов М. М. — Донецк: ВИК, 2005. — 320 с.

11. Як сплачуєте, так і отримуєте! Реформування принципів фінансування лікарень в Україні / Інститут Економічних досліджень та Політичних Консультатій в Україні. Німецька Консультативна Група при Уряді України — лютий 2008 року [Електронний ресурс]. — Режим доступу: [http://ierpc.org/ierpc/papers/w14\\_ur.pdf](http://ierpc.org/ierpc/papers/w14_ur.pdf)

12. Офіційний сайт Державного комітету статистики України: <http://www.ukrstat.gov.ua/>

Стаття надійшла до редакції 08.02.2010 р.