

УДК 330.3: 336.1

*І. А. Голованова,  
д. мед. н., професор, завідувач кафедри соціальної медицини, організації та економіки  
охорони здоров'я ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія"  
О. І. Краснова,  
аспірант кафедри політекономії Полтавського національного педагогічного  
університету імені В. Г. Короленка*

## ФІНАНСУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ ТА У КРАЇНАХ СХІДНОЇ ЄВРОПИ

I. Golovanova,  
Doctor of Medical sciences, Professor, Head of Department of Social Medicine, Organization and Health Economics  
HSEU "Ukrainian Medical Stomatological Academy".  
O. Krasnova,  
post-graduate of chair of political economy of the Poltava National Pedagogical University of a name V.G. Korolenka

### HEALTH CARE FINANCING IN UKRAINE AND IN COUNTRIES OF EASTERN EUROPE

***Проаналізовано принципи фінансування сфери охорони здоров'я в Польщі, Чехії та Болгарії, визначено досвід, який був би корисний для України. Розглянуто перспективи і механізми впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні з урахуванням зарубіжного досвіду.***

***Analyzed the principles of health financing in Poland, Czech Republic and Bulgaria, defined experience that would be useful for Ukraine. The prospects and mechanisms for the implementation of mandatory health insurance in Ukraine with foreign experience.***

*Ключові слова: охорона здоров'я, страхова медицина, реформування охорони здоров'я, фінансування медичної галузі, обов'язкове медичне страхування.*

*Key words: healthcare, medical insurance, health care reform, health financing industry, obligatory medical insurance.*

### ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

Охорона здоров'я є невіддільним елементом суспільного життя та соціальної політики держави. Такі фактори, як складний політичний стан, економічна криза, а також неефективне використання фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я негативно вплинули на стан здоров'я населення України. Раціонально розроблена система фінансування охорони здоров'я є однією з умов результативного функціонування цієї галузі. Її ефективність залежить від обсягу цього фінансування, розподілу коштів та регулювання з боку держави [5].

У системі охорони здоров'я України за роки незалежності майже не відбулося суттєвих змін, крім виникнення приватних медичних клінік. Проблема необхідності реформування охорони здоров'я в нашій країні зараз має особливу значимість. У розв'язанні цієї задачі Україні може допомогти досвід країн, які також перейшли від моделі Семашка до системи страхової медицини. До цих країн відносяться Польща, Чехія та Болгарія. Аналіз систем охорони здоров'я цих країн дозволить провести ті зміни у медичній галузі України, які були ефективними в інших державах у період реформування. Актуальність теми зумовлюється вагомістю вивчення досвіду реформування охорони здоров'я в країнах Східної Європи для забезпечення вдалого функціонування охорони здоров'я України та недостатньою направленістю досліджень цієї проблеми у літературі на практичні потреби.

### АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ І ПУБЛІКАЦІЙ

Питання зарубіжного досвіду організації охорони здоров'я та його адаптації до умов України вивчали З. Гладун, Л. Жаліло, С. Осташко, Я. Буздуган [1], М. Ковалевский, Н. Найговзина, В. Найштетік [5], Я. Радиш, І. Солоненко, А. Таранов, Д. Хаді [8], С. Томсон та інші. Однак системи охорони здоров'я закордонних країн змінюються з часом. Тому вивчення їх змін та досвіду залишається своєчасним для України в нинішніх умовах зближення з країнами Європейського союзу.

### МЕТА СТАТТІ

Мета нашої роботи — проаналізувати системи охорони здоров'я країн Східної Європи, визначити досвід, який був би корисний для України та напрями його впровадження.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Головним завданням країни в галузі охорони здоров'я є створення умов для результативної роботи цієї системи за допомогою інструментів фінансування, що забезпечували б доступність якісних медичних послуг для усіх громадян. Тобто держава не обов'язково повинна брати всі затрати на себе, а може залучати і інші джерела фінансування, наприклад такі як фонди добровільного медичного страхування.

Недостатність виділених державою коштів на охорону здоров'я веде до зменшення обсягу обслуговуван-

**Таблиця 1. Державні видатки на охорону здоров'я на душу населення у Чехії, Польщі, Болгарії та Україні на душу населення (дол. США)**

Країна	Роки				
	2007	2008	2009	2010	2011
Чехія	1414,5	1456,3	1719,1	1578,8	1605,7
Польща	742,1	890,9	977,2	987,3	1013,3
Болгарія	490,4	568,0	548,8	588,6	588,5
Україна	274,7	281,3	273,4	288,3	272,7

Джерело: [2].

**Таблиця 2. Загальні видатки на охорону здоров'я на душу населення у Чехії, Польщі, Болгарії та Україні на душу населення (дол. США)**

Країна	Роки				
	2007	2008	2009	2010	2011
Чехія	1610,4	1764,2	2047,7	1884,9	1922,8
Польща	1061	1241,3	1365,2	1377,4	1422,7
Болгарія	842,6	970,5	991,4	1057,0	1064,0
Україна	444,1	487,9	496,8	526,8	525,5

Джерело: [2].

ня, неможливості капітального ремонту медичних закладів, оновлення обладнання, низьку заробітну плату персоналу [5].

Система Семашка, яка досталась у спадок країнам Східної Європи, передбачала загальне медичне обслуговування та широке охоплення населення. Але подібна побудова була неспроможною фінансово через надмірну кількість лікарень, ліжок та лікарів. Ситуація ускладнилась зниженням доходів населення, а спад економіки призвів до зниження доступності медичного обслуговування для населення. Перед країнами Східної Європи постало нелегке завдання — збалансувати ефективність витрат та якість медичного обслуговування.

Країни ЄС під час здійснення фінансування охорони здоров'я спираються на цілі, сформульовані ВОЗ [6]: фінансовий захист; принцип соціальної справедливості у фінансуванні; рівність доступу до медичного обслуговування; підвищення прозорості і підзвітності системи охорони здоров'я; нагорода за високу якість медичної допомоги; підтримка управлінської ефективності.

Фінансування системи охорони здоров'я в Чеській республіці засновано на принципах солідарності і справедливості. Страхові компанії здійснюють збори вкладів із працюючої частини населення, при цьому 60% від зібраної суми вони передають законодавчо обраній національній страховій компанії. Загальна медична страхова організація (ЗМСО) об'єднує зібрані кошти з коштами, виділеними з бюджету на обов'язкове медичне страхування (ОМС) осіб, які перебувають на обліку з безробіття, дітей з незабезпечених сімей, пенсіонерів. Внески працюючих громадян становлять 4,5% їхніх доходів, роботодавців — 9% [4]. Перелік медичних послуг на основі ОМС встановлює Міністерство охорони здоров'я.

У Чеській Республіці існує можливість якісного лікування для всіх, не залежно від соціального рівня, на підставі страхування здоров'я. Також слід відмітити, що при впровадженні страхової медицини значно зросли витрати на галузь через брак коштів у фондах, які суб-

сидуються з державного бюджету. Витрати на медичне обслуговування пенсіонерів та безробітних вищі за трансферти, які отримують фонди медичного страхування. Таке становище викликало дефіцит коштів, яке тільки частково покривається внесками тієї частки населення, яка сплачує медичне страхування.

Польща в минулому була соціалістичною країною. В країні існували лікарняні каси, що відповідали за накопичення і перерозподіл коштів. Пізніше каси поступилися місцем змішаній бюджетно-страховій системі на основі загальнообов'язкового медичного страхування [8].

У 2003 році був створений Народний фонд здоров'я (НФЗ), який має 17 регіональних відділень по всій країні [10]. Діяльність фонду регулюється Міністерством охорони здоров'я, яке визначає категорії громадян, які мають право на пільгове медичне обслуговування. Пацієнтам надається право вільного вибору лікаря. Медичні заклади укладають договори з НФЗ на надання послуг населенню.

Поляки створили електронну систему охорони здоров'я, що об'єднує інформацію про лікарні, аптеки й пацієнтів [9]. У цій системі кожен пацієнт має індивідуальний медичний обліковий запис. Медичні заклади по всій країні отримують миттєвий доступ до інформації про страховку пацієнта, попередні медичні огляди, лабораторні аналізи.

Польська медицина пройшла великий шлях від радянської до західної моделі охорони здоров'я. До позитивних моментів реформи слід віднести відокремлення цільових коштів на охорону здоров'я від бюджету. Лікувальні заклади мають найсучасніше обладнання, забезпечені повним асортиментом лікувальних препаратів. Це стало можливим завдяки фінансуванню НФЗ Польщі. Серед недоліків слід відмітити низький рівень фінансування системи охорони здоров'я внаслідок зниження доходів працівників бюджетної сфери, зростання неформальних платежів, нераціональне використання державних коштів, черги в лікарнях, тенденція до надмірного споживання послуг з боку пацієнтів, досить низький рівень оплати праці медичного персоналу.

Болгарія, як і будь-яка інша постсоціалістична країна, пройшла складний шлях реформування. Зміни торкнулися всіх сфер життя, в тому числі і охорони здоров'я. В основі колишньої моделі Семашка лежали принципи загального і безкоштовного доступу населення до медичного обслуговування. Фінансування здійснювалося з коштів державного бюджету та з муніципальних бюджетів.

В 1999 р. Болгарія перейшла на нові принципи фінансування, що передбачають введення внесків на ОМС. Відповідно до Закону про медичне страхування був створений Національний фонд ОМС (НФОМС). До його основних функцій відносяться забезпечення доступу застрахованого населення до медичної допомоги та управління фінансовими ресурсами в охороні здоров'я відповідно до Закону про медичне страхування. Зараз близько 92% громадян країни охоплені обов'язковим страхуванням [7]. НФОМС складається з центрального відділення та 28 регіональних фондів ОМС. Фонд фінансує всю мережу амбулаторних закладів охорони здоров'я та лікарень, з якими у нього укладені відповідні

договори. Завдяки проведеним реформам відбулися значні покращення в секторі охорони здоров'я. Створення системи ОМС і державне фінансування соціально вразливих груп населення допомогло розширити доступ до медичної допомоги і відновити справедливість у системі охорони здоров'я. Тривалість життя населення Болгарії збільшилась, а коефіцієнт смертності — знизився [7]. Шляхом організації державного контролю була введена суворозвітність в питаннях управління лікарняним боргом. До недовіки слід віднести, що витрати системи медичного страхування залишаються відносно високими, зменшились зарплати медичних працівників, діє значний за обсягом сектор неофіційних платежів, слабкий контроль в системі охорони здоров'я. Крім того, всі лікарні одержують як відшкодування однаково суму на підставі проведеного лікування, при цьому не враховуються якість послуг, витрати на них, тяжкість захворювання та вид діагностичного медичного обладнання. Це призводить до того, що лікарні, у яких витрати вище, у великих боргах.

Якщо розглядати сферу охорони здоров'я України, то важливим джерелом фінансування галузі є кошти державного та місцевих бюджетів, вони, на жаль, неспроможні у повному обсязі забезпечити усі потреби. Додатковими джерелами являються добровільне медичне страхування, благодійництво та спонсорство, самофінансування. Соціально-економічне значення ДМС полягає у тому, що воно доповнює гарантії, надані у межах соціального забезпечення до максимально можливих у сучасних умовах стандартів [1], однак воно користується невеликим попитом через низьку платоспроможність населення, недосконалість нормативно-правової бази в сфері страхової медицини. Одним із напрямів поліпшення доступності медикаментозного забезпечення стала участь населення у співоплаті витрат на медичну допомогу у формі лікарняних кас (ЛК). В Україні станом на 2012 року діє 220 лікарняних кас [3]. Сьогодні ЛК готові забезпечувати доступною і якісною медичною допомогою своїх членів.

Обсяги фінансування системи охорони здоров'я у Болгарії, Чехії, Польщі та Україні значно різняться (табл. 1). Серед досліджуваних країн найбільшими державними видатками на охорону здоров'я на душу населення характеризуються Чехія, потім — Польща та Болгарія, і найнижчим цей показник є для України. Варто також зауважити, що за досліджуваний період у Чехії, Польщі, Болгарії сума видатків у розрахунку на душу населення постійно зростала, а в Україні спостерігалось зменшення цього показника з 288,3 дол. США у 2010 р. до 272,7 дол. США у 2011 р.

**Таблиця 3. Розподіл видатків на охорону здоров'я у Чехії, Польщі, Болгарії та Україні**

Країни	Видатки на охорону здоров'я							
	Частка державних видатків у загальних видатках		Частка приватних видатків у загальних видатках		Частка видатків соціального забезпечення у державних видатках		Частка зовнішніх надходжень у загальних видатках	
	2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011
Чехія	85,2	83,5	14,8	16,5	90,0	90,6	-	-
Польща	70,4	71,2	29,6	28,8	84,4	86,2	0,0	0,1
Болгарія	58,2	55,3	41,8	44,7	65,6	68,4	-	-
Україна	61,8	51,7	38,2	48,3	0,5	0,5	0,3	0,4

Джерело: [2].

**Таблиця 4. Ефективність видатків на охорону здоров'я у Чехії, Польщі, Болгарії та Україні у 2011 році**

Країни	ВВП на душу населення (дол. США)	Загальні витрати на охорону здоров'я в % від ВВП	Кількість лікарів на 100 тис. населення	Кількість ліжок у лікарнях на 100 тис. населення	Смертність на 100 тис. населення	Зменшення тривалості життя внаслідок смерті до 65 р.
Чехія	24370	7,4	363,7	683,6	708,4	4,7
Польща	20430	6,7	218,6	654,8	747,7	6,1
Болгарія	14160	7,3	386,3	644,9	932,9	6,6
Україна	7040	7,2	349,1	904,9	1102,1	8,9

Джерело: [2].

При цьому, якщо у Чехії державні видатки на охорону здоров'я на душу населення склали у 2011 році 83,1% від загальних витрат, в Польщі — 71,2%, в Україні державні видатки на охорону здоров'я на душу населення склали у 2011 році лише 51,9% від загальних затрат (табл. 2, 3).

Отже, співвідношення між державними та приватними видатками на фінансування сфери охорони здоров'я України порівняно з іншими країнами переконливо свідчить про те, що у нас в країні рівень приватних видатків є надзвичайно високим (табл. 3). Так, якщо у Чехії частка видатків соціального забезпечення у державних видатках у 2011 році складала 90,6%, у Польщі — 86,2%, то в Україні — лише 0,5%. Цей вид страхування фінансується за рахунок внесків роботодавців і працівників.

Наведені вище характеристики свідчать, що галузь охорони здоров'я України, побудована на основі системи Семашка, показала свою низьку ефективність.

Ефективність видатків на охорону здоров'я в Україні зберігається дуже низкою, навіть у порівнянні з країнами Східної Європи. Так, при тому, що загальні витрати у % від ВВП України порівняні з витратами Чехії, Польщі, Болгарії та кількість ліжок у лікарнях та лікарів на 100 тис. населення більша, смертність та тривалість життя нижче. Смертність в Україні в 2011 році в розрахунку на 100 тис. населення була більше ніж у Чехії на 35,7%. При цьому кількість ліжок у лікарнях і відповідно їх фінансування були більше ніж у Чехії на 24,5% (табл. 4).

Як бачимо, Чехія, Польща та Болгарія розвивають систему охорони здоров'я в напрямі розвитку первинної ланки та приватної форми надання медичних послуг, поєднання бюджетного та страхового джерела фінансування, пошуку нових організаційних форм діяльності закладів охорони здоров'я, підвищення ефективності

використання ресурсів охорони здоров'я. Проведення комплексного реформування галузі стало гарантією їх вдалого функціонування. Найбільш оптимальним варіантом для цих країн стала система охорони здоров'я, створена на принципах ОМС з централізованим збором та розподілом фінансових коштів.

## ВИСНОВКИ

Структура фінансування медичної галузі України потребує докорінної перебудови, що дасть змогу набагато ефективніше використовувати ресурси. В країні було б доцільно створити єдиний національний страховий фонд із регіональними відділеннями, як це існує нині в Польщі, Чехії та Болгарії, який би здійснював збір страхових внесків та забезпечував своєчасну оплату медичних послуг. Кошти фонду не повинні включатися до складу Державного бюджету України, а лише використовуватися у цільових напрямках. Джерелами формування коштів Фонду ОМС України можуть бути страхові внески на обов'язкове соціальне страхування, кошти державного бюджету, суми від фінансових санкцій, благодійні та добровільні внески юридичних та фізичних осіб. Усе це повинно супроводжуватися введенням механізмів контролю за витратами на охорону здоров'я.

Поряд з вирішенням проблеми фінансування сфери охорони здоров'я країни варто звернути увагу і на формування і використання капіталу закладів охорони здоров'я. Необхідно провести оновлення основних засобів, при цьому, частину основних засобів можна сформувати за рахунок купівлі за низькими цінами медичного оснащення, яке було у вжитку за кордоном.

Послідовне і відповідне до сучасного становища реформування системи охорони здоров'я є запорукою добробуту всієї держави у майбутньому.

### Література:

1. Буздуган Я. Поняття, принципи, форми фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні / Я. Буздуган // Віче. — К., 2008. — № 5. — С. 26—28.
2. Европейская база данных ЗДВ (HFA-DB) [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://data.euro.who.int/hfadb>.
3. Лікарняна каса Полтавщини [Електронний ресурс] / Благодійна організація "Лікарняна каса Полтавщини". — Режим доступу: <http://www.poltavalk.com.ua>
4. Мартинович А. Охорона здоров'я Чехії: якість, яку не приховасеш / А. Мартинович // Здоров'я України [Електронний ресурс]. — 2008. — № 13—14. — Режим доступу: <http://health-ua.com/articles/2848.html>.
5. Найштетік В. Економічні проблеми і концепція розвитку охорони здоров'я в Україні: наукова праця / В. Найштетік // Українська академія наук. Відділ економіки і управління. — Донецьк, 2009. — 158 с.
6. Финансирование здравоохранения в Европейском союзе. Проблемы и стратегические решения / S. Thomson, T. Foubister, E. Mossialos // Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. — Копенгаген: ВОЗ, 2010. — Вып. 17. — 241 с.
7. Georgieva L. Bulgaria: Health system review. Health Systems in Transition / L. Georgieva, P. Salchev, S. Dimitrova, A. Dimova, O. Avdeeva // The European

observatory on systems and a policy of public health services. — 2007. — vol. 9. — № 1. — 180 p.

8. Hady J., Lesniowska M. Finansowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce na tle wybranych krajow Unii Europejskiej / J. Hady, M. Lesniowska // Rozprawy Ubezpieczeniowe. — 2011. — № 10. — p. 97—111.

9. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej [Електронний ресурс]. — Narodowy Program Zdrowia na lata 2007—2015. — Режим доступу: <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m491&ms&mi=164&mx=0&mt&my=0&ma=237>

10. Narodowy Fundusz Zdrowia [Електронний ресурс]. Ustawa o swiadzeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze srodkow publicznych. — Режим доступу: <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=0>

### References:

1. Buzduhan, Ya. (2008), "Concept, principles, forms of financial support of public health services in Ukraine", Viche, vol. 5, pp. 26—28.
2. European database (HFA-DB) (2014), "The European health for all database (HFA-DB)", available at: <http://data.euro.who.int/hfadb> (Accessed 2 January 2014).
3. Hospital cash desk of Poltava region (2013), "The Charitable organisation Hospital cash desk of Poltava region", available at: <http://www.poltavalk.com.ua/index.php> (Accessed 14 December 2013).
4. Martynovych, A. (2008), "Public health services of Czechia: quality which you will not put by", Zdorov'ia Ukrainy, vol. 13—14, available at: <http://health-ua.com/articles/2848.html> (Accessed 15 December 2013).
5. Najshchetik, V. (2009), Ekonomichni problemy i kontseptsiiia rozvytku okhorony zdorov'ia v Ukraini: naukova pratsia [Economic problems and the concept of development of public health services in Ukraine: scientific work], Ukrain's'ka akademiia nauk, Donetsk, Ukraine.
6. Thomson, S. Foubister, T. and Mossialos, E. (2010), Finansirovanie zdravoohranenija v Evropejskom sojuze. Problemy i strategicheskie reshenija [Public health services financing in the European union. Problems and strategic decisions], The European observatory on systems and a policy of public health services, Kopenhagen, Denmark.
7. Georgieva, L. Salchev, P. Dimitrova, S. Dimova, A. and Avdeeva O. (2007), Bulgaria: Health system review. Health Systems in Transition, The European observatory on systems and a policy of public health services, Kopenhagen, Denmark.
8. Hady, J. and Lesniowska M. (2011), "Finansowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce na tle wybranych krajow Unii Europejskiej", Rozprawy Ubezpieczeniowe, vol. 10, pp. 97—111.
9. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej (2007), "Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015", available at: <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m491&ms&mi=164&mx=0&mt&my=0&ma=237> (Accessed 3 January 2014).
10. Narodowy Fundusz Zdrowia (2013), "Ustawa o swiadzeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze srodkow publicznych", available at: <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=0> (Accessed 3 January 2014).

Стаття надійшла до редакції 23.01.2014 р.