О.М. Клименко
к.е.н., доцент

Формування моделі фінансового забезпечення в умовах багатоканальної системи фінансування охорони здоров'я України

Стратегією подальшої діяльності у сфері європейської інтеграції є активний перехід на сучасні європейські методи роботи, сприяння розвитку міжвідомчої взаємодії на горизонтальному рівні, розширення повноважень середньої та нижньої управлінських ланок у сфері обміну інформацією, заохочення ініціативності, глибокої продуманості пропозицій і бачення кінцевих результатів їхньої реалізації, вивчення та трансляція корисного досвіду інших європейських країн у сфері державного управління інтеграційними процесами. Успіх на шляху просування України цим курсом та надання відносинам Україна — Європейський Союз якісно нового статусу залежатиме від: здійснення послідовного та виваженого реформування економічної і соціальної сфер; ефективності процесу наближення законодавства України до законодавства ЄС; реалізації положень Угоди про партнерство та співробітництво між Україною і ЄС та його членами.

Основними напрямами, визначеними у проекті Концепції соціального розвитку України на 2013-2023, є наступні: розвиток трудового потенціалу, стабілізацію демографічних процесів, реформування професійної освіти, підвищення якості робочої сили, розвиток сфери зайнятості, національного та регіональних ринків праці, розв’язання проблем, пов’язаних з трудовою міграцією, реформування системи оплати праці, розвиток систем соціального страхування та пенсійного забезпечення, удосконалення системи соціальної підтримки найбільш вразливих категорій громадян, посилення ефективності соціального діалогу, розвиток системи корпоративної соціальної відповідальності [1].

В період економічної кризи на першому місці мають бути соціальні пріоритети. Саме ступінь орієнтованості держави на покращення здоров’я

громадян, вдосконалення діяльності сфери охорони здоров'я (СОЗ) і є одним із основних показників розвитку держави, її цивілізованості й конкурентоспроможності. Як зазначають експерти ВООЗ, здоров'я населення – це чинник довготривалого стійкого економічного зростання, підвищення національного доходу, що своєю чергою впливає і на соціальне благополуччя, сприяє безперервному економічному зростанню і зниженню рівня бідності. Чим розвиненіші й багатші суспільство та держава, тим більше коштів вони вкладають в охорону здоров'я своїх громадян, у медико-санітарне обслуговування, в розвиток медичної, біологічної та фармацевтичної науки, практики й новітніх оздоровчих і лікувальних технологій.

Здоров'я, в силу свого зв'язку з якістю життя, є першочерговим фактором, який визначає людський розвиток; разом із тим воно є одним із результатів розвитку - зазначав професор А.А. Лоедін. Визначення здоров'я не можна зводити лише до відсутності захворювання: здоров'я, як сказано у преамбулі Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я, це „стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, яке дозволяє людям вести соціальне і економічне продуктивне життя" [2, с.5]. Таким чином, розвиток охорони здоров'я є невід'ємною складовою частиною національного розвитку і їх головні цілі повинні співпадати.

Значення здоров'я людини визнають у світі настільки важливим, що цей показник першим входить до індексу людського розвитку – універсального визначника рівня розвитку суспільства тієї чи іншої країни, який розраховується на основі трьох показників: тривалості життя людей, грамотності, валового внутрішнього продукту та купівельної спроможності громадян. Він базується на трьох підвалинах людського розвитку: стані фізичного здоров'я, освітніх можливостях та матеріальних ресурсах для задоволення потреб людини. Цей індекс періодично вираховує Рада експертів Програми розвитку ООН, перед якою щорічно звітує кожна держава – член ООН.

За останні 10 років серед країн світу індекси розвитку людського потенціалу в переважній більшості держав поліпшилися (з показника 0,639 до 0,694), а 40 країн світу суттєво просунулися в даному рейтингу.

Щодо нашої країни, то незважаючи на відносний ріст індексів у 2009-1012 роках, динаміка рейтингу навпаки погіршилася. У 2010 році Україні належала 69-та позиція, у 2011 – 76-та з показником 0,737, а в минулому році 78-ма з показником 0,740. За критеріями досліджуваного індексу в нашої країни найкращий стан справ з освітою та грамотністю – 0,860 (29 місце у світі), помітно гірші зі здоров'ям та довголіттям – 0,760, а найгірший стан з рівнем життя (економічним розвитком) – 0,615.

Згідно з «Доповіддю про людський розвиток – 2013» ПРО ООН, п'ятірка лідерів за досліджуваним індексом сформувалася у складі Норвегії – 0,955, Австралії – 0,938, США – 0,937, Нідерландів – 0,921 та Німеччини – 0,920, а найгірші показники належать Нігер та Демократичній республіці Конго по 0,304. Україні дісталося 78 місце, яке вона розділила з Македонією, випередила нас Перу з індексом 0,741, а позаду з числа країн Європи лишилися лише Молдова та Боснія і Герцеговина з індексами 0,660 та 0,735 відповідно. Щодо республік колишнього СССР, то найкращі показники в прибалтійських країнах, які є членами ЄС, на приклад в Естонії він становить 0,848, не з членів ЄС найкращий індекс належить Білорусії – 0,793, найгірші показники у Таджикистану та Киргизії по 0,622 [3].

Найвищий наш показник – рівень освіти завжди позитивно впливав на імідж країни, адже за світовим рейтингом грамотності ми знаходимося на 29 місці, про те економічні показники, які визначають рівень життя населення (0,615 - Україна, для порівняння в нашої сусідки Білорусії – 0,723), негативно позначаються на індексі розвитку людського потенціалу, відкидаючи нашу державу в рейтингу до середньостатистичних показників латиноамериканських держав.

Зважаючи на негативну динаміку рейтингу серед країн світу за досліджуваним індексом (2010 - 69 місце, 2012 -78 місце), стає зрозумілим, що за умови погіршення якості освіти (доступності), збереження сучасного стану економіки та медицини – наша країна географічно знаходячись в Європі надалі поступатиметься у світових рейтингах країнам з менш розвинених частин світу.

Стан здоров'я населення України на сучасному етапі розвитку оцінюється як незадовільний: високий рівень загальною смертності (16,3 на 1000 населення), який практично неухильно зростає (за даними Європейської бази даних "Здоров'я для всіх" більш високі, чим в Україні стандартизовані коефіцієнти смертності реєструються тільки в Росії, Казахстані і Молдавії); низькі рівні очікуваної тривалості життю (68,1 років, нижче лише в Росії, Казахстані, Туркменістані) і тривалість життя без інвалідності (59,2); найвищий в Європейському регіоні природний спад населення (- 4,6 на 1000 населення у 2011 р.); відсутність ознак подолання епідемій туберкульозу і ВІЛ/СНІДу (захворюваність на туберкульоз перевищує показники в ЄС в 5,3 рази, а смертність від цієї причини – майже в 20 разів; захворюваність на СНІД– в7,1, на ВІЛ- в 5 разів) [4].

Стан здоров'я населення нині є головним чинником подальшого соціально-економічного розвитку суспільства. Не випадково, що в розвинених країнах світу здоров'я розглядається як критерій якості життя, і воно є одним з провідних пріоритетів діяльності їх урядів. Зрозуміло, що лише суспільство, яке складається з фізично і духовно здорових індивідів зі значною тривалістю активного життя (а саме таким характеристикам, на думку провідних фахівців ВООЗ, повинна відповідати здорова особа), спроможне досягти сталого розвитку у всіх сферах своєї життєдіяльності. І навпаки: безконтрольний розвиток тих процесів, які останнім часом визначають демографічну ситуацію в Україні може поставити під сумнів її існування як незалежної держави і, навіть, як територіального утворення на географічній карті світу.

В останні роки система охорона здоров'я розвинених країн з ринковою економікою вступила у нову смугу розвитку, для якої характерні значні зрушення в технічному оснащенні. Техніка стає невід'ємним елементом медичного обслуговування. Технічні засоби в багатьох випадках визначають позитивний результат боротьби за здоров'я людини. В охороні здоров'я України ці процеси були виражені значно слабкіше: методи діагностики і лікування за останні роки практично не змінювалися, а рівень комфортності і догляду за хворими знизився. Нові медичні технології стали надбанням невеликого кола центральних інститутів і клінік, відомчих лікарень.

Структурна незбалансованість розвитку медико-індустріального комплексу України в ринкових умовах господарювання визначається високим рівнем інфляції, різким порушенням господарських зв'язків, скороченням обсягів виробництва в масштабі всієї економіки. Внаслідок населенню складно придбати життєво важливі медикаменти, малодоступними є платні медичні й оздоровчі послуги.

Зростання обсягів коштів населення на медичні послуги та медикаменти не є свідченням зростання в Україні заможних верств населення та їх можливостей платити за медичне обслуговування. Втім, бюджетного фінансування не вистачає для нормальної взаємодії охорони здоров’я з іншими галузями, що працюють за законами ринку.

Сфера медичних послуг в Україні залишається надмірно регульованою з боку держави, а механізми ринку - незадіяні, принаймні офіційно. В той же час, вона потерпає від проблем неефективного функціонування ринку. За окремими оцінками, біля 1/3 ринкового обігу припадає на „тіньовий” сектор. Ці фінансові потоки обминають систему, чим значною мірою обмежують можливості уряду збільшувати асигнування на систему охорони здоров’я та контролювати її розвиток.

Так званий „тіньовий” сектор в охороні здоров’я також породжує певні небажані наслідки: зростає корупція серед частини медпрацівників, а найбідніші верстви населення взагалі не можуть отримувати належну

медичну допомогу. За цих умов ринковий механізм руйнує систему охорони здоров’я як галузь, не сприяє розвиткові медичних технологій, підвищенню якості медичних послуг. Державна ж система охорони здоров’я продовжує потерпати від хронічного браку коштів. Бюджетні асигнування на сьогодні покривають лише меншу частину її потреб, і ситуація постійно погіршується.

Як серед пацієнтів, так і серед лікарів зростає невдоволення існуючим станом справ. З одного боку, не забезпечується конституційне право громадян на безоплатну медичну допомогу, з іншого боку, галузь охорони здоров’я зазнає негативного і не передбачуваного впливу ринкових коливань, що призводить до негативних наслідків.

Згідно соціального опитування, якістю медичної допомоги задоволені лише 6 % опитуваних. Задоволені своєю працею лише 28,5 % лікарів. Робота лікарень була визнана задовільною тільки 52,1 відсотками опитуваних.

Кінцева мета працівників галузі охорони здоров’я - підтримувати та зміцнювати здоров’я населення. Хоча громадяни самі несуть відповідальність за стан власного здоров’я, багато в цьому напрямі можуть зробити керівники організацій охорони здоров’я, злагоджено працюючи з лікарями, медсестрами та іншими представниками сфери охорони здоров’я.

У сучасному світі організація охорони здоров'я розглядається як суспільна справа, для забезпечення якої створюються солідарні механізми, які акумулюють ресурси суспільства, хоча можливості пацієнта при цьому особисто впливати на якість послуг зменшуються. Суб'єкт, що акумулює засоби й уповноважений представляти інтереси населення (будь то чи держава чи лікарняна каса), забезпечує тільки деякий стандартний, усереднений пакет послуг без урахування сподівань і побажань пацієнта. Іншими словами, нині в усьому світі (за винятком країн з чисто ринковими моделями) організація медичної допомоги не є „клієнто-орієнтованою”.

Перехід до медичного страхування громадян з акцентом на багатоканальне фінансування охорони здоров'я, безумовно, є перспективним

шляхом його реформування. Стратегія реформи повинна враховувати особливості кризового етапу перехідного періоду з метою адекватного розподілу тягаря медичних витрат. З огляду на це її слід здійснювати шляхом переходу до бюджетно-страхової моделі охорони здоров'я.

Принцип побудови національних систем охорони здоров'я розвинутих країн можна сформулювати в такий спосіб:

- рівність для всіх громадян у доступності наявних медичних послуг досить високої якості;
- забезпечення гарантованого обсягу медичних послуг для населення і контроль за їх цінами;
- право громадян на обрання страховика, лікувальної установи, лікаря, а також методу лікування в системі страхової медицини.

Згідно цих загальноприйнятих принципів, країни розробляють і реалізують різні моделі фінансування охорони здоров'я, виходячи з фінансових можливостей державного бюджету, частки витрат на охорону здоров'я у ВВП країни, платоспроможності населення й інших факторів.

У світовій практиці виокремлюються три базових моделі фінансування охорони здоров'я (зазначене доведено, обґрунтовано та деталізовано автором у попередніх наукових працях, які наведено у списку опублікованих робіт [5-9]):

1. Державна модель охорони здоров'я, яка існує переважно (до 90%) за рахунок бюджетних коштів (Великобританія, Ірландія, Данія).

2. Бюджетно-страхова модель охорони здоров'я, яка діє за допомогою цільових внесків підприємців, громадян і субсидій держави із загальних чи спеціальних бюджетних надходжень. При цьому фінансування із позабюджетних фондів медичного страхування переважають у більшості розвинутих країн: Німеччина – 78%, Італія – 87%, Франція – 71%, Швеція – 91%, Японія – 73%.

3. Комерційна система медичного страхування, яка базується на приватно - підприємницькій основі і функціонує за рахунок реалізації

медичних послуг населенню (США, Ізраїль, Південна Корея, Нідерланди).

Розглянемо кожну модель детальніше. Вказані країни обрані для огляду зарубіжних систем охорони здоров’я не випадково. Вони відзначаються високим рівнем розвитку медицини в умовах ринкових відносин, високим рівнем задоволення потреб населення в медичній допомозі, позитивними тенденціями з основних показників здоров’я населення.

У країнах з державною системою організації охорони здоров'я медичне обслуговування не є цілком безкоштовним для населення і припускає, як додаткове джерело фінансування, надходження коштів від населення.

Так, у Великій Британії пацієнти сплачують вартість ліків, окулярів, медичних засобів, половину послуг зубних лікарів, окремі послуги у лікарнях. Структура витрат на охорону здоров’я така [10, с. 630]: державні кошти – 85%; кошти соціального страхування – 10 %; особисті кошти населення – 5%.

Систему охорони здоров'я у Великій Британії можна характеризувати як переважно державну або, як її називають самі британці, національну. Вона базується на таких принципах:

- пріоритетна участь держави у витратах на охорону здоров'я;
- професійна незалежність лікарів;
- опора на "сімейного" лікаря;
- сплата населенням спеціального податку незалежно від стану здоров'я.

На відміну від інших країн, національна система охорони здоров'я у Великій Британії має три сектори: місцеві органи і заклади охорони здоров'я, позалікарняна медична допомога, стаціонарна медична допомога.

Система охорони здоров'я жорстко централізована. Податкові надходження централізуються і розподіляються спочатку в регіони, а потім у райони. Розподіл коштів здійснюється на підставі диференційованого

нормативу бюджетної забезпеченості на одного жителя району, який враховує розходження територій за статевим та віковим складом, чисельністю населення та іншими соціально-економічними характеристиками.

Первинна медична допомога надається, переважно, приватними практикуючими лікарями загальної практики національної системи охорони здоров'я (НСОЗ). Лікарні є власністю держави, але мають статус лікарняних органів НСОЗ – самокерованих організацій, наділених значно більшими правами. Лікарні керуються напряму районними відділами охорони здоров’я. Таким чином, лікарні мають додаткові можливості формувати свій дохід за рахунок надходжень за договорами з різними суб'єктами медичного ринку. Незалежні лікарі загальної практики виступають у ролі фондоотримувачів. Це означає, що вони фінансуються згідно чисельності прикріпленого населення з включенням у норматив фінансування частини витрат на інші види медичної допомоги, а потім вступають у договірні відносини зі стаціонарами і фахівцями амбулаторної ланки, розраховуючись з ними за надані послуги. Виступаючи в ролі фондоотримувачів на інші види допомоги, лікарі загальної практики є покупцями медичної допомоги для прикріпленого до них населення. У ролі головного покупця медичних послуг виступають районні відділи охорони здоров’я. Вони укладають договори як з лікарями загальної практики, так і з лікарнями на основний обсяг стаціонарної допомоги. Ставки оплати стаціонарної допомоги визначаються в ході переговорного процесу та на основі правил ціноутворення, встановлених урядом. Ці ставки повинні відображати реальні витрати, тобто ті витрати, що відповідають погодженим обсягам стаціонарної допомоги. Це правило також стосується й умовно-постійних витрат, які не залежать від обсягу послуг, що виробляються (наприклад, витрати на опалення, водопостачання, утримання адміністрації). Вони повинні відповідати реальному обсягу медичної допомоги, що замовляється.

Надпланові обсяги оплачуються за кожен випадок окремо, але тільки

на основі поточних витрат на їх надання, тобто за більш низькими ставками. Таким чином, знижується кількість випадків госпіталізації, яка може виходити за рамки погоджених обсягів.

Позалікарняну медичну допомогу надають лікарі загальної практики, які працюють за принципом "сімейного" лікаря: обслуговуючи від 2000 до 3500 населення, яке їх обирає добровільно. В останні роки в країні поширилась групова практика – 5-6 лікарів за певним графіком ведуть спільний прийом, обслуговуючи 10–20 тисяч населення і забезпечуючи колегіальне консультування хворих. Оплата послуг лікарів загальної практики здійснюється залежно від числа прикріпленого населення з включенням у норматив фінансування частини витрат на інші види медичної допомоги. Норматив фінансування на одного громадянина, що обслуговується, коригується в залежності від статі, віку пацієнтів, низки інших факторів, що визначають потребу у медичній допомозі. 70% від фактичних витрат на оренду приміщень і оплату допоміжного персоналу оплачується прямо замовником медичних послуг, а 30% обсягу витрат лікар загальної практики оплачує за рахунок коштів, отриманих згідно нормативам за пролікованих пацієнтів.

Таким чином, реалізується противитратний механізм і лікар загальної практики змушений не завищувати обсяг своїх потреб. У сукупності ці правила фінансування створюють умови для регулювання договірних відносин між покупцями медичної допомоги, лікарнями і лікарями загальної практики.

Досвід фінансування охорони здоров'я Великої Британії дуже корисний для України у зв'язку з переходом до організації первинної медичної допомоги переважно за принципом лікаря загальної практики (сімейного лікаря). Цей принцип також закладений у Концепції розвитку охорони здоров'я і в даний час реалізується на практиці.

У зв'язку із запровадженням у вітчизняну практику охорони здоров'я системи медичного страхування виникло багато проблем методичного й

організаційного характеру. Відповіддю на багато питань може послужити багаторічний досвід європейських економічно розвинутих країн – таких як Франція, Німеччина, Скандинавські країни та країни Бенілюксу (Бельгія, Нідерланди, Люксембург), які мають одну особливість: переважною рисою їх систем охорони здоров'я є розвиток страхової медицини (системи медичного страхування).

Всі служби охорони здоров'я в європейських економічно розвинутих країнах поділяються на державні, місцеві (муніципальні), приватні.

Діяльність державних і місцевих служб охорони здоров'я координується і контролюється Міністерствами охорони здоров'я.

Держава бере на себе такі функції у сфері охорони здоров'я: санітарну охорону кордонів, санітарно-протиепідемічну діяльність (на відміну від США, де відсутнє державне санітарне законодавство), контроль за діяльністю місцевих (муніципальних) служб.

Основні дані про загальні витрати на охорону здоров'я в окремих країнах Європи у відсотках до валового національного продукту та в доларах на одного громадянина наведено в таблиці 1.1.

У більшості економічно розвинутих країн Північної та Західної Європи система страхової медицини передбачає три основних джерела оплати витрат на медичну допомогу, а саме:

1. відрахування із заробітної плати застрахованих: у Франції – 6 % від заробітної плати, у Німеччині – 11,8%, у Бельгії – 8,4%, в Австрії – 10,1%, у Франції і Нідерландах – 19%;
2. відрахування з державного бюджету: у Нідерландах – 10 %, у Німеччині – близько 20 %, у Скандинавських країнах від 20 до 50%;
3. відрахування з прибутків підприємців – 50 % у Німеччині, біля 5 % усіх коштів на медичну допомогу у решті країн.

Питома вага застрахованого населення в цих країнах становить 60-80 %. При наявності трьох названих джерел фінансування існують певні специфічні риси системи медичного страхування в тих чи інших країнах.

Для Німеччини, Нідерландів, Бельгії, Люксембургу, Австрії характерна модель „Бісмарка”: страхові фонди створюються, головним чином, за рахунок обов'язкових внесків працівників або підприємств і є недержавними органами фінансового управління. Страхові фонди укладають угоди з лікувальними закладами, приватно практикуючими лікарями щодо обсягу і порядку надання медичної допомоги. У решті країн, де основну частину фондів складають бюджетні внески, передбачено жорсткий державний контроль за їх діяльністю.

Таблиця 1.1

Витрати на охорону здоров'я в окремих країнах Європи

Країна	Загальні витрати від валового національного продукту (%)	Витрати у розрахунку на одну людину в доларах з урахуванням купівельної спроможності національних валют
Швейцарія	9,9	2283
Франція	9,7	1835
Австрія	9,3	1777
Фінляндія	8,8	1363
Нідерланди	8,7	1531
Італія	8,6	1523
Норвегія	8,2	1592
Греція	7,5	1266
Велика Британія	7,1	1213
Люксембург	6,9	1933
Данія	6,8	1296
Західна Європа загалом	8,0	1337
Україна	4,5	518

Джерело: [10, с. 628] та розраховано за даними Державного комітету статистики України

Нестача ресурсного забезпечення сфери охорони здоров’я України, зокрема низька частка витрат на охорону здоров’я відносно валового внутрішнього продукту (ВВП) України. Вона за останні п’ять років коливається у межах 4 %. Разом з тим слід наголосити, що даний показник має досить відносний характер, оскільки стосується суто державних видатків. Адже, як свідчать дані національних рахунків в охороні здоров’я, загальні витра-ти на охорону здоров’я в Україні коливаються в межах 5,5–6,5 % ВВП (як і у деяких країнах Східної та Центральної Європи). Характерною особливістю України при цьому є перевищення недержавних джерел фінансування над державними.

Значний інтерес представляє розподіл ресурсів на охорону здоров'я в системі страхової медицини Нідерландів, досить типовий для європейських економічно розвинутих країн. Частка бюджетних витрат на охорону здоров'я складає 10 %, стільки ж складають особисті кошти громадян, решту (80 %) – витрати з фондів медичного страхування. Система медичного страхування включає три частини. Перша, обов'язкова – це однакові внески працюючих і підприємців і вона призначена для надання допомоги хронічним хворим та інвалідам. Друга частина – 20 % внесків працюючих і 80 % внесків підприємців – для допомоги хворим з гострими захворюваннями. Спеціальна лікарняна каса концентрує кошти і сплачує необхідні витрати на медичну допомогу. Для 65 % населення Нідерландів з рівнем прибутку нижчим 32,5 тис. доларів на рік допомога є безкоштовною, а для решти 35 % мешканців – платною. Третя частина системи медичного страхування – це приватне (добровільне, додаткове) страхування [10, с. 629].

Система медичного страхування більшості економічно розвинутих європейських країн передбачає компенсацію 80 % вартості наданих медичних, послуг і може здійснюватись двома шляхами:

1. Безпосередньо під час перебування хворого в стаціонарі чи візиту до лікаря з наступним поверненням 80 % грошової суми через страхові (лікарняні) каси.
2. Через страхові каси, у які хворий сплачує до 20 % вартості медичних послуг.

Різні джерела фінансування зумовлюють потребу у розподілі фонду лікарняних ліжок. Так, у розпорядженні державних і місцевих (муніципальних) закладів охорони здоров'я знаходиться від 55 до 75 % цього фонду, релігійних і благодійних медичних закладів – до 30 %.

Позалікарняна медична допомога надається лікарями загальної практики, які ведуть прийом застрахованих у своїх приватних кабінетах, кабінетах групової практики та амбулаторних відділеннях при стаціонарах. Дві останні форми роботи, як і в США, є спробою компенсувати відсутність в цих країнах поліклінік.

Слід також зазначити, що вартість окремих медичних послуг частково сплачується безпосередньо хворими, а саме:

- вартість рецепту (Франція, Німеччина, Скандинавські країни);
- перше чи наступні відвідування лікаря (Франція, Німеччина, Скандинавські країни);
- лабораторні дослідження, які коштують більше встановленого мінімуму;
- догляд за хворими із психічними захворюваннями, інвалідами.

Моделі медичного страхування у цих країнах відрізняються не тільки структурою джерел фінансування охорони здоров'я, але і формами проведення. Привертає до себе увагу сформована практика медичного страхування у Німеччині. Досвід страхування на випадок хвороби в цій країні накопичувався протягом більш ніж ста років (з 1883 р.). У випадку хвороби медична допомога надається безкоштовно для застрахованих, а також членів його родини, які автоматично страхуються за рахунок його внесків. Середній внесок складає 6,5% від заробітної плати працівника і 6,5% – внесок роботодавця. Загальний розмір страхового платежу коливається від

10,5% до 19%, виходячи з діючих програм медичного страхування і рівня профзахворюваності за галуззю. У Німеччині система медичного страхування передбачає принцип часткової оплати пацієнтом вартості медичної допомоги на додаток до внесків на медичне страхування. Так, при лікуванні зубів і протезуванні страховик відшкодовує лише 50% вартості послуг. Так само при лікуванні зору (придбання окулярів) і оплати ліків (15% вартості доплачує пацієнт). Разом з тим, практикується механізм повернення частини страхових внесків застрахованим громадянам, якщо вони жодного разу не звернулися за медичною допомогою протягом визначеного терміну (не менш 3 місяців). Це, безумовно, підвищує економічну цінність власного здоров'я, стимулює ведення здорового способу життя.

Фінансування охорони здоров'я Німеччини забезпечується на 60% за рахунок фондів обов'язкового медичного страхування, на 10% – добровільного медичного страхування, на 15% – за рахунок коштів державного бюджету, на 15% – коштів пацієнтів. Поряд з обов'язковим медичним страхуванням у Німеччині розвинуто і приватне медичне страхування, яким охоплено 13% населення.

У системі обов'язкового медичного страхування Німеччини роль територіальних фінансово-страхових організацій виконують лікарняні страхові каси. Вони формують страхові фонди, оплачують медичні послуги, здійснюють контроль за їх якістю. На території Німеччини нараховується більше 1200 лікарняних кас, які організовані не тільки за територіальними ознаками, але й за галузевим принципом (наприклад, існують виробничі, морські, сільськогосподарські лікарняні каси). Діяльність лікарняних кас, які виступають основними джерелами фінансування охорони здоров'я країни, контролюється їхніми асоціаціями на рівні земель і на федеральному рівні .

Обов'язковим медичним страхуванням охоплено 90% населення Німеччини, з яких 2/5 складають члени родин застрахованих. Інші 10% користуються добровільним медичним страхуванням, а близько 3% поєднують участь в обов'язковому страхуванні з придбанням приватних

медичних страховок, що дозволяє громадянам поліпшити умови госпіталізації, обрати іншого лікаря, одержати грошову компенсацію при захворюванні.

У Німеччині існує бальна система цін на медичні послуги. Складність послуги виміряється у балах. Сума балів на кожен вид послуги фіксована і наведена у довідниках. Ціна бала вимірюється в євро і може змінюватися відповідно до кон'юнктури ринку медичних послуг за згодою учасників медичного страхування.

Отже, медичне страхування в Німеччині носить змішаний характер: поряд з обов'язковим соціальним страхуванням функціонує система добровільного медичного страхування, що може як доповнювати обов'язкове, так і проводитися самостійно. Досвід організації обов'язкового медичного страхування у Німеччині можна використати і в Україні. Так, цілком можливо запровадити в українських умовах елементи децентралізованої німецької системи медичного страхування і лікарняні каси, що дозволило б перебороти „розпорошення" коштів при їх русі від територіальних фондів до постачальників медичних послуг шляхом скасування мережі філій територіальних фондів, страхових медичних організацій і заміни їх на лікарняні каси.

Модель, аналогічна німецькій системі страхування, існує і у Франції. Медичні витрати робітників та службовців у Франції покриваються за рахунок соціального страхування. Щомісячні відрахування підприємств і організацій соцстраху складають 36% фонду оплати праці, з яких 6,5% утримуються з зарплати працівників, а іншу частину оплачує роботодавець. Соціальне страхування є обов'язковим для всіх категорій робітників та службовців. Виключення складають люди вільних професій і невеликі виробничі колективи. Для них передбачене індивідуальне страхування. Обов'язковим медичним страхуванням охоплено більше 80% населення Франції. Зростає число громадян, що бажають оформити контракт на медичне страхування. Ціни на медичні послуги, консультації

встановлюються угодою (конвенцією) між державною організацією соціального страхування “Секьюрите сосьаль” і лікувальними установами, лікарями. За цією угодою відвідувач оплачує всю суму й одержує рахунок, а організація соціального страхування відшкодовує йому тільки 75% витрат, а 25%, що залишилися, складають особисті витрати пацієнта, що можуть відшкодовуватися при додатковому добровільному страхуванні, яке здійснюється приватними компаніями. Відшкодування витрат на медикаменти коливається в межах 70 –90% від суми, передбаченої конвенцією. Разом з фармацевтичними службами страхові компанії розробили і впровадили систему відшкодування медичних витрат у межах асоціації «Санте-фарма». Ця система дозволяє застрахованим одержувати медикаменти у фармацевтичних установах без попередньої оплати.

Щорічно уряд змінює величину оплати різних медичних послуг соціального страхування. Отже, компаніям доводиться відшкодовувати великі суми медичних витрат пацієнта, що призводить до збільшення суми страхового внеску. Контракти по страхуванню медичних витрат обкладаються 9% податком.

Таким чином, моделі медичного страхування у Франції і Німеччині дуже схожі і є „типовими” системами страхової медицини, розповсюдженої в більшості європейських країн.

Крім розвитку програм медичного страхування, в країнах Європи також одержали свій розвиток програми медико-соціального страхування, що поєднують надання медичної допомоги застрахованим, а також виплату грошової допомоги з тимчасової непрацездатності. У цьому зв'язку цікавий досвід соціального страхування Швеції.

Роль уряду Швеції у сфері охорони здоров'я і соціального захисту населення зводиться до законодавчого регулювання і контролю роботи місцевих муніципальних органів [11]. Рішення про виділення тієї чи іншої допомоги (крім допомоги з безробіття) приймаються на регіональному рівні державними страховими касами. У країні діють 23 обласні ради,

відповідальні за те, щоб кожен житель області мав вільний доступ до медичного обслуговування – безкоштовного чи частково оплачуваного. Кошти на виплату допомоги і оплату медичної допомоги виділяються із фондів соціального страхування заробітної плати, що виплачується роботодавцем. На фінансування охорони здоров'я обласними радами виділяється більше, ніж 80% податку з доходів громадян, що надходить до обласного бюджету.

Основну частину витрат на медичну допомогу бере на себе держава, однак приблизно 10% послуг оплачує саме населення. Наприклад, візит до лікаря коштує пацієнту 100 – 300 крон, а день перебування в стаціонарі не більше 80 крон. При придбанні ліків, виписаних лікарем, медична страховка повертає хворим від 50 до 100 % витрат. Лікування у стоматолога для громадян молодших 20 років – безкоштовне, а витрати іншого населення частково компенсуються: почавши лікування, пацієнт вносить тільки перші 700 крон, а подальші витрати на 35-70% йому відшкодовуються з фондів медичного страхування.

Крім оплати медичних послуг застрахованим, національна система страхування гарантує грошові компенсації при хворобі всім жителям Швеції, чий річний доход складає принаймні 6000 шв. крон. Право на оплату періоду тимчасової непрацездатності не поширюється на тих, чий річний доход перевищує базову суму в 7,5 разів (це обмеження для доходів, при перевищенні якого система соціального страхування вже не діє). Як правило, у перші 4 дні службовці не одержують грошову допомогу через хворобу – цей час оплачується їх роботодавцями. При частковій втраті працездатності в результаті хвороби виплачується 25% – 75% від допомоги, що призначається у випадку повної її втрати. Якщо хворому необхідно проходження реабілітації, то на цей період працівнику поряд з допомогою через хворобу виплачується ще і реабілітаційна допомога у розмірі 80% від загального доходу.

Таким чином, шведська модель соціального страхування є добре

продуманою і надійною системою соціального захисту (за рахунок допомоги і пільг) усіх громадян країни незалежно від роду занять і рівня доходів. Вона визнана однією з найкращих у світі, через що поширення накопиченого там досвіду у вітчизняну практику дозволить вирішити багато проблем соціального захисту населення України.

Попередній матеріал свідчить, що у світовій практиці існують три моделі організації і фінансування охорони здоров'я: приватна медицина, заснована на ринкових принципах з використанням приватного медичного страхування, державна медицина з бюджетною системою фінансування, страхова система оплати медичної допомоги на принципах соціального страхування.

У першій моделі головним інструментом задоволення суспільної потреби в медичній допомозі є ринок медичних і страхових послуг. Частину потреби, що не задовольняється ринком (малозабезпечені прошарки населення, пенсіонери, безробітні), бере на себе держава шляхом розробки і фінансування суспільних програм медичної допомоги.

В другій моделі держава є головним покупцем і постачальником медичної допомоги, забезпечуючи задоволення переважної частини потреб населення в послугах охорони здоров'я на безкоштовній і пільговій основі. Головним джерелом фінансування охорони здоров'я виступають податки з юридичних і фізичних осіб.

Третя модель характеризується тим, що страхувальникам і застрахованим надано можливість здійснювати контроль за витрачанням коштів. Соціальне медичне страхування дозволяє одержувати медичну допомогу, ґрунтуючись на принципах суспільної солідарності (тобто рівень доходів, вік і стан здоров'я пацієнтів не грають великої ролі). Дія ринку медичних послуг зводиться до задоволення потреб населення понад гарантований рівень, забезпечуючи свободу вибору і суверенітет споживачів.

У жодній країні ці моделі не реалізовано у "чистому" вигляді. Як правило, спостерігається поєднання всіх трьох способів фінансування з

переважанням одного з них.

Найбільш перспективними з погляду можливого використання у вітчизняній практиці є такі напрямки розвитку й удосконалення системи обов’язкового медичного страхування:

1. Реорганізація стаціонарної медичної допомоги, перенесення основного акценту на амбулаторно-поліклінічну допомогу, розвиток стаціонарозаміняючих технологій, широкий розвиток інституту лікаря загальної практики (досвід Великобританії).
2. Застосування диференційованого внеску на обов'язкове медичне страхування громадян. Галузевий принцип формування страхового тарифу (досвід Німеччини).
3. Сполучення програм соціального і медичного страхування населення (досвід Швеції).
4. Застосування методу часткової оплати пацієнтом медичних послуг в умовах обов'язкового медичного страхування (досвід Франції).

Багатоканальна система фінансування охорони здоров'я (засоби надходять з державного бюджету, прибутку суб'єктів господарювання, заробітної плати фізичних осіб) формує необхідну гнучкість і стійкість фінансової бази соціально-страхової медицини.

Від того, яку модель організації і фінансування буде обрано Україною, який її механізм, залежить майбутнє охорони здоров'я.

У Програмі економічних реформ на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» до кінця 2014 року має відбутися підготовка до введення обов’язкового соціального медичного страхування, що передбачає проведення структурної реорганізації системи охорони здоров’я, оптимізацію мережі закладів і відпрацювання нових фінансових механізмів.

На думку економіста М.М. Шутова, проблема суспільного здоров’я має дві важливі цілі при зміні підходів до організації охорони здоров’я. Перша стосується ключової задачі служб охорони здоров’я, тобто поліпшення

здоров’я всього населення, хоча її можливості різко обмежені. Тому необхідно перенести пріоритет на трудові, професійно орієнтовані кадри і трудові ресурси, економічний потенціал господарюючих об’єктів. Друга – переакцентування фінансування з лікувальної на профілактичну допомогу, а також з вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги на первинну медичну допомогу [13, с.53].

Приступаючи до реформування системи охорони здоров'я, Україна повинна визначитись із своїми можливостями і встановити певні нормативи забезпечення громадян медичною допомогою з розрахунку на одного мешканця (громадянина), розділивши існуючу систему на державну службу охорони здоров'я, заклади і організації якої перебуватимуть у державній (комунальній) власності, і фінансуватимуться із відповідних бюджетів, та приватну медичну діяльність, яка здійснюватиметься поза межами державної, в основі якої будуть ринкові засади. Такий спосіб надання медичної допомоги також, хоча і частково, зможе вирішити питання щодо нових робочих місць у приватному секторі, що є важливою проблемою подолання безробіття серед медиків.

Створення в Україні приватного медичного сектора триває надзвичайно повільно. Це гальмують економічна криза та інші причини, серед яких і неефективне податкове законодавство. Практично, приватних медичних закладів в Україні було створено кілька сотень, проте зуміли "вижити" з них лише кілька десятків, та й то переважно невеликі стоматологічні кабінети, лікарні й аптеки.

Значно жвавіше ця справа пішла у фармації – нині у державній і комунальній власності залишилось 5 – 7% від загальної кількості аптек, які є в Україні, інші – приватизовані. Цьому сприяло кілька факторів, у тому числі й невеликий розмір їх приміщень, відсутність дорогого обладнання (не порівняти з лікарнею чи поліклінікою), і, нарешті, те, що працівники цієї підгалузі були найбільш готові до сприйняття ринкових новацій, оскільки в усі часи (в тому числі й радянські) здійснювали діяльність, яка була дуже

наближена до торгівельної і пов'язувалась з економічними поняттями, зокрема такими як фінансовий план, собівартість, прибуток, обіг коштів.

Статтею 12 Основ законодавства України про охорону здоров'я Верховною Радою України визначено, що "державна політика охорони здоров'я забезпечується бюджетними асигнуваннями в розмірі, що відповідає її науково-обгрунтованим потребам, але не менше десяти відсотків національного доходу", що відображає швидше бажане, ніж дійсне, оскільки частка загальних витрат на охорону здоров'я України у структурі ВВП в 2012 р. склали 4,5%. Зростання витрат на охорону здоров'я майже в усіх країнах світу пов'язане, в першу чергу, зі збільшенням потреб у медичному обслуговуванні та підвищенні вимог до їх якості. Був час, коли політики й організатори охорони здоров'я вважали, що поліпшення організації та діяльності служб і систем охорони здоров'я настільки зміцнить здоров'я людей, що потреби в медичному обслуговуванні суттєво знизяться. Однак життя спростувало цю думку. Фінансові та матеріальні затрати на охорону здоров'я в усіх країнах, як в економічно розвинутих, так і в тих, що лише стали на шлях самостійного розвитку, збільшуються з року в рік.

В останні десятиліття різко зросла вартість надання медичної допомоги. Серед чинників цього зростання – запровадження у лікарняну практику новітніх досягнень науки і техніки, складної діагностичної та лікувальної апаратури, нових і дорогих медичних препаратів і лікарських засобів. Використання антибіотиків і протиракових хіміотерапевтичних засобів, сканерів і лінійних прискорювачів, комп’ютерних томографів, операцій на відкритому серці й пересадки окремих органів, досягнення молекулярної і клітинної біології та генної інженерії зумовлюють підвищення якості лікування, його ефективності, але, в свою чергу, це вимагає збільшення коштів на охорону здоров'я.

Особливо це стало помітним у другій половині XX століття, коли в результаті прискореного наукового пізнання природи людини та біохімічних механізмів її життєдіяльності, медицина і фармація зробили величезний

стрибок вперед і перетворились на могутню силу, що спирається на величезний науково-практичний потенціал національних і міжнародних систем охорони здоров'я, медичних закладів, клінік, інститутів, медичних і фармацевтичних фірм, об'єднань та корпорацій, у яких працює величезна армія медиків і фармацевтів, науковців і практиків. Уряди передових країн світу, приватні фірми і корпорації вкладають у розвиток цих галузей, а також у нові медичні і хіміко-фармацевтичні технології величезні обсяги коштів, які приносять багатомільярдні прибутки. Наприклад, у становленні в післявоєнні роки "німецького і японського економічного дива" значна роль належала глибоко продуманій та ефективній соціальній політиці і, зокрема, політиці охорони здоров'я. Ці фактори спричиняють підвищення ролі й значення здоров’я в сучасному світі, ведуть до необхідності розробки національних і міжнародних програм профілактики окремих, найпоширеніших захворювань, охорони та зміцнення здоров’я людей.

Як свідчать урядові і міністерські програми реформування охорони здоров'я, додатковим джерелом фінансування медичних закладів визнано кошти, що будуть зібрані як відповідні платежі від роботодавців і громадян на основі механізму страхової медицини. Питанню впровадження в Україні системи страхової медицини приділяють досить значну увагу. Ознайомившись зі змістом наукової періодики, проаналізувавши сучасні концепції реформування охорони здоров'я, послухавши виступи політичних лідерів, парламентарів, керівників охорони здоров’я та науковців, можна дійти висновку, що впровадження системи страхової медицини є чи не панацеєю для системи охорони здоров'я, і лише ця система може її врятувати від повного розпаду. Слід розуміти, що впровадження системи медичного страхування не забезпечить додатковими коштами фінансування потреб охорони здоров'я так, як це пропонують її автори і захисники. Вони не беруть до уваги те, що ця система може працювати лише в умовах нормального розвитку суспільства, коли забезпечено стабільний розвиток економіки, коли працює виробництво, коли виплачують заробітну плату. Тільки за таких

обставин роботодавці зможуть здійснювати певні обов'язкові платежі у вигляді страхових коштів для забезпечення діяльності системи охорони здоров'я. В умовах кризи, коли більшість підприємств не працює, або працює не на повну потужність, забезпечити надходження цих платежів вкрай непросто. Запровадження цієї системи в законодавчому, а значить, у примусовому порядку призведе до посилення податкового тиску на виробника, що негативно вплине на розвиток виробництва, оскільки окрема частина підприємств і, відповідно, роботодавців, не витримає цього тиску і припинить своє існування, а інша перейде працювати "в тінь", приховуючи чисельність працівників і ухиляючись різними способами від сплати податків і платежів.

Основними джерелами фінансування охорони здоров’я у порядку вагомості їхнього внеску є: державний та місцевий бюджет, приватне фінансування, безпосередні платежі населення, неофіційна (з кишені пацієнта) оплата послуг, програми міжнародної технічної та гуманітарної допомоги як додаткове джерело фінансування, кошти громадських, релігійних та благодійних організацій, страхові фонди [8].

З п’яти перших джерел надходить основна маса коштів, а решта не мають великого значення. Місцеві адміністрації мають значний вплив на процес розподілу на місцевому рівні, оскільки асигнування на охорону здоров’я з місцевих бюджетів у декілька разів перевищують асигнування з державного бюджету.

Приватне фінансування формується з коштів окремих осіб або групи засновників-акціонерів приватної медичної установи і регулюється відповідним законодавством. Ціни на послуги в таких установах визначаються якістю послуг, що надаються, рівнем кваліфікації лікарів та обслуговуючого персоналу. Роль приватного фінансування у сфері охорони здоров’я в Україні залишається незначною. На практиці ці послуги є доступними тільки для невеликої кількості людей. З розвитком інституту приватної медицини, якщо не встановлювати непомірної плати за ліцензію та

не нав’язувати інших обмежень, ці послуги стануть більш доступними. З огляду на обмеженість технічних можливостей державного сектора, слід очікувати зростання ролі сектора приватного.

До безпосередніх платежів населення відносяться як офіційна оплата послуг у приватних закладах, так і опосередкована оплата послуг у державних закладах, що замаскована під «внески на розвиток медичного закладу», «добровільне відшкодування видатків на лікування» та під інші види дозволених законом лазівок, що дають змогу обминути Конституційну норму про безоплатність надання послуг у державних та комунальних медичних закладах.

За відсутності продуманої урядової стратегії реформування системи охорони здоров’я неофіційні платежі набувають все більшого поширення. „Тіньові” платежі, або так звані хабарі, оминаючи офіційні канали служать доповненням до заробітної плати лікарів, але ніяк не інвестуються у вирішення проблеми галузі. Такий стан справ веде до різкого розшарування населення за можливістю отримання медичної допомоги і не дає змоги зробити послуги з охорони здоров’я рівнодоступними для основної його маси.

Міжнародна гуманітарна та технічна допомога, що надається згідно з міждержавними угодами, а також контрактами з урядовими структурами, зарубіжними громадськими організаціями, через співпрацю з неурядовими організаціями в Україні, є важливим чинником втілення рішень міжнародних організацій щодо покращення здоров’я населення та поліпшення якості послуг у сфері охорони здоров’я. Головними перепонами на шляху ефективного використання технічної та гуманітарної допомоги є відсутність в Україні органу, який би здійснював координацію зусиль міжнародних донорів, а також неузгодженість з центральними та місцевими органами управління охорони здоров’я обсягу цієї допомоги, непідготовленість частини медичного персоналу до пропаганди та використання сучасних

приладів та методик, і короткий залишковий термін придатності засобів, що постачаються у вигляді технічної допомоги.

Кошти громадських, релігійних та благодійних організацій на сьогодні складають лише незначну частину від загального обсягу фінансування охорони здоров'я, можливо, через нерозвиненість вказаних форм неурядових організацій в Україні, слабкість існуючих організацій, а також внаслідок відсутності потужних фінансових джерел та заможних громадян, котрі могли б посприяти їх створенню.

Страхові фонди можуть генеруватися системою державних фондів соціального страхування та приватними страховими компаніями у вигляді страхових внесків установ та підприємств різних форм власності, різного роду відрахувань за особливі види ризику для здоров'я та індивідуальних добровільних внесків і призначаються для покриття медичних видатків застрахованих.

Таким чином, каналів фінансування повинно бути багато, вони мають бути різноманітними для того, щоб схема фінансування медичної допомоги в цілому могла реагувати на різні місцеві умови, враховувати можливості та особливості того чи іншого суспільного суб'єкту та ефективно працювати для вирішення головної задачі реорганізації забезпечення доступної, якісної, ефективної та забезпеченої ресурсами медичної допомоги в Україні.

На рис. 1.2 надана схема багатоканального фінансування охорони здоров'я. У вітчизняній практиці зазначені механізми більшою мірою знаходяться на стадії апробації, оскільки методична база державного медичного страхування і недержавного медичного страхування лише розробляється і закладаються її основи, ініціативні фонди та програми ще не розвинені через відсутність сприятливої законодавчої бази.

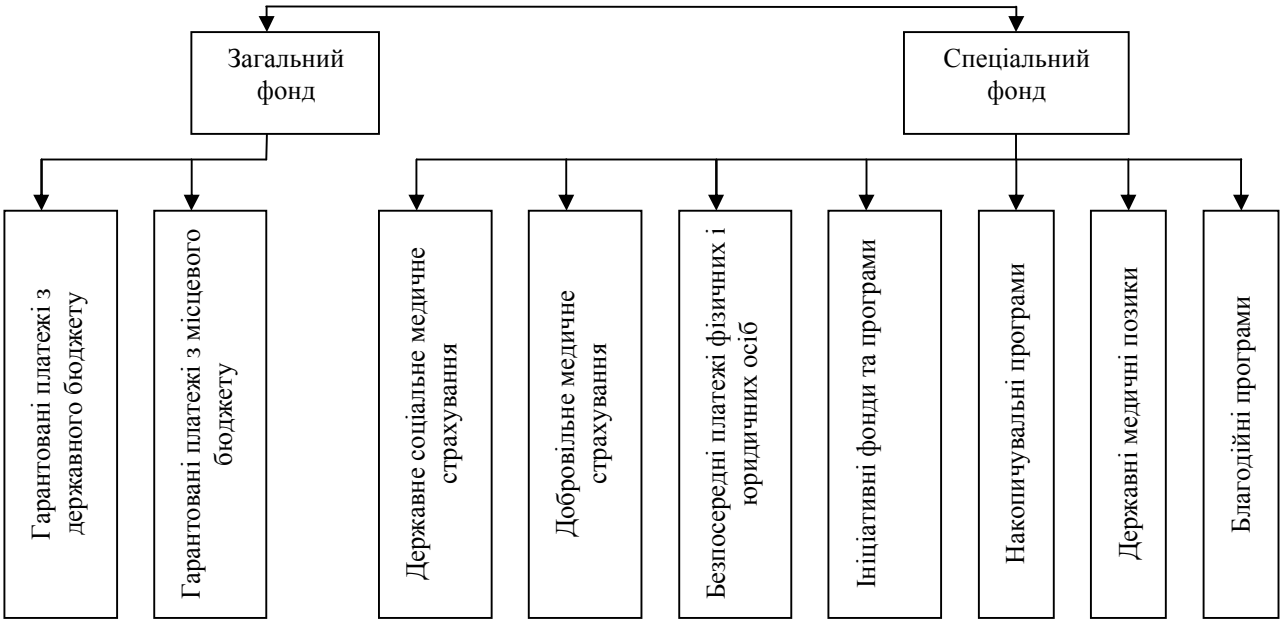

Рис. 1.2 Схема багатоканального фінансування охорони здоров'я

Схема багатоканального фінансування передбачає, що, крім держави і самої людини, існує ще багато інших суб'єктів, які можуть оплатити медичну допомогу громадян України.

Різні суб'єкти у сфері суспільної діяльності в контрактній моделі виступають і як власники медичних підприємств, і як замовники, і як користувачі медичних послуг.

Контрактна модель передбачає, що між суб'єктами сфери суспільної діяльності будуть виникати різноманітні відношення в залежності від зацікавленості по відношенню до медицини – зацікавленість користувача, власника або замовника.

Здешевлення платних послуг досягається наступними заходами: по-перше за рахунок того, що основні засоби для здійснення платних послуг передаються лікарям в користування без орендної плати. В цьому випадку у вартість послуги складає тільки оплата праці лікарів, використані матеріали та ліки. По-друге, за рахунок розгортання державних цільових програм технологічного оснащення установ, в зв'язку з чим лікарям не потрібно буде

піднімати вартість послуг для того, щоб окупити ці витрати – їх взяла на себе держава. В-третіх, держава розглядає медичну діяльність як неприбуткову і веде податкову політику, згідно якої всі доходи медичної діяльності реінвестують в медицину, за рахунок чого також дешевшають платні послуги населенню. Вчетверте, при видачі ліцензій на індивідуальну медичну діяльність, держава повинна пред'являти високі вимоги до кваліфікації та якості праці медпрацівника (освіта, досвід, відсутність рекламацій), але при цьому не розглядати лікарську діяльність як джерело надходжень до казни. Не можна завищувати вартість ліцензій, вимагати жорсткої звітності за кількістю пацієнтів, яких обслуговує лікар. Необхідно максимально гнучко виставляти вимоги до матеріального забезпечення умов роботи лікаря. Наприклад, не треба вимагати наявність оснащеного кабінету, за який він повинен буде платити високу орендну плату – повинна бути дозволена діяльність обслуговування на дому, повинні видаватись ліцензії на діяльність домашнього медичного догляду за пацієнтом.

Таким чином, цей комплекс заходів дозволить зробити платні послуги посильними для широких верств населення України.

Приватний сектор медичної допомоги існує за рахунок вкладень приватних осіб та фінансується з коштів бюджету громадян. Приватний сектор – цілком сфера платних послуг. Цей сектор практично недоступний для малозабезпечених людей, але помилково вважати, що він тільки для багатих. Все залежить від того, наскільки заохотливо віднесеться держава до приватної ініціативи в сфері охорони здоров'я. Дуже важливо розвивати таку форму підприємництва як приватний лікар, що працює за ліцензією, причому видача такої ліцензії не повинна перешкоджати роботі. Чотири основні умови надання ліцензії: наявність медичної освіти, наявність досвіду праці лікарем, відсутність рекламацій та підтвердження можливості вести ліцензійну діяльність без використання державної власності. Лікар може відвідувати пацієнта на дому, приймати у себе, користуватись своєю медичною технікою, брати державну власність в оренду – але не має права приймати пацієнта в

помешканні клініки або користуватись клінічним оснащенням (якщо він не заключив з клінікою договору). Якщо не встановлювати високої ліцензійної плати та не вимагати наявність нормативно оснащеного кабінету у такого лікаря, то вартість його послуг може бути доступна громадянам з середнім достатком.

Лікування в приватній клініці – це дуже дорога послуга. Громадяни з високим рівнем доходів складають невеликий відсоток населення України, тому ми повинні признати, що розраховувати на широкий розвиток таких клінік не приходиться. Однак ці клініки можуть вплинути на розвиток охорони здоров'я таким чином. Вони можуть стати лідерами повороту сфери медичної допомоги в Україні до нової концепції, в якій поставлена першочергова задача попередження захворювань та медичного патронажу природного довголіття. У приватному секторі в першу чергу може бути розвинений профілактично – реабілітаційний комплекс, знайдено нестандартні рішення, які виходять далеко за межі традиційного професійного медичного мислення, апробовані та відпрацьовані унікальні технології. Такого роду досвід розширює горизонти медичної практики, відкриває перспективу, розкриває рамки неможливого. Згодом ці технології або їх фрагменти можуть бути адаптовані у суспільному та державному секторі.

Виникнення такого роду клінік необхідно заохочувати на професійному і на державному рівні, тому що їх вплив носить системний характер та здійснюється за багатьма направленнями. Розповсюджена зараз практика приватних медичних послуг, що існує на принципах орендних відношень з державними медичними установами, навпаки, не заслуговує широкого розповсюдження, оскільки вирішує тільки такі завдання: залучення додаткових коштів в клініку, задоволення платоспроможності попиту на високотехнологічну та високоякісну послугу і комфортні умови в лікарні, забезпечення високого заробітку вузькій групі лікарів. Така практика не створює нічого нового та її існування носить периферійний характер.

Третій тип приватних медичних послуг – благочинні установи, на виникнення яких ми можемо сподіватись в недалекому майбутньому. Такі установи можуть виникнути, якщо значний власник вирішить вкласти свої кошти до їх організації. Якщо він укладає гроші в державне підприємство з благодійними цілями (наприклад, на покращання медичного обслуговування у будинку пристарілих), то така установа залишається в державному секторі та підпорядковується законам функціонування державного сектору. Якщо ж він вкладає гроші в установу, яка залишається в його власності, то така установа належить приватному сектору та підпорядковується його закономірностям.

В основі моделі, що пропонується, лежить принцип контрактних відношень, тобто відношення типу “замовник - виконавець”. Формування замовлення – це управлінська технологія, що включає грамотно поставлену мету виходячи з точного знання ресурсів, що є в наявності. Замовник може формуватись на різних рівнях – національному, обласному, місцевому. Верховна влада формує гарантований державою рівень безкоштовної медичної допомоги. Для цього глави державних адміністрацій формують в своєму регіоні замовлення на медичну допомогу. Понад гарантованого державою замовлення з’являються замовлення на рівні місцевого самоврядування, підприємств, організацій та громадян. Їх розміщенням можуть займатися як державні, так і приватні управляючі структури. Ця модель фінансування буде існувати для побудови доступної, ефективної, якісної і забезпеченої ресурсами медичної допомоги.

Таким чином, державну політику в царині фінансово-економічного забезпечення сфери охорони здоров’я слід здійснювати з урахуванням того, що сучасні механізми фінансування охорони здоров’я мають забезпечувати:

- доступність медичної допомоги та медичного обслуговування для усього населення країни, особливо бідних та вразливих верств;

- можливість перерозподілу ресурсів з метою оптимального задоволення потреб, що виникають у відповідних ланках сфери охорони здоров'я;
- застосування стимулів для ефективної організації та надання послуг охорони здоров'я;
- виділення ресурсів надавачам залежно від якості та обсягів наданих ними послуг і відповідно до потреб населення.

Основними кроками щодо покращення фінансово-економічного механізму управління сферою охорони здоров'я є такі.

По-перше – перехід до контрактної моделі управління та фінансування, тобто запровадження договірних відносин при закупівлі послуг з охорони здоров'я та зміни принципу фінансування, що передбачає:

- перехід від кошторисного фінансування залежно від показників потужності закладів охорони здоров'я до державного замовлення на підставі договорів між замовником та акредитованим постачальником медичних послуг, виходячи з потреб населення у певних видах медичної допомоги;
- перехід на якісно новий метод оплати послуг з охорони здоров'я:
  - на первинному рівні – поєднання подушної оплати і стимулюючих надбавок за пріоритетні види діяльності (наприклад, охоплення вакцинацією, скринінговими програмами тощо);
  - на вторинному рівні – запровадження для стаціонарів «глобального бюджету» залежно від структури та обсягів наданої допомоги, для поліклінік – сплати за обсяг наданих послуг;
  - на третинному рівні – використання «глобального бюджету» залежно від структури та обсягів наданої допомоги. Формування «глобального бюджету» для забезпечення надання медичної допомоги на вторинному та третинному рівнях на бюджет ний період; він має формуватися з урахуванням обсягів, структури та

якості послуг, визначених договором про виконання бюджетної програми залежно від потреб населення з урахуванням рівня і структури захворювань; при цьому для лікарень третинного рівня при визначенні «глобального бюджету» враховуються як потреба у конкретних видах медичної допомоги, так і ресурсні можливості відповідних медичних закладів та їх фінансове забезпечення; оскільки повне забезпечення потреби у цих видах допомоги є нереальним для будь-якої країни, в Україні встановлюється плановість її надання, у т. ч. із визначенням черговості отримання планової високотехнологічної медичної допомоги;

- перегляд принципу розподілу коштів між первинним, вторинним та третинним рівнями медичної допомоги, що на сьогодні є деформованим, з превалюванням фінансування медичної допомоги вторинного рівня.

Ефективнішим вбачається принцип фінансування, орієнтований на первинний рівень медичної допомоги.

По-друге, забезпечення автономії медичних закладів та перетворення їх на державні/комунальні некомерційні підприємства. Це створить умови закладам охорони здоров’я для:

- більшої самостійності у визначенні організації господарської діяльності (у т. ч. можливість перерозподілу коштів за різними напрямами витрат); управлінні людськими ресурсами (планування кількості, добір персоналу, вдосконалення методів оплати праці, мотивація професійного розвитку); управлінні матеріально-технічними ресурсами та відповідними інвестиціями (кількість ліжок та інтенсивність їх використання, ефективність використання обладнання, приміщень тощо); визначенні показників ефективності та продуктивності діяльності та застосуванні їх при плануванні подальшої діяльності й оплаті праці персоналу.

- більш гнучкого управління та планування в умовах ринкової економіки (тобто поряд із своєю основною діяльністю з надання гарантованих державою безоплатних медичних послуг населенню за державні кошти заклади СОЗ матимуть змогу здійснювати підприємницьку діяльність залежно від попиту ринку медичних послуг (в межах законодавства України);
- можливості (на відміну від суб'єктів, які мають статус бюджетних установ) під гарантії органу управління отримувати кредити під заходи, пов'язані з виконанням державного замовлення;
- реалізації на практиці принципу «гроші йдуть за пацієнтом», що асоціюється з переходом до оплати діяльності постачальників медичних послуг залежно від результатів їхньої роботи; ця оплата має бути спрямована на максимально можливе врахування потреб, прав та інтересів пацієнтів як споживачів медичних послуг;
- створення умов для розвитку конкуренції між виробниками медичних послуг у системі охорони громадського здоров'я, що потенційно може сприяти підвищенню ефективності використання ресурсів.

Список літератури

1. Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава : програма економічних реформ на 2010–2014 рр. / Комітет з економічних реформ при Президентові України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.president.gov.ua/docs/Programa_reform_FINAL_2
2. Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения. Принят Международной конференцией здравоохранения в Нью – Йорке 22 июля

1946 г. Всемирная организация здравоохранения. Основные документы. – Женева, 1988. – С. 5.

3. Індекс розвитку людського потенціалу 2013 (рейтинг України) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://infolight.org.ua/content/indeks-rozvitku-lyudskogo-potencialu-2013-reyting-ukrayini
4. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір // Новости медицины и фармации, № 4(309), 2010. – Режим доступу: http://www.mif-ua.com/archive/article/11684
5. Формування ефективних механізмів управління в умовах пріоритетності знаннєвої компоненти економічного розвитку: [монографія] / за заг.ред. Л.С. Ладонько. – Ніжин ФОП Лук»яненко В.В. ТПК «Орхідея», 2013. - с.209-234.
6. Клименко О.М. Світовий досвід організації фінансування в сфері медичного обслуговування // Чернігівський науковий часопис. Серія 1, Економіка і управління [електронний ресурс]. Чернігів: ЧДІЕіУ, 2011, с. 104-112.
7. Клименко О.М., Гривко Д.І., Козир З.І. «Механізм фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я» // Економіка: проблеми теорії та практики. Збірник наукових праць. Випуск 231: В 9 т. Том VIII. Дніпропетровськ: ДНУ, 2007. – с. 1521 – 1525.
8. Клименко О.М. Формування багатоканальної системи фінансування медичної допомоги // Историко-правовые и социально-экономические аспекты развития общества: материалы докладов и выступлений межвузовской научно-практической конференции (г. Чернигов, 14 апреля 2011 года).- Чернигов: Украинско-Российский институт (филиал) МГОУ в г. Чернигове, 2011. - с. 283-285.
9. Клименко Е.М., Клименко А.В. Совершенствование финансирования системы здравоохранения // «Актуальные вопросы экономического развития: теория и практика в современных условиях», международная науч.-практическая конф. (2011, Гомель). Международная научно-

практическая конференция «Актуальные вопросы экономического развития: теория и практика в современных условиях», 27-28 октября 2011 г.: - III Чтения, посвященные памяти М.В. Научителя / редкол.: Б.В. Сорвиров, О.С. Башлакова (отв.ред) [и др.]. – Гомель: ГГУ им. Ф. Скорины, 2011.-278 с.

10. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я [Электронный ресурс] / під заг. ред.: Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка ; рец.: В. М. Лєхан, Г. В. Бесполудіна, 2007. - 680 с.
11. Медичне страхування в Австрії, Фінляндії, Швеції, Італії, Ізраїлі, США. [Електронний ресурс]. – Доступний з http://www.likar.info/profi/articles/405.html
12. Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: Пер. с анг. – М.: Геотар Медицина, 2000. – 423 с.
13. Шутов М.М. Экономические основы рыночного здравоохранения / НАН Украины. Институт экономико-правовых исследований. – Донецк: ВИК, 2002. – 294 с.
14. 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.
15. Безпомічна екстрена медична допомога : звіт Рахункової палати України від 29.10.2010 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.ac-rada.gov.ua/control/main/uk/publish/article/16732239