Київський національний торговельно-економічний університет

Кафедра фінансів

ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на тему:

ФОРМУВАННЯ ВИДАТКІВ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я

Студентка 2 курсу, 4-м групи,
Спеціальність 072
«Фінанси, банківська справа та страхування»
спеціалізації «Державні фінанси» — Андрущак Дар'я Андріївна

Науковий керівник
Кандидат економічних наук,
Доцент — Шевченко Світлана Олексіївна

Гарант освітньої програми
д.е.н., професор — Макогон Валентина Дмитрівна

Завідувач кафедри фінансів,
Заслужений діяч культури і техніки України
д.е.н., професор — Чугунов Ігор Янкович

Київ 2019

ЗМІСТ

ВСТУП……..3
РОЗДІЛ 1. Теоретичні основи формування видатків на охорону здоров'я……6
1.1 Поняття та визначення видатків на охорону здоров'я……...6
1.2 Зарубіжний досвід формування видатків на охорону здоров’я……..12
РОЗДІЛ 2. Аналіз формування видатків на охорону здоров'я……..20
2.1 Фінансове забезпечення охорони здоров’я в Україні……..20
2.2 Аналіз сучасного стану бюджетного та небюджетного фінансування охорони здоров' я……..26
РОЗДІЛ 3. Шляхи реформування видатків на охорону здоров'я……..35
3.1 Проблеми та підходи щодо фінансового забезпечення охорони здоров’я……35
3.2 Добровільне медичне страхування в Україні……...41
Висновки……48
Список використаних джерел……...51
Додатки……...55

ВСТУП

Охорона здоров’я населення є важливою сферою суспільного життя, внутрішньою функцією і частиною соціальної політики держави. Однак, за останні роки показники стану охорони здоров’я населення в Україні надзвичайно низькі і незадовільні. Безперечно, в першу чергу це пов’язано із складною економічною і політичною ситуацією в державі, гострою екологічною кризою і вкрай недостатнім фінансуванням.

Охорона здоров'я недофінансовувалася десятиліттями. Неефективний бюджетний механізм її функціонування та високий рівень корупції та хабарництва призвели до фактичного розвалу галузі, яка вже не може забезпечити потреби населення. Через непослідовну політику в охороні здоров'я накопичилась низка проблем - організаційні, правові, фінансові, управлінські, економічні, структурні, кадрові, інформаційні складові є дискоординованими та мають різний ступінь модернізації або деградації. Існують значні внутрішньорегіональні відмінності. Держава повинна забезпечити універсальний доступ до необхідної медичної допомоги, яка повинна надаватися безоплатно в державних та комунальних закладах охорони здоров'я, але, фактично протягом десятиліть громадяни були незахищені від катастрофічного фінансового зубожіння через витрати на охорону здоров'я у випадку хвороби.

Мережа закладів охорони здоров'я не відповідає потребам населення через технологічну відсталість і недосконалу інфраструктуру. Практично відсутні такі сектори медичного обслуговування як медико-соціальний та паліативний/хоспісний, медична реабілітація тощо. Доступність до якісної первинної медичної допомоги залишається низькою, особливо у сільській місцевості. Значна частина громадян, перш за все тих, що проживають у сільській місцевості та малих містах, не мають вчасного доступу до якісного та комплексного інтенсивного лікування, у т. ч. при гострих станах і захворюваннях.

Актуальність обраної теми полягає в тому, що в Україні є неефективне витрачання коштів. Загальна площа всіх медичних закладів в Україні можна порівняти з площею Естонії. Всі ці заклади наразі мають утримуватись, ремонтуватись та опалюватись коштом платників податків. Застаріла модель фінансування медицини передбачала спрямування бюджетних коштів на утримання медичної інфраструктури, а не на відшкодування фінансових ризиків громадян у разі хвороби. Тобто по суті фінансувалися приміщення, незалежно від того, чи були там пацієнти, замість того, щоб фінансувати саме медичні послуги.

Теоретичні та практичні аспекти фінансового забезпечення охорони здоров’я висвітлені у наукових працях вітчизняних і зарубіжних учених: Р. Бачо, Я. Буздуган, С. Гончарука, В. Дем’янишина, Д. Долбнєвої, Н. Карпишин, М. Литвиненко, Є. Малік, А. Мокрицької, С. Онишко, Г. Рожкова, М. Савельєвої, Ю. Шевчука та інших.

Мета випускної кваліфікаційної роботи полягає у дослідженні фінансового забезпечення охорони здоров’я в Україні, аналізі сучасного стану її бюджетного та небюджетного фінансування, визначенні основних проблем та розробленні шляхів їх вирішення.

Завданням роботи є визначення формування видатків на охрону здоров'я, проаналізувати формування видатків на охорону зоров'я, розробити шляхи реформуваня видатків на охорону здоров'я.

Об'єкт роботи - здійснення фінансування охорони здоров’я в Україні та світі.

Предметом дослідження випускної кваліфікаційної роботи є фінансове забезпечення і фінансування охорони здоров’я в Україні.

Методи дослідження роботи:

1) системний підхід і аналіз – використовувався на всіх етапах проведення дослідження, включаючи вивчення проблем діючої системи фінансування охорони здоров’я України, нормативно-правових засад фінансування сфери охорони здоров’я в Україні в розрізі її основних функцій, обґрунтування нової системи фінансування;

2) бібліосемантичний – для аналізу, порівняння і узагальнення даних щодо систем фінансування охорони здоров'я в зарубіжних країнах, досвіду їх реформування;

3) економічний – для аналізу системи фінансування України за її основними функціями;

4) медико-статистичний – для статистичної обробки матеріалів дослідження.

Інформаційну базу дослідження склали: економічна література і періодичні видання, наукові рооти, аналітичні дані, матеріали органів державної статистики України, програми розвитку підприємства, рішення органів державної влади та місцевого самоврядування.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в обґрунтуванні науково-теоретичних положень і розробленні практичних заходів щодо вдосконалення формування видатків бюджету на охорону здоров'я.

Більш повно теоретичні та практичні здобутки роботи, що визначають її наукову новизну полягають в удосконаленні механізму системи фінансування охорони здоров'я за рахунок впровадження державного медичного страхування.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що представлені напрямки удосконалення можуть бути використані:

- в правотворчій діяльності – при розробці нормативно-правових актів;
- в навчальному процесі – при написанні навчальних матеріалів;
- у роботі науково-дослідних установ.

Публікації. За результатами проведеного дослідження опубліковано наукову статтю на тему «Формування видатків бюджету на охорону здоров'я», яка увійшла у збірник наукових статей студентів КНТЕУ.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФОМУВАННЯ ВИДАКІВ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я

1.3 Поняття та визначення видатків на охорону здоров'я

Фінансування охорони здоров' я здійснюється за рахунок Державного бюджету України, місцевих бюджетів, фондів медичного страхування, благодійних фондів та будь-яких інших джерел, не заборонених законодавством. Бюджетне фінансування забезпечує рівний доступ до медичної допомоги, можливість оптимізації системи охорони здоров' я в національному масштабі, відносну простоту технологій фінансування й оплати праці в цій сфері. Заклади охорони здоров' я поряд із державним фінансуванням розвивають інші джерела фінансових надходжень, серед яких - страхові благодійні платежі, надходження від лікарняних кас, надання платних послуг, компенсаторні оплати, а також застосовують дозволені госпрозрахункові механізми. Крім того, в загальній структурі фінансування охорони здоров' я розвивається приватний сектор надання медичних послуг. Згідно з бюджетною класифікацією витрати на утримання установ охорони здоров'я плануються за розділом "Охорона здоров'я", що включає всі заклади та заходи у сфері охорони здоров' я [12] .

Поняття видатки закріплене у статті 2 Бюджетного Кодексу України, що видатки - кошти, спрямовані на здійснення програм та заходів, передбачених відповідним бюджетом. До видатків бюджету не належать: погашення боргу; надання кредитів з бюджету; розміщення бюджетних коштів на депозитах; придбання цінних паперів; повернення надміру сплачених до бюджету сум податків і зборів та інших доходів бюджету, проведення їх бюджетного відшкодування; компенсація частини суми штрафних (фінансових) санкцій, що перераховується покупцям (споживачам) за рахунок штрафних (фінансових) санкцій, застосованих органами, що контролюють справляння надходжень бюджету, за наслідками проведеної перевірки за зверненням або скаргою покупця

(споживача) про порушення платником податків установленого порядку проведення розрахункових операцій [2].

До видатків державного бюджету на охорону здоров'я належать видатки на:

- первинну медико-санітарну, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (багатопрофільні лікарні та поліклініки, що виконують специфічні загальнодержавні функції, згідно з переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України);
- спеціалізовану, високоспеціалізовану амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (клініки науково-дослідних інститутів, спеціалізовані лікарні, центри, лепрозорії, госпіталі для інвалідів Великої Вітчизняної війни, спеціалізовані медико-санітарні частини, спеціалізовані поліклініки, спеціалізовані стоматологічні поліклініки згідно з переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України);
- санаторно-реабілітаційну допомогу (загальнодержавні санаторії для дітей та підлітків, спеціалізовані санаторії для ветеранів Великої Вітчизняної війни);
- санітарно-епідеміологічний нагляд (санітарно-епідеміологічні станції, дезінфекційні станції, заходи боротьби з епідеміями);
- інші заклади охорони здоров'я, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій згідно з переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України [2].

До видатків, які здійснюються з обласних бюджетів, належать видатки на:

- первинну медико-санітарну, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу;
- спеціалізовану амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (спеціалізовані лікарні, поліклініки, включаючи стоматологічні центри, диспансери, госпіталі для інвалідів Великої Вітчизняної війни, будинки дитини, станції переливання крові);
- санаторно-реабілітаційну допомогу (санаторії для хворих на туберкульоз, санаторії для дітей та підлітків, санаторії медичної реабілітації);

- інші державні програми медико-санітарного забезпечення обласного значення (медико-соціальні експертні комісії, бюро судмедекспертизи, центри медичної статистики, бази спецмедпостачання, центри здоров' я і заходи санітарної освіти, інші програми і заходи) [2].

До видатків на охорону здоров' я, які здійснюються з районних бюджетів, міських бюджетів обласного значення, належать видатки на:

- первинну медико-санітарну, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (лікарні широкого профілю, пологові будинки, станції швидкої невідкладної медичної допомоги, поліклініки та амбулаторії, загальні стоматологічні поліклініки);
- програми медико-санітарної освіти (міські та районні центри здоров' я і заходи санітарної освіти).

До видатків, які здійснюються з бюджетів міст районного значення, сіл, селищ та їх об'єднань належать видатки на первинну медико-санітарну, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (дільничні лікарні, медичні амбулаторії, фельдшерсько-акушерські та фельдшерські пункти) [2].

Самофінансування, засноване на використанні власних фінансових ресурсів, є основною формою фінансового забезпечення приватних медичних закладів, що займаються комерційною діяльністю. Сьогодні більшість бюджетних закладів охорони здоров' я також мають право формувати власні кошти від надання платних послуг та здійснення іншої комерційної діяльності, дозволеної законодавством, включати їх до спеціального фонду кошторису та використовувати на потреби за цільовим призначенням. Упровадження механізмів комерційного самофінансування в діяльність закладів охорони здоров' я стало вимушеним кроком держави через дефіцит бюджетних фінансових ресурсів і неспроможність держави повноцінно утримувати даний сектор. Чинне українське законодавство, окрім фінансування, передбачає й іншу форму фінансового забезпечення закладів охорони здоров' я - кредитування, проте воно, на відміну від розвинутих західних країн, у вітчизняній практиці майже не використовується. Одним із альтернативних джерел фінансового забезпечення

охорони здоров' я також є благодійництво та благодійна діяльність. Надходження від спонсорських внесків розглядаються як "інвестиції в соціальну сферу" взагалі та в охорону здоров' я зокрема.

Світова практика використовує такі методи фінансування закладів охорони здоров' я, як кошторисний, програмно-цільовий, за надані медичні послуги. Програмно-цільовий та кошторисний методи є основними для фінансування закладів охорони здоров' я в Україні.

Кошторисне фінансування - це виділення коштів на утримання закладів, установ і організацій охорони здоров' я, виконання певних програм і реалізацію певних заходів на підставі спеціального фінансового документа - кошторису. Сьогодні цей метод застосовується для фінансування більшості закладів охорони здоров' я, джерелом фінансування яких є бюджети. До переваг кошторисного фінансування належить можливість достатньо чіткого прогнозування видатків (за відсутності інфляції), контролю за цільовим витрачанням коштів і обмеження їх абсолютного розміру. Проте в тих випадках, коли потрібно створити дієвий стимулювальний організм, який би пов' язував обсяги фінансування з досягнутими результатами, переваги цього методу перетворюються на недоліки. Кошторисне фінансування не дає можливості оперативно змінювати розміри коштів, необхідних для виконання певного обсягу робіт, у разі його зміни оперативно маневрувати коштами, перекидаючи їх з однієї статті на іншу [12].

Програмно-цільове фінансування передбачає визначення об'єктів, чітких цілей фінансування і необхідних ресурсів, дає можливість уникнути нецільового використання бюджетних коштів, забезпечити результативне їх витрачання та персональну відповідальність керівників закладів охорони здоров' я за досягнення соціальних результатів бюджетних програм. Фінансування за надані медичні послуги є найточнішим методом визначення витрат, воно здійснюється як від передбачуваного (планового), так і від фактичного обсягу наданих послуг і пов'язане з розрахунком цін (тарифів). Формування механізму ціноутворення на медичні послуги в Україні є необхідним, оскільки, з одного боку, вартісна оцінка медичної допомоги стала необхідною у зв'язку з переходом до нових форм

господарювання, а з другого - медичне страхування може бути впроваджене тільки за наявності показників вартості медичних послуг, які визначають величину страхових внесків. Разом з тим питання, пов' язані з ціноутворенням, далеко не вирішені [12].

Важливим напрямом поліпшення фінансового забезпечення може стати створення і функціонування системи медичного страхування населення. Страхування громадян здійснюється за рахунок Державного бюджету України, коштів підприємств, установ і організацій та власних внесків громадян. Питання організації медичного страхування населення і використання страхових коштів вирішується згідно з законодавством. Інститут медичного страхування в Україні тільки починає розвиватися й функціонує у вигляді добровільного медичного страхування та лікарняних кас. Страхові компанії пропонують такі види добровільного медичного страхування, як страхування здоров' я на випадок хвороби й безперервне страхування здоров' я. Базові програми медичного страхування охоплюють: амбулаторно-поліклінічну медичну допомогу, стоматологічні послуги, стаціонарне лікування, медичне обслуговування вдома, швидку та невідкладну медичну допомогу. За бажанням страхувальника, крім базових програм до страхового полісу можуть належати додаткові страхові програми (вакцинація дітей, медична допомога під час поїздок територією України чи за її межами на відпочинок та ін.). Добровільне медичне страхування в Україні тільки почало розвиватися, оскільки для більшості страхових компаній воно не забезпечує значного прибутку через високі страхові виплати. Крім того, через низький рівень купівельної спроможності населення воно доступне лише для багатих людей або суб' єктів господарювання, які включають медичне страхування у "соціальний" пакет для своїх працівників.

Як свідчить зарубіжний і вітчизняний досвід, одним із вагомих додаткових джерел фінансового забезпечення закладів охорони здоров' я дітей могли б стати кошти лікарняних кас, які використовуються в основному для поліпшення медикаментозного забезпечення їх учасників. Це свого роду громадські добровільні нагромаджувальні фонди, які створюються з ініціативи громадян та

лікарів-активістів. В Україні спостерігається позитивна динаміка розвитку лікарняних кас. Члени лікарняних кас щомісячно вносять або фіксовану суму коштів, або відсоток від заробітної плати чи пенсії до бюджету каси, які зараховують на їх персональні рахунки.

Існують різні точки зору щодо доцільності діяльності таких інституцій. Противники створення лікарняних кас вважають, що цей процес законодавчо не врегульований і не контрольований з боку держави, що стає причиною зловживань, фінансових порушень і тому не може бути ефективним. На наш погляд, поки в Україні не буде впроваджено обов' язкове медичне страхування як доповнення до бюджетного фінансування закладів охорони здоров' я, доцільно залучати кошти лікарняних кас. Як підтверджує вітчизняний і зарубіжний досвід, діяльність зазначених кас сприятиме ефективному використанню інституцій фінансових ресурсів, оскільки до контролю залучаються члени лікарняних кас, що підвищує його результативність та забезпечує цільове спрямування наявних коштів.

Найбільш вигідними для прийняття управлінських рішень при визначенні джерел фінансування надання медичних послуг є благодійні внески. На Україні майже всі заклади мають відкриті благодійні рахунки або співпрацюють з благодійними організаціями. Також привабливими є джерела подушного фінансування і методу глобального бюджету, проте відсутність прямого законодавчого врегулювання та залежність цих форм від державного та місцевих бюджетів суттєво знижують їх впровадження у практику.

1.4 Зарубіжний досвід формування видатків на охорону здоров'я

Джерела фінансування сфери охорони здоров'я в економічно розвинених країнах поділяються на дві категорії: пряму оплату і передоплату третьої сторони. Пряма оплата здійснюється у формі або офіційної плати за послугу, або неофіційної винагороди надавачеві медичних послуг у момент її надання. Передоплата третьої сторони здійснюється через податки, відрахування від фонду заробітної плати і цільові страхові внески в охорону здоров'я, які окремі громадяни, сім'ї і роботодавці платять посередникам (такими виступають державний бюджет, фонди соціального страхування або приватні компанії медичного страхування), перш ніж послуга буде надана її виробником (лікарнями, поліклініками, лікарями). В економічно розвинених країнах більшість схем попередньої оплати здійснюються безпосередньо через цільові виплати, що дає змогу охопити медичним обслуговуванням частину населення, неспроможну платити (бідних, осіб з низькими доходами і людей похилого віку), або непрямо, через податкові пільги.

Більшість країн світу фінансують охорону здоров'я, поєднуючи такі основні джерела, як загальні податкові надходження (податок із заробітної плати), внески соціального страхування, премії приватного страхування, пряма оплата медичного забезпечення користувачем, а також так зване общинне фінансування (кошти територіальної громади), спрямоване на забезпечення справедливого та рівного доступу всіх громадян до послуг з охорони здоров'я та їх захисту від надмірних фінансових втрат через хворобу.

Фінансування як механізм державного управління здійснює надзвичайно важливий вплив на діяльність системи охорони здоров'я. Від його рівня залежить кількість доступних для системи охорони здоров'я фінансових ресурсів, визначення того, хто несе основний фінансовий тягар та хто контролює зібрані фінансові ресурси, управління фінансовими ризиками, а також можливості контролю витрат. Ці фактори, в свою чергу, дають змогу визначити справедливість доступу до медичної допомоги, захистити громадян від

надмірного фінансового ризику на випадок захворювання та впливати на стан громадського здоров'я. Важливо звернути увагу на те, що різні види податків являють собою різний тягар на певні групи населення щодо доходів. Податок з продажу і податок на додану вартість є важким тягарем для бідних. Податки з доходу можуть бути більш прогресивними, тобто створювати більший тягар для багатих, але тільки втому разі, коли вони справді збираються. Деякі дослідники показують, що прямі податки, соціальне і приватне страхування є прогресивними.

Неодмінною складовою ефективного розвитку держави є підтримка соціальної сфери й формування дієвої системи охорони здоров’я в країні. Трійка провідних країн за основними показниками здоров’я (середня тривалість життя, дитяча смертність і низка інших) нині виглядає так: Японія, Німеччина та США.

Система охорони здоров’я в Японії – одна з найрозвиненіших у світі. Орієнтація на профілактику й реабілітацію дала змогу істотно знизити витрати на охорону здоров’я та підвищити її якість. Система охорони здоров’я ґрунтується на повному охопленні всього населення медичним страхуванням, забезпечуваним державою й роботодавцями приватного сектору. Власне, в Японії наявні дві основні системи, якими охоплена більшість населення. Перша – Національна система страхування здоров’я – охоплює в основному дрібних власників і членів їхніх сімей, інвалідів та інших непрацюючих осіб. Друга – система страхування осіб найманої праці, що охоплює найманих працівників і їхніх утриманців, є найбільшою в Японії. У цій системі діють різні програми. Деякі з них належать державі, яка сама є страховиком. А в програмі соціального страхування страховиком є саме товариство, створене адміністрацією та працівниками одного або кількох підприємств однієї галузі. У країні існує також система додаткового приватного страхування, але вона не має великого попиту. На його частку припадає не більше ніж 1% сукупних витрат на охорону здоров’я в країні. Жодних обмежень щодо вибору лікаря й лікарні страхування не передбачає. У країні налічується близько 140 тис. лікувальних закладів, у т. ч. 80 тис. поліклінік (деякі з невеликими стаціонарними відділеннями), 10 тис. лікарень, 850 медичних

центрів, керованих урядами префектур, 50 стоматологічних клінік. Інформація про кількість медичних установ в Японії варіює за даними різних джерел. Це пояснюється тим, що в офіційній статистиці кабінети приватних лікарів також іменуються поліклініками, а саме вони й становлять переважну кількість лікувальних установ.

Більшість лікарень і клінік у Японії перебуває в приватних руках, однак через те, що всі тарифи на оплату їхніх послуг установлює влада, для пацієнтів не існує жодної різниці між приватною й державною медициною. Японські лікарні відчувають труднощі з госпіталізацією хворих, які потребують екстреної допомоги або перебувають у серйозному стані, у зв'язку з величезним потоком пацієнтів, котрі потребують більш тривіального лікування. Немає повноцінної комплектації лікарень цілодобовим персоналом, як це прийнято у великих госпіталях США. Компенсація лікарням і клінікам проводиться за принципом відрядної оплати (гонорар за кожну надану послугу). Тарифи однакові для лікування в стаціонарах і амбулаторіях. Оскільки лікарні при тому ж рівні компенсації повинні фінансувати як зарплату персоналу, так і витрати на основні фонди, головна тенденція полягає в максимально ранньому переведенні пацієнта на амбулаторне доліковування. Так як уряд нав'язує лікарням одноманітні схеми компенсації за послуги, цінової конкуренції в країні не існує. Замість цього, лікарні намагаються залучити пацієнтів, закуповуючи найсучасніше обладнання. Така ситуація, природно, вигідна пацієнтам, але водночас вона породжує черги охочих пройти лікування в найбільш оснащених лікарнях.

Заробітна платня персоналу, оплата лікарняних послуг, ціни на ліки, медичні процедури й обладнання визначаються Центральною радою із соціального та медичного обслуговування при Міністерстві охорони здоров'я, праці та соціального забезпечення. Вона встановила ціни на настільки низькому рівні, що вартість японської охорони здоров'я зростає повільніше, ніж споживчі ціни загалом. При цьому, якщо попит на медичні послуги в країні підвищується, уряд скорочує витрати шляхом урізання компенсацій. Суворий контроль за цінами й зарплатами в системі охорони здоров'я Японії певною мірою скорочує приплив

лікарів і призначення послуг, для яких потрібне дороге обладнання. Однак разом із тим це добрий засіб для того, щоб захистити медицину від осіб, котрі перетворюють її на бізнес, і зберегти професійну чистоту медичних кадрів.

У Японії лікарі, які працюють у лікарнях, є службовцями, котрі отримують зарплату. Частина медиків залучені в приватному секторі, але розмір їхніх гонорарів установлює держава. Як правило, він визначається на основі гонорару за конкретні послуги. Проте така система фіксованих гонорарів праці лікарів створює в них стимули для прийому максимальної кількості пацієнтів, а отже, результатом стає «конвеєрний» характер надання медичної допомоги.

Сьогодні витрати на охорону здоров'я в Японії становлять 8,1% ВВП. На цьому тлі показники медичного обслуговування набагато кращі, ніж у США, які витрачають на ці цілі майже в 2 рази більше. Країна домоглася такого успіху шляхом заборони на прибуток страхових компаній, а також уведенням обмежень на оплату лікарів, котрі допускають серйозні помилки в обслуговуванні пацієнтів. Це якраз те, чого так бракує українській охороні здоров'я, де медичне страхування – відверта годівниця для спритних ділків, що окупували цю дуже вигідну нішу [28].

Говорячи про охорону здоров'я в Німеччині, треба зазначити, що саме там уперше було запроваджено обов'язкове соціальне медичне страхування, яке, за оцінками європейських дослідників, відповідає найвищим міжнародним стандартам якості. У сучасній Німеччині одним із головних принципів державного устрою й системи охорони здоров'я є, зокрема, розподіл повноважень між землями, федеральним урядом і створеними в законному порядку організаціями громадянського суспільства. У сфері охорони здоров'я органи влади передають повноваження самоврядним організаціям платників і виробників послуг, тобто структурам, які безпосередньо зацікавлені та мають відповідний рівень професійних знань у цій сфері. Насамперед це лікарняні каси, їх об'єднання, об'єднання лікарів лікарняних кас, які є квазідержавними організаціями й мають органи управління, що здійснюють управління фінансуванням, надання послуг в обсязі, гарантованому Законом про обов'язкове

медичне страхування. На федеральному рівні систему охорони здоров'я очолює Федеральне Міністерство охорони здоров'я й соціального забезпечення, до повноважень якого належить і загальна політика у сфері державного медичного страхування. Правове регулювання всієї системи соціального страхування Німеччини здійснюється в основному на підставі Соціального кодексу, книга п'ята якого присвячена безпосередньо державному медичному страхуванню. Відповідно до федерального законодавства, відповідальність за планування медичної допомоги закріплена за землями (всього 16 федеральних земель). Кожна земля повинна забезпечувати стабільне фінансування лікарень, гарантувати забезпечення потреб населення в медичній допомозі. Тому землі розробляють своє законодавство у сфері охорони здоров'я з урахуванням специфіки регіону, його соціального, економічного розвитку тощо, це призводить до значної різниці в характері, межах і методах планування медичних програм у різних регіонах.

Фінансування сфери охорони здоров'я здійснюється переважно (57%) за рахунок коштів обов'язкового державного медичного страхування – Gesetzliche Krankenversicherung (цим видом страхування охоплюється близько 90% населення, інша частина громадян або має приватну страховку, або підпадає під інші спеціальні державні програми, наприклад, військовослужбовці, поліцейські, одержувачі соціальних виплат та ін.). Близько 10,5% надходить від інших складників державної страхової системи (кошти пенсійного страхування, страхування на випадок виробничого травматизму, страхування на випадок необхідності довготривалого медичного догляду); інші кошти надходять від приватних страховиків – Private Krankenversicherung (8,4%), від безпосередніх особистих платежів населення (12,2%). Отже, головним джерелом фінансування охорони здоров'я Німеччини є самоврядні регіональні та федеральні лікарняні каси (gesetzliche Krankenkassen), які збирають внески й забезпечують фінансування медичних послуг на рівні соціальних гарантій держави. Усі лікарняні каси є некомерційними організаціями, які зобов'язані збирати членські внески й мають право встановлювати ставку внеску, що необхідна для покриття витрат.

Позитивною особливістю системи обов'язкового медичного страхування Німеччини є те, що внески працівників забезпечують страхування як його самого, так і членів його сім'ї, які не працюють, без будь-яких доплат. Внески стягуються із заробітної плати, пенсій, допомоги на випадок безробіття, при цьому встановлюється максимальний рівень доходу, з якого утримуються внески.

До переваг німецької системи охорони здоров'я, безумовно, варто зарахувати високий якісний рівень надання медичної допомоги, оснащеність медичним обладнанням лікувально-профілактичних установ, кваліфікацію медичних працівників і, найголовніше, доступність медичного обслуговування для всіх.

Система медичного страхування забезпечує населення широким спектром безоплатних послуг, включаючи амбулаторне і стаціонарне лікування, рецептурні лікарські засоби, медичні устаткування, оплату проїзду до медичного закладу тощо. Певний інтерес становить система оплати праці лікарів, яка дає змогу переважно виключати можливість зловживань з боку медичних працівників у контексті призначень зайвих медичних процедур, обстежень тощо. Страхові організації оплачують медичну допомогу, яка надається лікарями, на базі бальної системи оцінювання рівня наданих послуг. Бали встановлюються в плані виплат за послуги, де визначається кількість балів за кожну надану послугу. Розмір відшкодування лікарям на підставі зароблених ними балів розраховується як співвідношення загальної кількості балів, зароблених усіма лікарями, і регіонального бюджету охорони здоров'я [41].

Сполучені Штати Америки не мають гарантованої державою системи загального страхування здоров'я. Усе тримається на системі приватного страхування. Значну роль у забезпеченні частини населення медичною допомогою відіграє некомерційне страхування, яке є державною програмою підтримки для окремих верств населення. Федеральний уряд гарантує медичне страхування лише для літніх і найбідніших людей. Пенсіонери користуються коштами з фонду Medicare («Медична опіка»), а бідні – з фонду Medicaid («Медична допомога»). Усі інші американці повинні покладатися на надзвичайно складну систему приватних страховок, які оплачують або роботодавці, або самі

зацікавлені, якщо вони ні від кого не залежать і працюють лише на себе. Як правило, роботодавець має план щодо страхування своїх працівників. Іноді він сплачує повну вартість страховки, але часто працівники також уносять певну грошову суму. Члени сім'ї працівника страхуються через страховку цього працівника. Якщо особа не є працівником або членом сім'ї працівника, страховка повинна бути придбана у приватному порядку. Якщо цього не зробити, людина не має права на отримання медичної допомоги. Лікарі та лікарні є також приватними, і вони є частиною цього бізнесу. Якщо вони не отримують платежів через страхування, вони потребують готівку, а якщо оплата не надходить, медичні послуги не надаються взагалі. Саме через це мільйони американців намагаються мати хоча б часткове страхування, яке хоча й не покриває коштів на перебування в лікарні, ліки, медичні процедури й операції, але все ж таки дає змогу отримати необхідний базовий набір медичних послуг.

Розглянувши організацію забезпечення охорони здоров'я в США, доречно зазначити, що основним недоліком цієї системи є велика вартість медичної допомоги. Витрати на душу населення в Сполучених Штатах становлять 7 290 USD на рік, що більше ніж у два рази перевищує середній показник серед індустріально розвинених держав. Проте високий рівень організаційно-правового забезпечення захисту прав пацієнтів, який виявляється в тому, що значного рівня розвитку набули надання адвокатських послуг у сфері медичного права та широка розповсюдженість інституцій, зайнятих захистом прав споживачів, особливе ставлення до літніх осіб, інвалідів та деяких інших категорій соціально не захищених верств населення, які не можуть самостійно забезпечити собі фінансування медичної допомоги, є безумовними перевагами в організації забезпечення охорони здоров'я в США.

Отже, досвід США свідчить, що запроваджувати приватне страхування в медичній сфері як основне джерело фінансування недоцільно, оскільки можливі серйозні фінансові диспропорції в охороні здоров'я.

Зробивши висновки із досвіду зарубіжних країн, в Україні потрібно запровадити медичне страхування, це надасть можливість мінімізувати витрати на

оплату медичної допомоги, отримати більш кваліфіковану медичну допомогу в більш комфортних умовах, це наявність незалежного експертного контролю за строками, якістю та обсягами за наданням медичних послуг представниками страховика.

Впровадження загальнообов'язкового соціального медичного страхування передбачить виділення самостійних суб'єктів, між якими складаються договірні відносини. Введення загальнообов'язкового соціального медичного страхування змінить порядок фінансування лікувальних закладів. Якщо при бюджетному фінансуванні кошти виділяються на утримання самих лікарень, поліклінік, то при медичному страхуванні кошти адресовані пацієнтам. Впровадження загальнообов'язкового соціального медичного страхування дозволить виправити недоліки бюджетного фінансування, а саме ліквідувати залишковий принцип фінансування галузі.

Підсумовуючи вищезазначене, треба сказати, що зарубіжний досвід країн із розвинутими системами охорони здоров'я доводить той факт, що медична галузь може ефективно та якісно функціонувати лише за умови існування медичного страхування. Накопичений десятиліттями світовий досвід у цій сфері свідчить про високу ефективність різних моделей і систем обов'язкового медичного страхування. Саме тому кожна країна повинна створити власну модель медичного страхування з урахуванням національної специфіки, тенденцій і особливостей свого соціально-економічного розвитку, що сприятиме зростанню сильної та здорової нації, як наслідок, побудові сильної й ефективної економіки.

РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ ФОМУВАННЯ ВИДАКІВ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я

2.1 Фінансове забезпечення охорони здоров’я в Україні

Складна економічна й політична ситуація в Україні зумовила недостатнє бюджетне фінансування охорони здоров’я останніми роками. Причинами низького рівня фінансового забезпечення медичної сфери є недостатність бюджетних коштів, нераціональне їх використання, недосконаліть наявних бюджетних і небюджетних механізмів управління. Згіно Закону України про охорону здоров'я кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я. Суспільство і держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу України, забезпечують пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави, поліпшення умов праці, навчання, побуту і відпочинку населення, розв'язання екологічних проблем, вдосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя.

У статті 3 Закону України Про хорону здоров'я зазначено охорона здоров'я - система заходів, що здійснюються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров’я, фізичними особами - підприємцями, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, медичними та фармацевтичними працівниками, громадськими об’єднаннями і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя [24].

Основними принципами охорони здоров'я в Україні є:

визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України;

- дотримання прав і свобод людини і громадянина в сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;
- гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення;
- рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг в сфері охорони здоров'я;
- відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обгрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість;
- орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом в сфері охорони здоров'я;
- попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я;
- багатоукладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції;
- децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі.

Державні, громадські або інші органи, підприємства, установи, організації, посадові особи та громадяни зобов'язані забезпечити пріоритетність охорони здоров'я у власній діяльності, не завдавати шкоди здоров'ю населення і окремих осіб, у межах своєї компетенції надавати допомогу хворим, особам з інвалідністю та потерпілим від нещасних випадків, сприяти працівникам органів і закладів охорони здоров'я в їх діяльності, а також виконувати інші обов'язки, передбачені законодавством про охорону здоров'я.

Держава гарантує безоплатне надання медичної допомоги у державних та комунальних закладах охорони здоров'я також за епідемічними показаннями та безоплатне проведення медико-соціальної експертизи. У ст. 12 сказано: «Державна політика охорони здоров'я забезпечується бюджетними асигнуваннями в розмірі, що відповідає її науково обґрунтованим потребам, але не менше десяти відсотків національного доходу» [24]. Ці положення повністю відповідають нормі ст. 49 Конституції України і, беззаперечно, є соціальними, такими, які повинні бути у цивілізованій європейській державі. При цьому якщо йдеться про безоплатну медичну допомогу в Україні, то однозначно мається на увазі, що оплачуватися вона повинна за рахунок коштів суспільних фондів споживання: це можуть бути як Державний та місцеві бюджети, так і фонди загальнообов'язкового медичного страхування, тобто з одного якогось спільного джерела, куди від усіх громадян надходять фінансові ресурси, а потім, відповідно, витрачаються – розподіляються за напрямами, визначеними бюджетним законодавством України. Наприклад, згідно із Законом України «Про Державний бюджет України на 2018 рік» [7], надходження до бюджету за рахунок податку на доходи фізичних осіб передбачені у сумі 91,1 млрд грн, тоді як від податку на прибуток підприємств – тільки 82,3 млрд грн, тобто великі корпорації майже не платять податків, а бюджетні доходи формуються за рахунок власних доходів громадян України. Це дає підстави на отримання ними безоплатної належної медичної допомоги, освіти та інших послуг, гарантованих державою.

Таблиця 2.1

Видатки на охорону здоров'я в Україні у 2010-2018 рр. [32]

Показники / Роки	Всього видатки ДБУ, млрд грн	Видатки на ОЗ з ДБУ, млрл грн	Загальнодерж. видатки, млрд грн	Всього, млрд грн	Частка видатків на ОЗ у видатках Зведеного бюджету України	Обсяг ВВП млрд дол. США	Частка видатків на ОЗ у ВВП, %
2010	**245**	**9**	**36**	**45**	**11,8**	**136**	**4,13**
2011	**279**	**10**	**39**	**49**	**11,8**	**163**	**3,76**
2012	**361**	**11**	**47**	**58**	**11,9**	**176**	**4,14**
2013	**361**	**13**	**49**	**62**	**12,2**	**183**	**4,23**
2014	**395**	**11**	**47**	**58**	**10,9**	**132**	**3,65**
2015	**538**	**8**	**45**	**53**	**10,0**	**91**	**3,8**
2016	**647**	**9**	**45**	**54**	**8,3**	**93**	**2,5**
2017	**768**	**13**	**57**	**70**	**9,1**	**-**	**2,8**
2018	**908**	**23**	**59**	**82**	**9,0**	**-**	**2,6**

Дані, наведені у таблиці 2.1, свідчать, що найбільше коштів на охорону здоров'я було спрямовано у 2013 р. як у загальній сумі видатків Державного бюджету України (12,2%), так і у валовому внутрішньому продукті (ВВП) – 4,2%, тоді як у 2016–2017 рр. і тепер вже за даними на 2018 р. такий показник визначено на рівні близько 2,5% ВВП.

Темпи зростання усіх видатків Державного бюджету України і видатків на охорону здоров'я видно з діаграми (Додаток А) , особливо у 2018 р., з яких 8,3 млрд грн планується спрямувати на Національну службу здоров'я України (т. зв. уповноважений орган) – на неіснуючий орган, який тільки буде створено у перспективі, що переконує у відсутності реалізації функції контролю за складанням проекту Державного бюджету України на 2018 рік.

Порівняно з іншими видами видатків змінюється обсяг видатків на оплату праці у сфері охорони здоров'я – саме на неї протягом усіх років виділялося і планується надалі найменше коштів (Додаток Б).

Зробивши висновки з наведеих даних, обсяги видатків на охорону здоров'я в Україні не можуть забезпечити ні належного рівня надання громадянам медичної допомоги (медичних послуг), ні захисту населення від поширення соціально небезпечних хвороб, ні гідної заробітної плати медичним працівникам, яка майже

не відрізняється від мінімального прожиткового рівня. Потрібне реформування вітчизняної сфери охорони здоров'я, реформу сфери охорони здоров'я можна за умови забезпечення її фінансування тільки з Державного (місцевого) бюджету (або за рахунок коштів страхового фонду) – повністю безоплатної медицини для громадян, або за умови запровадження повністю платної (за рахунок коштів пацієнтів) системи охорони здоров'я.

В Україні, як і в більшості країн світу, охорона здоров'я визнана одним із пріоритетних напрямів діяльності держави, який має надзвичайно важливе соціальне, економічне та суспільне значення. Оскільки якість медичних послуг та стан здоров'я населення залежать від рівня забезпеченості закладів охорони здоров'я фінансовими ресурсами та ефективності їх використання, ця система завжди потребує великих ресурсних вкладень.

Основною проблемою фінансування медичних послуг, надання яких забезпечує галузь охорони здоров'я, є залишковий принцип, пов'язаний хронічний дефіцитом бюджетних коштів, що виділяються на вітчизняну медицину. Саме через недостатні обсяги фінансування й нераціональне використання наявних фінансових ресурсів, орієнтованих на утримання закладів охорони здоров'я, та не задоволення потреб населення в наданні медичної допомоги, призвело до того, що сучасна система охорони здоров'я характеризується низькою якістю медичних послуг і відсутністю мотивації медичних кадрів до якісної праці.

Обсяги фінансування охорони здоров'я за умов перманентної соціально-економічної і політичної кризи в нашій країні, не спроможні задовольняти інтереси громадян в отриманні медичних послуг належного рівня. Саме тому, на нашу думку, країні потрібно переходити до фінансування медичної галузі на страхових засадах, ефективно використовувати можливості медичного страхування як додаткового і ефективного джерела фінансування медичних послуг. Варто зазначити, що страхові компанії на ринку державного медичного срахування мають реальну можливість контролювати обсяг та якість надання послуг медичними закладами населенню. Крім того, співпрацюючи як з

державними, так із відомчими та приватними медичними закладами, страхові компанії здійснюють відбір кваліфікованих кадрів та сприяють формуванню конкурентного середовища серед надавачів страхових медичних послуг.

Бюджет системи охорони здоров'я в Україні формується за жорсткими вимогами та нормативами, при цьому частка коштів, що спрямовується власне на лікування, є мізерною. Водночас реальні видатки на утримання існуючої системи охорони здоров'я є вочевидь вищими, передовсім за рахунок залучення коштів пацієнтів, а створена система охорони здоров'я не сприяє рівномірному доступу різних соціальних груп до медичних послуг.

2.2 Аналіз сучасного стану бюджетного та небюджетного фінансування охорони здоров' я

В Україні система охорони здоров'я офіційно фінансується переважно із двох джерел: державного та місцевих бюджетів, згідно з правилами, встановленими Бюджетним кодексом України.

Бюджет розраховується за подушним нормативом (формулою) залежно від чисельності населення, що мешкає на відповідній території. З моменту набуття чинності Бюджетним кодексом визначається подушний норматив бюджетного забезпечення на одного мешканця, що сприяє певній стабільності фінансування. При розробці бюджету на охорону здоров'я також враховують обсяг видатків за минулий рік, потужність медичних закладів та фінансові можливості, що встановлюються фінансуючими органами на наступний бюджетний період. У Великобританії, де діє подібна до української система охорони здоров'я, яка фінансується із загальних податків, у розрахунку подушного нормативу фінансування, крім кількості населення, враховують ще і його статевовікову структуру та коефіцієнт смертності .

Розподіл бюджетних (державних і місцевих) коштів відбувається згідно з переліком дозволених статей, які ґрунтуються на нормах, встановлених Міністерством охорони здоров'я України за такими критеріями: кількість ліжок у стаціонарах, кількість відвідувань в амбулаторно-поліклінічних закладах та кількість персоналу на відповідну кількість населення, що обслуговується. Кошти витрачаються відповідно до повноважень, що надані головним розпорядникам бюджетних коштів, яких налічується понад 30, через Державне казначейство України. Як уже зазначалося, бюджетні кошти розподіляються чітко за статтями, а саме: на заробітну платню та виплати персоналу, утримання будівель, медикаменти й медичне обладнання та харчування. Кількість персоналу медичних закладів безпосередньо залежить від кількості та структури лікарняних ліжок для стаціонарів та від кількості відвідувань - для амбулаторної ланки, тобто базується на прогнозних показниках потужності закладів без врахування обсягу і якості

виконаної ними роботи. Розподіл коштів на харчування і медикаментозне забезпечення вираховується як добуток відповідних нормативних видатків й очікуваної кількості ліжко-днів. Через хронічний брак коштів у секторі охорони здоров'я, вони спрямовуються переважно на т. зв. захищені статті (фонд зарплати, основні видатки та харчування), при цьому на власне лікувальний процес залишається не більше 10-15% загальних витрат. Порівняння офіційних даних щодо видатків на охорону здоров'я та ключових демографічних показників України та кількох інших країн Східної Європи свідчить, що ці показники в нашій країні принципово не відрізняються від аналогічних в інших країнах, тим часом як витрати на охорону здоров'я є суттєво меншими.

Незважаючи на зростання видатків державного та місцевих бюджетів на охорону здоров’я, бюджетне фінансування медичної сфери не задовольняє реальні потреби населення. В умовах гострої нестачі бюджетних коштів дедалі більша частка амбулаторної та стаціонарної допомоги стає платною. Практика засвідчує, що найбільших успіхів у вирішенні проблеми зміцнення здоров’я громадян досягли ті країни, які запровадили в системі охорони здоров’я механізм медичного страхування.Вітчизняна система охорони здоров’я нині знаходиться на стадії реформування: добровільне медичне страхування поступово набирає популярності, а обов’язкове – незважаючи на численні законопроекти – дотепер відсутнє.

Мета добровільного медичного страхування (ДМС) полягає в організації й фінансовому забезпеченні наданих застрахованим особам медичних послуг (допомоги) відповідного обсягу та якості, зумовлених програмами такого страхування. Виконання головної функції ДМС (охорона здоров’я населення) передбачає матеріальне відшкодування вартості лікування, профілактики, розвитку інфраструктури галузі відповідно до світових стандартів. В Україні ДМС здійснюється згідно із Законом України «Про страхування» у вигляді безперервного страхування здоров’я, страхування здоров’я на випадок хвороби та страхування медичних витрат [24].

У 2014–2018 роках кількість страхових компаній в Україні, що займаються добровільним медичним страхуванням, зменшилася з 60 до 33 (рисунок 2.3). Така ситуація зумовлена тим, що населення не має можливості приймати участь у ДМС, оскільки рівень життя наших громадян є досить низьким, що не дозволяє сплачувати страхові премії в необхідному розмірі. У 2014–2018 роках скоротилася також і частка страхових компаній, що займаються ДМС, у загальній кількості страхових компаній.

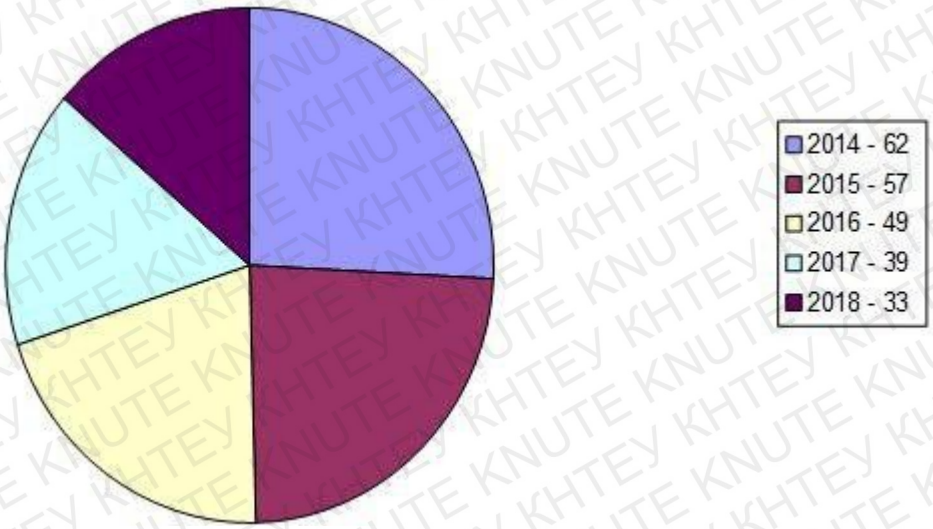

Рис. 2.3Кількість страхових компаній, що займаються ДМС у 2014-2018 роках [3]

У 2014–2018 роках кількість укладених договорів ДМС в Україні не мала стійкої тенденції до збільшення/зменшення (рисунок 2.4). Так, у 2018 році кількість укладених договорів ДМС була меншою, ніж у 2013 році на 63,76%, однак більшою, ніж у 2016 році, на 74,49%. Позитивна тенденція до збільшення кількості укладених договорів ДМС у 2015–2018 роках свідчить про усвідомлення громадянами та корпоративним сектором необхідності придбання полісів медичного страхування в умовах недостатнього бюджетного фінансового забезпечення охорони здоров’я.

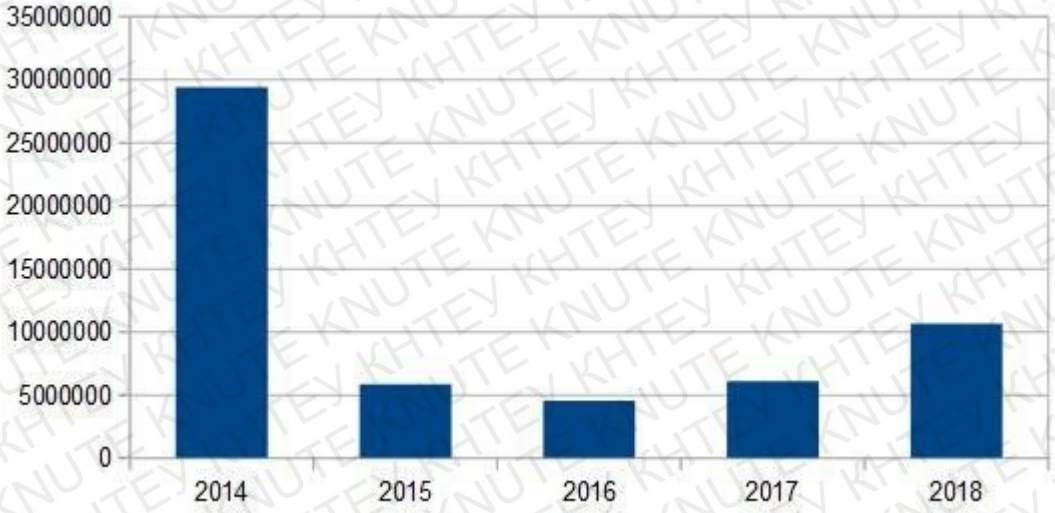

Рис. 2.4. Динаміка кількості укладених договорів ДМС в Україні у 2014-2018 роках [3]

Частка укладених договорів зі страхування медичних витрат у загальній кількості укладених договорів ДМС скоротилася. Цей вид ДМС пов'язаний із компенсацією медичних витрат, які можуть виникнути в закордонній поїздці внаслідок раптового захворювання або нещасного випадку. Частка укладених договорів зі страхування здоров'я на випадок хвороби у загальній кількості укладених договорів ДМС зросла. Цей вид ДМС не передбачає організацію медичних послуг, а лише грошову виплату у разі настання страхового випадку (виникнення захворювання).

Серед причин невисокої прибутковості добровільного медичного страхування можна назвати зростання кількості звернень клієнтів за медичною допомогою як наслідок погіршення якості здоров'я та старіння населення, вибагливість клієнтів, недосконаліть служб андерайтингу, використання економічно необґрунтованих тарифів, незадовільну організацію роботи з урегулювання збитків, низьку клієнтоорієнтованість державних лікувальнопрофілактичних установ, завищені витрати на ведення справ, зокрема комісійні винагороди страхових посередників – продавців послуг з ДМС [38].

Важливим інструментом фінансової статистики, який у розвинутих країнах дає змогу політикам та особам, що ухвалюють рішення, оцінювати загальні витрати на охорону здоров'я та їх фактичне використання, є національні рахунки в охороні

здоров'я. Національні рахунки в охороні здоров'я (НРОЗ) - це визнаний у світовій практиці метод обрахування, опису й аналізу фінансування національних систем охорони здоров'я. Нині він застосовується у понад 50 країнах з середнім або низьким доходом. За цим методом насамперед політики і керівники галузі мають змогу розробляти, впроваджувати та відстежувати стратегії реформування та функціонування системи охорони здоров'я. Особливо корисний він на першому етапі стратегії охорони здоров'я - встановленні мети і завдань. Також НРОЗ дають змогу порівнювати фінансування національної системи охорони здоров'я та інших країн. Інформація НРОЗ у поєднанні з нефінансовими відомостями (рівень захворюваності та смертності, доступність медичної допомоги тощо) допомагає політикам ухвалювати обґрунтовані рішення та уникати потенційно загрозливих. Завдяки методиці НРОЗ (на основі наявних фінансових та статистичних інформаційних потоків) можна встановити: джерела коштів на систему охорони здоров'я (державні, приватні та донорські), розпорядників коштів (фінансувальних агентів), організації, що надають медичні послуги (провайдерів) та розподіл цих коштів за конкретним функціям охорони здоров'я, що надаються провайдерами за рахунок цих коштів.

Для того, щоб узгодити структурні характеристики сектора охорони здоров'я з наслідками, потрібно розглянути, яким чином деякі типи проблем результативності сектора пов'язані з рішеннями, що приймаються щодо його фінансування. Це не означає, що такі проблеми є наслідком тільки фінансових рішень чи завжди виникають через них, а лише те, що такий зв'язок існує.

Недостатні доходи. Проблеми в своїй основі мають визначатися продуктами чи результатами діяльності сектора охорони здоров'я. Таким чином, якщо проблемою є незадовільне обслуговування, то, переміщуючись в зворотному напрямі за схемою, яка характеризує процес державної політики, можна було б виявити причину нестачі наявних ресурсів. Тоді, задавшись наступним запитанням щодо причин нестачі ресурсів, можна було б знайти відповідь. Імовірно, вибраний механізм фінансування просто не здатний створювати дохід, достатній для задоволення потреб суспільства. Це може бути пов'язано з тим, що

податкова база занадто вузька чи, що в принципі, вона, можливо, задовільна, але політичні протидії підвищенню ставки до необхідного рівня занадто сильні.

В інших випадках дохід міг би бути достатнім, але з деяких причин він фактично не надходить у систему. Наприклад, поширеними є ухиляння від податків, корупція або адміністративна некомпетентність. Кожна з цих причин або вони всі разом обмежують можливості збирання податків. Податкові надходження можуть також зменшуватися через надмірні адміністративні витрати чи неефективність податкових органів тощо. Таким чином, якщо починати з вирішення проблем результативності і потім переходити до фінансування, то цілком можливо, що, зрештою, доведеться шукати у фінансуванні і причини, і рішення.

Нездатність контролювати витрати. Протилежною ситуацією, в якій система фінансування охорони здоров'я не забезпечує достатнього доходу, є система, яка, в деякому сенсі, дає занадто багато. Країна, яка відчуває труднощі з контролем витрат на медичне обслуговування, частково можливі пояснення цього має шукати в своїх системах фінансування. Якщо це саме так, проблеми контролю над рівнем витрат, імовірно, так само є результатом організації системи фінансування від її фактичної бази доходу. Якщо весь потік доходів проходить через єдиний орган, що управляє фінансовими ресурсами (система єдиного платника), здатність управляти витратами підвищується. Якщо ж управління розділене і роздроблене через численні організації, які фінансують надання медичної допомоги, здатність контролювати витрати (яка може залишатися нереалізованою, навіть якщо вона є), звичайно, знижується.

Нездатність управляти витратами може призводити також до вторинних впливів на інші аспекти національної соціальної структури й економіки. При цьому характер і розподіл таких впливів можуть великою мірою визначатися деталями системи фінансування. Наприклад, якщо місцеві органи влади і здійснюють витрати в секторі охорони здоров'я, і несуть відповідальність за початкову освіту, то в тому, що через перевитрату коштів охорони здоров'я страждає освіта, може бути винна саме структура фінансування. Так само, якщо

витрати погано контролюються, деякі промислові підприємства можуть нести їх непропорційну частку (оскільки дрібні фірми ухиляються від платежів, а пенсійні фонди значною мірою субсидуються). Таке зосередження витрат може бути справжнім гальмом розвитку збиткових підприємств.

Розподіл тягаря витрат. Різні філософські позиції по-різному трактують найкращий спосіб розподілу тягаря витрат сектора охорони здоров'я. Однак, якщо суспільство вирішує, що цей тягар розподілений нераціонально, то це, ймовірно, є прямим результатом системи фінансування. Наприклад, податки на заробітну плату звичайно прогресивніші, ніж загальний податок від доходу, який враховує і дохід з капіталу. Податок на споживання часто є навіть важчим тягарем для бідних, ніж податки на заробітну плату (оскільки незаможні витрачають більшу частину своїх доходів, ніж економлять). Тому використання менш прогресивних податків може призвести до того, що для багатьох є проблемою і несправедливий розподіл фінансового тягаря - принаймні, з деяких поглядів.

Другий розподільчий аспект тягаря витрат - наскільки досконала система фінансування щодо ризику. Якщо відсутній розподіл ризиків, до системи фінансування слід ставитися як до причини: зокрема, чи несуть тягар витрат у зв'язку з хворобою самі хворі, чи є механізм, відповідно до якого всі роблять свій внесок, базується на деякому середньому ризику. Щодо цього найкращими є схеми фінансування з широкою базою. Зрозуміло, що це і є головною метою, для якої вони створюються. Разом з тим, якщо частина населення залишається незастрахованою, це зводить нанівець будь-які вигоди для них від розподілу ризиків. Так само на ринку приватного страхування: якщо до нього не застосовується жорстке регулювання, у страхових компаній є значні стимули уникати страхування чи встановлювати високі ставки внесків стосовно людей з хронічними хворобами. Ця тенденція також може бути джерелом проблем, пов'язаних з відсутністю розподілу ризиків.

Розподіл доступу до медичних послуг. Якщо, за нашими спосте-реженнями, деякі громадяни не мають адекватного доступу до медич-них послуг, який стосунок до цього може мати система фінансування? Одна з відповідей на це

запитання полягає в тому, що будь-яка система, що фінансується не на основі платоспроможності (наприклад, може залежати від страхових внесків, як у США), створює серйозні проблеми щодо доступності для незаможного населення, яке не в змозі дозволити собі платити страхові внески відповідно до вимог ринку.

Ті ж самі методи управління ризиками страхових компаній, які спричинюють появу фінансових проблем для частини населення (вик-лючаючи їх чи встановлюючи високі ставки для хворих), зумовлюють також проблеми щодо розподілу доступу до медичних послуг. Таким чином, хворі або платять за високими ставками (економічний вплив), або залишаються незастрахованими і не можуть скористатися послугами (проблема доступу). Це стосується і тих випадків, коли системі страхування доводиться мати справу з людьми, які мають робити відносно високі додаткові внески чи оплачувати франшизи, що утруднює для них користування медичними послугами.

Крім того, розподіл медичного обслуговування може бути проблематичним також з погляду надмірного використання, на противагу недостатньому. У цьому разі також можуть виникнути проблеми щодо системи фінансування. Певні частини схеми фінансування можуть бути особливо некеровані, і отже, можуть штучно "розширюватися". Це також може стосуватися франшиз і додаткових внесків, встановлених на надто низькому рівні на противагу надто високому.

Розподіл типів послуг. Якщо суспільство вважає, що проблема полягає в невеликому асортименті послуг чи їх надавачах, система фінансування знову ж таки є механізмом регулювання. Наприклад, можливо, що надійне і адекватне фінансування забезпечується тільки для деяких секторів чи надавачів послуг, а для інших - не забезпечується. Тоді лікарні перебувають в набагато кращих умовах, в той час як первинна медико-санітарна допомога занепадає. Подібна ситуація спостерігається, коли, можливо, стоматологічні, психіатричні чи профілактичні послуги не охоплені системою страхування і тому менш доступні. Можливо також, що сектор міг дістати надлишковий розвиток відносно його порівняльної значущості в зв'язку з тим, що отримує спеціальне фінансування. В США ниркова недостатність страхується спеціальною програмою ESRD

(програма ниркових хвороб в останній стадії), і, таким чином, людям, які мають такі хвороби, забезпечується краще обслуговування, ніж особам із захворюваннями печінки чи панкреатитом.

Нерівномірний розподіл послуг може також бути результатом системи капітального фінансування, якщо вона функціонує незалежно від схеми фінансування експлуатаційних витрат. В Німеччині, де великі капіталовкладення жорстко контролюються, дехто стверджує, що відчувається брак деяких видів капітального обладнання. Разом з тим інвестиції на нові лікарні звичайно розподіляються з політичних міркувань, оскільки такі рішення приймаються виборними регіональними органами управління. Справедливість чи раціональність результатів при цьому неочевидна. У США, де система фінансування дає можливість лікарням випускати облігації для покриття їх потреб у будівництві (облігації, часто випускаються під гарантію органів влади штату), спостерігається надмірний розвиток стаціонарних об'єктів за останні два десятиріччя.

РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ РЕФОРМУВАННЯ ВИДАКІВ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я

3.1 Проблеми та підходи щодо фінансового забезпечення охорони здоров'я

Розбудова в Україні соціально-орієнтованої економіки найтіснішим чином пов'язана з розв'язанням сукупності проблем у сфері охорони здоров'я. Недостатній рівень фінансової спроможності держави обумовлює неналежне фінансове забезпечення надання медичних послуг. Розпочата медична реформа покликана пом'якшити сформовані диспропорції у розвитку сфери охорони здоров'я, накопичені в процесі демографічних і фінансових дисбалансів, що супроводжують соціально-економічний розвиток України.

Охорона здоров'я – це складова сфери соціальних послуг, яка відіграє ключову роль у забезпеченні добробуту населення, оскільки саме благополуччя зі станом здоров'я є головним визначником якості життя. Обгрунтовані та адекватні інвестиції в охорону здоров'я населення зумовлені не лише необхідністю забезпечення соціальних потреб; вони повертаються значними економічними дивідендами у вигляді зростання національного доходу країни. Відтак інвестиції в охорону здоров'я слід розглядати як внесок у розвиток національної економіки та підвищення суспільного добробуту. Зростання фінансування охорони здоров'я на тлі підвищення загального обсягу видатків на соціальну сферу впродовж останніх десятиліть стало прикметною рисою динаміки економічних процесів у розвинутих країнах, що пов'язано з такими обставинами.

По-перше, в умовах науково-технічного прогресу у різних сферах економіки посилюється роль факторів людського капіталу, що вимагає збільшення відповідного фінансування. Здоров'я є базовою складовою людського капіталу. Оскільки хворі люди мають менше можливостей для освітньо-професійної самореалізації, не забезпечують вищу продуктивність праці, остільки вони не можуть розглядатися як ресурс якісних змін. Хвороби обертаються важким

тягарем економічних витрат, що «лягає на плечі» бюджету як держави, так і домогосподарств. Тому поліпшення стану здоров'я населення та підвищення тривалості здорового і трудоактивного життя є важливим чинником і передумовою економічного зростання, що обумовлює потребу у збільшенні ресурсів соціальної сфери.

По-друге, в процесі соціально-економічного розвитку та епідеміологічного переходу у розвинутих країнах істотно підвищилась середня тривалість життя. Поява нових факторів ризику та ефективна боротьба з хронічними важковиліковними захворюваннями вимагає зміни орієнтирів медичної галузі та перерозподілу фінансових витрат, а розробка нових методів діагностики та лікування, створення сучасних поколінь високоефективних медичних препаратів не можливі без відповідних капіталовкладень. З плином часу медицина здатна діагностувати та лікувати дедалі більше складних захворювань, але цей прогрес водночас супроводжується подорожчанням відповідних новітніх технологій. Тому зростання вартості медичних послуг вочевидь є процесом невідворотним.

По-третє, оскільки все більше людей стало доживати до старості, стрімкий процес постаріння населення обумовлює необхідність посилення розвитку геріатричної та геронтологічної служб та врахування зростаючих потреб населення похилого віку. Йдеться, зокрема, про збільшення ресурсів для утримання осіб похилого віку в інтернатних закладах; літні люди фактично є головними споживачами медичних послуг та лікарських препаратів, що зумовлює потребу у фінансовій підтримці відповідних соціальних програм.

В Україні необхідність активізації інвестицій в охорону здоров'я обумовлена насамперед неблагополучною демографічною динамікою, прискореним зниженням якісних характеристик населення, зокрема погіршенням стану здоров'я та високими обсягами передчасної смертності, появою таких серйозних викликів і загроз демографічній безпеці, як епідемії туберкульозу та ВІЛ/СНІДу. Ситуація ускладнюється тим, що внаслідок затяжної соціально-економічної кризи 1990-х рр. відбулося не просто зменшення видатків на охорону здоров'я, а перенесення основного тягаря відповідальності та витрат з держави на пацієнтів,

що через значні масштаби бідності ускладнює доступ значної частини населення до якісних медичних послуг. В умовах трансформаційних змін вітчизняна система охорони здоров'я виявилась не спроможною забезпечити реалізацію конституційного права громадян України у сфері медичного обслуговування. Підвищити ефективність функціонування національної системи охорони здоров'я можна шляхом вдосконалення механізму її фінансового забезпечення та залучення додаткових джерел ресурсів.

Головною проблемою діючої системи охорони здоров'я в Україні є фінансова неспроможність держави забезпечити встановлені нею соціальні гарантії у сфері охорони здоров'я. Існуюча система охорони здоров'я в Україні фінансується, головним чином, із загальних бюджетних надходжень. На тлі різкого скорочення ВВП рівень державних видатків на охорону здоров'я зменшився. Бюджетні видатки усіх рівнів на охорону здоров'я почали нарощуватись в Україні , що дало підставу для обнадійливих позитивних очікувань. Незважаючи на щорічне збільшення державних видатків на охорону здоров'я, рентабельність «виробництва» здоров'я в Україні продовжує знижуватись. Про це свідчать стійка тенденція до підвищення рівня поширеності захворювань, високий рівень смертності населення трудоактивного віку від причин, яким можна запобігти за умови надання своєчасної та якісної медичної допомоги, та низька середня тривалість життя, яка в українських чоловіків у середньому на 12–13 років, а у жінок – на 8–9 років менша, ніж у країнах Європейського Союзу [20].

Однією з причин такої ситуації є те, що збільшення коштів саме по собі не може подолати корінні недоліки в існуючій системі охорони здоров'я. Доволі значна (як для країни з перехідною економікою) сума бюджетних коштів, інвестована у послуги охорони здоров'я, не забезпечує належної віддачі. Це зумовлено насамперед тим, що наявний механізм фінансування, що базується на підходах, сформованих за радянських часів, не пов'язаний з результатами діяльності лікувальних установ і є неефективним. Основні принципи такого кошторисного та командно-адміністративного фінансування грунтуються на бюджетному утриманні медичних установ, що передбачає, головним чином,

оплату праці лікарів та фінансування ліжко–днів і не передбачає покриття витрат відповідно до обсягів реально наданих послуг. Тобто державне фінансування покриває так звані захищені статті видатків, але при цьому оплата праці медичних працівників залишається однією з найнижчих, а модернізація технічного оснащення лікувальних закладів є вкрай незадовільною.

У структурі зведених бюджетних видатків на охорону здоров'я питома вага асигнувань із Державного бюджету є значно меншою порівняно з відповідним внеском місцевих бюджетів, тобто роль місцевих адміністрацій у структурі фінансування галузі та розподілі видатків є досить значною. Незважаючи на те, що саме місцеві органи влади відіграють основну роль у наданні та фінансуванні медичних послуг, існуюча система охорони здоров'я, що являє собою збережену з радянських часів ієрархічну структуру з доволі жорстким централізованим контролем, обмежує повноваження місцевих органів влади щодо визначення структури видатків та їх розподілу.

Система міжбюджетних відносин зазнала реформування, однак цей процес виявився незавершеним. Місцеві органи влади загалом мають обмежені можливості щодо розподілу бюджетних коштів і ухвалення адміністративних рішень; розподіл повноважень у сфері видатків між місцевими органами влади є неефективним, оскільки спостерігається певне дублювання функцій [23]. Формування бюджетів на рівні медичних закладів та їх об'єднання на рівні місцевих бюджетів базується на нормативах, які визначають кількість працівників та інші необхідні ресурси на підставі характеристик мережі медичних закладів (наприклад, кількості лікарняних ліжок), а не на фактичному попиті на послуги. Наявна система нормативів унеможливлює гнучкість місцевих бюджетів, призводить до зростання поточних видатків (насамперед, заробітної плати) і залишає дуже мало ресурсів на капітальні інвестиції, підвищення якості послуг. Найбільше від цього потерпають бідніші місцеві органи влади, що призводить до нерівності у розподілі державних інвестицій на душу населення між різними населеними пунктами. Саме тому реформи у медичній галузі мають здійснюватись разом з реформою міжбюджетних відносин і передбачати

підвищення повноважень місцевих органів влади у сфері видатків; раціоналізацію системи міжбюджетних трансфертів (дотації вирівнювання), розрахунок яких повинен враховувати реальний попит на медичні послуги та потреби населення. Слід зазначити, що нераціональною є і сама структура витрат всередині системи, найбільша частка з яких виділяється на стаціонарну медичну допомогу (якої все одно не вистачає, оскільки покриває, головним чином, тільки оплату праці лікарів та комунальні послуги), витрати на амбулаторну допомогу є невиправдано малими, а на профілактичну складову – взагалі мізерними. Це свідчить про те, що попри формально проголошену необхідність розвитку медичної профілактики, сучасний розвиток охорони здоров'я в Україні концентрується переважно на лікувальній медицині, що обертається невиправданими демоекономічними втратами як на рівні держави, так і домогосподарств, оскільки значна частина захворювань може бути попередженою, а ще частина хворих, яка могла бути вилікувана амбулаторно, потрапляє у стаціонари, де лікування є доволі коштовним.

Найпоширенішими проблемами галузі охорони здоров'я України, що призвели до різкого зниження якості медичних послуг, що надаються населенню, є:

- підвищена міграція працівників охорони здоров'я, насамперед, через низький рівень заробітної плати;
- дефіцит професійних навичок працівників охорони здоров'я у зв'язку з плинністю кадрів;
- незадовільне робоче середовище (застаріле обладнання та устаткування, відсутність необхідних лікарських засобів навіть для надання невідкладної медичної допомоги, незадовільне робоче місце тощо).

Саме недостатність виділених державою коштів на галузь спричиняє зменшення обсягу безоплатних медичних послуг, «затягування» проведення капітального ремонту приміщень медичних закладів, оновлення обладнання, порівняно низьку заробітну плату медичного персоналу. Більшість видатків на охорону здоров'я спрямовуються саме з Державного бюджету України, а також з місцевих бюджетів. Видатки на оплату праці медичного персоналу становлять

майже дві третини загальних витрат на охорону здоров'я, ці кошти є мізерними в розрахунку на кожного конкретного працівника галузі. Медична галузь України характеризується надзвичайно низькими заробітними платами, що призводить до відтоку кваліфікованого персоналу з державних медичних установ (медичними послугами яких користується переважна більшість населення України). Середньомісячна заробітна плата персоналу медичних закладів становить лише 70,8% від середньої заробітної плати в цілому по Україні. Проте необхідно зазначити, що крім обсягу фінансового забезпечення, вагомий вплив на якість медичного обслуговування має раціональне його використання, особливо за умов обмеженості фінансування. Це означає необхідність переході від кошторисного фінансування, яке не дає змоги оперативно маневрувати обмеженими фінансовими ресурсами, до інших, більш прогресивних методів. Прагнення органів державної влади та управління до економії бюджетних коштів, що спрямовуються в медичну галузь, призвело останніми роками до низки негативних тенденцій у цій сфері.

3.2 Добровільне медичне страхування в Україні

Позабюджетні джерела фінансування медичної галузі в Україні розвинені досить слабо; приватний ринок медичних послуг (офіційні платні послуги, добровільне медичне страхування, лікарняні каси) не сформований і не створює значного сектору у фінансуванні охорони здоров'я. Тому є усі підстави вважати, що збільшення державних асигнувань на охорону здоров'я в Україні є нерентабельним і марнотратним, якщо не відбудеться перегляд ключових фінансово-організаційних положень та зміна структури бюджетних видатків. Щороку чисельність населення України зменшується, стан здоров'я осіб працездатного віку погіршується й кількість економічно активного населення скорочується. Така тенденція може призвести до значного фіскального тиску на вітчизняну систему охорони здоров'я у майбутньому. Тому, реформування медичної сфери за допомогою впровадження медичного страхування і закріплення його як фундаменту фінансування сфери охорони здоров'я – шлях, який зможе вирішити більшість проблем медичної галузі держави.

Медичне страхування є важливою складовою соціальної інфраструктури кожної розвиненої країни і розглядається як альтернативна модель організації охорони здоров'я. Воно дає змогу раціональніше використовувати кошти, призначені для забезпечення охорони здоров'я, і в той самий час підвищувати якість цих послуг і рівень забезпеченості ними населення. Основними його учасниками є страхові компанії, які пропонують відповідні послуги, страхувальники (фізичні і юридичні особи), страхові посередники, асистуючі компанії, медичні установи. Світова практика підтверджує, що основою страхової медицини є саме обов'язкове медичне страхування. Вітчизняний ринок медичних страхових послуг, як і страховий ринок загалом, перебуває на стадії формування. Перспективи розвитку системи медичного страхування в Україні великі, оскільки потенційних споживачів страхових послуг багато.

Для забезпечення належного розвитку вітчизняного медичного страхування необхідним є також проведення низки заходів організаційноправового характеру, що б уможливило вирішити такі важливі проблемні питання:

1. Збереження конкурентного середовища на ринку добровільного медичного страхування у разі введення загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування;
2. Забезпечення умов для повноцінного розвитку добровільного медичного страхування як доповнення до його обов'язкової форми, що забезпечувало б надання якісних медичних послуг населенню понад гарантований державою мінімум;
3. Підвищення зацікавленості роботодавців щодо збереження здоров'я своїх працівників за допомогою законодавчого закріплення економічних стимулів щодо коштів, які спрямовуватимуться підприємством на медичне страхування. Зокрема, важливим чинником такого стимулювання мають стати податкові пільги: віднесення страхових платежів з медичного страхування на валові витрати і відповідно зменшення оподаткованого прибутку роботодавців, а також надання податкового кредиту для фізичних осіб;
4. Зміна вимог щодо ліцензування страховиків, які бажають працювати як в системі добровільного медичного страхування, так і в системі обов'язкового медичного страхування, для підвищення їхньої надійності;
5. Створення уніфікованої оптимальної системи ціноутворення на медичні послуги;
6. Забезпечення належного державного контролю за дотриманням усіма медичними установами, що працюватимуть в системі медичного страхування, єдиних законодавчо закріплених стандартів.

На вітчизняному ринку добровільного медичного страхування діють більше 60 страхових компаній, що мають різні можливості, досвід і авторитет. Найбільш відомі з них – це Державна акціонерна страхова компанія «Укрінмедстрах», закрите акціонерне товариство «Акціонерна страхова компанія «Остра-Київ»,

відкрите акціонерне товариство «Страхова компанія «Алькона», відкрите акціонерне товариство «Страхова компанія «Оранта-Донбас», закрите акціонерне товариство «Страхова компанія «Кредо-Класик», закрите акціонерне товариство «Страхова компанія «Надра», закрите акціонерне товариство «Страхова компанія «Укрнафтотранс» та інші [18].

Кожна страхова компанія прагне принести в страховий бізнес щось своє, що вигідно вирізнятиме її серед конкурентів. Програми, які пропонують страхові компанії з добровільного медичного страхування, можна поділити на чотири основні категорії: поліклінічне обслуговування, в тому числі аптечне; стаціонарне обслуговування; послуги невідкладної швидкої медичної допомоги; стоматологія. Деякі страхові компанії пропонують різноманітний додатковий сервіс: медичне обслуговування на дому, закріплення довіреного лікаря, безплатна видача полісів зі страхування медичних витрат при поїздках за кордон, пільгове страхування для членів сім'ї, спеціальні програми для дітей і вагітних. Широкий спектр страхових програм, різних за ціною і набором послуг, їх комбінація, дає можливість вибрати поліс, виходячи із потреб і фінансових можливостей.

Страхові компанії, які здійснюють медичне страхування, можуть об'єднуватися з метою сприяння розвитку відкритого та рівнодоступного для всіх медичного страхового ринку, забезпечення допомоги в здійсненні медичного страхування, організації юридичного захисту прав страховиків і страхувальників, координації зусиль страховиків на ринку медичних послуг. Прикладом цього є Асоціація «Українське медичне страхове бюро», членами якої є 28 страхових компаній України, що представляють її 12 областей та місто Київ.

ЗАТ СК «Остра-Київ» – одна з відомих українських страхових компаній здійснює медичне страхування з початку 2000 р. Оплату наданих медичних послуг вона здійснює по різних програмах страхування [32].

За програмою «Поліклініка» ЗАТ СК «ОстраКиїв» оплачує вартість перевезення, госпіталізації застрахованої особи, консультації лікарів, здійснення лабораторних досліджень і діагностичних тестів, допомогу вдома, первинний огляд стоматолога. Вона включає обслуговування як дорослих, так і дітей.

Програма «Невідкладна медична допомога» передбачає оплату приїзду бригади швидкої медичної допомоги, первісний огляд хворого, його перевезення і госпіталізацію, встановлення попереднього діагнозу. Страхова сума за цією програмою не має обмежень.

Специфіка страхової програми «Стаціонарна допомога» полягає у відсутності попереднього медичного обстеження до укладання договору страхування та відшкодування витрат на лікування туберкульозу. Важливою особливістю є те, що у договорах не встановлюється франшиза [32].

На сучасному ринку страхових послуг в Україні помітне місце займає ДАСК «Укрінмедстрах». Компанія здійснює медичне страхування як громадян України, так і нерезидентів. Вона пропонує такі медичні послуги згідно з програмами медичного страхування: амбулаторно-поліклінічна допомога; стаціонарна допомога; швидка медична допомога; комплексна медична допомога; сімейний поліс; медична реабілітація; екстрена медична допомога; програма «Медичне ускладнення». Страховим випадком, за цією програмою, є будь-яке захворювання (гостре, хронічне, наслідки травми), за винятком венеричних захворювань, захворювань, що передаються статевим шляхом, алкоголізму, наркоманії, безпліддя, штучного переривання вагітності, синдрому набутого імунодефіциту.

Усі страхові компанії пропонують практично одні й ті самі програми медичного страхування зі схожим набором послуг, прикріплення до одних і тих самих клінік із приблизно однаковим сервісом з організації медичної допомоги (Додаток В) [26].

За таких умов страхувальники закономірно обирають демпінгові ціни на послуги з медичного страхування, оскільки незрозуміло, чим обумовлена різниця в ціновій політиці страховиків. Як видно з даних табл. 1, програми СК «Нафтагазстрах» та СК «Провідна» (програма «Провідна турбота про родину») схожі за пакетами послуг та категорією застрахованих осіб. При цьому вартість поліса та розмір страхової суми у СК «Нафтагазстрах» є найвищими серед запропонованих.

СК «ІНГО Україна» за програмою «Невідкладна допомога» пропонує надання швидкої, невідкладної та екстреної стаціонарної допомоги у клініках державного та відомчого підпорядкування строком на 1 рік (як і інші СК) та страховою сумою в розмірі 75 000 грн. За доволі схожих програм, які представлені компаніями на ринку добровільного медичного страхування, головним аргументом, здатним залучити страхувальників, має стати якість їх обслуговування.

Аналізуючи стан медичного страхування в Україні, можна виділити цілу низку проблем, що стримують його розвиток. Це зокрема:

- зменшення державного фінансування галузі охорони здоров'я;
- застаріла матеріальна база;
- дефіцит лікарських препаратів;
- показники демографічного розвитку країни та рівня захворюваності населення;
- неналежна підготовка спеціалістів у цій сфері;
- відсутність адекватної винагороди праці лікарів у формі зарплат і премій;
- уникнення страховиками зобов'язань щодо оплати лікування страхувальника, ґрунтуючись на різних підставах;
- відсутність законодавства, яке б регулювало медичне страхування;
- різне бачення чиновниками, страховиками та медиками моделі, на основі якої має діяти медичне страхування, зокрема, його обов'язкова форма;
- недостатня поінформованість громадян щодо можливостей страхової медицини.

Аналіз стану та проблем розвитку ринку медичного страхування в Україні свідчить, що необхідні подальші пошуки шляхів оптимізації вартості послуг добровільного медичного страхування, які б забезпечили баланс інтересів страховиків і страхувальників та сприяли розвитку цього соціально значимого й необхідного для нашої країни сегмента страхового ринку. Крім того, окремого дослідження потребує діяльність медичного асистансу як надійної служби допомоги страхувальникам та укріплення партнерських відносин між страховими компаніями і різнопрофільними медичними установами.

На разі страхова медицина розвивається повільно, причиною цього є недовіра населення до вітчизняних страхових компаній. На даному етапі простежується низький рівень фінансування охорони здоров'я, дефіцит лікарських препаратів, та неналежне обслуговування клієнтів. Загалом медичне страхування не є з дешевих, а тому послуги страхових компаній стають для простого населення великою розкішшю.

Загалом Україна має чотири шляхи розвитку обов'язкового медичного страхування [18]:

- державне обов'язкове медичне страхування;
- загальнообов'язкове державне соціальне страхування;
- комерційне обов'язкове медичне страхування;
- змішана стратегія, яка поєднує державну і комерційну складові.

В основу кожної із систем покладено різні підходи до управління фондами ОМС. Зокрема, органом управління в системі державного ОМС може бути державна страхова компанія – Фонд обов'язкового медичного страхування, що контролюється урядом через Міністерство охорони здоров'я України. За загальнообов'язкового соціального медичного страхування можливе створення окремої структури – так званого фонду «Лікарняних листів» – громадської організації, що керується представниками роботодавців, профспілок і держави (в особі Міністерства праці та соціальної політики України) [25].

Під час впровадження комерційного ОМС можливе створення Медичного страхового бюро, управлінням якого буде займатися об'єднання страхових компаній, що беруть участь у медичному страхуванні. За реалізації четвертого варіанта – державно-приватного – можливе створення Центру ОМС при МОЗ. Він зможе делегувати функції страхування страховим компаніям або приватним страховим фондам, але управляти ним буде Кабінет Міністрів України через Міністерство охорони здоров'я України.

Системи медичного страхування за правильної її організації забезпечать не тільки поліпшення якості обслуговування застрахованих по цих системах, але і будуть сприяти розвитку медичних послуг для іншої частини населення шляхом

акумуляції додаткових фінансових ресурсів в системі охорони здоров'я. Державна політика розвитку медичного страхування як частина загальної соціальної та економічної політики України повинна визначати основні принципи, напрями і форми економічного та адміністративно-правового впливу у сфері соціального захисту населення з урахуванням державних інтересів та пріоритетів, в т. ч. шляхом підтримки медичного страхування в таких основних напрямах, як: формування нормативноправової бази, удосконалення податкової політики, удосконалення державного нагляду, підвищення фінансової надійності страховиків, підвищення страхової культури населення, підготовка та перепідготовка кадрів.

Медичне страхування повинно поділятись на три рівні:

1. перший рівень: виділення коштів з бюджету на надання мінімальних медичних послуг
2. другий рівень: визначення Міністерством охорони здоров'я України переліку хвороб, які будуть лікуватися за рахунок бюджетних коштів
3. третій рівень: комерційне страхування, яке передбачає отримання медичних послуг через систему медичного страхування у страхових організаціях [25].

Отже, існуюча на сьогодні в Україні система охорони здоров'я потребує негайного реформування. Чітке виконання «Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років» дозволить впровадити ефективну систему соціального медичного страхування та підняти вітчизняну систему охорони здоров'я на новий рівень. При проведенні реформ в галузі охорони здоров'я та введення соціального медичного страхування можна звернутися до досвіду зарубіжних країн. Доцільно підтримувати ініціативи по впровадженню різних моделей медичного страхування, що дозволить накопичити необхідний досвід впровадження змішаної системи медичного страхування, за якої страхові внески сплачують держава, роботодавці та громадяни, яка повинна забезпечити рівність і доступність медичних послуг достатньо високої якості для всіх громадян.

ВИСНОВКИ

Сфера охорони здоров'я в Україні має низькі обсяги фінансування з державного бюджету. Водночас у країні фактично відбулась децентралізація надання медичних послуг, створено низку відомчих мереж медичних закладів, значна частка в структурі суспільних витрат на охорону здоров'я є приватною. Такі зміни вимагають перегляду існуючої системи фінансування, впровадження нових нормативів і стандартів обрахування, опису й аналізу фінансування національних систем охорони здоров'я, зокрема, застосування національних рахунків охорони здоров'я.

На сьогодні в Україні можна виділити основні проблеми та недоліки діючої системи фінансування галузі охорони здоров’я, а саме:

- недостатнє фінансування галузі охорони здоров’я, яке проявляється, крім усього іншого, ще й значними особистими видатками громадян на медичні послуги;
- відсутність визначеного законодавством і нормативно-правовими актами чіткого переліку медичної допомоги, що повинна надаватись у державних і комунальних закладах охорони здоров’я безкоштовно на кожному рівні надання медичної допомоги та при відповідному стані фінансування цих закладів;
- відсутність зв’язку між фінансуванням державних і комунальних закладів охорони здоров’я і кінцевими результатами їх роботи;
- неможливість ефективного управління обмеженими ресурсами в умовах існуючої системи постатейного фінансування громадських лікувально-профілактичних закладів;
- фінансування лікувально-профілактичних закладів різного рівня з бюджетів різного рівня, що додатково ускладнює координацію надання допомоги.

Охорона здоров’я в Україні майже повністю залежить від державного бюджетного фінансування. Розвиток та залучення інших джерел фінансування

стримується недостатнім зацікавленням приватного сектора та дещо негативним ставленням з боку державних органів управління охороною здоров’я до підприємництва у сфері охорони здоров’я в цілому. Тому у сфері фінансування галузі охорони здоров’я першочерговою проблемою є нестача державних коштів, що веде до зменшення обсягів безоплатної медичної допомоги. Дефіцит фінансування не дозволяє здійснювати своєчасне оновлення морально і фізично застарілого обладнання, а заробітна плата медичних працівників залишається низькою і не залежить від обсягу та якості наданих медичних послуг.

Для вдосконалення бюджетних відносин центральної та місцевої влади у питанні фінансування сфери охорони здоров'я потрібна концепція єдиного медичного простору як логічного перетворення галузі шляхом впровадження регіональних програм, спрямованих на фінансування реальної потреби населення у медичній допомозі відповідного рівня, доступної в межах конкретної території без зайвого дублювання потужностей.

Побудова України як соціальної держави вимагає внесення коректив у фінансову політику охорони здоров я, які залежать від наступних складових: макроекономічних показників, які характеризують середовище для розвитку охорони здоров’я; фінансових показників розвитку медицини та охорони здоров’я, що пов'язані із забезпеченням потреб населення та закладів охорони здоров’я. Реформа фінансового забезпечення охорони здоров’я України має відбуватися в рамках загальноприйнятих в Європі принципів соціальної рівності, справедливості і солідарності під час організації і надання послуг з охорони здоров’я, оскільки саме такий підхід дав змогу європейським країнам досягти високих показників стану здоров’я своїх громадян.

Недостатність коштів, виділених державою на медичну сферу, спричинила зменшення обсягу безоплатного медичного обслуговування, «затягування»проведення капітального ремонту приміщень медичних закладів, оновлення обладнання, порівняно низьку заробітну плату медичного персоналу. У досліджуваному періоді фінансове забезпечення охорони здоров’я в Україні за рахунок коштів добровільного медичного страхування було незначним через

недостатній рівень страхової культури. З одного боку, страхові компанії недостатньо вміло розвивали свої послуги, а з іншого – фізичні особи вимагали низьких тарифів на велику кількість медичних послуг, що, звичайно, є неможливим. Тобто громадяни України не призвичаєні через інструменти страхування сплачувати за медичні послуги та вважають страхові премії надто високими для участі у добровільному медичному страхуванні.

Наявність вищезазначених проблем приводить до необхідності реформування фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні, що передбачає формування та імплементацію нової моделі фінансування, яка містить очевидні та доступні гарантії держави щодо розміру безкоштовної медичної допомоги, посилене фінансове забезпечення громадян у разі непрацездатності, ефективний та неупереджений розподіл бюджетних коштів і зниження неформальних платежів, заохочення до покращення якості надання медичної допомоги громадянам державними і комунальними медичними закладами.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бачо Р.Й. Сучасні тенденції розвитку страхування здоров'я в Україні у посткризовий період. Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія: Економіка і менеджмент. 2015. № 10. 218–223 с.

2. Бюджетний кодекс України. – Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17.

3. Воловаха Л. Медичне страхування та його розвиток в Україні \ Л. Воловаха – Режим доступу: – http://irbis-nbuv.gov.ua › irbis_nbuv › cgiirbis_64.

4. Горохов С.В. Порівняльний аналіз систем медичного страхування зарубіжних країн / С.В. Горохов, С.Д. Старинчук. – Режим доступу : http://www.apfs.in.ua/v9_2015/8.pdf.

5. Гринчишин Я. М. СтантаперспективирозвиткустраховогоринкуУкраїни / Я. М. Гринчишин, А. В. Прокопюк // Молодийвчений. – 2017. – No 3. – 622-626 с.

6. Державний борг України перевищив $75 млрд. Режим доступу: https://espreso.tv/news/2017/07/26/derzhavnyy_borg_ukrayiny_perevyschyv_75_mlrd.

7. Єрмілов В. Питання медичного страхування в сучасній Україні: пройдені шляхи і перспективи / В. Єрмілов //Соціальне страхування. – 2011. – № 1 – 18–21 с.

8. Зеленевич В.О. Зарубіжний досвід фінансування охорони здоров'я / В.О. Зеленевич. – Режим доступу : http://intkonf.org/zelenevich-vo-ktn-kuzmin-aizarubizhniy-dosvid-finansuvannya-ohoroni-zdorovya/.

9. Іваненко Є. Фінансове забезпечення охорони здоров'я в умовах соціально-економічних трансформацій / Є. Іваненко // Світ фінансів. – 2015. – № 3. – 71-81 с.

10. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я : схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1013-р. – Режим доступу : https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/249626689.

11. Костенко Т.А Стан та перспективи розвитку медичного страхування в Україні з урахуванням іноземного досвіду / Т.А. Костенко, В.В Стоколюк, Л. О. Заволока – Режим доступу: http://irbis-nbuv.gov.ua › irbis_nbuv › cgiirbis_64.

12. Маліновська А. Медичне страхування в Україні: скільки коштує і навіщо потрібно А. Маліновська. – Режимдоступу: https://fakty.ictv.ua/ua/lifestyle/zdorove/20171114-medychne-strahuvannya-v-ukrayini-skilky-koshtuye-i-navishho-potribno/.

13. Матвієнко Ю. Система охорони здоров'я в Японії / Ю.Матвієнко. – Режим доступу : http://msvitu.com/archive/2013/november/article-10.php?print=1.

14. Місце медичного страхування в системі охорони здоров'я. – Режим доступу: https://rak-r-kovalska-k-pace-of-insurance-medicine-in-securitysystem-ofhealth14278.pdf.

15. Мних М.В. Медичне страхування за кордоном та можливості його реалізації в Україні / М.В. Мних // Держава і економіка. – 2014. – № 11. 39–41с.

16. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років //. – Режимдоступу: http://uoz.cn.ua/strategiya.pdf

17. Пенсійна система: підручник / заред. В. І. Грушка. – К.: Вищийнавчальнийзаклад«Університетекономікитаправа «КРОК», 2017. – 368 с.

18. Основи законодавства України про охорону здоров'я - Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12

19. Онишко С. В. Проблеми фінансування і перспективи розвитку медичного страхування в Україні / С. В. Онишко, Ю. В. Шевчук // Інтелект XXI. – 2016. – No 5. – 158-162 с.

20. Перспективи впровадження медичного соціального страхування в Україні. – Режим доступу: http://fpsu.org.ua/napryamki-diyalnosti/sotsialne-strakhuvannya-i-pensijne-zabezpechennya/12661-perspektivi-vprovadzhennya-medichnogo-sotsialnogo-strakhuvannya-v-ukrajini

21. Підсумки діяльності страхових компаній за І півріччя 2017 року. – Режим доступу: https://forinsurer.com/files/file00621.pdf.

22. Полоз К.Ю. Стан та перспективи медичного страхування в Україні / К.Ю. Полоз. – Режим доступу: http://nauka.kushnir.mk.ua/?p=41150.

23. Прилипко С. М. Загальнообов'язкове державне соціальне медичнестрахування в Україні: сучасний стан та стратегія розвитку: монографія / ПрилипкоС. М., ЯрошенкоО. М., ЗанфіроваТ. А., АркатовЯ. А. – Харків : Право, 2017. – 208 с.

24. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. – Режим доступу : http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2168-19.

25. Про Державний бюджет України на 2018 рік : Закон України від 07.12.2017 № 2246-VIII. – Режим доступу : http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2246-19/page.

26. Пташка К. Медичне страхування українців: чого чекати / К. Пташка. – Режимдоступу: https://uain.press/articles/medychne-strahuvannya-ukrayintsiv-chogo-chekaty-587997

27. Рейтинг агенства «Bloomberg». – Режим доступу : https://www.bloomberg.com.

28. Сасковец А.А. Державне медиче страхування в Німеччині: проблеми, стратегічні рішення / А.А. Сасковец. – М. : МАКС Пресс, 2013. – 28 с.

29. Світлична О.С. Еволюція медичного страхування в Україні / О.С. Світлична // Інноваційна економіка. – 2013. – № 5. – 30–34 с.

30. Ситенко О.Р. Формування державної політики з охорони здоров'я в Україні / О.Р. Ситенко, Т.М. Смірнова. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VSG_2014_2_5

31. Солдатенко О. В. Правове регулювання видатків на охорону здоров'я в Україні та державах Центральної Європи : монографія / О. В. Солдатенко. – К. : Алерта, 2010. – 278 с.

32. Солдатенко О. Сучасний стан правового регулювання фінансування сфери охорони здоров'я України / О. Солдатенко – Режим доступу: http://pgp-journal.kiev.ua/archive/2018/2/27.pdf

33. Список країн по ВВП. – Режим доступу : https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BF%D0%B8%D1%81%D0%BE%D0%BA_%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD_%D0%B7%D0%B0_%D0%92%D0%92%D0%9F_(%D0%9F%D0%9A%D0%A1)

34. Статистика страхового ринку в Україні. – Режим доступу: https://forinsurer.com/stat.

35. Стеценко В.Ю. Організаційно-правове забезпечення медичного страхування у США / В.Ю. Стеценко. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pp_2013_4_6

36. Снєгірьов П. Глобальні паради охорони здоров'я: цінні уроки дляУкраїни / П. Снєгірьов . – Режимдоступу: http://www.apteka.ua/article/397891

37. Федосов В. М.,. Юрія С. І. Бюджетна система : підруч. / за наук. ред. В. М. Федосова, С. І. Юрія. — К. : Центр учбов. літератури ; Тернопіль : Екон. думка, 2012. — 594 с.

38. Федорович І. М. Теоретичні та практичні засади реалізації медичного страхування в Україні / І. М. Федорович // Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. – 2017. – Вип. 23(2). – 76-80 с.

39. ФіліпенкоА. В. Порівняльний аналіз медичного страхування в країнах світу / А. В. Філіпенко, Ю. О. Ольвінська // Статистика – інструмент соціально-економічних досліджень: матер. конф. – Одеса, ОНЕУ. – 91-97 с.

40. Череп А.В. Практичний іноземний досвід медичного страхування / А.В. Череп // Економіка та управління національним господарством. – 2013. – Режим доступу: https://sre_2013_2_5%20(1).pdf.

41. Черешнюк Г.С. Проблеми впровадження добровільного медичного страхування та шляхи їх розв'язання /Г.С. Черешнюк // Фінансові послуги. – 2013– № 2. 22–26 с.

42. Шевчук О. Нездорова ситуація: чи має обов'язкове медичне страхування шанси в Україні / О. Шевчук. – Режим доступу: https://voxukraine.org/uk/obovyazkove-medichne-strahuvannya-ua.

ДОДАТКИ

Додаток А

Співвідношення зростання загального обсягу видатків Державного бюджету України і видатків на охорону здоров'я у 2010–2018 рр. [33]

Додаток Б

Темпи зростання видатків на охорону здоров’я, у т. ч. на заробітну плату та оплату комунальних послуг у 2010–2018 рр. [33]

Додаток В

Порівняльна характеристика програм ДМС лідерів вітчизняного ринку медичного страхування [11]

Критерерії порівнння	Страхова компанія (назва програми з ДМС)		
	Нафта-Газстрах	Інго Україна (програма «Невідкладна допомога»)	Провідна (програма «Провідна турбота про родину»)
Види послуг, що надаються:			
швидка та/або невідкладна допомога	+	+	+
екстрена стаціонарна допомога	+	+	+
Медикаментозна допомога	+	-	-
Амбулаторно-клінічне лікування	+	-	+
Категорія застрахованих осіб	3-50 років	17-60 років	3-50 років
Територія покриття	Україна	Немає данних	Немає данних
Строк дії договору, роки	1	1	1
Розмір страхової суми, грн.	70000-220000	75000	Немає данних
Вартість полісу, грн	3000-16000	Немає данних	2500-4500