

Карпишин Н. І.

викладач кафедри казначейської справи

Тернопільський національний економічний університет

ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА МОЖЛИВОСТІ ЙОГО ВИКОРИСТАННЯ В УКРАЇНІ

Кожна країна з урахуванням історичних, політичних, соціальних та економічних умов розвитку самостійно визначає політику в сфері охорони здоров'я та формує власну модель її організації та фінансового забезпечення. В сучасному суспільстві сформовано три альтернативні моделі організації та фінансового забезпечення охорони здоров'я: приватна, бюджетна і страхова. Спільною ознакою для них є використання багатоджерельного механізму фінансового забезпечення і залучення всіх можливих фінансових ресурсів. Визначальний фактор діяльності кожної моделі – пріоритетне значення того чи іншого джерела фінансування в структурі витрат на охорону здоров'я.

Приватна система охорони здоров'я функціонує переважно на принципах приватного підприємництва. Основними джерелами її фінансового забезпечення є кошти громадян, організацій, підприємств, які можна використовувати на потреби охорони здоров'я безпосередньо або через приватні страхові фонди, а фінансова участь держави обмежена і мінімальна.

Типовим представником приватної моделі охорони здоров'я є США. В країні функціонує розгалужена мережа приватних закладів охорони здоров'я, де медичне обслуговування надають або за пряму оплату або за рахунок коштів приватного страхування здоров'я. Діяльність державних і муніципальних медичних закладів спрямована на благодійництво та підтримку незахищених верств населення. Тому значний обсяг медичної допомоги в даній країні надають на платній основі, й приватні кошти становлять більше 58% усіх витрат на охорону здоров'я. З них близько 27% – пряма особиста оплата

населення за медичні послуги, і майже 32% оплачують через систему приватного страхування здоров'я.

Система охорони здоров'я, яку фінансують здебільшого за рахунок коштів страхових фондів, створених державою за принципами соціального страхування називають страховою, в її основі лежить модель Бісмарка. Нині страхову модель охорони здоров'я активно застосовують у всьому світі, що підкреслює її практичне значення та економічну стійкість. Страхова медицина функціонує в Австрії, Бельгії, Німеччині, Нідерландах, Люксембурзі, Франції, Швейцарії та інших країнах. За даними ВООЗ, страхуванням здоров'я охоплено понад 800 млн. осіб, і майже 74% витрат на лікування хворих компенсують із страхових фондів.

Центральне місце у фінансовому забезпеченні страхової моделі охорони здоров'я належить механізму обов'язкового медичного страхування. Загальнообов'язкова форма організації медичного страхування покликана гарантувати надання громадянам медичної допомоги на однакових умовах і забезпечувати захист населення у випадку виникнення потреби у витратах на лікування незалежно від величини фактично сплачених сум страхового внеску.

Система охорони здоров'я, відома під назвами: державна, бюджетна, бюджетно- страхова характерна тим, що пріоритетним джерелом фінансового забезпечення, частка якого може становити від 50 до 90% у загальній структурі витрат на охорону здоров'я, є кошти державного та місцевих бюджетів.

Державна система охорони здоров'я виникла на початку ХХ століття у двох модифікаціях – моделі Беверіджа (заснованої у Великобританії) і моделі Семашко (заснованої в Радянському Союзі).

Варто виділити такі принципи функціонування моделі охорони здоров'я Беверіджа:

- доступність для широкого кола споживачів;
- пріоритетна участь держави в організації та фінансуванні охорони здоров'я (структура витрат на охорону здоров'я у Великобританії, яка є яскравим представником країн, де функціонує модель даного типу, така: за

рахунок бюджетних коштів – 85%, коштів соціального страхування – 12,5%, особистих коштів населення – 2,5%);

- професійна незалежність лікарів і опора на “сімейного лікаря”;
- неприбутковість діяльності;
- сплата населенням спеціального податку незалежно від стану здоров’я;
- профілактика захворювань.

Перевагою є те, що в країнах, де побудована бюджетна модель охорони здоров’я, проблема зростання вартості лікування не така гостра, порівняно з тими державами, де медичні послуги оплачують на основі обов’язкового чи добровільного медичного страхування. Така система охорони здоров’я є гуманнішою і соціально справедливішою формою організації та фінансування медичного обслуговування населення.

Бюджетна модель охорони здоров’я діє в багатьох економічно розвинутих країнах світу (Великобританії, Данії, Ісландії, Ірландії, Норвегії, Фінляндії, Швеції тощо). Завдяки збереженню у сфері охорони здоров’я ринкових механізмів, таких, як професійна незалежність лікарів загальної практики від органів державної охорони здоров’я і праця за контрактом, наявність дозволу в лікарів-фахівців, які працюють у державних медичних установах, займатися приватною практикою за сумісництвом, функціонування альтернативних інститутів медичного обслуговування тощо, урядам згаданих країн вдалося протистояти монополістичним тенденціям у цій сфері й зберегти її економічну ефективність.

Порівняльний аналіз методів фінансування первинної медичної допомоги в країнах з бюджетною системою охорони здоров’я у табл. 1 показав, що послуги лікарів загальної практики оплачують або гонорарним методом (оплата за кожну детальну послугу: відвідування лікаря, виписка рецептів, діагностичних досліджень, процедур тощо) і/або подушовим методом (у розрахунку на одного жителя), крім того, існують також бюджетні субсидії.

Таблиця 1

**Основні методи оплати первинної медичної допомоги у країнах з
бюджетною системою охорони здоров'я**

Країна	Метод оплати
<i>Лікарі – незалежні контактери</i>	
Великобританія	- диференційований подушковий норматив; - гонорарний метод; - цільові субсидії
Данія	- 28% – подушковий норматив; - 63% – гонорарний метод; - 9% - субсидії
Італія	Диференційований подушковий норматив
Ірландія	Гонорарний метод
<i>Лікарі - наймані працівники</i>	
Норвегія	- 35% – зарплата; - 65% – гонорарний метод
Фінляндія	Зарплата
Швеція	Зарплата

Фінансова ситуація у вітчизняній галузі охорони здоров'я, що склалася в останні роки, свідчить про необхідність реформаторських дій у цій сфері. Незважаючи на те, що протягом останніх років уряд намагається поліпшити умови оплати праці працівників охорони здоров'я, заробітна плата в цій галузі залишається дуже низькою. Тому впровадження нових форм оплати праці, які б надавали право медичним працівникам на додатковий легальний заробіток, має стати одним із пріоритетних напрямків реформування галузі.

В Україні, для фінансового забезпечення діяльності лікарів загальної практики (сімейних лікарів) можна використовувати комбінацію гонорарного, подушového і поокладного (фіксованої заробітної плати) методів фінансування. Можливий варіант використання такої моделі фінансування: 25–30% – фіксована заробітна плата, 55–60% – подушова оплата, 10–15% – гонорари.

Суть подушового фінансування в тому, що витрати на первинну медико-санітарну допомогу залежать від чисельності пацієнтів, зареєстрованих на постійній основі у приватного сімейного лікаря чи групи лікарів загальної практики. Подушовий норматив можна диференціювати, наприклад, встановлювати вищим для дітей, літніх людей, малозабезпечених осіб та ін.. За даним способом фінансування обсяг витрат є передбачуваним і не зростає, оскільки лікарі не зацікавлені у збільшенні кількості відвідувань та приділяють більше уваги профілактиці; адміністративні витрати низькі; вартість лікування не залежить від вартості медичних послуг. Основний недолік у тому, що плату за пацієнта надають медичному працівникові й тоді коли пацієнт хворіє часто, і тоді коли рідко, тобто нема зацікавленості в поліпшенні стану здоров'я.

Також реформування вітчизняної системи оплати праці медичних працівників, можна здійснювати шляхом запровадження на додаток до покладного гонорарного методу оплати праці. Для цього необхідно у законодавчому порядку дозволити пацієнтам оплачувати окремі послуги лікарів і запровадити єдину методику розрахунку вартості медичних послуг. Також, потрібно розробити перелік медичних послуг, за які медичним працівникам нараховуватимуть гонорари (за виписку рецептів, виклик лікаря до хворого тощо) та визначити умови і механізм виплати гонорару.

Крім того, необхідно вдосконалити механізм грошових розрахунків між бюджетними закладами охорони здоров'я та їх пацієнтами. Розрахунок за лікування має здійснюватися безготівковими платежами або через касу з використанням касових апаратів тощо.

Використання гонорарного методу оплати праці створить конкуренцію між надавачами медичних послуг та підвищить ефективність медичного обслуговування.

Запровадження запропонованих методів фінансування первинної медичної допомоги має частково вирішити проблему низької оплати праці у вітчизняній системі охорони здоров'я і стимулюватиме лікарів до надання якісного медичного обслуговування.