

**Дивоняк Михайло**

(науковий керівник: к.е.н., доцент, доцент кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу ЗУНУ Сковчиляс С. М.)

## **ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ФОРМУВАННЯ ФІНАНСОВИХ РЕСУРСІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА МОЖЛИВОСТІ ЙОГО ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ В УКРАЇНСЬКИХ РЕАЛІЯХ**

Кризові явища в галузі охорони здоров'я, постійна невідповідність між обсягами фінансових ресурсів медичних закладів та потребою у них для забезпечення надання якісних і доступних медичних послуг населенню, слабкий зв'язок між динамікою фінансування охорони здоров'я та показниками здоров'я населення стали основними мотивами для проведення в Україні медичної реформи, яка триває вже упродовж багатьох років. Втім, поки що реформаторські заходи зводяться лише до ускладнення доступу громадян до спеціалізованої медичної допомоги через впровадження інституту сімейного лікаря, а також прискореної ліквідації медичних закладів у сільській місцевості.

Фінансові ресурси закладів охорони здоров'я зарубіжних країн формуються залежно від моделі управління і фінансування цієї галузі. Як зазначає Т. Сіташ, існують різні типи системи охорони здоров'я. Так, є країни з переважно державною системою охорони здоров'я (Велика Британія, Греція, Італія, Іспанія, Данія, Ірландія, Португалія), що ефективно працює за умови достатніх ресурсів держави. У таких країнах, як Австрія, Нідерланди, Бельгія, Швейцарія, Франція, система охорони здоров'я функціонує на засадах страхової медицини та за різних фінансових умов. А от у США, Південній Кореї та деяких інших країнах із переважно приватною системою охорони здоров'я медицина ефективно працює лише для заможних груп населення [1, с. 166].

Оцінюючи зміст медичних реформ у США і Великобританії, можна зауважити, що вони переслідують схожу мету – побудову змішаної моделі фінансування охорони здоров'я, яка поєднуватиме

ринкові механізми формування і використання фінансових ресурсів при збереженні контролю з боку держави. Передумови реформування системи охорони здоров'я в обох країнах багато в чому подібні до тих, які спостерігаються нині в Україні: наростання дефіциту фінансових ресурсів галузі, деградація матеріальної бази медичних закладів, перекладання на громадян відповідальності за покриття витрат на лікувальний процес і, як наслідок, – зниження рівня доступності та якості медичної допомоги. У Великобританії медична реформа передбачала дебюрократизацію системи охорони здоров'я, посилення ролі недержавного сектору в наданні медичних послуг, збільшення внеску громадян у формуванні фінансових ресурсів галузі. Натомість, у США медична реформа покликана забезпечити перехід до регульованої державою моделі загальнообов'язкового медичного страхування за рахунок коштів роботодавців, працюючих і держави. При цьому держава жорстко регулюватиме діяльність приватних страховиків, а також визначить гарантований кожній особі базовий «пакет» медичних послуг.

Відтак, можемо констатувати, що обидві розглянуті моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я (з одного боку, бюджетна модель Великобританії, базована на фінансуванні медичних послуг за рахунок бюджетних коштів, з іншого боку – ринкова модель США, основу якої складає недостатньо регульоване державою недержавне медичне страхування) в сучасних умовах виявились неспроможними забезпечити доступність і якість медичного обслуговування для усіх громадян. Ми вважаємо, що найбільш раціональним для України є впровадження змішаної моделі фінансування охорони здоров'я, в основу якої буде покладено обов'язкове медичне страхування, а бюджетні кошти, благодійні пожертви тощо будуть додатковими джерелами ресурсів. Така модель довела свою ефективність у низці провідних країн світу (Франції та Німеччині)» [2].

В контексті імплементації досвіду зарубіжної практики щодо проведення медичної реформи доцільно враховувати вітчизняну специфіку – рівень розвитку економіки, менталітет населення,

традиції. Так, для уникнення негативного впливу додаткових фіскальних платежів на матеріальне становище працюючих доцільно ввести відповідні компенсаційні важелі, а саме: передбачити можливість вирахування внесків на обов'язкове медичне страхування з бази оподаткування податком на доходи фізичних осіб, а також забезпечити відповідне підвищення мінімальної зарплати на розмір страхових платежів.

Поряд із запровадженням загальнообов'язкового медичного страхування доцільно зберегти масштаби бюджетного фінансування охорони здоров'я. Водночас, розвиток медичних закладів, зміцнення їхньої матеріальної бази також доцільно фінансувати за рахунок бюджетних коштів. Також слід розглянути можливість впровадження у вітчизняну практику поширеного в інших країнах інституту «співплатежів» за кожен факт звернення за медичною допомогою. На наш погляд, це дасть змогу детінізувати неофіційні платежі населення медичним працівникам, утримуватиме громадян від «дріб'язкових» звернень до медичних закладів, стимулюватиме їх дбайливіше ставитись до власного здоров'я і займатися профілактикою захворювань.

Таким чином, важливим пріоритетом медичної реформи в Україні має також стати формування конкурентних умов діяльності закладів охорони здоров'я, регулювання вартості медичних послуг та підвищення якості медичного обслуговування населення. Обсяги фінансування закладів охорони здоров'я мають залежати від кількості пацієнтів й обсягу наданих їм медичних послуг. З цією метою мають бути розроблені єдині тарифи на оплату медичних послуг, що усуватиме цінову конкуренцію між лікарями, однак стимулюватиме їх до збільшення кількісних і якісних показників роботи.

#### **Використані джерела**

1. Сіташ Т. Д. Фінансування системи охорони здоров'я в Україні: тенденції та реформування. Механізм регулювання економіки. 2012. № 1. С. 164-169.
2. Горин В. Фінансові аспекти реформування охорони здоров'я у зарубіжних державах : висновки для України. Світфінансів. 2014. Вип. 1. С. 168-179.