

РОЗДІЛ 3

МОДЕЛІ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

- 3.1. Загальні принципи формування моделі охорони здоров'я.*
- 3.2. Ринкова модель організації охорони здоров'я.*
- 3.3. Соціальна модель охорони здоров'я.*
- 3.4. Суспільно-приватна модель охорони здоров'я.*
- 3.5. Медичне страхування як система організаційних та фінансових заходів.*
- 3.6. Досвід країн Східної та Центральної Європи із запровадження системи медичного страхування.*

3.1. Загальні принципи формування моделі охорони здоров'я

У більшості країн фундаментом національної політики в галузі охорони здоров'я є відповідна правова база, розроблена відповідно до міжнародних норм і стандартів, викладених у правових актах Організації Об'єднаних Націй (ООН), Ради Європи (РЕ), Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), Міжнародної організації праці (МОП).

Країни, члени Організації у економічній співробітництві і розвитку (ОЕСР) при розробці стратегії фінансування та організації охорони здоров'я дотримуються трьох основних принципів:

- забезпечення однакового доступу до медичного обслуговування для усіх громадян, заснованого на солідарній участі бідних та багатих, хворих та здорових, молодих та осіб похилого віку, незалежно від місця проживання;
- висока якість медичної допомоги за оптимальних витрат;
- макроекономічна ефективність: максимально допустима частка національних ресурсів, які мають бути спрямовані на задоволення потреб галузі охорони здоров'я.

Мінімальний перелік медичної допомоги, які має гарантувати держава, визначено у 2 міжнародних правових актах:

- Конвенції МОП «Про мінімальні норми соціального забезпечення» за № 130 від 1952 р., (стаття 10);
- Конвенції МОП «Про медичну допомогу і допомоги у зв'язку із захворюванням» за № 130 від 1969 р., (стаття 13);

Конвенція МОП визначає мінімальний перелік медичних послуг, які мають забезпечуватись населенню:

- загальна лікарняна допомога, зокрема допомога на дому;
- допомога, яку надають спеціалісти стаціонарним або амбулаторним хворим;
- допомога спеціалістів, яка може надаватись за межами лікарні;
- відпуск необхідних медикаментів за рецептом лікаря або іншого кваліфікованого спеціаліста;
- госпіталізація за показаннями;
- стоматологічна допомога, якщо вона передбачена національним законодавством;
- медична реабілітація, в тому числі надання, ремонт і заміна протезів або ортопедичних засобів, якщо це передбачено національним законодавством.

У кожній країні існують конкретні проблеми в галузі охорони здоров'я, які вирішуються державними програмами. Наприклад, суспільні програми допомоги матерям і дітям, у яких медична допомога доповнюється грошовою допомогою при народженні дитини.

Додаткова медична допомога, на відміну від соціального страхування, передбачає конкретний достатній розмір медичної допомоги. Достатність такої допомоги визначається відповідним законодавством кожної країни.

Формування моделі управління охороною здоров'я відбувається відповідно до соціально-економічної політики, що проводиться в державі. Всі існуючі моделі відрізняються хоча по одному з нижчезазначених показників, що є критеріальними ознаками організації управління охороною здоров'я:

- об'єм державних гарантій;
- джерело фінансування медичної допомоги;
- замовник послуг та його статус;
- виконавець (надавач) медичних послуг та його статус;
- характер взаємовідносин між замовником та надавачем медичних послуг;
- державне управління охороною здоров'я;
- схема фінансування галузі охорони здоров'я;
- структури, які забезпечують права пацієнтів;
- структури, що забезпечують права виробника медичних послуг.

Незважаючи на різноманіття конкретних форм організації системи охорони здоров'я, специфіку економічних відносин у цій галузі, можна виокремити кілька параметрів, що відображають її головні економічні характеристики:

- ◆ відношення власності;
- ◆ способи фінансування (отримання ресурсів);
- ◆ механізми стимулювання медичних працівників (виробників медичних послуг) і населення (споживачів послуг);

У кожній країні формується та розвивається свій спосіб залучення економічних ресурсів для надання медичної допомоги, збереження та зміцнення здоров'я населення. Кількість та якість наданих суспільством ресурсів, ефективність їх використання в галузі охорони здоров'я визначається складною системою економічних, політичних, морально-етичних та інших відносин, що склалися в окремо взятій країні.

Наявність у тій або іншій країні відповідної системи охорони здоров'я визначається багатьма обставинами, проте при всіх відмінностях у системах охорони здоров'я різних країн економічні моделі формуються за визначенням ролі та функцій держави в цих процесах.

Виходячи з міжнародного досвіду організації охорони здоров'я, можна виділити три основні **економічні моделі галузі охорони здоров'я**:

- **платна медицина**, сформована на ринкових принципах з використанням приватного медичного страхування;
- **державна медицина**, що фінансується з державного бюджету;
- система охорони здоров'я, що ґрунтується на засадах **соціального страхування** та регулювання ринку з багатоканальною системою фінансування.

Спосіб фінансування галузі охорони здоров'я зумовлює й систему організації охорони здоров'я. Проте в кожній країні модель фінансування охорони здоров'я складалася протягом багатьох років і залежала від багатьох чинників. Насамперед це досвід розвитку систем охорони здоров'я та історичні особливості розвитку країни. Саме тому практично в кожній країні система фінансування галузі не існує в «чистому» вигляді, є мобільною, тобто розвивається й змінюється.

У країнах з розвинутим медичним обслуговуванням незалежно від системи організації системи охорони здоров'я існує жорсткий контроль за видатками на галузь, який формується за такими принципами:

- замороження фінансування галузі на досягнутому рівні, тобто нульове зростання витрат;
- стабілізація витрат на охорону здоров'я у відсотковому відношенні до національного доходу або до валового внутрішнього продукту;
- загальний темп зростання рівня витрат на рівні темпу інфляції в країні;
- темпи приросту обсягу витрат мають від'ємний знак;
- загальні витрати на охорону здоров'я підвищуються в обумовлених межах;
- обсяги витрат на охорону здоров'я пов'язуються з обсягом надходження податків або внесків до страхових фондів.

Принципи регулювання видатків на охорону здоров'я постійно модифікуються та удосконалюються в усіх країнах. Основні існуючі моделі організації охорони здоров'я представлені на рис. 3.1.

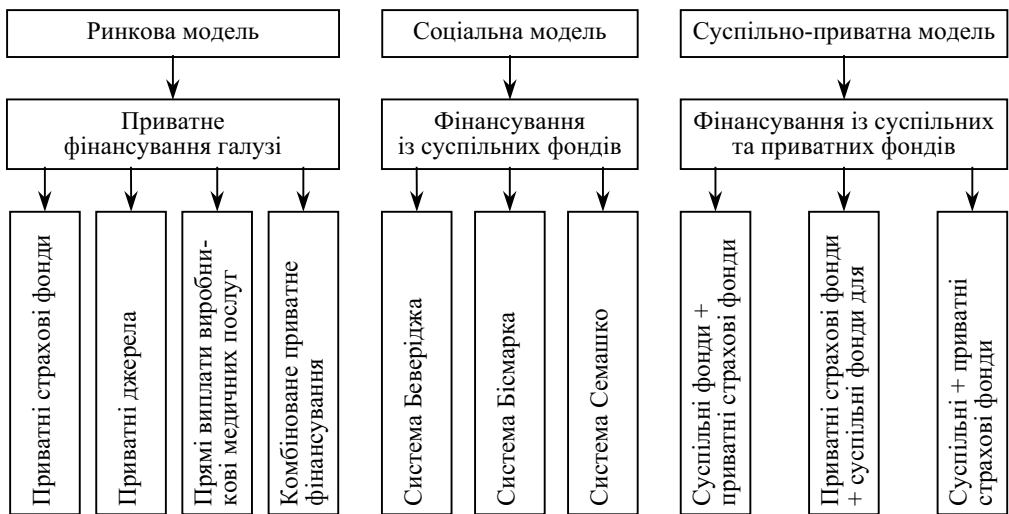


Рис. 3.1. Моделі організації та фінансування галузі охорони здоров'я

Незалежно від моделі фінансування та організації для країн з розвинутою системою охорони здоров'я характерні такі ознаки:

1. Фінансування з трьох основних джерел: відрахування з доходів підприємців, відрахування з державного бюджету та страхові внески населення.
2. Фінансування медичної допомоги робітникам, службовцям та членам їхніх родин здійснюється виключно за рахунок підприємства.
3. Вільний вибір застрахованими особами лікаря та лікувально-профілактичного закладу, що визначає розвиток конкурентних відносин та сприяє підвищенню якості медичної допомоги та збільшенню уваги до кожного пацієнта.
4. Розвинута система добровільного медичного страхування.

Країни з розвинутою системою охорони здоров'я спрямовують свою діяльність в організації охорони здоров'я в таких напрямках:

- забезпечення адекватності медичної допомоги та справедливості при забезпеченні доступу до таких послуг;

- захист доходів пацієнта;
- макроекономічна ефективність;
- мікроекономічна дієвість;
- свобода вибору для споживача медичних послуг;
- автономія для постачальника медичних послуг.

Усі перелічені на рис.3.1 моделі охорони здоров'я побудовані або на солідарній ідеології, або лібертарній. Останніми роками характерні пошуком золоті середини між обома ідеологіями. Кожна з них має свої привілеї.

В основу *солідарної ідеології* покладено принцип забезпечення однакового доступу до мінімального набору найбільш важливих медичних послуг, особливо в критичних для пацієнта станах. При цьому витрати на лікування сплачує не пацієнт, а кошти надходять через податкову систему та загальний бюджет. Соціально малозабезпечені пацієнти звільняються від оплати за медичну допомогу, проте мають вільний доступ тільки до обґрунтовано необхідної, мінімальної медичної допомоги. Впроваджується принцип суспільної солідарності, коли багатий платить за бідного, а здоровий — за хворого.

Лібертарна ідеологія розглядає медицину як будь-який інший товар. Людина, яка має більше коштів, може отримати більший перелік медичних послуг і одержати більш якісну медичну допомогу. Ця ідеологія відповідає умовам добровільного медичного страхування, коли застрахований отримує ту якість та перелік медичних послуг, який лімітується розміром його страхового полісу.

Еволюційний розвиток більшості національних європейських систем охорони здоров'я відбувається в напрямі послаблення державних функцій забезпечення медичного обслуговування, впровадження діяльності нових соціальних інститутів, які здійснюють організацію та управління споживанням медичної допомоги та медичних послуг.

Модернізація національних систем охорони здоров'я має такі тенденції:

- уніфікація стандартів у галузі надання медичних послуг на міжнародному рівні;
- розвиток ринкових відносин у відношеннях між суб'єктами системи охорони здоров'я;
- вирішення специфічних національних проблем з урегулювання видатків на медичне обслуговування населення.

Для сучасної охорони здоров'я характерні процеси централізації та децентралізації. В країнах, у яких роль держави в організації охорони здоров'я була провідною, спостерігається тенденція до децентралізації державних функцій та їх делегування регіональним та муніципальним органам влади. Децентралізація вважається ефективним способом поліпшення медичного обслуговування, залучення широких верств населення у визначення пріоритетів.

У країнах зі слабкою роллю держави в охороні здоров'я, навпаки, відбувається посилення централізації. Зайва децентралізація призводить до дроблення, послаблення центральних органів управління охороною здоров'я, нерационального та недостатньо професійного оснащення медичним обладнанням та лікарськими засобами, нерівності у споживанні медичної допомоги, політичних маніпуляцій з боку зацікавлених регіонів та груп населення. Сучасні системи медичного страхування в Європі переважно децентралізовані.

Для розвитку сучасних моделей організації охорони здоров'я характерні тенденції до оптимізації медичного обслуговування. В країнах з розвинутою системою охорони здоров'я використовується принцип переорієнтації служб охорони здоров'я з лікування на ранню діагностику та профілактику захворюваності. Такі заходи дозволяють знизити загальну захворюваність, тяжкість протікання хвороби, рівень інвалідизації, і, відповідно, видатки на лікування. В ефективній системі

охорони здоров'я має бути впроваджено лікування захворювань на ранніх стадіях, що значно дешевше, ніж лікування захворювань середньої тяжкості або тяжких та хронічних. Така оптимізація надання медичної допомоги в країнах з розвинутою системою охорони здоров'я приводить до ситуації, коли 80 % обсягу медичних послуг надається лікарями загальної практики й тільки решта — вузькоспеціалізованими медичними працівниками. При цьому спостерігається висока частка медичної допомоги, що надається середнім медичним персоналом.

Тенденції розвитку моделей охорони здоров'я в ХХІ ст. вказують на особливу роль конкуренції в галузі. Оптимальна конкуренція приводить до ситуації, коли страховики додають максимум зусиль для надання кращої медичної допомоги за мінімальну ціну.

3.2. Ринкова модель організації охорони здоров'я

Ринкова модель організації охорони здоров'я передбачає приватне фінансування галузі. При її реалізації не використовується фінансування із суспільних фондів. При впровадженні такої моделі охорони здоров'я об'єм медичної допомоги формується ринком, який саморегулюється. Малозабезпечені верстви населення мають обмежений доступ до медичної допомоги. Роль держави обмежується:

- законодавчими актами, які регулюють відносини суб'єктів ринку медичних послуг;
- окремими програмами, що фінансуються з державного бюджету.

За ринкової моделі організації охорони здоров'я, фінансування галузі відбувається з таких джерел:

- приватні страхові фонди охорони здоров'я;
- внески з приватних джерел;
- прямі виплати виробникові медичних послуг;
- комбінації цих трьох джерел фінансування.

Медичне страхування здійснюється на приватній основі, хоча й забезпечується через роботодавців шляхом добровільного медичного страхування.

Як правило, країни поряд з ринковою моделлю використовують і інші. Або при запровадженні ринкової моделі організації охорони здоров'я застосовують комбіноване приватне та суспільне фінансування. В табл. 3.1 наведено аналіз джерел фінансування охорони здоров'я в різних країнах світу.

Таблиця 3.1

ДЖЕРЕЛА ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В РІЗНИХ КРАЇНАХ СВІТУ

Країна	Приватне фінансування, %	Суспільне фінансування
1. США	56	44
2. Австрія	34	66
3. Німеччина	27,5	72,5
4. Японія	26,2	73,8
5. Франція	26	74

Типовим прикладом ринкової моделі є ринок медичних послуг США. Галузь охорони здоров'я в цій країні представлено переважно системою приватних медич-

них закладів та комерційним медичним страхуванням, при впровадженні якого лікарі є продавцями медичних послуг, а пацієнти — їх покупцями. Такий ринок найбільш наближений до вільного ринку й має всі його переваги та недоліки.

Переваги ринкової моделі охорони здоров'я:

- стимуляція розвитку нових медичних технологій;
- забезпечення інтенсивної діяльності медичних працівників;
- постійне підвищення якості надання медичних послуг, що стимулюється жорсткою конкуренцією;
- жорстка вибірка економічно неефективних технологій та стратегій;
- мобільність ресурсів.

Недоліки ринкової моделі охорони здоров'я:

- ◆ нерівний доступ до медичної допомоги різних верств населення;
- ◆ високі витрати й відповідно до них високі ціни на надання медичних послуг;
- ◆ високі громадські витрати на охорону здоров'я;
- ◆ неможливість здійснення державного контролю за визначенням розвитку пріоритетних напрямів розвитку охорони здоров'я;
- ◆ можливість недобросовісної конкуренції між надавачами медичних послуг;
- ◆ посилення впливу реклами та «моди»;
- ◆ нединамічність на національному рівні.

Ринкова модель організації охорони здоров'я, з одного боку, одна з найякісніших, з іншого — одна з найбільш високо затратних. Наприклад, в СШП витрати на обслуговування галузі охорони здоров'я становлять 14 % ВВП. В умовах ринкової моделі організації охорони здоров'я пацієнт постійно змушений приймати рішення: в який ринок (фінансовий чи страховий) вкласти свої збереження.

Таким чином, з економічної точки зору ринкова модель неефективна, що потребує перевитрат коштів. Система охорони здоров'я, яка ґрунтується на ринкових засадах не надає соціальних гарантій населенню в отриманні медичної допомоги, тобто не має такої властивості, як доступність для всіх провсех населення.

3.3. Соціальна модель охорони здоров'я

Особливістю соціальної моделі є система фінансування, що ґрунтується на зборі коштів у суспільний фонд медичного забезпечення. Для цього використовуються такі канали:

- 1) податки у суспільні фонди;
- 2) внески в суспільні фонди медичного страхування;
- 3) змішана система фінансування.

Суспільний фонд охорони здоров'я формується залежно від розмірів доходів. У ряді випадків оподаткування може не залежати від розміру доходів.

Система фінансування із суспільних фондів може бути змішаною, що реалізується за рахунок податків та страхових внесків.

За рахунок податків здійснюється фінансування охорони здоров'я в Ірландії, Великобританії, Швеції, Фінляндії, Канаді, Іспанії.

На суспільному страхуванні ґрунтується система фінансування охорони здоров'я в Бельгії, Франції, Німеччині, Японії, Люксембурзі, Нідерландах.

Збір коштів у суспільний фонд може здійснюватись на базі:

- загальнодержавної (федеральної) системи оподаткування;
- регіональної (провінційної) системи оподаткування;

- системі податків місцевого значення;
- комбінації трьох названих систем оподаткування.

До соціальної моделі фінансування охорони здоров'я належать загальновизнані системи організації охорони здоров'я:

- ◆ Система Бісмарка (модель соціального страхування);
- ◆ Система Беверіджа;
- ◆ Система Семашко.

Система Бісмарка (модель соціального страхування). Система організації охорони здоров'я ґрунтується на фінансуванні галузі переважно за рахунок обов'язкового соціального страхування на випадок хвороби. Ця система була вперше запроваджена в національному масштабі в Німеччині Отто фон Бісмарком у 1881 р. Історично це була перша державна система охорони здоров'я. Вона слугувала зміцненню здоров'я простих робітників, яких розглядали як потенціальних військовослужбовців. Споконвічно створені фонди соцстраху сплачували видатки на лікування, видавали допомогу по безробіттю, пенсії тощо. Поступово виокремились лікарняні каси. Систему охорони здоров'я ще називають німецькою моделлю або континентальною моделлю.

За системою Бісмарка лікарі є вільними суб'єктами, які пропонують свої послуги на ринку медичних послуг. Держава законодавчим шляхом зобов'язує працевлаштуваних брати участь в оплаті медичної допомоги працівникам через лікарняні каси. Працевлаштуванці оплачують тільки частину вартості медичної допомоги, що була надана працівникам. Другу частину вартості медичної допомоги сплачують самі працівники.

За системою Бісмарка страхові компанії та структури, які є суб'єктами ринку медичних послуг, зобов'язані всі зібрані кошти використовувати тільки на оплату медичної допомоги. Характерною рисою системи Бісмарка є існування незалежних страхових фондів, які керуються через державні або приватні страхові компанії, їх діяльність строго регламентує держава.

За системою Бісмарка організована система охорони здоров'я в Австрії, Бельгії, Люксембурзі, Німеччині, Нідерландах, Франції та Швейцарії. Вона фінансується за допомогою відрахувань із заробітної плати й інших державних фондів, які становлять майже $\frac{3}{4}$ сукупних видатків на охорону здоров'я.

Переваги системи Бісмарка:

- принцип солідарної оплати медичної допомоги;
- доступність медичної допомоги для всього населення країни.

Недоліки системи Бісмарка:

- ◆ великий адміністративний апарат;
- ◆ складна система розрахунків з лікувально-профілактичними закладами;
- ◆ високі витрати на утримання страхової інфраструктури.

Система Беверіджа (універсалістська) — система організації охорони здоров'я, яка ґрунтується на фінансуванні з державного бюджету і характеризується суттєвим обмеженням ринкових відносин між лікарем та пацієнтом. Медична допомога гарантується державою і надається всім громадянам незалежно від соціального та майнового становища.

Система була запропонована англійським економістом Беверіджем. В її основу покладено трансфертну систему звичайних принципів страхування. Держава поширює трансфертні виплати тільки на людей, які не можуть забезпечити себе медичною допомогою. Наприклад, на дітей.

На відміну від системи Бісмарка, в системі організації охорони здоров'я Беверіджа лікарі перестають бути суб'єктами на ринку медичних послуг, а виступають як

наймані працівники. Система Беверіджа зберігає конкуренцію між лікарями, проте це конкуренція не за кошти громадян, а за кошти держави. Оплата праці медичного працівника залежить від обсягу наданих медичних послуг та кваліфікації лікаря та медичних сестер.

При організації системи охорони здоров'я за системою Беверіджа пацієнти обмежені у виборі варіантів медичного обслуговування.

Система Беверіджа запроваджена в Великобританії, Греції, Данії, Ірландії, Італії, Іспанії, Канаді, Норвегії, Португалії та Фінляндії.

Переваги системи Беверіджа:

- доступність медичної допомоги для всього населення країни;
- відносно проста технологій фінансування лікувально-профілактичних закладів;
- відносна проста система оплати праці в галузі.

Недоліки системи Беверіджа:

- ◆ відсутність ринкових стимулів економічної ефективності;
- ◆ слабка мотивація підвищення якості надання медичних послуг;
- ◆ необхідність значних фінансових ресурсів з державного бюджету на розвиток галузі охорони здоров'я.

Система Семашко. Система характеризується фінансуванням галузі з державного бюджету при строгому централізованому управлінні та контролі з боку держави.

Модель заснована на заміні ринкової організації охорони здоров'я на державно-адміністративну систему. Модель орієнтована на централізований механізм формування бюджету галузі, організацію матеріально-технічного та медикаментозного забезпечення на основі держзамовлення та фондового постачання за фіксованими цінами, формування та розвиток лікувальної мережі відповідно до державних нормативів по штатах, ресурсах, заробітній платі тощо. Фінансування медичного обслуговування відбувається виключно з держбюджету, що не залежить від надходжень з регіонів, тобто існує система єдиного замовника медичної допомоги в особі держави. В цій системі взаємодія лікарів та пацієнтів регламентована в усіх аспектах та підпорядкована принципам планово-розподільчої організації господарства. Нормативно-адміністративна форма організації системи охорони здоров'я усуває недоліки ринкової системи.

Система управління охороною здоров'я не потребує окремої незалежної структури замовника, що відповідає за збір коштів та представляє інтереси населення в кожному регіоні. Вона фактично представлена вертикаллю виконавця, що включає державний (Міністерство охорони здоров'я), територіальні (в СРСР — республіканські Міністерства охорони здоров'я, в незалежній Україні — обласні управління охорони здоров'я) та місцеві органи управління охороною здоров'я. Така система характерна для країн з плановою економікою.

Переваги системи Семашко:

- ефективна при надзвичайних ситуаціях (війни, епідемії);
- забезпечення всіх верств населення всіма або основними видами медичної допомоги;
- високий коефіцієнт діяльності системи охорони здоров'я до затрачених коштів.

Недоліки системи Семашко:

- ◆ низькі показники розвитку медичної допомоги;
- ◆ відсутність мотивації щодо якості надання медичної допомоги;
- ◆ низький рівень заробітної платні медичних працівників.

Моделі Беверіджа та Семашко відносять до державних моделей охорони здоров'я з переважним державним фінансуванням галузі. До основних привілеїв таких систем відносяться:

1. Макроефективність Уніфікована та інтегрована державна система порівняно дешева, являє собою ефективне використання ресурсів, користується популярністю серед переважної більшості населення, полегшує розробку та виокремлення пріоритетів.

2. Мікроефективність. Внаслідок уніфікованої структури та відсутності оплати за медичні послуги спостерігається велика дієздатність до заміщення медичних професій, використання командного підходу за забезпечення вибору між медичним обслуговуванням в умовах стаціонару та на дому.

3. Механізм фінансування. Бюджетне фінансування дозволяє позбавитись проблем страхових ринків.

4. Забезпечення принципу соціальної справедливості.

5. Економія ресурсів. Забезпечується організацією оплати персоналу, тому що відсутність оплати за окрему медичну послугу не стимулює призначення зайвих діагностичних та лікувальних процедур. Заробітна плата фіксована. Жорсткий порядок формування бюджету та контроль за призначеннями лікаря.

3.4. Суспільно-приватна модель охорони здоров'я

Суспільно-приватну модель організації та фінансування охорони здоров'я можна розглядати як систему, що поєднує в собі ринкову та соціальну моделі. Суспільно-приватне фінансування галузі охорони здоров'я реалізується за трьома основними варіантами.

1. Фінансування галузі охорони здоров'я із суспільних фондів та з приватних страхових фондів. Прикладом такого фінансування може бути система охорони здоров'я Нідерландів.

2. Фінансування галузі охорони здоров'я з приватних страхових фондів та із суспільних фондів для надання медичної допомоги специфічним групам населення. Наприклад, у США соціальне фінансування медичної допомоги бідним та особам похилого віку проводиться через системи Медикейт та Медикер.

3. Фінансування медичного обслуговування населення із суспільних та приватних страхових фондів. Наприклад, у Канаді лікування пацієнта здійснюється на рахунок суспільного страхування, а придбання ліків за рецептами амбулаторних клінік та послуги дантистів — на рахунок приватного страхування.

3.5. Медичне страхування як система організаційних та фінансових заходів

Страхова медицина — система товарно-ринкових відносин у галузі охорони здоров'я.

Медичне страхування — система організаційних та фінансових заходів щодо забезпечення діяльності страхової медицини.

Мета страхової медицини та медичного страхування — забезпечення громадян соціальних гарантій та прав на отримання медичної допомоги за рахунок накопичення коштів при виникненні страхового випадку або для фінансування профілактичних заходів.

Завдання медичного страхування:

◆ посередницька діяльність в організації та фінансуванні медичної допомоги населенню;

- ◆ контроль за якістю та обсягом медичної допомоги населенню;
- ◆ розрахунок за надання медичної допомоги через страхові фонди.

Впровадження страхової медицини в багатьох країнах мало ряд позитивних наслідків:

- гармонійне доповнення державної системи фінансування галузі охорони здоров'я;
- контроль якості та обсягу медичної допомоги застрахованого населення;
- реалізація права пацієнта на вибір лікувального закладу та лікаря;
- впровадження ефективних форм управління галуззю охорони здоров'я та окремими медичними закладами;
- мотивація праці медичних працівників.

За даними ВООЗ, понад 30 країн Організації економічного співробітництва і розвитку використовують різноманітні системи страхової медицини, за якими компенсується майже 74 % витрат на медичну допомогу.

Системи медичного страхування розрізняються за принципами управління, організації, характером фінансування, переліком медичних послуг.

Існують такі **моделі медичного страхування**:

- ◆ обов'язкове медичне страхування для окремих категорій громадян;
- ◆ загальне обов'язкове медичне страхування (континентальна модель);
- ◆ загальне державне медико-соціальне страхування (пряма модель);
- ◆ державна монополія на медичне страхування

Державна (бюджетна) система медичного страхування фінансується за рахунок податкових надходжень до державного бюджету. Впроваджена в Англії, Італії, Данії, Ірландії.

Соціальна система медичного страхування

Особливістю соціальної системи медичного страхування є участь населення у витратах на медичну допомогу. Певні види або обсяг медичної допомоги населення сплачує самостійно незалежно від коштів, внесених на страхування. Другою особливістю соціального страхування є соціальна солідарність: здоровий платить за хворого, молодий — за людину похилого віку, заможний — за бідного. Особи з низькими прибутками та соціально незахищені верстви населення внесків не сплачують. Соціальна система медичного страхування впроваджена у Франції, Бельгії, Австрії, Японії, Німеччині, Нідерландах та інших країнах.

Форми медичного страхування. Медичне страхування за формами поділяється на обов'язкове та добровільне.

Обов'язкове медичне страхування — форма соціального медичного страхування в країнах з розвинутою системою охорони здоров'я, яке є частиною системи соціального страхування. Цей вид медичного страхування здійснюється за порядком, передбаченим законодавством країни відповідно до базової програми обов'язкового медичного страхування, затвердженої урядом.

Метою обов'язкового медичного страхування є забезпечення рівних можливостей усіх громадян щодо реалізації їх конституційних прав на ефективну та доступну медичну допомогу за рахунок коштів загальнообов'язкового соціального медичного страхування в обсягах до відповідних програм.

Джерела фінансування:

- внески з державного бюджету;

- внески роботодавців;
- внески працюючого населення.

Програми обов'язкового медичного страхування здійснюються державними страховими організаціями або організаціями, які контролюються державою. Тарифи на страхування встановлюються за єдиною методикою, затвердженою державою. Система контролю за якістю та обсягом надання медичних послуг визначається державними органами.

На 2007 рік в Україні не було прийнято закону щодо обов'язкового медичного страхування, проте в Законі України «Про страхування» (1996) медичне страхування наводиться в переліку обов'язкових видів страхування.

Добровільне медичне страхування — самостійний або додатковий вид медичного страхування в країнах, у яких запроваджено систему обов'язкового медичного страхування, започаткований на комерційній основі, програма якого визначається договором страховика та страхувальника.

Зміст добровільних страхових програм визначається станом галузі охорони здоров'я в країні та пов'язаний з дефіцитними видами лікувально-профілактичної допомоги, обсягом та рівнем медичної допомоги, гарантованою програмою обов'язкового медичного страхування. Відповідні страхові програми мають узгоджуватися з територіальними органами управління охороною здоров'я. В сучасному добровільному медичному страхуванні набули поширення диференційовані програми, за якими за вибором застрахованих осіб включають страхування життя на випадок реабілітації, стійкої та тимчасової непрацездатності, профілактичне страхування з метою оплати профілактичних і спортивно-оздоровчих послуг.

Джерела фінансування:

- особисті доходи громадян;
- прибуток працедавців (юридичних осіб).

Правила добровільного страхування визначаються страховими організаціями. Програма добровільного страхування визначається договором страховика та страхувальника, в якому встановлюються:

- ◆ тарифи на страхування;
- ◆ системи контролю за якістю надання медичних послуг.

На відміну від обов'язкового страхування, прибутки від добровільного медичного страхування страхова компанія може використовувати для будь-якої комерційної та некомерційної діяльності.

Таким чином, медичне страхування є самостійною системою товарно-ринкових відносин в системі охорони здоров'я, що впроваджується з метою поліпшення медичного обслуговування населення.

Запровадження системи медичного страхування в Україні — це відповідальний крок, який спричинить повну реорганізацію всієї галузі, а саме: зумовить перехід до:

- нових форм організації та управління системою охорони здоров'я;
- системи багатоканального фінансування;
- оплати праці за виконану роботу;
- амбулаторно-поліклінічного пріоритету в наданні медичної допомоги;
- вільного вибору пацієнтом лікувального закладу та лікуючого лікаря.

Для впровадження системи страхової медицини необхідні принципово нові організації, які мають виконувати посередницькі організаційні й управлінські функції й спеціально підготовлені кадри.

Для успішного реформування галузі на шляху впровадження системи страхової медицини доцільно враховувати досвід країн Східної та Центральної Європи, які в недалекому минулому мали подібну до України модель організації та фінансування охорони здоров'я.

3.6. Досвід країн Східної та Центральної Європи із запровадження системи медичного страхування

У більшості країн Східної та Центральної Європи системи охорони здоров'я історично були створені на моделі Семашко і недавно пройшли період перетворення системи державного фінансування в переважно страхові системи або планують перехід від централізованого контролю до страхової системи. До цієї категорії відносять системи охорони здоров'я таких країн, як Білорусь, Боснія і Герцеговина, Болгарія, Хорватія, Чеська Республіка, Польща, Російська Федерація, Словаччина, Словенія та Республіка Македонія.

Привабливість системи страхового фінансування для постсоціалістичних країн зумовлена її несхожістю з бюджетним фінансуванням та спробою повернутись до тих моделей охорони здоров'я, які існували в цих країнах у минулому. Обрання країнами такої системи фінансування також було зумовлено можливістю індивідуального вибору медичних послуг завдяки прямим внескам на медичне обслуговування. Такий вибір системи фінансування галузі підтримувався професійними організаціями лікарів, яким вона зумовлювала високий рівень винагород. Не останнє місце при виборі моделі фінансування галузі охорони здоров'я займав досвід західноєвропейських держав, які фінансують галузь через ту чи іншу форму медичного страхування. Основним чинником, який зумовив цей вибір, було сподівання на те, що внески на соціальне страхування дозволять збільшити загальний об'єм коштів, які використовуються на медичне обслуговування.

Досвід країн слов'янського світу дає можливість визначити загальні характеристики нових систем соціального страхування. Для систем фінансування галузі охорони здоров'я всіх країн властиві кілька спільних чинників: використання всіх коштів фондів медичного страхування тільки на фінансування галузі; додаткове бюджетне фінансування. Бюджетне фінансування, як правило, покриває витрати на медичне обслуговування громадян, які мають право на безоплатну медичну допомогу, медичну освіту, медичні дослідження, на утримання національних медичних науково-дослідних інститутів.

Організаційна структура страхових фондів, державний контроль за їх діяльністю, ступінь участі роботодавців та робітників, пакети медичних послуг, які надаються, мають свої особливості в кожній країні Східної та Центральної Європи.

У більшості країн адміністративні органи та органи, які відповідають за медичне страхування, незважаючи на підживлення своїх ресурсів з державного бюджету, мають різну фінансову незалежність від державного бюджету на різних етапах перехідного періоду. Наприклад, у Чеській республіці та Словаччині на початку реформи галузі фінансування чинилося за рахунок державного бюджету, далі — поступово відокремлювалось від державного бюджету і проводилося через фонди медичного страхування. Проте обидві країни відрізняються за державним контролем фондів медичного страхування. В Чеській Республіці Національна компанія медичного страхування та фонди медичного страхування мають статус приватних установ з державним фінансуванням, незалежним від державного контролю. Мініс-

терства охорони здоров'я та фінансів Словаччини здійснюють державний контроль за діяльністю страхових компаній.

Досвід країн Східної та Центральної Європи із запровадження страхової медицини вказує на різні варіанти організаційної структури страхового фінансування галузі. В Чеській Республіці, Словаччині та Словенії були створені центральні «національні компанії медичного страхування» з відділеннями на місцевому рівні або спеціалізованими фондами страхування на випадок хвороби. В Чехії страхова компанія національного рівня є головним страхувальником населення, яка забезпечує страхування 83 % населення. У Словаччині, при подібній організаційній структурі страхова компанія національного рівня охоплює навіть 85 % громадян. Національна компанія повинна забезпечувати контролюючу функцію за місцевими страховими відділеннями.

При проведенні реформи системи охорони здоров'я всі країни Східної та Центральної Європи були орієнтовані на право громадянина на страхове забезпечення. Російська Федерація та Словаччині при наданні громадянам права на страхове забезпечення орієнтуються на громадянство або місце проживання. Чеська Республіка в основу забезпечення такого права ставить наявність страхових внесків. Досвід цієї країни показав, що при орієнтації на страхові внески важко охопити медичним страхуванням все населення.

Система страхового фінансування галузі охорони здоров'я орієнтована на отримання страхових внесків, які розподілені між роботодавцями та робітниками, можуть установлюватися за фіксованою ставкою або залежати від доходу. У більшості країн страхові внески за безробітних та пенсіонерів сплачують фонди страхування від безробіття і пенсійні фонди відповідно. Страхові ставки та коефіцієнти участі роботодавців та робітників знаходяться у веденні уряду, і країни дуже відрізняються за цими показниками. В Чеській Республіці та Словаччині ставка страхового внеску становить 13,5 при коефіцієнті участі роботодавців та робітників 66 : 33. Найменше тягар медичного страхування відчувають громадяни Російської Федерації, де рівень ставки внеску становить 3,6, при співвідношенні участі роботодавців і робітників 100 : 1.

Незалежно від ставки внеску в країнах, де було запроваджено медичне страхування, спостерігається зростання надходжень на медичне обслуговування. Підвищується частка ВПП, яка виділяється на галузь охорони здоров'я.

Країни Східної та Центральної Європи із запровадженою системою страхового фінансування в перехідний період зазнали ряд труднощів, які доцільно враховувати при реформуванні галузі в Україні.

Фінансування галузі охорони здоров'я при соціалізмі проводилося за рахунок державного бюджету. Запроваджували цей механізм міністерства фінансів, які проводили збір податків, їх розподіл та контроль за використанням. Теоретично система страхової медицини обумовлює фінансування галузі без участі міністерства фінансів. На практиці країни з перехідною економікою натрапили на дефіцит фондів медичного страхування, який утворився через брак коштів у фондів, які субсидуються з державного бюджету (наприклад, пенсійного фонду). Тобто міністерства фінансів беруть участь у фінансуванні медичного обслуговування, проте без права контролю за витратами. Наприклад, у Словаччині та Чеській Республіці, при впровадженні страхової медицини значно зросли витрати на галузь, підвищилася частка ВПП до 6,25 та 7,2 % відповідно, що призвело до загострення відношень між фондами соціального страхування та міністерствами фінансів.

При впровадженні страхової медицини перед Хорватією, Чеською Республікою та Словаччиною виникла проблема структурного дефіциту. Суть проблеми полягає

в тому, що за певні верстви населення внески сплачує уряд із податкових надходжень. Оплата внесків за пенсіонерів та безробітних здійснюється пенсійними фондами або фондами страхування від безробіття. Проте витрати на медичне обслуговування цих громадян вище за трансферти, які отримують фонди медичного страхування. Таке становище викликає дефіцит коштів, які тільки частково покривається внесками тієї частки населення, яка сплачує медичне страхування.

Перехідний період до страхової медицини показав, що страхове фінансування охорони здоров'я більш обтяжливе, ніж вважали спочатку. Причина цього відсутність належного механізму державного регулювання діяльності страхових компаній; відсутність адекватної інформаційної технології; відсутність технічних знань в галузі страхового менеджменту, недостатній розвиток організаційної інфраструктури.

Таким чином, враховуючи досвід країн слов'янського світу із запровадження системи страхового фінансування галузі охорони здоров'я, Україні необхідно розробити програму створення страхової медичної системи з урахуванням специфіки її існуючого стану. Для подолання труднощів перехідного періоду доцільно проводити поетапне збільшення державних асигнувань на галузь охорони здоров'я; впроваджувати ефективно їх використання та підвищення якості медичних послуг; розвивати систему платних медичних послуг; сприяти конкуренції.

Питання для самоконтролю

1. Назвіть основні міжнародні принципи фінансування та організації охорони здоров'я.
2. За якими принципами проводиться контроль за видатками на охорону здоров'я в країнах з розвинутою системою медичного обслуговування?
3. Які джерела фінансування використовуються в ринковій моделі організації охорони здоров'я?
4. На яких принципах ґрунтуються основні системи організації охорони здоров'я, що відносяться до соціальної моделі фінансування галузі?
5. За якими варіантами реалізується суспільно-приватне фінансування галузі охорони здоров'я?
6. Які завдання в галузі охорони здоров'я вирішує медичне страхування?
7. У чому полягають відмінності між обов'язковим та добровільним медичним страхуванням?
8. Який досвід країн Центральної та Східної Європи з впровадження медичного страхування необхідно використовувати в Україні?

Список використаної та рекомендованої літератури

1. Костицький В.В. Соціально-економічні та правові проблеми запровадження страхової медицини в Україні. — К., 2001. — 16 с.
2. Мінак В.О. Основи менеджменту і маркетингу в охороні здоров'я. — Харків. — 2000
3. Нонко В. Іноземний досвід медичного страхування //Главный врач. — 2002. — № 4. — С. 42—44.
4. Салман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. — М.: Гэотар Медицина, 2000. — 431 с.

5. Семенов В.Ю. Некоторые итоги развития системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации // *Здравоохранение Российской Федерации*. — 2002. — № 3. — С. 3—8.
6. Страхова медицина в Україні: історія та сучасність/ В.П.Ляховський, В.І.Євсєєв, В.І.Сергієчко та ін. — К.: Пульсари, 2003. — 82 с.
7. Юркин Г. Правовые основы обязательного медицинского страхования в России // *Врач*. — 2000. — № 5. — С. 43—44.
8. Юркин Г. Система обязательного медицинского страхования: проблемы функционирования и модернизации// *Врач*. — 2003. — № 5. — С. 61-62.
9. Health Care Systems in Transition. Slovakia. — Copenhagen: Reg. Off. Eur. 2000. — 72 p.
10. Massaro T.A. Health System Reform in the Czech Republic// *JAMA*. — 1994. — V. 271. — N.23. — P.1870-1874.
11. Musgrove P. Public and Private Roles in Health. — Washington: World Bank, 1996.
12. Oreskovic S. The Miracle of Centralization// *Eurohealth*. — 1995. — V. 1. — N.1. — P. 25—26.
13. Skackova D., Marshall T. Health Care Systems in Transition: Slovakia. — Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1996.
14. Włodarczyk C. Expert Network on Health and Health Care Financing Strategies in Countries of Central and Eastern Europe, or on the Advantages of Neighborly Cooperation in Health Care Reforms // *Antidotum*. — 1993. — Suppl. — 1. — P. 8—21.