

О.Г. ПЕНЬКОВА,
к.е.н., доцент, УНУС

Економічна та соціальна ефективність реформування галузі охорони здоров'я України

У статті розглянуто зарубіжний досвід організації фінансування охорони здоров'я. З позиції економічної та соціальної ефективності проаналізовано переваги та недоліки основних напрямів реформування вітчизняної системи охорони здоров'я.

Ключові слова: охорона здоров'я, фінансування охорони здоров'я, реформування системи охорони здоров'я.

В статье рассмотрен зарубежный опыт организации финансирования здравоохранения. С позиций экономической и социальной эффективности проанализиро-

ны преимущества и недостатки основных направлений реформирования отечественной системы здравоохранения.

Ключевые слова: здравоохранение, финансирование здравоохранения, реформирование системы здравоохранения.

The article deals with international experience of health care financing. From the perspective of economic and social efficiency analyzes advantages and disadvantages of the main directions of reforming national health system

Постановка проблеми. Україна, як стверджують експерти, залишається, мабуть, єдиною країною з медициною радянської моделі. Навіть в інших країнах пострадянського простору охорона здоров'я вже давно переведена на «економічну платформу» за допомогою обов'язкового і добровільного медичного страхування (ОМС і ДМС) – системи товарно-ринкових відносин, де товаром є оплачувана медична послуга, а пацієнту гарантується якість лікування і медобслуговування.

Про необхідність введення страхової медицини в Україні свідчать такі показники. За даними ВООЗ, у 2010 році державні видатки на охорону здоров'я на одну особу населення (ППС дол. США) становили: в Норвегії – \$6184, у Швеції – \$3673, у Франції – \$3655, в Німеччині – \$3236, а в Україні – \$121 [1]. І це при тому, що за кількістю лікарів Україна займає перше місце у світі.

Аналіз досліджень та публікацій з проблеми. Проблематика покращення рівня охорони здоров'я, підвищення ефекту та оптимізації напрямів фінансування галузі знайшла своє відображення в працях багатьох вітчизняних науковців-економістів, спеціалістів медичної галузі, урядовців. Поряд із тим у численних працях пропонуються різні шляхи реформування системи охорони здоров'я України та наводяться різні, переважно якісні, оцінки можливих ефектів від їх реалізації.

Метою статті є огляд основних напрямів реформування вітчизняної системи охорони здоров'я та оцінка їх економічної й соціальної ефективності.

Виклад основного матеріалу. Цивілізоване медичне обслуговування передбачає: наявність кваліфікованих лікарів і сучасного устаткування, безперебійну роботу екстрених служб і доступність медикаментів першої необхідності. Можна додати ще ефективний комплекс превентивних заходів для профілактики захворювань і доброзичливу атмосферу в медичних установах. В усіх країнах світу пріоритетом соціальної політики є охорона здоров'я. Відповідно на потреби галузі уряди розвинутих країн виділяють від 8 (Англія і Німеччина) до 14% (США) ВВП. За останні роки обсяг бюджетного фінансування галузі в Україні також зріс (табл. 1). На 2011 рік фінансування становило 3,2% ВВП (при тому, що припустимий мінімум, установлений ВОЗ, – не менш 5%).

Модель Семашка, тобто бюджетна модель фінансування системи охорони здоров'я, яка успадкована Україною від СРСР, фактично себе вичерпала. Конституцією України (ст. 49) проголошені принципи рівного безкоштовного доступу населення до якісних медичних послуг. Але, за оцінками фахівців, приватне фінансування фізичними і юридичними особами, а саме внески в лікарняні каси, придбання полюсів медичного страхування, оплата населенням наданих медичних послуг, придбання лікарських засобів виробів медичного призначення становить 45% від загального обсягу фінансування медицини [3]. За таких умов дискутується питання про необхідність впровадження обов'язкового медичного страхування (ОМС).

Страхова медицина як форма організації охорони здоров'я, що передбачає обов'язкове державне страхування від хвороб у сполученні з приватною лікарською практикою і приватними медичними установами, задіяна у багатьох країнах. Така система організації медицини дозволяє поставити оплату праці медперсоналу і доходи лікувальних установ у безпосередню залежність від якості лікування і діагностики. І при цьому з фінансової точки зору одержання якісної медичної допомоги доступно абсолютній більшості громадян. Страхова медицина базується на медичному страхуванні, яке, у свою чергу, може бути обов'язковим чи добровільним.

Світова практика підтверджує, що основою страхової медицини є саме обов'язкове медичне страхування. Його ціль – гарантія одержання медичної допомоги за рахунок накопичених коштів при виникненні страхового випадку. Головний атрибут страхової медицини – страховий фонд. Він формується за рахунок:

- обов'язкових відрахувань із заробітної плати працюючих;
- відрахувань роботодавців із прибутку;
- державних дотацій;
- благодійних фондів.

Позитивний досвід введення страхової медицини підтверджується багатьма прикладами.

Так, системи медичного страхування в країнах ЄС забезпечуються з трьох джерел фінансування – субсидії держави, цільових внесків роботодавців і працівників і добровільного страхування фізичних осіб. Незважаючи на те що співвідно-

Таблиця 1. Видатки на охорону здоров'я зі зведеного й державного бюджетів та їхня частка у ВВП України

Рік	Обсяг видатків		Частка видатків у ВВП, %		Частка видатків у бюджеті, %	
	зведений бюджет	державний бюджет	зведений бюджет	державний бюджет		
2000	4888,2	722,3	2,9	0,4	10,2	2,3
2001	6238,9	1105,9	3,1	0,5	11,2	3,3
2002	7537,9	1582,3	3,3	0,7	12,5	4,5
2003	9708,2	2351,7	3,6	0,9	12,8	5,3
2004	12159,4	3447,8	3,5	1,0	11,9	5,4
2005	15476,5	3508,1	3,7	0,8	10,9	3,9
2006	19719,9	4082,7	3,7	0,8	11,3	4,0
2007	26716,6	6321,0	3,7	0,9	11,8	4,9
2008	33559,9	7365,5	3,5	0,8	10,9	4,1
2009	36557,9	7530,5	4,0	0,8	11,9	4,2

Джерело: [2, с. 45].

ЕКОНОМІЧНІ ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ ГАЛУЗЕЙ ТА ВИДІВ ЕКОНОМІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

шення цих внесків сильно варіюється залежно від країни (приміром, Німеччина – 19:42:39%, а Данія – 80:11:9% відповідно), принцип багатоканального надходження грошей і комплексного їхнього використання зарекомендував себе як дієвий.

В Японії страхова медицина теж базується на трьох «грошових потоках», однак містить у собі ще й соціальну диференціацію: медпослуги дрібним власникам, робітникам, інвалідам та безробітним на 70–90% оплачує держава, а за медикаменти, приватного лікаря й окрему платню розраховується вже сам пацієнт. Медичне страхування в Канаді засноване на системі ощадних рахунків, коли всі кошти належать працівнику, а не витрачені на лікування залишки переходять на наступний рік.

Американська система охорони здоров'я вважається однією з найбільш витратних: в абсолютних цифрах на цю галузь витрачається більше \$1 трлн., а середньорічні відрахування на одну людину досягають \$3000 (для порівняння: в Україні – \$30). Однак понад 70% населення США страхують свої ж роботодавці в приватних страхових компаніях, а державну страховку мають 27% американців, у тому числі 13% по програмі Medicare (медична допомога людям похилого віку), 10% – по Medicaid (медична допомога безробітним, незаможним і інвалідам) і 4% – з фондів ветеранів армії.

Страхова медицина діє в Молдові вже сім років. Грошіма керує Національна медична страхова компанія. Мінздрав є лише постачальником медичних послуг. Внески збирає податкова.

Страховий внесок становить цього року 3,3% від заробітної плати (у середньому по країні виходить приблизно \$12 з людини). Відсоток встановлюється законодавчо щороку. Починали з 2%, а на 2009-й планують підняти планку до 7%.

Роботодавці теж платять за кожного працівника – стільки ж, як і він сам.

Уряд з бюджету сплачує страхові внески за дітей, учнів, деякі категорії безробітних, пенсіонерів, інвалідів, а також за вагітних жінок.

Приватні підприємці, адвокати, художники та деякі інші категорії зайнятих, не пов'язаних із державним сектором, самостійно укладають договір із медичною страховою компанією.

Що стосується незастрахованих, то вони мають право безкоштовно на швидку допомогу і візит до сімейного лікаря.

Звичайно, молдовська страхова медицина не охоплює всі без винятку види лікування. Але найближчим часом у Молдові розраховують покривати видатки і на дорогі операції. Рівень охорони здоров'я у країні підвищився. Знизився рівень дитячої і материнської смертності, зменшилося число серцево-судинних захворювань. А заробітна плата лікарів збільшилася в 3–4 рази [4].

Ціль введення страхової медицини у Молдові – зупинити депопуляцію, вимирання нації. Тому страхові компанії виплачують істотні премії лікарям за виявлення онкозахворювань на ранніх стадіях, за те, що жінки звертаються до ліка-

ря з перших тижнів вагітності, за те, що діти до року не хворіють [5].

У Польщі перший закон про медичне страхування прийняли в 1998 році. Зараз страховки дають близько 90% коштів на охорону здоров'я, 10% – державний бюджет і незначну частку місцеві бюджети. А загалом в охорону здоров'я вкладається в три рази більше коштів, ніж в оборону.

Специфіка польської моделі – медичний страховий внесок вираховується з прибуткового податку. Ставка прибуткового податку – 9%. І з суми, що відраховували з працівника по цій ставці, 7,5% відразу перераховується на медичне страхування.

Істотна деталь: якщо людина працює, наприклад, на трьох робочих місцях, то і внесок стягується з неї в потрібному розмірі. Але незалежно від того, хто скільки платить, усі можуть одержати однаковий набір медичних послуг – їх, як і список ліків для безкоштовних рецептів, затверджує Мінздрав.

За офіційних безробітних і фермерів, в яких не більше 5 га землі, а також за тих, хто знаходиться на утриманні в таких фермерів, внески платить державний бюджет.

Польська страховка не відшкодовує лікування в приватних фірмах. Та й у державних не цілком покриває видатки. Однак санаторно-курортне лікування частково оплачується страховкою.

Поляки не дуже задоволені своєю системою медичного страхування. По-перше, тому, що, як вони кажуть, «оплачується тільки те, що для порятунку». А по-друге, система дуже вразлива для корупції.

Результатом майже фундаментальних реформ у Болгарії, в тому числі й у сфері охорони здоров'я, став вступ країни з 01.01.2007 в Європейське Співтовариство.

У Болгарії був створений Національний фонд обов'язкового медичного страхування (НФОМС) – громадська організація, сформована на принципі трипартизму керування – за участі роботодавців, держави і страховальників.

Структура НФОМС представлена Центральним правлінням і районними фондами обов'язкового медичного страхування. Основне завдання НФОМС – здійснення й адміністрування обов'язкового медичного страхування в Болгарії в частині керування зібраними коштами й оплати наданих видів діяльності, лікарських засобів (ЛС) у визначеному обсязі для задоволення потреб застрахованих осіб (збір обов'язкових внесків медичного страхування покладений на Національний інститут забезпечення).

НФОМС виконує такі функції: здійснює обов'язкове медичне страхування; бере участь у переговорах і підписанні Національного рамкового договору (НРД) про обов'язкове медичне страхування з представниками професійних організацій лікарів і стоматологів; гарантує доступність і рівноправність осіб при одержанні медичної допомоги в рамках гарантованого пакета послуг, а також у рамках повної чи часткової оплати ЛС, передбачених у НРД; проводить аналіз, вносить пропозиції про обсяги і ціну медичної допомоги по окремих видах медичної діяльності; керує резервом коштів НФОМС і розподіляє

кошти районних фондів; розробляє річний бюджет НФОМС і звітує про його виконання; створює, розвиває, керує національною системою інформації для вирішення завдань обов'язкового медичного страхування; укладає договори з виробниками, постачальниками й аптеками про оплату ЛС і витрат споживання відповідно до переліку НРД; систематично інформує застрахованих громадян про здійснювані заходи з охорони і зміцнення здоров'я.

Введення страхової медицини в Болгарії передбачало також реформування первинної медичної допомоги і стоматологічних послуг з 01.07.2000, а з 01.07.2001 – стаціонарної допомоги. Зміст проведених реформ зводився до забезпечення переходу до договірних відносин між постачальниками медичних послуг і НФОМС, а також з комерційними структурами страхування від хвороб, і, як наслідок, до трансформації охорони здоров'я в прибутковий сектор економіки, підвищення якості наданих населенню медичних послуг. Іншими словами, якісна медична послуга – це товар, за який потрібно платити, і держава шляхом обов'язкового медичного страхування забезпечує одержання цієї послуги населенням.

Проте проведення реформ виявило ряд проблем, обумовлених, зокрема, дефіцитом бюджету в сфері охорони здоров'я. В країнах Євросоюзу відрахування в сфері охорони здоров'я становлять 7–8% ВВП, а в Болгарії – близько 4%. Кошти, що виділяються, не покривають усіх витрат, це приводить до недофінансування системи у вигляді заборгованості НФОМС перед лікувальними установами за безкоштовні препарати, необхідності доплачувати пацієнтам за послуги, що НФОМС не може оплатити.

Тривалий час різні міжнародні організації надавали, та й продовжують надавати донорську допомогу Болгарії, в тому числі в сфері охорони здоров'я (Світовий банк, Міжнародний валютний фонд, Американське агентство з міжнародного розвитку), що, однак, не може вирішити проблеми нестачі фінансування, а є лише тимчасовою допомогою при форсованому проведенні реформ.

Відсутність конкуренції в системі медичного страхування пояснюється тим, що монополістом виступає НФОМС з усіма його недоліками. В Болгарії існують і приватні страхові компанії, але поки страхування в них не по кишені середньому болгарину [6].

Закон про медичне страхування Фінляндія прийняла в 1964 році. Страхові кошти (майже рівні частини вносять держава, роботодавці і ті, хто застрахований) йдуть не тільки на медичну допомогу, а й на створення здорових умов праці. Внесок, що платять робітники, становить від 1,28 до 2,05% відсотка від заробітку. Кустарі сплачують менше – 0,91%.

Контролює медичне страхування не уряд, а безпосередньо парламент.

При цьому основна відповідальність за якісну медицину покладена на муніципалітети, оскільки вони одержують лівову частину (85%) податкових грошей. Саме муніципалітети фінансують усю так звану первинну медицину – і лікарні, і полі-

кліники, і центри здоров'я, а за необхідності можуть укласти договір і з приватними клініками. Підприємства теж укладають договори з лікувальними і санаторними установами на додаткове медичне обслуговування своїх працівників.

На регіональну владу покладене фінансування спеціалізованої лікарської допомоги. Але спеціалізованих центрів у Фінії узагалі небагато – 20 центральних шпиталів і 23 шпиталі для гострих станів (середній час перебування в цьому стаціонарі – чотири дні). В той же час місцевих центрів здоров'я, лікарень, поліклінік – 280 на країну з населенням 5,3 млн. осіб. Це при тому, що Фінії ходять у поліклініки в середньому три рази на рік. Фінські медпрацівники займаються головним чином гігієною праці.

При цьому рівень відшкодування за фармацевтичні засоби – усього 37% [7].

Отже, ефективність і принципи системи охорони здоров'я в кожній державі різні, але в цілому світова практика сьогодні зорієнтована на бюджетно-страхову модель, що відштовхується від введення ОМС. Звичайно, для України це не стане повним вирішенням проблеми, але на сьогодні це єдино доступний спосіб реформування всієї галузі.

Епопея з впровадженням у вітчизняну медицину системи ОМС почалася ще в першій половині 90-х років. Саме тоді, в умовах катастрофічної нестачі коштів і елементарних медикаментів, був підготовлений перший проект закону про страхову медицину. Якийсь час після цього одним з основних джерел позабюджетних коштів для забезпечення недостатнього фінансування були платні медпослуги, однак незабаром Конституційний суд визнав надання платної медичної допомоги державними установами протизаконним.

Таким чином, у даний час обов'язкове медичне страхування відсутнє, можливість надання платних послуг обмежена, бюджет не витримує навантажень, що збільшуються, і це приводить до хронічного дефіциту коштів, що виділяються на охорону здоров'я.

Зараз деякі регіони України намагаються самостійно ввести елементи страхової системи: наприклад, у ряді областей (Миколаївська, Черкаська, Херсонська) кілька років назад почали створювати лікарняні каси аналогічно тим, що функціонують у Німеччині.

Принцип полягає в тому, що коло людей, приписаних до однієї лікарні, вносить кошти, на основі яких одержує право на визначений пакет послуг, або ж проводить своєрідний тендер серед декількох лікарень на право одержання такого фінансування. Як показують результати, ця практика досить ефективна, однак діяльність таких кас ніде офіційно не закріплена.

Що стосується законодавчих ініціатив, то за останні 15 років на розгляд Верховної Ради пропонувалося п'ять (!) варіантів законопроекту про введення ОМС, жоден з яких так і не вийшов на фінішну пряму. Найбільший резонанс у свій час викликав проект «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» в авторській редакції Ігоря Франчука, що передбачав створення Державного фонду

ЕКОНОМІЧНІ ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ ГАЛУЗЕЙ ТА ВИДІВ ЕКОНОМІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

ОМС, де будуть акумулюватися і розподілятися щомісячні відрахування у вигляді (приблизно) 12-процентного додаткового податку на ФОТ.

Реакція на дану пропозицію була неоднозначною – з ініціативи Світового банку в березні 2003 року пройшла конференція, в якій брали участь представники ВР, Мінздраву, Мінфіну і страхових компаній. Проаналізувавши законопроект, учасники прийшли до висновку, що в ньому немає реального механізму одержання грошей і яких-небудь рекомендацій з використання цих коштів на потреби охорони здоров'я, а наповнення фонду ляже черговим тягарем на плечі населення.

У результаті був створений Комітет з питань медичного страхування при Лізі страхових організацій (ЛСОУ), що почав розробку іншого законопроекту – «Про фінансування охорони здоров'я і медичного страхування». У ньому пропонувалося зберегти бюджетне фінансування на потреби охорони здоров'я, але ввести поняття трьох рівнів медичної допомоги: життєзберігаючий (рівень бюджетної допомоги), ОМС і ДМС. ОМС у даному випадку мало на увазі оплату медичної допомоги за допомогою організації, умовно названою Державною медичною страховою компанією, і Медичного страхового бюро як регулятора цієї структури. До страхування мали допускатися комерційні СК, що виконують законодавчі вимоги й одержать відповідні ліцензії.

Сама ідея поєднати бюджетне фінансування з обов'язковим та добровільним медичним страхуванням цілком слушна. Адже головними особливостями ДМС порівняно з ОМС є:

- по-перше, ДМС на відміну від ОМС є галуззю не соціального, а комерційного страхування;
- по-друге, як правило, воно доповнює ОМС і забезпечує громадянам можливість одержання медичні послуги понад установлені в обов'язкових програмах;
- по-третє, ДМС засновані на принципі страхової еквівалентності. За договором ДМС застрахований отримує ті види медичних послуг і в тих розмірах, за які була сплачена страхова премія;
- по-четверте, частка участі в програмах ДМС не регламентується державою і реалізує попит кожного окремого громадянина або професійного колективу [8].

Нещодавно ЛСОУ підготувала новий проект, що, за твердженням страховиків, дуже добре структурований і найбільше повно відображає мету системи охорони здоров'я, джерела фінансування, механізм оплат і надання медичної допомоги. По суті, його ідея аналогічна законопроекту «Про фінансування охорони здоров'я» – та ж тривінева система з допуском до другого рівня ОМС приватних страхових компаній.

Перший рівень – державне забезпечення громадян зі зведеного бюджету на оплату невідкладної медичної допомоги, медицини катастроф, фінансування загальнонаціональних програм по протидії СНІДу, туберкульозу. До другого рівня буде відноситися амбулаторне і стаціонарне лікування, проведення обстежень і операцій. Фінансувати цей рівень планується за рахунок роботодавця і/чи громадяни-

на. Крім цього, люди, що бажають одержати додатковий рівень забезпечення, можуть самостійно укласти договір страхування з обраним страховиком. Специфіка даної схеми в тому, що допускатися до другого рівня будуть страхові компанії, що пройшли деякий відбір і переконали тих, хто буде їх обирати, у своїй сумлінності й обов'язковості. На думку розроблювачів, плюс даної схеми в тому, що, допустивши страховиків до обов'язкового страхування, вдасться підвищити як його якість, так і якість медичного обслуговування.

У принципі, ця ідея, заснована на міксі британської і німецької систем охорони здоров'я, досить раціональна, тим більше що значна частка світового досвіду свідчить про її успішність. Єдиним каменем спотикання в прийнятті законопроекту в такому вигляді може стати питання про те, хто буде направляти в потрібне русло той могутній фінансовий потік, що утвориться внаслідок 5-процентних (саме стільки закладене в проекті) відрахувань роботодавців. Адже за попередніми підрахунками сума, що акумулює Фонд страхової медицини, буде коливатися в межах 14–15 млрд. грн. [9].

Це вже не перша схема – розроблялося і розглядалося кілька варіантів системи обов'язкового медичного страхування. Одна з них полягала у створенні державного фонду, який би акумулював кошти роботодавців і громадян. Проти неї виступили недержавні страхові компанії, що стверджують, що «всі гроші, що збираються в державні фонди, особливо на початковому етапі створення, мають властивість розкрадатися».

Це викликало відповідну реакцію держчиновників, і схема не пройшла. Останній варіант Кабмін у цілому схвалив. Але до нього теж було багато питань. Як, приміром, при даній схемі буде відбуватися медобслуговування пенсіонерів, яких ні багато ні мало третина країни. Можна, звичайно, зобов'язати Пенсійний фонд робити перерахування (власне, так і передбачалося всіма схемами). Але з огляду на те, що фонд стане самостійно себе забезпечувати в далекому майбутньому, сенсу в таких зобов'язаннях немає.

Утім, на думку експертів, головна проблема в іншому: держава навряд чи погодиться віддати внески роботодавців і працівників приватним страховим компаніям. Крім того, щоб зацікавити роботодавців у страхуванні своїх працівників, потрібно змінювати закони про оподаткування. Перешкодою до впровадження страхової медицини є і відсутність розцінок на медичні послуги. Як стверджують страховики, вони не мають права платити клініці за послуги, тому оплата здійснюється як благодійний внесок чи якимось інакше.

У червні 2008 року Ліга страхових організацій представила громадськості Концепцію впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні. Документ має на увазі створення нової саморегулюючої організації – Медичного страхового бюро, і саме в нього доведеться вступати СК, що бажають зайнятися обов'язковим медстрахуванням.

Відповідно до нової концепції для вступу в Медичне страхове бюро СК необхідно володіти широкою мережею філій

по всій країні і внести вступний внесок у нову організацію в 1 млн. євро. Щоб виконати тільки ці вимоги, страховикам доведеться витратити, за різними оцінками, близько 2 млрд. грн. Велика частина вкладень припадає на розвиток філіальної мережі, якою сьогодні володіють лише лічені компанії з 50 діючих у секторі добровільного страхування здоров'я. Побудувати СК, що буде представлена у всіх регіонах, складно, але дорого. Наприклад, відкриття однієї філії обходиться СК майже в 200–300 тис. грн. (у цінах 2008 року).

Вже нині діюча влада розробила власний проект реформування вітчизняної галузі охорони здоров'я. За словами І. Акімової, реформи передбачають три напрями. Перший напрям передбачає зміну мережі закладів охорони здоров'я. Другий – зміну системи фінансування галузі. Третій – вдосконалення системи контролю якості.

За планами розробників реформ передбачається три рівні надання медичної допомоги: первинний, спеціалізований та високоспеціалізований. Акцент буде зроблено на первинному рівні надання медичної допомоги – сімейній медицині [10].

Але з урахуванням наявного на сьогодні стану розвитку сімейної медицини в Україні (табл. 2) виглядає нереальним досягнення мети, зазначеної в програмі В. Януковича, а саме – завершення в 2014 році всіх етапів переходу на страхову медицину.

Впровадити обов'язкове медичне страхування МОЗ планує в 2013–2015 роках. На думку експертів, це може призвести до зростання рівня тінізації зарплат унаслідок посилення на 4–12% додатково навантаження на фонд оплати праці.

Незважаючи на це, експерти вважають обов'язкове медстрахування привабливим видом діяльності, що на сучасному етапі розвивається досить швидкими темпами і має позитивну тенденцію до збільшення. За їхніми оцінками, воно гарантує СК до 10 млрд. грн. премій у рік. Порівняно з нинішньою статистикою ринку медичного страхування це просто фантастичний обсяг. За даними Держфінпослуг, щорічні збори страховиків на цьому виді перевищують 500 млн. грн., а на виплати іде близько 50% з них.

На сьогодні медичним страхуванням охоплено лише 5% українців, велика частина з яких застрахована по корпоративних програмах, оплачуваних роботодавцями. З розширенням ринку страховики прогнозують збирати понад 10 млрд. грн. премій.

За результатами дослідження В. Лукович додаткове фінансування медичних закладів за рахунок страхових внесків у розмірі 2,5% ФОП подвоїть щорічне надходження коштів за статтями «Медикаменти» та «Обладнання», що покращить постачання ліків та спричинить переобладнання лікарень [12, с. 33].

Таблиця 2. Стан розвитку сімейної медицини в Україні

Регіон	Лікарів сімейної медицини на 10 тис. населення	Укомплектованість сімейними лікарями, %	Відсоток населення, охопленого сімейною медициною	Співвідношення чисельності лікарів до середнього медичного персоналу, норматив 1:2
Україна	2,3	79,6	38,5	1:1,3
АР Крим	2,3	79,7	36,0	1:1,1
Вінницька	3,9	80,8	61,4	1:1,3
Волинська	2,9	72,7	53,8	1:0,97
Дніпропетровська	0,9	77,4	15,7	1:1,2
Донецька	1,2	69,1	18,5	1:1,3
Житомирська	4,6	81,6	74,5	1:1,1
Закарпатська	5,2	87,2	82,6	1:1,4
Запорізька	1,4	77,0	21,1	1:1,5
Івано-Франківська	2,7	70,1	38,0	1:1,3
Київська	1,9	77,2	39,1	1:1,3
Кіровоградська	1,6	67,3	38,2	1:1,3
Луганська	1,0	75,1	16,1	1:1,5
Львівська	2,8	96,4	46,2	1:1,1
Миколаївська	2,5	73,7	36,3	1:1,8
Одеська	1,6	75,9	26,4	1:1,5
Полтавська	4,3	79,7	77,1	1:1,2
Рівненська	1,9	77,9	77,1	1,1
Сумська	2,6	79,2	44,9	1:1,4
Тернопільська	4,6	84,6	76,8	1:1,1
Харківська	3,5	74,9	51,5	1:1,7
Херсонська	1,8	77,8	36,9	1:1,1
Хмельницька	2,4	86,9	40,0	1:1,1
Черкаська	2,9	76,2	56,4	1:1,1
Чернівецька	3,5	82,2	58,2	1:1,1
Чернігівська	2,2	81,9	47,5	1:1,1
Київ	0,4	83,6	7,4	1:1,6
Севастополь	2,3	88,6	36,6	1:0,6

Джерело: [11, с. 46–47].

ЕКОНОМІЧНІ ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ ГАЛУЗЕЙ ТА ВИДІВ ЕКОНОМІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Окрім впровадження страхової медицини важливим напрямом розбудови ефективної вітчизняної системи охорони здоров'я є розподіл функцій між державним і приватним секторами надання медичних послуг. Йдеться про державно–приватне партнерство, яке довело свою ефективність у розвинутих країнах світу. Зокрема, у загальній кількості проєктів у сфері охорони здоров'я частка проєктів державно–приватного партнерства сягає в країнах G7 29,92%, в інших країнах з розвинутою економікою – 12,03% [13].

В Україні вже є позитивні приклади реалізації проєктів на засадах державно–приватного партнерства в медичній галузі, проте для підвищення ефективності організації та фінансування системи охорони здоров'я необхідно:

- врегулювати нормативно–правове й інституційне середовище реалізації проєктів державно–приватного партнерства в системі охорони здоров'я;
- провести конкурсний відбір медичних установ (недержавних комерційних і некомерційних) із метою виконання соціального замовлення у визначеному секторі системи охорони здоров'я;
- підвищити транспарентність реалізації проєктів державно–приватного партнерства, чого можна досягти за рахунок формування Національного реєстру, типових угод проєктів такого партнерства;
- створити систему державних гарантій за проєктами державно–приватного партнерства;
- розробити методику та впровадити оцінку й розподіл ризиків (економічних, соціальних, екологічних тощо) проєктів державно–приватного партнерства в системі охорони здоров'я між державою, приватним сектором і страховими організаціями;
- забезпечити державну інформаційну підтримку на всіх етапах розробки, реалізації й експлуатації проєктів державно–приватного партнерства;
- створити в регіонах міжвідомчі координаційні органи з питань реалізації проєктів державно–приватного партнерства в системі охорони здоров'я, в компетенцію яких входить розв'язання широкого спектра проблем, що належать до різних аспектів діяльності з реалізації проєктів (інфраструктурних, податкових, адміністративних тощо). До складу цих органів на паритетних засадах повинні входити представники органів державної влади й некомерційних організацій;
- стимулювати збільшення інноваційної компоненти розвитку системи охорони здоров'я та активізувати використання наявного науково–технічного потенціалу для впровадження існуючих та розробки нових медичних технологій (зокрема, за рахунок впровадження податкових пільг приватним підприємствам, що реалізують інноваційні проєкти державно–приватного партнерства та розв'язують соціально значущі проблеми, а також здійснюють наукові дослідження у пріоритетних галузях);
- розробити та впровадити механізми інвестиційних майданчиків, медичних технопарків, державного й регіональних

кластерів системи охорони здоров'я, що мають на меті досягнення якісно нового рівня конкурентоспроможності галузі;

- сформулювати рейтинги однотипних медичних установ;
- залучити некомерційні організації до спільної реалізації проєктів державно–приватного партнерства в системі охорони здоров'я на основі механізмів соціального замовлення та поширити такі інструменти їх фінансового забезпечення, як ендаумент–фонди, фандрайзинг тощо;
- включити медичних інвесторів у програму отримання державних кредитів, спростити процедуру одержання кредиту для соціального інвестування в систему охорони здоров'я;
- поступово передати функції матеріально–технічного обслуговування та інші непрофільні функції медичних установ спеціалізованим приватним підприємствам;
- на основі такої форми державно–приватного партнерства, як контракти на виконання робіт (організація харчування хворих, транспортні, побутові та інші послуги);
- впровадити систему накопичувальних персоніфікованих рахунків на медичну допомогу з використанням механізмів пайової участі держави з метою переорієнтації бюджетних потоків від підприємств, що надають послуги, громадянам;
- наділити приватний сектор правом на використання частини потужностей медичних установ із метою надання медичних послуг поза системою державних соціальних гарантій – із вимогою обов'язкового переоснащення цих установ;
- розробити та впровадити програми державної підтримки лізингу медичного обладнання;
- з метою підвищення доступності медичних послуг приватних медичних установ та зниження вартості їхніх послуг сформувати перелік цінових обмежень та встановити рівень рентабельності на визначені медичні послуги й медичну допомогу;
- встановити пільгові ставки на орендну плату за приміщення державної й комунальної нерухомості для приватних медичних установ як соціально значущих суб'єктів для розвитку слаборозвинених сегментів системи охорони здоров'я або в разі відсутності державних установ, що надають медичні послуги, в окремих містах, селах, районах і областях;
- активізувати зовнішньоекономічні й міжрегіональні зв'язки з метою розширення можливостей упровадження проєктів державно–приватного партнерства для інноваційного розвитку системи охорони здоров'я, а також технічного й технологічного переозброєння медичних установ [14, с. 54–55].

Висновки

Україні необхідно впроваджувати трирівневу систему фінансування надання медичної допомоги: бюджетне, обов'язкове медичне страхування, добровільне медичне страхування. Негативним економічним наслідком в короткостроковій перспективі після впровадження такої системи може стати зростання рівня тінізації зарплат. Досягнення позитивних наслідків можливе лише за умови ретельного контролю за процесом використання коштів. До таких наслідків відноситься зменшення виплат по інвалідності й лікарняних листах та

зростання ВВП внаслідок збільшення чисельності трудових ресурсів. Основним позитивним соціальним наслідком реформування виступає покращення якості медичних послуг.

Література

1. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010. Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. – Женева: ВОЗ, 2010. – 129 с.
2. Павлюк К.В. Развитие державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я / К.В. Павлюк, О.В. Степанова // Фінанси України. – 2011. – №2. – С. 43–55.
3. Дем'янишин В.Г. Модель системи фінансування охорони здоров'я: концептуальні засади й альтернативи / В.Г. Дем'янишин, Т.Д. Сіташ // Фінанси України. – 2011. – №6. – С. 45–53.
4. Момот И. Страховая медицина придет в Украину. Вопрос когда? – Бюджет. – 17.04.2008.
5. Молдова: ради выживания нации. – Киевские Ведомости. – 08.05.2008.
6. Болгария: тернистый путь реформ // Еженедельник «Аптека». – 02.07.2007.
7. Финляндия: муниципальная поликлиника // Киевские Ведомости. – 08.05.2008.
8. Гаманкова О.О. Роль страхування у забезпеченні соціального захисту населення / О.О. Гаманкова // Вісник Академії праці і соціальних відносин федерації профспілок України: Наук.-практ.зб. – 2003. – №3. – С. 46–49.
9. Полищук А. Как поделить пирог медицинского страхования? // Киевский Телеграф. – 23.02.2008.
10. Сульма О. И это называется реформой // Зеркало недели. – №17. – С. 26.
11. Главный врач. – 2010. – №12. – С. 46–47.
12. В. Лукович Шляхи впровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування / В. Лукович // Україна: аспекти праці – 2011. – №3. – С. 31–39.
13. Рожкова С. Анализ мирового опыта использования государственно-частного партнерства в различных отраслях экономики // Рынок ценных бумаг. – 2008. – №1 (352).
14. Павлюк К.В. Развитие державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я / К.В. Павлюк, О.В. Степанова // Фінанси України. – 2011. – №2. – С. 43–55.