

Європейський досвід фінансування охорони здоров'я

Костюк В.С., к.е.н. Уманський національний університет садівництва

Український пацієнт абсолютно нічим не відрізняється від європейського. Це з погляду загальнолюдських цінностей та антропології. Проте, як об'єкт і суб'єкт системи охорони здоров'я, нажаль, він має свої особливості, і як правило – негативні, що в першу чергу пов'язано з фінансуванням охорони здоров'я.

Фінансова система охорони здоров'я - це сукупність форм і методів формування, розподілу та використання грошових коштів для медичного обслуговування населення. В основі цієї системи повинен бути надійно забезпечений доступ до ресурсів. Обов'язковою умовою такого доступу є наявність фінансових коштів, що вкладаються в будівлі та обладнання, в заробітну плату персоналу, оплату ліків та інших продуктів, які витрачаються. Організація збору доходів, створення фондів і управління ними – це завдання, що розв'язується політиками шляхом створення відповідної системи фінансування охорони здоров'я. За ознаками фінансування у світі склались три основні форми системи охорони здоров'я: переважно приватна, бюджетна (державна) і страхова. Одна з них передбачає обов'язкове соціальне медичне страхування: все населення відраховує певну частку доходів на медицину, оплачуючи таким чином лікування тих, хто його потребує. За іншою моделлю, яка діє у таких країнах, як Великобританія, Ірландія, Данія, Фінляндія, Швеція, Норвегія, Португалія, потребу громадян у медичній допомозі повністю задовольняє держава.

В сучасних умовах в ряді країн Європи, таких як Італія, Греція, Іспанія та Великобританія, державна система охорони здоров'я успішно поєднується зі страховою, при цьому для фінансування медичного обслуговування використовуються також і кошти добровільного медичного страхування. Досвід більшості європейських країн показує, що найбільш ефективний шлях

збільшення фінансування – це перехід від державної системи фінансування охорони здоров'я до моделі обов'язкового соціального медичного страхування.

В країнах, що визнані ВООЗ кращими з ефективності і доступності медичної допомоги, обов'язковим соціальним медичним страхуванням охоплено майже 80% населення.

Перевагами бюджетно-страхового фінансування охорони здоров'я є те, що страхові внески мають цільовий характер і захищені від політичних маніпуляцій. Розмір цих внесків не залежить від ризику хвороби, об'єм медичних послуг є універсальним для всіх застрахованих, не залежить від розміру внеску і визначається лише потребами конкретної людини. Внески здійснюються з бюджету, а також за рахунок працюючих і роботодавців. Роботодавцям не лише важливі здорові і ефективно працюючі співробітники, а й з допомогою пакету соціальних послуг вони надіються утримати найбільш цінних працівників. Страхові відрахування є неоподаткованими витратами.

Приватне фінансування охорони здоров'я, що здійснюється із коштів окремих осіб чи групи засновників-акціонерів, регулюється відповідним законодавством. В багатьох країнах стараються не допускати чи суттєво обмежити безпосередню оплату медичної допомоги пацієнтами. На фоні приватного медичного страхування в США витрати на медицину складають 2,26 трлн.дол., або 7439 дол. на людину (16% ВВП).

Страхова система охорони здоров'я найбільший розвиток має в Австрії, Франції, Японії, Бельгії. Фінансування за рахунок страхових внесків забезпечує більш вагомій позиції охорони здоров'я в системі суспільних пріоритетів. Грошові накопичення самих підприємств і населення створюють об'єктивні економічні передумови для покращення здоров'я працівників, яким зручно не хворіти, щоб отримувати зекономлені кошти у вигляді різноманітних пільг.

Бюджетні схеми фінансуються насамперед із загальних податкових відрахувань в державний бюджет і охоплюють всі версти населення. Такі моделі одержали розвиток в Канаді, Великобританії, Швеції, Італії, Німеччині.

Для прикладу, із бюджету Швеції покривається 91% витрат на охорону здоров'я.

Так поки що і в Україні, де медицина фінансується з держбюджету. Та оскільки робиться це за залишковим принципом, все частіше звучать пропозиції переглянути статтю Конституції про безоплатність лікування і перекласти утримання медичної галузі на суспільство, як це давно зроблено у Німеччині, Франції, Бельгії, Нідерландах. Але чи коректне зрівнювання можливостей нашої держави із країнами, де валовий внутрішній продукт і доходи громадян, а отже, і відрахування на медицину, неспівмірно більші?

ВООЗ визначено, що на охорону здоров'я має виділятися 8% ВВП, а в країнах з низьким рівнем доходів – не менше 4%. За обсягами витрат на охорону здоров'я в розрахунку на одного жителя Україна посідає 111-те місце серед 189 країн ООН і 8-ме - серед країн колишнього СРСР. У більшості країн видатки на охорону здоров'я найвищі з поміж інших статей бюджету. Співвідношення затрат на охорону здоров'я і оборону (відсоток ВВП) у США становить 12-14 проти 3, у Німеччині – 9 проти 2, в Англії – 6 проти 2, в Україні 3,1 проти 6,5. На одного мешканця в США припадає близько 7 тис. доларів, в Україні ж близько 100 доларів, на Кубі – 200 дол.

Сьогодні в Україні станом охорони здоров'я незадоволені всі – і громадяни, і медичні працівники, і Уряд, і Верховна Рада. Найбільш поширеною причиною погіршення здоров'я населення в першу чергу прийнято називати дуже низький рівень фінансування галузі охорони здоров'я. Проте протягом останніх чотирьох років значно збільшені видатки на охорону здоров'я, а от значного покращення роботи галузі не відбулося. Це вказує на те, що потрібно шукати шляхи удосконалення фінансової системи охорони здоров'я. І першочерговим є запровадження обов'язкового медичного страхування та впровадження системи охорони здоров'я на засадах сімейної медицини.