

УДК 364.6:336.5

Третяк М. О.

здобувачка вищої освіти на другому (магістерському) рівні
Центральноукраїнський національний технічний університет
м. Кропивницький, Україна

МОДЕЛІ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ПЕРЕВАГИ, НЕДОЛІКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ

У сучасній світовій практиці виокремлюють чотири основні моделі фінансування охорони здоров'я: приватну систему (модель переваги споживачів), соціально орієнтовану модель Бісмарка, державну модель Беверіджа та патерналістську модель Семашка. Кожна з них має як переваги, так і недоліки.

За часів СРСР використовувалася модель Семашка, що базувалася на централізованому фінансуванні з державного бюджету. Ця система характеризувалася суворим контролем витрат і пріоритетом фінансування інших галузей, таких як важка промисловість чи оборона. Попри це, модель Семашка відзначалася ефективністю у сфері профілактичної медицини.

Модель Беверіджа, поширена у Великій Британії, Данії, Ірландії, Скандинавських країнах, а частково також в Італії та Португалії, фінансується з бюджетів центрального або місцевого рівня. У період з 2007 до 2017 років частка фінансування цієї моделі становила від 7,5% до 10,5% ВВП [3]. Основними принципами моделі є забезпечення загальної доступності медичних послуг для всіх громадян, уніфікація обсягів і видів послуг, домінування державного фінансування через систему цільового оподаткування та планування витрат, а також жорсткий контроль за розподілом коштів. Водночас її недоліками є висока бюрократизація, значні адміністративні витрати та залежність від обсягів державного фінансування [8].

Соціально орієнтована модель Бісмарка базується на обов'язковому медичному страхуванні та діє в таких країнах, як Німеччина, Австрія, Бельгія, Нідерланди, Франція, Люксембург і Канада, а також поступово впроваджується у нових членах ЄС. Частка фінансування в цих країнах становить від 6,2% до 11,3% ВВП [3].

Основними принципами цієї моделі є забезпечення кожному громадянину права на отримання мінімального обсягу медичних послуг у разі необхідності. Це досягається за рахунок фінансування охорони здоров'я з державного бюджету, впровадження державних стандартів якості медичних послуг і регулювання механізмів ціноутворення та взаєморозрахунків між органами охорони здоров'я й фондами обов'язкового медичного страхування. Модель поєднує активне державне регулювання медичної сфери з ринковими механізмами її функціонування.

Німеччина стала першою країною світу, яка у 1883 році запровадила закон про обов'язкове медичне страхування на випадок хвороби, що стало основою сучасного медичного страхування та прикладом для інших індустріальних країн. Реформування німецької системи охорони здоров'я розпочалося у 2009 році. Ця система відзначається наявністю численних медичних фондів державного страхування, співіснуванням державних і приватних медичних провайдерів, а також децентралізацією управління. Кожен житель Німеччини зобов'язаний мати медичне страхування. Його надають лікарняні каси, 87% яких є державними, а 13% – приватними.

Будь-який найманий працівник із доходом до 48,6 тис. євро на рік автоматично підпадає під страхування в державній лікарняній касі. Станом на 1 січня 2011 року розмір щомісячного внеску становить 15,5% від заробітної плати, з яких 7,3% сплачує роботодавець, а решту 8,2% — сам працівник. Страхування також поширюється на неповнолітніх дітей працівника та його/її безробітного чоловіка чи дружину.

Для зниження кількості необґрунтованих звернень до лікарів із 2004 року пацієнти

державних лікарняних кас сплачують додатково 10 євро під час кожного квартального візиту. Це пов'язано з тим, що пацієнти державних кас не бачать реальних рахунків і не усвідомлюють вартості отриманих послуг.

З 2009 року фінансування державного медичного страхування в Німеччині здійснюється через єдиний фонд, до якого надходять внески від працедавців, найманих працівників та додаткові кошти з державного бюджету. Розподіл коштів із цього фонду між державними лікарняними касами відбувається з урахуванням кількості застрахованих осіб, їхнього віку, статі, стану здоров'я та наявності хронічних захворювань. У разі нестачі коштів каси мають право вимагати від своїх членів додаткові внески, але вони не можуть перевищувати 1% заробітної плати. Ця реформа виявилася ефективною.

Серед інновацій, запроваджених у системі охорони здоров'я Німеччини, особливо варто відзначити впровадження електронних медичних карток. На таких пластикових картках містяться персональні дані власника, контакти лікарняної каси та фотографія, що мінімізує ризик зловживань. Під час кожного візиту до лікаря пацієнт має пред'являти цю картку, яка оснащена електронним носієм для зберігання медичної інформації. На картці зберігаються історія хвороб, дані про щеплення, а також інформація про бажання стати донором. Лікарні та медичні установи були оснащені спеціальними пристроями для зчитування цих даних за рахунок державних коштів [9].

На сьогодні страхова модель охорони здоров'я успішно застосовується в багатьох країнах, що підкреслює її практичну цінність і економічну стабільність. Варто зазначити, що як у моделі Беверіджа, так і в моделі Бісмарка передбачено можливість добровільного медичного страхування, яке реалізується виключно через комерційні страхові компанії. Воно може бути груповим, коли підприємство виступає страхувальником для своїх працівників, або індивідуальним, коли фізична особа самостійно оформляє страховку.

Модель переваги споживачів, або приватна система фінансування охорони здоров'я, є типовою для таких країн, як США, Швейцарія, Філіппіни, Південна Корея та Австралія. До цієї моделі поступово наближаються Азербайджан і Грузія. У США спостерігаються найвищі витрати на охорону здоров'я: з 1979 по 2017 рік вони зросли з 8,5% до 17,2% від ВВП, а до 2025 року очікується їх збільшення до 20,1% від ВВП [4]. Також витрати на охорону здоров'я в розрахунку на душу населення за цей період зросли в середньому у вісім разів. Однак американська система залишається нерозвиненою у структурному плані через домінування витратного лікарняного сектору. Середня тривалість життя в США становить 78,9 років, тоді як у Швейцарії, що також використовує цю модель, – 83,7 роки [3].

Основними рисами моделі є пріоритет ліберальних підходів до політики у сфері охорони здоров'я, що забезпечує високу конкуренцію та комерціалізацію медичних послуг. Ця система дозволяє максимально задовольняти потреби пацієнтів у виборі лікаря чи медичного закладу, гарантує фінансову автономію медичних установ, оперативне надання медичної допомоги та дотримання лікарської конфіденційності. Водночас модель стимулює професійний розвиток медичного персоналу, підвищення якості послуг і впровадження нових технологій.

Однак у моделі є і недоліки. Державні гарантії охоплюють лише незначну частину населення, а державний сегмент системи охорони здоров'я обмежується функціями, які не можуть бути покриті приватним фінансуванням. Висока вартість медичних послуг створює фінансовий тягар для роботодавців і громадян, що ускладнює доступ до медичних послуг для всіх верств населення. Система здебільшого спирається на позабюджетне фінансування і платний сегмент, де переважають приватні страхові механізми, які здебільшого забезпечуються добровільними внесками роботодавців. Така ситуація призводить до значних соціально-економічних втрат, низького охоплення населення медичними послугами та збільшення суспільних витрат на охорону здоров'я, які частково покриваються неприбутковими організаціями, асоціаціями та іншими інституціями.

У США система охорони здоров'я відзначається найвищим рівнем конкуренції, що дає змогу споживачам не лише обирати провайдера медичних послуг, але й знаходити

оптимальне співвідношення ціни та якості обслуговування. Заможні громадяни, маючи доступ до медичних страхових полісів, здатні повністю задовольнити свої потреби у медичній допомозі. Водночас малозабезпечені верстви населення покладаються виключно на державні гарантії, що обмежує їх доступ до якісних медичних послуг. Такий підхід підкреслює асиметричність американської системи охорони здоров'я, яка, з одного боку, вимагає значних фінансових вкладень від приватного і корпоративного секторів, а з іншого — не може повною мірою забезпечити потреби всього населення.

Попри недоліки, США є світовим лідером у сфері впровадження медичних технологій, інноваційних методів лікування та науково-дослідних розробок у галузі охорони здоров'я. Більшість медичних препаратів, створених у світі в останні роки, розроблено американськими фармацевтичними компаніями, а 18 із 25 останніх Нобелівських лауреатів у медицині є американцями або працюють у США [4, с. 200].

Одним із важливих досягнень є запровадження автоматичної реєстрації медичних препаратів і виробів медичного призначення, що допомогло усунути корупційні ризики, зокрема у сфері державних закупівель, і майже втричі знизити вартість медикаментів для лікарень. До того ж скорочення ліцензійних і дозвільних процедур на 84% дозволило створити прозорі, зрозумілі правила для всіх учасників ринку медичних послуг [3; 6; 7].

Як вже зазначалося, Грузія поступово впроваджує елементи приватної системи охорони здоров'я. Зокрема, у період 2009–2012 років кількість громадян, охоплених приватним медичним страхуванням, зросла з 40 до 450 тисяч осіб. На кінець цього періоду приватне страхування охоплювало 51% населення за загальним фінансуванням і 38% за державним фінансуванням медицини [10].

Дослідження свідчать, що кожна країна формує унікальну модель охорони здоров'я, яка відповідає її фінансовим можливостям і суспільним потребам. Нині у світі функціонують чотири основні моделі охорони здоров'я: модель переваги споживачів (приватна система), модель Бісмарка (соціально орієнтована), модель Беверіджа (державна система) та модель Семашка. Кожна з них має свої сильні та слабкі сторони.

Вибір моделі охорони здоров'я є стратегічно важливим для кожної країни. Цей процес має враховувати об'єктивні потреби населення та економічні можливості держави, а також усвідомлення того, що здорове суспільство є важливим чинником соціального та економічного розвитку.

Література:

1. Національні рахунки охорони здоров'я в Україні у 2016 році: Статистичний збірник / *Державна служба статистики України*. Київ, 2017. 172 с.
2. Thomson S., Foubister T., Mossialos E. Європейська обсерваторія з систем та політики охорони здоров'я. Фінансування охорони здоров'я у Європейському Союзі. *Проблеми та стратегічні рішення*: наукове видання. Копенгаген: ВООЗ, 2010. 241 с.
3. Литвиненко М. В. Принципи національної системи охорони здоров'я в Україні / М. В. Литвиненко // *Теорія та практика державного управління*. 2015. Вип. 2(49). С. 198-206.
4. Бендукідзе К. Реформи охорони здоров'я в Республіці Грузія: від радянської руїни до охорони здоров'я на ринковій основі / К. Бендукідзе, Ф. Редер, М. Танер, А. Урушадзе. 2014. К.: Вид-во: ТОВ «НВП» Інтерсервіс». 52 с.
5. Health at a glance 2017- OECD Indicators-en-OECD.org. URL: <http://stats.oecd.org/>
6. Кінаш І. П., Савчук Л. М. Актуальні проблеми сфери охорони здоров'я України. *Інтелект XXI*. 2015. № 6. С. 46-51.
7. Савчук Л. М. Фінансування сфери охорони здоров'я України. *Актуальні проблеми розвитку регіону*. 2016. № 12. Т 1. С. 24-29.
8. Mirror on the Wall, 2014 Update: How the U.S. Health Care System Compares Internationally. URL: <http://www.commonwealthfund.org/publications/fundreports/2014/jun/mirror-mirror>
9. Медицина в Німеччині: без страховки не обійтися. URL: https://www.ukrinform.ua/rubric-other_news/1358589meditsina_v_nimechchini_bez_strahovki_ne_obiytisy_1731393.html
10. Health systems in transition: Georgia. *Health system review*. 2009. Vol. 11, No. 8. P. 86.