

SCI-CONF.COM.UA

MODERN SCIENCE: INNOVATIONS AND PROSPECTS



**ABSTRACTS OF I INTERNATIONAL
SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE
OCTOBER 10-12, 2020**

**STOCKHOLM
2021**

MODERN SCIENCE: INNOVATIONS AND PROSPECTS

Proceedings of I International Scientific and Practical Conference

Stockholm, Sweden

10-12 October 2021

Stockholm, Sweden

2021

**ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ МОДЕЛЕЙ ФІНАНСУВАННЯ
МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ**

Суховий Григорій Пилипович,

к. фарм. н.

Яковлева Ольга Станіславівна,

ст. викл.

Запорізький державний медичний університет,
м. Запоріжжя, Україна

Кожна країна з урахуванням історичних, політичних, соціальних та економічних умов розвитку самостійно визначає політику в сфері охорони здоров'я та формує власну модель її організації та фінансового забезпечення. Проте, незважаючи на національні особливості функціонування системи охорони здоров'я, основою для формування фінансових відносин у даній сфері, завжди служить та чи інша класична модель фінансового забезпечення. Виникнення цих моделей є результатом досвіду, який суспільство накопичило в ході вирішення проблем, пов'язаних з організацією, фінансуванням медичного обслуговування та забезпеченням належного рівня здоров'я громадян. Вибір моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я є стратегічно важливим завданням держави, котра змушена будувати систему фінансових відносин з урахуванням об'єктивних потреб і можливостей та усвідомлювати постійно зростаючу економічну і соціальну цінність здорового суспільства.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) виділяє декілька підходів до організації систем охорони здоров'я, для яких характерні певні форми фінансового забезпечення. Одна з них - державна (беверіджевська), що діє у таких країнах, як Великобританія, Данія, Канада, Ірландія, базується на державній службі охорони здоров'я та, відповідно, на бюджетній системі фінансування.

Друга (бісмарковська) – це розгалужена система соціального медичного

страхування, що вважається змішаною. Вона розповсюджена в Німеччині, Італії, Люксембурзі, Франції, Швеції й передбачає використання різноманітних форм фінансування.

Виділяється також третя – приватнопідприємницька, яка діє в Ізраїлі, Нідерландах, Південній Кореї, США, в основі якої полягає реалізація платних медичних послуг та внески коштів добровільного медичного страхування.

В Україні, незважаючи на здійснені процеси розбудови, появу приватного сектору медичних послуг, організацію системи охорони здоров'я фактично, як і раніше, переважає її централізовано-державний характер (модель «Семашка»).

Ресурсну основу бюджетно-страхової моделі фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я («модель Бевериджа») становлять одночасно податкові надходження та страхові внески, які сплачуються у вигляді відрахувань від ФОП. Вони спочатку централізуються, а потім перерозподіляються між територіями й окремими установами сфери охорони здоров'я з урахуванням встановлених законодавством соціальних та економічних нормативів. У такому випадку держава зберігає за собою монополні права єдиного «страховика» у сфері охорони здоров'я.

В організаційному плані дана модель характерна існуванням розвинутої мережі закладів охорони здоров'я, котрі перебувають у державній і муніципальній власності. Медична допомога, яку надають у цих закладах, доступна для населення країни і гарантована законодавством. Функціонують також приватні медичні заклади, де кожний може за окрему оплату отримати медичне обслуговування.

Перевагою є те, що в країнах, де побудована бюджетна модель охорони здоров'я, проблема зростання вартості лікування не така гостра, порівняно з тими державами, де медичні послуги оплачують на основі обов'язкового чи добровільного медичного страхування. Така система охорони здоров'я є більш гуманною і соціально справедливою формою організації та фінансування медичного обслуговування населення. Однак і вона не позбавлена істотних недоліків і вад.

Суттєвою вадою бюджетної моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я вважають ризик бюрократичного розподілу коштів. Оскільки дана система не має на меті отримання прибутку і не діє на принципах комерційного розрахунку, це може призводити до неефективного використання бюджетних коштів. Послаблення приватного інтересу і відсутність конкурентного середовища руйнують стимули для пошуку механізму ефективнішого і раціональнішого використання коштів. Тому бюджетна система фінансового забезпечення охорони здоров'я значно поступається приватній за якістю медичних послуг, бо ринкові умови потребують впровадження новітніх технологій, чим поживляють науково-технічний прогрес у галузі.

Друга модель фінансового забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я - це модель «Бісмарка». Фінансування обов'язкового (соціального) медичного страхування передбачає перерозподіл доходу від платоспроможних груп населення до неплатоспроможних. Перелік медичних послуг, надання яких фінансується державою, є фіксованим.

Як свідчить світовий досвід, історично склалися три основних варіанти організації страхових систем охорони здоров'я.

Перший варіант передбачає централізовану систему медичного страхування, за якої центральна страхова організація відповідає за страхування всіх громадян країни. Перевагою такої системи є відносна простота управління, низькі адміністративні видатки, а недоліком – обмежені можливості щодо залучення місцевих ресурсів, недостатньо оперативне реагування на потреби населення.

Другий варіант базований на територіальних страхових організаціях, які діють самостійно. Децентралізована система більше зорієнтована на місцеві потреби дає змогу краще врахувати соціально-демографічну та епідеміологічну ситуації, що сприяє залученню додаткових коштів для задоволення специфічних потреб застрахованих. Зростає відповідальність органів управління медичним страхуванням за стан здоров'я громадян та медичної допомоги на місцевому рівні. Разом з тим, як свідчить досвід західних країн, в

умовах дефіциту коштів децентралізована система неспроможна забезпечити досягнення соціально гарантованого мінімуму медичного обслуговування. Потрібні спеціальні заходи для підтримки економічно слабких регіонів та соціально незахищених груп населення.

Третій варіант організації ґрунтований на поєднанні територіальних і професійних страхових організацій. У кожній галузі або групі підприємств утворюються свої страхові фонди та організації. При цьому базові умови їх створення та зміст страхових програм визначені законодавством.

Центральне місце у фінансовому забезпеченні страхової моделі охорони здоров'я належить механізму обов'язкового медичного страхування. Загальнообов'язкова форма організації медичного страхування покликана гарантувати надання громадянам медичної допомоги на однакових умовах і забезпечувати захист населення у випадку виникнення потреби у витратах на лікування незалежно від величини фактично сплачених сум страхового внеску.

Система охорони здоров'я, в основі якої – страховий механізм фінансування, має як позитивні, так і негативні риси. Її переваги виявляються в таких ключових моментах, як децентралізоване і демократичне управління, багатоканальний механізм фінансування з домінуванням страхових джерел, висока якість медичних послуг, ринковий механізм оплати праці тощо.

Разом з тим, даній системі притаманні наступні недоліки: невиправдане збільшення вартості медичних послуг, низький рівень профілактики, практична неможливість повного охоплення населення медичним страхуванням

Для країн, де функціонує страхова система охорони здоров'я, характерною є значна питома вага коштів підприємств і населення у загальній структурі джерел фінансування, тоді як функціонування державної моделі медичного обслуговування значною мірою залежить від обсягів бюджетного фінансування

Третя модель фінансового забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я - це приватна страхова медицина. Добровільне (приватне) медичне страхування будується на індивідуальній (самострахування) або колективній

(страхування за рахунок роботодавця в межах колективних трудових угод) відповідальності, при цьому суми страхових внесків, перелік і обсяг медичної допомоги визначаються на договірних засадах. Важливою особливістю обов'язкового та добровільного медичного страхування є їх призначення з точки зору інтересів страховика. Якщо обов'язкове медичне страхування в абсолютній більшості випадків розраховане на досягнення соціального ефекту, тобто є неприбутковим, то добровільне медичне страхування (його також називають «комерційним медичним страхуванням»), навпаки, має на меті отримання саме економічного ефекту у вигляді прибутку, тоді як соціальний – компенсація витрат, пов'язаних із наданням медичних послуг, є для страхової компанії певною мірою вторинним.

У приватній (ринковій, ліберальній) моделі фінансового забезпечення страхової медицини надання страхових послуг здійснюється на ринкових засадах, коли ціни на медичні послуги визначаються попитом і пропозицією, а їхні споживачі та постачальники взаємодіють безпосередньо, в той час, як держава здійснює загальний нагляд та регулювання ринків медичних послуг.

Типовим представником приватної моделі охорони здоров'я є США. В країні функціонує розгалужена мережа приватних закладів охорони здоров'я, де медичне обслуговування надають або за пряму оплату або за рахунок коштів приватного страхування здоров'я. Діяльність державних і муніципальних медичних закладів спрямована на благодійництво та підтримку незахищених верств населення. Тому значний обсяг медичної допомоги в даній країні надають на платній основі, й приватні кошти становлять більше 58% усіх витрат на охорону здоров'я. З них близько 27% – пряма особиста оплата населення за медичні послуги, і майже 32% – це кошти, які надходять через систему приватного страхування здоров'я.

У свою чергу, за рахунок державного фінансування у США покривають лише 41% усіх витрат у сфері медичного обслуговування, що є найменшим показником серед розвинутих країн світу. Особливість американської системи охорони здоров'я полягає в тому, що держава диференційовано підходить до

забезпечення медичних потреб населення шляхом розробки цільових програм соціального страхування. Державне фінансування адресних програм медичного обслуговування базується на поєднанні двох основних джерел фінансування: коштів бюджету та обов'язкового медичного страхування.

Досягненнями американського типу організації та фінансування охорони здоров'я є висока якість медичного обслуговування, швидкі темпи модернізації медичної техніки й обладнання, висока кваліфікація медичних кадрів, широкий вибір послуг із страхування здоров'я, заохочення населення до здорового способу життя, що дає змогу знизити ризик захворювань і зменшити витрати на охорону здоров'я тощо. В умовах такої системи зростає розуміння значення особистого способу життя та його впливу на здоров'я і виникає матеріальне зацікавлення у його збереженні.

Основні недоліки приватної системи охорони здоров'я – це високі адміністративні витрати; великі витрати, пов'язані з науково-технічним прогресом у галузі охорони здоров'я; наявність населення, яке не охоплено системою страхування, низька доступність малозабезпечених верств населення до медичної допомоги тощо. Американська система охорони здоров'я дуже витратна і за обсягами фінансування у відношенні до ВВП (це майже 15%) випереджає всі розвинені країни світу. Зменшення витрат на охорону здоров'я – одна з основних проблем приватної системи медичного обслуговування.

В умовах реальної економіки національні моделі медичного страхування можуть поєднувати у собі риси різних моделей. Так, можна зазначити, що в Україні одночасно функціонують система бюджетного фінансування установ сфери охорони здоров'я (модель «Семашка»); бюджетно-страхове фінансування (обов'язкові види соціального страхування – бюджетно-страхова модель); добровільне медичне страхування (комерційне та соціальне – у формі лікарняних кас).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бойко С.Г. Диверсифікація джерел фінансування охорони здоров'я.
URL: <https://niss.gov.ua/doslidzhennya/socialna-politika/diversifikaciya-dzherel-finansuvannya-okhoroni-zdorovya> (дата звернення 21.11.2020 р.)
2. Карпишин Н., Комуницька М. Класичні моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/26425/1/КАРПИШИН.pdf> (дата звернення 15.12.2020 р.)
3. Посилкіна О.В., Гладкова О.В. Актуальні проблеми фінансового забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я в Україні в умовах їх реформування. Вчені записки ТНУ ім. Вернадського. Серія: Економіка та управління. Vol.32 (71), р.43-47.
4. Посилкіна О.В., Гладкова О.В. Фінанси та інвестування : навч. посіб. для здобувачів вищ. освіти. Х. : НФаУ, 2020. 262 с.
5. Сіташ Т.Д. Фінансування системи охорони здоров'я в Україні: тенденції та реформування. Механізм регулювання економіки. 2016. №1. с. 164-168.
6. Слабкий Г. О. Сучасні підходи до фінансування системи охорони здоров'я Київ, 2016. 45 с.
7. Янчук А. О. До проблем управління охороною здоров'я в контексті децентралізації влади та просторового планування в об'єднаних територіальних громадах / Янчук А. О., Кузніченко С. О., Околович М. Є. // Запорізький медичний журнал. – 2018. – С. 717-722.