

УДОСКОНАЛЕННЯ ФІНАНСУВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНИ З ВИКОРИСТАННЯМ СВІТОВОГО ДОСВІДУ

О. І. Краснова

У Конституції України зазначено, що найвищою соціальною цінністю держави є життя і здоров'я кожної людини [1]. Експерти ВООЗ розглядають здоров'я як основний ресурс держави, і саме держава повинна забезпечувати право громадян на здоров'я. Проблеми якості й ефективності системи охорони здоров'я турбують усі без винятку країни світу. Найбільш актуальними питаннями сьогодні є реформування системи охорони здоров'я з метою забезпечення доступності надання медичної допомоги, задоволення потреб населення в ефективній медичній допомозі, покращення показників здоров'я населення [13].

Ефективність реформування сфери охорони здоров'я залежить від моделі фінансування, адекватної соціально-економічним і політичним умовам країни. Вивчення досвіду розвинутих країн світу є надзвичайно актуальним для України. Адже стан справ у вітчизняній системі охорони здоров'я давно не влаштовує ні надавачів, ні споживачів медичних послуг [5]. Нині у світі існує три системи охорони здоров'я: державна, страхова та приватна. Найбільш визнаною є страхова система охорони здоров'я. Медичне страхування на сучасному етапі – це нові економічні відносини в умовах ринку, які гарантують всім громадянам вільну доступну кваліфіковану медичну допомогу. Отже, актуальність цієї проблеми зумовлена тим, що страхова медицина є допомогою у фінансуванні галузі медицини та формою захисту інтересів населення в охороні здоров'я.

В Україні вивченням питань із фінансування сфери охорони здоров'я та впровадження медичного страхування займалися В. Андрущенко, О. Василик, Н. Гойда, О. Голяченко, В. Крамаренко, В. Лехан, В. Паламарчук, В. Рудень, В. Рудий, Д. Венедиктов, Н. Гри-

щенко, М. Кузьменко, Ю. Лісицин, Г. Поляк та ін. Вагомий вклад у дослідження цієї проблеми зробили західні учені Дж. Гендерсон, Е. Магуайр, К. Харді та ін. Однак у вітчизняній літературі ще недостатньо розроблено фінансовий аспект розвитку медичної галузі на страхових засадах і особливості діяльності лікарняних кас – як напряму впровадження медичного страхування.

Метою статті є дослідження перспектив запровадження медичного страхування в Україні як одного із джерел багатоканального фінансування галузі охорони здоров'я.

З метою розв'язання цих проблем були поставлені завдання: вивчити організацію медичного страхування та фінансування системи охорони здоров'я на прикладі світового досвіду, показати роль лікарняних кас – як етапу впровадження добровільного медичного страхування в сучасний період реформування медицини.

Медичне страхування стало невід'ємною частиною життя в багатьох країнах. З економічного погляду медичне страхування являє собою механізм компенсації застрахованому витрат і втрат, пов'язаних із настанням хвороби або нещасного випадку. При цьому якщо страхова медицина – це інститут організаційно-економічного забезпечення процесу надання медичної допомоги населенню, то медичне страхування – це організаційно-фінансовий механізм забезпечення громадян лікувально-діагностичними послугами.

У страховій медицині виділяють обов'язкове медичне страхування (ОМС) і добровільне медичне страхування (ДМС). ДМС, на відміну від ОМС, є галуззю не соціального, а комерційного страхування. Зазвичай, добровільні страхові медичні послуги доповню-

ють обов'язкові та забезпечують громадянам можливість одержання медичних послуг понад ті, що встановлені законодавством. В обов'язкових послугах застосовується принцип загальності, а в добровільних – принцип страхової еквівалентності: застрахована особа отримує ті види медичних послуг, за які була сплачена страхова премія [12]. Крім того, держава не регулює програми добровільного медичного страхування. У ряді закордонних країн систему медичного страхування успішно доповнюють лікарняні каси. В лікарняній касі є елемент добровільної участі, чого немає в системі ОМС.

Переважаючою системою медичного страхування є соціальне медичне страхування характерне для таких країн, як Німеччина, Франція, Польща, Бельгія, Швейцарія та ін. Ця модель системи охорони здоров'я характеризується поєднанням ринку медичних послуг із розвинутою системою державного регулювання та соціальних гарантій, доступності медичної допомоги для всіх верств населення. Страхові внески є обов'язковими майже для всього населення країни при певній участі держави в фінансуванні страхових фондів. Багатоканальна система фінансування сприяє розвитку та стабільності фінансової бази соціально-страхової медицини.

Типовим представником моделі соціального страхування є Німеччина. Система обов'язкового страхування функціонує за рахунок некомерційних страхових організацій – лікарняних кас. Це незалежні самокеровані організації, структура яких визначена законодавчо. Спеціальний фонд охорони здоров'я розподіляє внески між касами, які сплачують за медичні послуги й лікарські засоби. Держава не втручається в управління державних лікарняних кас, а здійснює лише нагляд за їх діяльністю [2]. В Німеччині існує близько 153 лікарняних кас [14]. Вони діляться на місцеві, регіональні та федеральні лікарняні каси, а також існують каси, орієнтовані на професійні групи, наприклад, ті, що належать профспілкам залізничників, шахтарів, пілотів. Медичні заклади й аптеки виставляють рахунки не безпосередньо лікарняним касами, а через асоціації лікарів і фармацевтів. Застраховані особи й роботодавці беруть участь в управлінні

лікарняними касами. Вони обирають своїх представників в органи управління кас, які на засадах самоврядування приймають усі найважливіші рішення у сфері діяльності лікарняних кас, затверджують статут і щорічний бюджет. Громадяни самі вільні вибирати, в якій лікарняній касі їм застрахуватися.

ВООЗ, проаналізувавши систему медичного обслуговування 191 країни, віддала першість Франції за такими критеріями, як доступність, ефективність, відповідність потребам населення [8]. Як і в більшості західних країн, медицина у Франції страхова. Оплата за обслуговування проводиться через страхові компанії. У кожного працюючого жителя країни відраховується певний відсоток із заробітної плати, щоб у майбутньому можна було заплатити за медичне обслуговування. Конкуренції серед лікарняних кас Франції не існує, всі вони належать до єдиної Національної лікарняної каси. Лікарняним касами приписаний перелік обов'язкових медичних послуг. Для малозабезпечених держава встановила мінімальний рівень внесків, а верхньої межі стягування внесків не існує. Лікарняні каси фактично перебувають під контролем держави, вона визначає величину страхових внесків і встановлює річний бюджет. Цей досвід є позитивним і для України, де лікарняні каси мають перебувати під контролем держави для попередження різних фінансових зловживань.

У Польщі реформування медичної галузі розпочали зі створення лікарняних кас, які функціонували в кожному воєводстві та відіграли важливу роль у поповненні бюджету охорони здоров'я, що сприяло розвитку більш ефективної медичної допомоги населенню [3]. Згодом успішний досвід роботи лікарняних кас дозволив польським фахівцям запровадити модель обов'язкового державного медичного страхування.

Бельгійська система охорони здоров'я базується на принципах соціального страхування, яке передбачає горизонтальну солідарність (здоровий платить за хворого), вертикальну солідарність (яка значною мірою залежить від трудових доходів застрахованого). Нині понад 99 % громадян Бельгії користуються широким спектром державних гарантій надання медичної допомоги [10]. В Бельгії засновано

Національний інститут страхування здоров'я та працевздатності. Інститут пов'язаний із Національними асоціаціями лікарняних кас і Допоміжним фондом страхування здоров'я та працевздатності, який є державною організацією. Національний інститут страхування здоров'я та працевздатності розподіляє плановані бюджети лікарняним касам на відшкодування витрат на надання медичної допомоги застрахованим, розробляє інструкції для страхових товариств і контролює їх виконання.

У системі медичного страхування працює шість загальнонаціональних асоціацій лікарняних кас: католицькі, соціалістичні, ліберальні, професійні, незалежні та допоміжні. Усі громадяни, які мають право на медичне страхування, повинні вступити у лікарняну касу або зареєструватись у регіональній службі державного Фонду додаткового страхування по хворобі і працевздатності. Перелік усіх медичних послуг, які покриває обов'язкове медичне страхування, внесено у національний прейскурант. Для кожної послуги визначено свій код, якому відповідає договірна вартість медичної послуги і розміри її компенсації з боку лікарняної каси. Вартість послуг, що не входять у прейскурант, відшкодовує сам пацієнт із власних коштів.

В Ізраїлі існує традиційна для розвинених країн Європи охорона здоров'я, заснована на домінуючому державному секторі та обов'язковому державному медичному страхуванні. Науковці засвідчують, що реформи охорони здоров'я були загалом успішними: вони були спрямовані на ефективну взаємодію держави, страхових медичних організацій і виробників медичних послуг. Надання та оплата медичних послуг у країні контролюється службою страхування. Ця організація щорічно виплачує гроші за кожного пацієнта чотирьом лікарняним касам. Усе це контролює держава через Міністерство охорони здоров'я [4]. Населення Ізраїлю досить чітко і широко класифіковане за групами, категоріями з погляду сплати внесків зі страхування здоров'я, що дозволяє досить ефективно планувати бюджет державного медичного страхування. Всі жителі платять внески по-різному, але мають рівний доступ до послуг охорони здоров'я. Особи, які не мають доходів, платять щоміся-

ця фіксовану плату залежно від одержуваної допомоги (через працевздатність, по старості і т. д.). Це було б доцільно використовувати також і в Україні, де рівень доходів у різних верств населення різний. В Ізраїлі у громадянина є право вибору між касами. Кожна каса надає в рамках додаткової програми свій перелік послуг. Оплата такої програми здійснюється за системою страхових внесків, тобто щомісяця, незважаючи на те, звертається клієнт за послугами чи ні. Загалом, у країні послугами додаткового медичного страхування користується близько 80 % населення.

Світовий досвід упровадження страхової медицини через поширення лікарняних кас показує, що в умовах недостатнього фінансування галузі охорони здоров'я діяльність лікарняної каси є доволі перспективною формою участі населення у цьому процесі, при цьому була б оптимальна їх організація у формі громадських об'єднань під контролем держави. Важливим фактором є різні заходи та акції лікарняних кас із заохочення населення до здорового способу життя з використанням накопичення бонусів, грошових премій, як у Німеччині, популяризації лікарняних кас через засоби масової інформації. Потрібно надати членам лікарняних кас можливість вільно вибирати собі лікарняну касу, як це відбувається в Ізраїлі. При цьому кількість лікарняних кас повинна бути чималою, як у Німеччині для створення здорової конкуренції.

В Україні також відбувається перехід до системи страхової медицини. Незважаючи на помітні переваги, її введення в країні гальмується, тому що на законодавчому рівні досі не врегульоване питання про запровадження системи ОМС. Щодо ДМС, то популярність його з року в рік зростає. Наразі на ринку ДМС працюють близько 30 страхових компаній, середній рівень виплат становить більше 60 % [11]. Одним із напрямів реформування галузі охорони здоров'я України для поліпшення якості та доступності медикаментозного забезпечення стала солідарна участь населення у співплаті витрат на медичну допомогу у формі лікарняних кас. Ідея лікарняних кас не нова, як ми бачимо, країни Європи також практикують подібні організації. І хоча суть цих організацій у нас та за кордоном схожа, на практиці вони

відрізняються тим, що така схема медичного страхування у інших країнах набагато більше поширена.

За організаційно-правовою формою лікарняні каси в Україні створюються як членські благодійні організації або як громадські об'єднання відповідно до Законів України «Про благодійництво та благодійні організації» та «Про об'єднання громадян». У цих організаціях застосовується облік надходжень і витрат коштів щодо кожного члена лікарняної каси, відпрацьована система договірних взаємовідносин із лікувальними закладами та підприємствами. Розвиток лікарняних кас дає змогу забезпечити доступність тих видів медичної допомоги, які недостатньо фінансуються за рахунок бюджетних коштів, збільшити якість необхідних для населення медичних послуг [6]. Найбільша кількість членів лікарняних кас реєструється в Житомирській, Кіровоградській, Одеській, Полтавській, Харківській і Миколаївській областях, а найменша – у Донецькій, Запорізькій областях, а також у місті Києві [3].

2012 р. члени організації «Лікарняна каса Полтавщини» стало 28044 осіб, або майже 2 % кількості населення області. За період з 2004 по 2012 р. на обстеження та лікування членів ЛК використано 26 млн грн. Тобто на кожного члена організації було виділено в середньому близько 900 грн. Надано допомогу на лікування та обстеження в стаціонарних і амбулаторних умовах за весь період роботи у понад 125 тис. випадків звернень. Також, за період роботи організації з 2004 по 2012 р. медичним закладам області було надано благодійну допомогу обладнанням на суму понад 3,7 млн грн. З 1 січня 2011 р. члени «Лікарняної каси Полтавщини» мають можливість отримувати ургентну допомогу не лише в Полтавській області, а й у Житомирській, Рівненській, Херсонській, Харківській, Львівській областях і в містах Київ, Чернігів, Суми, Маріуполь [7].

З 2010 р. завдяки додатковим джерелам фінансування сфери охорони здоров'я в Полтавській області відбулося зниження показників захворюваності населення з 913,2 тис. до 827,4 тис. і летальності з 26,1 тис. до 24,2 у 2012 р. При цьому середня очікувана тривалість життя збільшилася з 70,38 до 71,17 ро-

ків [9]. Відшкодування витрат на лікування членам лікарняної каси Полтавщини відбувається так: кошти надходять у лікувально-профілактичний заклад з бюджету благодійної організації через аптечну мережу та лікувальні заклади. Лікування проводиться препаратами згідно з конкретним захворюванням, що внесено у фармацевтичний формуляр благодійної організації. Після виписки пацієнта лікар, який лікував хворого, надає лікарю-експерту лікарняної каси лист члена благодійної організації для написання рецензії. Так здійснюється оцінка доцільності проведеного лікування та контроль за дотриманням переліку захворювань, при яких лікарняна каса забезпечує своїх членів лікарськими засобами.

На нашу думку, недоліками лікарняних кас, які існують наразі в Україні, є недостатня кількість інформації для населення про діяльність лікарняних кас, недостатня прозорість фінансових потоків і їх раціонального використання. Цих недоліків можливо уникнути за рахунок створення ревізійних комісій лікарняних кас за участю незалежних спостерігачів – членів кас, поширення даних про результати діяльності кас у засобах масової інформації. З метою залучення нових членів лікарняних кас можливо ввести програми, які передбачають пакети додаткових послуг, насамперед у найбільш обтяжливих для сімейних бюджетів видах медичної допомоги, наприклад, стоматологічної. З метою підвищення конкуренції створення лікарняних кас слід проводити не тільки за регіональним принципом, а також за галузевим, наприклад, лікарняні каси працівників аграрних підприємств, працівників освіти, працівників вугільної промисловості тощо.

Таким чином, запровадження в Україні системи обов'язкового медичного страхування нині на часі. Досвід країн Європи показує, що обов'язкове медичне страхування в нашій країні треба впроваджувати поступово через розвиток і поширення таких форм добровільного страхування, як лікарняні каси.

Лікарняні каси у нинішніх умовах – це реальні кроки до реформування охорони здоров'я. Відповідно до своїх організаційних і економічних особливостей вони можуть бути базою розвитку загального медичного страхування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Конституція України: Затверджена Верховною Радою України 28.06.1996 р. зі змінами, внесеними згідно із Законом № 586-VII від 19.09.2013. – К.: Офіц. вид-во ВРУ, 2013. – 115 с.
2. Адамс А. Медицинское страхование – Германия [Електронний ресурс] / Адамс А.; Экспертный портал высшей школы экономики. – Режим доступу: <http://www.opes.ru/1332221.html>. – Назва з екрана.
3. Білогубка С. М. «Лікарняна каса» як одне з джерел фінансових ресурсів у багатоканальному фінансуванні охорони здоров'я / С. М. Білогубка // Актуальні проблеми розвитку економіки регіону. – 2009. – Вип. V, т. 1. – С. 41–43.
4. Камозина И. Здравоохранение Израиля [Електронний ресурс] / И. Камозина. – Режим доступу: <http://тфомсбрк.рф/pub-izr.htm>. – Назва з екрана.
5. МОЗ України [Електронний ресурс]: офіц. веб-сайт. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрана.
6. Парій В. Д. Організація системи контролю якості лікувально-діагностичного процесу членів благодійної організації «Лікарняна каса Житомирської області» / В. Д. Парій, В. К. Головаков, С. М. Грищук // Практична медицина. – 2004. – № 1. – Т. 8. – С. 112–114.
7. Розвиток Лікарняної каси Полтавщини [Електронний ресурс] / Благодійна організація «Лікарняна каса Полтавщини». – Режим доступу: <http://www.poltavalk.com.ua>. – Назва з екрана.
8. Салтман Р. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: [пер. с англ.] / Р. Салтман, Д. Фигейрос. – М.: Геотар Медицина, 2000. – 423 с.
9. Статистична інформація по охороні здоров'я [Електронний ресурс] / Головне управління статистики в Полтавській області. – Режим доступу: <http://www.poltavastat.gov.ua>. – Назва з екрана.
10. Страхування у Бельгії: враховано всі ризики [Електронний ресурс] / Благодійна організація «Лікарняна каса Полтавщини». – Режим доступу: <http://www.poltavalk.com.ua>. – Назва з екрана.
11. Троцька А. О. Перспективи розвитку медичного страхування в Україні / Троцька А. О., Русул Л. В. // Зб. статей і допов. II Всеукр. наук.-практ. конф. студ. і молодих вчених (14–15 трав. 2009 р.). – 2009. – Т. 2. – С. 122–123.
12. Яворська Т. В. Проблеми розвитку медичного страхування в Україні / Т. В. Яворська, М. А. Бас // Актуальні проблеми розвитку економіки регіону: наук. зб. / за ред. І. Г. Ткачук. – Івано-Франківськ: Прикарпатський нац. ун-т ім. Василя Стефаника, 2009. – Вип. V, т. 2. – 368 с.
13. Decentralization in Health Care: Strategies and Outcomes – Европейское региональное бюро ВОЗ [Електронний ресурс]: Обзор документационного центра ВОЗ / Европейская обсерватория по системам здравоохранения. – 2007. – Режим доступу: <http://www.observatory.dk>. – Назва з екрана.
14. Spitzenverband: официальная статистика [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.gkv-spitzenverband.de>. – Назва з екрана.

УДК 331.108.26

НОВІ ПІДХОДИ ДО КЛАСИФІКАЦІЇ КОРПОРАТИВНОЇ КУЛЬТУРИ В КОНТЕКСТІ ЇЇ ВПЛИВУ НА СОЦІАЛЬНО-ТРУДОВІ ВІДНОСИНИ

О. Г. Балика

У процесі трансформації ринкової економіки в Україні механізм регулювання соціально-трудова відносин (СТВ) на всіх рівнях функціонування зазнає істотних змін.

Загострення конкуренції між роботодавцями сприяє підвищенню якості соціального захисту працівників на рівні підприємства, а серед методів регулювання СТВ зростає значення