

УДК 336.13

**Мокрицька А. Б.,**

викладач кафедри фінансів Тернопільського національного економічного університету

## ФІНАНСИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ТА ПРОБЛЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ

*У статті розглянуто теоретичні основи організації фінансів охорони здоров'я. Визначено місце фінансів охорони здоров'я у фінансовій системі України. Окреслено проблеми організації фінансових відносин у сфері охорони здоров'я.*

**Ключові слова:** фінансова система, фінанси охорони здоров'я, фінансові ресурси, моделі фінансового забезпечення.

*В статье рассмотрены теоретические основы организации финансов здравоохранения. Определено место финансов здравоохранения в финансовой системе Украины. Определены проблемы организации финансовых отношений в сфере здравоохранения.*

**Ключевые слова:** финансовая система, финансы здравоохранения, финансовые ресурсы, модели финансового обеспечения.

*The article reviews the theoretical foundations of financial health. The place of health care finance in the financial system of Ukraine. Outlines the problems of financial relations in health care.*

**Keywords:** financial system, financial health, financial resources, models of financial support.

**Постановка проблеми.** В Україні система охорони здоров'я потребує об'єктивної оцінки та розробки довготермінових заходів, спрямованих на підвищення ефективності реформування, оскільки не здатна сповна забезпечити процес реалізації конституційних прав громадян України у сфері медичного обслуговування, спричиненого дефіцитом фінансових ресурсів, зниженням якості медичної допомоги, незадовільним матеріально-технічним станом. Вирішення основних проблем функціонування національної системи охорони здоров'я можна забезпечити шляхом залучення додаткових фінансових ресурсів. Однак основні проблеми галузі полягають не лише в обмеженості фінансових ресурсів охорони здоров'я, а й у недостатності стимулів до підвищення ефективності їх використання. Пріоритетним напрямом розвитку охорони здоров'я має бути систематизація фінансових підвалів, подолання структурних диспропорцій охорони здоров'я.

**Аналіз останніх досліджень та публікацій.** Дослідження теоретичних основ економіки охорони здоров'я і наукове обґрунтування ролі держави у фінансовому забезпеченні цієї галузі здійснювали представники відомих наукових шкіл, зокрема: Б. Абель-Сміт, А. Малагардіс, П. Самуельсон, Дж. Е. Стігліц, та ін. Серед українських науковців, які вивчали економічні закономірності функціонування сфери охорони здоров'я і досліджували практику організації зарубіжних та вітчизняної систем охорони здоров'я, можна назвати В. Андрущенко, Ю. Вороненка, В. Галайду, А. Голяченка, Д. Кармишева, Н. Карпишин, В. Крамаренко, З. Лободіну, В. Рудня, А. Чухно, М. Шутова й ін. Теоретичні та практичні аспекти фінансування та фінансового забезпечення соціальної сфери, в т. ч. охорони здоров'я, висвітлені у наукових працях вітчизняних учених Й. Бескида, О. Василика, О. Величко, В. Войцехівського, С. Кондратюка, В. Лехана, Д. Полозенка, Ю. Пасічника, Я. Радиш, І. Радь, О. Тулай, С. Юрія та ін. У цьому контексті заслуговують на увагу праці російських науковців Г. Поляк, Д. Райса, Р. Салтмана, В. Семенова, І. Шеймана та ін.

**Мета і завдання дослідження.** Незважаючи на проведені дослідження, у наукових роботах приділено недостатньо уваги вирішенню проблем фінансового забезпечення галузі, а щодо сутності та організації фінансів охорони здоров'я загалом, а особливо у період розвитку ринкової економіки, їх місце у фінансовій системі України, то в Україні немає комплексного охоплення цієї проблематики, що зумовлює актуальність теми дослідження.

**Виклад основного матеріалу.** Фінанси охорони здоров'я є складовою частиною фінансової системи держави, оскільки сфера охорони здоров'я, як і інші ланки фінансової системи, має особливості у мобілізації та використанні фінансових ресурсів, відповідний апарат управління та нормативно-правове забезпечення. Стан фінансів установ охорони здоров'я тісно пов'язаний зі станом фінансів держави, суб'єктів господарювання, фінансами домогосподарств та іншими ланками фінансової системи.

Зважаючи на визначення охорони здоров'я в Законі України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" від 19. 11. 1992 р. № 2801-ХІІ (стаття 3) як "систему заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості

життя” і як “...один з головних чинників виживання та розвитку народу України” [5, с. 60], можемо стверджувати, що основним принципом формування фінансів охорони здоров’я є їх спрямованість на задоволення потреб суспільства загалом та потреб галузі зокрема.

У процесі своєї економічної діяльності охорона здоров’я шляхом розподілу грошових коштів держави, суб’єктів господарювання і населення формує грошові фонди, необхідні їй для досягнення певних цілей. За всю багатовікову історію були відомі тільки три джерела коштів, які формують доходи охорони здоров’я: приватні кошти пацієнтів, громадські кошти і кошти держави. Різниця полягає у співвідношенні цих трьох джерел доходів медицини. В кожній країні система охорони здоров’я пройшла власний шлях розвитку, і сьогоденні співвідношення трьох джерел утримання або фінансування є продуктом цього розвитку. Кошти можуть акумулюватися державою, страховими організаціями в обов’язковому (добровільному) порядку шляхом збору податків, як прямих, так і специфічних акцизів на окремі товари, податків на специфічні чинники виробництва; страхових платежів; шляхом безпосередньої оплати пацієнтами послуг; через благодійні пожертви. Різні країни по-різному комбінують ці методи і їх комбінації та визначають чутливість фінансового забезпечення до змін в економічній ситуації в країні.

Залежно від переважання одного з джерел коштів, виокремлюють такі основні моделі фінансового забезпечення:

1) платна (або приватна) модель охорони здоров’я, заснована на ринкових принципах, в якій послуги охорони здоров’я вважаються приватним благом. Надається медична допомога переважно на платній основі, за рахунок самого споживача медичних послуг. Відсутня єдина система державного медичного страхування. Ту частину потреб, яка не задовольняється ринком (малозабезпечені верстви населення, пенсіонери, безробітні) бере на себе держава шляхом розробки і фінансування суспільних програм медичної допомоги. Таким чином, масштаби державного сектора не значні. Найбільш яскраво ця модель представлена охороною здоров’я США, де основа організації охорони здоров’я – приватний ринок медичних послуг, що доповнюється державними програмами медичного обслуговування бідних “Medicaid” і пенсіонерів “Medicare” [2, с.112]. Таку модель зазвичай називають платною, ринковою, американською, іноді – системою приватного страхування. Ринкова модель характеризується низкою неспроможностей у сфері надання медичних послуг. Це такі як інформаційна асиметрія, проблема зовнішніх ефектів, невизначеність і складність ринку, а також неспроможність ринку у сфері медичного страхування. Крім того, ринок не фінансує чисті суспільні блага, такі як наукові дослідження чи вакцинацію і інші методи попередження розповсюдження епідемій;

2) державна медицина з бюджетною системою фінансування або модель Беверіджа [1, с. 89], (інколи має назву Скандинавської або Британської моделі), яка переважно фінансується безпосередньо з державного бюджету, тобто ресурси збираються через загальну податкову систему, при цьому використовується стандартне адміністрування, а також сучасні управлінські методи. Населення країни отримує медичну допомогу безкоштовно (за винятком невеликого набору медичних послуг). Таким чином, держава є головним покупцем і постачальником медичної допомоги, забезпечуючи задоволення більшої частини суспільних потреб у послугах охорони здоров’я. Рішення відносно загального обсягу фінансування приймається в процесі планування витрат державного бюджету в цілому. В такій моделі більшість витрат на охорону здоров’я фінансується за рахунок загальних податків, які збираються на центральному, регіональному чи місцевому рівнях, а фонди в рамках цієї системи загалом є нецільовими. Держава є головним гарантом захисту доходів медичних працівників від інфляції (мінімальна заробітна плата, пенсійне забезпечення, відпустки). Ця модель з 1930-х років до недавнього часу була властива Україні, іншим республікам колишнього СРСР, країнам Східної Європи. З 1948 р. існує у Великобританії. Вона характерна також для Ірландії (1971 р.), Данії (1973 р.), Португалії (1979 р.), Греції (1983 р.) та Іспанії (1986 р.) Частка бюджетного фінансування в усіх ресурсах становить від 60 до 90 відсотків [3]. У Великобританії з бюджетів всіх рівнів покривається 84% витрат на медичне обслуговування. Додатковим джерелом є внески на соціальне страхування, що обчислюються у вигляді відсотка від фонду оплати праці. Приблизно 4% коштів системи охорони здоров’я формуються з додаткових платежів населення (головним чином за виписку й оплату частини вартості ліків в аптечній мережі). Загальне співвідношення між суспільним і приватним фінансуванням медичної допомоги становить відповідно 85 і 15%. Приватним страхуванням охоплена лише невелика частина населення [4].

Відповідальність за розподіл бюджету між надавачами послуг в основному покладається на спеціальні адміністративні одиниці системи охорони здоров’я. Ця модель передбачає різноманітні підходи до фінансування системи, забезпечує загальний чи майже загальний доступ до медичних послуг і справедливий географічний розподіл ресурсів.

Системи, що фінансуються із загальних податкових надходжень, мають відмінності. У деяких країнах, наприклад, в Ірландії та Данії, тільки найменш забезпечені громадяни мають право на всю допомогу з медичного страхування без додаткової оплати, тим часом як решта населення зобов’язана компен-



сувати деякі додаткові витрати. А у Фінляндії, Великій Британії системи охорони здоров'я мають два джерела фінансування: основну частину – за рахунок податкових надходжень, а решту – з фондів соціального страхування. У Фінляндії внески на соціальне страхування використовуються переважно на оплату приватного медичного обслуговування, медико-санітарного обслуговування на підприємстві, ліків та допоміжних послуг. У Великій Британії зберігся розподіл внесків на соціальне страхування між роботодавцями і працівниками. В інших країнах, таких як Фінляндія, Норвегія і Швеція, відмовились від внесків працівників. Основним недоліком такої системи є бюрократична влада адміністрації системи охорони здоров'я, а також велика залежність охорони здоров'я від бюджету держави. Така система характеризується відсутністю зацікавленості в економії всіх видів ресурсів та стимулів до підвищення якості та задоволення потреб споживачів.

Крайнім проявом державної моделі була модель Семашка (одержавлена, радянська, соціалістична), яка фінансувалася виключно з державного бюджету, ґрунтувалася на загальних податках, контролювалася державою через систему централізованого планування і управління, характеризувалася відсутністю приватного сектора [1, с. 81]. Система охорони здоров'я колишнього СРСР ґрунтувалася на розподільчо-розпорядливому принципі організації управління. Така система була орієнтована на централізований механізм формування бюджету галузі. Економічний механізм охорони здоров'я включав мобілізацію коштів населення і господарюючих суб'єктів до державного бюджету шляхом загального (нецільового) оподаткування. Подальший розподіл бюджетних асигнувань за галузями, включаючи й охорону здоров'я, проводився на рік вперед відповідно до ієрархічної структурно-функціональної організації управління народним господарством: в державному бюджеті ці кошти виділялись рядком (статтею): "Охорона здоров'я, фізична культура і спорт", звідки послідовно адресувались органам союзного, республіканського, обласного, міського і районного підпорядкування. Безпосередніми виробниками медичних послуг (установами охорони здоров'я) кошти планувались за статтями кошторисів майбутніх видатків, за нормативами, які не були орієнтовані на якість і кінцевий результат роботи. Матеріально-технічне і медикаментозне забезпечення здійснювалося за державним замовленням за фіксованими цінами.

З позиції забезпечення життєдіяльності, відтворення населення, фінанси охорони здоров'я є складовою частиною фінансової системи держави. Особливість фінансів охорони здоров'я полягає в тому, що їх не можна віднести в повному обсязі ні до сфери державних фінансів, ні до сфери фінансів суб'єктів господарювання. Основними ознаками, які свідчать про їх особливе місце у складі фінансової системи, є двоїстий характер послуг охорони здоров'я, що полягає у поєднанні суспільних благ, вигоди від яких отримує все суспільство, з індивідуальними, які мають цінність тільки для окремо взятого споживача. Фонди грошових коштів галузі формуються з участю приватного сектора, що може бути представлений як приватними закладами охорони здоров'я, так і участю приватного капіталу у формуванні фінансових ресурсів закладів державної форми власності. Участь держави і приватного сектора у формуванні фінансових ресурсів охорони здоров'я створює полвійний характер цілей. Для держави основна мета – розвиток і збереження людського капіталу, для приватного сектора – отримання прибутку.

Особливістю фінансів охорони здоров'я є також те, що послуги охорони здоров'я забезпечуються фінансовими ресурсами через реалізацію послуг страхування. Послуги страхування надаються згідно з домовленістю, за якою страховик (страхова компанія) за певну винагороду (страхову премію) бере на себе зобов'язання відшкодувати збитки чи їх частину (страхову суму) застрахованому.

Усе це свідчить про те, що фінанси охорони здоров'я є специфічною сферою фінансових відносин і займають особливе місце в фінансовій системі, яке характеризується сукупністю грошових відносин щодо формування і використання фінансових ресурсів для надання послуг охорони здоров'я з метою забезпечення життєдіяльності, збереження і відновлення здоров'я населення.

Формуючи теоретичні підходи до трактування фінансів охорони здоров'я використовуємо такі філософські категорії, як і до трактування сутності фінансів, а саме: "сутність", "явище", "зміст" і "форма", які використав колектив авторів під керівництвом С. І. Юрія [6, с. 19].

За сутністю фінанси охорони здоров'я охоплюють систему економічних відносин, пов'язаних з формуванням, розподілом і використанням відповідних фондів грошових коштів. У процесі своєї економічної діяльності охорона здоров'я шляхом розподілу грошових коштів держави, суб'єктів господарювання і населення формує грошові фонди, необхідні їй для досягнення певних цілей, з метою задоволення потреб суспільства.

Фінанси охорони здоров'я відображають систему зовнішніх та внутрішніх економічних відносин. Зовнішні охоплюють відносини між системою охорони здоров'я та іншими ланками фінансової системи: фінансами держави з приводу розподілу на користь галузі частини виробленого ВВП у його вартісній формі; фінансами суб'єктів господарювання, домогосподарств, міжнародних організацій з приводу розподілу їх фінансових ресурсів та формування грошових фондів медичної галузі, як плата за послуги, благодійна допомога; фінансуючими та страховими організаціями з приводу формування і використання бюджетних коштів, коштів страхових фондів; контролюючими організаціями. Внутріш-

ні – це відносини усередині системи охорони здоров'я між різними рівнями надання медичної допомоги, органами управління щодо розподілу фінансових ресурсів галузі та формування грошових фондів медичних установ.

Організація фінансових відносин у галузі може бути різною, залежно від наявної в державі у певний період часу політичної ідеології, моделі економіки та організації системи охорони здоров'я. Для кожної країни притаманно існування специфічних форм надання медичної допомоги та моделей її фінансового забезпечення, які є основними показниками нормативних цінностей суспільства.

За змістом фінанси охорони здоров'я відображають кінцеву мету розподільчих і перерозподільчих процесів у державі, а саме формування фонду грошових коштів, його розподіл та використання. Матеріальним вираженням фінансових відносин, у які вступає охорона здоров'я у процесі своєї діяльності, тобто надання послуг населенню, є консолідований бюджет на охорону здоров'я, який характеризує фінанси охорони здоров'я за формою. Величина об'єднаного фонду залежить від моделі фінансового забезпечення, покладеної в основу організації охорони здоров'я в кожній країні.

**Висновки.** Фінанси охорони здоров'я є специфічною сферою фінансових відносин і займають особливе місце в фінансовій системі, яке характеризується сукупністю грошових відносин щодо формування і використання фінансових ресурсів для надання послуг охорони здоров'я з метою забезпечення життєдіяльності, збереження, відновлення і розвитку населення. За сутністю фінанси охорони здоров'я охоплюють систему економічних відносин, пов'язаних з формуванням, розподілом і використанням відповідних фондів грошових коштів. За змістом фінанси охорони здоров'я відображають кінцеву мету розподільчих і перерозподільчих процесів у державі, а саме – формування фонду грошових коштів, його розподіл та використання. Матеріальним вираженням фінансових відносин, у які вступає охорона здоров'я у процесі своєї діяльності, тобто надання послуг населенню, є консолідований бюджет на охорону здоров'я, який характеризує фінанси охорони здоров'я за формою. Величина об'єднаного фонду залежить від моделі фінансового забезпечення, покладеної в основу організації охорони здоров'я в кожній країні. Модель фінансового забезпечення визначає джерела формування фінансових ресурсів охорони здоров'я. Проте організація фінансів охорони здоров'я включає також способи об'єднання фінансових ресурсів у єдиний фонд грошових коштів галузі, методи його розподілу та його розмір. Попри те, що описані моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я по-різному враховують особливості медичних послуг як товару, не менш важливим є роль держави у визначенні моделі організації і фінансування охорони здоров'я. Масштаби державного сектора в кожній моделі залежать від трактування медичних послуг як суспільного чи приватного блага, так і від фінансової моделі розвитку економіки. Організація фінансів охорони здоров'я, як правило, залежить від організації фінансів держави. Це і стане об'єктом наших подальших досліджень.

#### Література.:

1. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні: Адміністративно-правові проблеми формування і реалізації : монографія / З. С. Гладун – Тернопіль : Економічна думка, 2005. – 460 с.
2. Карпишин Н. І. Класичні моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я / Н. І. Карпишин, М. П. Комуницька // Світ фінансів – 2008. – Вип. 1 (14). – С. 110-117.
3. Медичне страхування в деяких країнах східної Європи, Росії, Латвії (Огляд, складений з фрагментів статей). Підготовлено Миським науковим інформаційно-аналітичним центром медичної статистики [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.likar.info/profi/articles/406.html>.
4. Медичне страхування в різних країнах світу. Проблеми реформування охорони здоров'я / Ю. Матвієнко / [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.likar.info/profi/articles/404.html>.
5. Закон України “Основи законодавства України про охорону здоров'я” від 19.11.92. № 2892 – XII // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 4. – С. 26-30.
6. Фінанси : підруч. / [С. І. Юрій, В. М. Федосов, Л. М. Алексеєнко та ін.]; за ред. С. І. Юрія, В. М. Федосова; Тернопільськ. нац. екон. ун-т. – К. : Знання, 2008. – 611 с.