

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ФІНАНСОВИХ РЕСУРСІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Гладкова О.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
olgladkova25@gmail.com

Вступ. Фінансове забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) є визначальним чинником фінансової стабільності, платоспроможності даних закладів, а головне – конкурентоспроможності медичних послуг, що надаються ними. Отже, необхідною умовою функціонування ЗОЗ є порядок і умови формування їх фінансових ресурсів.

Основи законодавства України про охорону здоров'я (стаття 18) визначають основні джерела фінансування системи охорони здоров'я, в залежності від яких можна виділити такі види фінансових ресурсів: кошти Державного бюджету України; кошти місцевих бюджетів, кошти фондів медичного страхування; кошти благодійних фондів; інші джерела, не заборонені законодавством.

Концепція розвитку охорони здоров'я населення України, затверджена Указом Президента України від 7.12.2000 р. № 1313, доповнює зазначені джерела фінансових ресурсів. Згідно із даним документом, джерелами фінансування охорони здоров'я повинні бути окрім коштів державного та місцевих бюджетів, кошти загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування та добровільного медичного страхування, кошти накопичувальних фондів територіальних громад і благодійних фондів, благодійні внески та пожертвування юридичних та фізичних осіб, кошти, одержані за надання платних медичних послуг, а також інші джерела, не заборонені законодавством.

Метою даної роботи є визначення особливостей формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я України в умовах реформування медичної системи.

Основний матеріал. Дослідження сучасного вітчизняного та світового досвіду фінансування ЗОЗ дозволили встановити, що одне із основних місць у джерелах їх фінансових ресурсів займають бюджетні кошти. Бюджетне джерело пов'язане із всією системою державних фінансів, що забезпечує його високу надійність. З іншого боку, бюджет будь-якого рівня має безліч напрямів витрачання коштів, в результаті чого фінансове благополуччя галузі охорони здоров'я залежить не тільки від рівня економічного розвитку країни, але і від пріоритетів фінансової політики держави.

Страхові платежі мають цільовий характер, що забезпечує гарантоване спрямування зібраних коштів на фінансування охорони здоров'я. Негативна властивість даного джерела обумовлена обсягом коштів, які забезпечуються страховими внесками. Вони значно менші, ніж ті, які можуть забезпечуватися за рахунок бюджетів. До того ж, теоретично бюджет має перевагу, оскільки володіє компенсаторними можливостями: низький рівень надходжень одних податків може в тій чи іншій мірі компенсуватися вищими надходженнями інших податків, тоді як система страхування такої можливості позбавлена.

Приватні кошти як джерело фінансування безпосередньо пов'язані з економічними традиціями і рівнем розвитку держави.

Відповідно до трьох розглянутих джерел фінансових ресурсів традиційно виділяють три основні моделі фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я:

- державна (бюджетна);
- страхова;
- платна (приватна).

При існуванні бюджетної моделі практично всі ЗОЗ знаходяться у підпорядкування державного і комунального секторів. Для неї характерна жорстка централізація і фінансування з державних джерел (бюджетів). Основою фінансової бази бюджетної системи є податкові надходження юридичних і фізичних осіб. Дана система може виступати в двох варіантах – з елементами страхування і без них.

Варіант бюджетного фінансування з використанням державного страхування означає, що в схемі з'являється нова складова – страхові фонди. Оплата медичних послуг здійснюється не безпосередньо з бюджету до медичної установи, а шляхом утворення медичних страхових фондів, які діють як страхові компанії. Вони зараховують суму базового страхового внеску, що оплачується бюджетом за кожного жителя, і ведуть подушний облік витрат своїх клієнтів на медичні послуги.

Страхова модель фінансового забезпечення передбачає, що лікувальні установи отримували кошти безпосередньо з бюджету і надавали безкоштовну медичну допомогу населенню. Страхова система організації медичного обслуговування переважно використовується в країнах, де національні системи охорони здоров'я побудовані на недержавній основі.

Цікавим є факт, що в сучасних західних країнах в охороні здоров'я спочатку розвивався приватний сектор, а потім на певному етапі розвитку держава переходила до гарантій надання громадянам безкоштовних, загальнодоступних послуг охорони здоров'я. Таким чином, медичне страхування історично виступало як засіб підвищення соціальних гарантій відносно приватної системи охорони здоров'я.

Основною характеристикою такої моделі є те, що держава з метою забезпечення гарантованою медичною допомогою більшості населення (за винятком найбагатших, які оплачують лікування самостійно) в законодавчому порядку зобов'язує всіх працедавців і самих громадян відраховувати частину доходів на медичне страхування, а виробників послуг забезпечувати населення медичною допомогою в рамках державних зобов'язань за посередництва страхових організацій (модель регульованого обов'язкового страхування). Фінансування медичного страхування здійснюється з трьох джерел: страхові внески підприємців – відрахування від доходів, доходи працівників – відрахування із заробітної плати, бюджетні кошти, які акумулюються в спеціальних страхових фондах.

Привабливість страхової медицини полягає в тому, що вона дозволяє економити бюджетні кошти, оскільки велика частина фінансового тягаря перекидана на страхувальника, а також робить доступною медичну допомогу для широкого кола осіб. При цьому розмір соціальних виплат, як правило, пов'язаний з індивідуальним внеском застрахованого і його страхувальника (працедавця). Окрім цього, платник страхових внесків має право вибирати страхову компанію, а та – лікувальні установи.

Приватна медицина в даний час представлена приватно практикуючими лікарями, клініками і лікарнями. Весь обсяг медичної допомоги оплачує сам пацієнт, або безпосередньо купуючи платні медичні послуги, або через систему добровільного медичного страхування. Держава бере на себе лише турботу про малозабезпечені верстви населення, пенсіонерів, безробітних і т. п. Позитивними рисами моделі є висока якість медичних послуг, безпосередня відповідальність страховика перед клієнтом і гарантія оплати при страховому випадку, високі доходи лікарів. Головний її мінус – висока вартість медичних послуг, недоступність медичної допомоги для більшості населення.

Доречно відзначити, що приватна модель охорони здоров'я історично пов'язана із задоволенням потреби у високоякісних і дорогих медичних послугах лише для забезпечених верств населення. Тому вона не може бути організаційно-фінансовою основою національної системи охорони здоров'я в цілому, а може лише використовуватися як доповнення до державної моделі охорони здоров'я або системи, заснованої на соціальному страхуванні.

У якості висновку слід відзначити, що в даний час в жодній країні світу жодна з розглянутих моделей не функціонує в "чистому" вигляді, що свідчить про відсутність яскраво виражених переваг будь-якої з них. В реальності всі перераховані джерела фінансових ресурсів поєднуються і можна говорити тільки про переважаючий тип фінансового забезпечення. А в Україні спостерігаються загальні тенденції щодо спроб запровадження багатоканальних систем гнучкого фінансування галузі охорони здоров'я, спираючись на досвід розвинутих країн.