

Електронний журнал «Ефективна економіка» включено до переліку наукових фахових видань України з питань економіки (Категорія «Б», Наказ Міністерства освіти і науки України № 975 від 11.07.2019). Спеціальності – 051, 071, 072, 073, 075, 076, 292.

Ефективна економіка. 2023. № 7.

DOI: <http://doi.org/10.32702/2307-2105.2023.7.52>

УДК 657.6

I. В. Глушаченко,

аспірант кафедри фінансів імені Віктора Федосова, Київський національний економічний університет ім. В. Гетьмана, м. Київ, Україна

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1978-6368>

НОРМАТИВНО-ІНСТИТУЦІЙНІ ОСНОВИ ФІНАНСОВОГО КОНТРОЛЮ В СФЕРІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ: КРАЩІ СВІТОВІ ПРАКТИКИ

I. Glushachenko,

Postgraduate student, Kyiv National University of Economics named after Vadim Hetman, Kyiv, Ukraine

REGULATORY AND INSTITUTIONAL FUNDAMENTALS OF FINANCIAL CONTROL IN THE PROVISION OF MEDICAL SERVICES: WORLD BEST PRACTICES

При підготовці даної статті автор мав на меті вивчити та зробити порівняльний аналіз різних систем фінансування сфери надання медичних послуг в деяких країнах Європейського союзу, Сполучених штатів Америки, Канади, Японії. В останні роки Україна впевнено рухається у напрямку застосування передового досвіду різних країн у впровадженні медичної реформи. Багатьма дослідниками та практиками розглядаються різні моделі фінансування медичної сфери, які мають як свої значні переваги, так і недоліки, врахування або сприйняття яких є важливим для впровадження

кращих практик сучасності. В статті описується функціонування основних моделей фінансування медичної сфери в різних країнах: страхова модель, державна модель та приватна модель. Також автор наводить основні переваги та недоліки кожної із запроваджених систем фінансування. Результати дослідження є цікавими не тільки для фахівців у сфері фінансів та фінансового контролю, але й для пересічних громадян, які можуть заздалегідь оцінити, як функціонує та чи інша модель фінансування та контролю медичних закладів різних країн.

Останнім часом, коли життя та обставини у зв'язку із воєнним станом в Україні змусили багатьох громадян тимчасово змінити свої домівки та оселитися в інших країнах Європи та світу, громадяни на власному досвіді отримали можливість оцінити ті чи інші системи організації роботи сфери надання медичних послуг. Власний досвід та матеріал, використаний у статті, надасть можливість у майбутньому використовувати кращі впровадження у побудові і функціонуванні медичної сфери.

During the preparation of the article, the author researched and analyzed various systems of financing the field of medical care in certain countries of the European Union (EU), the United States of America, Canada, and Japan. In recent years, Ukraine, before the beginning of the full-scale invasion of the aggressor country, confidently moved in the direction of applying the best practices of various countries in the implementation of medical reform. But today challenges the further process of medical sector reform. Many researchers and practitioners are considering various models of financing the medical field, which have both their significant advantages and disadvantages, the consideration or perception of which is important for the implementation of modern best practices. The article describes the functioning of the main models of financing the medical field in different countries: the insurance model, the state model, and the private model. The author provides statistical data for different countries and compares different systems of receipt and expenditure of funds from the state budget, insurance companies and citizens' own funds. The author also cites the main advantages and disadvantages of each of the introduced financing systems. The results of the study are interesting not only for specialists in the field of finance and financial control, but also for ordinary

citizens who can assess in advance how this or that model of financing medical institutions in different countries of the world functions, the implementation and effectiveness of control over the use of funds for development and operation medical field. Recently, when life and circumstances in connection with the state of war in Ukraine forced many citizens to temporarily change their homes and settle in other countries of Europe and the world, citizens had the opportunity to evaluate certain systems of the organization of work in the field of medical services from their own experience. Own experience and material used in the article will provide an opportunity to use better experience in the construction of the medical field in the future.

Ключові слова: фінансовий контроль, нормативно-інституційні засади, система охорони здоров'я, медична реформа, модель фінансування, контроль, держава.

Keywords: financial control, regulatory and institutional foundations, health care system, medical reform, financing model, control, state.

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

Здоров'я населення – це той ключовий фактор, що визначає рівень благополуччя суспільства. На сьогодні одним із найважливіших пріоритетів державної політики України є збереження та зміцнення здоров'я громадян як на підставі формування здорового способу життя, так і шляхом проведення реформування сфери охорони здоров'я, з метою підвищення доступності та якості медичної допомоги.

2018 року набув чинності Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [1], який дав старт медичній реформі в Україні. Головна ідея реформи – спрямувати кошти не на підтримку мережі лікарень, а на фінансування потреб пацієнтів.

Зміни, які виникають внаслідок запровадження реформи, передбачають створення інституційних та правових умов для запровадження нових методів оплати медичних послуг постачальникам. І як невід'ємний елемент такої реформи є раціональне та ефективне використання фінансових ресурсів, що

можливо лише за умови удосконалення та посилення контролю з боку держави щодо отримання, перерозподілу та використання фінансових ресурсів, спрямованих на розвиток медичної сфери та надання якісних й ефективних медичних послуг населенню.

Метою підготовки статті є дослідження нормативно-інституційних засад фінансового контролю в сфері надання медичних послуг.

В статті розглядаються основні моделі фінансування сфери медичних послуг на прикладах існуючих в різних країнах світу вже запроваджених систем надходження та розподілу фінансів, виділені переваги та недоліки кожній із моделей фінансування і притаманні такій моделі ризики, та визначаються основні напрями здійснення фінансового контролю при використанні відповідної моделі фінансування. Також розглянуто нормативне забезпечення фінансового контролю у сфері надання медичних послуг.

АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ І ПУБЛІКАЦІЙ

Інституційне середовище в дослідженнях економістів пов'язується перш за все з такими поняттями, як «інституціональна система», «інституціональна основа», «інституціональна структура», «інституціональний механізм» тощо. Сутність цих понять вперше було розглянуто в роботах О. Вільямсона, Дж. Окслі [2], Д. Норта, Л. Девіса, Р. Ріхтера та багатьох інших.

Питаннями сучасної української інституціональної теорії та розкриттям суті понять «інститут», «інституціональне середовище» займалися З. Ватаманюк, Г. Омельчак, Р. Пустовійт, О. Стрижак, Д. Медоуз, М. Месарович, Я. Хоменко, В. Кредісов, Т. Паєнтко, І. Москаленко, М. Данько, та інші, в чиїх роботах висвітлені поняття, структура та структурні елементи інституціонального середовища.

ФОРМУЛЮВАННЯ ЦІЛЕЙ СТАТТІ

Метою статті є вивчення та проведення порівняльного аналізу різних систем фінансування сфери надання медичних послуг з визначенням переваг та недоліків таких систем в деяких країнах Європейського союзу, Північної Америки, Японії.

ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ

Основу нормативно-інституційних засад фінансового контролю у будь-якій сфері діяльності становить інституційне середовище, тобто, сукупність основоположних політичних, соціальних, юридичних і економічних правил, що визначають рамки людської поведінки й утворюють базис для виробництва, обміну і розподілу [3]. Теоретики інституціоналізму розглядають інституційне середовище як сукупність інститутів (норм та правил), діяльності інституційних одиниць-органів, а також здійснюваних ними трансакцій.

Для забезпечення ефективного фінансового контролю, у тому числі й у сфері надання медичних послуг, важливими є три головні складові інституту, які виділяє один з представників нової інституціональної теорії Д. Норт:

Інститути – це «правила гри» в суспільстві, або, висловлюючись більш формально, створені людиною обмежувальні рамки, які організовують взаємовідносини між людьми (політичні, економічні та соціальні). Вони включають:

- а) неформальні обмеження (санкції, табу, звичаї, традиції і норми поведінки)
- б) формальні правила (конституції, закони, права власності)
- в) механізми, що забезпечують їх виконання (або - механізми примусу). І це є суди, поліція та інше [4].

Сучасні дослідники цього питання, наприклад, Т. Паєнтко [5], додає ще один важливий елемент, а саме культуру, обґрунтовуючи це тим, що культура лежить в основі формальних обмежень. Наприклад, якщо суспільство негативно ставиться до дотримання законів, то такі суспільні умовності, як дотримання законів, в такому суспільстві будуть слабкі.

У різних країнах формування та розвиток складових інституцій відбувався під впливом різноманітних факторів, у тому числі і під впливом моделей фінансування сфери медичних послуг, базовими з яких виступають:

- модель Беверіджа або державна модель,
- модель Бісмарка або страхова модель та
- ринкова або приватна модель.

Економічні моделі систем охорони здоров'я різних країн можуть бути позначені в залежності від того, яку роль і функції виконує держава в цих процесах.

Модель Беверіджа, яка вперше була інституціолізована та почала функціонувати у 40-х роках минулого сторіччя у Великій Британії, передбачає фінансування медичної сфери за рахунок централізованих коштів платників податків, тобто за рахунок державного бюджету. Відповідно до цієї моделі всі громадяни, незалежно від їхнього соціального статусу, набувають право на безкоштовний доступ до широкого спектру медичних послуг.

При використанні моделі Беверіджа більшість медичних закладів (лікарні, поліклініки, перинатальні центри, медичні лабораторії) належать державі, а медичні працівники набувають статусу державного службовця. Але поряд з державними медичними закладами є також приватні медичні установи, які частково фінансуються за рахунок держави у вигляді цільового фінансування, дотацій або компенсації вартості послуг. При застосуванні такої моделі, коли держава виступає як єдиний платник вартості медичних послуг, зменшується, а іноді і зовсім зникає конкуренція на ринку охорони здоров'я, що допомагає підтримувати низькі адміністративні (організаційні) витрати, що пов'язані з функціонуванням такої системи.

Модель Беверіджа у її класичному варіанті існує у Великій Британії. Крім того, ця модель фінансування медичних послуг була запроваджена у Данії, Фінляндії, Греції, Португалії, Швеції, Іспанії та Італії. У певному вигляді така система функціонує і в Україні.

Британія: Модель фінансування медичної сфери переважно державна. Її бюджет на 90% формується за рахунок бюджету країни. На медицину щороку йде 9,5% валового внутрішнього продукту (ВВП). Це другий за обсягом соціальний бюджет країни, більший має тільки Пенсійний фонд. Такі значні асигнування дозволяють покривати від 82% до 85% усіх видатків. Ще майже 8% дає приватне медичне страхування, від 2% до 5% — готівкові кошти громадян, які оплачують додаткові послуги, решту — державне медичне страхування і комерційна діяльність NHS. Усі медичні послуги в Британії

надають безплатно. Нічого не вартують пацієнтам і ліки, на які є рецепт лікаря. Існує практика відшкодування вартості проїзду до клініки. Модель називають універсальною, бо вона гарантує безплатну медичну допомогу всім громадянам країни, незалежно від їхніх доходів і податкових відрахувань. [6]

Іспанія: Основною особливістю іспанської системи охорони здоров'я є те, що вона значною мірою фінансується за рахунок внесків, пов'язаних із зайнятістю. Крім того, вона охоплює практично все населення і ґрунтується на принципах загальної і рівної доступності до медичних послуг. Витрати на охорону здоров'я становлять у середньому 30% всіх бюджетних витрат автономних областей країни. [7]

85 % лікувальних установ в Іспанії належать державі, і тільки 15 % - приватні клініки. В результаті майже 94 % населення забезпечені безкоштовним медичним обслуговуванням, і цю допомогу іспанці при необхідності можуть отримати в будь-якій точці країни. [8] Як результат, середня тривалість життя в країні посідає друге місце в Євросоюзі, що призводить до суттєвого «дорослішання» населення.

Данія: Данія є однією з найбагатших країн світу і належить до тих країн, де охороні здоров'я та фармацевтичного забезпечення приділяється велика увага. Рівень медичного обслуговування досить високий, а доступ до лікарських засобів та медичних послуг мають усі громадяни країни. В основі системи охорони здоров'я Данії лежить принцип загального, вільного та рівного доступу населення до медичного обслуговування. Послуги охорони здоров'я включають первинну, профілактичну, спеціалізовану, лікарняну, психіатричну та довгострокову допомогу. Сюди також входять дитячі стоматологічні послуги. Данія надає безкоштовне медичне обслуговування всім жителям, яке фінансується за рахунок податків. Держава не має прямої ролі в наданні медичних послуг. Регіони володіють, управляють і фінансують лікарні. 80% фінансування в регіонах надходить від держави та 20% від муніципалітетів. Державні витрати складають 84% загальних витрат на охорону здоров'я. Витрати на охорону здоров'я складають 10.4% ВВП. [9]

Швеція: Національна система охорони здоров'я Швеції вважається однією з найкращих у світі і продовжує вдосконалюватись завдяки інноваційним рішенням та інвестиціям у новітні технології. Згідно зі звітом Всесвітньої організації охорони здоров'я, Швеція посідає 23 місце у світовому рейтингу країн з функціональності та розвитку систем охорони здоров'я. Національна система охорони здоров'я Швеції фінансується за рахунок податків, що надходять до бюджетів місцевих органів влади на рівні округів та муніципалітетів. Швеція щорічно інвестує близько 9% свого ВВП у охорону здоров'я. Завдяки високій якості медичних послуг, що надаються в рамках системи охорони здоров'я Швеції, лише невелика частина населення країни (близько 10%) додатково оформляють поліс приватного медичного страхування. Усі діти у Швеції мають доступ до безкоштовного медичного обслуговування у рамках державної програми медичного страхування. На регулярній основі здійснюється перевірка зору, імунізація, медичні огляди, стоматологічні огляди, лікування. Залежно від регіону проживання вік, до досягнення якого медичне обслуговування надається на безоплатній основі, становить 20-25 років. Фінансування шведської системи медичного забезпечення, таким чином, здійснюється здебільшого з прибуткових податків, що стягуються на рівні округів (72%), державних трансфертів (13%), у незначному обсязі - внесків охоплених медичним страхуванням осіб (3,4%), а також із загального фонду медичного страхування у розмірі 1,7% окружна рада стягує з нього повну вартість послуг. Однак часто ці витрати бере на себе іншу окружну раду чи страховий фонд відповідної іноземної держави. [10]

Як бачимо у наведених прикладах, модель Беверіджа заснована на централізованому плануванні під контролем держави: уряд країни приймає економічні рішення щодо розподілу надходжень до бюджету на фінансування тієї чи іншої сфери діяльності. Незважаючи на те, що адміністративні витрати на функціонування такої моделі є порівняно низькими, в умовах незрілого інституціонального середовища модель може генерувати додаткові витрати, пов'язані з різними проявами корупції. Якщо в інституційному середовищі домінують інституційні пастки (неформальні токсичні інститути, наслідування

поведінковим установкам, що повторюються та призводять до несприятливих економічних наслідків), така модель деградуватиме внаслідок низької ефективності витрачання коштів платників податків. Традиційно до інституційних пасток відносять ухилення від податків, тіньову економіку, корупцію, неплатежі, бартер, рейдерство. Їх виникнення є головною небезпекою у процесі здійснення інституційних змін [11]

До переваг застосування моделі Беверіджа відносять безкоштовність та доступність медичної допомоги для всього населення країни, порівняно просту технологію фінансування лікувально-профілактичних закладів та систему оплати праці медичних працівників.

Водночас цій моделі притаманні і ряд недоліків, які мають бути враховані при розбудові механізмів фінансового контролю. Фінансування цієї моделі вимагає значних фінансових ресурсів із державного бюджету на розвиток галузі охорони здоров'я, а саме - коштів платників податків. В умовах незрілого інституційного середовища та недієвої нормативно-правової бази зростають ризики низької ефективності використання коштів платників внаслідок нераціонального та, як не парадоксально, нечесного розподілу між територіями, закладами, які надають медичні послуги, непрозорих закупівель тощо. Крім того, в умовах такої системи у отримувачів медичних послуг відсутній доступ до інформації про вартість медичних послуг, і тому складається враження їх безкоштовності. Людина не сплачує за спожиту послугу (у вигляді медичного обслуговування) безпосередньо під час отримання такої послуги – її вже сплачено у вигляді податків, відповідно слабшає контроль з боку споживачів за достатністю фінансування послуг та їх якістю. Оскільки фінансування закладам, які надають медичні послуги, буде виділено у будь-якому випадку, то існують ризики зниження якості медичних послуг і, як наслідок, можуть виникати приховані оплати медичних послуг пацієнтами для отримання більш якісної допомоги, та відсутності мотивації до прогресу у сфері надання медичних послуг. В такому випадку, ключовими векторами фінансового контролю сфері медичних послуг, заснованій на моделі Беверіджа, має бути

аудит ефективності фінансових ресурсів, а не тільки контроль цільового використання коштів.

Ще одна з проблем, яка пов'язана з застосуванням моделі Беверіджа, полягає в тому, яким чином уряд держави має реагувати на кризу в галузі охорони здоров'я. У випадках виникнення надзвичайних ситуацій, економічної кризи, форс-мажорних обставин фінансування медичних послуг може бути зменшено в наслідок зменшення доходів громадян. Ситуація, що потенційно виникає, може викликати багато проблем з великим напливом пацієнтів та відсутністю достатнього фінансування.

Враховуючі недоліки та ризики застосування зазначеної моделі фінансування медичної сфери, основними завданнями фінансового контролю виступають:

- 1) перевірка стану виконання обов'язків щодо фінансування державних програм надання медичних послуг;
- 2) перевірка правильності використання державними та комунальними підприємствами, установами, організаціями грошових ресурсів, що є в їх розпорядженні;
- 3) контроль за наданням платних послуг населенню;
- 4) усунення і попередження порушень фінансової дисципліни;
- 5) антикорупційний аудит.

Слід звернути увагу, що модель Беверіджа демонструє високу ефективність у країнах з належним рівнем фінансової та політичної грамотності. У цьому проявляється важлива риса інституційного забезпечення фінансового контролю, а саме формальні правила (закони, підзаконні та нормативні акти, прецеденти тощо) підтримуються та посилюються неформальними правилами (традиціями, звичками, соціальними умовностями, наприклад, коли громада вимагає підзвітності від певної установи щодо напрямів та раціональності витрачання коштів), що сприяє ефективному функціонуванню моделі Беверіджа.

Модель Бісмарка, або іноді в літературі можна побачити визначення «соціально-орієнтована модель системи охорони здоров'я» базується

переважно на обов'язковому соціальному страхуванні всіх громадян відповідно до визначеного рівня доходу. За такої моделі система охорони здоров'я фінансується через цільові внески роботодавців і працівників, а також через бюджетні субсидії із загальних або цільових надходжень. Розмір внесків визначається, виходячи з можливості їх сплати населенням, а доступ до послуг — виходячи з потреб у них. У моделі Бісмарка, або страховій моделі, ключову роль у фінансовому забезпеченні сфери медичних послуг відіграє обов'язкове медичне страхування. Основне припущення моделі Бісмарка – захистити професійно-активне суспільство від втрати здоров'я, що могло б призвести до порушення загальної стабільності [12].

При застосуванні моделі Бісмарка планування є децентралізованим, суб'єктами контролю виступають страхові організації. У моделі Бісмарка роботодавець та працівник зобов'язані сплачувати обов'язкові внески на охорону здоров'я. Модель також передбачає функціонування фондів охорони здоров'я, які діють як страховий фонд [13].

З інституційної точки зору ця модель є досконалішою, оскільки у сфері надання медичних послуг присутній ще один інститут – страхування, який балансує механізм надання зазначених послуг.

У всіх країнах, де була прийнята модель Бісмарка, включаючи Польщу, Бельгію, Японію, Швейцарію та Канаду, медична страховка є обов'язковою та поширюється на всіх громадян і має загальний характер. В Німеччині модель Бісмарка існує у своєму класичному варіанті. За системою Бісмарка страхові компанії та структури, які є суб'єктами ринку медичних послуг, зобов'язані всі зібрані кошти використовувати тільки на оплату медичної допомоги. Характерною рисою системи Бісмарка є існування незалежних страхових фондів, які керуються через державні або приватні страхові компанії, їх діяльність строго регламентує держава. За рахунок публічних коштів держава зобов'язана забезпечити безкоштовне медичне обслуговування на мінімальному рівні, що визначається кошиком гарантованих медичних послуг. Громадяни можуть також користуватися платною медичною допомогою, що надається недержавними медичними установами, і вступати до медичних фондів або

комерційних страхових програм, якщо рівень мінімального медичного обслуговування, що надається державою, недостатній. [14].

Польща: Система охорони здоров'я Польщі підпорядкована Міністерству охорони здоров'я та Національному фонду здоров'я. Для отримання медичної допомоги в Польщі треба бути застрахованими в Національному Фонді Здоров'я, або мати страховку іншої країни ЄС. Є обов'язкове страхування. Якщо людина працює — за неї платить роботодавець, це близько 9% доходу. Якщо людина працює на себе — вона сама сплачує страховку. Якщо людина не працює, але її чоловік чи дружина працюють — на людину також поширюється їхня страховка. Безробітні мають бути зареєстровані на біржі праці, а мігранти у відповідному відомстві. Діти отримують медичні послуги в школі, навіть якщо батьки нелегали. Решті резидентів Польщі варто оформити на себе добровільну страховку. 98% резидентів Польщі так чи інакше застраховані. [15]

Японія: Система охорони здоров'я в Японії — одна з найрозвиненіших у світі. Орієнтація на профілактику та реабілітацію дозволила істотно знизити витрати на охорону здоров'я і підвищити її якість. Система охорони здоров'я ґрунтується на повному охопленні всього населення медичним страхуванням, забезпечуваням державою і роботодавцями приватного сектору. Особисті витрати населення на охорону здоров'я становлять близько 12% від загального обсягу витрат на ці цілі в країні. Сьогодні витрати на охорону здоров'я в Японії становлять 8,1% ВВП. Країна домоглася такого успіху шляхом заборони на прибуток страхових компаній, а також введенням обмежень на оплату лікарів, що допускають серйозні помилки в обслуговуванні пацієнтів. Вся діяльність координується Міністерством охорони здоров'я і соціального забезпечення. Переважна більшість лікарень і клінік в Японії перебуває в приватних руках, однак через те, що всі тарифи на оплату їх послуг встановлює влада, для пацієнтів не існує жодної різниці між приватною і державною медициною. [16]

Бельгія: Бельгійська система охорони здоров'я ґрунтується на принципах соціального страхування, яке передбачає горизонтальну солідарність (здоровий платить за хворого), вертикальну солідарність (значною мірою залежить від трудових доходів) і без відбору ризиків. Фінансування в основному

здійснюється за рахунок пропорційних внесків на соціальне страхування, пов'язаних з доходами, котрі підлягають оподаткуванню, в меншій мірі, за рахунок прогресивного прямого оподаткування, а також за рахунок джерел альтернативного фінансування, пов'язаних зі споживанням товарів і послуг (переважно – податок на додану вартість). [17]

Німеччина: У Німеччині діє одна з найбільш розвинутих систем соціального медичного страхування. Вона була введена в Європі в 1883 р. Бісмарком, і в даний час нею охоплено більш 90% населення, 8% - охоплено приватним медичним страхуванням і за 2% незаможних платить держава. Ця система забезпечує необхідну медичну допомогу у випадку захворювання для всіх застрахованих. Фінансування здійснюється з трьох джерел: страхові внески підприємців - відрахування з доходів (податків); заробітки трудящих - відрахування з заробітної плати; кошти державного бюджету. Медичні страхові каси бувають у Німеччині двох видів: державні та приватні. Страхівка покриває вартість прийому у лікаря, лікування та навіть вартість ліків, які купуються самостійно пацієнтом. Вартість державної страховки залежатиме від вашого доходу, тоді як вартість приватної ви можете визначити самостійно. 90% жителів Німеччини - власники державної страховки, оскільки можливість вибору типу страховки буде залежати від вашого роду діяльності та доходу.

Плюси державного страхування: державна медична страховка в Німеччині коштує дешевше за приватну у разі, якщо заробіток невисокий (чим менше зарплата, тим дешевше страховка); вона дешевша для студентів до 30 років; страховкою безкоштовно може користуватися чоловік/дружина або дитина застрахованої особи.

Вартість приватної страховки залежить не від особистого доходу, а від віку, стану здоров'я та переліку послуг, які планується включити до неї включити. У однакових у відсотковому співвідношенні внесках і є знаменитий принцип солідарності (тобто всі відповідають за всіх) державного медичного страхування. Усі клієнти компанії сплачують рівну частину від власного доходу, і за ці гроші мають право на оплату всіх необхідних медичних послуг. [18]

Канада: Охорона здоров'я в Канаді фінансується в основному податками, як місцевими, так і державними прибутковими податками і податком на прибуток з підприємств. З 1971 року в Канаді введено Національну систему медичного страхування, яка включає сплату всіх видів стаціонарної та амбулаторної допомоги, окрім стоматологічної, протезування та придбання медикаментів. Більш ніж 90 % витрат на стаціонарну та амбулаторну допомогу компенсується із суспільних фондів. За рахунок прогресивного податку покривається 25 % всіх затрат на охорону здоров'я. Система охорони здоров'я коштує платникам податків 9,5 % ВВП. 70 % витрат на здоров'я покривається з податків: федеральних, провінційних і територіальних. Місцеві органи управління охороною здоров'я щороку отримують транш із загальної казни, який покриває чверть їхніх видатків. Деякі провінції використовують податки з продажу товарів як-то алкоголю чи лотерей. [19]

У якості переваг застосування моделі Бісмарка можна визначити принцип солідарної оплати медичної допомоги та доступність гарантованого обсягу медичної допомоги для застрахованого населення, конкуренція на ринку медичних послуг, що заснована на співробітництві, наявність економічних стимулів щодо розширення спектру і підвищення якості медичних послуг. Однак слід зауважити, що внаслідок високої децентралізації така модель характеризується високими адміністративними витратами, у тому числі на утримання страхової інфраструктури. Крім того, така модель характеризується складною системою розрахунків із лікувально-профілактичними закладами та недоступністю медичних послуг для незастрахованого населення або медичних послуг, які виходять за рамки страхової програми для застрахованих пацієнтів. При застосуванні такої моделі фінансування сфери надання медичних послуг знижується обсяг медичних послуг, які фінансуються за рахунок обов'язкового медичного страхування, а також знижується якість надання медичних послуг порівняно з їх вартістю.

Такі інституційні особливості зазначеної моделі обумовлюють особливості функціонування фінансового контролю, який має бути направлений на:

- 1) контроль руху фінансових потоків від страхового фонду (страхової компанії) до надавача медичних послуг,
- 2) контроль ефективності управління фінансовими ресурсами, а також
- 3) контроль вартості і якості медичних послуг, які надаються медичними закладами безпосереднім споживачам.

Ринкова або приватна модель передбачає домінування приватного фінансування медичних послуг, тобто отримувачі послуг оплачують їх напямую після надання послуги або за допомогою механізмів добровільного медичного страхування. Така система характеризується високим рівнем децентралізації і високими адміністративними витратами. Однією з причин високих адміністративних витрат є необхідність державного фінансування медичних послуг для малозабезпечених. При застосуванні ринкової моделі роль держави обмежується з одного боку законодавчими актами, які регулюють відносини суб'єктів ринку медичних послуг, з іншого - окремими програмами, що фінансуються з державного бюджету. За ринкової моделі організації охорони здоров'я, фінансування галузі відбувається з таких джерел, як приватні страхові фонди охорони здоров'я; внески з приватних джерел; прямі виплати виробникові медичних послуг або ж комбінації цих трьох джерел фінансування.

Класичним прикладом ринкової моделі є сфера надання медичних послуг в США, яка сформувалася історично, оскільки громадяни звикли розраховувати переважно на себе, а не на державу. Слід зазначити, що розвиток такої моделі потребує відповідного інституційного середовища, де ключову роль відіграють такі неформальні інститути як традиції і соціальні звички – традиційно люди не готові передавати державі частину свого доходу для організації фінансування сфери медичних послуг, оскільки вважають, що вони можуть витратити ці кошти ефективніше.

США: Близько 46% грошей на охорону здоров'я виділяють федеральний уряд та уряди штатів. Роботодавці сплачують 27% витрат на охорону здоров'я. Для таких підприємств є податкові пільги. Решту 27% сплачують приватні особи.

На охорону здоров'я США витрачають 16.4% ВВП. Це найбільше в світі.

Але велике фінансування не гарантує всім громадянам рівного доступу до медичних послуг. У 2018 році, понад 15% американців не застраховані взагалі. Причина – зависока вартість страховки, втрата роботи чи неможливість отримати страхову субсидію. Така тенденція зберігається і зараз. Громадяни без страховки можуть користуватися послугами неприбуткових центрів охорони здоров'я та кімнат невідкладної допомоги в лікарнях. Втім, часто вони йдуть звідти, не отримавши допомогу. Такі установи зобов'язані лише оцінити стан пацієнта і стабілізувати його, але не лікувати. [20]

Перевагами застосування ринкової (або приватної) моделі виступають: стимуляція розвитку нових медичних технологій; забезпечення інтенсивної діяльності медичних працівників; постійне підвищення якості надання медичних послуг, що стимулюється жорсткою конкуренцією; виключення економічно неефективних технологій та стратегій; мобільність ресурсів; високий рівень комфортності при отриманні медичних послуг та застосування високих технологій в медичній сфері. Але така модель має велику кількість і недоліків. Насамперед це:

- 1) нерівний доступ до медичної допомоги різних верств населення;
- 2) високі витрати й відповідно до них високі ціни на надання медичних послуг;
- 3) високі громадські витрати на охорону здоров'я;
- 4) неможливість здійснення державного контролю за визначенням розвитку пріоритетних напрямів розвитку охорони здоров'я;
- 5) можливість недобросовісної конкуренції між надавачами медичних послуг;
- 6) недостатність коштів у пацієнта для оплати складних випадків лікування;
- 7) необхідність створення і фінансування програм надання медичних послуг малозабезпеченим.

При застосуванні ринкової (приватної) моделі фінансування сфери надання медичних послуг основним об'єктом фінансового контролю буде

виступати фінансування програм надання медичних послуг саме малозабезпеченим верствам населення.

Об'єкти фінансового контролю варіюються залежно від моделі фінансування надання медичних послуг, проте основним аспектом в усіх моделях є ефективність фінансування. З точки зору комплексності фінансового контролю, то найбільш складною є модель Беверіджа, оскільки вона заснована на основі фінансування за рахунок публічних коштів і містить корупційні ризики, тому аудит ефективності та фінансовий аудит має доповнюватися антикорупційним аудитом, а також додатковим фінансовим контролем у сфері надання платних медичних послуг медичними закладами, які фінансуються за рахунок держави.

Нормативне забезпечення, як сукупність формальних правил, є важливим елементом нормативно-інституційного забезпечення фінансового контролю у сфері медичних послуг.

Слід зазначити, що основний закон Європейського Союзу не накладає на держави-члени зобов'язання щодо одноманітної організації та фінансування системи охорони здоров'я [21] [стаття 168(1)], доповнюючи лише національну політику. Це надає можливості кожній країні розробляти власні підходи та моделі фінансування сфери медичних послуг, а також застосовувати відповідний контроль у цій сфері. Відсутня еталонна система, яку Україна могла б взяти як зразок для імплементації. Але у цьому є певні переваги, адже можна взяти до уваги кращі практики фінансового забезпечення сфери надання медичних послуг та організації фінансового контролю в ЄС та реалізувати їх в Україні з урахуванням особливостей інституційного середовища саме України.

Нормативно-правовою базою здійснення фінансового контролю є перш за все Конституція України, яка визначає принципи, основні права і обов'язки державних органів і громадських організацій в сфері контролю. Окремі питання фінансового контролю відображені в Законах України, указах Президента України, постановах Кабінету Міністрів України, інструкціях і наказах, рішеннях органів публічної влади, статутах і інших нормативно-правових актах.

Однак нормативне забезпечення фінансового контролю складається не тільки з нормативних актів, які створюють нормативно-правову базу для проведення контролю, виявлення порушень та застосування заходів відповідальності, але й з нормативних актів, які регулюють ключові аспекти фінансування сфери надання медичних послуг (Рис. 1).

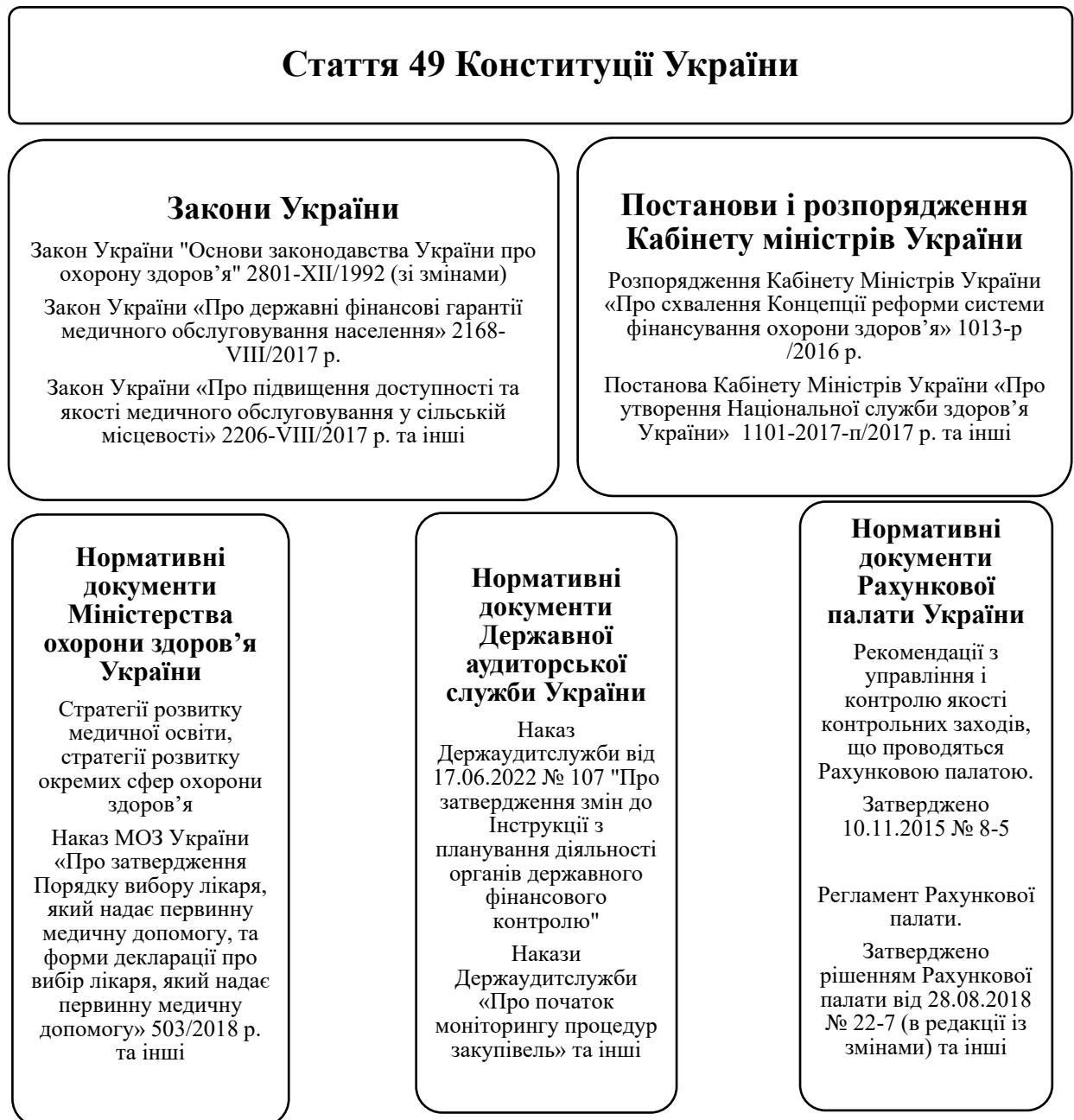


Рис. 1. Ієрархія законодавчих та нормативних актів у сфері надання медичних послуг

Нормативно-правове забезпечення фінансового контролю у сфері медичних послуг є розгалуженим і складним, що обумовлено необхідністю

розподілу напрямів фінансового контролю між двома ключовими органами, які здійснюють фінансовий контроль. Найвищу юридичну силу у нормативно-правовому забезпеченні має Конституція України [22], яка визначає правовий статус і повноваження у сфері контролю Верховної Ради України, Кабінету Міністрів України. Крім цього, Конституція України також визначає контрольні функції Президента як глави держави. Контрольні повноваження мають і державні адміністрації в регіонах та органи місцевого самоврядування, їх правовий статус визначає Конституція України, а повноваження – окремі нормативні акти. У Конституції не визначено правовий статус Міністерства фінансів України з позицій контролю, а серед спеціальних органів фінансового контролю визначено тільки Рахункову палату. Правовий статус всіх інших контролюючих органів визначено відповідними Законами України.

Як визначено у ст. 22 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [23], державний фінансовий контроль у сфері охорони здоров'я означає, що «Держава через спеціально уповноважені органи виконавчої влади здійснює контроль і нагляд за дотриманням законодавства про охорону здоров'я, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на забезпечення здорового навколишнього природного середовища і санітарно-епідемічного благополуччя населення, нормативів професійної діяльності в сфері охорони здоров'я, вимог Державної Фармакопеї, стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій та протоколів надання реабілітаційної допомоги».

Двома головними органами у сфері фінансового контролю наразі є Рахункова палата України та Державна аудиторська служба України.

Рахункова палата України — орган фінансово-бюджетного контролю, який утворений Верховною Радою України, підпорядкований і підзвітний їй, працює самостійно і незалежно від інших органів держави. У сфері фінансового контролю медичних послуг діяльність Рахункової палати переважно пов'язана із здійснення контролю за фінансуванням загальнодержавних бюджетних програм; витрачанням коштів цільових фондів; законністю та ефективністю використання коштів, що виділяються з Державного бюджету України;

витрачанням коштів державними установами та організаціями; використанням міжбюджетних трансфертів; утворенням, обслуговуванням і погашенням державного боргу.

Державна аудиторська служба України - центральний орган виконавчої влади у формі інспекції, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра фінансів України та який реалізує державну політику у сфері державного фінансового контролю. Державна аудиторська служба забезпечує здійснення державного фінансового контролю, спрямованого на оцінку ефективного, законного, цільового, результативного використання та збереження державних фінансових ресурсів, досягнення економії бюджетних коштів. Таке забезпечення здійснюється шляхом ревізій, перевірки закупівель, моніторингу закупівель, та проведення державного фінансового аудиту.

Окрему роль у нормативно-інституційному забезпеченні фінансового контролю слід відвести Міністерству фінансів України. Саме Міністерство фінансів України відповідно до Бюджетного кодексу України, здійснює контроль за дотриманням бюджетного законодавства на кожній стадії бюджетного процесу як стосовно Державного бюджету, так і місцевих бюджетів [24]. Тобто на етапі формування бюджету, а саме розподілу фінансових ресурсів між різними функціями держави, а також між різними напрямками фінансування сфери охорони здоров'я, а значить і надання медичних послуг, ключові функції контролю здійснює Міністерство фінансів України, яке має закладати основу ефективності фінансування сфери медичних послуг.

Таким чином, фінансовий контроль у сфері надання медичних послуг є специфічною формою державного контролю, який спрямований на забезпечення законності, обґрунтованості та повноти надходжень коштів у відповідні фонди, законності й ефективності їх розподілу і перерозподілу та використання.

ВИСНОВКИ

У зв'язку з проведенням реформи сфери надання медичних послуг в Україні також відбуваються зміни і у системі фінансування медичної сфери, тому важливим та необхідним є продовження процесу удосконалення фінансового контролю з боку держави у галузі охорони здоров'я, а саме контролю за механізмом забезпечення обсягу та якості медичних послуг за рахунок бюджетного фінансування (за рахунок державного та місцевих бюджетів), а також за рахунок залучених із додаткових джерел фінансування коштів у вигляді добровільного медичного страхування та державного соціального медичного страхування, коштів, отриманих від благодійних фондів та у якості благодійних внесків громадян, коштів, отриманих від надання платних медичних послуг, та інших джерел фінансування галузі, які не заборонені законодавством України.

Підсумовуючи викладений матеріал, слід зазначити, що в Україні створені основи нормативно-інституційного забезпечення фінансового контролю у сфері медичних послуг, розроблені основні нормативно-правові акти та функціонують ключові установи, які забезпечують фінансовий контроль у сфері надання медичних послуг.

Література

1. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>

2. Oxley, J. (1999). Institutional environment and the mechanisms of governance: The impact of intellectual property. *Journal of Economic Behavior & Organization*. Elsevier, ISSN 0167-2681. - Vol. 38.1999, 3, 283-309

<https://www.econbiz.de/Record/institutional-environment-and-the-mechanisms-governance-the-impact-intellectual-property-protection-the-structure-inter-firm-alliances-oxley-joanne/10005145539>

3. Мельник А. Ф. (2011) Інституціональне середовище розвитку економіки *Національна економіка. Київ: Знання*, 463 [Архівовано 29 листопада 2016 у Wayback Machine.]

4. Норт Д. Інституції, інституційна зміна та функціонування економіки (2000) Київ : *Основи*, 198

https://chtyvo.org.ua/authors/North_Douglass/Instytuttsii_instytuttsiina_zmina_t_a_funktsionuvannia_ekonomiky/

5. Паєнтко Т. В. (2013) Інституціоналізація фіскального регулювання фінансових потоків : монографія / Т. В. Паєнтко. – К.: ДКС центр, 294

<https://ir.kneu.edu.ua/handle/2010/13350?show=full&locale-attribute=en>

6. Фалько Я. (2020) Медична допомога в країнах ЄС, США та в Україні *Голос України*, 143 (7400) <https://www.golos.com.ua/article/334485>

7. Юрій Матвієнко (2013) Система охорони здоров'я Іспанії *Український медичний портал Медицина світу* 9

<https://msvitu.com/archive/2013/september/article-10.php>

8. Рівень розвитку медицини в Іспанії (2023) Електронний ресурс Migrant.biz.ua

<https://migrant.biz.ua/ispania/likuvannya-es/medytsyna-v-ispanii.html>

9. Як працює охорона здоров'я в Данії (2023) Електронний ресурс

<https://uk.alinks.org/%D1%8F%D0%BA-%D0%BF%D1%80%D0%B0%D1%86%D1%8E%D1%94-%D0%BE%D1%85%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%B0-%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%27%D1%8F-%D0%B2-%D0%94%D0%B0%D0%BD%D1%96%D1%97/>

10. Система охорони здоров'я та медичного страхування Швеції. Огляд світових ринків Електронний журнал «Insurance TOP» <https://insurancetop.com/markets/24>

11. Олександр ВАШКІВ, Антоніна ПОДА (2010). Підприємство як суб'єкт і об'єкт інституційної пастки , Вісник ТНЕУ 4. 98

<http://dspace.wunu.edu.ua/jspui/handle/316497/3532>

12. Kautsch M., Whitfield M., Klich J. (red.) (2001) Zarządzanie w opiece zdrowotnej, Kraków <http://www.ksiegarnia-fachowa.pl/wiecej.php?id=za-950>
13. Wielicka K. (2014) Zarys funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej z. 70, nr 1909, seria: Organizacja i Zarządzanie, 491–504.
<https://bazekon.uek.krakow.pl/171342745>
14. Bromber P. (2014) Rola i funkcjonowanie NFZ w systemie ochrony zdrowia Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego 802. 1–17
https://wneiz.pl/nauka_wneiz/frfu/65-2014/FRFU-65-541.pdf
15. Супрун У. (2019) Як працює система охорони здоров'я Польщі Електронний ресурс
<https://suprun.doctor/transformacziya/yak-praczyue-sistema-oxoroni-zdorovya-polshhi.html?=&page514>
16. Матвієнко Ю. (2013) Система охорони здоров'я в Японії Український медичний портал Медицина світу 11
<http://msvitu.com/archive/2013/november/article-10.php>
17. Матвієнко Ю. (2014) Система охорони здоров'я Бельгії Український медичний портал Медицина світу 6
<http://msvitu.com/archive/2014/june/article-10.php>
18. Система медичного страхування Німеччини: державна та приватна. Огляд світових ринків Електронний журнал «Insurance TOP»
<https://insurancetop.com/markets/11>
19. Медичне страхування в Канаді. Чому Канадську систему охорони здоров'я називають безкоштовною? Електронний журнал «Insurance TOP»
<https://insurancetop.com/markets/23>
20. Супрун У. (2019) Як працює система охорони здоров'я в США Електронний ресурс
<https://suprun.doctor/transformacziya/yak-praczyue-sistema-oxoroni-zdorovya-v-ssha.html?=&page408>
21. Consolidated version of the Treaty on the Functioning of the European Union

<https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:12012E/TXT:en:PDF>

22. Конституція України

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>

23. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-XII

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>

24. Бюджетний кодекс України

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17#Text>

References

1. Verkhovna Rada of Ukraine (2017), The Law of Ukraine “On State Financial Guarantees of Medical Service to the Population”, available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (Accessed 28 June 2023).

2. Oxley, J. (1999), “Institutional environment and the mechanisms of governance: The impact of intellectual property”, Journal of Economic Behavior & Organization. Elsevier, vol. 38, no. 3, pp. 283-309, available at: <https://www.econbiz.de/Record/institutional-environment-and-the-mechanisms-governance-the-impact-intellectual-property-protection-the-structure-inter-firm-alliances-oxley-joanne/10005145539> (Accessed 28 June 2023).

3. Mel'nyk, A.F. (2011), Instytutsional'ne seredovysche rozvytku ekonomiky Natsional'na ekonomika [Institutional environment of economic development], Znannia, Kyiv, Ukraine.

4. Nort, D. (2000), Instytutsii, instytutsijna zmina ta funktsionuvannia ekonomiky [Institutions, institutional change and functioning of the economy], Osnovy, Kyiv, Ukraine.

5. Paientko, T.V. (2013), Instytutsionalizatsiia fiskal'noho rehuliuвання finansovykh potokiv [Institutionalization of fiscal regulation of financial flows], DKS tsentr, Kyiv, Ukraine.

6. Fal'ko, Ya. (2020), "Medical assistance in EU countries, USA and Ukraine", available at: <https://www.golos.com.ua/article/334485> (Accessed 28 June 2023).

7. Matviienko, Y. (2013), "The health care system of Spain", available at: <https://msvitu.com/archive/2013/september/article-10.php> (Accessed 28 June 2023).

8. Migrant.biz.ua (2023), "The level of development of medicine in Spain", available at: <https://migrant.biz.ua/ispania/likuvannya-es/medytsyna-v-ispanii.html> (Accessed 28 June 2023).

9. uk.alinks.org (2023), "How health care works in Denmark", available at: <https://uk.alinks.org/%D1%8F%D0%BA-%D0%BF%D1%80%D0%B0%D1%86%D1%8E%D1%94-%D0%BE%D1%85%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%B0-%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%27%D1%8F-%D0%B2-%D0%94%D0%B0%D0%BD%D1%96%D1%97/> (Accessed 28 June 2023).

10. Insurance TOR (2023), "Sweden's health care and medical insurance system", available at: <https://insurancetop.com/markets/24> (Accessed 28 June 2023).

11. Vashkiv, O. and Poda, A. (2010), "Enterprise as a subject and an object of the institutional trap", Visnyk TNEU, vol. 4. available at: <http://dspace.wunu.edu.ua/jspui/handle/316497/3532> (Accessed 28 June 2023).

12. Kautsch, M. Whitfield, M. and Klich, J. (2001), "Management in health care", available at: <http://www.ksiegarnia-fachowa.pl/wiecej.php?id=za-950> (Accessed 28 June 2023).

13. Wielicka, K. (2014), "Outline of Functioning Healthcare Systems in Selected Countries of the European Union", Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. seria: Organizacja i Zarządzanie, vol. 70, pp. 491–504, available at: <https://bazekon.uek.krakow.pl/171342745> (Accessed 28 June 2023).

14. Bromber, P. (2014), "The role and functioning of NFZ in the system of health protection", Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, vol. 802, pp. 1-17, available at: https://wneiz.pl/nauka_wneiz/frfu/65-2014/FRFU-65-541.pdf (Accessed 28 June 2023).

15. Suprun, U. (2019), "How the Polish health care system works Electronic resource", available at: <https://suprun.doctor/transformacziya/yak-praczyue-sistema-oxoroni-zdorovya-polshhi.html?=&page514> (Accessed 28 June 2023).
16. Matviienko, Yu. (2013), "Health care system in Japan", available at: <http://msvitu.com/archive/2013/november/article-10.php> (Accessed 28 June 2023).
17. Matviienko, Yu. (2014), "The health care system of Belgium", available at: <http://msvitu.com/archive/2014/june/article-10.php> (Accessed 28 June 2023).
18. Insurance TOR (2023), "Germany's health insurance system: public and private", available at: <https://insurancetop.com/markets/11> (Accessed 28 June 2023).
19. Insurance TOR (2023), "Health insurance in Canada. Why is the Canadian health care system called free?", available at: <https://insurancetop.com/markets/23> (Accessed 28 June 2023).
20. Suprun, U. (2019), "How the health care system works in the USA", available at: <https://suprun.doctor/transformacziya/yak-praczyue-sistema-oxoroni-zdorovya-v-ssha.html?=&page408> (Accessed 28 June 2023).
21. Official Journal of the European Union (2012), "Consolidated version of the Treaty on the Functioning of the European Union", available at: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:12012E/TXT:en:PDF> (Accessed 28 June 2023).
22. Verkhovna Rada of Ukraine (1996), "The Constitution of Ukraine", available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text> (Accessed 28 June 2023).
23. Verkhovna Rada of Ukraine (1992), The Law of Ukraine "Fundamentals of the Legislation of Ukraine on Health Care", available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (Accessed 28 June 2023).
24. Verkhovna Rada of Ukraine (2010), "Budget Code of Ukraine", available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/en/2456-17> (Accessed 28 June 2021).

Стаття надійшла до редакції 07.07.2023 р.