

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. 2024. № 8.

DOI: <http://doi.org/10.32702/2307-2105.2024.8.11>

УДК 336.5:614

М. О. Кужелєв,

д. е. н., професор, професор кафедри фінансів,

Національний університет «Києво-Могилянська академія»

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7895-7879>

С. М. Стабіас,

к. е. н., викладач кафедри економічних та соціологічних дисциплін,

Приватний заклад фахової передвищої освіти «Коледж інформаційних

технологій «ШАГ»

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2758-5662>

ФІНАНСОВІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ МОДЕЛІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

M. Kuzheliev,

Doctor of Economic Sciences, Professor, Professor of the Department of Finance,

National University of «Kyiv-Mohyla Academy»

S. Stabias,

PhD in Economics, Lecturer of the Department of Economic and Sociological

Disciplines, Private institution of professional preliminary education "College of

Information Technologies "STEP"

FINANCIAL ASPECTS OF THE FORMATION OF THE HEALTH CARE SYSTEM MODEL IN UKRAINE

У статті досліджено існуючі моделі фінансування системи охорони здоров'я, а саме: бюджетно-страхову, державну та приватну, а також моделі їхньої організації: О. Бісмарка, В. Беверіджа (у СРСР – система М. Семашка), Національна модель медичного страхування, модель з прямим платежем. Визначено переваги та недоліки основних моделей медичних систем у світі, наведено країни, де вони реалізуються, а також звернено увагу на питання щодо можливості їх імплементції у національну практику. Крім того, в статті акцентовано на тому, що Україна після розпаду СРСР отримала досить складну медичну спадщину, що послугувало поштовхом до проведення реформи медичної галузі у 2015 році. Зазначено, що найбільш перспективним є поступовий перехід до Національної моделі медичного страхування. Тому доцільно вже зараз налагодити співпрацю медиків, економістів, профільних експертів та політиків для вирішення накопичених проблем у медичній галузі, а дослідження світового досвіду дозволить прийти до ефективного рішення цієї проблеми.

The article examines the existing models of financing the health care system, namely: budgetary and insurance, state and private, as well as models of their organization: O. Bismarck, V. Beveridge (in the USSR – the system of M. Semashka), the National model of medical insurance, with direct payment. In addition, the article emphasizes the fact that after the collapse of the USSR, Ukraine received a rather complex medical heritage, which served as an impetus for the reform of the medical sector in 2015. Accordingly, the existing model of building a health care system in Ukraine has developed historically. This model provides a set of socio-economic and technological methods and tools for attracting financial resources for providing medical services to the population, prevention and early detection of diseases. As for the quantity and quality of medical services and the financial resources allocated by authorized state institutions, as well as the assessment of the effectiveness of their use, they are determined by a rather complex system of economic, moral and ethical, always political and other relations that have developed historically. The article

identifies the advantages and disadvantages of the main models of medical systems in the world, lists the countries where they are implemented, and also draws attention to the issue of the possibility of their implementation in national practice. It is noted that the National model of health insurance is actually a product of the development of the health care systems of some countries, which tried to solve the shortcomings of the model of V. Beveridge or O. Bismarck at the expense of certain borrowings from another model. It was concluded that this model of the health care system is the most interesting from the point of view of reforming the Ukrainian medical industry, because certain postulates of the Soviet system of M. Semashko can be used in the hybrid model, and the changes introduced since 2015 also fit well precisely in this model. Therefore, it is expedient to establish the cooperation of doctors, economists, specialized experts and politicians to solve the accumulated problems in the medical field, and the study of world experience will allow to come to an effective solution to this problem.

Ключові слова: *фінансування охорони здоров'я, моделі охорони здоров'я, бюджет, реформа, видатки, медичне страхування.*

Keywords: *health care financing, health care models, budget, reform, expenditures, health insurance.*

Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями. Однією з природніх потреб людини в будь-якій країні є забезпечення певного рівня медичного обслуговування. Саме тому побудова ефективної системи охорони здоров'я (далі – СОЗ) – одна з базових функцій держави поряд з такими як формування систем освіти, культури, соціального захисту, спорту, оборони та ін. [1-3]. Це ключові передумови формування державності та основа соціально-економічної «угоди» між суспільством та державою, яка передбачає з одного боку виконання норм прийнятого законодавства, сплату податків, зборів та обов'язкових платежів, а з іншого – вибудовування

гнучких та адаптивних моделей фінансування медицини, освіти, культури, соціального захисту, пенсійного забезпечення, правопорядку, оборони та низки інших послуг, які є нерентабельними з точки зору бізнесу. Можна стверджувати, що стан системи охорони здоров'я та ефективності її фінансування – це один з індикативних показників рівня розвитку як держави в цілому, так й системи публічних фінансів. Тобто система охорони здоров'я – одна з найбільш чутливих сфер державного управління, що є частиною культури та стосується кожного громадянина.

Всесвітня організація охорони здоров'я у якості основної мети фінансування СОЗ країни визначає забезпечення системи медичних закладів для надання якісних медичних послуг населенню та посилення ролі профілактики і раннього виявлення захворювань.

Українське суспільство протягом всіх років існування новітньої історії вимагає побудови принципово нової, відмінної від вад колишнього СРСР, моделі охорони здоров'я. Особливо актуальною ця проблема стала під час світової пандемії COVID-19 [4] та активної фази війни після 24 лютого 2022 року. В цьому контексті цікавим є вивчення світового досвіду щодо функціонування та особливостей фінансування основних моделей медичних систем для розробки та впровадження принципово нових підходів з урахуванням національної специфіки.

Після розпаду СРСР Україна отримала доволі складну медичну спадщину:

- радянську систему державного фінансування медичних закладів яка базується не на якості та ефективності медичних послуг, а на кількості ліжко-місць та лікарів на душу населення;
- фізично та технологічно майже зруйновану систему закладів охорони здоров'я, які неможливо утримувати за рахунок коштів платників податків;
- доволі високий рівень корупції та неофіційної оплати медичних послуг «на місцях»;

- радянську систему, яка була спрямована на лікування хвороб у запущеному стані, а не на ефективну профілактику та попередження захворювань у громадян;
- застарілі методики та протоколи лікування хвороб.

Основними параметрами економічної оцінки ефективності підсистеми, на яку громадяни витрачають власні кошти та кошти у вигляді видатків державного бюджету можна вважати наступні:

- відносини власності в галузі;
- способи фінансування відповідної галузі, їх доступність, достатність та варіативність;
- механізми стимулювання виробників (працівників медичних закладів) відповідної категорії послуг (у нашому випадку – медичних) та споживачів цих послуг (національних домогосподарств);
- форми й інструменти контролю кількості та якості наданих (у нашому випадку – медичних) послуг.

Якщо провести відповідну оцінку української системи охорони здоров'я, то за всіма зазначеними параметрами оцінки будуть невтішні. Саме тому у 2015 році в Україні нарешті розпочинаються певні трансформації соціально-економічних систем на рівні держави, серед яких й реформа СОЗ та підходів до її фінансування.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Питанням фінансування системи охорони здоров'я присвячено дослідження як вітчизняних, так і зарубіжних вчених. Вагомим у дослідження питань фінансування системи охорони здоров'я є внесок таких вчених, як: В. Андрущенко, П. Беллі, О. Василик, О. Величко, В. Дем'янишин, Дж. Кутзін, П. Рандол, О. Тулай, Н. Філіпова та ін. Проте більшість українських дослідників у якості «панацеї» для вдосконалення охорони здоров'я розглядають запровадження механізму страхової медицини, тому доцільно розглянути й інші підходи до

фінансування системи охорони здоров'я з урахуванням найкращих практик та моделей медичних систем у світі.

Формулювання цілей статті (постановка завдання). Мета дослідження – на основі системного підходу проаналізувати світовий досвід та існуючі моделі фінансування системи охорони здоров'я й запропонувати основні підходи щодо реформування медичної галузі в Україні, які здатні призвести до соціально-економічних зсувів та перетворень у перспективі.

Виклад основного матеріалу. В Україні існуюча модель побудови системи охорони здоров'я склалася історично. Ця модель передбачає комплекс соціально-економічних та технологічних методів й інструментів залучення фінансових ресурсів для надання медичних послуг населенню, профілактики і раннього виявлення захворювань. Щодо кількості й якості медичних послуг та виділених уповноваженими державними установами фінансових ресурсів, оцінки ефективності їх використання, то вони визначаються доволі складною системою економічних, морально-етичних, завжди політичних (у новітній історії України) та інших відносин, що склалися історично під час радянської окупації, повернення незалежності країни, пандемії COVID-19 та війни.

Однак всі згодні з тим фактом, що національна модель медичної системи є неефективною, застарілою та дорогою для суспільства. Тому розглянемо найкращі практики та моделі побудови та фінансування систем охорони здоров'я в світі (Рис. 1).

Історично існує чотири основні моделі побудови та фінансування систем охорони здоров'я:

- модель В. Беверіджа (яка у СРСП мала власну інтерпретацію у вигляді системи першого народного комісара охорони здоров'я М. Семашка);
- модель О. Бісмарка;
- модель Національного медичного страхування;
- модель з прямим платежем або «фінансування з власної кишені».

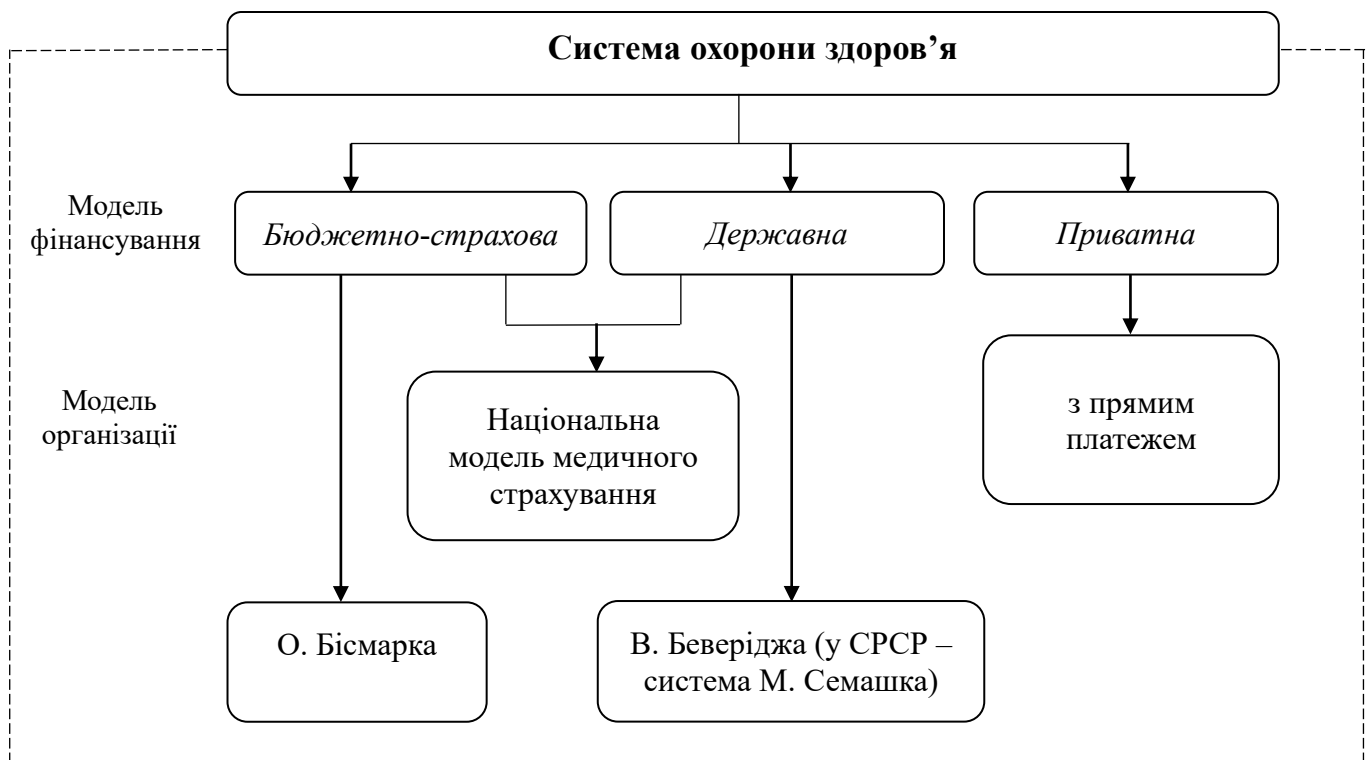


Рис. 1. Основні моделі медичних систем у світі

Джерело: сформовано на основі [5-7]

А з точки зору фінансування медичної галузі розрізняють три основних практики:

- бюджетно-страхова СОЗ – використовується у моделі О. Бісмарка;
- державна СОЗ – використовується у моделі В. Беверіджа та радянській системі М. Семашка;
- приватна СОЗ – використовується у моделі з прямим платежем.

Розглянемо більш детально кожну з цих моделей.

Модель Вільяма Беверіджа було розроблено у 1948 році у Великій Британії. Вона передбачає надання повністю безкоштовних медичних послуг на основі громадянства та рівнодоступності [6]. Ця модель базується на високому рівні централізації медичної галузі через створення національної служби охорони здоров'я з єдиним платежем. Основним джерелом поповнення бюджету в частині фінансування СОЗ є податки громадян. А єдиним платником за медичні послуги виступає уряд країни. Це не дає змоги розвивати конкуренцію та встановлювати справедливі ціни на ринку, так як

ринку медичних послуг як такого не існує. Відповідно медичні працівники є фактично державними службовцями, надання медичного обслуговування гарантується урядом, а кожен громадянин за законом має рівні права доступу до медичних послуг. На сьогоднішній день ця модель активно використовується такими країнами як Велика Британія (з 1948 р.), Іспанія (з 1986 р.), Португалія (з 1979 р.), Данія (з 1973 р.), Греція (з 1983 р.), Нова Зеландія, Куба та деякими європейськими країнами. Але модель В. Беверіджа має низку як позитивних, так й негативних моментів.

Перевагами моделі В. Беверіджа можна вважати:

- високий рівень керованості системи;
- відносно надійна система фінансування за рахунок видатків державного бюджету;
- безкоштовність та доступність медичних послуг для широких верст населення;
- плановий й рівномірний розвиток мережі медичних закладів у країні.

Але й недоліків даної моделі доволі багато, а їхній вплив на якість медичного забезпечення має більш фундаментальний характер:

- відсутність конкуренції в галузі не сприяє якості медичних послуг та розвитку їх асортименту;
- централізація управління системою робить її негнучкою та нездатною протистояти сучасним глобальним викликам;
- певні обмеження свобод пацієнтів у частині вибору лікувального закладу або лікаря;
- великі черги на певні медичні послуги, а відповідно несвоєчасне їх надання пацієнтам;
- відсутність прямої кореляції між обсягом та якістю медичних послуг та рівнем оплати праці медичних працівників;

- обмеженість видаткової частини державного бюджету у більшості сучасних країн (внаслідок економічних криз, пандемій, війн та ін.) провокує хронічне недофінансування галузі.

Зрозуміло, що ця модель організації медичної системи має обмежений інтерес для України, так як фактично повторює існуючу вже більше ста років радянську систему М. Семашка, яка й призвела національну медичну систему до майже повної руйнації на початку 90-х років милого сторіччя.

Протилежністю моделі В. Беверіджа є модель О. Бісмарка. Історично Отто фон Бісмарк запровадив першу систему державного медичного страхування, яка склала основу німецької моделі системи охорони здоров'я. Це більш децентралізована система надання медичних послуг (в Німеччині створено понад 1000 страхових кас), яка передбачає фінансування медичної галузі за рахунок обов'язкових страхових внесків як роботодавців, так й працівників у цільові фонди, які можуть бути створені за професійною або географічною ознаками. Як наслідок працюючі робітники мають доступ до «лікарняних фондів», а страховики захищають будь якого застрахованого, незалежно від попередніх умов [6]. Ця модель системи охорони здоров'я також є доволі розповсюдженою і активно використовуються як в сучасній Німеччині, так й у Бельгії, Франції, Швейцарії, Чехії, Канаді, Японії, Південній Кореї, а з 2009 року й комуністичному Китаї (крім сільських регіонів).

Цікавим є той факт, що фонди соціального медичного страхування як правило є державними, а медичні установи, які отримують від них фінансування, як правило, є приватними закладами, які конкурують між собою за гроші. Деякі країни в межах цієї моделі створили одного єдиного страховика (Франція, Південна Корея). Інші створили декілька конкуруючих за гроші працюючих страхових фондів (Німеччина, Чехія), а треті – створили декілька страховиків, які при цьому не конкурують між собою (Японія). Але незалежно від цього уряди цих країн контролюють ціни на медичні послуги та їх обґрунтованість.

Ця модель є дуже цікавою з точки зору розвитку української моделі системи охорони здоров'я та її фінансування. Вона має певні переваги, що допоможуть подолати існуючу кризу в медичній галузі:

- обов'язковість медичного страхування;
- створення умов для медичної допомоги;
- контроль збоку держави за якістю медичних послуг;
- розподіл відповідальності між урядом і страховими фондами щодо зростання цін на медичні послуги.

Але й вона має низку недоліків, до яких можна віднести наступні:

- модель О. Бісмарка спочатку створення не передбачає універсальний доступ для всіх верст населення так, як націлена на фінансування медичних послуг для тих, хто може активно працювати та робити внески в систему;
- існує проблема догляду за громадянами, які вже не здатні працювати або не здатні сплачувати медичні внески;
- модель не враховує проблему системного старіння населення розвинутих країн через низьку народжуваність і (як не парадоксально) зростання віку дожиття населення через якісну медицину.

Національна модель медичного страхування є певним симбіозом моделей В. Беверіджа та О. Бісмарка саме тому її ще називають моделлю Національного медичного страхування з одноплатником. Ця модель системи охорони здоров'я передбачає, що уряд країни має виступати єдиним платником медичних послуг (модель В. Беверіджа), але постачальники цих послуг мають бути приватними інститутами (модель О. Бісмарка). При цьому медичне страхування не має бути прибутковим, а надання медичних послуг здійснюється для всіх верст населення. Національна модель медичного страхування фактично є продуктом розвитку систем охорони здоров'я деяких країн, які намагалися вирішити недоліки моделі В. Беверіджа або О. Бісмарка за рахунок певних запозичень з іншої моделі. Тобто можна констатувати той

факт, що низка розвинутих країн світу (Німеччина, Канада, Австралія, Угорщина та ін.) поступово переходить від мономоделі СОЗ до гібридного її варіанту.

Саме можливість тримати збалансовану позицію між державною системою медичного страхування та приватною власністю медичних установ дозволяють сформувати конкурентний ринок якісних медичних послуг зі справедливою ціною, коли у пацієнта є вибір лікаря, набору послуг та ін. в залежності від рівня доходу. А фінансуються ці послуги за рахунок доволі простої системи страхових виплат з полісів громадян [8; 9].

Крім того, зменшуються адміністративні витрати на медичну систему за рахунок одноплатника та спрощеної системи прийняття рішень. Але й ця система має пені недоліки і головний з них – це великі черги очікування на лікування, навіть у відносно простих сферах лікування, не пов'язаних з хірургією. За даними досліджень N. Viberg, B.Forsberg, M. Borowitz та R. Molin час очікування, наприклад у Канаді, по деяким медичним послугам може складати від 42 до 178 днів [10]. Ще один недолік національної моделі медичного страхування – тренд системного зростання витрат при старінні населення, що (як вже зазначалося) доволі актуально для всіх цивілізованих країн.

Водночас саме Національна модель медичного страхування є найбільш цікавою з точки зору реформування української медичної галузі, тому що окремі постулати радянської системи М. Семашка можна використати у гібридній моделі, а зміни запровадженні починаючи з 2015 року також гарно вписуються саме в цю модель.

Приватна модель фінансування системи охорони здоров'я має два доволі полярних напрямки [5; 7]:

- надання платних медичних послуг за рахунок добровільного медичного страхування (США, Нідерланди та ін.). Населення, яке бажає сплачувати за страховку, в рамках цієї моделі виплачує премії, розмір якої залежить від середньої вартості медичних послуг та

«ризикованості» застрахованої особи (вік, професія, рівень доходу, загальний стан здоров'я та ін.). При цьому існують й певні державні страхові програми для окремих верст населення, які фінансуються з державного бюджету і обмежені певним переліком страхових випадків. Велику роль в цій системі відіграє бажання роботодавця страхувати працівників і тим самим знімати з себе тягар відповідальності перед законом у разі нещасних випадків та форс-мажорів. Крім того, це оцінюється суспільством як соціально-відповідальна поведінка роботодавця, а держава не обкладає ці кошти податками;

- надання медичних послуг за рахунок пацієнта в момент звернення до медичного закладу або система оплати «з власної кишені», яка притаманна для бідних країн світу (країни Африки, Південної Америки, Індії, сільські райони Китаю). Бідне населення не може собі дозволити сплачувати за медичне страхування, а уряди бідних країн не можуть утримувати та фінансувати державну систему медичних закладів. І треба казати відверто, що система оплати «з власної кишені» притаманна й Україні як паралельна медична реальність, яка надає можливість громадянам отримати більш якісну і швидко допомогу за додаткові витрати. І це – продукт системної корупції в державних лікарнях, який ми отримали у спадщину від СРСР.

Висновки та перспективи подальших розвідок у даному напрямі.

Таким чином, проведені дослідження фінансових аспектів формування систем охорони здоров'я в світі дозволяє зробити висновок, що не існує універсальної ефективної моделі, яку б можна було запровадити в Україні на сучасному етапі. Кожна з існуючих систем має низку проблем та протипоказань і може бути використана в конкретній країні за умов наявності низки історичних, культурних, релігійних, політичних, географічних факторів до яких додається рівень доходів населення та ступінь

розвитку економічної системи. Однозначно система М. Семашка не відповідає сучасним вимогам та не забезпечує надання навіть базового рівня медичних послуг в Україні.

Найбільш перспективним, на нашу думку, є поступовий перехід до Національної моделі медичного страхування, тим більш, що певні кроки реформування в цьому напрямку вже зроблено. Звісно, що будь яка реформа потребує збільшення бюджетних видатків, що неможливо в умовах війни, але потреба в якісній медицині також зростає (реабілітація воїнів ЗСУ, осіб постраждалих від ракетних обстрілів та бомбардувань). Тому доцільно вже зараз налагодити співпрацю медиків, економістів, профільних експертів та політиків для вирішення накопичених проблем у медичній галузі, а дослідження світового досвіду дозволить прийти до ефективного рішення цієї проблеми.

Література

1. Nechyporenko A. Financial resources of public sector of economy in ensuring realization of financial policy of the country. Association agreement: driving integrational changes : collective monograph. Accent Graphics Communications Chicago, Illinois, USA. 2019. P. 374–385.

2. Кужелєв М. О. Сучасний стан фінансування української науки: проблеми та перспективи. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Економічні науки»*. 2015. Вип. 13/3. С. 129–131.

3. Rekunen I. Discretionary budget expenditure in the system of state regulation of the country's socioeconomic development. *Public and Municipal Finance*. 2018. №7. P. 8–18.

4. Kozlovskyi S., Bilenko D., Kuzheliev M., Ivanyuta N., Butenko V., Lavrov R. Comparison and assessment of factors affecting the COVID-19 vaccination in European countries. *Problemy Ekorozwoju – Problems of Sustainable Development*. 2021. № 16(2). P 26–33.

5. Петрушка О. В. Особливості функціонування моделей медичного страхування в економічно розвинутих країнах. *Економіка і суспільство*. 2017. Вип. 13. С. 1189–1192.
6. Решота Н. Класифікація основних моделей медичних систем у світі та шлях України. 2020. URL: <https://ingeniusua.org/articles/klasyfikatsiya-osnovnykh-modeley-medychnykh-system-u-sviti-ta-shlyakh-ukrayiny>
7. Шелєміна Н. І. Особливості фінансування системи охорони здоров'я: вітчизняний та закордонний досвід. *Економіка та суспільство*. 2023. № 53. URL: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2023-53-80>
8. Кужелєв М.О., Нечипоренко А.В. Фінансування охорони здоров'я в умовах глобальних викликів: український досвід. *Європейський науковий журнал Економічних та Фінансових інновацій*. 2024. № 1(13). С. 85–94.
9. Філіпова Н. Аналіз системи фінансування охорони здоров'я в Україні. *Проблеми і перспективи економіки та управління*. 2021. №1(25). С. 151–158.
10. Viberg N., Forsberg B., Borowitz M., Molin R. International comparisons of waiting times in health care – Limitations and prospects. *Health Policy*. 2013. Volume 112, Issues 1–2. P 53–61.

References

1. Nechyporenko, A. (2019), *Financial resources of public sector of economy in ensuring realization of financial policy of the country. Association agreement: driving integrational changes*. Accent Graphics Communications Chicago, Illinois, USA.
2. Kuzheliev, M.O. (2015), “The current state of funding of Ukrainian science: problems and prospects”, *Naukovyy visnyk Khersons'koho derzhavnoho universytetu. Seriya «Ekonomichni nauky»*, vol. 13/3, pp. 129–131.
3. Rekunen, I. (2018), “Discretionary budget expenditure in the system of state regulation of the country's socioeconomic development”, *Public and Municipal Finance*, vol. 7, pp. 8–18.

4. Kozlovskiy, S., Bilenko, D., Kuzheliev, M., Ivanyuta, N., Butenko, V., & Lavrov, R. (2021). "Comparison and assessment of factors affecting the COVID-19 vaccination in European countries", *Problemy Ekorozyu – Problems of Sustainable Development*, vol. 16(2), pp. 26–33.
5. Petrushka, O. V. (2017), "Peculiarities of functioning of medical insurance models in economically developed countries", *Ekonomika i suspil'stvo*, vol. 13, pp. 1189–1192.
6. Reshota, N. (2020), "Classification of the main models of medical systems in the world and the path of Ukraine", available at: <https://ingeniusua.org/articles/klasyfikatsiya-osnovnykh-modeley-medychnykh-system-u-sviti-ta-shlyakh-ukrayiny> (Accessed 25 July 2024).
7. Shelemina, N. I. (2023), "Peculiarities of financing the health care system: domestic and foreign experience", *Ekonomika ta suspil'stvo*, vol. 53. <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2023-53-80>
8. Kuzheliev, M.O. and Nechyporenko, A.V. (2024), "Health care financing in the face of global challenges: the Ukrainian experience", *European Scientific Journal of Economic and Financial Innovations*, vol. 1(13), pp. 85–94.
9. Filipova, N. (2021), "Analysis of the healthcare financing system in Ukraine", *Problemy i perspektyvy ekonomiky ta upravlinnya*, vol. 1(25), pp. 151–158.
10. Viberg, N., Forsberg, B., Borowitz, M. and Molin, R. (2013), "International comparisons of waiting times in health care – Limitations and prospects", *Health Policy*, Vol. 112, Issues 1–2, pp. 53–61.

Стаття надійшла до редакції 04.08.2024 р.