

УДК 351.82:332.3 (477)

DOI <https://doi.org/10.32782/2786-5681-2023-4.08>

### ***Vira BUDZYN***

*кандидат наук з фізичної культури і спорту, доцент, завідувач кафедри фізкультурно-спортивної реабілітації та спортивної медицини, Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського*

*virabudzynn@ukr.net*

**ORCID:** 0000-0002-4250-9695

## **УПРАВЛІНСЬКІ ПРИНЦИПИ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В СУСПІЛЬНОМУ КОНТЕКСТІ ГУМАНІТАРНОЇ ПОЛІТИКИ: ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ДОСВІД ТА ПЕРСПЕКТИВИ**

**Анотація.** У статті **визначено**, що основним джерелом фінансування охорони здоров'я в більшості країн є внески на обов'язкове медичне страхування, що відраховуються на паритетній основі роботодавцями та найманими працівниками. Дефіцит фондів обов'язкового та приватного медичного страхування покривається за рахунок державних кредитів, на фінансування охорони здоров'я спрямовуються також кошти від добровільного медичного страхування за рахунок роботодавців.

**Розглянуто** управлінські підходи, які ґрунтуються на тому, що диференціація відповідальності за надання медичної допомоги полягає в тому, що загальні питання розвитку охорони здоров'я вирішуються центральними органами управління, а організація та планування діяльності медичних установ на місцях знаходяться у віданні місцевих органів влади. Основною особливістю бюджетної моделі фінансування охорони здоров'я є рівний доступ до медичної допомоги всіх громадян, тому зазначена обставина перешкоджає формуванню соціальної нерівності щодо доступу населення до послуг охорони здоров'я.

**З'ясовано**, що основними характеристиками системи бюджетного фінансування охорони здоров'я є загальне охоплення населення послугами охорони здоров'я, фінансування з державного бюджету, контроль з боку парламенту та управління урядовими органами. У більшості країн із бюджетною моделлю фінансування охорони здоров'я обов'язок визначення політики у сфері охорони здоров'я населення та відповідальність за забезпечення доступу до медичної допомоги покладаються на центральні органи виконавчої влади в галузі охорони здоров'я.

**Доведено**, що бюджетна модель охорони здоров'я, на відміну від страхових систем, характеризується більшою економічністю, що проявляється на нижчому рівні адміністративних витрат. Це обумовлено тим, що держава може стримувати зростання витрат на охорону здоров'я за допомогою макроекономічних важелів. При бюджетному фінансуванні охорони здоров'я стимули до стримування витрат і здатність це робити об'єднані в одному органі, що дозволяє зберігати засоби та виключати дублювання функцій.

**Обґрунтовано**, що, на відміну від зарубіжних бюджетних систем охорони здоров'я, більшість яких було сформовано на кілька десятиліть пізніше, система охорони здоров'я України характеризувалася головною роллю держави в організації охорони здоров'я та надмірною централізацією управління. Саме тому бюджетні моделі охорони здоров'я, як правило, обходяться суспільству дешевше, ніж страхові, а зворотною стороною контролю держави за станом охорони здоров'я є політичні інтереси, тому витрати, що виділяються на бюджетну систему охорони здоров'я, залежать від них.

**Ключові слова:** управлінські принципи, суспільний контекст, реалізація, охорона здоров'я, гуманітарна політика, медичне страхування, імплементація.

### ***Vira BUDZYN***

*Candidate of Sciences in Physical Culture and Sports, Associate Professor, Head of the Department of Physical Culture and Sports Rehabilitation and Sports Medicine, Ivan Boberskyi Lviv State University of Physical Culture*

*virabudzynn@ukr.net*

**ORCID:** 0000-0002-4250-9695

## **MANAGEMENT PRINCIPLES OF HEALTH CARE FINANCING IN THE PUBLIC CONTEXT OF HUMANITARIAN POLICY: EUROPEAN EXPERIENCE AND PERSPECTIVES**

**Abstract.** The article **defines** that the main source of health care financing in most countries is contributions to mandatory health insurance, which are deducted on a parity basis by employers and employees. The deficit of mandatory and private health insurance funds is covered by state loans, funds from voluntary health insurance at the expense of

employers or from citizens' own funds are also directed to health care financing. In many states, payment for medical services and medicines can also be made from the patients' own funds.

**Management approaches** based on the fact that the differentiation of responsibility for the provision of medical care is based on the fact that the general issues of health care development are decided by central management bodies, and the organization and planning of the activities of medical institutions in the field are the responsibility of local authorities. The main feature of the budget model of health care financing is equal access to medical care for all citizens, therefore this circumstance prevents the formation of social inequality in terms of the population's access to health care services.

**It was found that the main** characteristics of the system of budgetary financing of health care are the general coverage of the population with health care services, financing from the state budget, control by the parliament and management of government bodies. In most countries with a budgetary model of health care financing, the duty to define public health policy and the responsibility for ensuring access to medical care rest with the central executive authorities in the field of health care. It has been proven that the budgetary model of health care, in contrast to insurance systems, is characterized by greater efficiency, which is manifested in a lower level of administrative costs.

**This is due to the fact** that the state can restrain the growth of health care costs with the help of macroeconomic levers. In budgetary financing of health care, the incentives to contain costs and the ability to do so are combined in one body, which allows saving resources and eliminating duplication of functions. It is substantiated that, unlike foreign budgetary health care systems, most of which were formed several decades later, the Ukrainian health care system was characterized by the main role of the state in the organization of health care and excessive centralization of management.

**Key words:** management principles, social context, implementation, health care, humanitarian policy, medical insurance, implementation.

**Постановка проблеми.** Незважаючи на позитивні якості, характерні для бюджетної моделі, слід зазначити її недоліки, що зумовлюють зниження якості медичної допомоги, що надається, ускладнення контролю за діяльністю медичних установ із боку пацієнтів. Монополія в охороні здоров'я сприяє виникненню витратного механізму у витрачанні коштів платників податків без суттєвого покращення якісних показників здоров'я населення. Монополізація в галузі стає причиною зростання дефіциту медичних послуг, зокрема тривалого очікування надання окремих видів медичної допомоги, такої, як поліклінічної.

Оскільки управління охороною здоров'я здійснюється державними органами та професійними працівниками охорони здоров'я, які мають статус державних службовців, бюджетна модель відрізняється надмірною бюрократизацією та авторитарністю управління. Переважання державної власності у сфері охорони здоров'я призводить також до обмеження вільного ринку медичних послуг. Незважаючи на широке охоплення населення медичними послугами, для бюджетної моделі характерна нерівність у розподілі медичної допомоги, що проявляється в концентрації фінансових і матеріальних ресурсів у великих містах.

**Аналіз останніх досліджень.** Згідно з твердженнями сучасних дослідників у галузі публічного управління та адміністрування, у більшості країн поряд із державною системою охорони здоров'я існував невеликий сектор надання приватних послуг [2]. Досвід функці-

онування бюджетних систем охорони здоров'я показав, що вони за низкою показників виявилися досить ефективними, надаючи населенню відносно недорогі та якісні медичні послуги.

Основним фактором, що визначає попит на послуги державної медичної системи, є необхідність довгого очікування своєї черги в установах державної охорони здоров'я. Як зазначають численні автори, дані про зв'язок між розміром черги на лікування та добровільним медичним страхуванням не цілком переконливі, оскільки черги стають дедалі довшими, а ступінь охоплення населення добровільним медичним страхуванням знизився. Одна з можливих причин цього зниження – надзвичайна дорожня страхова премія, зростання яких постійно випереджає темпи інфляції.

**Метою статті** є обґрунтування імплементації досвіду європейських країн щодо формування управлінських принципів фінансування галузі охорони здоров'я в реалізації державної гуманітарної політики.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Допоки в суспільстві переважає відчуття, що адекватний рівень медичних послуг доступний для всіх, число тих, хто бажає платити за привілейовану медичну допомогу, буде невеликим, за винятком осіб із доходом вище середнього. Однак, як тільки значна частина населення зрозуміє, що медична допомога є неякісною або недоступною, ідея приватного фінансування може отримати серйозну політичну підтримку.

До недоліків бюджетної моделі відносять її велику залежність від мінливих політич-

них пріоритетів, що чітко видно на прикладі Великобританії, витрати на охорону здоров'я в якій протягом останніх років неодноразово змінювалися під впливом політичної кон'юнктури. Англійська система охорони здоров'я є типовою бюджетною моделлю та представляє собою систему державного фінансування охорони здоров'я з високою централізацією фондів та обмеженою роллю місцевого фінансування. Фінансування охорони здоров'я в Англії здійснюється за рахунок коштів державного бюджету та частково за рахунок частини соціального податку, який виплачують працівники та роботодавці. Англійська система охорони здоров'я сформувалася під впливом ідей, уперше представлених у державній системі охорони здоров'я європейських держав Сходу.

Питання фінансування та надання медичних послуг покладено на Національну службу охорони здоров'я та її місцеві відділення. У бюджетних моделях охорони здоров'я функції центрального уряду та органів управління охороною здоров'я на місцях, як правило, чітко розмежовані. Принципи організації та фінансування охорони здоров'я значно вплинули на побудову охорони здоров'я не тільки в Англії, а й у інших країнах. Крім того, лікарі та адміністративні працівники медичних установ у такій моделі охорони здоров'я часто мали менше прав в організації своєї діяльності, а сама система була не підзвітна населенню.

Однак, слід зазначити, що і в Англії платники податків не завжди мають інформацію про витрати коштів, що спрямовуються на охорону здоров'я, а в самій системі відсутні чіткі критерії визначення якості медичних послуг. Більшість медичних послуг, що надаються в рамках державної системи охорони здоров'я Англії, абсолютно безкоштовна, частково оплачуються лише деякі види послуг, наприклад виписка рецепта та профілактичний огляд.

В Англії від доплат за медичну допомогу звільнені вагітні жінки, діти, одержувачі державної соціальної допомоги та допомоги з безробіття, хворі з хронічними захворюваннями, пенсіонери та інваліди війни. Незважаючи на меншу частку коштів, що витрачаються на потреби охорони здоров'я у структурі ВВП у Великій Британії порівняно з іншими державами ОЕСР, результати діяльності охорони

здоров'я цієї країни є далеко не гіршими, а за рядом показників і перевершують ряд європейських країн.

Досить висока їхня частка в таких країнах, як Італія та Греція, пояснюється превалюванням індивідуальних доплат громадян на придбання ліків та оплату медичних послуг, а в Німеччині, Франції та Бельгії основна частина витрат акумулюється у фондах страхових медичних компаній, які надають послуги в рамках добровільного медичного страхування. Незважаючи на це, розмір участі пацієнтів у оплаті послуг охорони здоров'я у Великобританії менше, ніж у таких європейських країнах, як Франція чи Італія, там подібна форма покриття витрат отримала більше поширення.

Причинами цього можуть бути недостатня прозорість процедур розподілу ресурсів у системі охорони здоров'я та відсутність гнучкості в прийнятті управлінських рішень. Як правило, усі бюджетні системи зазнають постійного тиску з боку постачальників медичних послуг з метою збільшення приватного фінансування та підвищення частки зборів із користувачів послуг незалежно від наявності приватного страхування. Особливо чутливі бюджетні моделі до подібного тиску за часів фінансових криз [1]. Для бюджетних систем характерно, що лікарі, які практикують у державному та приватному секторах, можуть маніпулювати термінами очікування надання послуг, щоб заохочувати хворих осіб до приватних платежів.

Зростання приватних платежів може призвести до погіршення доступу до послуг державної системи охорони здоров'я. Великі доходи, які отримують лікарі, які працюють у приватних клініках, спонукають їх обмежувати час прийому пацієнтів та не доопрацьовувати в державному секторі. Звісно, приватні платежі сприяють перерозподілу доступу до лікування, якщо пропозиція є недостатньою, проте в моделі охорони здоров'я, що фінансується в основному з податкових надходжень, будь-яка форма приватного платежу готівкою є способом придбання привілейованого доступу до послуги, велика частина якої оплачується головним чином із чужих податків.

На відміну від державної системи, страхова модель охорони здоров'я існує в багатьох країнах світу. У Європі вона отримала поширення в Німеччині, Бельгії, Нідерландах, Австрії та

Франції. Реалізація ідей соціальної солідарності у сфері охорони здоров'я та дефіцит коштів на оплату медичних послуг у населення спонукали владу втрутитися в процес організації та контролю медичного страхування. Основною причиною введення страхової медицини в європейських країнах стала поява великого приватного сектору в системі охорони здоров'я з високими цінами на медичні послуги, які стали недоступними для багатьох громадян.

В основі страхової моделі охорони здоров'я лежить принцип солідарності, який передбачає існування страхових фондів, керованих на паритетних засадах найманими працівниками та роботодавцями. Ці фонди акумулюють соціальні відрахування від заробітної плати для здійснення страхових виплат. Страхові системи охорони здоров'я не фінансуються, як правило, з державного бюджету, за окремими винятками. У даному випадку йдеться про допоміжні механізми, які являють собою відступ від основної логіки страхової моделі, але без них забезпечення повного охоплення населення медичними послугами було б неможливим.

У Німеччині значну частину працюючих охоплено державним обов'язковим медичним страхуванням, і лише їх невелика частина в законодавчому порядку виключена з неї. Це особи з високими доходами. Існують групи населення, які можуть обирати між державним та приватним медичним страхуванням. У Нідерландах передбачено поділ застрахованого населення на підставі розміру доходів, особи з низькими доходами включаються до системи загального медичного страхування, а особи з високими доходами – до системи приватного медичного страхування.

У більшості країн ЄС страхові внески розподіляються на паритетній основі: одна їх частина сплачується роботодавцем, а інша – найманим працівником. Оплата страхових внесків може здійснюватися в різних пропорціях. Так, якщо для Німеччини, Бельгії, Люксембургу це співвідношення є рівним для працівників і роботодавців, то у Франції більшу частину видатків у фінансуванні страхових фондів беруть на себе наймачі. Актуальним питанням, що по-різному вирішується в європейських країнах, є участь у системі медичного страхування великої групи її учасників – пенсіонерів. Найчастіше як внесок до системи медичного страхування вони

сплачують ту ж частку від своєї пенсії, що й працюючі громадяни від своєї зарплати.

Якщо в Німеччині та Люксембурзі ця сума ділиться між пенсіонером та державним пенсійним фондом, який виступає в цьому випадку як роботодавець, то в Нідерландах пенсіонер сплачує страховий внесок за себе повністю. У деяких випадках фінансування охорони здоров'я доповнюється з державного бюджету, однак, на відміну від бюджетної моделі, у моделі страхової охорони здоров'я така практика застосовується лише у випадках дефіциту страхових фондів. Співвідношення розмірів фінансової участі у формуванні фондів медичного страхування часто залежить від економічної кон'юнктури та податкової політики держави.

Незважаючи на те, що в більшості країн ЄС страхові фонди самоврядні, істотний вплив на встановлення ставки страхових внесків надає уряд чи парламент. У Франції про розміри ставок внесків домовляються уряд, представники найманих працівників, підприємців та організації соціального забезпечення, проте останнє слово залишається за урядом. У Нідерландах функцію встановлення ставок внесків покладено на колегію з медичного страхування, яка рекомендує Міністерству охорони здоров'я, соціального захисту та спорту розміри ставок внесків наступного року.

Лише у двох країнах ЄС, Німеччині та Люксембурзі, повноваження щодо встановлення ставок внесків належать медичним страховим фондам, хоча й у цих державах вони підлягають схваленню урядом. У системі страхової охорони здоров'я в ЄС особливі умови страхування застосовуються щодо осіб, зайнятих за наймом, а саме підприємців, фермерів, ремісників, адвокатів, для інших діють спеціальні правила страхування, виплата страхових внесків залежить від чинного порядку оподаткування.

У Німеччині чи Франції відрахування до фондів медичного страхування робляться після отримання працівниками заробітної плати. Така сама форма стягнення страхових внесків діє і в системі національної охорони здоров'я Великобританії з тією лише різницею, що частина єдиного, що стягується, соціального внеску, призначена на охорону здоров'я, перераховується до відповідного фонду Національної служби охорони здоров'я країни.

Страхова система фінансування охорони здоров'я в порівнянні з бюджетною системою

має низку переваг, причина однієї з них – відмінності у формі освіти фондів [3]. Через те, що страхові фонди формуються на цільовій основі та розраховані на певне коло осіб, то й страхова медицина набуває характеру цільового та адресного. На відміну від бюджетної моделі, у страховій системі лікар є первинною інстанцією – він бере на себе відповідальність за забезпечення надання всіх необхідних медичних послуг. Факт залежності доступу до лікування від внесків надає хворому статус покупця, а зв'язок між страховиком та застрахованим здійснюється на основі договору.

Важливою особливістю страхових моделей, що відрізняє їх від бюджетних систем, є та обставина, що їх фінансування є меншим від політичної кон'юнктури. У страхових моделях суттєва частина страхових внесків залишається, зазвичай, на місцях. Вони перерозподіляються в порядку територіального вирівнювання та можуть контролюватися страхувальниками та застрахованими в частині використання ресурсів, що направляються на оплату медичної допомоги, та якості медичних послуг. Крім того, пацієнти мають ширшу можливість вибору лікаря та лікувального закладу, ніж у бюджетних моделях охорони здоров'я.

Перевагою децентралізованого фінансування у страхових системах є можливість забезпечення стабільного припливу фінансів підприємств та працівників, зацікавлених в отриманні медичної допомоги. Ця обставина обумовлена прозорістю фінансування страхової медицини, а також прямим, а не непрямим, як і в бюджетній моделі, формуванням фондів. Страховий характер фінансування охорони здоров'я може водночас породжувати проблеми, пов'язані з подорожчанням лікування.

У свою чергу, це призводить до дефіциту коштів фондів страхування і, як наслідок, збільшення ставок страхових внесків підприємців та працівників. Крім зростання страхових внесків, висока вартість страхової моделі пояснюється також такими факторами, як вищі адміністративні витрати, які обумовлені необхідністю обробки страховими організаціями фінансових звітів лікувальних закладів; специфікою діяльності лікарів, зацікавлених у наданні більш

дорогих і не завжди потрібних пацієнтові послуг; збільшенням страховими компаніями власних витрат на маркетинг та рекламу в умовах ринкової конкуренції.

Заходами, здатними зменшити зростання витрат на охорону здоров'я, можуть бути зниження кількості медичних послуг, які гарантуються в рамках обов'язкового медичного страхування. Це можливо шляхом збільшення частки власних витрат пацієнтів в оплаті медичної допомоги, уніфікації ставок страхових внесків і послуг, що надаються. Однак реформи останніх років у європейських країнах зробили системи страхової медицини більш гнучкими, що поєднують як централізовані, так і децентралізовані принципи управління.

До недоліків страхової моделі охорони здоров'я часто відносять її невеликі можливості у сфері охорони громадського здоров'я та санітарної освіти, а також щодо здійснення заходів профілактичної медичної допомоги, обумовлених недостатніми фінансовими можливостями страхових фондів. Слабкістю страхової моделі внаслідок її децентралізованого характеру є складність управління та координації діяльності медичних установ, особливо в країнах з обмеженими ресурсами та неоднорідністю територіального поділу.

**Висновки і перспективи.** У європейських країнах для оплати медичної допомоги пенсіонерам, дітям, інвалідам та безробітним часто використовується спільне страхування членів сім'ї, які не працюють. Цей досвід посилення страхового принципу фінансування медичної допомоги міг би застосовуватися у вітчизняній практиці. На відміну від країн зі страховими системами охорони здоров'я, де дотримуються принципу паритету у відшкодуванні витрат на медичну допомогу, в Україні на практиці він відсутній. Мінімальний пакет медичних послуг базової програми загального медичного страхування, що фінансується за рахунок засобів обов'язкового медичного страхування, повинен містити обмежений обсяг надання медичної допомоги порівняно з більш широким переліком послуг у рамках загального медичного страхування.

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах: позитивні наслідки, проблеми та можливі шляхи їх вирішення. *Україна. Здоров'я нації*. 2015. № 3. С. 67–86.

2. Лобас В.М., Шутов М.М., Вовк С.М. Методологія реформування систем охорони здоров'я, за кластерними підходами. *Україна. Здоров'я нації*. 2013. № 2(26). С. 84–88.

3. Мартякова О.В., Трикоз І.В. Перспективи модернізації охорони здоров'я. *Вісник Бердянського університету менеджменту і бізнесу*. 2015. № 4(32). С. 23–30.

#### REFERENCES:

1. Lekhan, V.M., Slabkyj, H.O., Shevchenko, M.V. (2015). *Analiz rezul'tativ reformuvannia systemy okhorony zdorov'ia v pilotnykh rehionakh: pozytyvni naslidky, problemy ta mozhyvi shliakhy ikh vyrishennia* [Analysis of the results of health care reform in the pilot regions: positive consequences, problems and possible solutions]. *Journal Ukraina. Zdorov'ia natsii* [Ukraine. The health of the nation], 3, 67–86 [in Ukrainian].

2. Lobas, V.M., Shutov, M.M., Vovk, S.M. (2013). *Metodolohiia reformuvannia system okhorony zdorov'ia, za klasternymy pidkhodamy* [Methodology of reforming health care systems, according to cluster approaches]. *Journal Ukraina. Zdorov'ia natsii* [Ukraine. The health of the nation], 2(26), 84–88 [in Ukrainian].

3. Martiakova, O.V. and Trykoz, I.V. (2015). *Perspektyvy modernizatsii okhorony zdorov'ia* [Prospects for health care modernization]. *Visnyk Berdians'koho universytetu menedzhmentu i biznesu* [Bulletin of Berdyansk University of Management and Business], 4(32), 23–30 [in Ukrainian].