

6. Постанова Кабінету Міністрів України від 26.03.2003 р. № 386 «Про Порядок безспірного вилучення коштів з місцевих бюджетів, витрачених на видатки, які повинні були провадитися з іншого бюджету».

7. Постанова Кабінету Міністрів України від 21.07.2006 р. № 1001 «Про затвердження Державної стратегії регіонального розвитку на період до 2015 року».

Стаття надійшла до редакції 03.02.2010 р.

УДК 368.9.06

Ю. П. Гришан

канд. екон. наук,
доцент кафедри страхування,
ДВНЗ «КНЕУ імені Вадима Гетьмана»,
Директор ВАТ «СТ «Іллічівське», м. Київ

НЕОБХІДНІСТЬ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ВПРОВАДЖЕННЯ ОБОВ'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

В статье отображены основные проблемы финансирования сферы здравоохранения, необходимость и пути внедрения обязательного медицинского страхования в Украине, приводится алгоритм внедрения такого страхования.

The article is deals with the problems of industry of health protection, financing, necessity and the ways of the compulsory health insurance in Ukraine, the algorithm of adoption of the compulsory health insurance is pointed.

В статті висвітлено основні проблеми фінансування галузі охорони здоров'я, необхідність та шляхи впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні, наведено алгоритм впровадження такого страхування.

Ключевые слова: медицинская отрасль, обязательное медицинское страхование, добровольное медицинское страхование, концепция медицинского страхования.

Keywords: medical industry, obligatory medical insurance, voluntarily medical insurance, conception of medical insurance.

Ключові слова: медична галузь, обов'язкове медичне страхування, добровільне медичне страхування, концепція медичного страхування.

В Україні за часів незалежності була здійснена низка важливих економічних реформ. Але вони майже не зачепили систему охорони здоров'я, хоча здоров'я громадян пов'язано з показни-

ками, що характеризують економічний стан нашої держави. Тому виникла нагальна потреба в зміні акцентів при проведенні реформ з питань охорони здоров'я в Україні.

На засіданнях Національної Ради при Президентові України з питань охорони здоров'я провідні вчені та фахівці галузі дійшли висновку, що стан системи охорони здоров'я — критичний, особливо це стосується програм протидії ВІЛ СНІДу та туберкульозу. В підтвердження цього висновку наводимо приклад: сьогодні в Україні, порівняно з Європою, тривалість життя на 10—12 років нижча, ніж у 60-х роках. Насторожує те, що збільшилась смертність людей молодого та середнього віку. Тому можна зробити висновки про загрозу того, що через деякий час унаслідок проблем, пов'язаних у тому числі з системою охорони здоров'я, кількість працездатного населення суттєво скоротиться.

Якісний та кількісний стан медицини є однією зі ключових детермінант демографічної ситуації у країні. Сьогодні кількісні показники свідчать про те, що в медичній галузі України задіяна велика, порівняно з Європою, кількість людей, майже 48 спеціалістів на 100 тисяч населення. Щодо параметру-значення «ліжко-місце», то в Україні він досить високий і в півтора — два рази перевищує аналогічний показник у розвинених країнах Європи. У первинних медичних закладах нашої держави задіяно 14 медичних спеціалістів на 100 тисяч осіб, для порівняння: 31 і 105 у країнах Європейського співтовариства. А показник кількості лікарень зворотній — 6 в Україні, та від 3 до 4 у країнах Європи (табл. 1).

Таблиця 1

**ПОРІВНЯЛЬНІ ПОКАЗНИКИ, ЯКІ ХАРАКТЕРИЗУЮТЬ
ЗАБЕЗПЕЧЕНІСТЬ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ В УКРАЇНІ
ТА ЄВРОПІ (В РОЗРАХУНКУ НА 100 ТИС. НАСЕЛЕННЯ)***

	Україна	ЄС (у складі 27 країн)	ЄС (у складі 10 країн)	Європа
Лікарні	5,7	3,2	2,7	4,3
Заклади первинної допомоги	13,8	88,0	105,0	31,0
Ліжка	716,0	414,0	520,0	532,0
Лікарі-терапевти	28,9	98,0	64,0	65,0

* Інститут економічних досліджень і політичних консультацій в Україні Німецької консультативної групи при Уряді України.

Наведена вище характеристика свідчить про низьку ефективність дії української галузі охорони здоров'я, що побудована на основі системи «Семашко». Не зважаючи на те, що бюджетне фінансування збільшилось у 7,5 разу в період з 2000 року до 2009 року, воно є недостатнім через неефективне його використання та негативну демографічну ситуацію в країні. За даними Комітету Верховної Ради з питань охорони здоров'я, частка витрат на медицину по відношенню до ВВП в 2007 році становила 3,4 %, у 2008 — 3,3 %, у 2009-му — 2,9 %, у 2010 (проект) — 3,2 %. У часи СРСР цей показник складав 6—6,5 % від ВВП, у США — від 11 до 14 %, у Німеччині — 10—11 %.

Кожна країна модернізує систему охорони здоров'я та систему фінансування залежно від ряду вихідних параметрів: розміру бюджету країни, можливих видатків на охорону здоров'я, наявності інфраструктури (медичні заклади та їх технічне забезпечення, кваліфіковані кадри, технології), стану захворюваності населення, загальної системи соціального захисту населення, історичних передумов.

Аналіз моделей медичного забезпечення, проведений групою експертів, до складу якої входили Л. Хандріх та О. Бетлій з Інституту економічних досліджень та політичних консультацій в Україні Німецької консультативної групи при Уряді України, свідчить, що жодна з них не є бездоганною.

Сьогодні українська держава неспроможна забезпечувати всі медичні заклади за принципом фінансування ліжко-місць, у той же час відповідно оцінки ВООЗ приватні видатки на медичні потреби складали 30 % сукупних видатків на охорону здоров'я. Для порівняння: в розвинутих країнах оплата здійснюється за конкретно надані медичні послуги відповідно до їх якості та кількості.

Приватні страхові компанії, що працюють на ринку медичного страхування, часто зустрічаються з неадекватною реакцією персоналу лікувальних закладів на звернення застрахованих осіб для отримання медичної допомоги. Слід підкреслити, що в значній кількості лікувальні заклади не надають якісної медичної допомоги, тому що мають застарілу систему управління, коли кошти від страхових компаній спрямовуються на переозброєння та переобладнання, і взагалі не стимулюється персонал. Фактично лікувальний заклад отримує бюджетне фінансування від місцевої ради в основному тільки на заробітну плату та оплату комунальних послуг. Відповідно з нарощуванням негативного суб'єк-

тивного відношення медичного персоналу до фінансування лікувального закладу з фондів страхового ринку, застрахована особа є незахищеною в такому закладі, незважаючи на супровід його фахівцями страхової та асистанської компанії.

У кінці 2006 року автором було ініційовано проведення всеукраїнського круглого столу за участю провідних фахівців медичної галузі: чотирьох экс-міністрів охорони здоров'я, які були присутні в якості експертів, представників Кабінету Міністрів України, депутатів Верховної Ради України, всесвітньовідомих експертів з охорони здоров'я та представників страхового ринку, на якому обговорювались питання подальшого розвитку та реформації медичної галузі. Учасниками Круглого столу було запропоновано програму дій: прийняття законів, включаючи Закон «Про обов'язкове медичне страхування», Закон «Про медичні заклади»; затвердження стандартів лікування тощо. Дані заходи так і не були виконані жодним урядом.

Розробка та затвердження моделі обов'язкового медичного страхування (ОМС) не вирішить проблеми системи охорони здоров'я в Україні, тому що не усунені основні причини надкритичного стану самої системи: неефективна система використання коштів; відсутність мотивації персоналу та нормальної системи оплати праці; відсутність стандартів лікування та якості медичних послуг; майже повна відсутність первинної ланки обслуговування населення.

Докорінна перебудова системи медичного забезпечення громадян, її реструктуризація, у тому числі на базі медичних закладів недержавної форми господарювання, що будуть надавати послуги за цивільно-правовими договорами, зміна моделі фінансового забезпечення медичної галузі — дозволять відійти від загального бюджетного фінансування і виокремити державне фінансування тільки для державних програм.

Національна Рада з питань охорони здоров'я не встигла зробити всі заплановані кроки відповідно до Указу Президента України «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» від 6.12.2005 року, зокрема «вжити заходів щодо запровадження сучасних економічних механізмів у діяльність закладів охорони здоров'я...», — політична криза та нестабільність завадили процесу реформування галузі системи охорони здоров'я.

Метою впровадження в Україні ОМС є забезпечення конституційних прав громадян України на безоплатне надання медичної

допомоги, подолання хронічного недофінансування системи охорони здоров'я.

На думку автора, для України найбільш прийнятним може стати використання моделі, що передбачає 3-рівневу систему фінансування (рис. 1) та застосування ринкових механізмів перерозподілу грошових коштів.

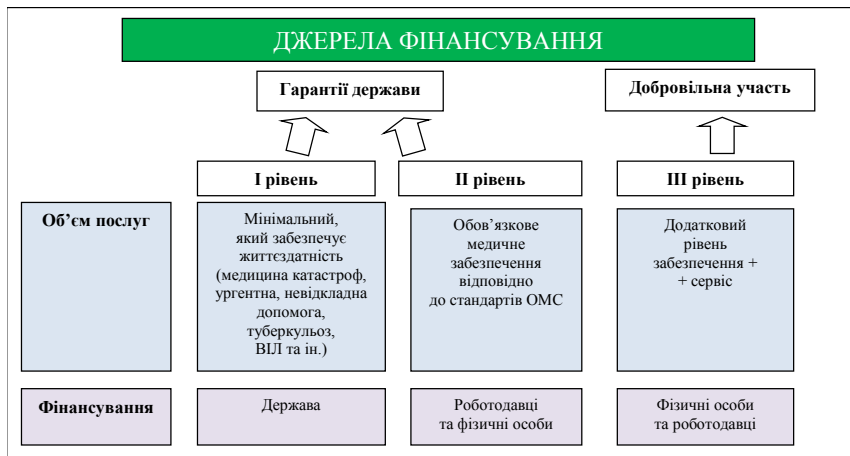


Рис. 1. Джерела фінансування медичного страхування

Така система має опиратися на ресурси та накопичений досвід страховиків, сплату страхових внесків роботодавцями, фондами, бюджетні кошти. Держава при застосуванні такої моделі відіграватиме важливу роль як на етапі впровадження, так і в процесі функціонування моделі, зокрема, шляхом встановлення «правил гри», здійснення контролю за їх додержанням та бюджетного фінансування тих сфер ОМС, щодо яких ринковий механізм є недостатньо ефективним.

На думку автора, найудалішою в Україні є Концепція загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, запропонована Лігою страхових організацій України в 2008 році. Розробку даної концепції очолював автор разом із керівниками та експертами провідних страхових компаній, такими як Сіренко І. Г., Завада О. Л., Дольнік В. М. та іншими на прохання Прем'єр-міністра України. Дана Концепція розглядалась кафедрою страхування Київського національного економічного універ-

ситету імені Вадима Гетьмана та отримала відгук як модель, що забезпечує ринковий публічний механізм перерозподілу коштів.

Відповідно до зазначеної вище концепції, механізм здійснення ОМС має бути викладено у Законі «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування», згідно якого сімейні лікарі надаватимуть первинну медичну допомогу закріпленому за ними населенню України та висновок щодо необхідності отримання медичної допомоги у відповідному лікувальному закладі другого або третього рівнів системи охорони здоров'я. Первинна медична допомога включатиме огляд лікаря, нескладне діагностування, надання рецепту на придбання ліків, проведення лікування без застосування спеціального обладнання. Заклади охорони здоров'я (ЗОЗ) — створені на основі міських, районних, обласних поліклінік та лікарень, інших державних та комунальних медичних закладів будуть відноситися до другого рівня системи охорони здоров'я — спеціалізована медична допомога або до третього рівня системи охорони здоров'я — високоспеціалізована медична допомога. Лікування в ЗОЗ здійснюватиметься відповідно до направлення лікаря, за виключенням хронічно хворих громадян, які можуть самостійно звертатися до ЗОЗ.

Система ОМС передбачатиме відшкодування сімейним лікарям та ЗОЗ витрат на надання медичної допомоги застрахованими особами згідно з стандартизованим пакетом медичних послуг ОМС з резервних фондів страхових організацій та/або їх «саморегулювального» об'єднання. Формування резервних фондів здійснюватиметься за рахунок страхових платежів, що надходять від роботодавців, соціальних фондів та з державного бюджету залежно від категорії застрахованого населення.

Основними суб'єктами ОМС мають стати:

- застраховані особи — всі громадяни України, що мають вільний вибір страховика, ЗОЗ та сімейного лікаря;

- страховальники ОМС — роботодавці, органи місцевого самоврядування та Державні страхові фонди: Пенсійний фонд, Фонд загальнообов'язкового державного соціального страхування України на випадок безробіття;

- страховики ОМС — страхові організації, до яких ставитимуться наступні вимоги: отримання ліцензії на проведення ОМС; членство в Медичному страховому бюро України (МСБУ); наявність внеску до гарантійного страхового фонду 1 млн. євро; пере-

вищення фактичного запасу платоспроможності над нормативним; наявність мережі «ассистанс», що охоплює всю територію України;

— МСБУ — «саморегулююча» організація страховиків, що забезпечуватиме координацію їх діяльності з ОМС, а також здійснює гарантійну та страхову діяльність;

— гарантійний страховий фонд (ГСФ) — централізований страховий резервний фонд, що створюється при МСБУ. Джерелами коштів ГСФ будуть внески страховиків (гарантійні, щомісячні, разові), відрахування фондів стосовно відповідних застрахованих осіб, кошти державного та місцевих бюджетів. Кошти ГСФ використовуватимуться на здійснення регламентних виплат з ОМС.

З метою розширення бази внесків з ОМС, пропонується запровадити додаткові податкові джерела, а саме: за рахунок збільшення акцизів на алкоголь, тютюн; введення податку на активи тощо. Зазначені кошти будуть спрямовуватися до спеціального фонду, матимуть цільовий характер і спрямовуватимуться виключно на сплату внесків з ОМС за непрацюючих (пенсіонерів, дітей, студентів, безробітних).

Медичні послуги, що не включаються до системи ОМС, «медичні послуги другорядного значення», «парамедичні послуги» сплачуватимуться громадянами за власний рахунок у рамках ДМС. До таких послуг будуть належати стоматологічні послуги, ліки за рецептами сімейних лікарів.

Все вагомішим джерелом фінансування системи охорони здоров'я, у зв'язку із впровадженням ОМС, ставатиме добровільне медичне страхування (далі — ДМС), за яким передбачається надання медичних послуг підвищеної якості, вище рівня, передбаченого системою ОМС. При здійсненні ДМС пропонується дозволяти віднесення страхових платежів на валові витрати роботодавців, а також надання податкового кредиту для фізичних осіб.

Для впровадження ОМС в Україні необхідна розвинута інфраструктура, потужні сервера, персоніфікована система сервера, асистанс, укладені договори про співробітництво з великою кількістю закладів охорони здоров'я в різних містах України, велика кількість задіяних кадрів та суб'єктів в процесі медичного страхування та супроводження договорів медичного страхування.

З метою забезпечення безперервності надання медичної допомоги, не погіршення досягнутого її рівня, ОМС пропонується впроваджувати в три етапи:

I етап — підготовчий, передбачає персоніфікацію населення, розробку та затвердження стандартів лікування, перелік медичних послуг та їх вартість, реструктуризацію державних та комунальних закладів охорони здоров'я та прийняття Закону України «Про обов'язкове медичне страхування».

II етап — перехідний. передбачає укладання договорів ОМС, збереження без змін системи фінансування станцій першої невідкладної допомоги, дитячих поліклінік, пологових будинків тощо; а також збереження часткового фінансування за рахунок державних та місцевих бюджетів постійних витрат закладів охорони здоров'я другого та третього рівнів.

III етап — повноцінного функціонування ОМС, передбачає одночасне припинення фінансування системи охорони здоров'я за рахунок держави, крім спеціалізованих закладів запровадження нових розмірів страхових платежів із урахуванням страхового покриття.

Реалізація цієї Концепції дозволить:

1) забезпечити конституційні права громадян України на безоплатне надання медичної допомоги відповідно до європейських стандартів;

2) кошти, що фінансуються перерозподілити через механізм ОМС на засадах громадського контролю;

3) створити умови для залучення інвестицій у систему охорони здоров'я та ОМС;

4) зменшити витрати держави на впровадження ОМС та її адміністрування;

5) забезпечити додатковий контроль за якістю та ефективністю медичних послуг, що прискорить формування конкурентного ринку медичних послуг та утворення нових медичних закладів різних форм власності;

6) досягти загальноекономічного результату за рахунок стимулювання розвитку системи охорони здоров'я.

Таким чином, тільки після реалізації запропонованої моделі організації та впровадження ОМС, яке доповнюватиметься також ДМС, можливе реформування галузі охорони здоров'я, яка матиме соціальну направленість, як і проголошено Конституцією України.

Література

1. Указ Президента України «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» від 6.12.2005 року, опубліковано в газеті Урядовий кур'єр від 14.12.2005. — № 238.

2. Григораиш Г. В., Григораиш Т. Ф., Олійник В. Я., Субачов І. Т. Системи соціального страхування зарубіжних країн: Навч. пос. — К.: Центр учбової літератури, 2008. — 144 с.

3. Поліщук М. Є. Лікуймо Україну! — Тернопіль: ТДМУ, 2009. — 228 с.

4. Портер Майкл, Тайсберг Елизабет Ольмстед. Переосмысление системы здравоохранения. Как создать конкуренцию, основанную на ценности и ориентированную на результат. — К.: Издательство Алексея Капусты (подразделение «Агентства «Стандарт»»), 2007. — 620 с.

Стаття надійшла до редакції 10.02.2010 р.

УДК 336.38

Л. І. Данілова,

канд. екон. наук, доц.,

Л. Д. Буряк,

канд. екон. наук, проф.,

М. В. Бутова,

економіст ТОВ «VAB лізинг»,

О. В. Мельник,

канд. екон. наук, доц.,

Н. П. Сиволапенко,

асистент,

кафедра фінансів підприємств,

ДВНЗ «КНЕУ імені Вадима Гетьмана»

ОСОБЛИВОСТІ ФІНАНСОВОГО ЛІЗИНГУ ЯК ІНВЕСТИЦІЙНОГО ІНСТРУМЕНТУ В УКРАЇНІ

В статье рассматриваются проблемы финансового лизинга и представлен прогноз развития лизинговых отношений в Украине.

Problems of financial leasing, forecast of leasing relations in Ukraine are presented in the article.

В статті розглянуто проблеми фінансового лізингу та зроблено прогноз розвитку лізингових відносин в Україні.

Ключевые слова: *финансовый лизинг, инвестиции в основные средства, капитальные инвестиции*

Keywords: *financial leasing, investments in fixed assets, capital investments*

Ключові слова: *фінансовий лізинг, інвестиції в основні засоби, капітальні інвестиції*