

Медичне страхування у контексті модернізації фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні

У статті запропоновано стратегічні орієнтири розвитку системи обов'язкового медичного страхування в Україні з урахуванням зарубіжного досвіду і реалій фінансового забезпечення вітчизняної системи охорони здоров'я.

Ключові слова: страхування, медичне страхування, система охорони здоров'я.

В статье предложены стратегические ориентиры развития системы обязательного медицинского страхования в Украине с учетом иностранного опыта и реалий финансового обеспечения отечественной системы здравоохранения.

Ключевые слова: страхование, медицинское страхование, система здравоохранения.

The article is offered the strategic directions of development of the system of obligatory medical insurance in Ukraine, considering foreign experience and problems of the financial providing of the Ukrainian health care system.

Постановка проблеми. Запровадження обов'язкового соціального медичного страхування є однією зі складових реформування вітчизняної системи охорони здоров'я. В країні вже тривалий період часу проводиться підготовча робота щодо введення даного виду страхування, а саме: частково сформовано законодавчу базу, яка гарантує громадянам право на обов'язкове медичне страхування (Конституція України, Основи законодавства про охорону здоров'я, Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування), розроблено десятки проектів законів про обов'язкове медичне страхування (у 2002 році у другому читанні навіть було прийнято законопроект «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування»), досліджено зарубіжний досвід, проведено регіональні експерименти (Указ Президента «Про проведення експерименту в м. Києві та Київській області по обов'язковому державному соціальному медичному страхуванню» від 14.11.2000 №1223). У Програмі економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» до кінця 2014 року має відбутися підготовка до введення обов'язкового соціального медичного страхування, що передбачає проведення структурної реорганізації системи охорони здоров'я, оптимізацію мережі закладів охорони здоров'я і відпрацювання нових фінансових механізмів.

Тобто вже вкотре держава намагається реформувати систему охорони здоров'я з допомогою механізму обов'язко-

вого медичного страхування, однак той факт, що досі немає чіткої державної концепції розвитку цього виду страхування, ставить під сумнів реалізацію задекларованих намірів і потребує ґрунтовнішого вивчення даного питання.

Аналіз досліджень та публікацій з проблеми. В Україні вже тривалий період часу відбувається дискусія з приводу необхідності введення медичного страхування для підвищення ефективності діяльності системи охорони здоров'я і її фінансового забезпечення. Зважаючи на сучасний хронічний дефіцит фінансових ресурсів у сфері охорони здоров'я, такий крок схвалює більшість політиків, науковців, медиків, економістів. Серед них слід відзначити праці: А. Величка, В. Войцехівського, В. Лехан, В. Москаленка, В. Рудень, І. Кондрата, М. Поліщука, Н. Лакіза–Сачук, Н. Мачуги, О. Василика, О. Губара, Т. Педченка, Я. Радиш та ін. Основною перевагою обов'язкового медичного страхування вважається цільовий характер формування і використання фінансових ресурсів позабюджетного фонду, заснованого на принципах соціального страхування. Вважається, що використання грошових коштів, акумульованих у централізованому фонді суто для фінансування потреб охорони здоров'я, дасть змогу здійснювати фінансове забезпечення на регулярній та повноцінній основі, а введення в систему охорони здоров'я фінансового посередника в особі страховика (страхового фонду), сприятиме формуванню конкурентних відносин і поліпшенню якості медичних послуг.

У той же час науковці і практики застерігають, що, якщо у фонді обов'язкового медичного страхування не вдасться акумулювати кошти, яких буде достатньо для вирішення хоча б частини проблем сфери охорони здоров'я, це суттєво підірве довіру населення в ефективність та доцільність такого страхового фонду і посилить соціальну напругу в країні. Крім того, перехід до системи ОМС потребує від державного бюджету додаткових адміністративних витрат, а для населення, підприємств і організацій стає додатковим податковим тягарем, у результаті чого може зменшитися конкурентоспроможність продукції і підвищитися рівень «тінізації» економіки. Отже, перш ніж запроваджувати систему ОМС в Україні, потрібно ретельно зважити і максимально врахувати всі «за» і «проти» такого нововведення, корисним також є досвід інших пострадянських країн, які вже використовують обов'язкове медичне страхування в системі охорони здоров'я.

Метою статті є надання автором пропозицій щодо розвитку системи обов'язкового медичного страхування в Ук-

раїні на сучасному етапі розвитку фінансових відносин із метою підвищення рівня якості послуг державного сектора охорони здоров'я.

Виклад основного матеріалу. Незважаючи на застереження науковців, механізм обов'язкового медичного страхування все ж потрібно впроваджувати, однак робити це треба виважено і поступово. В сучасних умовах господарювання, на наш погляд, найбільш вдалою ідеєю, яка може частково вирішити проблему фінансового забезпечення охорони здоров'я на засадах соціального страхування, є впровадження обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги (ОМСФД).

На сучасному етапі в умовах дефіциту фінансових ресурсів державні та комунальні заклади охорони здоров'я значно зменшили обсяги придбання лікувальних засобів і переклали цю частину витрат на плечі пацієнтів, що дуже обтяжливо для сімейного бюджету і порушує їхні права щодо гарантованого обсягу медикаментозного забезпечення. Загалом, кошти, які домогосподарства витрачають на лікування (оплата медичних послуг та придбання медичних товарів), є значним внеском для системи охорони здоров'я в Україні. В загальних видатках на охорону здоров'я частка внеску домогосподарств впродовж 2003–2011 років коливалася в межах 35–42% (у 2011 році – 39,6 млрд. грн., тоді як у 2003 році – 7,2 млрд. грн.) [1]. Одночасно вітчизняна система фінансування охорони здоров'я залучає лиш менше 1% витрат домогосподарств у вигляді добровільного медичного страхування. Решта витрачається шляхом самостійних виплат, і це створює фінансові бар'єри для доступу населення і зазвичай для малозабезпечених його верств. Занепокоєння викликає також той факт, що впродовж 2003–2011 років основні витрати на фармацевтичні товари та інші медичні товари нетривалого використання здійснювалися в основному домогосподарствами – 99,6%, а не лікувально-профілактичними закладами (для порівняння: у розвинутих європейських країнах від 30 до 60%) [1]. Крім того, серйозною проблемою є висока вартість медикаментів і неконтрольована система ціноутворення на лікарські засоби в країні. Так, на ринку фармацевтичних послуг відбувається продаж більш дорогих, в основному імпортних ліків. В Україні в 2011 році було зареєстровано 14 205 лікарських засобів, з яких лише 3681 – ліки вітчизняного виробництва. Обсяги продажу лікарських засобів вітчизняного виробництва у 2010 році становили 24,5%, а імпортного – 75,5%. Частка дешевших лікарських засобів вітчизняного виробництва становить у середньому лише 16% [2].

Усе це свідчить про необхідність спрямування зусиль держави у сфері охорони здоров'я на розробку відповідних програм та стратегій щодо покращення медикаментозного забезпечення населення.

В Україні вже проводилися дослідження обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги як складової системи ОМС. Суть ОМСФД полягає у створенні за

рахунок обов'язкових страхових внесків фонду, завданням якого є забезпечення застрахованого населення фармацевтичними засобами у разі настання страхового випадку. Страховим відшкодуванням у даному випадку є певний обсяг медикаментозних засобів, необхідних для лікування того чи іншого захворювання.

Моделі медичної і фармацевтичної допомоги в системі обов'язкового медичного страхування тісно взаємопов'язані, оскільки працюють на вирішення однієї проблеми – охорону здоров'я населення, однак вони можуть розвиватися незалежно (рис. 1). Запровадження системи фармацевтичного страхування, на думку спеціалістів, дасть змогу здійснювати контроль за станом надання фармацевтичної допомоги, обґрунтованістю використання бюджетних чи інших коштів, доцільністю призначення лікарських препаратів [3, с. 163].

На нашу думку, запровадження обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги (ОМСФД) до введення повноцінної системи ОМС в Україні є доцільним, оскільки:

- по-перше, в сучасних умовах значного фінансового дефіциту у сфері охорони здоров'я запускати повноцінний механізм ОМС передчасно, оскільки за рахунок коштів, мобілізованих до фонду, не вдасться раптово вирішити роками нагромаджену кількість проблем і забезпечити якісно інший рівень медичних послуг. Тобто система охорони здоров'я поглине додаткові фінансові ресурси, однак кошти ОМС відчутно не вплинуть на покращення фінансового забезпечення охорони здоров'я, а це лише поглибить фінансові проблеми та підірве довіру до медичного страхування у громадян. Своєю чергою, перевагою обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги є те, що воно чітко вказує на пріоритети діяльності і передбачає виконання такого основного завдання, як фінансування гарантованого рівня медикаментозного забезпечення;

- по-друге, при цільовому фінансуванні відбувається раціональніше використання фінансових ресурсів і спрощена процедура фінансового контролю. Крім того, в організаційному плані впровадження системи обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги є дешевше в адмініструванні, ніж системи ОМС загалом.

Основними завданнями, які доведеться вирішувати у випадку реалізації даної моделі ОМСФД, є:

- розробка страхового каталогу (переліку) медикаментів, вартість яких покриватимуть за рахунок коштів обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги;
- вибір типу організації та управління фондом обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги;
- розробка механізму покриття вартості соціально гарантованого переліку лікарських препаратів.

Більше двадцяти років спеціалісти Національної фармацевтичної академії проводять науково-практичні дослідження по найпоширеніших у країні нозологіях: кардіології, онкології, гінекології, цукрового діабету тощо. На основі цих досліджень розроблено спеціальні методики визначення

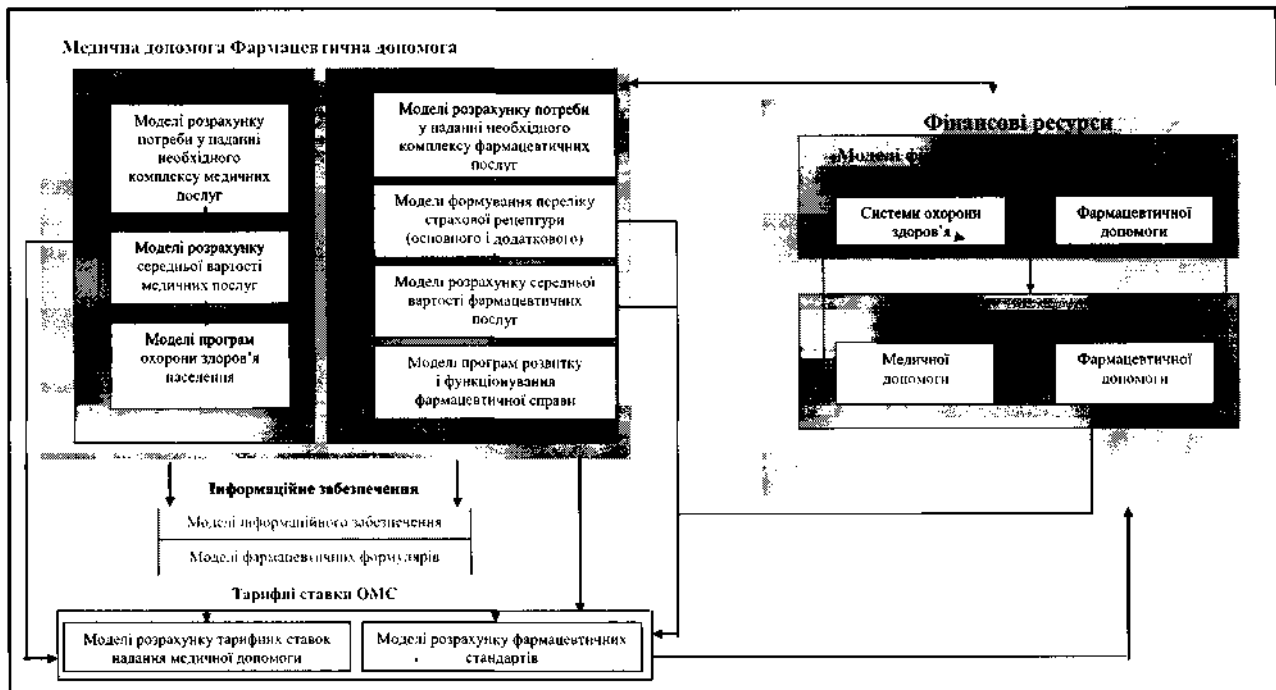


Рисунок 1. Структура блоків моделей функціонування ОМС [3, с. 165]

страхових переліків (основного і додаткового) за всіма фармакотерапевтичними групами та розрахунку показників споживання лікарських засобів за стандартами фармацевтичної допомоги [3, с. 164]. Однак розроблені методичні вказівки досі не використовують на практиці.

Як свідчить зарубіжний досвід, страхові переліки поділяють на позитивні та негативні. Позитивний каталог має містити перелік назв медикаментів «від А до Я», вартість яких покривають за рахунок коштів обов'язкового медичного страхування, а в негативному перераховані лише ті ліки, які не оплачують коштом ОМС. В умовах дефіциту фінансових ресурсів найкраще використовувати перший варіант переліку лікарських засобів, оплату яких гарантує держава за рахунок коштів ОМС. Громадяни країни повинні чітко знати, який обсяг медикаментозного забезпечення вони мають право отримувати від держави у випадку загрози їхньому здоров'ю.

Розрахунок обсягів і вартості медикаментозного забезпечення потребує використання системи багатьох чинників: даних медичної статистики; участі кваліфікованих спеціалістів – медиків у розробці типових рецептів – переліків медикаментів та перев'язувальних матеріалів, необхідних для лікування тих чи інших хвороб; досліджень та моніторингу ринку фармацевтичних послуг; вартості ліків тощо.

На початковому етапі впровадження системи ОМСФД доцільно розробити типові рецепти для лікування, в першу чергу, таких хвороб, які потребують термінової (екстреної) хірургічної допомоги (наприклад, гострий апендицит, холецистит, панкреатит, проривна виразка шлунка і дванадцятипалої кишки тощо). Насамперед необхідно захистити населення від хвороб, які потребують негайної медичної допомоги і загрожують життю пацієнта.

Типовий рецепт для лікування того чи іншого виду хвороби за рахунок коштів фонду ОМСФД повинен містити перелік медикаментів та виробів медичного призначення, необхідних для проведення операції, анестезії та мінімального курсу лікування одного хворого. Обчислення загальної вартості типового рецепту доцільно здійснювати з урахуванням кількості, обсягу та середніх цін на медикаменти та вироби медичного призначення для кожної хвороби окремо.

Для того щоб визначити прогнозний обсяг коштів, необхідних для медикаментозного забезпечення екстреної хірургічної допомоги, пропонуємо формулу розрахунку:

$$Z = V1 \times C1 + V2 \times C2 + V3 \times C3 + \dots + Vn \times Cn \text{ або } Z = \sum_{i=1}^n Vi \times Ci, (1.1)$$

де Z – прогнозований обсяг коштів, необхідних для медикаментозного забезпечення екстреної хірургічної допомоги в країні;

Vi – вартість типового рецепту для лікування i -го виду хвороби;

Ci – загальна кількість термінових хірургічних операцій по i -му виду хвороби в країні за останній рік;

i – вид хвороби, яка потребує екстреної хірургічної допомоги. Запропоновану формулу можна вважати умовним прикладом для фінансово-економічного обґрунтування розміру фонду обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги і подальшого встановлення суми страхових відрахувань до його бюджету.

Організаційна структура системи ОМСФД має об'єднувати наступне коло учасників: страховальники, застраховані особи, Фонд обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги, лікувально-профілактичні установи постачальники фармацевтичної продукції.

Схематично механізм фінансових взаємовідносин між учасниками системи ОМСФД зображено нами на рис. 2.

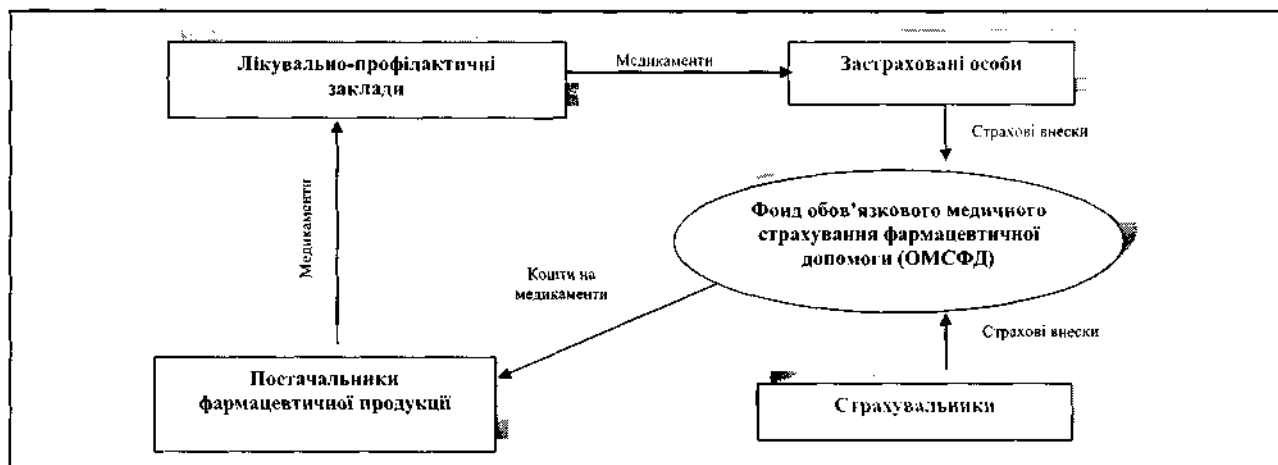


Рисунок 2. Механізм фінансових взаємовідносин у системі ОМСФД

Рух грошових коштів в системі ОМСФД може відбуватися таким чином:

- 1) страховальники і застраховані особи перераховують страхові внески до фонду обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги;
- 2) фонд ОМСФД налагоджує фінансові відносини бажано з оптовими постачальниками фармацевтичної продукції для закупівлі медикаментів, необхідних для лікування визначеного переліку хвороб;
- 3) лікувально-профілактичні заклади одержують закуплені медикаменти і використовують їх для лікування застрахованих пацієнтів.

Фактично схожа схема взаємовідносин вже існує в окремих регіонах, де функціонують лікарняні каси, що дало їм змогу здешевити ціни на медикаменти на 30–40% нижче ринкових [4]. ЛК укладають договори з оптовими фармацевтичними фірмами та аптечними закладами і з лікувально-профілактичними закладами про спільну діяльність з метою забезпечення членів ЛК медикаментами, реактивами, санітарно-технічними засобами та ін. Система контролю якості лікувально-діагностичного процесу членів ЛК має чотири рівні: громадський контроль; лікар-експерт лікувально-профілактичного закладу; лікар-експерт лікарняної каси; експертна комісія управління охорони здоров'я (обласного, міського тощо).

На початковому етапі запровадження ОМСФД в Україні найефективнішим є створення такої системи, при якій страхові внески акумулюватимуться в єдиному державному цільовому фонді, що є некомерційною організацією і діє під наглядом держави. Участь у проведенні ОМС недержавних страхових медичних компаній, які, на думку окремих експертів, мають забезпечити умови для конкуренції і тим самим поліпшити якість медичного обслуговування, може мати негативні наслідки для застрахованих осіб. Адже, намагаючись максимізувати прибуток, страхові медичні організації уникатимуть страхування осіб, які належать до групи ризику (літніх, хронічно хворих, дітей тощо). В Росії вже було зроблено спробу створити самостійну систему ОМС, в якій основні функції з управління фінансовими коштами було покладено

на страхові медичні організації. Це призвело до зниження фінансової стійкості охорони здоров'я, плутанини з розрахунками, платежами, звітністю, збільшення документообігу і ряду зловживань у даній сфері. Після цього було прийнято рішення про створення фондів медичного страхування, основне завдання яких – акумулювати фінансові ресурси, фінансувати обов'язкове медичне страхування, що здійснюють страхові медичні організації, і контролювати раціональне витрачання коштів. У результаті в країні виникла громіздка, нерациональна і достатньо затратна структура ОМС, де страховим медичним організаціям була відведена роль своєрідного касира, якому належить доводити кошти ОМС до медичних установ. Польський досвід також підтвердив доцільність розвитку централізованої системи організації та управління коштами ОМС. Так, лікарняні каси, діяльність яких була базована на принципах самоврядування, було об'єднано в єдиний централізований механізм – Національний фонд здоров'я. Цей досвід необхідно враховувати, щоб уникнути повторення таких помилок в Україні.

Важливим аспектом в організації діяльності фонду ОМСФД є оптимізація джерел фінансування, визначення переліку страховальників та розміру страхових внесків. До платників внесків на обов'язкове медичне страхування фармацевтичної допомоги пропонуємо відносити: роботодавців, органи державної влади та місцевого самоврядування, навчальні заклади (державні і недержавні), осіб, які добровільно бажають бути застрахованими.

Перша група платників – це роботодавці, а саме: підприємства, установи, організації різних форм власності, громадяни-підприємці та інші фізичні особи, які використовують працю найманих осіб на умовах договорів (контрактних, цивільно-правових). Згадані страховальники мають сплачувати за найманих працівників страхові внески, розмір яких повинен визначатися у процентах до фактичних витрат на оплату праці. Із введенням повноцінної системи ОМСФД податкове навантаження на роботодавців зростає, однак ці втрати компенсує зменшення інших податків (ПДВ, податку на прибуток тощо), яке передбачене в Податковому кодексі.

Друга група – органи державної влади і місцевого самоврядування. За рахунок страхових внесків, сплачених із державного і місцевих бюджетів до фонду ОМСФД, належить забезпечувати медикаментозне лікування окремих верств населення: непрацюючих пенсіонерів; студентів, яких навчають за рахунок коштів державного бюджету, безробітних осіб працездатного віку; інвалідів; дітей безробітних батьків; та ін. Звичайно, до числа населення, яке заплановано охопити обов'язковим медичним страхуванням, недоцільно зараховувати громадян, які належать до вищих соціальних прошарків і мають високий рівень доходів. Наприклад, у Німеччині близько 10% заможних громадян страхують здоров'я лише у приватних страхових компаніях [5].

Проблему наповнення дохідної частини бюджетів з метою сплати страхових внесків до фонду обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги можна вирішити двома способами.

Спосіб 1. Вдосконалити діючий порядок використання бюджетних коштів за статтею «медикаменти і перев'язувальні матеріали». Відомо, що на закупівлю медикаментів держава виділяє значну суму бюджетних коштів, а саме: у 2004 році – 1,6 млрд. грн. (2,1% від суми видатків зведеного бюджету), у 2008 році – 4,1 млрд. грн. (1,3% від суми видатків зведеного бюджету), у 2012 році – 7,3 млрд. грн. (1,3% від суми видатків зведеного бюджету) [6]. Хоч суми з бюджету витрачаються доволі значні, однак загалом їх недостатньо для покриття задекларованих медикаментозних потреб всього населення.

Спосіб 2. Запровадити нові або підвищити розміри чинних податків і зборів до бюджету. Зокрема, до переліку місцевих податків і зборів можна включити податки та збори на такі види підприємницької діяльності, які негативно впливають на здоров'я громадян, наприклад: збір за використання біодобавок і стабілізаторів у харчових продуктах; збір із реклами товарів, що шкідливо впливають на здоров'я людини, доцільно також збільшити ставки акцизного збору від реалізації товарів, які належать до групи небезпечних для життя людини (тютюнових і алкогольних виробів). Ідея введення цільового податку на тютюнові вироби і алкоголь або виділення для потреб охорони здоров'я цільової частки у ставках акцизного збору на ці товари була схвалена ще у 2000 році Концепцією розвитку охорони здоров'я в Україні, однак досі такий порядок не реалізовано на практиці.

Третя група платників страхових внесків – це навчальні заклади (державні й недержавні), які надають платні освітні послуги. Даній категорії страхувальників належить сплачувати страхові внески до фонду ОМСФД не лише за найманих працівників, а й за студентів, які навчаються на комерційній основі.

У законодавчому порядку потрібно чітко визначити не лише розмір страхового внеску, а й термін його внесення, штрафні санкції за невиконання зобов'язань тощо. Наприклад, у Росії через неузгодженість згаданих моментів територіальні фонди постійно не виконували план збору страхо-

вих внесків на обов'язкове страхування, які надходили не регулярно і в незначних обсягах, внаслідок чого не була здійснена програма ОМС.

На початковому етапі запровадження системи ОМСФД необхідно розробити й прийняти велику кількість різних нормативно-правових актів, що мають врегулювати ряд надзвичайно важливих і складних питань.

Загалом, реформування державної системи охорони здоров'я має відбуватись комплексно і з урахуванням таких найбільш пріоритетних напрямів як:

- розробка науково обгрунтованої концепції реформування сфери охорони здоров'я, спрямованої на розвиток і функціонування цілісної системи охорони здоров'я в її структурному, фінансовому та кадровому аспектах в умовах реально існуючої в Україні ринкової економіки;

- вдосконалення нормативно-правової бази, особливо у контексті внесення змін та доповнень до ст. 49 Конституції України (1996) в частині «...безоплатності медичної допомоги» та «...неможливості скорочення мережі державних та комунальних медичних закладів». У ст. 49 Конституції України потрібно зазначити, що безоплатна медична допомога населенню України надається відповідно до Державної програми гарантованого рівня медичного обслуговування населення в закладах державної та комунальної форм власності. Зміст програми має складатися з переліку безоплатних медичних послуг, які б надавалися громадянину в разі необхідності як на первинному, вторинному та третинному рівнях медичного забезпечення;

- реформування системи оплати праці медичних працівників. Так, середня заробітна плата працівників майже на 50% менша, ніж у середньому у галузях економіки, на 80% – ніж у промисловості, на 20% – ніж у працівників освіти;

- розширення переліку платних послуг, які надають державні і комунальні медичні заклади з метою активізації їх некомерційної діяльності;

- організація системи обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги;

- стимулювання меценатства та добровільної діяльності у сфері охорони здоров'я. Зокрема, для осіб, котрі займаються добровільною діяльністю у сфері охорони здоров'я, доцільно встановити податкові пільги. Так, західноєвропейських країнах компанії можуть витрачати на меценатство до 50% свого доходу. В Україні благодійна діяльність державою фактично не підтримується. Крім того, недовіра до благодійних фондів і відсутність чесної і прозорої статистики витрачання їхніх коштів гальмують ініціативу меценатів.

Державі необхідно стимулювати розвиток приватного сектора медичного обслуговування і сприяти популяризації окремих його послуг серед населення, оскільки це може зменшити навантаження на державний сектор охорони здоров'я і одночасно покращити якість медичної допомоги в країні.

У багатьох країнах поширений спосіб опосередкованої участі держави у фінансовому забезпеченні охорони здо-

ров'я шляхом надання пільг в оподаткуванні доходів (прибутків) медичних закладів, суб'єктів господарювання чи фізичних осіб, які оплачують медичні послуги, а розміри таких пільг достатньо відчутні¹. Податкові пільги, які надає держава, значною мірою стимулюють населення і господарюючих суб'єктів до отримання послуг з охорони здоров'я у приватному секторі медичного обслуговування, оскільки за їх рахунок знижується ціна, яку вони мають сплачувати за страховку або медичну послугу.

У більшості випадків податкові пільги надають за такими напрямками:

1. Для юридичних та фізичних осіб, які діють у сфері охорони здоров'я, – у вигляді зниження податкових ставок або звільнення від сплати окремих податків і зборів. У багатьох країнах медичні послуги звільнені від ПДВ (Іспанія, Італія, Данія), а ліки оподатковують або за пониженими ставками (у Франції – 5,5%, Іспанії – 4%) або взагалі не оподатковують (Великобританія). В Україні встановлені пільги по ПДВ лише на лікарські засоби і вироби медичного призначення.

2. Для фізичних осіб, які витрачають кошти на охорону здоров'я, діє пільговий порядок оподаткування їхніх доходів. Так, в окремих країнах приватним особам надають можливість звернутись у податкові органи з проханням не обкласти податком частину доходу, витрачену на страхові внески або прямі платежі за медичні послуги. Наприклад, для громадян США встановлені податкові субсидії у вигляді вирахувань із персонального оподаткованого доходу фізичної особи вартості медичних послуг, якщо вона перевищує певний рівень (у 1996 році – 7,5% доходу). В Росії Податковий кодекс передбачає вирахування сум, що витрачають на ліки і медичні послуги, з оподаткованого доходу, однак ці витрати не мають перевищувати 25 тис. рос. руб. на рік. В Україні також платник податку на доходи фізичних осіб має право на податкову знижку – суму коштів, сплачених платником податку на користь закладів охорони здоров'я для компенсації вартості платних послуг з лікування такого платника податку або члена його сім'ї першого ступеня споріднення, у тому числі для придбання ліків (донорських компонентів, протезно-ортопедичних пристосувань, виробів медичного призначення для індивідуального користування інвалідів), а також суму коштів, сплачених платником податку, визнаного в установленому порядку інвалідом, на користь протезно-ортопедичних підприємств, реабілітаційних установ для компенсації вартості платних послуг з реабілітації, технічних та інших засобів реабілітації, наданих такому платнику податку або його дитині-інваліду у розмірах, що не перебиваються виплатами з фондів загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, крім окремих послуг, визначених в Податковому кодексі України [8]. Однак згадану законодавчою пільгою на практиці дуже складно скористатися через те, що нема чіткого механізму реалізації фінансових взаємовідносин між пацієнтом і медичним закладом.

3. Для юридичних осіб-роботодавців, які витрачають кошти на медичне обслуговування своїх робітників нерідко при сплаті окремих податків чи внесків надається пільга щодо зменшення об'єкта оподаткування на суму медичних витрат. Зокрема, для роботодавця у США, який сплачує суму медичної страховки за свого працівника, такі витрати не розглядають як оподатковуваний дохід найманого працівника, і, відповідно, на них не нараховують внески на соціальне страхування. В Україні перелік податкових пільг у цьому напрямку досить обмежений. Згідно з Податковим кодексом України при обрахунку оподаткованого прибутку, підприємствам дозволено до складу витрат включати вартість затрат на добровільне медичне страхування. Також до витрат дозволено включати суми коштів або вартість товарів, виконаних робіт, наданих послуг, добровільно перерахованих (переданих) протягом звітного року до неприбуткових організацій в розмірі, що не перевищує 4% оподаткованого прибутку попереднього звітного року [8]. Однак таких заходів недостатньо для пошуків участі господарюючих суб'єктів у охороні здоров'я своїх працівників, тобто потрібна ефективніша система податкових стимулів.

На сучасному етапі також доцільно поглибити процеси демократизації системи охорони здоров'я та медичного забезпечення, а саме узаконити громадський нагляд, контроль за медичною діяльністю та участь членів громад, громадських організацій в управлінні охороною здоров'я на різних рівнях і створення системи незалежної медичної експертизи тощо.

Запропоновані напрями вдосконалення системи охорони здоров'я і її фінансування спрямовані на забезпечення економічної ефективності використання фінансових та матеріальних ресурсів системи охорони здоров'я і встановлення соціальної справедливості, шляхом вирівнювання доступу громадян країни до отримання якісної медичної допомоги.

Висновки

Запровадження обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги сприяло б поліпшенню якості й загальної доступності безплатної медикаментозної допомоги населенню, обсяг якої гарантовано законодавством країни. Крім того, введення в Україні системи ОМСФД можна розцінювати як початковий етап запровадження повноцінного обов'язкового медичного страхування, яке має стати додатковим джерелом фінансування соціальних гарантій у сфері охорони здоров'я.

Список використаних джерел

1. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2011 році: Статистичний бюлетень / Державна служба статистики України [Електрон. ресурс] // Режим доступу: <http://ukrstat.org/uk/druk/katalog>

¹ Державні податкові витрати США у сфері охорони здоров'я в 1986 році становили \$31,4 млрд, це 30% від витрат федерального бюджету країни на потреби у цій галузі [7, с. 58; с. 348].