

УДК 336.61:614.2

Анна МОКРИЦЬКА

ВІТЧИЗНЯНІ РЕАЛІЇ ТА СВІТОВІ ТЕНДЕНЦІЇ РЕФОРМУВАННЯ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМИ РЕСУРСАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Узагальнено проблеми доступності медичної допомоги для широких верств населення. Виявлено недоліки в організації управління фінансами системи охорони здоров'я в Україні. Охарактеризовано основні організаційні аспекти фінансового забезпечення систем, які функціонують в різних країнах світу. Здійснено аналіз особливостей вдосконалення процесів формування, розподілу та використання фінансових ресурсів охорони здоров'я в країнах Центральної і Східної Європи. Визначено основні передумови модернізації управління фінансами системи охорони здоров'я України.

Ключові слова: охорона здоров'я, фінансові ресурси, управління фінансами, фінансове забезпечення, джерела фінансування.

Анна МОКРИЦКАЯ

Отечественные реалии и мировые тенденции реформирования управления финансовыми ресурсами здравоохранения

Осуществлен обзор проблемы доступности медицинской помощи для широких слоев населения. Выявлены недостатки в организации управления финансами системы здравоохранения в Украине. Охарактеризованы основные организационные аспекты финансового обеспечения систем, которые функционируют в разных странах мира. Проанализировано особенности совершенствования процессов формирования, распределения и использования финансовых ресурсов здравоохранения в странах Центральной и Восточной Европы. Определены основные предпосылки модернизации управления финансами системы здравоохранения Украины.

Ключевые слова: здравоохранение, финансовые ресурсы, управление финансами, финансовое обеспечение, источники финансирования.

Anna MOKRYTSKA

Domestic realities and global trends reform of management of health care financial resources

The inability of the system to provide efficient and quality public health services, poor state of health and medical institutions and social vulnerability of workers in the sector causes negative attitude to the existing system of medical care.

Imperfect for Economic and Management sight healthcare system, inherited from the former Soviet Union, in the new economic environment proved ineffective and led to reduction of availability of medical care for the general population.

The purpose of the article is to examine the advantages and disadvantages of financial management health care in Ukraine, and analysis systems that operate around the world, major problems, ways of reforming, the features of formation, distribution and use of financial resources of sector, comparison of such systems in terms of efficiency and adherence to the principles of social justice and economic efficiency in the provision of health care.

Principles of Financial Engineering healthcare system in Ukraine should be: social solidarity, the combination of social and health effects and cost-effectiveness, targeting and effectiveness of financial activity. The basic model of financial providing of health care can be: a model based on state budget financing (through general taxation) with contractual relationships between customers and service providers and / or model of health care based on health insurance. An important aspect of health care reform should be the creation of competitive conditions of health care facilities, definition and regulation medical services cost, improving the quality of medical care.

Over the years the Ukraine as an independent state there was no noticeable change in the structure and organization of the health system. The main problems and shortcomings of the financial management of health care in Ukraine are: use command-administrative system of health care, the lack of a clear division between payers and providers of health services and contractual relations between structural imbalances. Requirements population increase due to the advent of new drugs and technologies, increasing expectations and aging population requires increasing public health costs. Simultaneously, macroeconomic, demographic and financial factors limit the ability of the State to increasing public funds.

Key words: *health care, financial resources, financial management, financial support, sources of funding.*

JEL Classification: H51, I18

Україна демонструє одні з найгірших показників охорони здоров'я в Європі. Тільки 21–23% жителів України вважають стан свого здоров'я добрим, тоді як у розвинених країнах їх чисельність становить 64–78%. За даними експертних оцінок, у 40–50% хворих, які перебували в стаціонарах, якість лікування визнана невідповідною [8, 7].

Недосконала, з економічного й управлінського погляду, модель системи охорони здоров'я, успадкована від колишнього СРСР, у нових економічних умовах виявилась неефективною і зумовила зменшення доступності медичної допомоги для широких верств населення. Система функціонування галузі переважно залишилася такою, якою була двадцять років тому, і лише поя-

ва приватного сектору медичних послуг додала нових елементів до існуючої системи охорони здоров'я.

Нездатність системи забезпечити громадян ефективними та якісними медичними послугами, незадовільний стан як здоров'я населення, так і закладів охорони здоров'я та соціальна незахищеність працівників галузі спричиняє негативне ставлення до існуючої системи надання медичної допомоги населенню. При цьому загальні ресурси системи охорони здоров'я України, за статистичними даними, перевищують показники деяких розвинутих країн [1, 284]. Кількість лікарень (2200) і лікарняних ліжок (понад 400 тисяч) у державному секторі є значно більшою, ніж у сусідніх

країнах та в ЄС в цілому. Однак 75% місць мають надзвичайно низьку пропускну потужність, оскільки вони розташовані в невеликих медичних установах (міські або районні/сільські лікарні, спеціалізовані лікарні – ендокринологічні, дермато-венерологічні диспансери та інші), деякі з них перебувають у напівзруйнованому стані [4, 14].

Чисельний, але фрагментарний набір застарілих установ охорони здоров'я на національному рівні (служби, інститути, установи) не зміг забезпечити ефективні заходи для впливу на соціальні детермінанти здоров'я (бідність, житлові умови, зайнятість), які необхідні для процвітання України. Незважаючи на незліченну кількість офіційно дозволених, успадкованих і нових медичних установ, громадське здоров'я в Україні живе в магматичному, не сфокусованому хаосі, наприклад, різні регуляторні та технічні документи доволіно описують сферу моніторингу стану здоров'я населення [6, 3]. Організаційні, правові, фінансові, управлінські, економічні, структурні, кадрові, інформаційні, галузеві та інші фундаментальні помилки не дозволяють Україні досягнути значного приросту людського капіталу.

Проблемам функціонування первинної медико-санітарної та стаціонарної медичної допомоги присвячені праці О. Виноградова, О. Голяченко, Н. Карпишин, Ю. Комарова, В. Лехан, З. Лободіної, А. Малагардіса, В. Мортікова, Я. Радиш, В. Рудого та інших зарубіжних і вітчизняних науковців. Основна їх частина була спрямована на вивчення фінансового забезпечення охорони здоров'я, його моделей, джерел, систем фінансування. Відтак, і сьогодні в галузі використовують принципи і методи господарювання та управління, властиві командно-адміністративній економіці, функціонують неефективні системи забезпечення, що визначають як особливості фінансів охорони здоров'я та

управління ними, так і сучасний незадовільний фінансовий стан галузі загалом.

В умовах інтеграції України у світову економічну спільноту забезпечення населення країни якісною медичною допомогою залежить від вирішення таких складних економічних завдань, як: визначення можливих і необхідних обсягів бюджетного фінансування, розвиток платних медичних послуг, підготовка кваліфікованих кадрів, впровадження нових медичних технологій, забезпечення інноваційної політики у сфері охорони здоров'я.

Ефективне вирішення відповідних проблем можливе лише за умови створення адекватної економічної системи, що дасть змогу об'єктивно аналізувати й оцінювати потреби у фінансових ресурсах, планувати та оптимізувати потоки їх формування й використання.

Метою статті є вивчення переваг і недоліків організації управління фінансами охорони здоров'я в Україні, а також аналіз систем, які функціонують у різних країнах світу, основних проблем, шляхів їх вирішення, особливостей формування, розподілу та використання фінансових ресурсів галузі, порівняння таких систем з точки зору ефективності і дотримання принципів соціальної справедливості та економічної ефективності в наданні медичної допомоги.

Реалізація управління фінансами неможлива без відповідної системи забезпечення, до якої належать: нормативно-правове, організаційне, інформаційно-аналітичне, кадрове, фінансове, а також технічне і програмне забезпечення. Розвиток системи фінансового забезпечення у сфері охорони здоров'я є складовою частиною державної соціально-економічної політики, спрямованої на подальший розвиток системи охорони здоров'я. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає фінансування галузі як функцію системи охорони здоров'я,

пов'язану з мобілізацією, нагромадженням і розподілом коштів на задоволення потреб громадян (індивідуальних і колективних) в якісних медичних послугах.

У процесі своєї економічної діяльності охорона здоров'я шляхом розподілу грошових коштів держави, суб'єктів господарювання і населення формує грошові фонди, необхідні їй для досягнення певних цілей. За всю багатовікову історію були відомі тільки три джерела коштів, які формують доходи охорони здоров'я: приватні кошти пацієнтів, громадські кошти і кошти держави. Різниця полягає у співвідношенні цих трьох джерел доходів медицини. В кожній країні система охорони здоров'я пройшла власний шлях розвитку, і сьогоднішнє співвідношення трьох джерел утримання або фінансування є продуктом цього розвитку. Кошти можуть акумулюватися державою, страховими організаціями в обов'язковому (добровільному) порядку шляхом збору податків як прямих, так і специфічних акцизів на окремі товари, податків на специфічні фактори виробництва; страхових платежів; шляхом безпосередньої оплати пацієнтами послуг; через благодійні пожертви. Різні країни по-різному комбінують ці методи і їх співвідношення визначає чутливість фінансового забезпечення до змін в економічній ситуації в країні [4, 145].

Фінансове забезпечення охорони здоров'я складається з трьох взаємопов'язаних процедур:

1. Формування фінансових ресурсів, що охоплює визначення джерел фінансування охорони здоров'я, стратегію їх збору, а також визначення агентів, які збирають ці ресурси, враховуючи, що всі кошти на охорону здоров'я, за винятком внесків міжнародних донорів, формуються тією чи іншою мірою за рахунок грошових коштів населення.

2. Об'єднання фінансових ресурсів, що містить їх нагромадження й управління ко-

штами, таким чином, щоб можна було забезпечити ширший доступ громадян до необхідної медичної допомоги і захист їх від ризику самостійної сплати повної вартості медичної допомоги у разі хвороби (як правило, це відбувається через механізм медичного страхування).

3. Придбання медичних послуг як механізм, за допомогою якого державні та приватні установи, котрі мають фінансові ресурси, передають їх тим, хто надає медичні послуги своїм бенефіціарам (придбання може здійснюватися пасивно, наприклад, відповідно до складених бюджетів, або стратегічно, за рахунок постійного пошуку низької вартості і високої якості послуг).

Мета фінансового забезпечення охорони здоров'я полягає в тому, щоб надати у розпорядження фінансові ресурси і встановити відповідні фінансові стимули для постачальників послуг, які можуть забезпечити гарантії щодо рівного доступу до медичних послуг. На сучасному етапі функціонування управління фінансами галузі полягає в пошуку додаткових джерел фінансування, контролі за джерелами їх формування та напрямами використання, тобто у використанні управлінських технологій фінансового адміністрування. При цьому об'єктом управління є фінансові ресурси галузі, які формуються у процесі розподілу і перерозподілу ВВП.

Україна витрачає на охорону здоров'я значну суму своїх фінансових ресурсів. Витрати в 2003 р. склали 18,62 млрд. грн. і щорічно до 2006 р. зростали в середньому на 23% та у 2007–2008 рр. відповідно на 32% та 37%. У 2009–2012 рр. вони становили 71,4; 84,7; 95,7 та 108,9 млрд. грн., що відповідно на 13,2%, 18,7%, 12,9% та 13,8% більше, ніж попередніми роками. Порівнюючи показники національної економіки, варто зауважити, що у 2003 р. Україна витратила 7,0% ВВП на охорону здоров'я, у

ФІНАНСОВИЙ МЕХАНІЗМ

2004 р. – 6,7%, у 2005–2007 рр. цей показник становив 6,4%, у 2008 р. – 6,7%, у 2009–2010 рр. він склав 7,8%, у 2011 р. – 7,4% та у 2012 р. – 7,7% (державні та приватні витрати разом з урахуванням офіційних і неофіційних прямих платежів населення (за даними системи Національних рахунків охорони здоров'я, яка є однією із найбільш об'єктивно визнаних у світі систем оцінки використання фінансових ресурсів охорони здоров'я). В 2012 р. надходження коштів в систему охорони здоров'я здійснювались із трьох основних джерел: а) державні (супільні) кошти, які включають видатки зведеного бюджету, і кошти соціального страхування – 57,2% загальних витрат на охорону здоров'я (з них 75,7% становлять кошти місцевих бюджетів, а 24,3% – державного); б) приватні кошти домашніх господарств, роботодавців, некомерційних організацій, що обслуговують домогосподарства, –

42,6%; в) кошти міжнародних донорських організацій, спрямованих в систему охорони здоров'я України – лише 0,2% (табл. 1) [4, 8]. Діяльність на ринку медичних послуг недержавних структур, таких як добровільні страхові організації і лікарняні каси, обмежена і не відіграє значної ролі у фінансуванні охорони здоров'я. Частина коштів населення, що витрачається на лікування і становить не менше 10% загальних витрат, є тіньовими платежами [5, 14].

Понад 40% коштів, доступних на національному рівні, ідуть на підтримку відомчої медицини, якою управляють Міністерство оборони, Міністерство внутрішніх справ, Міністерство транспорту, Міністерство праці та соціальної політики та ін. Співробітники та пенсіонери цих відомств отримують медичну допомогу у відомчих закладах, але можуть користуватися і загальними медичними закладами, що формує над-

Таблиця 1

Основні показники витрат на охорону здоров'я в Україні у 2003–2012 рр. [5, 10]

Показники	Роки							
	2003	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Загальна чисельність населення (млн. осіб)	48,0	46,9	46,4	46,1	46,0	45,8	45,6	45,6
Загальні витрати на охорону здоров'я: у млн. грн.	18621,6	28390,4	45936,0	63072,7	71410,8	84744,8	95713,7	108947,1
у дол. США	3493,7	5545,0	9096,2	11974,6	9165,6	10679,1	12012,9	13636,4
у % від ВВП	6,96	6,43	6,37	6,65	7,82	7,83	7,35	7,72
Загальні витрати на охорону здоров'я на душу населення: у грн.	388,0	605,3	990,0	1368,2	1552,4	1850,3	2099,0	2391,7
у дол. США	72,7	118,2	196,0	259,8	199,3	233,2	263,4	299,3
Державні витрати на охорону здоров'я, у % до загальних витрат	58,0	59,1	61,5	57,2	54,7	56,3	55,3	57,2
Витрати приватних компаній, у % до загальних витрат	2,9	2,8	3,1	2,7	2,7	2,6	2,5	2,4
Витрати домогосподарств, у % до загальних витрат	38,6	37,8	35,1	39,8	42,4	40,8	41,9	40,2
Надходження від міжнародних донорських організацій, спрямованих в систему охорони здоров'я України, у % до загальних витрат	0,5	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3	0,2

мірність, дублювання та втрати коштів, на додаток до внутрішнього нераціонального використання ресурсів, пов'язаного з утриманням паралельних мереж, що обслуговують одні й ті ж потреби [6, 3].

У 2012 р. загальні витрати на галузь становили приблизно 7,7% від ВВП. Ця частка фактично дорівнює або є навіть вищою, ніж в країнах, які приєдналися до ЄС після 2004 р., і вища, ніж в Польщі, Румунії і Естонії, що забезпечують своїх громадян кращими медичними послугами та мають кращі результати у сфері охорони здоров'я. Через низький рівень ВВП на душу населення цей високий відсоток у абсолютних цифрах складав у 2012 р. становив лише 2391,7 грн. на людину на рік (299,3 дол. США, що значно нижче ніж 3340 дол. (середньоєвропейське значення), включаючи Чехію (432 дол.), Польщу (854 дол.), Болгарію (516 дол.) і Румунію (420 дол.) [4, 10; 11]. Враховуючи суттєву девальвацію національної валюти у 2014 р., – показник істотно скоротився.

Обмежені ресурси охорони здоров'я переважно покривають витрати на утримання персоналу й оплату комунальних послуг, незначна частка витрачається на закупівлю лікарських засобів, устаткування та модернізацію інфраструктури. 72,4% витрат лікарень загального профілю та спеціалізованих медичних установ спрямовуються на оплату праці, 9,8% – на комунальні платежі, лише 16,5% – на прямі витрати на виробництво послуг та 1,3% на інші витрати. Тобто переважна частина громадських коштів використовується на фінансування людського капіталу та інфраструктурні/комунальні платежі, які визначені характером фінансування сектору охорони здоров'я в Україні. Рівень заробітних плат медичного персоналу визначає центральна влада і він діє на всій території України. Зміни проводять щорічно, але зростання заробітних

плат є незначним, а середньомісячна заробітна плата медичного персоналу становить лише 73,4% розміру середньомісячної заробітної плати в усіх галузях економіки України. Тому, з одного боку, праця медичного персоналу є низько оплачувана, а з іншого – для покриття витрат на оплату праці в цьому секторі використовується висока частка поточного фінансування. Отож, система фінансування, яка базується на принципі фінансування інфраструктури, є малофункціональною через обмеження грошових стимулів для провайдерів послуг порівняно з іншими секторами економіки. Зростання у фінансуванні провайдерів може бути досягнуто або за рахунок зниження фінансування прямих ресурсів, що значно погіршить якість надання послуг, або за рахунок збільшення витрат на охорону здоров'я на одну особу, відповідно, як частки національного доходу.

Останній підхід несе ризик негативного впливу на економічний розвиток країни. Окрім того, вирішити проблеми галузі тільки збільшенням та удосконаленням фінансового забезпечення – неможливо. Ми згодні, що головною запорукою належного функціонування медичних закладів є забезпечення сталого та достатнього за обсягами фінансування. Проте, як свідчить світовий досвід, системи охорони здоров'я різних країн більшою чи меншою мірою стикаються з проблемою дефіциту фінансових ресурсів.

Зважаючи на соціальну значущість медицини та відповідні зобов'язання держав перед своїми громадянами, уряди змушені шукати й застосовувати різноманітні заходи, спрямовані на покращення фінансового забезпечення цієї галузі шляхом більш ефективного використання обмежених фінансових ресурсів [3, 151].

Наймасштабнішими є реформи охорони здоров'я, які здійснюються в країнах Центральної і Східної Європи. Вони особливо

цікаві для нас, оскільки Україна перебуває у схожих умовах. Система охорони здоров'я колишніх соціалістичних країн розглядалася як невиробнича сфера і фінансувалася за залишковим принципом. Їй було характерне недостатнє фінансування, кількість медичних установ, лікарняних ліжок і медичного персоналу була великою, при цьому мав місце низький рівень забезпеченості медикаментами, матеріалами й обладнанням. Управління фінансами характеризувалося неефективністю, вертикальною підпорядкованістю управління і контролю за відсутності горизонтальної інтеграції; перевантаженням на прийомі фахівців за рахунок хворих, яких направляють до них лікарі первинної медико-санітарної допомоги; поганим управлінням медичними установами і непоінформованістю адміністраторів у питаннях співвідношення здійснених витрат й отриманих доходів; відсутністю у медичних працівників належної мотивації і стимулів до покращення якості роботи; недостатньою і не завжди відповідною освіти, низьким престижем та рівнем оплати праці медичних працівників, що підривало їх моральні устої [9, 62].

Серед країн-реформаторів системи охорони здоров'я аналітики називають Чеську Республіку та Словаччину, які досягли значного скорочення бюджетних витрат на охорону здоров'я, відійшовши від загальнодержавного планування розподілу ресурсів у галузі на користь ринкових важелів. Загалом Чеська Республіка завжди була лідером серед країн Центральної та Східної Європи у рейтингу ефективності систем охорони здоров'я ЄHCI 15. Не виключенням став і звіт ЄHCI за 2012 р., в якому країна посіла 15 місце (рейтинг включає 27 країн ЄС, а також Норвегію, Швейцарію, Албанію, Македонію, Ісландію та Сербію), поступившись лише однією сходинкою Німеччині. Також ефективними слід вважати реформи у Словаччині, яка у 2012 р. підня-

лася в рейтингу з 28-го на 16 місце, запровадивши систему відкритого бенчмаркінгу (як інструменту управління якістю медичної допомоги) між лікарнями [5, 14].

Реформи охорони здоров'я в країнах Центральної і Східної Європи спрямовані на досягнення загальної доступності всіх видів медичної допомоги, підвищення ефективності охорони здоров'я, зміцнення взаємодії з населенням, заборону зростання витрат, забезпечення можливості вибору, підвищення якості медичного обслуговування. Досягнення цих цілей пов'язують із приватизацією, децентралізацією, запровадженням медичного страхування, зменшенням надмірної спеціалізації й впровадженням оплати праці медичних працівників за результатами роботи.

Важливим аспектом реформи є вдосконалення медичної статистики, що сприяє прозорості діяльності учасників ринку медичних послуг, дає можливість виявляти слабкі сторони системи загалом та оцінювати ефективність окремих її суб'єктів. Саме завдяки удосконаленню медичної статистики в Естонії, Чехії та Словаччині вдалося продемонструвати найкращі показники ефективності фінансування галузі охорони здоров'я серед країн ЄС [5, 15].

Проблемами реформ в усіх країнах Центральної та Східної Європи є необґрунтовані сподівання на медичне страхування, приватизацію, конкуренцію і децентралізацію, а також запровадження моделей фінансування охорони здоров'я без урахування недоліків цих моделей і специфіки умов, в яких вони розвивалися.

Аналізуючи тенденції реформування механізмів управління фінансами в зарубіжних країнах, варто зауважити, що вони скеровані на поєднання механізмів стримування видатків і реформ, спрямованих на підвищення ефективності їх використання. Основними напрямками таких реформ є:

1. Встановлення бюджетних обмежень у поєднанні з державним фінансовим контролем як засобу обмеження витрат. Встановлення загального обсягу видатків для медичних установ на основі науково обґрунтованих прогнозів видатків, на відміну від відшкодування усіх витрат, сприяє стримуванню зростання видатків. Такі обмеження результативні тоді, коли використовуються для медичних комплексів загалом, а не окремо для закладів, які надають стаціонарну чи амбулаторну допомогу. Велике значення має також обов'язкове спрямування пацієнтів до спеціалістів чи на стаціонарне лікування лікарем первинної ланки.

2. Участь місцевих і регіональних органів управління в прийнятті рішень щодо обсягів фінансових ресурсів, методів та способів їх мобілізації, їх розподілу та використання може сприяти адаптації послуг до місцевих умов та підвищенню ефективності видатків. Такий метод здатний також ефективно стримувати видатки за умови, що місцеві органи влади будуть відшкодувати неефективні витрати чи перевитрати. У Швеції та Канаді участь місцевих органів управління поєднується зі збільшенням послуг з низьким рівнем видатків.

3. Використання ринкових механізмів у сфері охорони здоров'я через збільшення кількості страхових компаній, конкуренцію між страховиками, медичними установами, надавачами медичних послуг, розширення частки послуг, яка відшкодовується безпосередньо пацієнтом, що сприяє зниженню затрат шляхом підвищення ефективності всієї системи охорони здоров'я. Перехід від простих форм відшкодування видатків до більш складних на основі діагностичних чи клініко-статистичних груп, які передбачають наявність протоколів лікування конкретних хвороб і відповідну шкалу тарифів, тобто оплату залежно від якості і конкретних результатів роботи. Такі методи успішно використовують у Німеччині й Італії.

4. Реформи, які передбачають збільшення частки видатків, котру оплачує безпосередньо пацієнт за рахунок розширення переліку платних послуг чи добровільного медичного страхування, також успішно використовуються для стримування витрат. Приватне медичне страхування послуг, які не забезпечуються гарантованим державою рівнем, широко використовують в Австралії, Канаді і Франції. Такі реформи повинні поєднуватися із заходами, спрямованими на збереження доступності медичної допомоги для малозабезпечених верств населення та хронічних хворих.

5. Обмеження пропозиції медичних послуг чи ресурсів. Проте на практиці такі заходи не завжди ефективні у стримуванні державних видатків на охорону здоров'я [2, 42; 7, 67].

За даними ВООЗ, найефективнішими реформами, спрямованими на зниження темпів зростання державних видатків на охорону здоров'я, є ринкові механізми, які можуть стримувати це зростання видатків приблизно на 0,5% ВВП. На другому місці – методи державного та регіонального управління (майже 0,4%), потім – бюджетні обмеження (0,26% ВВП), обмеження попиту (0,1%) та обмеження пропозиції (0,05%) [2, 44].

В Україні, де видатки на охорону здоров'я та середня тривалість життя нижчі, ніж у розвинутих країнах Європи та світу, рівень захворюваності вищий, а засоби для покращення здоров'я населення обмежені, слід якнайширше використати досвід інших держав та втілювати реформи, спрямовані на підвищення ефективності державних видатків та покращення здоров'я населення.

Усі ці напрямки є перспективними для використання у практиці реформування механізму управління фінансами охорони здоров'я України. Проте основною передумовою використання одного чи кількох з описаних напрямків реформ є визначення

концептуальних підходів до їх реалізації, прийняття єдиної державної стратегії побудови системи надання послуг охорони здоров'я загалом (обговорення Проекту Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 рр., оприлюдненого у листопаді 2014 р., триває) та механізму управління фінансами галузі зокрема. Метою такої стратегії має бути покращення якості, доступності й ефективності послуг охорони здоров'я для населення.

Першим кроком стратегії реформування системи управління фінансами повинно стати визначення потреби у фінансових ресурсах галузі. Повністю використати всі сучасні досягнення медицини і техніки не в змозі навіть найбагатші країни світу, тому експерти ВООЗ вважають, що важливо встановити пріоритети, які дозволять отримати найбільший ефект при реально здійснених витратах. Завдання реформування охорони здоров'я полягає в тому, щоб навіть за існуючого рівня фінансування галузь давала кращий результат. Тільки вирішивши проблему ефективного використання існуючих фінансових ресурсів галузі, слід втілювати стратегії подолання кількісного дефіциту галузі шляхом збільшення обсягів фінансування. До таких стратегій належать перерозподіл ресурсів на користь системи охорони здоров'я шляхом зменшення фінансування інших секторів бюджетної сфери та запровадження нового податку чи збору на соціальне медичне страхування [2, 158]. Наведені заходи можна використовувати й одночасно, однак їх застосування не завжди можливе через низку соціально-політичних і макроекономічних причин. Крім того, за низького рівня розвитку економіки держава не завжди має можливість забезпечити більший розмір асигнувань, ніж наявний, чи зменшити фінансування інших бюджетних програм, які теж мають важливе суспільне

значення. Збільшення обсягів фінансування медичної галузі можна досягти і шляхом запровадження нових податків, однак це збільшить податковий тиск і може не знайти належної підтримки серед населення. За таких умов запровадження соціального медичного страхування може стати основним шляхом подолання дефіциту фінансових ресурсів у системі охорони здоров'я [2, 159].

Отже, за роки існування України як незалежної держави не відбулося відчутних змін в структурі й організації системи охорони здоров'я. Як і раніше, інтегровану командно-адміністративну систему використовують в управлінні охороною здоров'я, і, у зв'язку з цим, немає чіткого розподілу між тими, хто платить, і тими, хто забезпечує медичні послуги (платниками і провайдерами), так само, як і немає контрактних відносин між ними. Україна, як і інші країни на пострадянському просторі, відчуває необхідність прийняття стратегічних рішень у сфері фінансування системи охорони здоров'я. Потреби населення зростають у зв'язку з появою нових лікарських засобів і технологій, зростанням очікувань і старінням населення, що потребує збільшення витрат системи охорони здоров'я. Одночасно макроекономічні, демографічні та фінансові фактори обмежують можливість держави щодо збільшення обсягів державних коштів. Тобто, необхідність збільшення витрат у поєднанні з обмеженими можливостями щодо збільшення обсягу коштів спонукає до розгляду можливостей реформування існуючих схем управління фінансами системи охорони здоров'я.

Головні принципи реформи фінансування охорони здоров'я повинні відповідати принципам європейської інтеграції України, що є зовнішньополітичною стратегією країни. Внаслідок цього, реформування і подальший розвиток національної системи охорони здоров'я повинно, передусім,

ґрунтуватися на сучасних загальноприйнятих Європейських принципах і стратегіях, а також врахувати нинішній стан розвитку національної системи охорони здоров'я. Тому принципами організації фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в Україні мають бути: соціальна солідарність, поєднання соціального і медичного ефектів та економічної ефективності, цілеспрямованість і результативність фінансової діяльності. Соціальна солідарність є взаємним зобов'язанням і взаємною допомогою та підтримкою між членами спільноти. Зважаючи на високу вартість медичних послуг і її постійне зростання, цей принцип покликаний забезпечити надання послуг охорони здоров'я шляхом створення державної системи охорони здоров'я або системи соціального медичного страхування. Економічна ефективність досягається за допомогою раціонального використання наявних ресурсів через виключення випадків надання невинуватених медичних послуг. Принцип цілеспрямованості та результативності фінансової діяльності передбачає визначення чітких цілей і досягнення певного визначеного результату управлінської діяльності суб'єктів управління, узгодження цих цілей з необхідними ресурсами та переміщення акцентів на слабку ланку управлінських впливів.

Базуючись на цих принципах, а також з огляду на зарубіжний досвід, з метою посилення ефективності функціонування системи охорони здоров'я, поліпшення ключових показників здоров'я, основними моделями розвитку та фінансового забезпечення можуть бути: модель охорони здоров'я, заснована на фінансуванні з державного бюджету (за рахунок загального оподаткування) з договірними відносинами між замовниками та постачальниками послуг, та/або модель охорони здоров'я, яка заснована на медичному страхуванні. Проте, з огляду на розміри сфери охорони здоров'я та фінансових ресурсів, які

вже сьогодні є у її розпорядженні, покращення надання медичних послуг потребуватиме, насамперед, більш ефективних управлінських рішень, зокрема усунення структурних диспропорцій, які мають місце в організації вітчизняної охорони здоров'я і є основними перешкодами на шляху ефективного управління її фінансами.

Одним із підходів є система "керованої медичної допомоги". В європейському контексті така стратегія поєднується з наданням приватними закладами і лікарями тієї допомоги, яку раніше надавали лише державні заклади. Робляться також спроби запровадити в секторі охорони здоров'я квазіринкові підходи, які дали б змогу розмежувати ролі фінансування і надання допомоги. Передбачається, що це посилить конкуренцію серед надавачів медичної допомоги і допоможе вибирати послуги у найбільш ефективних з них. Зростає акцент на профілактичній допомозі. Поєднання пропаганди здорового способу життя, попередження нещасних випадків та покращення умов реабілітації дозволять знизити обсяг клінічних і пов'язаних з ними послуг. Збільшується також обсяг додаткового добровільного медичного страхування, що є наслідком обмежень базових програм медичної допомоги, а також свідомого заохочення державою цього виду страхування. Різні варіанти системи керованої медичної допомоги сьогодні використовують у багатьох країнах, зокрема у тих, які мають бюджетну модель охорони здоров'я, наприклад, у Великобританії.

Зарубіжний досвід функціонування та реформування охорони здоров'я вказує на необхідність зміни організаційного забезпечення галузі, зокрема, на реструктуризацію мережі лікувально-профілактичних установ, удосконалення економічних механізмів і правових форм функціонування медичних організацій, розвиток наукових дослі-

джень і технологічних розробок для поліпшення якості наданих медичних послуг і лікарських засобів, розвиток механізмів координації діяльності всіх ланок системи управління охороною здоров'я, зміцнення інститутів захисту прав пацієнтів та зміни механізму управління фінансами галузі, а саме: реформування системи планування та фінансування охорони здоров'я, зміну методів оплати медичних послуг, створення раціональної системи державних гарантій лікарського забезпечення населення, створення умов для збільшення коштів, які інвестуються населенням, працівниками й роботодавцями у формування суспільного здоров'я.

Література

1. Виноградов О. Солідарні системи в державному управлінні охороною здоров'я // Збірник наукових праць Національної академії державного управління при Президентові України / за заг. ред. В.І. Лугового, В.М. Князева. – К. : Вид-во НАДУ, 2006. – Вип. 1. – С. 284–295.
2. Клементс Б. Оздоровление финансов здравоохранения / Б. Клементс, Д. Коуди, Дж. Тайсон, Б. Шан // Финансы и развитие. – 2011. – Март. – С. 42–45.
3. Лободіна З.М. Реформування системи оплати медичних послуг закладів охорони здоров'я дітей: перспективи запровадження глобального бюджету // Світ фінансів. – 2007. – Вип. 4 (13). – С. 151–162.
4. Мокрицька А.Б. Фінанси охорони здоров'я: теоретичні підходи та проблеми організації // Наукові записки. – Сер. "Економіка". – 2012. – Вип. 20. – С. 144–147.
5. Національні рахунки охорони здоров'я України у 2012 році: статистичний бюлетень / Державна служба статистики України. – К., 2014. – 192 с.
6. Новіков В., Никонюк К. Соціальні наслідки євроінтеграції України: система охорони здоров'я – К., 2012. – 20 с. [Електронний ре-

сурс]. – Режим доступу : <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/ukraine/09542.pdf>

7. Проект Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 рр. // Аптека. – 2014. – 12.04 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.apteka.ua/article/315522>

8. Рожкова І. В. Децентралізація управління охороною здоров'я на місцевому рівні : монографія. – К., 2008. – 142 с.

9. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2013 році : статистичний бюлетень / Державна служба статистики України. – К., 2014. – 16 с.

10. Скрипник О.А. Трансформація державного управління у сфері охорони здоров'я: структурно-функціональний підхід: дис. ... канд. наук з держ. управління. – Дніпропетровськ, 2011. – 210 с.

11. Martin R. Expenditure on healthcare compared with outcomes // Socialist Health Association. – 2013. – P. 11 [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.sochealth.co.uk/2013/11/11/expenditure-healthcare-compared-outcomes/>

References

1. Vynohradov, O. (2006). Solidarni systemy v derzhavnomu upravlinnia okhoronoiu zdorov'ia [The solidarity system in the governmental health care management]. Luhoviy, V., Kniaziev, V. (Ed). Zbirnyk naukovykh prats' Natsional'noi akademii derzhavnogo upravlinnia pry Prezydentovi Ukrainy. Kyiv: Vyd-vo NADU, 1, 284–295 [in Ukrainian].
2. Klements, B., Koudy, D., Tajson, Dzh., Shan, B. (2011). Ozdorovlenye fynansov zdravookhraneniya. [Improvement of health care finance]. Fynansy y razvytye – Finances and progress, 42–45 [in Russian].
3. Lobodina, Z.M. (2007). Reformuvannia systemy oplaty medychnykh posluh zakladiv okhorony zdorov'ia ditej: perspektyvy zaprovadzhennia hlobal'noho biudzhetu [Reforming the system of pay for children health care: perspective of a global

budget] *Svit finansiv – World of finances*, 4 (13), 151–162 [in Ukrainian].

4. Mokryc'ka A.B. (2012). *Finansy ochorony zdorov'ja: teoretyčni pidchody ta problemy orhaniazatsii* [Finance health: theoretical approaches and problems of organization]. *Naukovi zapysky – Scientific notes*, 20, 144–147 [in Ukrainian].

5. *Natsional'ni rakhunky okhorony zdorov'ia Ukrainy u 2012 rotsi: statystychnyj biuleten'* (2014) [Ukraine national health accounts in 2012: statistical bulletin]. Kyiv: Derzhavna sluzhba statystyky Ukrainy, 192 [in Ukrainian].

6. Novikov, V. Nykoniuk, K. (2012). *Sotsial'ni naslidky yevrointehratsii Ukrainy: systema okhorony zdorov'ia* [The social consequences of European integration of Ukraine: the health care system]. Kyiv. Available at : <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/ukraine/09542.pdf> [in Ukrainian].

7. *Proekt Natsional'noi stratehii pobudovy novoï systemy okhorony zdorov'ia v Ukraini na period 2015–2025 rr.* (2014). [National Strategy Project building a new health care system in Ukraine for 2015-2025 years]. *Apteka*. Available at : <http://www.apteka.ua/article/315522> [in Ukrainian].

8. Rozhkova, I.V. (2008). *Detsentralizatsiia upravlinnia okhoronoïu zdorov'ia na mistsevomu rivni*. [Decentralization of health management at the local level]. Kyiv [in Ukrainian].

9. *Samootsinka naseleenniam stanu zdorov'ia ta rivnia dostupnosti okremykh vydiv medychnoi dopomohy u 2013 rotsi: statystychnyj biuleten'*. (2014). [Assessment by the population health status and availability of certain types of medical care in 2013: statistical bulletin]. Kyiv: Derzhavna sluzhba statystyky Ukrainy [in Ukrainian].

10. Skrypnyk, O.A. (2011). *Transformatsiia derzhavnogo upravlinnia u sferi okhorony zdorov'ia: strukturno-funktsional'nyj pidkhid*. [The transformation of governance in the health sector: structural and functional approach]: thesis. Dnipropetrovs'k [in Ukrainian].

11. Martin, R. (2013) *Expenditure on health-care compared with outcomes. Socialist health association*, 11. Available at: <http://www.sochealth.co.uk/2013/11/11/expenditure-healthcare-compared-outcomes/>