

**О.В.Длугопольський**, канд. екон. наук, доцент  
Тернопільський національний економічний університет

## **ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я В СИСТЕМІ ГЛОБАЛЬНИХ СУСПІЛЬНИХ БЛАГ: МІЖНАРОДНІ ПОРІВНЯННЯ**

*З огляду на необхідність підвищення якості надання медичних послуг в Україні у статті розглянуто особливості функціонування сфери охорони здоров'я в різних країнах світу, проаналізовано типові проблеми надання медичних послуг та умови їх розв'язання в контексті активізації ролі суспільного сектора економіки.*

З поступом глобалізації суспільство стикається з численними викликами, що змінюють сприйняття та реакцію світових спільнот на вже відомі соціально-економічні явища і процеси. Останнім часом до таких "болючих" проблем суспільства прийнято відносити проблему охорони здоров'я населення, що поступово стає питанням міжнародних відносин та розглядається в контексті надання глобальних суспільних благ.

Щодо надання суспільних благ, то ще наприкінці XIX століття в економічній науці виокремилось два традиційних вектори, які відрізняють фінансову науку (німецька традиція) від теорії державних фінансів (англійська традиція)<sup>1</sup>. В німецькій традиції акцентується увага на суспільній опіці щодо споживання певних товарів і послуг, стосовно яких у суспільства є свій нормативний інтерес, який не може бути "виведений" з індивідуальних інтересів окремих агентів ринку. Такі блага позначаються дефініцією "патронатні блага" (*protected goods*) – їх виробництво і споживання пов'язане з державною активністю, а також вони забезпечують компліментарність індивідуальної та соціальної корисності<sup>2</sup>. Причому до патронатних благ можуть належати як суспільні, так і приватні товари і послуги, адже світовою наукою поки що не вироблено чітких критеріїв благ, що підпадають під державну опіку<sup>3</sup>. До кола патронатних благ потрапляють і так звані мериторні товари Р.Масгрейва<sup>4</sup>, попит на які з боку приватних осіб відрізняється від нормативних настанов суспільства; в зазначеному контексті важливо встановити співвідношення патронатних (ПБ), мериторних (МБ) та суспільних благ (СБ), яке, зокрема може виглядати так:  $СБ < МБ < ПБ$ .

<sup>1</sup> Рубинштейн А.Я. К теории рынков "опекаемых благ": доклад на Секции экономики отделения общественных наук РАН, 25 марта 2008 г. – М., 2008.

<sup>2</sup> Для того щоб товар чи послуга належали до складу патронатних благ, необхідно і достатньо, щоб вони володіли соціальною корисністю (постулат економічної соціодинаміки).

<sup>3</sup> Гринберг Р.С. Экономическая социодинамика / Р.С.Гринберг, А.Я.Рубинштейн. – М., 2000; Гринберг Р.С. Социальная экономика: введение в новую аксиоматику / Р.С.Гринберг, А.Я.Рубинштейн // Российский экономический журнал. – 1997. – № 1.

<sup>4</sup> Musgrave R.A. Merit Goods // The New Palgrave. – London-Basingstoke, 1987.

Національна система охорони здоров'я, на нашу думку, є і патрона-тним, і до мериторним благом. По-перше, оскільки суспільні інтереси формуються як ринком, так і за допомогою політичного процесу, то важливо виокремлювати індивідуальну та соціальну корисність у контексті патрона-тних благ. Здоров'я, безперечно, є надзвичайно цінним товаром для інди-відів, проте процес його збереження не обмежується лише індивідуаль-ними зусиллями, а й суспільними, оскільки пов'язаний з рівнем економіч-ного розвитку, якістю людського капіталу, обсягом соціальних видатків. По-друге, попит на послуги охорони здоров'я з боку населення має певну специфіку, оскільки переважна більшість населення не виявляє особливо-го інтересу до послуг профілактичного характеру, не усвідомлює важли-вості фінансового забезпечення щорічних обстежень тощо. Крім того, іс-нує частина населення, яка не лише не піклується про стан свого здо-ров'я, а й свідомо йому шкодить, тому нормативний інтерес суспільства до збереження здоров'я населення проявляється у масштабних агітаціях на користь здорового способу життя, запровадження спеціальних адмініс-тративних та регуляторних механізмів підтримки належного стану здо-ров'я переважної більшості членів суспільства. Тобто система охорони володіє ознаками суспільних благ, ідею яких було закладено західноєвро-пейськими мислителями гуманістичного напрямку XVI–XVIII століть *Ж.Бодена, Т.Гоббса, Дж.Локка, Ж.Руссо* та ґрунтовно розвинене у працях *П.Самуельсона, Дж.Б'юкенена, Р.Масґрейва, Г.Таллока, М.Олсона, А.Пі-кока, Дж.Хеда, Л.Йохансена, Д.Кампа*. Американський вчений *К.Боулдінг* вивів категорію суспільного блага за межі економіки, наділяючи його та-кож соціальними та етичними властивостями. *Е.Доунс* визначав суспільне (колективне) благо як таке, що забезпечує неподільні вигоди, тобто саме існування такого блага дозволяє "кожній особі скористатися ним незале-жно від того, як багато інших людей отримують вигоду з нього"<sup>5</sup>. *П.Са-муельсон* визначає суспільні блага як блага "колективних витрат". За ви-значенням *Г.Ахінова*, суспільне благо, на відміну від приватного, – це "благо, використання якого приносить прибуток у вигляді більшої корисності чи менших витрат більш ніж одній особі одночасно"<sup>6</sup>. В цілому ж суспільні блага можна поділити за критерієм охоплення на глобальні й приватні. Глобальним властиві дві основні характеристики, що відрізня-ють їх від приватних: невиключність зі споживанням та неконкурентність. Граничні витрати надання суспільних благ індивідуальному споживачеві дорівнюють нулю, а поява додаткового споживача являє собою *Парето-*покращення.

З кола товарів приватного використання суспільні блага виокрем-люються також низкою додаткових властивостей: вони надаються спожи-вачам, оминаючи конкурентний ринок; створювані ними вигоди неподільні на індивідуальні частини; рішення про постачання цих благ приймається за суспільною (колективною) згодою; забезпечення цих благ здійснюється через механізм державних фінансів; такого роду блага неможливо вкрас-

<sup>5</sup> *Downs A. An Economic Theory of Democracy. – New York : Harper and Row Publish-ers, 1957. – 310 p.*

<sup>6</sup> *Ахинов Г.А. Основы экономики общественного сектора: курс лекций. – М., 2003. – С. 100.*

ти<sup>7</sup>. Лише для небагатьох суспільних благ кількість індивідів, що отримують перевагу з їх наявності, може до безкінечності збільшуватись без додаткових витрат, а обмеження доступу до цих благ, якщо й можливе, то для цілих груп, а не для окремої особи персонально. Стосовно таких чистих суспільних благ можна з упевненістю говорити, що вони є неподільними, проте більшість суспільних благ є "недосконалыми" (змішаними за своїм характером), що зумовлено наявністю обмежень у їх використанні та суперництвом у споживанні.

Суспільні товари й послуги, як і приватні блага, мають корисність для окремого споживача, проте у разі надання приватних благ вибір використання ресурсів повністю залежить від сформованих переваг індивідів. З суспільними благами ситуація є іншою, оскільки споживач позбавлений можливості безпосередньо визначати пропорції їх споживання, адже: 1) в межах фіскальних стосунків між податкоплатником-споживачем суспільних благ та державним сектором не існує прямого зв'язку, який актуалізується лише під час структурування видаткової частини бюджету; 2) індивіди не в змозі диференціювати власний податковий тягар відповідно до сукупної корисності суспільних благ; 3) невідповідність існуючої структури пропозиції суспільних благ індивідуальним перевагам податкоплатників створює передумови для появи неявного перерозподілу добробуту; 4) суспільні блага мають не тільки економічну, а й політичну природу (оподаткування виконує роль фіскального ціноутворення на суспільні блага, а платники податків виступають їхніми споживачами, виявляючи попит через законодавчо-політичні процедури).

Якщо розглядати систему охорони здоров'я як глобальне суспільне благо, то з урахуванням вищезазначеного вигоди від існування такого блага повинні отримувати всі країни та громадяни. Так, згідно з позицією *I.Коул*<sup>8</sup>, надання глобальних суспільних благ спрямоване на досягнення загального добробуту всього світу, проте вони часто не виробляються, оскільки в цьому ніхто не зацікавлений. *Д.Вудвард* та *Р.Сміт*<sup>9</sup> вбачають у глобальних суспільних благах такі товари та послуги, виробництво яких є раціональним для загального споживання з точки зору групи націй і для яких нераціонально виключати окрему націю з кола їх споживачів незалежно від того, чи забезпечує нація свій внесок в їх фінансування.

Теоретична дискусія про глобальні суспільні блага була ініційована різними агенціями ООН (зокрема, Програмою розвитку ООН – *UNDP*)<sup>10</sup>, при визначенні глобальних суспільних благ використовувався двоступінчатий підхід: 1) оскільки ці блага є суспільними, то вони характеризуються

<sup>7</sup> *Шастико А.* Организационные рамки предоставления публичных услуг // Вопросы экономики. – 2004. – № 7. – С. 150–155; *Козюк В.В.* Курс лекцій з дисципліни "Фінанси" для студентів факультету управління та бізнесу по спеціальності "Маркетинг", "Менеджмент" для всіх форм навчання. – Тернопіль : ТДТУ ім. І.Пулля, 2001. – С. 77.

<sup>8</sup> *Kaul I.* Providing Global Public Goods: Managing Globalization / I.Kaul, P.Conceicao, K.Goulvern, R.U.Mendoza. – New York : Oxford University Press, 2003. – 646 p.

<sup>9</sup> *Smith R.* Communicable Disease Control: a Global Public Good Perspective / R.Smith, D.Woodward, A.Acharya, R.Beaglehole, N.Drager // Health Policy and Planning. – 2004. – № 19(5). – P. 271–278.

<sup>10</sup> *Kaul I.* Global Public Goods: International Cooperation in the 21-st Century / I.Kaul, I.Grunberg, M.Stern. – Oxford : Oxford University Press, 2003. – 592 p.

відсутністю конкуренції у споживанні та проблемою невиключності у використанні<sup>11</sup>; 2) глобальність благ означає те, що вони є універсальними для всіх країн, людей і поколінь.

На фоні зростання кількості наукових публікацій та практичних дискусій щодо глобальних суспільних благ ВООЗ актуалізувала для фахівців проблему дослідження системи охорони здоров'я; за результатами було опубліковано працю "Глобальні суспільні блага для здоров'я: перспективи економіки охорони здоров'я і суспільного здоров'я"<sup>12</sup>. Дослідники доводять, що стан здоров'я населення за своєю сутністю є не приватним благом, а глобальним суспільним благом, адже саме населення виступає його первинним споживачем<sup>13</sup>. Дійсно, незважаючи на те, що стан здоров'я часто є конкурентним і взаємовиключним серед окремих суб'єктів та країн щодо благ, необхідних для забезпечення й підтримки його на належному рівні, існують принаймні два аспекти на користь визначення його як глобального суспільного блага. По-перше, це "ефект профілактики" пов'язаний з тим, що попередження захворюваності в однієї особи забезпечує позитивний зовнішній ефект для інших; по-друге, це значний "накопичувальний ефект", який стосується того, що стан здоров'я індивіда чи нації має широкі економічні наслідки у контексті його впливу на рівень виробництва чи доходів. Вчені, які займаються проблемами забезпечення суспільними благами на міжнародному рівні (*К.Гоулвен, І.Грюнберг, І.Коул, Р.Мендоза, Е.Остром*)<sup>14</sup>, апелюють до актуальності контролю захворюваності, консервації побутових відходів, фінансування соціально-економічної стабільності, здійснення ефективної енергетичної політики, контролю над корупцією тощо. Сукупність таких намірів, оприлюднених науковцями на початку XXI століття, отримала назву *Millennium Development Goals* ("Цілі розвитку століття").

Ліквідація поліомієліту є класичним прикладом глобального суспільного блага у сфері охорони здоров'я. У 1988 році Всесвітня асамблея охорони здоров'я проголосувала за стратегію ліквідації поліомієліту, яку на той момент передбачалося поширити на 125 країн і п'ять континентів. До кінця 2001 року всі країни світу ратифікували рекомендовану ВООЗ стратегію ліквідації поліомієліту через посилення масової імунізації насе-

<sup>11</sup> *Ostrom E. Neither Market nor State: Governance of Common-Pool Resources in the 21-st Century. – Washington, D.C., 1994.*

<sup>12</sup> *Хеннеланд Г. Здоровье как международная политика – борьба с инфекционными заболеваниями в регионе Балтийского моря / Г.Хеннеланд, Л.Рове // www.epinorth.org; Zacher M. Global Epidemiological Surveillance: Global Public Goods. – New York : Oxford University Press, 1999.*

<sup>13</sup> З точки зору макроекономічної стратегії, жорсткий поділ між приватними благами із значними зовнішніми ефектами та чистими суспільними благами є недоцільним. Наприклад, створення інфраструктури для забезпечення своєчасного і ефективного лікування туберкульозу, мотивація хворих до пошуку та завершення курсу лікування можуть набувати рис суспільних благ, незважаючи на те, що лікування для особи, по суті, є приватним благом з позитивним зовнішнім ефектом.

<sup>14</sup> *Kaul I. Providing Global Public Goods: Managing Globalization / I.Kaul, P.Conceicao, K.Goulvern, R.U.Mendoza. – New York : Oxford University Press, 2003. – 646 p.; Ostrom E. Neither Market nor State: Governance of Common-Pool Resources in the 21-st Century. – Washington, D.C., 1994; Kaul I. Global Public Goods: International Cooperation in the 21-st Century / I.Kaul, I.Grunberg, M.Stern. – Oxford : Oxford University Press, 2003. – 592 p.*

лення. В результаті узгоджених дій країн із використанням механізмів міжнародного державно-приватного партнерства лише 10 країн виявились ендемічними за захворюванням<sup>15</sup>.

Навіть через п'ятдесят років після впровадження ефективного лікування туберкульозу захворювання все одно продовжує реєструватися, виступаючи поруч зі СНІДом домінуючою причиною смертності інфекційного характеру дорослого населення у світі, що забирає від 1,5 до 2 млн життів щорічно. В 1993 році ВООЗ оголосила туберкульоз глобальною проблемою і почала активно пропагувати стратегію *DOTS* (терапія короткостроковими курсами під безпосереднім наглядом), яка була успішно апробована ще у 1958 році в Індії. Сьогодні ця стратегія вважається найбільш ефективною для лікування туберкульозу та економічно вигідною інтервенцією в глобальній системі охорони здоров'я<sup>16</sup>. Глобальний план боротьби з туберкульозом 2002 року, розроблення якого фінансувалося *Дж. Соросом* через Інститут "Відкрите суспільство", оцінює витрати на реалізацію всіх заходів у 9,1 млрд дол. США, більша частина яких призначена для лікування хворих активною формою туберкульозу та хворих на туберкульоз у поєднанні з ВІЛ-інфекцією. Також багато інших фондів (Фонд *Гейтса*, Фонд *Рокфеллера*) зробили свій внесок у фінансування таких заходів.

Результатом таких узгоджених дій стала загальносвітова тенденція зниження рівня захворюваності туберкульозом на 100 тис. населення, яка особливо яскраво проявляється на приладі європейських країн (табл. 1). Так, у більшості країн ЄС протягом 1999-2008 років скоротилась кількість випадків захворюваності на туберкульоз усіх форм.

Доводиться констатувати, на жаль, що сьогодні Україна займає лідируючі позиції за рівнем захворюваності на чимало смертельних хвороб – СНІД, туберкульоз, рак, вірусний гепатит. Навіть у Португалії, де показник захворюваності на СНІД також високий (6,57 випадки), спостерігається позитивна тенденція його зниження порівняно з 1999 р. в 1,6 раза. Спеціальна сесія Генеральної асамблеї ООН з проблеми СНІДу у 2001 р. оцінила потребу у фінансуванні витрат на ВІЛ/СНІД у країнах з низьким і середнім рівнем доходів, до яких відноситься і Україна, у 9,2 млрд дол. США щорічно. Спільна програма ООН з боротьби зі СНІДом стала глобальною відповіддю на загрозу ВІЛ/СНІД. Проте, як це часто відбувається, саме ці країни недоотримують фінансування на програми боротьби з вірусними захворюваннями, що пов'язано як з недостатніми ініціативами на ринку виробництва ліків та вакцин для таких країн, так і з масштабною корупцією в більшості секторів економік країн з низьким і середнім рівнем доходів.

Досить важливою проблемою для багатьох країн є фінансування суспільних благ. Зазвичай воно пов'язане з проблемою "безквиткового пасажира" (*free-rider problem*), яка виникає щоразу, коли люди намагаються скористатися вигодами суспільних благ, уникаючи власного податкового

<sup>15</sup> Незважаючи на те, що контроль інфекційних хвороб є неконкурентним за своїм впливом, його здійснення вимагає як виключних (вакцинація, презервативи), так і невиключних інтервенцій (знання профілактичних заходів, оптимальне лікування).

<sup>16</sup> При витратах від 0,9 до 3,1 дол. США в рік за збережене життя, *DOTS* може швидко знизити як летальність від туберкульозу, так і захворюваність на нього, забезпечуючи одужання понад 85% хворих.

Таблица 1

**Динаміка поширення захворюваності в розрізі країн світу,  
1999–2008 роки**

Країна	Захворюваність на СНІД / 100 тис. нас.		Захворюваність на туберкульоз / 100 тис. нас.		Захворюваність на вірусний гепатит / 100 тис. нас.		Захворюваність на рак / 100 тис. нас.	
	1999	2008	1999	2008	1999	2008	1999	2008
Велика Британія	1,28	1,42	10,54	12,88	...	15,24	457,1	485,3
Австрія	1,25	0,7	13,41	9,75	15,29	14,92	437,6	425,2
Данія	1,41	0,92	11,04	6,39	6,02	8,76	506,6	595,3
Фінляндія	0,19	0,83	10,94	7,28	47,14	28,93	420,4	494,3
Німеччина	1,04	0,44	12,15	5,57	16,7	18,6	479,1	...
Ісландія	0,35	0,98	3,61	15,97	31,03	13,83	413,4	...
Нідерланди	1,13	1,16	8,84	8,22	...	4,1	479,5	...
Норвегія	0,65	0,53	4,77	7,7	22,95	2,54	475,1	550,9
Швеція	0,76	0,63	5,41	18,5	41,56	37,33	510,0	547,7
Швейцарія	3,91	2,06	10,58	5,63	45,07	3,76	...	1239,3
Італія	3,74	1,91	7,78	4,2	7,3	...	...	424,8
Іспанія	7,77	3,5	21,18	16,85	10,19	2,49	...	...
Угорщина	0,36	0,22	34,5	12,32	13,29	7,57	...	846,7
Чехія	0,16	0,12	15,61	7,65	22,39	9,41	586,7	...
Польща	0,35	0,3	31,48	39,36	...	6,63	289,2	...
Естонія	0,14	2,38	54,81	38,71	75,53	12,12	429,3	...
Молдова	0,07	2,87	63,27	135,8	83,15	...	148,2	213,2
Росія	0,03	0,59	92,55	89,74	99,08	...	304,1	333,7
Білорусь	0,05	2,76	73,13	52,95	51,7	43,53	330,4	411,1
Україна	1,18	9,73	66,22	81,9	...	69,37	318,5	331,1

Джерело: складено автором на основі даних: <http://data.euro.who.int> та <http://esa.un.org/unpp>.

внеску для їхнього фінансування<sup>17</sup>. Проблема "безквиткового пасажира" найчастіше виникає у великих групах споживачів, ніж у малих. Саме в малих групах окремих індивід є настільки важливим з погляду усього колективу, що його внесок задля досягнення групової мети справляє відчутний вплив на втрати або вигоди інших учасників групи.

В контексті забезпечення необхідними фінансово-матеріальними ресурсами для профілактики та лікування СНІДу, туберкульозу на рівні глобальної спільноти важливо попередити прагнення окремих держав до "безквиткового проїзду", аналогічно як і протидію потенційних антагоністів там, де вони мають можливість блокувати рішення щодо надання глобальних суспільних благ. Міжнародні організації можуть забезпечити організаційну та ресурсну підтримку, проте вони залежать від фінансування країнами-учасницями; більшість країн, що розвиваються, і які переважно є основними споживачами глобальних суспільних благ, мають обмежені ресурси для інвестування; а транснаціональні корпорації орієнтуються, насамперед, на прибуток, отже, інвестують лише в тому разі, якщо самі очікують отримати вигоду. Д.Вудвард та Р.Сміт<sup>18</sup> пропонують комбіновану

<sup>17</sup> Длугопольський О.В. Теорія економіки державного сектора : навчальний посібник. – К., 2007.

<sup>18</sup> Smith R. Communicable Disease Control: a Global Public Good Perspective // Health Policy and Planning. – 2004. – № 19 (5). – Р. 271–278; Woodward D. The GATS and Trade in Health

систему добровільних інвестицій та планових внесків, які розподіляють між країнами відповідно до узгоджених схем, що фіксуються національними податками, скоординованими між країнами, податками, що встановлюються та збираються на глобальному рівні, та системою різноманітних ринкових механізмів. Незважаючи на прогресивність такої схеми фінансування, на практиці її реалізувати досить складно, адже жодна розвинута країна не зацікавлена у фінансовій підтримці більш слабких економік, які до того ж є реальними претендентами на споживання більшої частки глобального суспільного блага.

Сучасні тенденції в системах охорони здоров'я країн світу можна охарактеризувати так:

1) орієнтація на стаціонарне лікування з розвитком високоспеціалізованої медичної допомоги. Протягом ХХ століття основною ланкою систем охорони здоров'я більшості країн світу були лікарні, оснащені технологіями та укомплектовані вузькими спеціалістами; в наш час така система виявила свою обмеженість у вигляді неефективності та нерівності. Досвід промислово розвинутих країн свідчить, що орієнтація на стаціонарне лікування призводить до значних витрат, ставить під загрозу гуманітарні й соціальні аспекти охорони здоров'я, актуалізує ефект невикористаних можливостей. Починаючи з 1990-х років більшість країн ОЕСР намагаються все менший акцент робити на лікарнях, вузьких спеціалістах, а також ефективно контролювати вартість лікування через скорочення кількості лікарняних ліжок, заміну госпіталізації доглядом на дому, нормування медичного обладнання тощо. Загалом, видатки на медичне обладнання в США, Японії та країнах ЄС становлять 250–290 дол. США на особу, тоді як в більшості пострадянських країн – 6–10, в країнах Африки – 2,5 на особу;

2) фрагментація як результат розроблення й реалізації багатьох програм та проектів одночасно. Якщо міське медичне обслуговування загалом пов'язане з лікарнями, то бідні прошарки сільського населення частіше стикаються з прогресуючою фрагментацією медичних послуг, оскільки "вибіркові" або "вертикальні" підходи зосереджені на програмах і проектах боротьби з окремими хворобами. Різниця в оплаті праці працівників, що зайняті в звичайному державному секторі і в програмах та проектах з хорошим фінансуванням, поглиблюють кризу людських ресурсів у слабких системах охорони здоров'я. Послуги надаються лише за хворобами, які фінансуються програмами, а особи, що не підпадають під жодні програмні пріоритети, залишаються без уваги медиків;

3) поширення комерціалізації медичної допомоги в нерегульованих системах охорони здоров'я. В багатьох країнах з низьким і середнім рівнем доходів недостатнє фінансування і фрагментація медичних послуг прискорили комерціалізацію сфери охорони здоров'я. При цьому вартість медичних послуг перекладається на пацієнта незалежно від того, в медичний заклад якої форми власності він звертається, асиметрія інформації сприяє завищенню цін або зниженню якості пропонованих послуг.

Зазначені тенденції є надзвичайно загрозливими для стабільності та соціально-економічної ефективності сфери охорони здоров'я в глобальних масштабах, адже ігнорування прав пацієнтів, "вибірковість" надання медичної допомоги, зниження якості та підвищення цін на медичні послуги, орієнтація на фінансові результати в стратегічному сенсі "підривають" якість людського потенціалу, а отже, завдають збитків національним економікам в плані економічного зростання та інноваційної активності.

Як свідчать дані табл. 2, витрати на стаціонарну допомогу в структурі загальних витрат на охорону здоров'я сягають 45–50% у країнах ЄС, і є найвищими в Україні – приблизно 70% у 2008 році. Витрати на медикаменти в середньому становлять 12–15% і є найвищими в Молдові – 35,7%, Угорщині – 31,2%, Естонії – 24,8%. Капітальні видатки на медичні заклади в більшості країн ЄС становлять 3–4% і щороку зменшуються, тоді як в Україні та Білорусі спостерігається поступове зростання цього показника до 10–13%. Проте в умовах високого рівня корумпованості економік цих країн зазначена тенденція не може розглядатись як однозначно позитивна. Що ж стосується готівкових виплат на охорону здоров'я ("з гаманців пацієнтів у кишені лікарів"), то найменшим цей показник є у Нідерландах (в межах 8%), а найбільшого значення досягає у Молдові та Україні (40–42%).

Таблиця 2

**Структура витрат у системі охорони здоров'я в розрізі країн світу,  
відсоток від загальних витрат на охорону здоров'я**

Країна	Загальні витрати на стаціонарну допомогу			Витрати на медикаменти (без стаціонарів)			Капітальні витрати на медичні заклади			Готівкові виплати сімей на охорону здоров'я		
	1999	2005	2008	1999	2005	2008	1999	2005	2008	1999	2005	2008
Велика Британія	36,7	33,9	36,0	13,8	12,8	12,2	...	1,4	2,3	13,6	11,9	...
Австрія	39,1	39,5	40,1	12,0	13,0	13,3	6,0	5,5	4,8	16,4	16,4	...
Данія	54,4	31,2	36,4	8,7	8,6	8,6	2,8	...	...	16,1	14,9	...
Фінляндія	39,5	38,3	37,1	14,8	15,5	14,1	...	...	...	20,3	17,8	...
Німеччина	35,4	34,9	34,5	13,5	15,1	15,1	4,0	3,8	3,5	11,2	13,1	...
Ісландія	58,0	56,1	44,0	13,6	13,4	13,5	...	...	...	16,9	17,5	...
Нідерланди	36,8	...	...	11,4	10,3	11,0	...	...	...	9,0	7,7	...
Норвегія	42,4	40,7	42,4	8,9	9,1	8,0	7,7	6,5	5,8	16,6	15,7	...
Швеція	46,3	30,3	29,7	13,9	13,7	13,4	...	...	...	13,4	16,2	...
Швейцарія	46,2	45,5	45,9	10,6	10,6	10,3	...	...	...	33,3	30,5	...
Італія	43,6	44,3	45,8	22,1	20,2	18,2	4,6	4,3	4,2	26,1	20,3	...
Іспанія	28,8	27,1	27,6	21,5	22,4	21,0	3,0	3,0	...	23,3	20,9	...
Угорщина	29,3	29,4	29,6	...	31,1	31,2	...	...	...	24,9	25,3	...
Чехія	33,6	33,4	32,9	23,0	25,1	21,5	8,3	3,6	3,3	9,5	10,9	...
Польща	...	29,4	30,7	...	28,0	24,5	...	...	...	28,9	26,1	...
Естонія	35,4	35,8	33,3	19,4	26,7	24,8	2,2	0,6	1,5	14,4	20,5	...
Молдова	...	40,6	50,9	11,3	45,6	35,7	4,2	5,4	3,9	46,0	42,9	...
Росія	...	...	...	...	...	...	...	...	...	27,8	31,3	...
Білорусь	54,8	52,0	45,0	13,6	16,1	20,1	12,8	11,6	13,0	12,7	16,7	...
Україна	64,2	76,7	69,1	10,2	10,7	11,1	7,3	...	10,3	48,5	40,0	...

Джерело: складено автором на основі даних: <http://data.euro.who.int> та <http://esa.un.org/unppp>.

У структурі джерел фінансування охорони здоров'я загалом домінуюча роль у більшості країн відводиться, як правило, державі (табл. 3). Зокрема у США державне фінансування охорони здоров'я за даними 2008



року сягає 7,3% ВВП, тоді як частка приватних витрат становить приблизно 2% ВВП. Для європейських країн характерним є те, що частка державних витрат на сферу охорони здоров'я становить у середньому 5–7% ВВП, тоді як приватні витрати обмежуються 2% ВВП. В Україні, за даними 2008 року, 3,5% ВВП становили державні витрати на охорону здоров'я, і близько 3% – приватні.

Таблиця 3

**Витрати на охорону здоров'я з державних та приватних джерел у розрізі країн світу, % ВВП**

Країна	Загальні витрати на охорону здоров'я		Державні витрати на охорону здоров'я		Приватні витрати на охорону здоров'я	
	2000	2008	2000	2008	2000	2008
США	13,6	16,0	5,8	7,3	1,8	1,9
Канада	8,8	10,1	6,2	7,0	1,3	1,5
Мексика	5,4	5,9	2,4	2,6	2,8	3,0
Велика Британія	7,0	8,4	5,5	6,8	0,9	0,9
Данія	8,3	9,8	6,8	8,2	1,3	1,3
Фінляндія	7,2	8,2	5,1	6,1	1,6	1,5
Німеччина	10,3	10,4	8,2	8,2	1,2	1,3
Ісландія	9,5	9,3	7,7	7,6	1,8	1,5
Ірландія	6,3	7,6	4,6	6,1	0,7	0,7
Італія	8,1	9,0	5,8	6,9	1,8	1,8
Угорщина	6,9	7,4	4,8	5,2	1,9	1,8
Чехія	6,5	6,8	5,8	5,8	0,7	0,9
Польща	5,5	6,4	3,8	4,5	1,5	1,5
Японія	7,7	8,1	6,3	6,5	1,2	...
Корея	4,7	6,6	2,1	3,4	1,9	2,3
Україна	...	7,0	...	3,5	...	2,9

Джерело: складено автором на основі даних: <http://data.euro.who.int> та <http://stats.oecd.org>.

Сьогодні близько 5,6 млрд людей у країнах із низьким і середнім рівнем доходів більшу частину витрат на медичну допомогу оплачують із власних коштів, до того ж поширюється загрозлива тенденція, коли понад 100 млн людей у світі опиняються на межі бідності через високі витрати на медичне обслуговування. Сфера охорони здоров'я в таких умовах втрачає не лише ознаки суспільного блага, але й властивості мериторного та патронатного товару. Держава ніби дистанціюється від нормативних потреб суспільства, зменшуючи фінансування системи охорони здоров'я та перекладаючи його тягар на плечі пацієнтів, перетворюючи їх на заручників недосконалої інституційної системи. Неабияку допомогу для розв'язання цієї проблеми надають міжнародні організації, адже, згідно з даними ВООЗ<sup>19</sup>, у світі обсяг фінансування охорони здоров'я із зовнішніх ресурсів досяг 17% загальних витрат, а в деяких країнах з низьким рівнем доходів на душу населення цей показник сягає 75% (в Україні – 45%).

Що ж стосується ролі держави у фінансуванні стаціонарної допомоги та медикаментозного забезпечення населення як форми суспільних благ, то дані табл. 4 демонструють неоднозначні тенденції. Так, протягом 1999-2008 років серед європейських країн лідируючі позиції щодо рівня державних витрат на стаціонарну допомогу займає Ісландія, Велика Британія демонструє стабільно високі норми державного фінансування як ви-

<sup>19</sup> <http://www.eurostat.com>.

трат на стаціонару допомогу, так і витрат на медикаменти; В Україні, Білорусі, Молдові в умовах недофінансування системи охорони здоров'я витрати на медикаменти практично повністю стали приватною справою пацієнтів, адже частка держави в таких видатках скоротилась до 18–25%<sup>20</sup>. Швейцарія є однією з небагатьох європейських країн, де державне фінансування як стаціонарної допомоги, так і медикаментів за паритетом купівельної спроможності (ПКС) є одним із найвищих, проте в структурі загальних витрат сягає лише 62–65%.

Таблиця 4

**Роль держави у фінансуванні витрат на стаціонару допомогу та медикаменти в розрізі країн світу, 1999–2008 роки**

Країна	Державні витрати на стаціонару допомогу				Державні витрати на медикаменти			
	% від загальних витрат на стаціонару допомогу		ПКС дол. на особу		% від загальних витрат		ПКС дол. на особу	
	1999	2008	1999	2008	1999	2008	1999	2008
Велика Британія	...	85,3	...	...	...	83,6	...	...
Австрія	83,8	84,3	1055	1508	66,6	65,3	325	500
Данія	93,9	94,3	1241	1278	49,6	55,8	198	301
Фінляндія	83,8	88,1	691	1053	48,8	55,1	260	400
Німеччина	86,3	83,7	919	1238	71,2	75,9	350	542
Ісландія	99,2	99,2	1599	1461	65,9	44,8	375	448
Нідерланди	79,4	...	801	...	59,2	83,1	249	422
Норвегія	92,4	94,0	1180	1988	58,7	53,7	246	381
Швеція	98,8	97,3	986	988	70,5	58,1	295	446
Швейцарія	57,7	62,2	1419	2027	57,8	67,6	326	454
Італія	89,3	92,6	819	1203	41,2	47,5	415	518
Іспанія	87,4	86,7	418	737	72,5	72,7	311	562
Угорщина	89,1	90,1	237	411	...	58,5	...	434
Чехія	98,5	97,6	315	536	77,1	66,0	216	349
Польща	...	95,4	...	318	...	...	...	253
Естонія	99,2	90,4	...	...	40,1	41,8	...	...
Молдова	...	92,9	...	...	11,0	24,8	...	...
Білорусь	...	...	...	...	45,5	18,9	...	...

Джерело: складено автором на основі даних: <http://data.euro.who.int> та <http://esa.un.org/unpp>.

Стосовно розвитку системи охорони здоров'я в показниках її кадрового та матеріально-технічного забезпечення, можна відзначити, що в Україні 100 тис. населення обслуговує в середньому 302 лікарі (або 1160 медичних працівників)<sup>21</sup>, що суттєво перевищує аналогічний показник Велика Британії, Угорщини, Польщі (табл. 5) та відповідає показникам Данії, Естонії, Молдови. За показником кількості лікарень на 100 тис. населення Україна займає лідируючі позиції в порівнянні з країнами ЄС, поступаючись лише кільком пострадянським країнам. Однак така велика кількість лікарень не пов'язана в Україні, на жаль, з ефективністю надання медичної допомоги. З цим показником тісно кореспондує інший, а саме – кількість лікарняних ліжок на 100 тис. населення. Україну (868 на 100 тис.) за

<sup>20</sup> Станом на 1.01.2010 р. на здоров'я кожного українця витрачається по 160 дол. щорічно, з яких 89 дол. – бюджетні кошти, 71 дол. – приватні.

<sup>21</sup> Про недостатній розвиток медицини свідчить факт, якщо 100 тис. жителів обслуговує менше, ніж 230–250 медичних працівників.

Таблиця 5

**Деякі показники, що характеризують динаміку розвитку системи охорони здоров'я в розрізі країн світу, 1999–2008 роки**

Країна	Кількість лікарів / 100 тис. нас.		Кількість лікарень / 100 тис. нас.		Кількість лікарняних ліжок / 100 тис. нас.		Кількість тих, хто поступив до стаціонарів / 100 осіб		Середня тривалість перебування у стаціонарі, дн.	
	1999	2008	1999	2008	1999	2008	1999	2008	1999	2008
Велика Британія	196,1	...	...	...	416,4	...	16,02	12,94	10,3	8,0
Австрія	302,5	374,9	3,47	3,25	798,2	776,3	23,13	28,08	8,1	6,8
Данія	267,5	308,8	1,47	1,09	434,2	349,5	18,11	14,64	6,1	5,1
Фінляндія	305,7	330,9	7,53	6,45	760,5	682,5	24,62	24,55	10,5	9,7
Німеччина	320,9	348,3	4,45	4,13	919,6	846,4	21,85	23,12	11,6	9,9
Ісландія	338,4	373,1	8,3	6,76	781,6	...	21,64	15,62	5,4	5,4
Нідерланди	309,8	393,2	1,34	1,16	504,0	480,8	9,99	10,55	13,1	10,8
Норвегія	328,6	385,3	...	...	396,0	396,2	15,31	18,18	7,4	6,5
Швеція	302,2	349,3	0,97	...	...	...	18,56	15,63	7,0	6,2
Швейцарія	336,3	379,8	5,49	4,53	660,8	553,9	17,47	...	13,2	10,9
Італія	423,5	379,1	2,36	2,21	475,8	399,9	16,78	14,46	7,8	...
Іспанія	295,8	375,6	1,95	1,73	377,6	336,1	10,88	12,02	9,18	8,2
Угорщина	310,3	278,0	1,68	1,76	811,3	712,6	21,68	20,79	9,16	10,48
Чехія	307,8	356,6	3,54	3,34	847,2	810,5	20,09	20,71	11,16	10,0
Польща	226,4	199,3	2,08	2,19	580,9	523,5	13,33	17,97	9,3	...
Естонія	310,7	320,2	5,67	4,25	752,9	557,0	18,54	19,01	9,9	7,86
Молдова	325,0	312,2	3,5	2,32	818,9	612,0	20,65	17,82	16,2	10,0
Росія	422,6	424,6	7,02	6,06	1085	974,2	21,34	...	15,8	...
Білорусь	457,3	484,1	8,3	7,24	1264	1123	25,07	29,37	14,2	11,7
Україна	301,3	301,6	6,29	5,62	895,1	868,3	21,88	22,5	15,1	12,8

Джерело: складено автором на основі даних: <http://data.euro.who.int> та <http://esa.un.org/unpp>.

цим індикатором "обігнали" лише Японія (1400), Китай (1320), Білорусь (1123) та Росія (974)<sup>22</sup>. Вітчизняна система охорони здоров'я й досі базується на тому, що у державних і комунальних лікарнях обсяг фінансування та розмір зарплат медичного персоналу залежить від кількості ліжок-місць у закладі. Наприклад, якщо шпиталь розрахований на 500 хворих, то з державного або місцевого бюджету він отримує значно більше, ніж той, де кількість ліжок-місць, наприклад 100, хоча насправді у лікарні на 500 місць може бути зайнято лише кількадесят. Тому керівництво таких лікарень зацікавлене приховувати реальний стан речей (лікування фіктивних пацієнтів, затягування строків лікування), адже фінансування медичних закладів з великою кількістю порожніх ліжок просто врізають. Не дивно, що й показник середньої тривалості перебування на стаціонарі в Україні у 1,5–2 рази (13 днів) перевищує аналогічні показники в європейських країнах (наприклад, в Нідерландах, Швейцарії, Угорщині – 11 днів, Фінляндії, Німеччині, Чехії – 10 днів, Австрії – 7 днів, Данії, Ісландії – 5 днів). Фахівці з системи охорони здоров'я вважають<sup>23</sup>, що саме "боротьба за ліжок-місця" замість залучення інвестицій в удосконалення методів діагностики (лікування) стала основною причиною відставання і розвалу радянської системи охорони здоров'я, адже й досі медицина в Україні фі-

<sup>22</sup> Пода В. На здоров'я кожного українця витрачається по \$160 щорічно // Коментарі. – 2010. – № 16–17 (216). – С. 8.

<sup>23</sup> Коноваленко Я. Lege artis // «МК» в Україні. – 2009. – 2-8 декабря. – С. 9.

нансується за залишковим, а функціонує – за затратним принципом. Якби фінансування порожніх ліжок спрямовувалось на закупівлю нового обладнання і гідну оплату праці, то пацієнти отримували б якісніше лікування<sup>24</sup>, а персонал – більше задоволення від своєї роботи (як моральне, так і матеріальне).

Зважаючи на нерівномірне зростання витрат на охорону здоров'я у світі (на сьогодні зафіксована більш ніж 300-кратна різниця між країнами у витратах на охорону здоров'я, рівень яких коливається від 20 до 6000 дол. на особу), доцільно виділити три типи країн за обсягами фінансування сфери охорони здоров'я (табл. 6). До першої групи країн належать ті, в яких обсяг витрат на охорону здоров'я перевищує 1500 дол. на особу, а в структурі витрат домінують державні інвестиції та кошти страхових компаній; при цьому масштабні державні інтервенції на ринку медичних послуг поєднуються з чіткими механізмами контролю бюджетних коштів. Нині в цих країнах (наприклад, США, Канада, Велика Британія, Норвегія) проживає близько 1 млрд населення. До другої групи входять країни (наприклад Бразилія, Чилі, Чехія, Угорщина, Польща), в яких обсяг витрат на охорону здоров'я коливається від 400 до 1500 дол. на особу, а в їх структурі переважають фонди страхових компаній та приватні кошти самих споживачів – пацієнтів. До третьої групи країн (наприклад Індія, Бурунді, Малі, Україна, Білорусь), на наш погляд, можна віднести держави, в яких фінансування охорони здоров'я перебуває на мізерному рівні (від 100 до 400 дол. на особу), в структурі цих витрат домінують приватні кошти пацієнтів; а високий рівень корумпованості медичної галузі часто нівелює тут будь-які позитивні реформи в системі охорони здоров'я.

Таблиця 6

**Типологія країн залежно від обсягів і структури витрат на охорону здоров'я**

Тип країн	Обсяг витрат на охорону здоров'я (в середньому), дол.	Чисельність населення, що проживає в цих країнах, млрд	Моделі зростання
Країни з високою витратною економікою охорони здоров'я (США, Норвегія, Велика Британія)	Понад 1500 на особу	1	У структурі зростання більшу частину забезпечують державні кошти і страхова медицина
Країни з економікою охорони здоров'я, що швидко розвивається (Бразилія, Чилі, Польща)	Від 400 до 1500 на особу	2,9	У структурі зростання більшу частину забезпечує страхова медицина та приватні кошти пацієнтів
Країни з низьковитратною і повільно зростаючою економікою охорони здоров'я (Індія, Бурунді, Україна)	В межах від 100 до 400 на особу	2,6	У структурі зростання більшу частину забезпечують приватні кошти пацієнтів

<sup>24</sup> За даними опитувань, проведених Program on International Policy Attitudes, 95% українців незадоволені якістю вітчизняного медичного обслуговування.

Отже, незважаючи на те, що скорочення смертності населення та зростання якості медичних послуг висуваються сьогодні на перший план у програмах реформ багатьох країн, проте економіці охорони здоров'я в глобальних масштабах притаманна низка ознак, які не дозволяють з оптимізмом говорити про ефективність модернізації системи охорони здоров'я на найближчу перспективу<sup>25</sup>:

1) значне піднесення у секторі охорони здоров'я, досягнутий за останні десятиліття, має вкрай нерівномірний характер, адже, незважаючи на те, що значна кількість країн світу прогресує в напрямку покращення стану охорони здоров'я (Велика Британія, Франція, Німеччина, Сінгапур), проте залишається ще багато тих, що відстають за цими показниками або втрачають колишні провідні позиції;

2) у спектрі стану проблем здоров'я відбуваються трансформаційні зміни, які раніше важко було передбачити – старіння населення та наслідки важко керованої глобалізації, урбанізації сприяють зростанню темпів поширення інфекційних захворювань в усьому світі і збільшують тягар хронічних та інфекційних хвороб, вимагаючи більш високих затрат на медичну допомогу та медико-санітарне обслуговування;

3) системи охорони здоров'я не оминули стрімкі перетворення, пов'язані з глобалізацією – економічні та політичні кризи ставлять під сумнів здатність держав та суспільних інститутів в цілому забезпечувати максимальне охоплення медичними послугами населення;

4) у сфері надання медичних послуг невиважено багато уваги приділяється вузькоспрямованому наданню спеціалізованої медичної допомоги та застосуванню адміністративно-управлінських методів боротьби із хворобами з орієнтацією на короткострокові результати, що призводить до фрагментації медичного обслуговування;

5) національні системи охорони здоров'я будуються за принципом невтручання чи необмеженої свободи у сфері управлінської діяльності; це призводить до нерегульованої комерціалізації сектора медичних послуг, тоді як врегулювання прав і повноважень пацієнтів та лікарів набуває дедалі більш політизованого характеру.

Усе це коло проблем глобальної системи охорони здоров'я в тій чи іншій мірі властиве і вітчизняній медицині, проте воно також доповнюється суто національними вадами, частково успадкованими від радянської медицини, а частково набутими за роки незалежності. Так, зокрема, недостатність фінансової забезпеченості та слабкість державних гарантій надання медичної допомоги в Україні зумовлюють низький рівень захисту населення від ризиків обтяження масштабними витратами на лікування в разі захворювання. Також існує значна нерівномірність у розподілі тягаря витрат на медичну допомогу для населення з різним рівнем доходів та з різних регіонів країни. Незадовільне матеріальне оснащення медичних закладів України органічно поєднується з надлишковим ліжковим фондом, надмірною чи-

<sup>25</sup> The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More than Ever. – WHO, 2008. – 125 p.

сельністю персоналу медичних закладів<sup>26</sup>, низькою ефективністю використання фінансово-матеріальних ресурсів, наявністю структурних диспропорцій між різними видами та рівнями надання медичної допомоги<sup>27</sup>.

Та все ж головною проблемою вітчизняної медицини, на нашу думку, є відсутність чіткої державної урядової програми модернізації сфери охорони здоров'я. В умовах значної корумпованості соціально-економічного життя та браку політичної волі для здійснення кардинальних реформ практично неможливо змінити правила гри, що склались на ринку медичних послуг. Тут доцільно навести приклад країн, які мали аналогічні проблеми у сфері охорони здоров'я, проте з використанням виваженої державної політики змогли не лише вдосконалити систему охорони здоров'я, розширити доступ пацієнтів до якісних медичних послуг, але й перетворити медицину на джерело поповнення доходів державного бюджету, звести до мінімуму тіньовий сектор цієї галузі.

Так, наприкінці 1970-х років у Султанаті Оман налічувалась лише невелика кількість працівників сфери охорони здоров'я, переважна більшість яких були іноземними спеціалістами. Менш ніж за одне покоління ситуація кардинально змінилась. Оман послідовно інвестував значні ресурси в національну систему охорони здоров'я і зберігав стабільно високий рівень інвестицій протягом тривалого періоду. Нині в країні існує мережа з 180 місцевих, районних та регіональних медичних установ зі штатом понад 5000 медичних працівників, які забезпечують практично повселюдний доступ до медичного обслуговування для населення Оману та іноземців. Очікувана тривалість життя порівняно з 1970-ми роками збільшилась з 60 до 74 років, а коефіцієнт смертності серед дітей у віці до 5 років скоротився на 94%<sup>28</sup>.

Найбільш вражаючих успіхів у реформуванні сфери охорони здоров'я досяг сьогодні Сінгапур – країна медичного туризму. В 2008 році, за даними місцевої організації з розвитку медичного туризму *SingaporeMedicine*, в країні лікувалося понад 415 тис. іноземців (60% від усієї кількості пацієнтів), тоді як в Німеччині, яка відома на весь світ високим рівнем якості послуг з охорони здоров'я, щорічно лікується лише 70 тис. іноземців<sup>29</sup>. Таким чином, Сінгапур щорічно заробляє на медичних туристах 13–15 млрд дол.<sup>30</sup>, що дорівнює половині державного бюджету України. Якість медичних послуг у країні органічно поєднується з відносною їх дешевизною – на 30–40% нижче, ніж у Західній Європі, Америці.

<sup>26</sup> Якщо в Україні на 10 тис. населення – 31 лікар, то в Сінгапурі – 14. Також урядова політика охорони здоров'я Сінгапуру надає перевагу великим медичним центрам, тоді як в Україні існує велика кількість дрібних лікарень без належного медичного обладнання, що свідчить про нераціональне використання бюджетних коштів.

<sup>27</sup> Незважаючи на те, що 80–85% медичної допомоги надається на первинному та вторинному рівнях медичного обслуговування (рівні безпосереднього контакту з хворим), бюджетне фінансування первинного рівня послуг в Україні виконується лише на 5%, вторинного – на 15%.

<sup>28</sup> Primary Health Care Performance: Sultanate of Oman. –Directorate General of Health Affairs, Department of Primary Health Care, 2008.

<sup>29</sup> Тымкив К. Доктор Азия // Корреспондент. – 2010. – № 21 (409). – С. 36–38.

<sup>30</sup> Найчастіше в Сінгапурі лікуються пацієнти з Малайзії, Китаю, В'єтнаму, Індії, останнім часом – зі США, Австрії, Бельгії, Росії, України.

Стрімкий розвиток сінгапурської медицини професор з питань економіки охорони здоров'я Маастрихтського університету *В.Гроот* пов'язує із загальною державною політикою, адже система охорони здоров'я країни утримується не лише за рахунок державних субсидій, а й часткової оплати медичних послуг самими пацієнтами із засобів, акумульованих на їх рахунках та у фондах соціального забезпечення. Щомісячно громадяни зобов'язані перерахувати на такі рахунки від 6,5 до 9% своєї зарплати; проте навіть у державних клініках у Сінгапурі за послуги лікарів пацієнтам доводиться платити<sup>31</sup>. В результаті такої політики в галузі охорони здоров'я за 1980–2008 роки середня тривалість життя в країні зросла з 71 до 80 років, а дитяча смертність скоротилась з 10,7 до 1,9%. Система охорони здоров'я Португалії так само фінансується за рахунок податків, коштів обов'язкового і добровільного страхування, а також приватних внесків пацієнтів. Система повністю сформувалась у 1979–1983 роках і базується на принципах первинної медико-санітарної допомоги. Її суттєвими досягненнями можна вважати наявність широкої мережі медичних закладів, штати яких укомплектовано сімейними лікарями і медсестрами; покращення доступу до медичного обслуговування; підвищення показників стану здоров'я населення.

Отже, вивчення позитивного зарубіжного досвіду реформування системи охорони здоров'я дозволяє стверджувати, що розв'язання проблем української медицини неможливе без глибоких інституційних перетворень, які ґрунтуються на розумінні сфери надання медичних послуг як патронажного, мериторного і суспільного блага національного та глобального значення. Найбільш пріоритетними напрямками в цьому контексті, на наш погляд, є: 1) визначення конкретних гарантій безоплатної медичної допомоги на основі розроблення стандартів медичних послуг, що включали б перелік лікувально-діагностичних процедур і ліків та мінімальні вимоги до умов надання медичної допомоги; 2) перехід від бюджетного принципу утримання медичних установ до оплати за наданий обсяг і якість медичної допомоги, що надається у відповідності до принципів обов'язкового страхування; 3) створення стимулів до розвитку добровільного медичного страхування; 4) мінімізація корупційної складової вітчизняної медицини через зростання вимог до якості медичних послуг та підвищення рівня оплати праці працівникам сфери охорони здоров'я.

<sup>31</sup> Консультація в лікаря у державній клініці Сінгапуру – 6 дол., приватній – 76 дол.