ПРОБЛЕМИ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Н. М. Левчук,
кандидат економічних наук,
старший науковий співробітник
Інституту демографії та соціальних досліджень НАН України

Постановка проблеми. Охорона здоров'я – це та складова сфери соціальних послуг, яка відіграє ключову роль у забезпеченні добробуту населення, оскільки саме благополуччя зі станом здоров'я є головним визначником якості життя. Обґрунтовані та адекватні інвестиції в охорону здоров'я населення зумовлені не лише необхідністю забезпечення соціальних потреб; вони повертаються значними економічними дивідендами у вигляді зростання національного доходу країни. Відтак інвестиції в охорону здоров'я слід розглядати як внесок у розвиток національної економіки та підвищення суспільного добробуту. Зростання фінансування охорони здоров'я на тлі підвищення загального обсягу видатків на соціальну сферу впродовж останніх десятиліть стало прикметною рисою динаміки економічних процесів у розвинутих країнах, що пов'язано з такими обставинами.

По-перше, в умовах науково-технічного прогресу у різних сферах економіки посилюється роль факторів людського капіталу, що вимагає збільшення відповідного фінансування. Здоров'я є базовою складовою людського капіталу. Оскільки хворі люди мають менше можливостей для освітньо-професійної самореалізації, не забезпечують вищу продуктивність праці, остільки вони не можуть розглядатися як ресурс якісних змін. Хвороби обертаються важким тягарем економічних витрат, що «лягає на плечі» бюджету як держави, так і домогосподарств. Тому поліпшення стану здоров'я населення та підвищення тривалості здорового і трудоактивного життя є важливим чинником і передумовою економічного зростання, що обумовлює потребу у збільшенні ресурсів соціальної сфери.

По-друге, в процесі соціально-економічного розвитку та епідеміологічного переходу у розвинутих країнах істотно підвищилась середня тривалість життя. Поява нових факторів ризику та ефективна боротьба з хронічними важковиліковними захворюваннями вимагає зміни орієнтирів медичної галузі та перерозподілу фінансових витрат, а розробка нових методів діагностики та лікування, створення сучасних поколінь високоефективних медичних препаратів не можливі

УДК 330.322:612

без відповідних капіталовкладень. З плином часу медицина здатна діагностувати та лікувати дедалі більше складних захворювань, але цей прогрес водночас супроводжується подорожчанням відповідних новітніх технологій. Тому зростання вартості медичних послуг вочевидь є процесом невідворотним.

По-третє, оскільки все більше людей стало доживати до старості, стрімкий процес постаріння населення обумовлює необхідність посилення розвитку геріатричної та геронтологічної служб та врахування зростаючих потреб населення похилого віку. Йдеться, зокрема, про збільшення ресурсів для утримання осіб похилого віку в інтернатних закладах; літні люди фактично є головними споживачами медичних послуг та лікарських препаратів, що зумовлює потребу у фінансовій підтримці відповідних соціальних програм.

В Україні необхідність активізації інвестицій в охорону здоров'я обумовлена насамперед неблагополучною демографічною динамікою, прискореним зниженням якісних характеристик населення, зокрема погіршенням стану здоров'я та високими обсягами передчасної смертності, появою таких серйозних викликів і загроз демографічній безпеці, як епідемії туберкульозу та ВІЛ/СНІДу. Ситуація ускладнюється тим, що внаслідок затяжної соціально-економічної кризи 1990-х рр. відбулося не просто зменшення видатків на охорону здоров'я, а перенесення основного тягаря відповідальності та витрат з держави на пацієнтів, що через значні масштаби бідності ускладнює доступ значної частини населення до якісних медичних послуг. В умовах трансформаційних змін вітчизняна система охорони здоров'я виявилась не спроможною забезпечити реалізацію конституційного права громадян України у сфері медичного обслуговування. Підвищити ефективність функціонування національної системи охорони здоров'я можна шляхом вдосконалення механізму її фінансового забезпечення та залучення додаткових джерел ресурсів.

Аналіз попередніх досліджень. Теоретичні та прикладні аспекти реформування системи охорони здоров'я в Україні в період становлення ринкової системи господарювання висвітлені у наукових працях таких вітчизняних дослідників, як: Голяченко А., Вороненко Ю., Євсєєв В., Лехан В., Москаленко В., Новіков В., Рудень В., Рудий В., Радиш Я., Слабкий Г. та інших [1, 3, 5]. Однак у наукових роботах приділено недостатньо уваги питанням фінансового забезпечення охорони здоров'я у трансформаційний період розвитку економіки, немає комплексного охоплення проблем інвестування в охорону здоров'я, що зумовлює актуальність даної теми дослідження.

Метою даної роботи є дослідження основних проблем фінансування охорони здоров'я в Україні та обгрунтування необхідності реформування механізму фінансового забезпечення медичної галузі.

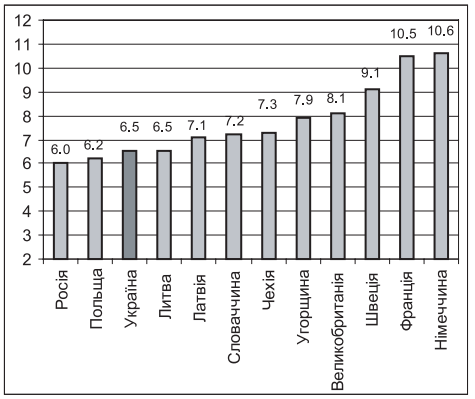
Виклад основного матеріалу. Хоча у розвинутих країнах національні системи фінансування охорони здоров'я формувалися впродовж тривалого часу, мають усталені традиції і стали частиною певної єдиної системи життєзабезпечення

населення, необхідність збільшення видатків на охорону здоров'я на тлі макроекономічних, демографічних, фінансових чинників, що обмежують можливості такого збільшення, обумовлює пошуки шляхів реформування існуючих систем фінансування охорони здоров'я. Наразі не має єдиної однозначної схеми фінансування охорони здоров'я, та на думку ВООЗ, її принципи повинні узгоджуватись з основними цілями функціонування системи охорони здоров'я. Такими, зокрема, є: поліпшення стану здоров'я населення, підвищення рівня оперативності реагування системи на потреби та очікування населення; підвищення рівня «справедливості» фінансових внесків у діяльність охорони здоров'я з боку населення та підвищення загальної ефективності системи, тобто забезпечення максимального досягнення цілей з врахуванням наявних ресурсів [4]. Відповідно до таких цілей основними завданнями політики фінансування охорони здоров'я є: захист від фінансових ризиків, обумовлених погіршенням стану здоров'я та хворобою; забезпечення солідарності щодо фінансування системи охорони здоров'я та справедливості у доступності її послуг; підвищення рівня прозорості і підзвітності системи фінансування; підвищення ефективності керівництва системою фінансування охорони здоров'я.

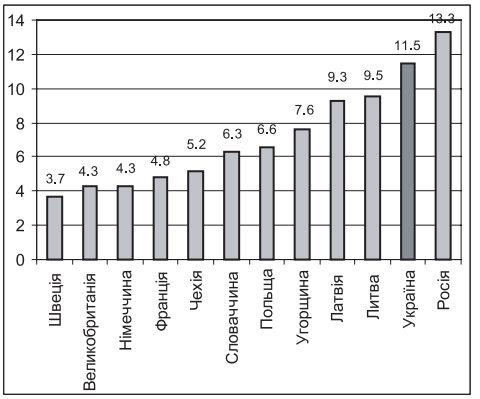
Уряди країн мають різні бюджетні можливості щодо фінансування охорони здоров'я, тому системи фінансування охорони здоров'я повинні оцінюватися тією мірою, якою вони забезпечують виконання основних завдань політики, виходячи з наявних ресурсів і забезпечуючи при цьому збереження фінансової рівноваги. Попри існування різних моделей фінансування охорони здоров'я у розвинутих країнах, витрати на охорону здоров'я у розрахунку на душу населення зростають щороку у середньому на 4%. Частка ВВП, що витрачається на ці потреби, у Франції та Німеччині становить понад 10%, а у США досягає 15%. Загальні видатки національної економіки України на охорону здоров'я є значно меншими: за оцінкою ВООЗ (World Health Statistics 2007), вони становлять близько 6,5% [10]; за результатами Національних рахунків охорони здоров'я 2003–2004 рр. (НРОЗ) – близько 7% ВВП [2].

Орієнтуючись на оцінки ВООЗ та НРОЗ, можна стверджувати, що Україна на тлі розвинутих західноєвропейських країн виділяє на охорону здоров'я відносно невелику частку від ВВП, але порівняно з країнами Центральної та Східної Європи ці розбіжності не значні (рис. 1). Попри це Україна відзначається одним з найвищих у Європі рівнем втрат тривалості життя внаслідок передчасної смертності (до 65 років), які вищі утричі, ніж у Швеції, Великобританії, Німеччині та удвічі, ніж у Чехії, Польщі та Словаччині.

Як відомо, основними інвесторами охорони здоров'я є: держава, приватний сектор, громадянське суспільство. Залежно від специфіки національних служб охорони здоров'я участь кожного із вищезазначених суб'єктів може помітно відрізнятися, проте у більшості країн провідна роль належить державі та державним видаткам, що покликані забезпечити доступність та справедливість у розподілі медичних послуг.



Частка ВВП на охорону здоров'я, %



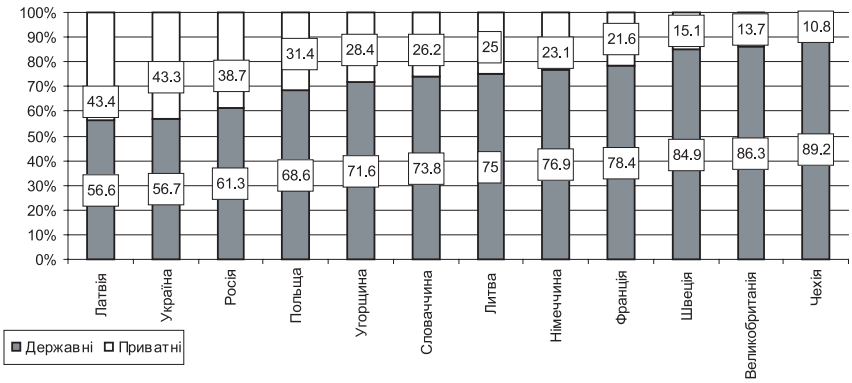
Втрати СТЖ внаслідок передчасної смертності до 65 років, *років*

Рис. 1. **Загальні видатки на охорону здоров'я (% ВВП*) та укорочення середньої тривалості життя (СТЖ) внаслідок передчасної смертності до 65 років** в Україні та інших європейських країнах**

* 2004 р.
** 2004 та 2005 рр.
Джерело: дані ВООЗ (HFA-DB)

Держава є учасником ринку медичних послуг і самостійним суб'єктом економічної діяльності у цій сфері; її участь є обов'язковою умовою розвитку і функціонування будь-якої системи медичного обслуговування, оскільки саме держава фінансово та організаційно забезпечує право кожного громадянина на отримання базових медичних послуг. Державні видатки у сфері охорони здоров'я коливаються у доволі широких межах, при цьому існує чітка залежність: чим більше держава витрачає на потреби охорони здоров'я, тим менше сплачують самі пацієнти за отримання медичних послуг, що сприятливо впливає на виконання таких завдань, як фінансовий захист, справедливість щодо фінансування і використання медичних послуг. За оцінкою ВООЗ (World Health Statistics 2007), у структурі загальних видатків на охорону здоров'я в Україні державні витрати становлять лише 57%, тоді як у Чехії – 89%, Швеції – 85%, Німеччині – 77%, Угорщині – 72% (рис. 2).

Згідно з розрахунками ВООЗ мінімальний рівень видатків на охорону здоров'я, необхідних для надання пакета медичних послуг першої необхідності, становить приблизно 80 дол. США на душу населення за ПКС, хоча це досить наближена оцінка, у якій не враховується специфіка соціально-економічного становища та рівня розвитку різних країн [7]. В Україні реальне фінансове забезпечення зобов'язань держави у соціальній сфері в цілому, і щодо охорони здоров'я зокрема, значно поступається країнам Західної та Центральної Європи. За оцінкою ВООЗ, загальні середньодушові видатки на охорону здоров'я в абсолютному виразі за ПКС становили в Україні у 2004 р. 427 дол. США, з них державні видатки – лише 242, тоді як у Польщі відповідні асигнування з боку держави становили 559 дол., Чехії – 1259, Франції – 2382, Німеччині – 2440 дол. (рис. 3).



Джерело: World Health Statistics 2007.

Рис. 2. **Структура загальних видатків на охорону здоров'я в Україні та інших європейських країнах у 2005 р.,** *%*

Хоча рівень державних витрат має важливе значення у контексті стійкості та міцності фінансового механізму охорони здоров'я, проте він не є визначальним для поліпшення якості та доступності медичних послуг. Будь-яке збільшення державних асигнувань на охорону здоров'я повинно бути підкріплене спроможністю існуючої системи забезпечити максимально ефективне використання наявних ресурсів.

* 2004 р.
** 2004 та 2005 рр.
Джерело: дані ВООЗ (HFA-DB)

Рис. 3. **Державні середньодушові видатки на охорону здоров'я* та ймовірність чоловіків померти у віці 15–60 років** в Україні та інших європейських країнах**

Варто відзначити також, що у розвинутих країнах в умовах депопуляції та збільшення демографічного навантаження на працездатне населення дедалі більше актуалізується проблема пошуків додаткових джерел фінансового забезпечення зростаючих видатків на медичне та соціальне обслуговування. Це стосується насамперед країн, які фінансують свої системи охорони здоров'я за рахунок внесків, пов'язаних із зайнятістю (зокрема, внесків із фонду заробітної плати для систем обов'язкового медичного страхування). В міру того, як частка населення працездатного віку скорочується, посилюється необхідність у диверсифікації джерел державного фінансування для забезпечення надання послуг особам, які не працюють і відповідно не є платниками внесків. У багатьох країнах Західної Європи, де запроваджене соціальне медичне страхування, фінансування охорони здоров'я здійснюється не лише за рахунок внесків із фонду заробітної плати. Якщо у Німеччині та Нідерландах понад 60% усіх видатків на потреби охорони здоров'я фінансується за рахунок відрахувань із заробітної плати, то в Австрії, Люксембурзі та Бельгії – менше половини. В подальшому зі зростанням впливу демографічних факторів необхідність диверсифікації джерел фінансування медичної галузі буде посилюватись.

В Україні на тлі спроб реорганізації та реструктуризації існуючої системи охорони здоров'я концептуальні засади механізму її фінансування дотепер принципово не змінилися. Головною проблемою діючої системи охорони здоров'я в Україні є фінансова неспроможність держави забезпечити встановлені нею соціальні гарантії у сфері охорони здоров'я. Існуюча система охорони здоров'я в Україні фінансується, головним чином, із загальних бюджетних надходжень. На тлі різкого скорочення ВВП впродовж 1990–2000 рр. рівень державних видатків на охорону здоров'я зменшився більш ніж на 60%. Бюджетні видатки усіх рівнів на охорону здоров'я почали нарощуватись в Україні починаючи з 2000 р., що дало підставу для обнадійливих позитивних очікувань. Якщо у 2000 р. загальний фонд зведеного бюджету охорони здоров'я становив лише 4,4 млрд. грн., у 2004 р. – 12,2 млрд. грн., то у 2007 р. – близько 21 млрд. грн., що майже удвічі більше. Незважаючи на щорічне збільшення державних видатків на охорону здоров'я, рентабельність «виробництва» здоров'я в Україні продовжує знижуватись. Про це свідчать стійка тенденція до підвищення рівня поширеності захворювань, високий рівень смертності населення трудоактивного віку від причин, яким можна запобігти за умови надання своєчасної та якісної медичної допомоги, та низька середня тривалість життя, яка в українських чоловіків у середньому на 12–13 років, а у жінок – на 8–9 років менша, ніж у країнах Європейського Союзу [6, с. 108–109].

Однією з причин такої ситуації є те, що збільшення коштів саме по собі не може подолати корінні недоліки в існуючій системі охорони здоров'я. Доволі значна (як для країни з перехідною економікою) сума бюджетних коштів, інвестована у послуги охорони здоров'я, не забезпечує належної віддачі. Це зумовлено насамперед тим, що наявний механізм фінансування, що базується на підходах, сформованих за радянських часів, не пов'язаний з результатами діяльності лікувальних установ і є неефективним. Основні принципи такого кошторисного та командно-адміністративного фінансування грунтуються на бюджетному утриманні медичних установ, що передбачає, головним чином, оплату праці

лікарів та фінансування ліжко–днів і не передбачає покриття витрат відповідно до обсягів реально наданих послуг. Тобто державне фінансування покриває так звані захищені статті видатків, але при цьому оплата праці медичних працівників залишається однією з найнижчих, а модернізація технічного оснащення лікувальних закладів є вкрай незадовільною.

У структурі зведених бюджетних видатків на охорону здоров'я питома вага асигнувань із Державного бюджету є значно меншою (20–25%) порівняно з відповідним внеском місцевих бюджетів (75–80%), тобто роль місцевих адміністрацій у структурі фінансування галузі та розподілі видатків є досить значною. Незважаючи на те, що саме місцеві органи влади відіграють основну роль у наданні та фінансуванні медичних послуг, існуюча система охорони здоров'я, що являє собою збережену з радянських часів ієрархічну структуру з доволі жорстким централізованим контролем, обмежує повноваження місцевих органів влади щодо визначення структури видатків та їх розподілу.

У зв'язку з цим зазначимо, що система міжбюджетних відносин зазнала реформування у 2001–2002 рр., однак цей процес виявився незавершеним. Місцеві органи влади загалом мають обмежені можливості щодо розподілу бюджетних коштів і ухвалення адміністративних рішень; розподіл повноважень у сфері видатків між місцевими органами влади є неефективним, оскільки спостерігається певне дублювання функцій [7]. Формування бюджетів на рівні медичних закладів та їх об'єднання на рівні місцевих бюджетів базується на нормативах, які визначають кількість працівників та інші необхідні ресурси на підставі характеристик мережі медичних закладів (наприклад, кількості лікарняних ліжок), а не на фактичному попиті на послуги. Наявна система нормативів унеможливлює гнучкість місцевих бюджетів, призводить до зростання поточних видатків (насамперед, заробітної плати) і залишає дуже мало ресурсів на капітальні інвестиції, підвищення якості послуг. Найбільше від цього потерпають бідніші місцеві органи влади, що призводить до нерівності у розподілі державних інвестицій на душу населення між різними населеними пунктами. Саме тому реформи у медичній галузі мають здійснюватись разом з реформою міжбюджетних відносин і передбачати підвищення повноважень місцевих органів влади у сфері видатків; раціоналізацію системи міжбюджетних трансфертів (дотації вирівнювання), розрахунок яких повинен враховувати реальний попит на медичні послуги та потреби населення.

Слід зазначити, що нераціональною є і сама структура витрат всередині системи, найбільша частка з яких виділяється на стаціонарну медичну допомогу (якої все одно не вистачає, оскільки покриває, головним чином, тільки оплату праці лікарів та комунальні послуги), витрати на амбулаторну допомогу є невиправдано малими, а на профілактичну складову – взагалі мізерними. Це свідчить про те, що попри формально проголошену необхідність розвитку медичної профілактики, сучасний розвиток охорони здоров'я в Україні концентрується переважно на лікувальній медицині, що обертається невиправданими демоекономічними втратами як на рівні держави, так і домогосподарств, оскільки значна частина захворювань може бути попередженою, а ще частина хворих, яка могла бути вилікувана амбулаторно, потрапляє у стаціонари, де лікування є доволі коштовним.

Важливим джерелом фінансування є особисті кошти пацієнтів. У розвинутих європейських країнах вони зазвичай не перевищують 20–30% загальних витрат на охорону здоров'я, а в Україні, за оцінкою ВООЗ, досягають 43%. Проведена у рамках міжнародного дослідження «Національні рахунки охорони здоров'я України 2003–2004 рр.» (НРОЗ) оцінка рівнів державних і приватних витрат у структурі загальних витрат на охорону здоров'я в Україні свідчить, що внесок держави становить в середньому 58%, близько 1% належить донорам, а решта витрат на медичні послуги припадає на приватні джерела, з яких витрати домашніх господарств становлять майже 38–39% від загальних витрат на охорону здоров'я в Україні [2, с. 15]. Більшість витрат домогосподарств відбувається неофіційно і не надходить до загальної фінансової системи. Висока вартість медикаментів та неофіційних платежів є перешкодою для отримання своєчасної і адекватної медичної допомоги для малозабезпечених верств населення, які утримуються або відкладають своєчасне звертання до лікаря через свою неплатоспроможність. Це, в свою чергу, призводить до пізнього виявлення хвороб, їх тяжкого перебігу та хронічних ускладнень. Нині склалася ситуація, коли якість медичних послуг та доступ до лікування істотно відрізняються для груп населення з різними доходами, а можливість оплатити медичні послуги і придбати необхідні медичні препарати стала важливим чинником соціально-економічної диференціації населення.

За результатами обстеження стану охорони здоров'я у світі (2003 р.) Україна, порівняно з іншими країнами Центральної, Східної Європи та Центральної Азії, посідає друге місце за часткою домогосподарств (близько 20%), які мають так звані катастрофічні видатки[1] на послуги охорони здоров'я, при цьому для найбідніших домогосподарств цей показник становить 23-24%, а для найбагатших – близько 10% [7, с. 78]. Для найбідніших верств населення рівень користування спеціалізованою медичною допомогою, послугами стаціонарного лікування є нижчим, ніж для більш забепечних груп населення. У цьому зв'язку слід підкреслити, що існуюча система охорони здоров'я та структура її видатків тільки поглиблюють нерівність різних груп населення щодо доступності медичної допомоги. Йдеться про те, що більшість (70%) загальних державних видатків на охорону здоров'я припадає на лікарні, спеціалізовані медичні заклади, а не на первинну медико-санітарну ланку, послугами якої бідні користуються найчастіше. Окрім цього, малозабезпечені через низьку купівельну спроможність та постійне зростання цін на медикаменти змушені купувати дешеві, але низькоефективні ліки, тобто виграш у ціні призводить до програшу у результатах лікування. Про це свідчить посилення процесу хронізації хвороб серед населення, накопичення значної кількості хронічних хворих, негативні зміни у структурі первинної та загальної захворюваності.

Хоча помітної диверсифікації джерел фінансування охорони здоров'я в Україні не відбулося, варто відзначити роль зовнішніх джерел допомоги. У структурі загальних видатків на охорону здоров'я внесок міжнародних донорів, за різними оцінками, не перевищує 1%, проте саме їм належить ключова роль у фінансуван-

[1] Катастрофічні видатки визначаються як власні платежі за послуги охорони здоров'я, які перевищують 40% видатків на непродовольчі товари [7, с. 78].

ні програм протидії епідемії ВІЛ/СНІДу, боротьби з туберкульозом та охорони репродуктивного здоров'я. Зокрема, основним джерелом фінансування програм боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу є кошти не держави, а міжнародних фондів, що фінансують послуги для ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, хоча не можна не відмітити значний поступ щодо державного фінансування профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини та через донорську кров. За результатами НРОЗ, витрати на ВІЛ/СНІД в Україні у 2004 р. склали 1,89% від загальних витрат на охорону здоров'я, або 0,13% від ВВП. У структурі загальних витрат на ВІЛ/СНІД їхні джерела розподіляються таким чином: державні – 13,5%; приватні домогосподарства – 56,5%; неприбуткові організації, які обслуговують домогосподарства, – 6,8%, донори – 23,1% [2, с. 42–44]. Таким чином, у справі протидії епідемії ВІЛ/СНІДу Україна істотно покладається, по-перше, на донорські кошти, по-друге, на приватне фінансування, тобто кошти самих пацієнтів. Очевидно, що для багатьох домогосподарств, де проживають ВІЛ-позитивні, такі видатки можуть стати значним тягарем і перепоною для доступу до потрібних послуг.

Система протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні значною мірою залежить від фінансової підтримки міжнародних донорів. Натомість уряд неохоче бере на себе фінансові зобов'язання щодо надання медичних та соціальних послуг ВІЛ-позитивним та хворим на СНІД.

По-перше, в Україні антиретровірусна (АРВ) терапія застосовується із значним запізненням, починаючи з 2001 р. для 10-ти пацієнтів. Тільки у 2004–2005 рр. після отримання гранту Глобального фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією можливості надання АРВ-терапії значно збільшилися. Зокрема, станом на 1 жовтня 2007 р. в Україні таке лікування отримували 6,8 тис. хворих, проте з них лише 1,8 тис. осіб були забезпечені за рахунок державних коштів, що становить 27% від загальної кількості тих, хто отримує АРВ-терапію, та 10% від розрахункової кількості тих, хто її потребує. Хоча кількість хворих, що отримують антиретровірусне лікування, зростає, поки що його обсяги далекі від справжньої потреби. Принагідно зазначимо, що, за даними Європейського Центру епідеміологічного моніторингу ВІЛ/СНІДу та Європейського центру моніторингу наркотиків і наркотичної залежності, рівень надання АРВ-терапії у країнах-членах ЄС високий і становить щонайменше 75% для тих, хто її потребує, що дало змогу істотно знизити смертність від СНІДу. Оскільки темпи розповсюдження ВІЛ в Україні є досить високими, і для значної кількості інфікованих ВІЛ буде поступово переходити у стадію хвороби, потреба в антиретровірусній терапії та інших послугах в Україні постійно збільшуватиметься. Очевидно, що для повноцінного забезпечення таких потреб необхідно нарощувати державні видатки та посилювати участь держави як провайдера відповідних медичних послуг.

По-друге, держава приділяє недостатньо уваги фінансуванню профілактичних проектів серед груп підвищеного ризику, хоча міжнародний досвід свідчить, що активізація просвітницької діяльності у середовищі груп підвищеного ризику дає змогу суттєво впливати на поведінку осіб, які мають найбільший ризик ВІЛ-інфікування. Підвищення доступності АРВ-терапії аж ніяк не означає призупинення епідемії. У цьому контексті дуже важливо, щоб впровадження

антиретровірусної терапії супроводжувалось одночасним розширенням та активізацією програм профілактики. Окрім цього, враховуючи збільшення кількості дітей, народжених від ВІЛ-інфікованих жінок, важливо поступово посилювати державні асигнування у сфері профілактики вертикальної трансмісії, оскільки саме ця проблема актуалізується все з більшою силою.

По-третє, незважаючи на те, що державні видатки на протидію епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні останніми роками зростають, вони залишаються неадекватними масштабам епідемії; епідемічна ситуація з ВІЛ/СНІДу в Україні залишається вкрай неблагополучною. До того ж починаючи з 2005 р. фінансування заходів по боротьбі з ВІЛ/СНІДом було об'єднано разом із видатками на лікування туберкульозу та онкологічних хворих, що значно ускладнило можливості ефективної протидії епідемії ВІЛ/СНІДу.

У 2007 р. Глобальний фонд боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією виділив чергову допомогу обсягом до 151 млн. дол. США на фінансування програми протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні на 2007–2011 рр., яка передбачає три складові: профілактику серед населення та уразливих груп; створення умов для розвитку замісної підтримувальної терапії; лікування, догляд та підтримку осіб з такими важкими патологіями, як ВІЛ/СНІД, наркоманія і туберкульоз. Проте жодна міжнародна допомога не в змозі замінити власне фінансування, що має здійснюватися з національного бюджету, оскільки такі інвестиції є необхідною і важливою передумовою пом'якшення негативних демографічних та економічних наслідків епідемії. Державі потрібно передбачити істотне збільшення частки витрат на потреби профілактики та лікування осіб з ВІЛ/СНІДом і поступово перебирати на себе відповідальність за фінансування ефективної протидії епідемії.

Окрім допомоги міжнародних донорів, інші позабюджетні джерела фінансування медичної галузі в Україні розвинені досить слабо; приватний ринок медичних послуг (офіційні платні послуги, добровільне медичне страхування, лікарняні каси) не сформований і не створює значного сектору у фінансуванні охорони здоров'я. Тому є усі підстави вважати, що збільшення державних асигнувань на охорону здоров'я в Україні є нерентабельним і марнотратним, якщо не відбудеться перегляд ключових фінансово-організаційних положень та зміна структури бюджетних видатків.

На нашу думку, на даному етапі бюджетні кошти повинні залишатися основним джерелом фінансування, але при цьому мають змінитися принципи фінансування медичних закладів. Потребує вирішення проблема існуючих обмежень щодо формування бюджетів, які накладаються МОЗ через низку нормативів, що базуються на показниках матеріально-технічної забезпеченості, та, по суті, визначають, як враховуються ресурси в бюджетах закладів охорони здоров'я на місцевому рівні (як зазначалося вище, видатки органів місцевого самоврядування на охорону здоров'я становлять близько 80% загальних державних видатків на охорону здоров'я). Такий підхід є неефективним і не дає змоги вносити зміни до видатків відповідно до місцевих потреб. Усунення недоліків у системі фінансування охорони здоров'я є першим кроком, що дасть можливість підвищити якість надання послуг. Тому вкрай необхідно переглянути нормативи, встановлені МОЗ

щодо формування бюджетів на рівні медичних закладів. Усунення цих нормативів дасть змогу ефективніше та гнучкіше використовувати ресурси, що, у свою чергу, створить можливість виділення більших бюджетних коштів на інвестиції та підвищення заробітної плати працівникам. Органи місцевого самоврядування повинні мати змогу із залученням лікарень і поліклінік коригувати чисельність персоналу, грошові ресурси та інші матеріально-технічні засоби, необхідні для оптимізації діяльності цих закладів і надання ними послуг. Система охорони здоров'я має перейти від підходу, що базується на наявних матеріально-технічних ресурсах, до підходу, орієнтованого на результати.

Реформування системи охорони здоров'я в Україні у найближчій перспективі має здійснюватися саме у контексті перегляду і зміни фінансово-організаційних засад функціонування галузі, що передбачає: перехід на контрактну модель публічних державних закупівель медичних послуг за збереження бюджетного фінансування галузі; чітке визначення базового стандарту загальнодоступної безоплатної медичної допомоги; надання бюджетним закладам охорони здоров'я статусу державних (комунальних) неприбуткових підприємств. Запровадження договірних відносин та контрактної форми оплати праці дало б змогу налагодити механізм оплати праці залежно від обсягу та якості виконаної роботи, що стимулюватиме підвищення якості послуг. Для цього необхідно перейти від постатейного фінансування закладів охорони здоров'я до їх фінансування залежно від обсягу і структури надання медичних послуг, розробивши механізми договірної оплати медичних послуг та визначивши критерії добору постачальника для їх закупівлі за громадські кошти. Йдеться про те, щоб позбавити медичні заклади жорсткої постатейної регламентації у витрачанні грошових коштів і дати їм змогу більш вільно оперувати фінансовими ресурсами, використовуючи метод глобального бюджету, суть якого – в отриманні лікарнею фіксованого річного бюджету під узгоджений обсяг послуг і робіт. Такий спосіб фінансування стимулюватиме медичні заклади до оптимізації обсягів і структури медичної допомоги й сприятиме пошуку ефективніших напрямів витрачання грошових коштів.

Опрацювання практики державних публічних закупівель медичних послуг на контрактній основі в межах існуючої бюджетної моделі фінансування та набуття відповідного досвіду разом з рядом інших змін стало б своєрідним перехідним і підготовчим етапом для подальшого реформування галузі з можливістю поступового запровадженням страхової медицини. Проте перш ніж запроваджувати медичне страхування, необхідні відповідні законодавчі зміни та організаційні перетворення, що стосуються, зокрема, внесення змін до Бюджетного кодексу України, законів про місцеве самоврядування та про місцеві державні адміністрації, надання регіональним органам охорони здоров'я можливостей управління консолідованими на рівні регіону бюджетними ресурсами і закупівлі медичних послуг на договірній основі, створення інфраструктури страхування [5, с. 67].

Висновки. Нинішня система охорони здоров'я вкрай потребує серйозних змін та зрушень у механізмі фінансування та системі організації. Необхідна політична воля для реалізації реформ у медичній галузі з метою не лише кількісних, а й якісних змін в організації медичної допомоги, спрямованих у кінцевому рахунку на

вирішення проблеми доступності та якості медичних послуг, орієнтацію системи не на постачальників медичних послуг, а на їхніх споживачів, на стимулювання конкурентної боротьби між медичними закладами. Перехід від бюджетного утримання державних медичних закладів до державних закупівель медичних послуг та відповідного бюджетного фінансування державних замовлень необхідно розглядати як одну з головних складових реформування системи фінансування й управління соціальною сферою та оновлення бюджетної стратегії в цілому.

Окрім цього збільшення інвестицій в охорону здоров'я має розглядатись у контексті вирішення таких питань, як: модернізація податково-трансферної політики, створення умов для продуктивної зайнятості та зменшення бідності, підвищення ефективності соціального захисту населення, техніко-технологічна реорганізація виробництва, створення безпечних робочих місць і забезпечення ефективної охорони праці. Державою мають бути забезпечені, з одного боку, достатній рівень соціального захисту населення, а з іншого – створені можливості для ефективного функціонування економічних суб'єктів з одержанням належного рівня доходів, що у підсумку створює умови для розвитку децентралізованих недержавних інвестицій в охорону здоров'я. Загалом усі інвестиції в оздоровлення та поліпшення умов життя населення, зокрема умов праці, побуту, дітородної діяльності, а також пропаганду здорового способу життя та відмову від шкідливих звичок слід розглядати як інвестиції у примноження здоров'я населення. Слід підкреслити, що такі інвестиції мають своєю метою збереження та охорону здоров'я здорових людей, запобігання хворобам, а не лише їх лікування, що досягається шляхом підвищення рівня освіченості населення стосовно можливостей зміцнення здоров'я та створенням відповідних умов. Сприятливі перспективи у царині охорони здоров'я населення можливі за умови скоординованої діяльності різних міністерств, відомств та секторів суспільства, які впливали б на зміну поведінки населення та формували «здорове» соціальне середовище. Саме спільними зусиллями можна змінити суспільну думку і сформувати у населення здоров'язберігаючу ментальність.

Джерела

1. *Лехан В. М., Крячкова Л. В., Максименко О. П.* Врегулювання витрат на охорону здоров'я різних соціальних груп – запорука успішності реформ, спрямованих на зміцнення здоров'я // Охорона здоров'я. – 2007. – №1. – С. 14–15.

2. *Національні* рахунки охорони здоров'я України. Том 1. Аналітичний звіт. Київ, квітень 2006 р. – 132 с.

3. *Основні* шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / Під ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. – К.: Вид-во Раєвського, 2005. – 168 с.

4. *Подходы* к политике финансирования здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. – ВОЗ, Европейский региональный комитет. Пятьдесят шестая сессия. Копенгаген, 11–14 сентября 2006 г. – 27 р.

5. *Слабкий Г. О., Гаврилюк О. Ф.* Щодо основ державної політики України

в галузі охорони здоров'я населення / Актуальні проблеми сучасної охорони здоров'я України. Кадри, стан організації, управління, медичні інформаційні системи та медичні інформаційні технології. Матеріали конференції. – К.: Київський медичний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики, 2007. – С. 65–69.

6. *Смертність* населення у трудоактивному віці (колективна монографія) / Відп. ред Е. М. Лібанова. – К.: Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України, 2007. – 211 с.

7. *Україна*. Вдосконалення міжбюджетних відносин і стратегії державних видатків у сферах охорони здоров'я та освіти: вибрані питання. Звіт Світового банку № 42450-UA. – 20 листопада 2007 р.

8. *Suhrcke M., Rocco L., McKee M*. Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia. – World Health Organization 2007, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. – 120 p.

9. *Sozial* health insurance in Western Europe. Edited by Richard B., Saltman, Reinhard Busse and Josep Figueras /European Observatory on Health Systems and Policies Series. – USA, 2004, Open University Press.

10. *World* Health Statistics 2007. – WHO, 2007. – 88 p.

Анотація. В работе рассматриваются основные проблемы финансирования здравоохранения в Украине и обосновываются пути реформирования механизма финансового обеспечения медицинской отрасли.

Summaru. The basic problems of public health sector financing in Ukraine are reviewed and the approaches for reforming the financial mechanism of health sector are described in this work.

Стаття надійшла до редакції журналу 04.03.2003 р.