

К. В. Павлюк

ІННОВАЦІЙНІ МЕХАНІЗМИ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ПОСТКРИЗОВОГО ВІДНОВЛЕННЯ ЕКОНОМІКИ

Досліджено тенденції і структуру фінансування вітчизняної системи охорони здоров'я та зарубіжних країн. Обґрунтовано актуальність запровадження заходів, спрямованих на підвищення ефективності фінансування й організації медичної допомоги в Україні. Визначено основні інноваційні механізми фінансування системи охорони здоров'я в посткризових умовах розвитку економіки.

Trends and structure of health care financing in foreign countries and in Ukraine are observed. The relevance of the new measures to improve the efficiency of health care financing and organization in Ukraine are grounded. Basic innovative mechanisms for health care financing in a post-crisis economic development are determined.

Ключові слова: фінансування системи охорони здоров'я, посткризовий розвиток економіки, реформа медичного обслуговування.

У сучасному світі уряди країн усвідомлюють цінність здоров'я населення, а отже, доцільність і результативність інвестицій у медичну галузь. Здоров'я нації є передумовою соціального добробуту і стійкого економічного розвитку держави, підвищення якості людського капіталу¹. Забезпечення населення доступною та якісною медичною допомогою — найважливіше завдання для будь-якої країни, незалежно від економічної моделі господарювання й фінансової системи. Збереження та розвиток потенціалу здоров'я громадян як складової людського потенціалу є основним імперативом сучасного цивілізаційного прогресу. Це одна з головних складових національного багатства й рушійної сили суспільного поступу, один із визначальних критеріїв оцінки його рівня.

Утім, більшість країн змушені розв'язувати проблеми у сфері охорони здоров'я в умовах обмежених фінансових ресурсів, до того ж потреби медичної галузі в них постійно змінюються. З огляду на зазначене необхідно розробити та впровадити інноваційні механізми фінансування й організації системи охорони здоров'я, а також залучити додаткові кошти для розвитку як галузі загалом, так і її окремих секторів.

Проблеми модернізації механізмів фінансування й організації соціальної сфери, зокрема системи охорони здоров'я, досліджуються вітчизняними та зарубіжними вченими, такими як В. Варнавський, М. Дейкун, Є. Жилінський, К. Ерроу, А. Кузнєцов, Я. Кузьмінов, В. Куценко, Е. Лібанова, О. Макарова,

¹ Інвестиции в здоровье: ключевое условие успешного экономического развития стран Восточной Европы и Центральной Азии / М. Сурке, Л. Рокко, М. Мак-Ки ; Европ. обсерватория по системам здравоохранения ВОЗ. — Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2008. — 309 с. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/74740/E90569R.pdf.

О. Мартякова, В. Москаленко, М. Олсон, В. Покровський, Д. Полозенко, Дж. Стігліц, Ж. Тощенко, Т. Чубарова, С. Шишкін, І. Шейман, В. Шевський, Ю. Шевченко, І. Шевчук, Ю. Шиленко, Т. Юрьєва, Л. Якобсон.

Сучасні системи охорони здоров'я виявилися вразливими до фінансово-економічної кризи, недостатньо підготовленими до демографічних проблем, нових форм медичної допомоги, а також до збільшення фінансового навантаження на тих, хто сплачує страхові внески й податки. Так, за оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) під час фінансово-економічної кризи щорічно 150 млн людей у світі опиняються на межі фінансового краху та ще 100 млн потрапляють за межу бідності через неспроможність оплатити медичні послуги. Тільки у країнах ОЕСР із високим і середнім рівнем економічного розвитку значна частина населення мала катастрофічні витрати на медичні послуги й ліки. Наприклад, у США у 2008 р., період розгортання фінансово-економічної кризи, хворобами та оплатою медичних рахунків були зумовлені близько 62 % випадків банкрутств фізичних осіб².

Наведені факти засвідчують відсутність універсальної моделі фінансування й організації системи охорони здоров'я, а також неготовність урядів країн швидко реагувати на фінансові шоки для відповідного захисту як вразливих верств населення, так і системи державного фінансування медичної допомоги. Оскільки фінансово-економічна криза передусім вражає країни з низьким рівнем економічного розвитку та нестійкими механізмами фінансування медичної галузі, потрібно адаптувати й модернізувати ці механізми до тенденцій національної економіки, демографічної ситуації, стану здоров'я населення тощо.

Найбільшими обсягами фінансування галузі (за показником загальних витрат на охорону здоров'я як у відсотках ВВП (табл. 1), так і на одну особу) є у США — 17,6 % ВВП, або 8223 дол. на одну особу. Високий рівень фінансування медичної галузі підтримується також у Німеччині, Франції, Нідерландах і Канаді³.

Один із провідних напрямів науково-практичних дискусій у процесі реформування охорони здоров'я визначається загальними проблемами економічної теорії, пов'язаними з розподілом функцій між ринком і державою у фінансуванні, виробництві та розподілі медичних послуг. Більшість зарубіжних країн при фінансуванні, організації й наданні медичних послуг поєднує державні та приватні механізми. Однак пропорції участі держави та приватного сектору в них є різними.

У сучасній світовій практиці домінує три форми фінансування охорони здоров'я. За першої основна частина витрат припадає безпосередньо на

² Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью : доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010. — Женева : ВОЗ, 2010. — 129 с.

³ OECD Health Data 2012 — Frequently Requested Data [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecdhealthdata2012-frequentlyrequesteddata.htm>.

Таблиця 1. Фінансування системи охорони здоров'я в країнах ОЕСР (загальні витрати на охорону здоров'я) у 1995—2010 рр., % ВВП

Країна	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Австралія	7,2	7,4	7,5	7,6	7,8	8,0	8,1	8,4	8,3	8,5	8,4	8,5	8,5	8,7	9,1	—
Австрія	9,6	9,5	9,8	10,0	10,2	10,0	10,1	10,1	10,3	10,4	10,4	10,2	10,3	10,5	11,2	11,0
Бельгія	7,6	7,9	7,8	7,9	8,1	8,1	8,3	8,5	10,0	10,1	10,1	9,6	9,6	10,0	10,7	10,5
Канада	9,0	8,8	8,8	9,0	8,9	8,8	9,3	9,6	9,8	9,8	9,8	10,0	10,0	10,3	11,4	11,4
Чилі	5,3	5,8	5,9	6,4	6,6	6,6	6,8	6,7	7,5	7,1	6,9	6,6	6,9	7,5	8,4	8,0
Чехія	6,7	6,4	6,4	6,4	6,3	6,3	6,4	6,8	7,1	6,9	6,9	6,7	6,5	6,8	8,0	7,5
Данія	8,1	8,2	8,2	8,2	9,0	8,7	9,1	9,3	9,5	9,7	9,8	9,9	10,0	10,2	11,5	11,1
Фінляндія	7,8	8,0	7,7	7,4	7,4	7,2	7,4	7,8	8,2	8,2	8,4	8,3	8,0	8,3	9,2	8,9
Франція	10,4	10,4	10,3	10,1	10,2	10,1	10,2	10,6	10,9	11,0	11,2	11,1	11,1	11,0	11,7	11,6
Німеччина	10,1	10,4	10,3	10,3	10,4	10,4	10,5	10,7	10,9	10,7	10,8	10,6	10,5	10,7	11,7	11,6
Греція	8,7	8,6	8,5	8,4	8,7	8,0	8,9	9,2	9,0	8,8	9,7	9,7	9,8	10,1	10,6	10,2
Угорщина	7,3	7,1	6,8	7,2	7,3	7,2	7,2	7,6	8,6	8,2	8,4	8,3	7,7	7,5	7,7	7,8
Ісландія	8,2	8,2	8,1	8,9	9,6	9,5	9,3	10,2	10,4	9,9	9,4	9,1	9,1	9,1	9,6	9,3
Ірландія	6,6	6,4	6,3	6,1	6,0	6,1	6,7	7,0	7,3	7,5	7,6	7,6	7,8	8,9	9,9	9,2
Італія	7,2	7,3	7,6	7,7	7,7	8,0	8,2	8,3	8,3	8,6	8,9	9,0	8,6	8,9	9,3	9,3
Японія	6,8	7,0	6,9	7,2	7,4	7,6	7,8	7,9	8,0	8,0	8,2	8,2	8,2	8,6	9,5	—
Республіка Корея	3,8	3,9	3,9	4,1	4,3	4,5	5,1	4,9	5,2	5,3	5,7	6,0	6,3	6,5	6,9	7,1
Мексика	5,1	4,7	4,8	4,9	5,1	5,1	5,5	5,6	5,8	6,0	5,9	5,7	5,8	5,8	6,4	6,2
Нідерланди	8,3	8,2	7,9	8,1	8,1	8,0	8,3	8,9	9,8	10,0	9,8	9,7	10,8	11,0	11,9	12,0
Нова Зеландія	7,1	7,0	7,2	7,7	7,5	7,6	7,7	8,0	7,9	8,0	8,4	8,8	8,5	9,3	10,0	10,1
Норвегія	7,9	7,8	8,4	9,3	9,3	8,4	8,8	9,8	10,0	9,6	9,0	8,6	8,7	8,6	9,8	9,4
Польща	5,5	5,9	5,6	5,9	5,7	5,5	5,9	6,3	6,2	6,2	6,2	6,2	6,3	6,9	7,2	7,0
Португалія	7,5	7,8	7,8	7,7	7,9	9,3	9,3	9,3	9,7	10,0	10,4	10,0	10,0	10,2	10,8	10,7
Словаччина	—	—	5,8	5,7	5,8	5,5	5,5	5,6	5,8	7,2	7,0	7,3	7,8	8,0	9,2	9,0
Іспанія	7,4	7,5	7,3	7,3	7,3	7,2	7,2	7,3	8,2	8,2	8,3	8,4	8,5	8,9	9,6	9,6
Швеція	8,0	8,2	8,0	8,1	8,2	8,2	8,9	9,2	9,3	9,1	9,1	8,9	8,9	9,2	9,9	9,6
Швейцарія	9,6	9,9	10,0	10,1	10,2	10,2	10,6	10,9	11,3	11,3	11,2	10,8	10,6	10,7	11,4	11,4
Туреччина	2,5	2,9	3,1	3,6	4,8	4,9	5,2	5,4	5,3	5,4	5,4	5,8	6,0	6,1	—	—
Великобританія	6,8	6,8	6,6	6,7	6,9	7,0	7,3	7,6	7,8	8,0	8,2	8,5	8,5	8,8	9,8	9,6
США	13,7	13,7	13,6	13,6	13,6	13,7	14,3	15,1	15,7	15,8	15,8	15,9	16,2	16,6	17,7	17,6

Джерело: OECD Health Data 2012 — Frequently Requested Data [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecdhealthdata2012-frequentlyrequesteddata.htm>.

державу (характерна для таких країн, як Великобританія, Данія, Італія)⁴. За другої форми (яскравим представником країн, де вона застосовується, є Німеччина) фінансування здійснюється переважно за рахунок цільових страхових внесків підприємців, громадян, а також внесків держави. У групі країн, де використовується третя форма (США, Ізраїль, Швейцарія), основним методом фінансування є приватний, тобто держава надає кошти лише на окремі медичні програми. Конкретні форми фінансування визначаються специфікою системи охорони здоров'я внаслідок економічного й соціального розвитку країни⁵.

В умовах посткризового відновлення уряди країн розробляли й упроваджували плани і стратегії з модернізації та реформування систем охорони здоров'я, що базувалися на різновекторних концепціях і рішеннях. Серед змін у фінансуванні галузі слід назвати зростання його обсягів, підвищення ролі функції купівлі медичної допомоги, формування системи договірних відносин між покупцями та постачальниками медичних послуг, використання нових механізмів мотивації медичних працівників. Деякі країни розпочали впровадження моделей квазіринкових відносин. Утім, попри всі спроби, такої системи охорони здоров'я, яка задовольняла би потреби в медичній допомозі та захищала інтереси в період кризи переважної більшості суспільства, досі не створено⁶.

Пошук інноваційних управлінських рішень у сфері охорони здоров'я сьогодні здійснюється в межах її реформування, зокрема, у США, Німеччині, Франції та Великобританії. Зміни, які відбуваються в цих країнах у процесі реформування, стосуються переважно модернізації моделей фінансування (як дохідної частини, так і витратної), удосконалення механізмів надання медичних послуг (трансформація системи їх постачальників, оплати та переліків їх бенефіціарів), а також гарантування якісного медичного обслуговування.

Вітчизняна система охорони здоров'я не спроможна повною мірою задовольнити потреби населення в медичній допомозі, забезпечити доступність, якість і своєчасність відповідних послуг; медико-демографічні показники, хоч і мають певну позитивну динаміку, досі залишаються критичними⁷. На розширеному засіданні Кабінету Міністрів України 27 лютого 2013 р. Президент України В. Ф. Янукович наголосив, що якість і доступність медичної допомоги для населення в нашій країні є незадовільними⁸.

⁴ World Health Statistics 2012 — WHO, 2012. — 178 p. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44844/1/9789241564441_eng.pdf.

⁵ Чубарова Т. В. Экономика здравоохранения: теоретические аспекты : науч. доклад / Т. В. Чубарова. — М. : Ин-т экономики РАН, 2008. — 68 с.

⁶ Садовничий В. А. От традиций к инновациям: реформы здравоохранения в современном мире / В. А. Садовничий, Н. С. Григорьева, Т. В. Чубарова. — М. : Экономика, 2012. — С. 25.

⁷ Про внутрішнє і зовнішнє становище в Україні в 2012 році : щорічне Послання Президента України до Верховної Ради України. — К. : НІСД, 2012. — 256 с. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.president.gov.ua/docs/posl.pdf>.

⁸ Вступне слово Президента України Віктора Януковича на розширеному засіданні Кабінету Міністрів України / Офіційне інтернет-представництво Президента України [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.president.gov.ua/news/26983.html>.

З огляду на зазначене протягом останніх років в Україні проводиться реформування системи охорони здоров'я. Програма економічних реформ на 2010—2014 роки “Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава” визначає завдання та основні заходи з поліпшення медичного обслуговування, найвагомішими з яких є: підвищення якості й доступності медичних послуг, ефективності державного фінансування охорони здоров'я, створення стимулів для здорового способу життя населення та здорових умов праці⁹.

Основною проблемою вітчизняної системи охорони здоров'я, створеної в умовах планової економіки, є її невідповідність сучасним реаліям. Динаміка фінансування медичної галузі в Україні за рахунок бюджетних коштів наведена в табл. 2.

Таблиця 2. Динаміка видатків на охорону здоров'я зі зведеного, державного й місцевих бюджетів України в 1998—2012 рр., %

Рік	Частина видатків у ВВП			Частина видатків у бюджетах		
	зведений бюджет	державний бюджет	місцеві бюджети	зведений бюджет	державний бюджет	місцеві бюджети
1998	3,5	0,3	3,2	11,6	2,2	21,8
1999	2,9	0,3	2,6	10,9	1,9	21,8
2000	2,9	0,4	2,5	10,2	2,3	24,5
2001	3,1	0,5	2,6	11,2	2,3	23,0
2002	3,3	0,7	2,6	12,5	4,5	24,0
2003	3,6	0,9	2,7	12,8	5,3	23,4
2004	3,5	1,0	2,5	11,9	5,4	22,5
2005	3,7	0,8	2,9	10,9	3,9	23,0
2006	3,7	0,8	2,9	11,3	4,0	21,6
2007	3,7	0,9	2,8	11,8	4,9	21,1
2008	3,5	0,8	2,7	10,9	4,1	20,7
2009	4,0	0,8	3,2	11,9	4,2	22,8
2010	4,1	0,8	3,3	11,8	2,9	22,5
2011	3,7	0,8	2,9	11,7	3,1	21,4
2012	4,1	0,8	3,3	11,9	2,9	21,2

Джерело: розраховано за даними Державної служби статистики України та Міністерства фінансів України.

Як видно з табл. 2, частка видатків на охорону здоров'я зі зведеного бюджету у ВВП у 2005—2007 рр. залишалася стабільною (3,7 %), а з 2009 р. зростала та у 2012 р. становила 4,1 %; із державного бюджету у 2005—2012 рр. була стабільною та дорівнювала 0,8 % ВВП; із місцевих бюджетів у 2012 р. становила 3,3 % ВВП. Утім, на законодавчому рівні закріплено, що частка

⁹ Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава : програма економічних реформ на 2010—2014 роки [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.president.gov.ua/docs/Programa_reform_FINAL_1.pdf.

видатків на охорону здоров'я за рахунок бюджетних коштів має бути не меншою ніж 8 % ВВП.

Слід наголосити, що за обсягами бюджетних видатків на медичну галузь Україна значно поступається не лише розвинутим країнам, а й багатьом із тих, що розвиваються. Навіть країни, які нещодавно стали на шлях ринкових перетворень, так звана зона нової Європи, приділяють більшу увагу цій галузі, її фінансово-ресурсному забезпеченню¹⁰.

Збільшення фінансування сфери охорони здоров'я є важливим завданням стратегії її реформування та, як правило, зумовлює постійне поліпшення стану здоров'я населення, підвищення загальної тривалості життя (на один рік кожні чотири роки) та після перенесених хвороб, зниження рівня дитячої смертності та ін.¹¹ При цьому варто зауважити, що модель фінансування медичної галузі залежить від соціально-економічного й політичного розвитку країни: існує прямий зв'язок між рівнем такого розвитку та витратами на охорону здоров'я. У міру економічного зростання частка цих витрат у ВВП збільшується.

Утім, згідно з дослідженнями ВООЗ, незалежно від сформованої в країні моделі управління, організації й фінансування системи охорони здоров'я, від 20 до 40 % фінансових ресурсів, які щороку надаються на ці потреби, витрачаються неефективно з таких основних причин¹²:

- нецільове використання коштів, наданих на охорону здоров'я, та корупція;
- неефективність використання інфраструктури системи охорони здоров'я та низька структурна результативність надання медичних послуг;
- неякісне надання медичних послуг і помилки лікарів;
- необґрунтоване надлишкове постачання окремих видів обладнання в деякі медичні заклади;
- призначення непотрібних витратних досліджень і процедур;
- неефективне призначення й використання ліків, неякісні ліки та поширення підробок;
- встановлення високих рівнів рентабельності на лікарські засоби та фармацевтичних підприємств загалом;
- недостатнє використання зарубіжного досвіду та ліків-дженериків.

Для стратегічного планування діяльності у сфері охорони здоров'я та оперативного реагування на її потреби в умовах проведення експерименту необхідні достовірна статистична інформація, що відповідатиме реальному стану справ, та впорядкована нормативно-правова база¹³.

¹⁰ World Health Statistics 2012 — WHO, 2012. — 178 p. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44844/1/9789241564441_eng.pdf.

¹¹ Садовничий В. А. Зазнач. праця. — С. 33.

¹² Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью : доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010. — Женева : ВОЗ, 2010. — 129 с.

¹³ Про внутрішнє і зовнішнє становище в Україні в 2012 році : щорічне Послання Президента України до Верховної Ради України. — К. : НІСД, 2012. — 256 с. [Електронний ресурс]. — Режим

За результатами дослідження ОЕСР, впровадження інноваційних механізмів управління й організації системи охорони здоров'я може забезпечити підвищення ефективності та якості її функціонування за того самого рівня фінансування галузі, а також сприяти поліпшенню використання наявних фінансових ресурсів. Так, запровадження найкращих практик управління й організації цієї системи дасть змогу таким країнам, як Австралія, Японія, Республіка Корея, Швейцарія та Ісландія, до 2017 р. знизити загальні витрати на охорону здоров'я на 2—3 % ВВП. Застосування досвіду країн, котрим вдалося підвищити ефективність медичної галузі, допоможе й іншим країнам досягти збільшення середньої тривалості життя на два роки без додаткових витрат. За інших рівних умов досягнення такого показника можливе лише в разі зростання обсягів фінансування охорони здоров'я на декілька відсотків ВВП¹⁴.

Одним із дієвих інноваційних механізмів підвищення ефективності фінансування й організації системи охорони здоров'я може стати також диверсифікація джерел фінансування та нові комбінації механізмів збору доходів і об'єднання коштів. Такі країни, як Німеччина, Нідерланди, Франція, Чехія і Швейцарія, в умовах посткризового відновлення вживали заходів щодо нарощення доходної бази та диверсифікації джерел фінансування системи охорони здоров'я за рахунок забезпечення ширшого кола джерел оподаткування¹⁵.

Диверсифікація джерел державних видатків на охорону здоров'я може бути особливо вдалим варіантом в умовах необхідності стимулювання зайнятості та підтримання або підвищення рівня фінансування галузі після кризи. Так, уряд Німеччини першим спрямував загальні податкові надходження на охоплення державними медичними послугами дітей. До 2009 р. близько 90 % доходів фонду страхування від хвороб у цій країні надходило за рахунок внесків із заробітної плати, які за попередні роки значно зросли. У разі збереження рівня отримуваних пільг та співвідношення доходів від заробітної плати й загальних доходів середні розміри внесків повинні збільшитися на початок 2025 р. до 22—25 %, а 2030 р. — до 26—30 %, щоб забезпечити фінансову рівновагу системи. У зв'язку з цим німецький уряд із 2009 р. заборонив підвищувати розміри внесків шляхом спрямування до загального обсягу фінансування охорони здоров'я доходів загального характеру. Після того як на початку 2009 р. країна перейшла до єдиної загальнонаціональної ставки внесків медичного страхування (15,5 % заробітної плати), були запроваджені додаткові загальні податкові надходження в систему медичного страхування з метою зменшення цієї ставки до 14,9 %. Наведені кроки є тільки частиною комплексу заходів із відновлення фінансової стійкості системи охорони

доступу: <http://www.president.gov.ua/docs/posl.pdf>.

¹⁴ Садовничий В. А. Зазнач. праця. — С. 34.

¹⁵ Здоровье и системы здравоохранения : доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2009. — Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2009. — 218 с.

здоров'я, реалізація яких має поступово збільшити бюджетне субсидування останньої в Німеччині¹⁶.

Стосовно України слід зауважити, що вона може мобілізувати додаткові внутрішні ресурси для фінансування медичної галузі або диверсифікувати його джерела. Потенційними варіантами збільшення фінансування галузі можуть бути: надання пріоритету охороні здоров'я при розподілі коштів державного бюджету, підвищення ефективності збору податків, а також залучення додаткових коштів, наприклад, за рахунок державно-приватного партнерства.

Одним із способів збільшення фінансування є додаткові адресні збори зі шкідливих для здоров'я населення товарів (тютюну, алкоголю, продуктів із високим вмістом жирів, цукру, харчових добавок), а також підприємств — найбільших забруднювачів навколишнього природного середовища. Наприклад, у Австралії в 1991 р. створений Західно-австралійський фонд зміцнення здоров'я "Хелтуей", який спочатку фінансувався з частки збільшеного податку на тютюнові вироби. У Республіці Кореї в 1995 р. заснований Національний фонд розвитку охорони здоров'я, котрий частково фінансується з податків на тютюнові вироби. Фонд зміцнення здоров'я Таїланду, створений у 2001 р., фінансувався за рахунок додаткової 2-відсоткової націнки на тютюнову й алкогольну продукцію.

Разом із тим слід зазначити, що цільове запровадження таких зборів сприяло збільшенню фінансування галузі не в усіх країнах. Тому перед запровадженням кожного інноваційного механізму необхідно провести системне дослідження щодо можливості й міри його застосування в Україні та впливу на її систему охорони здоров'я.

Підвищенню ефективності управління й фінансування вітчизняної медичної галузі також сприятимуть такі заходи:

- зменшення нерівності в доступі до медичних послуг та трансформація потоків державних фінансових ресурсів у сфері охорони здоров'я на користь найуразливіших верств населення;
- чітке визначення переліку медичних послуг, які мають надаватися населенню на безкоштовній основі;
- забезпечення раціонального використання бюджетних коштів медичними закладами;
- регулювання комерціалізації лікарської допомоги в державних установах та частки платежів населення у фінансуванні медичних послуг;
- розвиток методів співфінансування населенням додаткових послуг стаціонарних медичних установ тільки для категорії населення найвищого

¹⁶ Инвестиции в здоровье: ключевое условие успешного экономического развития стран Восточной Европы и Центральной Азии / М. Сурке, Л. Рокко, М. Мак-Ки ; Европ. обсерватория по системам здравоохранения ВОЗ. — Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2008. — 309 с. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/74740/E90569R.pdf.

децильного рівня диференціації за доходами, що підвищуватиме фінансову стійкість медичних закладів;

— усунення фрагментарності функціонування системи охорони здоров'я як результату розроблення окремих неузгоджених програм і проектів;

— впровадження інноваційних медичних технологій і практик, частина яких ґрунтується на інформаційних технологіях;

— зміцнення позицій доказової медицини та поліпшення її якості з допомогою прозорих механізмів моніторингу й оцінки діяльності;

Таблиця 3. Потенційна економія від підвищення ефективності функціонування систем охорони здоров'я в країнах із різним рівнем доходів

Напрями підвищення ефективності	Загальна економія, млрд дол. США		Частка в загальних витратах на охорону здоров'я, %	Економія на одну особу, дол. США	
	у середньому	діапазон		у середньому	діапазон
Трудові ресурси системи охорони здоров'я	563	110—851	—	—	—
Країни з високим рівнем доходу	499	79—639	8—16	492	78—629
Країни із середнім рівнем доходу	61	29—206	7—14	14	7—48
Країни з низьким рівнем доходу	3	1—6	8—15	2	1—5
Підвищення доступності ліків	115	24—193	—	—	—
Країни з високим рівнем доходу	95	14—124	2—3	93	14—122
Країни із середнім рівнем доходу	19	9—67	2—5	5	2—16
Країни з низьким рівнем доходу	1	0—2	3—5	1	0—2
Удосконалення системи організації й фінансування лікарень	287	54—503	—	—	—
Країни з високим рівнем доходу	224	29—315	3—8	221	28—310
Країни із середнім рівнем доходу	49	23—168	5—11	11	5—39
Країни з низьким рівнем доходу	2	1—4	5—10	2	1—3
Оптимізація використання ресурсів системи охорони здоров'я	271	51—468	—	—	—
Країни з високим рівнем доходу	224	29—315	3—8	221	28—310
Країни із середнім рівнем доходу	44	22—150	5—10	10	5—35
Країни з низьким рівнем доходу	2	1—4	5—10	2	1—3
Пакет втручань	705	141—1094	—	—	—
Країни з високим рівнем доходу	611	96—786	10—20	602	95—774
Країни із середнім рівнем доходу	89	43—299	10—20	21	10—70
Країни з низьким рівнем доходу	4	2—8	10—20	3	2—7
Загалом	1409	282—2188	—	—	—
Країни з високим рівнем доходу	1223	192—1573	20—40	1204	189—1548
Країни із середнім рівнем доходу	178	86—599	20—40	42	20—140
Країни з низьким рівнем доходу	8	4—17	20—40	7	3—13

Джерело: розрахунки ВООЗ; Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью : доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010. — Женева : ВОЗ, 2010. — 129 с.

— підвищення доступності лікарських засобів і медичних препаратів шляхом формування базового й додаткового реєстрів ліків, вартість та організація надання яких мають перебувати під контролем держави для різних верств населення; нормативно-правового врегулювання заходів реімбурсації (часткового або повного відшкодування пацієнту вартості спожитих медичних послуг, ліків або товарів медичного призначення за рахунок коштів відповідних бюджетів); упровадження цінового регулювання вартості ліків і платних медичних послуг для вразливих верств населення;

— організація доступу до медичних установ хворих залежно від стану;

— підвищення ефективності діяльності медичного персоналу;

— зниження рівня адміністративних витрат як окремих медичних закладів, так і сфери охорони здоров'я загалом.

Аналіз даних табл. 3 дає підстави для висновку, що країни із середнім рівнем доходів, зокрема Україна, можуть отримати потенційну економію від 5 до 15 % усіх витрат на охорону здоров'я щорічно — за рахунок підвищення економічної ефективності лікарень; від 2 до 5 % — завдяки більшій доступності ліків; від 5 до 10 % — у разі оптимізації використання фінансових і матеріальних ресурсів медичної галузі, та спрямувати заощаджені кошти на її модернізацію й реформування. Таким чином, за умови реалізації запропонованих заходів (після їх ретельного опрацювання) можна не тільки підвищити ефективність фінансування й організації вітчизняної системи охорони здоров'я, а й збільшити трудовий і економічний потенціали країни.

Підсумовуючи викладене, доходимо таких висновків. Проблеми фінансування й організації системи охорони здоров'я в посткризовий період розвитку економіки України зумовлюють потребу в нових адекватних заходах щодо її модернізації, а розпочате реформування охорони здоров'я — в додаткових заходах, спрямованих на збільшення фінансування галузі та підвищення її ефективності. Реалізація обґрунтованих інноваційних механізмів фінансування сфери охорони здоров'я може стати одним із ключових факторів, які нададуть імпульс для її розвитку, закладуть фундамент для становлення нової, ефективної моделі охорони здоров'я та слугуватимуть гарантом стійкого економічного й суспільного розвитку України.