

ЗАГАЛЬНІ ВИТРАТИ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ (ЗА ДАНИМИ НАЦІОНАЛЬНИХ РАХУНКІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я)

М.В. Шевченко (Київ)

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Резюме. Проаналізовано загальні витрати на охорону здоров'я в Україні за даними Національних рахунків охорони здоров'я України.

Ключові слова: фінансування, загальні витрати, організації, які фінансують, функціональна структура витрат, Національні рахунки охорони здоров'я.

Зусилля щодо зміцнення систем охорони здоров'я базуються на загальних цінностях, сформульованих в оновленій політиці «Здоров'я для всіх у XXI столітті» і в Люблінській хартії по реформуванню охорони здоров'я (Люблінська конференція, 1996 р.), а також ґрунтуються на тому, що право на здоров'я — це одне з основних прав людини.

Світовий досвід свідчить, що в ідеалі зміцнення систем охорони здоров'я має на меті поліпшення здоров'я з дотриманням принципу рівноправності, який досягається шляхом забезпечення більш справедливого розподілу коштів, поваги до прав пацієнтів і максимально ефективного використання кадрових, фінансових та інших ресурсів [3].

Органи охорони здоров'я і політичні лідери багатьох країн світу стурбовані сучасними тенденціями до розвитку систем охорони здоров'я, а також необхідністю пристосовуватися до нових її проблем, потреб і очікувань населення. Ці фактори впливають на розробку заходів для проведення реформ у системах охорони здоров'я [2]. Крім того, на думку експертів ВООЗ, глобальний економічний спад, імовірно, вплине на витрати на охорону здоров'я і соціальні потреби, особливо в країнах, які розвиваються. Захист інвестицій в охорону здоров'я та соціальні структури має важливе значення для підтримки стабільності і безпеки, прискорення відновлення економіки. Завдання, що стоїть перед усіма країнами світу, полягає в тому, щоб запобігти економічній кризі, яка стає соціальною та медичною [5].

Відповідно до Основ Європейської стратегії ВООЗ щодо розвитку систем охорони, організаторам та іншим зацікавленим особам, які формують політику у сфері охорони здоров'я, необхідно:

- оцінити ефективність своєї системи;
- виявити фактори, які впливають на ефективність;
- підвищити ефективність;

- більш повноцінно реагувати на потреби і вимоги своїх громадян.

Ці питання є актуальними і для України. Одним із напрямків проведення структурних реформ національної системи охорони здоров'я визначено реформу економічних засад системи охорони здоров'я для створення прозорих фінансово-економічних механізмів цільового накопичення та адресного використання фінансових ресурсів. Передумовою успішного, цілеспрямованого та ефективного впровадження системних реформ є можливість отримання точної інформації щодо сучасного рівня фінансування системи охорони здоров'я [1].

Метою роботи — проаналізувати та оцінити загальні національні витрати у сфері охорони здоров'я за джерелами фінансування; висвітлити використання фінансових ресурсів, які надходять від різних організацій, що фінансують, у 2003–2008 рр.

Матеріали та методи

У дослідженні використано економічний аналіз, зокрема загальноекономічний, за допомогою якого оцінено фінансування галузі, виявлено основні напрямки і тенденції.

Результати дослідження та їх обговорення

Загальні витрати на охорону здоров'я в Україні в 2003 р. становили 18,62 млрд грн і щорічно зростали, в середньому на 23% — у 2006 р. та на 32% — у 2007 р. У 2008 р. загальні витрати на охорону здоров'я з усіх джерел фінансування досягли 63,01 млрд грн, що на 37% більше, ніж у 2007 р.

Загальні витрати на охорону здоров'я у відсотках від ВВП (державні та приватні витрати разом з урахуванням офіційних і неофіційних прямих платежів насе-

Таблиця

Динаміка загальних витрат на охорону здоров'я за джерелами фінансування у 2003–2008 рр.

Назва	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Загальні витрати на охорону здоров'я (ЗВОЗ), % ВВП	6,97	6,65	6,43	6,41	6,37	6,64
Весь «інший світ», % ЗВОЗ	0,5	0,7	0,3	0,3	0,3	0,28
Загальнодержавні витрати на охорону здоров'я (ЗДВОЗ), % ЗВОЗ	58,04	58,15	59,27	60,59	61,67	57,5
ЗДВОЗ, % ВВП	4,04	3,87	3,81	3,88	3,93	3,8
Витрати приватного сектору охорони здоров'я (ВПСОЗ), % ЗВОЗ	41,50	41,16	40,41	39,11	38,05	42,2
Витрати домогосподарств (ВД), % ЗВОЗ	38,53	38,31	37,38	36,17	34,55	39,3
ВД, % ВПСОЗ	92,8	93,1	92,5	92,5	90,8	93,2

лення) зафіксовано на рівні 6,97 у 2003 р. і 6,64 у 2008 р. Для порівняння: аналогічний показник у 2007 р., за даними бази даних Національних рахунків охорони здоров'я (НРОЗ) ВООЗ, становив у Польщі 6,0, Болгарії – 7,3, Німеччині – 10,2, Данії – 11,3% від ВВП. Порівнюючи цей показник з аналогічним показником у пострадянських країнах, можна зазначити, що загальні витрати на охорону здоров'я з усіх джерел фінансування в Україні є вищими, ніж в Російській Федерації (5,4% від ВВП), Вірменії (4,4%), Казахстані (3,7%), Киргизстані (5,9%). Лише в Грузії цей показник перевищив український (8,2% від ВВП). Показники, які характеризують загальні витрати на охорону здоров'я за джерелами фінансування, наведено в таблиці.

Фінансування системи охорони здоров'я України забезпечується з 3 основних джерел – державних (суспільних), приватних і коштів «іншого світу». Державні (суспільні) кошти – це зведений бюджет і соціальне страхування, які становлять 57,5% загальних витрат на охорону здоров'я (з них 70% становлять кошти місцевих бюджетів, 30% – Державного бюджету) (за даними 2008 р.). Якщо аналізувати динаміку щодо суспільних ресурсів у фінансуванні охорони здоров'я, то, згідно з даними НРОЗ, їх питома вага щорічно збільшувалася від 58% у 2003 р. до 61,5% у 2007 р. У 2008 р. вона зменшилась до 57,2% – найнижчий рівень за останні 6 років. Зменшення обсягів суспільних коштів пояснюється зниженням до 15,7% коштів на охорону здоров'я з Державного бюджету (максимальний обсяг спостерігався у 2004 р. – 20,2%), а також з місцевих бюджетів (з 44,9% у 2006 р. до 41,5% у 2008 р.).

Приватні кошти – це кошти домашніх господарств, роботодавців, некомерційних організацій, які обслуговують домогосподарства, приватних фірм та корпорацій, які, за даними 2008 р., у структурі загаль-

них видатків займали 42,2%. Обсяги приватних коштів зростають за рахунок збільшення частки витрат на охорону здоров'я домогосподарствами (до 39,8% у 2008 р., що майже на 4,7% більше, ніж у 2007 р.). Викликає занепокоєння те, що більшість коштів на рівні домогосподарств витрачається методом прямих виплат та не йде на передплату до страхових фондів чи обов'язкової системи страхування в країні.

Для порівняння: в більшості країн Європи (Данії, Фінляндії, Ірландії, Італії, Норвегії, Португалії, Іспанії, Швеції, Великій Британії) система охорони здоров'я фінансується переважно суспільним коштом або на основі медичного страхування (Франція, Німеччина, Люксембург, Нідерланди). Добровільне медичне страхування і прямі платежі населення за медичні послуги є додатковими джерелами і переважно застосовуються для платоспроможного населення, або за надання окремих високотехнологічних, більш комфортних видів медичних послуг. У Західній Європі досить поширена система співучасті споживачів медичних послуг в їх оплаті, однак вона використовується за умови, якщо система фінансування охорони здоров'я не в змозі покрити всі послуги за рахунок суспільних коштів або медичного страхування. У зв'язку з тим, що часткове покриття витрат може порушити справедливий доступ до медичних послуг, цей принцип використовується в обмежених випадках, крім того, від прямих платежів звільняються соціально незахищені прошарки населення (особи з низьким рівнем доходів, пенсіонери, безробітні, а також хронічно хворі, вагітні) [4].

Кошти міжнародних донорських організацій, спрямовані на систему охорони здоров'я України, або кошти «іншого світу» є досить незначними, їх частка в структурі загальних витрат становить лише 0,28% (2008 р.) [1].



Рис. 1. Функціональна структура загальних витрат на охорону здоров'я у 2008 р.

Якщо розглядати фінансування охорони здоров'я України за організаціями, які фінансують, то основними є адміністратори бюджету (центральні та регіональні/місцеві урядові установи). Міністерство охорони здоров'я – найбільший адміністратор центрального бюджету, який контролює 58% державного фінансування (15,9% усіх суспільних витрат). Решта коштів розподіляється Академією медичних наук (11%) та іншими центральними урядовими органами: Міністерством транспорту (6,4%), Міністерством праці та соціальної політики (6,6%), Міністерством оборони (6,8%). Інші фінансові посередники (органи державного управління) контролювали лише 11,2% коштів Державного бюджету, спрямованих на охорону здоров'я.

Регіональні та місцеві органи управління відіграють суттєву роль у розподілі коштів на охорону здоров'я. Питома вага прямого фінансування на охорону здоров'я за рахунок місцевих бюджетів становила 41,4% у структурі загальних витрат на охорону здоров'я.

Таким чином, структура витрат за організаціями, які фінансують, і джерелами фінансування деформована. Фінансування із суспільних джерел функціонує окремо від приватного, тому більшість коштів на рівні домогосподарств витрачається методом прямих виплат, що створює фінансові бар'єри доступу населення до медичних послуг, особливо це стосується малозабезпечених верств населення. Основне навантаження за оплати медичних товарів/ліків і супутні товари несуть домогосподарства.

Основними причинами цього є:

- жорстке регламентування видатків на охорону здоров'я бюджетним законодавством, формування і отримання витрат на надання медичної допомоги відповідно до затверджених кошторисів;
- громіздкість і недосконалість механізму забезпечення взаєморозрахунків за надання медичної допомоги між закладами охорони здоров'я та місцевими бюджетами за надання планової або позапланової медичної допомоги громадянам, які постійно не проживають на території, де було надано таку медичну допомогу;
- на законодавчому рівні неповністю врегульовано питання щодо визначення переліків медичних послуг, лікарських засобів і виробів медичного призначення, забезпечення якими не покривається або лише частково покривається за рахунок державного фінансування, а також щодо визначення форм співучасті пацієнтів в оплаті вартості медичних послуг, лікарських засобів і виробів медичного призначення, розширення переліку платних медичних послуг.

Функціональну структуру (за видами медичних послуг) загальних витрат на охорону здоров'я наведено на рис. 1. За останні 6 років (2003–2008 рр.) вона майже не змінилася. Частка витрат на послуги лікування і реабілітацію займала 48,08%, у т.ч. 27,1% витрачено на стаціонарне лікування. Водночас спостерігається незначне збільшення питомої ваги витрат на амбулаторне лікування (15,8% – у 2008 р. проти 14,65% – у 2003 р.). Частка витрат на надання медичних товарів амбулаторним пацієнтам практично не змінилася і становила 32,67 у 2008 р. проти 32,75% у 2003 р. Видатки на профілактику та громадські послуги охорони здоров'я у функціональній структурі займали 3,38% (для порівняння: 2003 р. – 3,66%, 2006 р. – 3,64%, 2007 р. – 3,49%).

Аналіз функціональної структури видатків засвідчив досить низьку частку загальних витрат на амбулаторну допомогу (14,65% – у 2008 р. при аналогічному показнику у країнах ЄС – 18–36%). Крім того, їх питома вага у структурі видатків зменшилася на 2,85% порівняно з 2007 р. (показник 2007 р. – 17,5%). Основними причинами цього є те, що амбулаторно-поліклінічна і стаціонарна допомога не розмежовані як функціонально, так і фінансово. Крім того, маємо деформовану структуру видатків – до 80% спрямовані на утримання закладів, а не на лікування пацієнтів. Це пов'язано з тим, що розподіляються фінансові кошти відповідно до існуючої інфраструктури системи охорони здоров'я без урахування реальних потреб населення, визначених структурою та рівнями захворюваності. І як наслідок, недостатня економічна мотивація закладів охорони здоров'я як надавачів медичних послуг до ефективного і раціонального використання коштів.

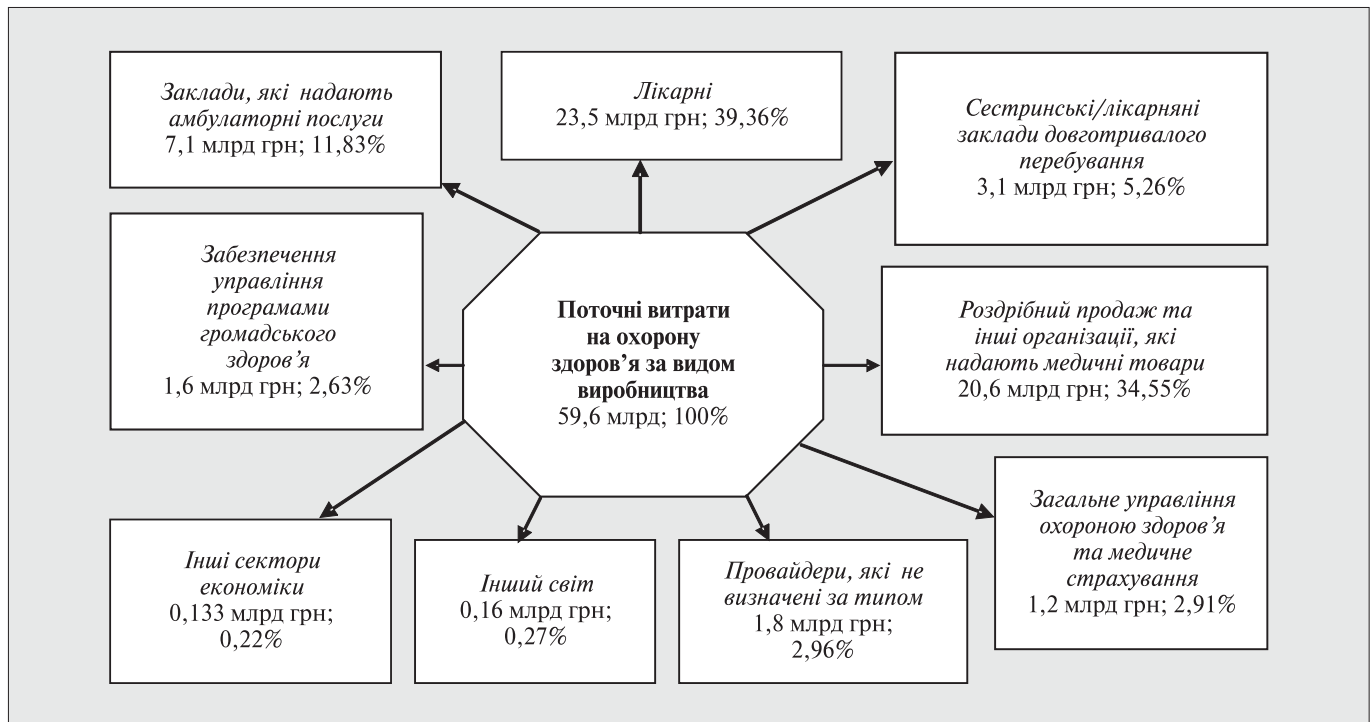


Рис. 2. Розподіл поточних витрат на охорону здоров'я по провайдерах (постачальниках медичних послуг) у 2008 р.

У 2008 р. лікарнями споживалися кошти, які надходили з суспільних (92%) та приватних джерел фінансування (8% — кошти домогосподарств). Заклади, які надавали амбулаторні послуги, переважно споживали кошти суспільних (66%) і приватних джерел фінансування (34% — кошти домогосподарств, 28% — приватних фірм, 6% — корпорацій). Заклади з роздрібного продажу медичних товарів та інші організації, які надавали медичні товари, фінансувалися за рахунок коштів домогосподарств (98,1%), та лише на 1,6% — за рахунок коштів Державного бюджету, на 0,2% — з Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань у частині придбання медичних товарів для людей з обмеженими можливостями внаслідок каліцтва [4].

На рис. 2 подано розподіл поточних витрат на охорону здоров'я по провайдерах (постачальниках медичних послуг).

Порівняно з 2003 р. питома вага поточних видатків на фінансування лікарень зросла з 38,44% до 39,36% у 2008 р., хоча порівняно з 2007 р. частка видатків зменшилася (2007 р. — 40,34%). Частка витрат на фінансування закладів, які надають амбулаторну допомогу, у 2008 р. зросла порівняно з 2003 р. і становила 11,83% (2003 р. — 10,63%). Величина цього показника за період 2005–2007 рр. зменшилася (2005 р. — 11,9%, 2006 р. — 12,26%, 2007 р. — 13,04%). Питома вага видатків на роздрібну продаж та інші організації, які надають медичні товари, була стабільною і фіксувалася на рівні 34,57% у 2003 р. і 34,55% у 2008 р.

Дещо зменшилися частка поточних витрат за останні 6 років на забезпечення управління програмами громадського здоров'я (2003 р. — 3,04%, 2008 р. — 2,63%), загальне управління охороною здоров'я та медичне страхування (2003 р. — 3,44%, 2008 р. — 2,91%).

Висновки

1. Аналіз загальних витрат на охорону здоров'я в Україні за даними Національних рахунків охорони здоров'я засвідчив, що, незважаючи на щорічне зростання номінальних обсягів фінансування, видатки на охорону здоров'я з усіх фінансових джерел (державних і приватних витрат з урахуванням офіційних і неофіційних прямих платежів населення) знаходяться на рівні 6,64% від ВВП.
2. Критерії видатків згідно з бюджетним законодавством України не дають змоги чітко розмежувати фінансування на надання первинної, вторинної та третинної медичної допомоги.
3. Складність у визначенні реальних обсягів фінансування пов'язана з тим, що кошти для закладів та програм у галузі охорони здоров'я розподіляються відповідно до їх функцій без будь-якої прив'язки до видів медичної допомоги, тобто спостерігається принцип «утримання бюджетної установи», а не «державного замовлення / закупівлі послуг».
4. Розпорошеність бюджетних коштів між значною кількістю їх розпорядників призводить до неефек-

тивного використання видатків і дублювання у наданні медичної допомоги.

5. Аналіз загальних витрат на охорону здоров'я в розрізі організацій, які фінансують, вказує на те, що, крім МОЗ України та регіональних / місцевих органів влади, адміністраторами бюджету є інші центральні органи влади, а це призводить до дублювання у наданні медичної допомоги населенню, покриття витрат на утримання розгалуженої мережі відомчих закладів охорони здоров'я.
6. Недосконалість фінансування в розрізі функціональної структури видатків (за видами медичних послуг) зумовлює втрату комплексності та наступності у наданні медичної допомоги, нераціональну організацію надання медичної допомоги, втрату

пріоритетності профілактичної направленості в діяльності системи охорони здоров'я.

7. Кошти домогосподарств, які спрямовуються на оплату лікування та придбання ліків і медичних товарів, є досить значними та знаходяться на рівні 40% у структурі загальних витрат на охорону здоров'я, при цьому домогосподарствами покривається 99% витрат на придбання ліків (у більшості європейських країн ці затрати становлять 30–60%).

Перспективи досліджень скеровані на подальше вивчення системи фінансування в Україні у зв'язку з тим, що проведення системних структурних реформ галузі неможливе без запровадження ефективних методів фінансування.

Список літератури

1. *Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2008 році*: [стат. бюлетень]. — К.: Держкомстат України, 2010. — 110 с.
2. *Первичная медико-санитарная помощь — сегодня актуальнее, чем когда-либо. Введение и обзор: доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г.* [Электронный ресурс]. — Путь доступа: http://www.who.int/whr/2008/08_overview_ru.pdf. — Заглавие с экрана.
3. *Усовершенствованные системы здравоохранения спасают жизни. Основы Европейской стратегии ВОЗ по развитию систем здравоохранения* [Электронный ресурс] — Путь доступа: <http://www.who.int/nha/en/index.html>. — Заглавие с экрана.
4. *Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы* / E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras [et al.]; ЕРБ ВОЗ. — Копенгаген: Весь Мир, 2002. — 333 с.
5. *Финансовый кризис и глобальное здравоохранение* [Электронный ресурс]. — Путь доступа: http://www.who.int/topics/financial_crisis/ru. — Заглавие с экрана.

Общие затраты на здравоохранение в Украине (по данным Национальных счетов здравоохранения)

М.В. Шевченко (Киев)

Проанализированы общие затраты на здравоохранение в Украине по данным Национальных счетов здравоохранения Украины.

Ключевые слова: финансирование, общие затраты, финансирующие организации, функциональная структура затрат, Национальные счета здравоохранения.

Total expenditure of health care sector in Ukraine (based of data National health accounts)

M.V. Shevchenko (Kyiv)

At the article analysis of total expenditure of health care sector in Ukraine based of data National health accounts has been presented.

Key words: financing, total expenditure, financing organizations, functional structure of expenditure, National health accounts.

Рецензент: д-р мед. наук, проф. Г.В. Бесполудіна.