

УДК 364.4—055.5/.7

Камінська О. С.

### УДОСКОНАЛЕННЯ ФІНАНСУВАННЯ ВИДАТКІВ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я: ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД

*Розглянуто тенденції та джерела фінансування державних витрат на охорону здоров'я в окремих країнах, діючі моделі фінансування, проаналізовано їхні переваги і недоліки. Методи фінансування по-різному впливають на прогресивність, "горизонтальну" соціальну справедливість, перерозподіл коштів, справедливий доступ до послуг і охоплення населення, стримування витрат, економіку загалом, ефективність розподілу коштів. Визначено стратегічні цілі й завдання політики фінансування системи охорони здоров'я: посилення захисту від фінансових ризиків, забезпечення справедливішого розподілу ресурсів, належні використання і надання медичних послуг з урахуванням потреби в них, підвищення рівня прозорості та підзвітності перед населенням, покращання якості й результативності надання послуг, збільшення ефективності управління. Досліджено умови забезпечення справедливого та прозорого розподілу фінансування видатків бюджету на охорону здоров'я. Проаналізовано можливості використання в сучасних соціально-економічних умовах України розроблених з урахуванням зарубіжного досвіду рекомендацій стосовно оптимізації організації та фінансування видатків на охорону здоров'я. Обґрунтовано пропозиції щодо вдосконалення механізмів фінансування в Україні видатків на охорону здоров'я в контексті послаблення ролі приватного фінансування й чіткого регулювання джерел фінансування.*

Ключові слова: видатки бюджету, фінансування охорони здоров'я, ефективність.

Табл. 3. Літ. 20.

Каминская Е. С.

### СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ФИНАНСИРОВАНИЯ РАСХОДОВ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

*Рассмотрены тенденции и источники финансирования государственных расходов на здравоохранение в отдельных странах, действующие модели финансирования, проанализированы их преимущества и недостатки. Методы финансирования по-разному влияют на прогрессивность, "горизонтальную" социальную справедливость, перераспределение средств, справедливый доступ к услугам и охват населения, сдерживание расходов, экономии в целом, эффективность распределения средств. Определены стратегические цели и задачи политики финансирования системы здравоохранения: усиление защиты от финансовых рисков, обеспечения более справедливого распределения ресурсов, надлежащее использование и предоставление медицинских услуг с учетом потребности в них, повышение уровня прозрачности и подотчетности перед населением, улучшение качества и результативности оказания медицинских услуг, повышение эффективности управления. Исследованы условия обеспечения справедливого и прозрачного распределения финансирования расходов бюджета на здравоохранение. Проанализированы возможности использования в современных социально-экономических условиях Украины разработанных с учетом зарубежного опыта рекомендаций по оптимизации организации и финансирования расходов на здравоохранение. Обоснованы предложения по совершенствованию механизмов финанси-*

© Камінська О. С., 2016

рования в Украине расходов на здравоохранение в контексте ослабления роли частного финансирования и четкого регулирования источников финансирования.

Ключевые слова: расходы бюджета, финансирование здравоохранения, эффективность.

*Olena Kaminskaya*

### IMPROVEMENT OF FINANCING HEALTHCARE EXPENDITURES: FOREIGN PRACTICE

*The author examines tendencies and sources of financing public health expenditure in particular countries, current funding models and analyzes their advantages and disadvantages. Methods of financing have different effects on progressiveness, "horizontal" social justice, redistribution of resources, equitable access to services and population coverage, cost containment, the economy as a whole and the efficiency of funds allocation. Strategic goals and objectives of health financing policy are identified: strengthening financial risk protection, ensuring more equitable distribution of resources, appropriate use and delivery of health services to meet customer needs, increasing transparency and accountability to the people, improving the quality and effectiveness of service delivery, increasing management efficiency. The article studies the conditions to ensure a fair and transparent allocation of funding budget expenditures on health care. A thorough analysis is given to the possibilities of use of foreign practice-based recommendations in the present socio-economic conditions of Ukraine to optimize the organization and financing of health care expenditures. The author justifies proposals to improve financing mechanisms for health care spending in Ukraine in the context of the weakening of the role of private funding and a clear regulation of the financing sources.*

Key words: budget expenditures, health care financing, efficiency.

JEL classification: H51, I11, I13, I14, I15, I18.

Більшість зарубіжних країн постають перед складними проблемами й необхідністю прийняття рішень у сфері фінансування систем охорони здоров'я. Однак збільшенню урядами обсягів такого фінансування перешкоджають макроекономічні, демографічні та фінансові чинники. Це спонукає до розгляду можливостей реформування відповідних механізмів. Зазначеним питанням присвячені праці зарубіжних (Р. Салтман, Дж. Фігейрас, Дж. Кутцин та ін.) і вітчизняних (С. С. Гасанов, Т. І. Єфименко, К. В. Павлюк, О. В. Степанова та ін.) науковців [1–8].

З огляду на різноманітність національних особливостей країн Європейського регіону, немає жодного "зразкового" плану або універсальної моделі системи фінансування. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) рекомендує кожній країні розробити конкретні підходи до формування державної політики фінансування з урахуванням власних умов. На думку фахівців ВООЗ, базовий підхід повинен передбачати три основних елементи: завдання політики фінансування, концептуальна основа, фінансові умови [8].

Загальні витрати на охорону здоров'я у країнах ОЕСР за 1995–2012 рр. зросли з 7,2 до 9,1 % ВВП. Найбільша частка цих витрат була у США (17,9 % ВВП – у 2012 р., 13,6 % – у 1995 р.), друге місце посідала Франція (11,8 % ВВП – у 2012 р., 10,4 % – у 1995 р.). Понад 10 % ВВП у 2012 р. спрямовували на охорону здоров'я: Швейцарія – 11,3 %, Нідерланди – 12,4, Канада – 10,9, Австрія – 11,5, Бельгія – 10,8, Нова Зеландія – 10,3, Греція – 9,3, Данія – 11,2 %. В Украї-

ні загальні витрати у цій сфері є значно нижчими порівняно з розвинутими країнами – 7,6 % (табл. 1).

Державні витрати на охорону здоров'я в країнах ОЕСР становили ліву частку загальних витрат (крім США, де ця частка була найнижчою у 2012 р. – 46,4 %). Найбільшу частку державних витрат зафіксовано у Норвегії – 85,1 % ВВП та Данії – 85,5 %. Також понад 80 % ВВП на охорону здоров'я спрямовували: Ісландія – 80,7 %, Японія – 82,5, Швеція – 81,7 та Великобританія – 82,5 % (дані за 2012 р.). В Україні частка державних витрат на охорону здоров'я є істотною нижчою – 54,9 % [9].

Загальні витрати на охорону здоров'я на одну особу у країнах ОЕСР за 1995–2012 рр. зросли. Згідно з даними ВООЗ, у 2012 р. найбільші витрати мали США – 8895 дол., Люксембург – 6340, Нідерланди – 5384, Норвегія – 5970, Швейцарія – 6062 дол., найнижчі – Мексика – 1061 дол., Чилі – 1606 та Туреччина – 1143 дол. США. В Україні такі витрати у 2012 р. становили лише 562 дол. США (табл. 2).

Державні витрати на охорону здоров'я на одну особу в країнах ОЕСР також зросли за згаданий період. За даними на 2012 р., найбільшими вони є в Норвегії – 5079 дол. США та Нідерландах – 4297 дол. США, а найменшими – в Мексиці, Чилі й Туреччині – 550, 780 і 845 дол. США відповідно [10].

Більшість країн поєднують державні й приватні механізми у фінансуванні, організації та наданні медичних послуг, однак різними є пропорції участі держави та приватного сектору (табл. 3). Державний сектор залишається основним джерелом фінансування системи охорони здоров'я у більшості країн ОЕСР (у середньому на нього припадає до 70 % загальних витрат).

Приватний сектор бере участь у такому фінансуванні шляхом залучення коштів приватного медичного страхування, зокрема населення, роботодавців, а також приватних коштів населення та ресурсів благодійних організацій. Серед країн ОЕСР найбільше приватне медичне страхування впливає на фінансування цієї системи у США (35 % загальних витрат). Модель США побудована на переважанні цього страхування. Частка приватних витрат у загальних витратах на охорону здоров'я у 2009 р. дорівнювала 51,4 %, а частка приватного страхування у приватних витратах – 69,3 % [11]. США мають найдорожчу систему охорони здоров'я у світі, витрати на утримання якої останніми десятиліттями зростають високими темпами. У Швейцарії також вагома частка надходить із приватних джерел, а її державні витрати на охорону здоров'я нижчі, ніж в окремих країнах, хоча загальний рівень витрат вищий.

Попри те, що в багатьох країнах приватне медичне страхування охоплює певну частку населення, у більшості з них воно є лише додатковою частиною фінансування соціального обов'язкового медичного страхування або бюджетної медицини. У країнах, де сформовано в основному бюджетну модель фінансування (модель Беверіджа), приватне медичне страхування неістотно впливає на загальні обсяги фінансування.

Як зазначалося, крім приватного медичного страхування велику частку у фінансуванні системи охорони здоров'я мають приватні кошти населення. У більшості країн громадяни повинні частково оплачувати вартість медичної

Таблиця 1

Динаміка загальних витрат на охорону здоров'я, % ВВП

Країна	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Австралія	7,3	8,1	8,2	8,4	8,3	8,6	8,5	8,5	8,6	8,8	9,0	8,9	9,2	9,1
Австрія	9,6	10,0	10,1	10,1	10,3	10,4	10,4	10,2	10,3	10,5	11,2	11,6	11,3	11,5
Бельгія	7,6	8,1	8,3	8,5	10,0	10,0	10,0	9,5	9,5	9,9	10,6	10,5	10,5	10,8
Великобританія	6,8	7,0	7,3	7,6	7,8	8,0	8,3	8,4	8,5	9,0	9,9	9,6	9,4	9,4
Греція	8,6	7,9	8,8	9,1	8,9	8,7	9,7	9,7	9,8	10,1	10,0	9,4	9,0	9,3
Данія	8,1	8,7	9,1	9,3	9,5	9,7	9,8	9,9	10,0	10,2	11,5	11,1	10,9	11,2
Естонія	6,3	5,3	4,9	4,8	4,9	5,1	5,0	5,0	5,1	6,0	6,8	6,3	5,8	5,9
Ірландія	6,6	6,1	6,7	7,0	7,3	7,5	7,6	7,5	7,9	9,1	10,0	9,3	8,8	8,1
Іспанія	7,4	7,2	7,2	7,3	8,2	8,2	8,3	8,4	8,5	8,9	9,6	9,6	9,3	9,6
Італія	7,1	7,9	8,1	8,2	8,2	8,5	8,7	8,8	8,5	8,9	9,4	9,4	9,2	9,2
Нідерланди	8,3	8,0	8,3	8,9	9,8	10,0	10,9	10,7	10,8	11,0	11,9	12,1	11,9	12,4
Німеччина	10,1	10,4	10,5	10,7	10,9	10,7	10,8	10,6	10,5	10,7	11,8	11,5	11,3	11,3
Польща	5,5	5,5	5,9	6,3	6,2	6,2	6,2	6,2	6,3	6,9	7,2	7,0	6,8	6,7
Португалія	7,5	9,3	9,3	9,3	9,7	10,0	10,4	10,0	10,0	10,2	10,8	10,8	10,2	9,4
Росія	5,4	5,4	5,7	6,0	5,6	5,2	5,2	5,3	5,4	5,1	6,2	6,3	6,1	6,3
Румунія	3,2	4,3	4,4	4,6	5,3	5,4	5,5	5,1	5,2	5,4	5,6	5,9	5,6	5,1
Словаччина	6,1	5,5	5,5	5,6	5,8	7,2	7,0	7,3	7,8	8,0	9,2	9,0	7,9	7,8
США	13,6	13,6	14,2	15,1	15,6	15,7	15,8	15,9	16,1	16,5	17,7	17,7	17,7	17,9
Угорщина	7,3	7,2	7,2	7,6	8,6	8,2	8,4	8,3	7,7	7,5	7,7	8,0	7,9	7,8
<b>Україна</b>	<b>7,7</b>	<b>5,6</b>	<b>5,7</b>	<b>6,3</b>	<b>6,9</b>	<b>6,6</b>	<b>6,4</b>	<b>6,4</b>	<b>6,4</b>	<b>6,6</b>	<b>7,8</b>	<b>7,8</b>	<b>7,3</b>	<b>7,6</b>
Фінляндія	7,8	7,2	7,4	7,8	8,2	8,2	8,4	8,3	8,0	8,3	9,2	9,0	9,0	9,1
Франція	10,4	10,1	10,2	10,6	10,8	11,0	11,0	11,0	10,9	11,0	11,7	11,7	11,6	11,7
Хорватія	6,8	7,8	7,2	6,3	6,4	6,6	7,0	7,0	7,5	7,8	7,8	7,8	6,8	6,8
Чехія	6,7	6,3	6,4	6,8	7,1	6,9	6,9	6,7	6,5	6,8	8,0	7,4	7,5	7,7
Швеція	8,0	8,2	8,9	9,2	9,3	9,1	9,1	8,9	8,9	9,2	9,9	9,5	9,5	9,6
Японія	6,8	7,6	7,8	7,9	8,0	8,0	8,2	8,2	8,2	8,6	9,5	9,6	10,0	10,1

Джерело: Global Health Expenditure Database [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>.

Таблиця 2

Динаміка загальних витрат на охорону здоров'я на одну особу, дол. США

Країна	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2010	2012
Австралія	1607	1707	1804	1939	2097	2266	2382	2559	2665	2870	2980	3168	3353	—	3685	4068
Австрія	2239	2305	2446	2603	2733	2862	2906	3057	3198	3390	3472	3629	3792	3970	4398	5065
Бельгія	1914	1997	2047	2121	2255	2481	2596	2793	2911	3120	3154	3174	3452	3677	3975	4320
Великобританія	1347	1433	1488	1559	1679	1837	2004	2192	2324	2548	2701	2884	2990	3129	3493	3494
Греція	1261	1298	1354	1382	1468	1451	1755	1965	2027	2091	2352	2547	2687	—	3069	2346
Данія	1869	1975	2059	2176	2282	2383	2522	2695	2831	3053	3152	3381	3540	—	4467	4719
Ірландія	1187	1269	1370	1474	1574	1763	2070	2348	2561	2788	2924	3094	3361	3793	3720	3529
Ісландія	1905	1973	2113	2478	2756	2740	2844	3156	3194	3334	3304	3193	3320	3359	3230	3435
Іспанія	1190	1247	1298	1383	1450	1538	1636	1745	2017	2126	2268	2477	2658	2902	3057	3144
Італія	1532	1609	1729	1833	1885	2064	2228	2235	2265	2372	2516	2662	2701	2870	3046	3040
Канада	2056	2058	2151	2310	2416	2519	2733	2875	3063	3214	3456	3690	3867	4079	4443	4675
Нідерланди	1795	1859	1915	2054	2178	2340	2555	2833	3097	3309	3450	3613	3844	4063	5112	5384
Німеччина	2267	2392	2410	2480	2581	2669	2797	2934	3083	3161	3353	3471	3619	3737	4342	4617
Нова Зеландія	1244	1268	1352	1451	1522	1607	1708	1841	1847	2043	2202	2418	2471	2683	2992	3291
Норвегія	1858	2038	2349	2537	2780	3043	3265	3628	3834	4077	4301	4501	4791	5003	5391	5970
Польща	410	477	497	559	573	583	642	733	748	807	857	912	1049	1213	1377	1489
Португалія	1014	1093	1161	1210	1329	1511	1570	1659	1823	1912	2100	2151	—	—	2729	2399
Словаччина	—	—	564	584	599	604	665	730	791	1057	1139	1318	1569	1738	2097	1976
США	3748	3900	4055	4236	4450	4703	5052	5453	5852	6196	6563	6931	7285	7538	8233	8895
Угорщина	658	658	678	763	810	853	970	1114	1283	1304	1411	1450	1395	1437	1601	1729
<b>Україна</b>	<b>247</b>	<b>207</b>	<b>201</b>	<b>194</b>	<b>177</b>	<b>184</b>	<b>209</b>	<b>250</b>	<b>312</b>	<b>345</b>	<b>358</b>	<b>397</b>	<b>441</b>	<b>483</b>	<b>520</b>	<b>562</b>
Фінляндія	1479	1550	1605	1665	1749	1855	1967	2144	2252	2458	2590	2710	2900	3008	3259	3544
Франція	2101	2161	2228	2313	2404	2553	2726	2931	2992	3121	3306	3425	3593	3696	3997	4260
Чехія	897	915	921	925	938	982	1081	1195	1338	1387	1475	1520	1621	1781	1885	2046
Швейцарія	2563	2730	2844	2981	3073	3221	3428	3673	3777	3936	4015	4150	4469	4627	5297	6062
Швеція	1741	1858	1885	1982	2129	2286	2508	2697	2828	2948	2958	3113	3349	3470	3760	4157
Японія	1549	1657	1695	1747	1829	1969	2080	2137	2224	2336	2474	2580	2729	—	3120	3577

Джерело: Обсерваторія глобального здравоохранення ВОЗ (ГНО) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.who.int/gho/en/index.html>.

Таблиця 3

Роль приватного сектору у фінансуванні охорони здоров'я в країнах ОЕСР у 2011 р., % ВВП

Країна	Держава		Приватний сектор			
	Державні витрати на охорону здоров'я	Витрати соціального обов'язкового медичного страхування	Витрати приватного медичного страхування	Приватні витрати населення (допомога державі)	Витрати некомерційних організацій	Витрати приватних корпорацій
Австрія	3,364	4,660	0,490	1,751	0,125	0,013
Бельгія	1,153	6,819	0,508	2,047	0,014	0,005
Великобританія	6,460	0,434	0,529	1,885	0,032	..
Греція	0,755	7,894	1,075	1,384	0,046	0,039
Данія	9,055	0,000	0,179	1,467	0,008	0,000
Ірландія	4,748	2,720	..	1,689	0,129	..
Ісландія	0,647	4,213	0,192	2,038	0,147	0,328
Іспанія	0,384	4,315	0,047	1,542	0,051	0,172
Канада	7,403	0,155	1,422	1,615	..	0,169
Нідерланди	0,808	3,190	0,394	2,269	0,041	0,008
Німеччина	0,433	8,281	1,595	0,849	0,002	0,074
Польща	0,956	8,648	0,581	0,622	0,158	0,244
Португалія	7,539	0,847	0,494	1,058	0,138	0,000
Словаччина	6,649	1,105	..	..	..	..
США	7,342	..	0,025	1,608	0,017	0,064
Туреччина	0,120	6,129	1,147	1,167	0,005	0,074
Фінляндія	0,669	4,326	0,015	1,179	0,001	0,091
Франція	4,995	1,291	0,190	1,715	0,089	0,198
Чехія	0,394	5,666	0,011	1,109	0,068	0,024
Швейцарія	0,542	5,224	0,000	2,312	0,138	0,286
Швеція	6,700	0,132	0,467	2,793	0,009	0,055

Джерело: OECD Health Data 2012 – Frequently Requested Data [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSet=>

допомоги в місці користування нею. Ця оплата може здійснюватися в таких формах [12]: 1) офіційні або неофіційні платежі; 2) спільні платежі, співстрахування, франшиза; 3) схеми звільнення від платежів; 4) диференційовані ставки; 5) щорічний ліміт за розміром платежів.

Сплата зборів з отримувачів медичної допомоги зумовлена двома причинами: зниження рівня зайвого або надмірного використання послуг і підвищення додаткових прибутків.

За розрахунками експертів ВООЗ, для адекватного й ефективного функціонування системи охорони здоров'я її фінансування має становити не менше ніж 6–8 % ВВП. Залежно від джерел фінансування вирізняють три базові моделі: державну, бюджетно-страхову та приватну. Зауважимо, що в жодній країні не діє лише одна модель фінансування, але в окремих із них певна модель може переважати.

Згідно з державною моделлю, фінансування здійснюється переважно (до 90 %) за рахунок державного та місцевих бюджетів. Населення отримує медичну допомогу безкоштовно (за винятком невеликого переліку високо-вартісних послуг), тобто держава є головним покупцем і постачальником медичних послуг. Ринок цих послуг відіграє другорядну роль [8; 13]. Країнами, в яких система охорони здоров'я фінансується здебільшого за рахунок державного та місцевих бюджетів, є Фінляндія – 61,1 %, Іспанія – 65,2, Португалія – 71,9, Італія – 75,7, Мальта – 78,1, Ірландія – 79,9, Данія – 82,3, Швеція – 84,9, Великобританія – 87,1 % [14].

Бюджетно- страхова модель фінансування охорони здоров'я (концепція Бісмарка) базується на принципах змішаної економіки, поєднуючи ринок медичних послуг із розвинутою системою державного регулювання і соціальних гарантій та забезпечення доступності медичної допомоги для всіх верств населення. Вона характеризується передусім наявністю обов'язкового медичного страхування (ОМС) усього населення за деякої участі держави у фінансуванні страхових фондів. Держава є гарантом задоволення суспільно необхідних потреб усіх або більшості громадян у медичній допомозі незалежно від рівня доходів, не порушуючи ринкових принципів оплати медичних послуг [8; 13]. До таких країн належать: Австрія – 46 % загального розміру фінансування охорони здоров'я, Польща – 56,9, Литва – 58,1, Румунія – 62, Угорщина – 62,4, Нідерланди – 62,8, Бельгія – 64,5, Словаччина – 65, Німеччина – 66,7, Словенія – 68,8, Естонія – 70,9, Люксембург – 73,7, Франція – 75,7, Чехія – 80,8 % [14].

Приватна модель характеризується наданням медичної допомоги переважно на платних засадах за рахунок споживача відповідних послуг, відсутністю єдиної системи державного медичного страхування. Головним інструментом задоволення потреб у медичних послугах є ринок. Частина потреб, яка не забезпечується ринком, бере на себе держава шляхом розроблення і фінансування державних програм медичної допомоги. До країн, де система охорони здоров'я здебільшого фінансується за допомогою добровільного медичного страхування та офіційних платежів населення за отримані послуги, належать Болгарія – 41,8 %, Латвія – 47,4, Греція – 48,7, Кіпр – 55,9 % [14].

Отже, перша модель системи охорони здоров'я фінансується за рахунок податкових надходжень до бюджету, друга – ОМС, третя – добровільного медичного страхування. Кожна модель має як позитивні, так і негативні характеристики. Насамперед важливо, щоб система максимально задовольняла потреби пацієнта та була дієвою. Для цього слід оцінювати результати діяльності кожної запровадженої системи, аби своєчасно вносити необхідні корективи [15].

На підставі аналізу праць зарубіжних дослідників можна сформулювати завдання політики фінансування системи охорони здоров'я: посилення захисту від фінансових ризиків, забезпечення справедливішого розподілу ресурсів, продуктивного використання і надання медичних послуг з урахуванням потреби в них, підвищення рівня прозорості й підзвітності системи перед населенням, покращання якості та ефективності надання послуг, вдосконалення управління [8].

Зауважимо, що на проміжні завдання та кінцеві результати фінансування галузі впливають також скоординована політика держави та її реалізація з урахуванням усіх галузевих функцій.

Методи фінансування по-різному позначаються на прогресивності, "горизонтальній" соціальній справедливості, перерозподілі коштів, вільному доступі до послуг і охопленні населення, стримуванні витрат, економії загалом, ефективності розподілу коштів та технічній результативності. Фінансування із загального оподаткування або з внесків соціального медичного страхування теоретично пов'язане із соціальною справедливістю, кращим контролем над витратами й системою закупівель [12]. Разом із тим не можна однозначно стверджувати, що між джерелом фінансування та іншими завданнями – такими як підвищення ефективності розподілу коштів або технічної ефективності – є причинний зв'язок. Дані про те, як різні джерела доходів впливають на соціальну справедливість, свідчать, що оподаткування та соціальне медичне страхування прогресивніші, ніж приватне медичне страхування й платежі готівкою (обидва останніх методи характеризуються високим ступенем регресивності). Соціальна справедливість при доступі до послуг вища там, де охорона здоров'я фінансується з податкових надходжень або з фондів соціального медичного страхування. Збори зі споживачів – політичний інструмент, котрий негативно впливає на використання як необхідних, так і непотрібних послуг, дискримінуючи незаможні верстви населення.

Успіх стримування витрат, вимірюваний темпом їх зростання, не залежить від того, чи фінансується система переважно з податкових надходжень або з фондів соціального медичного страхування.

У 2009 р. Європейський регіональний комітет ВООЗ прийняв резолюцію EUR/RC59/R3, в якій закликав країни-члени домагатися того, щоб їхні системи охорони здоров'я в період економічних труднощів захищали й заохочували загальний доступ до повноцінних медико-санітарних послуг [16]. У резолюції розвиваються положення Талліннської хартії 2008 р., котра дала новий імпульс зміцненню систем охорони здоров'я, згідно з якими такі системи сприяють, крім іншого, підвищенню добробуту людей. Інвестиції в охорону здоров'я – це внесок у майбутній розвиток людського потенціалу,



надійні системи становлять найважливішу умову поліпшення здоров'я і досягнення справедливості в цій сфері в будь-якому суспільстві [17]. Останнім часом ВООЗ приділяє особливу увагу збереженню цінностей соціальної справедливості, солідарності й поліпшенню показників здоров'я населення в умовах фінансових труднощів, наголошуючи на різноманітності політики охорони здоров'я, що проводиться країнами-членами у зв'язку з бюджетними труднощами [18].

Для зміни рівнів витрат можна використовувати багато інструментів у трьох основних сферах політики, пов'язаних із фінансуванням державою: рівень внесків на надання допомоги (національний бюджет охорони здоров'я, внески на соціальне страхування та перерахування з бюджету охорони здоров'я, аспекти податково-бюджетної політики, такі як цільове використання податкових надходжень, перехід до приватних витрат у формі плати за користування послугами чи приватного медичного страхування); обсяг і якість допомоги (встановлений законом пакет послуг, охоплення населення, нецінове нормування у вигляді часу очікування); витрати на допомогу (ціна товарів медичного призначення, заробітна плата медичних працівників, платежі постачальникам, накладні витрати, реструктуризація послуг) [3].

Стратегічні цілі системи охорони здоров'я можна формулювати по-різному, і в програмних документах висуваються кілька стратегічних цілей [8; 19]:

- стан здоров'я: поліпшення підсумкових показників здоров'я населення та результатів надання медико-санітарних послуг;
- фінансовий захист: забезпечення умов, за яких люди не відчують фінансових труднощів при отриманні необхідної медико-санітарної допомоги;
- ефективність використання ресурсів: максимальне поліпшення показників здоров'я за наявних ресурсів і запобігання непродуктивним витратам, підвищення створюваної цінності шляхом перевищення вигід над витратами;
- соціальна справедливість: створення умов, за яких медико-санітарні послуги розподіляються залежно від потреби, а розміри внесків встановлюються відповідно до спроможності платити;
- якість: поєднання клінічної ефективності й того, з чим доводиться стикатися пацієнту, а отже, безпека, дієвість, доступність, прийнятність;
- чуйність: задоволення законних немедичних очікувань людей щодо того, як повинна поводитися з ними система охорони здоров'я;
- прозорість: надання достовірної інформації про такі характеристики системи охорони здоров'я, як пільги, витрати і якість;
- підзвітність: моніторинг та оцінювання результатів діяльності, пов'язаних із відчутними наслідками (покарання або заохочення).

Скорочення державних витрат у відповідь на економічні проблеми може негативно вплинути на функціонування системи охорони здоров'я, оскільки призводить до зниження рівнів фінансового захисту, справедливого доступу до допомоги та якості наданої допомоги. Це, у свою чергу, може зменшити ефективність використання ресурсів, оскільки в довгостроковій перспективі погіршаться підсумкові показники здоров'я і підвищаться витрати на його

охорону та ін. Крім того, істотні скорочення навряд чи допоможуть розв'язати проблеми нераціонального використання ресурсів, водночас створивши нові труднощі, що може ще більше ускладнити ситуацію [8; 14].

Одна з головних цілей політики охорони здоров'я, зокрема під час економічних негараздів, полягає в збереженні доступу населення, насамперед найменш забезпечених груп і регулярних користувачів медико-санітарною допомогою, до життєво необхідних послуг [20].

Реформи, мета яких – забезпечити економічну та фіскальну стійкість фінансування охорони здоров'я, повинні спрямовуватися на надання однакового доступу до медичної допомоги та оптимального співвідношення ціни і якості. Розглянувши досвід зарубіжних країн, можна запропонувати такі заходи [14]:

- попередній всебічний аналіз системи фінансування охорони здоров'я для виявлення її слабких місць, а також чинників, які можуть допомогти успішному реформуванню або, навпаки, зашкодити йому;
- роз'яснення мети реформи та її обґрунтування населенню країни;
- урахування всіх питань фінансування охорони здоров'я, а не зосередження лише на зборі коштів (його механізмах);
- послаблення ролі приватного фінансування (приватне медичне страхування, платні медичні послуги) та чітке розмежування державного й приватного фінансування, аби останнє не використовувало державних коштів і не чинило негативного впливу на їх розподіл;
- у разі оплати медичних послуг споживачами створення системи оплати, послідовної й основаної на конкретних даних;
- боротьба з неофіційними платежами з метою підвищення довіри населення до системи охорони здоров'я;
- ширше впровадження системи оцінювання медичних технологій, особливо в процесі прийняття рішень про відшкодування витрат і при розробленні набору послуг, але також для поліпшення показників лікування;
- реалізація механізмів закупівлі послуг і системи оплати праці медичних працівників, котрі сприяють збільшенню економічної ефективності, якості та продуктивності праці;
- реструктуризація лікарняного сектору;
- підвищення результативності управління, зведення до мінімуму дублювання функцій і завдань [19];
- упровадження інноваційного фінансування. Можливими джерелами додаткового фінансування охорони здоров'я є збільшення податків на продаж авіаквитків, алкогольних напоїв, тютюнових виробів, на операції з іноземною валютою, введення податків на продукти харчування з високим вмістом солі або трансжирів і напої з високим вмістом цукру;
- залучення міжнародної допомоги.

### Список використаних джерел

1. *Салтман Р. Б.* Реформи системи здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / Р. Б. Салтман, Дж. Фигейрас ; пер. с англ. – М. : Гэотар Медицина, 2000.

2. Реформы финансирования здравоохранения : опыт стран с переходной экономикой / под ред.: J. Kutzin, C. Cashin, M. Jakob. – Копенгаген : Европейская Обсерватория по вопросам и политике здравоохранения, 2011. – 442 с.
3. *Mladovsky P.* Меры, предусматриваемые в политике здравоохранения в Европе в ответ на финансовый кризис / P. Mladovsky, D. Srivastava, J. Sylus etc. – Всемирная организация здравоохранения, 2012. – 190 с. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/185056/e96643-final-Rus.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/185056/e96643-final-Rus.pdf).
4. Фінансова система національної економіки: проблеми розвитку та управління змінами : у 3 т. / за заг. ред. Т. І. Єфименко ; ДННУ “Акад. фін. управління”. – Т. 3. – К., 2012. – 958 с.
5. *Єфименко Т. І.* Про активне середньострокове бюджетування / Т. І. Єфименко, С. С. Гасанов, К. В. Павлюк // Державний бюджет і бюджетна стратегія 2012–2014: стабілізація та сталий розвиток в умовах реформування економіки України. – 2-ге вид., переробл. – К. : ДННУ “Акад. фін. управління”, 2011. – С. 60–81.
6. *Павлюк К. В.* Тенденції фінансування охорони здоров'я у зарубіжних країнах / К. В. Павлюк // Регіональна бізнес-економіка та управління. – 2014. – № 1 (41). – С. 95–104.
7. *Павлюк К. В.* Децентралізація в системі фінансування охорони здоров'я / К. В. Павлюк, О. В. Степанова // Фінанси України. – № 4. – 2015. – С. 67–85.
8. *Kutzin J.* Политика финансирования здравоохранения: руководство для лиц, принимающих решения / J. Kutzin. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008. – 27 с. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/78873/E91422R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/78873/E91422R.pdf).
9. Global Health Expenditure Database [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>.
10. Обсерватория глобального здравоохранения ВОЗ (ГНО) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/gho/en/index.html>.
11. OECD Health Data 2012 – Frequently Requested Data [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSet>.
12. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы / Э. Моссалос, А. Диксон, Ж. Фигерас, Д. Кутцин ; пер. с англ. – М. : Весь мир, 2004. – 352 с.
13. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я. Уроки для України / за заг. ред. В. Черненко, В. Рудого. – К. : Академпрес, 2002. – 112 с.
14. *Thomson S.* Финансирование здравоохранения в Европейском Союзе: проблемы и стратегические решения / S. Thomson, T. Foubister, E. Mossialos. – Копенгаген : Европейская обсерватория по вопросам и политике здравоохранения, 2010. – 270 с. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0016/126025/e92469R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/126025/e92469R.pdf).
15. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: досвід міжнародних експертів [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.apteka.ua/article/298348>.
16. Охрана здоровья в условиях экономического кризиса: задачи, стоящие перед Европейским регионом ВОЗ : отчет о совещании (Осло, Норвегия, 1–2 апреля 2009 г.). – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/132959/Oslo\\_report\\_rus.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/132959/Oslo_report_rus.pdf?ua=1).
17. Таллиннская хартия: системы здравоохранения для здоровья и благосостояния / Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения (Таллинн, Эстония, 25–27 июня 2008 г.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/88612/E91438R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/88612/E91438R.pdf).

18. Резюме предварительного доклада о ходе реализации положений Таллиннской хартии. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/147728/wd11R\\_InterimTallinnCharter\\_111359-las.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/147728/wd11R_InterimTallinnCharter_111359-las.pdf?ua=1).
19. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. – Женева : Всемирная организация здравоохранения, 2010 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/whr/2010/ru>.
20. Protecting pro-poor health services during financial crises: Lessons from experience. – Washington, DC : World Bank, 2009 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/ProtectingProPoorFC.pdf>.

### References

1. Saltman, R. B., & Figueras, J. (2000). *Reformy sistemy zdavoohraneniya v Evrope. Analiz sovremennyh strategij* [European health care reform: analysis of current strategies]. Moscow: Geotar Medicina [in Russian].
2. Kutzin, J., Cashin, C., & Jakab, M. (Eds.). (2011). *Reformy finansirovaniya zdavoohraneniya: opyt stran s perehodnoj ekonomikoj* [Health financing reforms: the experience of countries with economies in transition]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe [in Russian].
3. Mladovsky, P., Srivastava, D., Cylus, J., Karanikolos, M., Evetovits, T., Thomson, S., & McKee, M. (2012). *Mery, predusmatrivaemye v politike zdavoohraneniya v Evrope v otvet na finansovyy krizis* [The measures provided in health policy in Europe in response to the financial crisis]. Retrieved from [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/185056/e96643-final-Rus.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/185056/e96643-final-Rus.pdf) [in Russian].
4. Iefymenko, T. I. (Ed.). (2012). *Finansova systema nacional'noyi ekonomiky: problemy rozvytku ta upravlinnya zminamy* [The financial system of the national economy: problems of development and change management] (Vol. 3). Kyiv: Akademiya finansovoho upravlinnya [in Ukrainian].
5. Iefymenko, T. I., Gasanov, S. S., & Pavlyuk, K. V. (2011). Pro aktyvne seredn'ostrokove byudzhetuvannya [On the active medium term budgeting]. *Derzhavnyj byudzhet i byudzhetna stratehiya 2012–2014: stabilizaciya ta stalij rozvytok v umovakh reformuvannya ekonomiky Ukrainy* [State budget and fiscal strategy 2012-2014: stabilization and sustainable development in terms of reforming Ukraine's economy] (2nd ed., pp. 60-81). Kyiv: Akademiya finansovoho upravlinnya [in Ukrainian].
6. Pavlyuk, K. V. (2014). Tendenciya finansuvannya okhorony zdorov'ya u zarubiznykh krayinakh [Trends in health financing in foreign countries]. *Rehional'na biznes-ekonomika ta upravlinnya* [Regional Business Economics and Management], 1 (41), 95-104 [in Ukrainian].
7. Pavlyuk, K. V., & Stepanova, O. V. (2015). Decentralizaciya v systemi finansuvannya okhorony zdorov'ya [Decentralization in healthcare financing system]. *Finansy Ukrainy* [Finance of Ukraine], 4, 67-85 [in Ukrainian].
8. Kutzin, J. (2008). *Politika finansirovaniya zdavoohraneniya: rukovodstvo dlya lic, prinyimayushhikh resheniya* [Health financing policy: a guide for decision-makers]. Retrieved from [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/78873/E91422R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/78873/E91422R.pdf) [in Russian].
9. World Health Organization. (n. d.). *Global Health Expenditure Database*. Retrieved from <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>.

10. World Health Organization. (n. d.). *Global Health Observatory (GHO) data*. Retrieved from <http://www.who.int/gho/en/index.html>.
11. OECD. (n. d.). *Health Data 2012 – Frequently Requested Data*. Retrieved from <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSe>.
12. Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., & Kutzin, J. (2004). *Finansirovanie zdavoohraneniya: al'ternativy dlya Evropy* [Funding health care: options for Europe]. Moscow: Ves' mir [in Russian].
13. Chernenko, V., & Rudyj, V. (Eds.). (2002). *Dosvid krayin Yevropy u finansuvanni haluzi okhorony zdorov'ya. Uroky dlya Ukrainy* [The experience of European countries in financing health care. Lessons for Ukraine]. Kyiv: Akadempres [in Ukrainian].
14. Thomson, S., Foubister, T., & Mossialos, E. (2010). *Finansirovanie zdavoohraneniya v Evropejskom Soyuze: problemy i strategicheskie resheniya* [Health care financing in the European Union: challenges and strategic decisions]. Retrieved from [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0016/126025/e92469R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/126025/e92469R.pdf) [in Russian].
15. Reformuvannya systemy okhorony zdorov'ya v Ukraini: dosvid mizhnarodnykh ekspertiv [Health care reforms in Ukraine: the experience of international experts]. (2014, July 21). <http://www.apteka.ua>. Retrieved from <http://www.apteka.ua/article/298348> [in Ukrainian].
16. World Health Organization. (2009). *Ohrana zdorov'ya v usloviyah ekonomicheskogo krizisa: zadachi, stoyashhie pered Evropejskim regionom VOZ* [Health in times of economic crisis: implications for the WHO European Region]. Retrieved from [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/132959/Oslo\\_report\\_rus.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/132959/Oslo_report_rus.pdf?ua=1) [in Russian].
17. World Health Organization. (2008). *Tallinnskaya hartiya: sistemy zdavoohraneniya dlya zdorov'ya i blagosostoyaniya* [The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth]. Retrieved from [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/88612/E91438R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/88612/E91438R.pdf) [in Russian].
18. World Health Organization. (2011). *Rezyume predvaritel'nogo doklada o hode realizacii polozhenij Tallinnskoj hartii* [Summary prior to the implementation of the provisions of the Tallinn Charter report]. Retrieved from [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/147728/wd11R\\_InterimTallinnCharter\\_111359-las.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/147728/wd11R_InterimTallinnCharter_111359-las.pdf?ua=1) [in Russian].
19. World Health Organization. (2010). *Doklad o sostoyanii zdavoohraneniya v mire. Finansirovanie sistem zdavoohraneniya. Put' k vseobshhemu ohvatu naseleniya mediko-sanitarnoj pomoshh'yu* [Report on world health. Health systems financing. The path to universal coverage of health care populations]. Retrieved from <http://www.who.int/whr/2010/ru> [in Russian].
20. World Bank. (2009). *Protecting pro-poor health services during financial crises: Lessons from experience*. Retrieved from <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/ProtectingProPoorFC.pdf>.