

УДК 336.5

Троян В. Л.

Інститут демографії та соціальних досліджень Національної академії наук України

ДЕРЖАВНІ ВИДАТКИ НА ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: СВІТОВІ ТЕНДЕНЦІЇ ТА ВІТЧИЗНЯНИЙ ДОСВІД

Розглянуто стан та тенденції фінансового забезпечення охорони громадського здоров'я в Україні та розвинутих країнах світу. Охарактеризовано рівень державних видатків на фінансування даної сфери. Запропоновано напрями вдосконалення існуючої системи фінансування сфери охорони здоров'я України.

Ключові слова: людський розвиток, соціальні програми, охорона громадського здоров'я, фінансове забезпечення, державні видатки, фінансування охорони здоров'я.

Постановка проблеми. Сучасний світовий розвиток все більше орієнтується на забезпечення підвищення рівня людського розвитку як основи загального економічного зростання та запоруки стабільності суспільного прогресу. Невипадково розвинені країни світу інвестують значні кошти в людський розвиток та беруть участь у інноваційних проектах з метою забезпечення високого рівня освіти та здоров'я нації, врегулювання розподілу суспільних благ і послуг, допомоги соціально вразливим верствам населення тощо. Актуальним у зв'язку з цим вбачається дослідження загальних світових та вітчизняних тенденцій державного фінансового забезпечення охорони здоров'я населення як одного з вирішальних чинників формування стабільного економічного та соціального розвитку будь-якої країни.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Дослідженню теоретичних основ людського розвитку присвячені праці таких вчених, як Е. Лібанова, О. Грішнова, О. Макарова, О. Новікова та ін. У цих працях виявлено загальні тенденції розвитку концепції людського розвитку, особливості її впровадження в Україні. Теоретико-методологічні основи дослідження фінансової системи ринкової економіки та місця в ній державних видатків розробили Ш. Бланкарт, Дж. Б'юкенен, Дж. Стігліц та інші представники західної фінансової думки. У працях вітчизняних вчених В. Андрущенко, В. Гейця, І. Луїної та ін. розглядалися проблеми ефективності системи державних фінансів, напрями реформування вітчизняної фінансової системи. Питанням впливу видатків бюджету на розвиток людського капіталу присвячені публікації Н. Деевої, Г. Лопушняка, В. Новікова, Д. Полозенка та ін. Державні видатки в частині бюджетного інвестування сфери охорони здоров'я розглядали Л. Жаліло, Д. Карамішев, В. Лехан, З. Лободіна, В. Рудень та ін.

Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми. Разом з тим, незважаючи на проведені дослідження, на даний час не вирішено багато як теоретичних, так і практичних проблем, які стосуються державного фінансування соціальних видатків, у тому числі на охорону громадського здоров'я, недостатньо уваги приділено й питанням удосконалення фінансового забезпечення системи охорони здоров'я України в умовах складних системних трансформацій посилені демографічною кризою, що і зумовлює важливість теми дослідження.

Метою статті є дослідження фінансового забезпечення охорони громадського здоров'я, для чого здійснено аналіз державних видатків на фінансування сфери охорони здоров'я в Україні та світі, проведено співставлення відповідних показників, запропоновано напрями удосконалення існуючої системи фінансування сфери охорони здоров'я України.

Виклад основного матеріалу. Як відомо, з другої половини ХХ століття практично усі розвинуті країни світу почали стрімко нарощувати обсяги державного фінансування, насамперед, в людський розвиток та соціальну інфраструктуру: освітню сферу, систему охорони здоров'я, соціальне забезпечення громадян, допомогу за безробіттям, за віком, на випадок втрати працездатності та ін. І це не випадково, адже згідно з розрахунками, зробленими Світовим банком з метою оцінки основних складових національного багатства – людського капіталу, природного капіталу й відтворювального капіталу, людський капітал складає в цій структурі від 70 до 76% у країнах Західної Європи [1, с. 52].

Відтак, розподіл значної частини суспільних ресурсів на формування людського капіталу є характерним для сучасної бюджетної політики більшості розвинутих країн. Особливо стрімким зростанням державних видатків на соціальні програми виділяються такі країни, як Австралія, (де витрати за 1980-2009 рр. зросли з 10,3 до 17,8% ВВП), Туреччина (з 3,2 до 10,5%), Португалія (з 9,9 до 25,6%), Швейцарія (з 13,8 до 18,5%), Фінляндія (з 18,1 до 29,4%), Японія (з 10,4 до 22,4%), Греція (з 10,2 до 23,9%), Франція (з 20,8 до 32,1%), Італія (з 18,0 до 27,8%). Водночас в країнах з традиційно високими вартісними обсягами суспільних фондів споживання (Швеція, Норвегія) частка державних соціальних витрат у ВВП залишилась практично незмінною, а в Нідерландах навіть знизилась за вказаний період з 24,8 до 23,2% ВВП [2].

З-поміж факторів, які обумовили зростання державних видатків на соціальні програми, одним з головних є високий рівень внутрішньокраїнової соціальної поляризації, яку дотепер не вдається подолати навіть країнам з високим рівнем доходу. Так, за даними офіційної статистики, на сьогодні майже 80 млн. (16%) жителів Євросоюзу і близько 40 млн. (13,2%) жителів США проживають за межею бідності [3, с. 37]. На сьогодні, приміром, в Австралії і Великобританії доходи найбагатших 20% громадян перевищують доходи найбідніших 20% громадян майже у 10 разів, а у Новій Зеландії та Швейцарії – майже в 9 разів [4, с. 136].

Високий рівень внутрішньокраїнових асиметрій соціального розвитку вимагає великомасштабних державних витрат, спрямованих на їх пом'якшення й нівелювання соціальних антагонізмів у суспільстві. Зокрема, у Швеції в останні десятиліття саме ці заходи стали запорукою скорочення у 25 разів стократної різниці між сукупними доходами домашніх господарств найбагатшої 10%-ї групи населення і найбіднішої 10%-ї групи, яка не перевищує нині 5,4. В Австрії це співвідношення становить сьогодні 9,1, в Данії –

5,7, Фінляндії – 5,1, Італії – 6,2, Німеччині – 7,1, Франції – 9,1, Великобританії – 12,3, а в США – 16,6 [5, с.194].

Зазначимо, що в умовах розширення соціальних функцій сучасного суспільства, підпорядкування економічної політики завданням розвитку людини найзвичайно велика увага приділяється охороні здоров'я населення. І це закономірно, адже рівень громадського здоров'я є одним із найважливіших показників добробуту населення та чинників зростання й ефективності суспільного виробництва. Особливо велика увага охороні здоров'я населення приділяється у розвинутих країнах світу. Так, у 2010 р. сукупні витрати на охорону здоров'я у розрахунку на душу населення становили, для прикладу, у Норвегії 4156 євро, Швейцарії – 4068, Нідерландах – 3890, Данії – 3439 євро, при середньому значенні даного індикатора по ЄС – 2171 євро [6]. При цьому, незважаючи на всю різноманітність національних моделей забезпечення доступу до соціально значущих послуг та, зокрема, до медичного обслуговування, за 2000-2010 рр. у даних країнах в цілому спостерігалась загальна тенденція до зростання витрат на охорону здоров'я по відношенню до ВВП.

Державне фінансування відіграє надзвичайно важливу роль у забезпеченні функціонування даної сфери. Так, суспільні (здійснювані за рахунок державного бюджету й інших фондів, що перебувають у державному управлінні) витрати на сферу охорони здоров'я досягли в 2010 р. в складі джерел фінансування в країнах-членах ЄС майже три чверті всіх витрат на охорону здоров'я. Найвища їх частка в 2010 р. спостерігалась у Нідерландах (9,6% ВВП), Данії (9,5% ВВП), Франції (9,0% ВВП) та Німеччині (8,9% ВВП), найнижча – на Кіпрі (3,2% ВВП), Болгарії (4,0% ВВП) та Латвії (4,1% ВВП) [6]. Дані витрати включають у себе видатки на забезпечення медичного обслуговування (профілактичного і лікувального), діяльність у сфері планування сім'ї, організацію харчування, надзвичайну допомогу в галузі охорони здоров'я тощо.

На сьогоднішній день державний сектор є основним у фінансуванні сфери охорони здоров'я в усіх європейських країнах за винятком Кіпру. Так, в середньому по ЄС у 2010 р. на державне фінансування припадало 73% всіх видатків на охорону здоров'я, в тому числі більше, ніж 80% – у Нідерландах, Швеції, Норвегії, Люксембурзі, Великобританії та Чехії. Найнижчою часткою державного фінансування була на Кіпрі – 43%, Болгарії, Греції і Латвії – 55-60% [6]. Висока питома вага державних видатків у складі джерел ресурсного забезпечення сфери охорони здоров'я свідчить про соціалізацію даного сегменту сфери послуг, використання неринкових механізмів нормування доступу до благ, що продукуються цією сферою економіки, і, відповідно, – про визнання суспільством надзвичайної важливості цих благ й необхідності надання доступу до них якомога ширшим верствам населення, незалежно від їхньої платоспроможності.

Для України, яка останнім часом перебуває в умовах демографічної кризи та депопуляції населення, охорона здоров'я є важливим джерелом відтворення людського капіталу майбутніх поколінь. На даний час в країні спостерігається складна медико-демографічна ситуація, яка проявляється у низькій народжувальності порівняно з високим рівнем смертності, насамперед чоловіків працездатного віку, від'ємному природному прирості населення, а також високому рівні пошире-

ності хронічних неінфекційних захворювань, що значно впливають на тривалість життя, визначають інвалідизацію та передчасну смертність населення. Так, якщо очікувана тривалість життя при народженні в 26 країнах Європейського регіону, за даними ВООЗ, становить більше 75 років, в Україні вона лише у 2010 р. перевищила рівень 70 років. В країні тривають процеси старіння нації, збільшення в структурі населення осіб похилого віку, що пояснюється скороченням народжувальності при зростанні тривалості життя. Дані чинники обумовлюють об'єктивне зростання потреби у високоякісній та доступній медичній допомозі, вимагають адекватної відповіді з боку організації національної системи охорони здоров'я.

Відмітимо, що збільшення медичних потреб громадян України відбувалося на фоні зростання за 2005-2010 рр. загальних видатків на охорону здоров'я. Так, загальні витрати на охорону здоров'я в Україні становили: у 2005-2007 рр. – 6,4% ВВП, у 2008 р. – 6,7% ВВП, у 2009-2010 рр. – 7,8% ВВП. Однак, у 2011 р. спостерігалось зниження даного показника до 7,4% ВВП [7, с.7]. При цьому міжнародний досвід визначає, що оптимальний рівень витрат на охорону здоров'я має становити 8-10% ВВП. Щодо державних витрат на охорону здоров'я, то за 2003-2011 рр. у складі ресурсного забезпечення діяльності сфери охорони здоров'я їх обсяг коливався у межах 54,7- 61,5%.

Аналіз структури загальних витрат на охорону здоров'я за джерелами фінансування в Україні свідчить, що основними з них на даний час є: державні (суспільні) кошти, які включають Зведений бюджет і соціальне страхування; приватні кошти домогосподарств, роботодавців, некомерційних організацій, що обслуговують домогосподарства; кошти іншого світу – кошти міжнародних донорських організацій, спрямованих на охорону здоров'я. Слід зазначити, що протягом 2003-2007 рр. частка суспільних ресурсів у фінансуванні охорони здоров'я щорічно збільшувалась від 58% у 2003 р. до 61,5% у 2007 р., у 2008 р. вона зменшилась до 57,2%, а у 2009-2011 рр. складала 55-56%. Частка приватних ресурсів у фінансуванні охорони здоров'я зменшувалась упродовж 2003-2007 рр. з 41,5% до 38,2%, протягом же наступних чотирьох років спостерігалось її зростання. У 2011 р. частка приватних ресурсів становила 44,4% загальних витрат [7, с. 9].

На сьогодні держава фінансує систему охорони здоров'я України виходячи з економічних можливостей. Її витрати, як засвідчує проведений аналіз, є нижчими за середній їх рівень по країнах ЄС. Що стосується приватних витрат, які сягають останніми роками майже 45% загальних витрат, то їх рівень є вищим за відповідний показник у європейських країнах, Японії, Канаді та наближається до частки такого фінансування у США – країні з приватною моделлю фінансового забезпечення охорони здоров'я. Отже, є підстави стверджувати, що бюджетна модель організації й фінансування охорони здоров'я, яка дісталася нашій державі у спадок від існуючої у СРСР моделі Семашка, фактично трансформується в систему, що поєднує суспільні і приватні джерела фінансування.

Не можна оминати увагою факт, що незважаючи на збільшення в останні роки загальних витрат на охорону здоров'я, їх розмір у душовому вимірі залишається дуже низьким, що зумовлює зростання частки особистих витрат населення (як офіційних, так і не офіційних) й заміщення без-

оплатної медичної допомоги платною. Так, для прикладу, якщо на лікування середньостатистичного громадянина США витрачається на рік 3,5 тис., а на європейця – 2 тис., то в Україні – лише 50-80 доларів США, при тому що за кількістю лікарів Україна лідирує в світі [8, с. 51].

Враховуючи суттєвий рівень стратифікації населення України за рівнем його доходів, зрозумілі труднощі, що постають перед населенням і особливо малозабезпеченим, у його доступності до медичних послуг, а відтак в охороні його здоров'я. Статистика свідчить, що небезпека виникнення хронічних неінфекційних хвороб у групах з низьким прибутком є приблизно вдвічі більшою, ніж у групах з високим рівнем доходу. Отже, медичні послуги для того, щоб бути доступними широким верствам неплатоспроможного населення України, повинні бути, принаймні у середньостроковій перспективі, безкоштовними і, відповідно, фінансуватися за рахунок державного бюджету.

Разом з тим, такий підхід несе ризик негативного впливу на стан державних фінансів, який за сучасних умов характеризується значним дефіцитом, у зв'язку з чим потенціал додаткових ресурсів для сфери охорони здоров'я необхідно шукати у можливостях реформування діючої схеми її фінансування. Зокрема, висловлюється думка щодо переходу до моделі охорони здоров'я, заснованої на фінансуванні з державного бюджету (за рахунок загального оподаткування), та/або до моделі (централізована модель) охорони здоров'я, яка заснована на медичному страхуванні [7, с. 7]. Ряд фахівців вважає, що існує «необхідність якнайшвидшого переходу з бюджетного на бюджетно-страхове фінансування сфери охорони здоров'я» [8, с. 51].

Виходячи з існуючих реалій, функціонування соціально-економічної системи України в цілому, а також сформованих особливостей сфери охорони здоров'я зокрема доцільним вбачається формування багаторівневої моделі фінансування охорони здоров'я. Остання повинна включати: державне фінансування, обов'язкове медичне страхування, добровільне медичне страхування, плату споживачів медичних послуг, власні кошти медичних закладів від фінансово-економічної діяльності, благодійні внески, програми міжнародних органі-

зацій тощо. Обов'язкове державне соціальне медичне страхування необхідно розглядати як базову ланку даної моделі, перспективи розвитку якої безпосередньо визначаються політикою розподілу доходів, рівнем стратифікації населення за їх доходами, медично-демографічною ситуацією в країні тощо.

Обов'язкове медичне страхування – наступна ланка, що передбачає отримання громадянами більш широкого переліку медичних послуг за рахунок розвитку ринку страхових послуг, оптимізації відносин страхових компаній і медичних установ в питаннях визначення якості та цін на медичні послуги, формування механізмів відповідного контролю з боку держави. Третя ланка – добровільне медичне страхування та платні медичні послуги, що надають можливість отримання медичних послуг найвищих стандартів щодо їх обсягу та якості. За умов реалізації даної багаторівневої моделі фінансування сфери охорони здоров'я при збереженні соціально прийнятної обсягу державних гарантій в Україні може бути забезпечений рівний та справедливий доступ членів суспільства до медичних послуг.

Висновки і пропозиції. Відповідно до сучасних тенденцій розширення соціальних функцій суспільства, підпорядкування економічної політики завданням розвитку людини фінансування системи охорони здоров'я населення має відбуватися в рамках загальноприйнятих принципів соціальної рівності, справедливості та солідарності. Саме такий підхід при організації та наданні послуг даної сфери дозволив розвинути країнам досягти високих показників стану здоров'я своїх громадян. Для України, яка сьогодні перебуває в умовах складних системних трансформацій, посилення демографічної кризи, удосконалення існуючих механізмів фінансування системи охорони здоров'я є надзвичайно важливим завданням. Основний вектор перетворень з огляду на дефіцит державних фінансів повинен зосереджуватися у напрямі розбудови багаторівневої моделі фінансування охорони здоров'я, яка може розглядатися як засіб удосконалення фінансування за рахунок залучення додаткових ресурсів згідно з вимогами до посилення соціальної спрямованості соціально-економічного розвитку країни.

Список літератури:

1. Социальные источники экономического развития / [отв. ред. Ф.Э. Бурджаков]. – М. : ИМЭМО РАН, 2005. – 130 с.
2. Social Expenditures Database // http://www.oecd.org/document/9/0,3746,en_2649_34637_38141385_1_1_1_1,00.html.
3. Иванов Н. Глобализация и бедность / Н. Иванов, Н. Гоффе, Г. Мунусова // Международная экономика и международные отношения. – 2010. – № 9. – С. 29-42.
4. Human Development Report 2010 – 20th Anniversary Edition: The Real Wealth of Nations: Pathways to Human Development. – New-York : UNDP, 2010. – 244 p.
5. Human Development Report 2002: Deepening democracy in a fragmented world. – New-York : UNDP, 2002. – 292 p.
6. OECD (2012), Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing // <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>.
7. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2011 році [Електронний ресурс] / Державний комітет статистики України. – Київ, 2013. – Режим доступу : http://ukrstat.org/uk/druk/katalog/kat_u/publnasel_u.htm.
8. Пенькова О.Г. Вибір моделі фінансування галузі охорони здоров'я / О.Г. Пенькова // Актуальні питання сучасної економіки (23 грудня 2011 р.) : матеріали III Всеукраїнської наукової конференції. – Умань : Видавець «Сочинський», 2011. – Ч. 2. – С. 50-51.

Троян В. Л.

Институт демографии и социальных исследований Национальной академии наук Украины

**ГОСУДАРСТВЕННЫЕ РАСХОДЫ НА ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:
МИРОВЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ОПЫТ**

Резюме

Рассмотрено состояние и тенденции финансового обеспечения охраны общественного здоровья в Украине и развитых странах мира. Охарактеризован уровень государственных расходов на финансирование данной сферы. Предложены направления по усовершенствованию действующей системы финансирования здравоохранения Украины.

Ключевые слова: развитие человека, социальные программы, охрана общественного здоровья, финансовое обеспечение, государственные расходы, финансирование здравоохранения.

Troyan V. L.

Institute of Demography and Social Studies National Academy of Sciences of Ukraine

**PUBLIC EXPENDITURE ON HEALTH CARE FINANCING:
GLOBAL TRENDS AND NATIONAL EXPERIENCE**

Summary

The state and trends of the financial provision of public health in Ukraine and in developed countries are reviewed. The level of public spending on funding of this sector are describes. The ways of improvement in the existing system of health financing in Ukraine are proposed.

Key words: human development, social program, public health, financial support, public expenditure, health care financing.