

УДК 336.1; 336.2; 336.5

Т. К. Кваша,

н. с., Державна установа "Інститут економіки та прогнозування НАН України"

DOI: 10.32702/2306-6806.2018.12.89

ІНСТРУМЕНТИ ЗМЕНШЕННЯ ТИСКУ НА БЮДЖЕТ ПРОЦЕСІВ СТАРІННЯ НАСЕЛЕННЯ

Т. Kvasha,

researcher of State Organization, "Institute for Economics and Forecasting, Ukrainian National Academy of Sciences"

THE REDUCE PRESSURE ON THE BUDGET INSTRUMENTS OF THE AGEING POPULATION PROCESSES

Державні фінанси на сьогодні знаходяться під значним тиском витрат на охорону здоров'я внаслідок низки факторів: старіння населення, технологічних досягнень у медичній сфері, зростання доходів населення та політики в галузі охорони здоров'я. За відсутності компенсації збільшених витрат на охорону здоров'я підвищенням податків або скороченням інших витрат це збільшить дефіцит бюджету та підвищить державний борг.

Роботу присвячено вивченню досвіду розвинених країн щодо застосованих інструментів із досягнення стійкості державних бюджетів: з боку пропозиції (на макро- та на мікрорівні) і з боку попиту. Висновки — ефективні інструменти поєднують у собі заходи на макро- та мікрорівні. На макрорівні потужними інструментами були бюджетні обмеження та контроль за витратами регіональних та місцевих органів влади. На мікрорівні — це збільшення можливості пацієнта у виборі страховика та постачальника, підвищення ефективності витрат.

При незмінній політиці витрати на охорону здоров'я продовжуватимуть зростати. Якщо у минулому збільшення витрат на здоров'я значною мірою компенсувалося скороченням видатків за іншими статтями, то у майбутньому більш значну роль відіграватимуть заходи з підвищення оподаткування, підвищення ефективності витрат, зростання рівня зайнятості, підвищення пенсійного віку.

The public finances are under significant pressure on healthcare spending due to the effects of an ageing population and further upward pressure from factors such as technological advancements, income growth and health policies. The literature has identified these factors as the key factors behind rising public spending-to-GDP ratios. The fiscal challenge is common to many developed nations. In the absence of offsetting tax rises or spending cuts this would widen budget deficits over time and put public sector net debt on an unsustainable upward trajectory.

Health care reform is critical for fiscal sustainability now. In this context, this paper in line with developed countries experiences: (1) presents the reform instruments for reduce public health care spending into three categories: macro constraints on available resources, micro reforms to improve efficiency, and demand-side reforms, (2) presents project future public health spending and other instruments for reduce public health care spending.

Macro-level instruments are budget caps, the regulating the volume of either inputs into or outputs from the health care system, price controls. Micro-level instruments are public management and coordination, contracting and market mechanisms. Demand-side reforms include policies intended to increase the share of health care costs borne by patients.

The key conclusions: budget caps and central oversight (among macro instruments), increasing patient choice of insurers and management and contracting reforms (among micro-level instruments), expanding private insurance and increasing the level of cost sharing (among demand-side instruments) are powerful tools for reducing spending growth.

Project future public health spending — public debt ratios from higher health spending and demographic change requires the median developed countries government to raise primary revenue by 6% percentage points of GDP by 2060. In the past, increased spending on health and pensions has been largely offset by a reduction in expenditures in other areas, such as in defense and interest payments. In future the scaling back distortionary tax expenditures, the further increases in medical services efficiency and further increases in the state pension age should help reduce pressures on the state finances.

Ключові слова: бюджетна консолідація, демографічні виклики, старіння населення, державні витрати на охорону здоров'я.

Key words: budget consolidation, demographic challenges, aging population, public health expenditures.

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ ТА ЇЇ ЗВ'ЯЗОК ІЗ ВАЖЛИВИМИ НАУКОВИМИ ЧИ ПРАКТИЧНИМИ ЗАВДАННЯМИ

У всіх розвинених країнах державні видатки як частка ВВП зросли за останні три — чотири десятиліття. Одним з найбільш вагомих чинників цього є старіння населення та зростання витрат на охорону здоров'я. В умовах зростання витрат державного бюджету України на охорону здоров'я, наявності суттєвих диспропорцій у системі державних фінансів, погіршення економічної та демографічної ситуації виникає необхідність розроблення заходів для досягнення довгострокової стійкості бюджетної системи в нашій країні. Тому вивчення досвіду інших країн щодо підходів до вирішення подібних завдань є необхідною умовою успішності такої роботи. Актуальність цього питання підкреслюється завданнями, які поставлені Урядом

Україні щодо запровадження повноцінної системи державного планування та прогнозування державного бюджету відповідно до Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом та врахування всіх аспектів впливу на доходи та видатки державного бюджету.

АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ПУБЛІКАЦІЙ

Велика кількість статей присвячена аналізу досвіду різних країн із проведення реформ для досягнення фіскальної стійкості — це аналіз політичних рішень щодо досягнення фіскальної стійкості у кризовий чи посткризовий період [1; 2], політика Євросоюзу, Японії із запобігання впливу старіння населення на фіскальну стійкість [3; 4], проведення пенсійної реформи для зменшення дефіциту бюджету у країнах Європи, розвинених країнах, країнах, що розвиваються [5; 6] тощо.

В українській науковій літературі певний внесок у розробку питань аналізу ризиків та стійкості сектору загального державного управління зробили вітчизняні вчені: В.П.Кудряшов, І.О.Луїна, І.І.Уманський [7—10]. Аналізу досвіду інших країн із досягнення фінансової стійкості торкалися у своїх роботах Онуфрійчук О.П. (забезпечення стійкості державних фінансів в державах Єврозони), Шевчук В.О. (огляд фінансової політики під час фінансової кризи 2008—2009 рр.), Ріппа М.Б. (модернізація пенсійних систем), Зайчикова В. (визначення сучасних фінансових інструментів та заходів бюджетної політики, які застосовувалися в країнах ОЕСР в умовах фінансової нестабільності у 2009—2013 рр.) [11—14].

Однак публікації в Україні із досвіду зарубіжних країн щодо здійснення заходів із фінансової консолідації для зменшення тиску витрат на охорону здоров'я на державні фінанси через старіння населення відсутні.

ЦІЛЬ ДОСЛІДЖЕННЯ

Вивчення зарубіжного досвіду проведення фінансової консолідації у відповідь на демографічні виклики з метою визначення найбільш ефективних.

ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ

Державні видатки як частка ВВП зросли практично у всіх розвинених країнах за останні три-чотири десятиліття. Постійне збільшення витрат на охорону здоров'я потребує збільшення доходів або за рахунок нових джерел надходжень, або за рахунок скорочення інших статей бюджету, або збільшення дефіциту бюджету та відповідного зростання державного боргу.

У 2016 році глобальний борг досяг нового рекордно високого рівня у 225 відсотків світового ВВП. Високий рівень боргу робить державні фінанси вразливими по відношенню до змін настроїв ринку та обмежує здатність урядів надавати підтримку економіці в разі спаду або фінансової кризи.

Довгострокові прогнози щодо державних витрат та доходів показують, що державний борг у розвинених країнах при незмінній політиці зростатиме і у подальшому в основному через старіння населення та зростання тиску витрат, перш за все, на охорону здоров'я.

Тому старіння, технології та політику в галузі охорони здоров'я визначено ключовими факторами зростання співвідношення державних витрат до ВВП.

З боку попиту витрати на охорону здоров'я зростають внаслідок того, що літні люди споживають в середньому більше медичних послуг, ніж молоді. З боку пропозиції технологічні зміни розширили сферу медичних можливостей, вдосконалили методи лікування та діагностики, поліпшили їх якість, що сприяло росту вартості медичних послуг. Витрати на охорону здоров'я зростають ще й через порівняно низький рівень продуктивності послуг по відношенню до інших секторів економіки (так званий ефект Баумоля¹).

У середньому приблизно лише одна чверть приросту співвідношення державних витрат до ВВП пояснюється змінами у віковому розподілі населення ("старіння"). Решта, відома як надмірне зростання вартості (НЗВ), обумовлено сукупним впливом недемографічних чинників — зростання доходів, технологічні досягнення, ефект Баумоля та політика в галузі охорони здоров'я. Ще одним чинником зростання витрат є значна неефективність використання коштів. Хоча більші витрати можуть поліпшити їх ефективність, однак для досягнення цього витрати на охорону здоров'я мають зрости на 30%. Тому ставиться завдання віднайти заходи для підвищення ефективності витрат без збільшення обсягів витрат.

¹ Ефект Ваумол стосується збільшення витрат на одиницю робочої сили в секторах, де важко досягти підвищення продуктивності праці, як правило, у сфері послуг. Оскільки заробітна плата зростає в цих секторах відповідно до загальноекономічних тенденцій, а продуктивність не зростає, витрати на одиницю робочої сили зростають у відносному вираженні.

² Розвинені країни — це Канада; Фінляндія; Німеччина; Італія; Нідерланди; Швеція; Велика Британія; США.

У багатьох країнах почали здійснювати реформи охорони здоров'я. До 2010 р. у розвинених країнах² ці реформи здійснювалися на макро- та мікрорівні таким чином [15]:

I. На макроекономічному рівні:

— встановлювалися бюджетні обмеження на загальні витрати на охорону здоров'я або на окремі складові, такі як лікарні або лікарські препарати. Приклади включають також ліміти бюджетів для лікарень або ліміти витрат для лікарів-терапевтів;

— обмеження пропозиції — тут основна увага приділялася регулюванню входів або виходів із системи охорони здоров'я. Контроль за входом включав обмеження на вступ до медичних коледжів, визначення позитивних списків лікарських засобів або нормування високотехнологічного капітального обладнання. Контроль за виходом включав вилучення певних процедур, таких як тести на очі та стоматологічне лікування;

— контроль цін — включав в себе контроль заробітної плати для фахівців охорони здоров'я, регулювання цін на фармацевтичні продукти та контроль за цінами на конкретні методи лікування.

II. На мікрорівні:

— реформи організаційних механізмів з метою зменшення витрат шляхом покращення координації, узгодженості відповідальності та підзвітності, скорочення дублювання або надмірності. Приклади — скасування управлінських рівнів, децентралізація функцій системи охорони здоров'я та впровадження системи лікаря первинної медичної допомоги, коли один лікар керує послугами охорони здоров'я пацієнта, координує направлення на середній та третій рівні та допомагає контролювати витрати на охорону здоров'я шляхом відстеження непотрібних послуг (схема гейтвектування);

— договір оплати послуг медичного персоналу, як один з найважливіших чинників, що впливає на ефективність витрат на охорону здоров'я на мікрорівні. Існує багато способів оплати лікарів, лікарень та інших провайдерів, але три найбільш загальних способи включають: (i) фіксована заробітна плата або бюджет; (ii) оплата за конкретним чинником, наприклад, на душу населення; і (iii) плата за надані послуги;

— ринкові механізми спрямовані на покращення ефективності на мікрорівні та / або на контроль за витратами. Ці реформи діють не стільки на пропозицію, скільки на зв'язок між попитом та пропозицією. Приклади включають створення внутрішніх ринків (наприклад, де лікарі первинної медичної допомоги купують послуги у лікарнях), відокремлюючи покушку медичних послуг від надання (таким чином, забезпечуючи конкуренцію між постачальниками) та сприяючи вибору пацієнтів (наприклад, якщо пацієнти можуть вибирати серед первинної медичної допомоги провайдера та лікарню).

III. Реформи попиту на послуги охорони здоров'я.

Ці реформи включають політику, спрямовану на збільшення частки витрат на охорону здоров'я, що покриваються пацієнтами, часто з метою уникнення надмірного споживання окремих медичних послуг. Двома важливими проблемами цих реформ є рівень співвідношення витрат пацієнтів (це може бути у формі одноразової або відсоткової суми виплат) та податковий режим приватного медичного страхування.

РЕЗУЛЬТАТИ

Уряди часто застосовували заходи на макрорівні (наприклад, обмеження бюджету, регулювання входів та виходів та контроль цін на ресурси і медичні послуги) для стримування витрат на охорону здоров'я, як частину більш широких зусиль з фінансової стійкості. Хоча ці реформи спочатку були ефективними, у подальшому вони сприяли пе-

ренесенню витрат на неконтрольовані заходи, або призводили до небажаних побічних ефектів (наприклад, зросли списки очікування на істотні процедури).

Багато країн звернулися до реформ на мікрорівні, які спрямовані не лише на стримування витрат, але й на підвищення ефективності та якості наданих медичних послуг. Реформи включали покращення організаційних та координаційних механізмів між різними частинами системи охорони здоров'я, оплату послуг постачальників на основі контрактів, а також більш широке використання ринкових механізмів, направлених на вибір покупця та пацієнта. З боку попиту найвизначнішою реформою було збільшення розподілу витрат.

Економетричні результати показали, що істотно скорочення витрат на охорону здоров'я було отримано за рахунок розширення ринкових механізмів (-0.50), поліпшення управління та координації державного сектору (-0.30) та посилення бюджетних обмежень (-0.24) — у цілому не менше 1.0% середньої вартості. Деякі заходи були неефективними, наприклад, контроль над цінами (+0.11). Нижче наводиться детальний аналіз впливу конкретних реформ на витрати на охорону здоров'я на основі аналізу політики в різних країнах [15].

Макрорівень

Бюджетні обмеження та контроль були ефективними для зменшення темпів зростання витрат. Згідно з економетричним аналізом, сукупний ефект від зменшення витрат бюджету на медичне обслуговування або закупівлю дорогоцінного обладнання зменшило зростання надмірних витрат на 1/4 в. п. Цей висновок підтвердився фактичними результатами: у 19 епізодах (у 13 країнах), в яких було запроваджено обмеження бюджету, збільшення співвідношення витрат до ВВП суттєво уповільнилось, в той же час, витрати в країнах без введення подібних обмежень продовжували зростати. Бюджетні обмеження зазвичай застосовувалися до або протягом періодів більш широкої бюджетної стійкості. Але бюджетні урізування могли мати негативні наслідки: обмежувалася доступ до медичної допомоги або зростала несправедливість. Наприклад, збільшувався час очікування хірургії в Канаді, Швеції та Великобританії, багаті домашні господарства могли обходити списки очікування шляхом придбання приватного медичного обслуговування.

Бюджетні обмеження були найбільш ефективними при застосуванні до загальних витрат на охорону здоров'я. Часткові бюджетні обмеження (наприклад, лише для витрат на стаціонарне лікування), могли призвести до збільшення витрат у районах, які не контролювалися. У Нідерландах часткові обмеження бюджету на стаціонарну допомогу було доповнено подальшими реформами із впровадження моделі керованої медичної допомоги; в Італії часткові обмеження щодо капіталовкладень виявилися неефективними. У Фінляндії впровадження фіксованих трансфертів муніципалітетам було успішним щодо витрат на стаціонарне лікування. Проте вони були компенсовані вищими витратами на фармацевтичну промисловість, більша частина яких була профінансована з іншого джерела і не підлягала переоцінці.

Обмеження пропозиції медичних послуг, наприклад, шляхом запровадження регуляторного контролю на роботу силу та обладнання, зменшило надмірне зростання вартості лише незначно (менше 0,1 відсотка). На практиці обмеження на постачання часто поєднувалося з бюджетними обмеженнями, як спосіб стримування витрат. Обмеження на постачання були використані в Канаді (закриття лікарень, злиття та зменшення кількості ліжок), Фінляндії (скорочення кількості лікарняних ліжок), Німеччині (виключення неефективних процедур та формування позитивних списків лікарських засобів), Італії (позитивний перелік фармацевтичних препаратів) та Нідерландах (вилучення певних процедур).

З іншого боку, контроль за цінами виявився неефективним, а введення цих заходів фактично сприяло надмірному зростанню вартості. Контроль за цінами здійснювався у тих країнах, де державний сектор уклав контракти з приватним сектором для надання послуг, — Канада (регульована плата лікарів), Німеччина та Нідерланди (цінові стандарти для фармацевтики).

Поєднання заходів із регулювання цін та обсягів медичних послуг призвело до відповідних дій постачальників, які обходили або компенсували контроль шляхом збільшення обсягів послуг або спрямовування пацієнтів на більш високі витрати.

У Німеччині зменшення витрат на фармакологічні препарати було недовговічним, оскільки фармацевтичні компанії направили свої зусилля на те, аби витрати на фармацевтичну промисловість не зменшувались. Натомість у Нідерландах реальні витрати на фармацевтичну продукцію на душу населення скоротилися протягом п'яти років.

Останнім часом уряди намагалися використовувати оцінку ефективності витрат для визначити методів лікування, які повинні фінансуватися за рахунок державних коштів. Багато країн (Австралія, Фінляндія, Нідерланди, Швеція та Велика Британія) створили державні органи, які оцінювали економічну ефективність нових та існуючих технологій. У Сполучених Штатах офіційний аналіз економічної ефективності не використовувався для прийняття державних рішень про відшкодування, але було здійснено порівняльне дослідження ефективності під час реформи системи охорони здоров'я 2010 року.

Реформи на мікрорівні

Децентралізація державного управління та застосування інструменту укладання контрактів. Більш широке залучення субнаціональних урядів до ключових рішень у сфері охорони здоров'я зменшувало зростання витрат за умови встановлення центрального нагляду. Згідно з економетричним аналізом, збільшення участі місцевих і регіональних урядів у ключових рішеннях щодо охорони здоров'я зменшило зростання надмірних витрат на 0,30 в.п. Однак цей вплив був меншим, якщо контроль був відсутній, що свідчить про необхідність проведення перевірок та контролю витрат у децентралізованих системах. Приклади успіху щодо досягнення ефективності децентралізації за умови наявності контролю — це Канада і Швеція, менший ефект фіксувався в Іспанії, де був відносно слабкий нагляд.

Вплив інших державних заходів був неоднозначним. Зміни гейтвектування мали невеликий вплив на зростання вартості. Стимули до зменшення обсягів наданих послуг та делегування частини послуг страховикам пов'язані із більш суттєвими збільшеннями витрат.

У сукупності реформи управління та укладання контрактів допомогли уповільнити зростання витрат. У багатьох випадках це пов'язано із нововведеннями в контрактах. У Сполучених Штатах основною зміною у цій сфері було прийняття керованого догляду³. Платежі за конкретну послугу застосовувалися у Фінляндії, Німеччині, Італії та Великобританії.

Однак такі заходи були менш ефективними, якщо постачальники впливали на кількість необхідних послуг. Деякі країни перейшли від оплати постачальнику на основі витрат на перспективну оплату або перспективні бюджети, часто як частину сукупного бюджетного контролю (Фінляндія та Швеція). Перспективні бюджети стримували витрати, забезпечуючи жорсткі бюджетні обмеження на основі прогнозованого попиту та середніх витрат на одного пацієнта або одну послугу.

Ринкові механізми. Збільшення можливості вибору постачальника та страховика, приватного забезпечення та здатність страховиків конкурувати зменшили надмірне зростання вартості на близько 1/2 в.п.

³ Керований догляд — це загальний термін сфери охорони здоров'я, який прагне впливати на тип або обсяг допомоги, який їхні учасники отримують. На відміну від традиційних платежів на основі страхування, вони, як правило, мають детальні договірні або трудові відносини з постачальниками конкретних медичних послуг.

Зростання витрат на охорону здоров'я, як частка ВВП, сповільнювалося після реформ, які збільшували кількість ринкових механізмів. Реформи, орієнтовані на ринок, мали бути ретельно розроблені для стримування росту вартості. Італія, Швеція та Великобританія відокремили роль уряду у сфері придбання та надання медичних послуг. Ці заходи дозволили більш активно укладати договори про надання медичних послуг від провайдерів первинної медичної допомоги. Великобританія та Швеція дозволили збільшити конкуренцію між лікарнями, щоб поліпшити ефективність, але дані двох експериментів неоднозначні. У Великобританії є ознаки того, що лікарі первинної медичної допомоги, які надають послуги з охорони здоров'я від конкуруючих лікарень, були більш успішними у контролі за витратами, однак є мало доказів поліпшення результатів лікарень. Впровадження конкуренції в Швеції поряд із запровадженням методів оплати за методом випадків (DRG) спочатку збільшувало обсяги лікарняної допомоги та збільшувало витрати. Для подолання цих ефектів були зменшені ставки DRG та встановлені штрафи для провайдерів. Швеція також запровадила плату муніципалітетам, які не були готові до прийому вилікуваних лікарняних пацієнтів, і це було ефективним у зменшенні кількості хворих, які лікуються в лікарнях і яким потрібна довгострокова допомога, на відміну від будинків для престарілих.

Реформи з боку попиту.

Розширення використання додаткового та приватного страхування мало стримуючий вплив на зростання надмірних витрат (-0, 10 процентних пунктів). Дослідження подій про 17 реформ, які збільшили рівень витрат, свідчать про те, що вони успішно сповільнювали зростання витрат на охорону здоров'я відносно ВВП приблизно через рік після реформи, однак це зменшення було нівельовано подальшими збільшеннями.

Інші реформи щодо попиту включали скасування податкових відрахувань на медичні витрати, як у Фінляндії. Розмір цих податкових витрат міг бути великим і найчастіше вигідним для багатих. Ця проблема існує і в США, де ці вигоди досягають 2 відсотків ВВП.

Уряді країн існують податкові субсидії для приватного страхування. Розмір цих субсидій невеликий завдяки переважній ролі державного сектора у фінансуванні системи охорони здоров'я в більшості країн.

Політика реформ зі сторони попиту може спричинити загрозу рівності та доступності. Швеція та Фінляндія застосували цей інструмент, надаючи більше повноважень у витратах на медичні послуги нижчим рівням влади. Однак це призводило до обмеження рівності та доступу бідних до медичних послуг. Для вирішення проблеми можна оцінювати співвідношення витрат і доходів або медичних витрат з економічною ефективністю, звільняти від розподілу витрат хронічні захворювання [16—18].

Інші результати. Постійний моніторинг та постійне вдосконалення реформ є необхідними інструментами, оскільки гравці адаптуються до правил гри та знаходять шляхи до їх усунення.

Покращення використання інформаційних технологій в галузі охорони здоров'я (ІТ) може допомогти підвищити її ефективність. Використання ІТ відрізняється за країнами і може, наприклад, посилити епідеміологію за хворобами, зменшити кількість лікарських помилок та зменшити дублювання служб [19]. Регулярна профілактика може сприяти зменшенню витрат на охорону здоров'я.

Результати охорони здоров'я залежать й від інших чинників — доходів та поведінки людей. Хоча уряди можуть відігравати важливу роль у регулюванні поведінки і сприяти поліпшенню результатів медичного обслуговування (куріння, алкоголь, дієта, фізичні вправи, водіння тощо), ринкові механізми також можуть відігравати свою роль. Наприклад, прив'язка розподілу витрат або страхових премій до проведення регулярних перевірок може посилити превентивний підхід до охорони здоров'я.

Під час проведення реформ у галузі охорони здоров'я слід забезпечувати доступ до основних медичних послуг

бідних. Країни з меншим розподілом якості надання медичних послуг мають кращі сукупні результати, що свідчить про те, що поліпшення обслуговування найбідніших верств населення може бути ефективним способом поліпшення загального здоров'я населення.

У 2011—2013 рр. бюджетна консолідація щодо зменшення витрат на охорону здоров'я в країнах ОЕСР представляла собою такі заходи:

— зменшення трансфертів на охорону здоров'я, який обрали 18 країн з 30;

— зменшення витрат на охорону здоров'я здійснили майже половина країн. Забезпечили значну економію витрат Бельгія та Туреччина;

— зменшення фармакологічних витрат обрали 5 країн — Туреччина знизил маржу цін на ліки з 80% до 66%, а Греція скоротила витрати на фармацевтичні видатки (на 0,9% ВВП у 2011 році).

У довгостроковій моделі прогнозування державних витрат, старіння населення продовжуватиме становити значний тиск на громадські фінанси країн ОЕСР. З одного боку, старіння населення викликати зростання державних витрат на охорону здоров'я (включаючи соціальний захист) та пенсії, які вже становлять від 1/3 до 1/2 первинних витрат у країнах ОЕСР. З другого боку, зростатиме вплив демографічних чинників (збільшення відносних витрат на охорону здоров'я через технологічні досягнення, зростання доходів населення), які стали більш значимими факторами в минулому, і, ймовірно, залишатимуться важливими чинниками витрат в майбутньому. Головний висновок — при "незмінній політиці" витрати на охорону здоров'я збільшуватимуться.

ВИСНОВКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ДОСЛІДЖЕНЬ

— Ефективні реформи поєднують у собі інструменти на макро- та мікрорівні — зменшення витрат та підвищення їх ефективності.

— Серед макроінструментів потужними інструментами були бюджетні обмеження та контроль за витратами регіональних та місцевих органів влади.

— Серед інструментів на мікрорівні — це ринкові механізми, а саме — збільшення можливості пацієнта у виборі страховика та постачальника, що дозволяє збільшити конкуренцію між страховиками та постачальниками; укладання контрактів, наприклад, перехід на оплату, яка здійснюється на основі випадків надання послуг, що сприяє підвищенню ефективності витрат.

— Контроль за цінами є одним із менш успішних підходів до зменшення витрат на охорону здоров'я. Ці заходи контролю часто викликали відповідні дії постачальників, такі як збільшення обсягів послуг або спрямовування пацієнтів на послуги з високою вартістю.

Крім того, деякі типи державного управління, реформи контрактів та реформи ринкових механізмів не були ефективними. Зокрема збільшення масштабів прийняття ключових рішень на рівні страховиків, надання більшої інформації користувачам про якість та ціну послуг охорони здоров'я, а також стимули до зменшення обсягів наданих послуг, призвели до підвищення витрат. Тим не менш, ці реформи можуть бути ефективними з точки зору підвищення якості медичної допомоги.

У минулому збільшення витрат на здоров'я та пенсії значною мірою компенсувалося скороченням видатків за іншими статтями. У майбутньому більш значну роль відіграватимуть заходи з оподаткування [20] (у середньому на 6 $\frac{1}{2}$ в.п. ВВП), зростання рівня зайнятості та підвищення пенсійного віку [21].

Подальші дослідження мають бути направлені на визначення найбільш ефективних податкових заходів для проведення фіскальної консолідації.

Література:

1. Romer C. Fiscal Policy in the Crisis: Lessons and Implications / C. Romer. — University of California, Berkeley, 2012. — 29 pp.

2. Cottarelli C. Post-Crisis Fiscal Policy / C. Cottarelli, P. Gerson, A. Senhadji, eds. — Cambridge, MA: MIT Press, 2014. — 576 pp.

3. Roeger Werner Ageing and Fiscal Sustainability in Europe / Werner Roeger // Fiscal Sustainability: Workshops on Public Finance — Perugia, 20—22 January 2000.

4. Jones R. Ensuring fiscal sustainability in Japan in the context of a shrinking and aging population / R. Jones and K. Fukawa. — Paris, France: OECD Publishing, 2017. — 55 p.

5. Domonkos S. Pension reforms in EU11 countries: An evaluation of post-socialist pension policies / S. Domonkos, A. Simonovits // International Social Security Review, April/June 2017. — Volume 70, Issue 2. — P. 109—128.

6. The Challenge of Public Pension Reform in Advanced and Emerging Economies [Електронний ресурс]. — INTERNATIONAL MONETARY FUND, 2011. — Режим доступу: <https://www.imf.org/en/Publications/Policy-Papers/Issues/2016/12/31/The-Challenge-of-Public-Pension-Reform-in-Advanced-and-Emerging-Economies-PP4626>

7. Кудряшов В.П. Стійкість державних фінансів / В.П. Кудряшов // Економіка України. — 2012. — № 10. — С. 54—67.

8. Луніна І.О. Ризики державних фінансів України та шляхи їх мінімізації / І.О. Луніна // Фінанси України. — 2012. — № 2. — С. 4—15.

9. Луніна І.О. Ризики довгострокової платоспроможності держави / І.О. Луніна // Фінанси України. — 2017. — № 4. — С. 7—21.

10. Уманський І.І. Стійкість державних фінансів в умовах євроінтеграційних процесів / І.І. Уманський // Фінанси України. — 2015. — № 1. — С. 9—28.

11. Онуфрійчук О.П. Стійкість державних фінансів та її забезпечення у зарубіжних країнах / О.П. Онуфрійчук // Інноваційна економіка, 2013. — № 9 (47). — С. 164—172.

12. Шевчук В.О. Фіскальна політика країн Центральної і Східної Європи: євроінтеграційні виклики: монографія / В.О. Шевчук, Р.І. Копич. — Л.: ПАІС, 2011. — 543 с.

13. Ріппа М. Б. Досвід модернізації пенсійних систем в економічно розвинених країнах / М.Б. Ріппа // Екон. вісн. ун-ту "Переяслав-Хмельниць. держ. пед. ун-т ім. Г. Сковороди". — 2017. — Вип. 34/1. — С. 301—308.

14. Зайчикова В. Фінансові інструменти політики стабілізації державних фінансів в зарубіжних країнах / В. Зайчикова // Вісник Київського національного університету ім. Тараса Шевченка. Серія Економіка. — 2013. — № 8 (149). — С. 36—41.

15. Macro-Fiscal Implications of Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies [Електронний ресурс]. — INTERNATIONAL MONETARY FUND, December 2010. — 68 p. — Режим доступу: <https://www.imf.org/external/np/pp/eng/2010/122810.pdf>

16. Newhouse J. Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment / Newhouse J. and the Insurance Experiment Group // Cambridge, Massachusetts: MIT Press, 1993. — 504 p.

17. Gruber J. The Role of Consumer Copayments for Health Care: Lessons from the RAND Health Insurance Experiment and Beyond / J. Gruber // Washington: The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2006. — 18 p.

18. Chernew E. Value-Based Insurance Design / E.M. Chernew, A.B. Rosen, and A.M. Fendrick // Health Affairs, 2007. — Vol. 26, No. 2. — P. 195—203.

19. Achieving Better Value for Money in Health Care [Електронний ресурс]. — Paris: OECD, 2009. — Режим доступу: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/achieving-better-value-for-money-in-health-care_9789264074231-en#page1

20. UK's Economic Outlook in Six Charts. IMF Country Focus [Електронний ресурс]. — IMF, 2018. — 90 p. — Режим доступу: <https://www.imf.org/en/News/Articles/2018/11/13/na111418-uk-economic-outlook-in-six-charts>

21. OECD economic scenarios to 2060 illustrate the long-run benefits of structural reforms [Електронний ресурс]. — Paris: OECD, 2018. — Режим доступу: <http://www.oecd.org/>

newsroom/oecd-economic-scenarios-to-2060-illustrate-the-long-run-benefits-of-structural-reforms.htm

References:

1. Romer, C. (2012), Fiscal Policy in the Crisis: Lessons and Implications, University of California, Berkeley, USA.

2. Cottarelli, C. Gerson, P. and Senhadji, A. (2014), Post-Crisis Fiscal Policy, MA: MIT Press, Cambridge, UK.

3. Roeger, W. (2000), "Ageing and Fiscal Sustainability in Europe", Fiscal Sustainability: Workshops on Public Finance, Banca d'Italia, Perugia, Italy, vol.1, pp. 20—22.

4. Jones, R. (2017), Ensuring fiscal sustainability in Japan in the context of a shrinking and aging population, OECD Publishing, Paris, France.

5. Domonkos, S. (2017), "Pension reforms in EU11 countries: An evaluation of post-socialist pension policies", International Social Security Review, vol. 70, no 2, pp. 109—128.

6. IMF (2011), "The Challenge of Public Pension Reform in Advanced and Emerging Economies", available at: <https://www.imf.org/en/Publications/Policy-Papers/Issues/2016/12/31/The-Challenge-of-Public-Pension-Reform-in-Advanced-and-Emerging-Economies-PP4626> (Accessed 30 November 2018).

7. Kudryashov, V.P. (2012), "Stability of state's finances", Economy of Ukraine, vol. 10, pp. 54—67.

8. Lunina, I.O. (2012), "The risks for Ukraine public finance and ways of their minimization", Finance of Ukraine, vol. 2, pp. 4—15.

9. Lunina, I.O. (2017), "Risks of the longterm solvency of the state", Finance of Ukraine, vol. 4, pp. 7—21.

10. Umanskyi, I.I. (2015), "Public finance sustainability in the context of European integration processes", Finance of Ukraine, vol. 1, pp. 9—28.

11. Onufriyuk, O.P. (2013), "Fiscal sustainability and its ensuring in foreign countries", Innovative economy, vol. 9 (47), pp. 164—172.

12. Shevchuk, V.O. and Kopych R.I. (2011), Fiskal'na polityka krayin Tsentral'noyi i Skhidnoyi Yevropy: yevrointefratsiyini vyklyky [Fiscal policy of Central and Eastern European countries: European integration challenges], PAIC, Lviv, Ukraine.

13. Rippa, M.B. (2017), "Experience of modernization of pension systems in economically developed countries", University Economic Bulletin, vol. 34/1, pp. 301—308.

14. Zaichykova, V. (2013), "Fiscal policy instruments of stabilization of public finances in foreign countries", Bulletin of Taras Shevchenko National University of Kyiv. Economics, vol. 8 (149), pp. 36—41.

15. IMF (2010), "Macro-Fiscal Implications of Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies", available at: <https://www.imf.org/external/np/pp/eng/2010/122810.pdf> (Accessed 30 November 2018).

16. Newhouse, J. and the Insurance Experiment Group (1993), Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment, Massachusetts MIT Press, Cambridge, UK.

17. Gruber, J. (2006), The Role of Consumer Copayments for Health Care: Lessons from the RAND Health Insurance Experiment and Beyond, The Henry J. Kaiser Family Foundation, Washington, USA.

18. Chernew, E., Rosen, A.B. and Fendrick A. M. (2007), "Value-Based Insurance Design", Health Affairs, vol. 26, no. 2, pp. 195—203.

19. OECD (2009), "Achieving Better Value for Money in Health Care", available at: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/achieving-better-value-for-money-in-health-care_9789264074231-en#page1 (Accessed 30 November 2018).

20. IMF (2018), "UK's Economic Outlook in Six Charts. IMF Country Focus", available at: <https://www.imf.org/en/News/Articles/2018/11/13/na111418-uk-economic-outlook-in-six-charts> (Accessed 30 November 2018).

21. OECD (2018), "OECD economic scenarios to 2060 illustrate the long-run benefits of structural reforms", available at: <http://www.oecd.org/newsroom/oecd-economic-scenarios-to-2060-illustrate-the-long-run-benefits-of-structural-reforms.htm> (Accessed 30 November 2018).

Стаття надійшла до редакції 29.11.2018 р.