

Володимир ГОРИН

ФІНАНСОВІ АСПЕКТИ РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У ЗАРУБІЖНИХ ДЕРЖАВАХ: ВИСНОВКИ ДЛЯ УКРАЇНИ

Розглянуто фінансові аспекти реформування системи охорони здоров'я у зарубіжних країнах. Сформульовано пропозиції стосовно застосування при проведенні медичної реформи в Україні досвіду інших держав з підвищення ефективності використання бюджетних коштів на надання медичних послуг, диверсифікації джерел фінансування галузі та забезпечення доступності медичного обслуговування.

В сучасних умовах система охорони здоров'я в Україні перебуває у кризовому становищі, що значною мірою спричинене недостатнім фінансуванням. Незважаючи на зростання видатків на охорону здоров'я з бюджетів усіх рівнів, вони не спроможні забезпечити покриття навіть її мінімальних функціональних потреб, а дефіцит фінансування становить до 1/3 від обсягу коштів, необхідного для виживання галузі [1, 218]. Внаслідок цього відбувається деградація матеріальної бази медичних закладів, зниження якісних характеристик продуктованих ними медичних послуг та, що головне, – падіння доступності медичного обслуговування для населення. У 2011–2012 рр. майже п'ята частина населення України була позбавлена можливості отримати медичну допомогу через високу вартість чи відсутність спеціаліста відповідного профілю [2]. Попри декларовану безкоштовність медичних послуг, нині держава повністю переклала на громадян обов'язок щодо відшкодування вартості ліків та медичних процедур, а офіційні та неофіційні “благодійні” внески набули тотального поширення.

Кризові явища в галузі, слабкий зв'язок між динамікою її фінансування та показни-

ками здоров'я населення стали основними мотивами для проведення в Україні медичної реформи, яка триває з 2011 р. Втім, поки що реформаторські заходи зводяться лише до ускладнення доступу громадян до спеціалізованої медичної допомоги через впровадження інституту сімейного лікаря, а також ліквідації медичних закладів у сільській місцевості. В умовах незадовільного стану транспортної інфраструктури такі кроки засвідчують подальше падіння доступності медичного обслуговування для значної частини населення України. Не дивно, що громадяни переважно сприймають проведення реформи як заходи, спрямовані на ліквідацію в Україні державної системи охорони здоров'я і повну приватизацію галузі. За цих обставин корисним, на наш погляд, було б вивчення досвіду реформування медичної галузі у розвинутих країнах світу, що дало б можливість уникнути негативних наслідків її реалізації у нашій державі.

Формування ефективної моделі фінансів охорони здоров'я є одним із найактуальніших напрямків наукових досліджень у сучасних умовах. Теоретичні й практичні аспекти вдосконалення процесів формування й використання фінансових ресурсів галузі висвітлені

у працях як вітчизняних, так і зарубіжних вчених: Дж. Грубера, Н. Карпишин, В. Лехан, З. Лободіної, А. Мокрицької, М. Теннера, Г. Улумбекової та багатьох інших. Однак особливо затребуваними в сучасних умовах є наукові дослідження з вивчення зарубіжного досвіду підвищення ефективності функціонування охорони здоров'я та пошуку можливостей для його використання у вітчизняних умовах, що пояснюється проведенням в Україні медичної реформи.

Мета статті полягає в оцінюванні досвіду інших держав щодо реформування системи охорони здоров'я та формулюванні пропозицій з його використання при проведенні медичної реформи в Україні. При цьому основна увага приділена вивченню заходів, спрямованих на підвищення ефективності використання бюджетних коштів на надання медичних послуг, диверсифікацію джерел фінансування галузі та забезпечення доступності медичного обслуговування для широких верств населення.

Система фінансового забезпечення охорони здоров'я Великобританії є прикладом бюджетної моделі формування ресурсів галузі. Провідна роль у наданні населенню медичного обслуговування належить Національній системі охорони здоров'я (National Health Service, або NHS), на яку припадає 85% відповідних суспільних витрат (107 млрд. ф. ст. у 2010/2011 фінансовому році) або 9,2% ВВП. Решта витрат на медицину покривається за рахунок інших джерел (безпосередньої оплати медичних послуг і страхування здоров'я). При цьому спостерігається заміщення прямої оплати послуг страхуванням, яке набуває все більшого поширення. На кінець XX ст. у системі приватного медичного страхування брали участь більше 6,8 млн. осіб, або 11% населення країни [3].

Фінансові ресурси NHS формуються за рахунок коштів бюджетів усіх рівнів (84%),

внесків на соціальне страхування (12%), співплатежів населення у фіксованих розмірах незалежно від виду медичної послуги (4%). Якщо розміри співплатежів не відшкодовують вартості медичної послуги, різницю покриває держава. Близько 60% ресурсів NHS спрямовується на оплату праці медичного персоналу, 20% – на медичні препарати, решта 20% складають інвестиційні видатки, витрати на оплату комунальних послуг та інші експлуатаційні витрати.

До 2013 року модель фінансування охорони здоров'я у Великобританії передбачала розподіл функцій замовника й постачальника медичних послуг. Відповідальність за реалізацію державної політики у галузі охорони здоров'я було покладено на стратегічні управління охорони здоров'я (Strategic Health Authorities). Безпосереднє замовлення послуг та розподіл бюджетних коштів на локальному рівні перебували у юрисдикції низових підрозділів NHS, які отримали назву "трасти".

Трасти первинної ланки, відповідальні за надання первинної допомоги, проведення профілактичних і протиепідемічних заходів, акумулювали понад 80% загального обсягу бюджету охорони здоров'я. З метою економії витратків впродовж останніх десятиліть їх кількість неухильно зменшувалася. До сфери відповідальності трастів первинної ланки належало: укладання угод з лікарями загальної практики і державними стоматологами про надання медичних послуг; оплата послуг клінік, які перебувають у юрисдикції інших трастів; проведення заходів профілактики, контроль за епідемічною ситуацією на підконтрольній території та ін. Розподіл бюджетних коштів на утримання медичних закладів здійснювався відповідно до чисельності населення і територіальної специфіки [4, 10–11]. З метою економії й підвищення ефективності використання коштів трастам первинної ланки

надавалася можливість застосування аутсорсингу (замовлення послуг у приватних лікувальних закладів).

Близько 20% сукупного обсягу фінансових ресурсів NHS надходило до трастів вторинної ланки (траст швидкої допомоги, траст охорони психічного здоров'я, траст соціального обслуговування та ін.), відповідальних за надання спеціалізованої допомоги, управління діяльністю лікарень та раціональність витрачання бюджетних коштів. За умови ефективного управління фінансовими ресурсами, а також високої якості надання послуг, трасти вторинної ланки одержували право на фінансову й управлінську автономію, що відкривало перед ними можливість залучення інвестиційних коштів.

Провідною ідеєю британської моделі фінансування охорони здоров'я є забезпечення доступності медичних послуг і відповідальність держави за їхнє надання. У якості альтернативи державної системи охорони здоров'я існує сфера недержавного медичного обслуговування. Однак в сучасних умовах для британської системи охорони здоров'я характерні дві основні тенденції:

1. Наростання фінансових проблем, зумовлених відставанням динаміки бюджетних видатків на медицину від темпів підвищення вартості медичних послуг. Незважаючи на те, що бюджет NHS у 2000–2005 рр. зріс на 43 млрд. ф. ст., його дефіцит у 2006 р., за різними оцінками, становив від 0,7 до 1,0 млрд. ф. ст. На думку експертів, лише для підтримання наявного рівня медичного обслуговування бюджет NHS до 2025 р. необхідно збільшити втричі [5], а без впровадження змін дефіцит коштів системи до 2021/2022 фінансового року може сягнути від 45 до 55 млрд. ф. ст. [6].

Дефіцит фінансових ресурсів обмежує можливість щодо впровадження новітніх лікувальних технологій, оновлення обладнання. Низький рівень оплати праці про-

вокує відтік кваліфікованого персоналу, внаслідок чого NHS постійно змушена залучати фахівців з-за кордону. Додатковим чинником дестабілізації фінансового стану державної системи охорони здоров'я є зростання у британському суспільстві популярності недержавного медичного страхування, що супроводжується втратою NHS платоспроможних пацієнтів.

2. Зниження доступності медичного обслуговування. В умовах недостачі бюджетного фінансування й швидкого зростання вартості медичних послуг все більшого поширення набувають такі негативні явища, як вибіркоче ставлення до пацієнтів при проведенні медичних обстежень чи оперативних втручань, виникнення черг на госпіталізацію чи надання послуг медичного характеру. Більше половини пацієнтів NHS змушені очікувати необхідної медичної допомоги понад 18 тижнів, а до 40% онкологічних хворих взагалі не мають можливості потрапити на прийом до спеціаліста. Поряд з цим, якщо через критичний стан хворого чи його похилий вік надання вартісних медичних процедур не “виправдовує” себе з фінансової точки зору, у більшості медичних закладів таким пацієнтам відмовляють в необхідному лікуванні [5].

Вказані недоліки не лише загрожують банкрутством NHS, а й ведуть до зниження впевненості суспільства у здатності забезпечити доступність та якість медичної допомоги для усіх громадян. Майже 90% британців вказують на необхідність реформування моделі охорони здоров'я, а 2/3 жителів визнають за необхідне посилити особисту відповідальність людини за покриття витрат на медичну допомогу задля підвищення якості медичних послуг [5].

У 2002 р. у Великобританії було проведено низку реформ, спрямованих на підвищення ефективності витрачання бюджетних коштів та впровадження ринкових

елементів у державну систему охорони здоров'я. По-перше, частково запроваджено "ваучерну" схему виділення коштів – вони почали надходити до лікувальних закладів разом з пацієнтами. Таким чином, обсяги фінансування закладу стали залежати від кількості пацієнтів, що стимулювало підвищення якості послуг і надавало кращим медичним установам можливість поліпшити їх матеріальну базу. По-друге, завдяки введенню подушного фінансування було підвищено роль недержавних лікувальних установ у наданні медичних послуг населенню. Втім, ключові принципи діяльності системи NHS від цих заходів не зазнали кардинальних змін, а проблеми дефіциту коштів та надмірних адміністративних витрат так і не були вирішені.

У 2010 р. уряд оголосив про проведення найбільшої в історії країни реформи NHS, яка мала забезпечити її децентралізацію. Під дію реформ підпадала лише частина системи NHS в Англії, оскільки її підрозділи в Уельсі та Шотландії перебувають у підпорядкуванні місцевих органів влади. Суть реформи полягає у передачі контролю над бюджетним фінансуванням системи охорони здоров'я (107 млрд. ф. ст. щорічно) безпосередньо лікарям. Згідно з планом проведення реформи, закріпленого у The Health and Social Care Act 2012, з 2013 р. до 80% бюджету системи охорони здоров'я в Англії передано до 42 тис. лікарів загальної практики (GPs), об'єднаних у 212 клініко-експертних груп (CCGs) для прийняття рішень про використання коштів. При цьому система трастів первинної допомоги та стратегічних управлінь охорони здоров'я була ліквідована, натомість заснована уповноважена рада з незалежним статусом (NHS Commissioning Board). Водночас, лікарі загальної практики отримали право на тендерних засадах замовляти спеціалізовані медичні послуги для пацієнтів у трастах вторинної ланки.

Ключове завдання реформи NHS полягає у зниженні адміністративних витрат системи і спрямуванні коштів безпосередньо на лікувальний процес. Для цього програмою реформи передбачено скоротити від 16 тис. до 26 тис. посад в системі управління охороною здоров'я, а також звільнити близько 10 тис. осіб медичного персоналу. Завдяки цим заходам уряд прогнозує отримати економію фінансування охорони здоров'я в обсязі до 15–20 млрд. ф. ст. щорічно.

Поряд зі стримуванням росту бюджетного фінансування системи охорони здоров'я, реформа NHS спрямована на впровадження ринкових механізмів у її діяльність, а також розширення ролі приватного сектору в наданні медичних послуг. З цією метою в ході доопрацювання програми реформи було знято обмеження щодо можливості участі приватних лікувальних закладів у тендерах, організованих лікарями загальної практики; передбачено можливість доплати пацієнтами за отримання більш якісної медичної допомоги; впроваджено пільги з оподаткування для осіб, які звертаються за отриманням медичних послуг до закладів недержавної форми власності; усім трастам вторинної ланки NHS надана управлінська та фінансова автономія [7].

Важливим аспектом медичної реформи є також удосконалення механізму фінансування догляду за перестарілими, що актуально в умовах росту питомої ваги непрацездатних у структурі населення країни. Відповідно до норм The Health and Social Care Act 2012 передбачено запровадження механізму персонального бюджету здоров'я (personal health budget) для осіб, які потребують тривалого лікування. При цьому пацієнтам надана можливість самостійно вести бюджет свого лікування (budget-holding), визначаючи обсяги й структуру медичних послуг. Втім така ініціатива викликає дискусії серед фахівців, оскільки значна части-

на людей, які потребують довготривалого догляду, не володіє належними знаннями та досвідом, щоб самостійно управляти коштами для забезпечення ефективності лікувального процесу [8].

Незважаючи на можливі позитивні наслідки від реалізації реформи NHS, вона була негативно сприйнята частиною британського суспільства та політикуму. На думку її противників, реформа зруйнує достатньо ефективну систему охорони здоров'я країни, яка, за експертними оцінками, функціонує значно краще, ніж охорона здоров'я у США, Канаді, Німеччині. Лібералізація процесу замовлення медичних послуг лікарями загальної практики і допущення до участі у тендерах приватних медичних закладів призведе до швидкого згорання мережі державних лікарень, які не володіють достатніми коштами і не зможуть витримати конкуренції [9]. З огляду на це, деякі фахівці називають проведення реформи першим кроком до приватизації NHS та відмови від державної моделі фінансування охорони здоров'я [10].

На відміну від Великобританії, охорона здоров'я у США функціонує на ринкових засадах як звичайна галузь економіки, а бюджетне фінансування отримують лише цільові федеральні програми для окремих верств населення. Сукупні суспільні витрати на охорону здоров'я у США сягають 2,6 трлн. дол., або 17,6% ВВП. В розрахунку на одного мешканця країни ці витрати становлять 8,3 тис. дол. в рік, що в 2,5 рази перевищує середні показники країн ОЕСР (3,3 тис. дол.). При цьому витрати держави на галузь охорони здоров'я у США в 1,4 вищі, ніж у країнах ЄС та в 1,7 рази вищі середнього значення для держав ОЕСР. Хоча основу американської моделі фінансування галузі складає система недержавного медичного страхування, державні програми Medicare та Medicaid покривають май-

же 45% сукупного обсягу видатків охорони здоров'я. Medicare – федеральна програма медичного страхування населення пенсійного віку та інвалідів, а Medicaid – це програма допомоги у придбанні медичної страховки для малозабезпечених осіб. Сукупні витрати федерального бюджету США на фінансування цих програм в сучасних умовах сягають понад 1,2 трлн. дол. щорічно.

Спрямовуючи на фінансування охорони здоров'я безпрецедентний обсяг ресурсів, США мають порівняно з більшістю країн ЄС набагато гірші показники здоров'я населення. Поряд з недостатньою ефективністю, швидке зростання витрат системи охорони здоров'я загрожує їй неминучим банкрутством уже в недалекому майбутньому. За умови збереження наявної тенденції до щорічного приросту фінансування галузі в 0,5%, сумарні витрати на охорону здоров'я через 70 років мали б скласти 40% ВВП країни [11].

Поряд з поглибленням фінансових диспропорцій, можна виокремити низку інших причин проведення реформи системи охорони здоров'я у США:

- позбавлення значної частини населення доступу до медичних послуг. Через надмірно високі страхові внески, на початку XXI ст. близько 50 млн. осіб (16% населення) не були залучені до недержавного медичного страхування і, водночас, не мали права на участь у федеральних медичних програмах. За оцінками фахівців, відсутність медичної страховки у США щорічно призводить до 20 тис. смертей [12];

- прискорене зростання вартості медичного обслуговування і тарифів на добровільне медичне страхування. Підвищення навантаження на фонд оплати праці спонукає працедавців шукати можливості для уникнення сплати внесків за завищеними тарифами шляхом неповного охоплення страховим планом своїх працівників, зниження заробітної плати та ін. Таким

чином, витрати на медичне обслуговування безпосередньо чи опосередковано перекладаються на працюючих. Водночас зрушення бази для сплати страхових внесків змушує страховиків постійно підвищувати тарифи, що створює умови для постійного росту вартості добровільного медичного страхування [13];

– високий ризик персональних банкрутств громадян через непередбачені видатки на охорону здоров'я. Зазвичай, через високу вартість медичних послуг страховка лише частково покриває повну вартість лікування, решта громадяни змушені відшкодувати за власний кошт. Для осіб, які не мають можливості придбати страховий поліс, втрата працездатності має катастрофічні наслідки;

– невиправдана дезінтеграція процесу надання медичної допомоги, яка пов'язана з вільними вибором громадянами не лише лікарів загальної практики, а й місць стаціонарного лікування; відсутність єдиних стандартів медичних послуг, що додатково утруднює ефективну організацію їхнього надання. Як наслідок, рівень неефективного використання коштів у галузі охорони здоров'я, за різними оцінками, становить до 1/3 сукупних витрат на медицину [11];

– дискримінація страховими компаніями населення за станом здоров'я як до, так і після укладання страхової угоди, відмови у виплатах [14].

Для вирішення цих проблем адміністрація Президента США Б. Обами у 2010 р. розробила план реформування системи охорони здоров'я, втілення якого мало забезпечити досягнення кількох стратегічних завдань: забезпечення доступності медичного обслуговування для тих, хто раніше його був позбавлений; підвищення якості медичної допомоги; стримування росту суспільних витрат на систему охорони здоров'я. Згідно з програмою, медичну страховку мають отримати від 26 до 32 млн.

осіб, яким вона була з фінансових причин недоступна. Водночас від підвищення податків на осіб з великими доходами дефіцит федерального бюджету за 10 років передбачено знизити на 143 млрд. дол. і на 1,2 трлн. дол. – за наступні 10 років.

У березні 2011 р. в США набули чинності низка законодавчих актів (серед них "Акт про "Захист пацієнтів і доступну охорону здоров'я" (Patient protection and affordable care Act), закон "Про узгодження бюджету у сфері охорони здоров'я та освіти" та ін.), які засвідчили проведення реформи системи охорони здоров'я. Втім, через протидію представників республіканської партії США у Конгресі, ключова норма реформи – наявність полісу медичного страхування – була запроваджена лише з 2013 р.

Основний закон ("Senate bill") про проведення реформи Obamacare та доповнення до нього ("reconciliation bill") передбачили виконання завдань, які дали б змогу підвищити якість та ефективність охорони здоров'я без зниження її доступності:

– забезпечення повного охоплення населення медичним страхуванням за рахунок таких заходів: встановлення санкцій за ухилення від придбання полісу страхування (від 1 до 2,5% доходу, або від 95 дол. до 695 дол.); надання субсидій для малозабезпечених (400% від межі бідності) та малого бізнесу (до 50 чол.) для придбання страховки; розширення дії програми Medicaid на осіб з доходом до 133% від межі бідності за рахунок федеральних субсидій; надання податкових знижок для домогосподарств з доходами нижче середнього (від 14,4 до 43,3 тис. дол. на особу в рік);

– регулювання страхових тарифів та рівня страхового покриття. З цією метою передбачено: заборону для страхових компаній відмовляти у виплатах та дискримінувати населення за статтю, станом здоров'я, рівнем доходу та ін.; встановлення норми

про обов'язкове спрямування страховиками на виплати не менше 80-85% страхових премій з медичного страхування; обмеження розміру співплатежів застрахованих осіб при отриманні медичної допомоги; публічне обґрунтування підвищення страхових премій; урегулювання рівня страхового покриття – поліс має передбачати відшкодування витрат із профілактики та ранньої діагностики захворювань, стаціонарного лікування та довготривалого догляду, а також оплату медпрепаратів;

– створення конкурентних умов та дієвих каналів для розповсюдження страхових полісів серед населення, а саме: організація загальнодержавної та регіональних бірж медичних страхових полісів; популяризація купівлі медичної страховки через мережу Інтернет. З цією метою створено спеціальний сайт, де кожна особа має змогу підібрати страховий поліс з урахування своїх побажань. За розрахунками розробників програми медичної реформи, запровадження конкурентного механізму в розповсюдження страхових полісів дасть змогу зекономити для платників податків до 175 млрд. дол. за 10 років, а також досягти зниження страхових внесків;

– регулювання вартості медичних послуг та підвищення якості допомоги. Досягнення цього завдання передбачає реалізацію цілого комплексу заходів, а саме: зниження вартості медпрепаратів за рахунок посилення державного контролю за монопольними змовами на ринку ліків, лібералізації умов виходу на ринок непатентованих аналогів нових біологічних препаратів; покращення медичного супроводу після госпіталізації, застосування фінансових санкцій до медичних закладів з високим рівнем повторних госпіталізацій; перехід до оплати медичних послуг медичним закладам та окремим лікарям за принципом “плати за результат” (з цією метою деякі

платежі у системі Medicare прив'язані до певних параметрів якості послуг); залучення медичних закладів до плану “Підзвітних медичних установ”, який зобов'язує останніх звітувати перед державою за якість і результати діяльності, а також обсяг зекономлених коштів при наданні медичної допомоги.

Основне навантаження з фінансування медичної реформи покладене на федеральний бюджет США (понад 800 млрд. дол.), з бюджетів штатів буде спрямовано 1/10 коштів. Фінансові ресурси, які планується додатково мобілізувати для потреб системи охорони здоров'я від проведення реформи, становитимуть: 210 млрд. дол. – від додаткового податку 0,9% на зарплату і 3,8% – на інвестиційні доходи громадян (більше 200 тис. дол.); 156 млрд. дол. – за рахунок підвищення ефективності видатків на надання послуг і стримування росту вартості охорони здоров'я; 192 млрд. дол. – від скасування пільг для страховиків за участь у програмі Medicare та введення додаткового податку на доходи медичних страхових компаній; 70 млрд. дол. – за рахунок створення добровільного місцевого мікрострахування з тимчасової втрати працездатності; близько 190 млрд. дол. – з інших джерел (підвищення ефективності державних програм у рамках Medicare; впровадження 40%-го акцизу на страхові поліси з високим рівнем виплат; 2,3%-го акцизу на виробників та імпортерів медичного обладнання; введення податку на виробників та імпортерів медикаментів) [14].

Оцінюючи зміст медичних реформ у США і Великобританії, можна зауважити, що вони переслідують схожу мету – побудову змішаної моделі фінансування охорони здоров'я, яка поєднуватиме ринкові механізми формування і використання фінансових ресурсів при збереженні контролю з боку держави. Передумови реформування системи охорони здоров'я в обох

країнах багато в чому подібні до тих, які спостерігаються нині в Україні: наростання дефіциту фінансових ресурсів галузі, деградація матеріальної бази медичних закладів, перекладання на громадян відповідальності за покриття витрат на лікувальний процес і, як наслідок, – зниження рівня доступності та якості медичної допомоги. У Великобританії медична реформа передбачала дебюрократизацію системи охорони здоров'я, посилення ролі недержавного сектору в наданні медичних послуг, збільшення внеску громадян у формуванні фінансових ресурсів галузі. Натомість, у США медична реформа покликана забезпечити перехід до регульованої державою моделі загальнообов'язкового медичного страхування за рахунок коштів роботодавців, працюючих і держави. При цьому держава жорстко регулюватиме діяльність приватних страховиків, а також визначить гарантований кожній особі базовий “пакет” медичних послуг.

Підсумовуючи вищезазначене, можемо констатувати, що обидві розглянуті моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я (з одного боку, бюджетна модель Великобританії, базована на фінансуванні медичних послуг за рахунок бюджетних коштів, з іншого боку – ринкова модель США, основу якої складає слабко регульоване державою недержавне медичне страхування) в сучасних умовах виявились неспроможними забезпечити доступність і якість медичного обслуговування для усіх громадян. Зважаючи на це, найбільш раціональним для України, на наш погляд, є впровадження змішаної моделі фінансування охорони здоров'я, в основу якої буде покладено обов'язкове медичне страхування, а бюджетні кошти, благодійні пожертви тощо будуть додатковими джерелами ресурсів. Така модель довела свою ефективність у низці провідних країн світу, зокрема у Франції та Німеччині.

Однак запозичення іноземного досвіду проведення медичної реформи має враховувати вітчизняну специфіку – рівень розвитку економіки, менталітет населення, традиції. Так, зважаючи на низький рівень податкової культури в країні й дію принципу “економічної людини” (приймаючи економічні рішення, людина діє як максимізатор власної корисності), основне навантаження зі сплати страхових внесків, на наш погляд, має бути покладене на найманих працівників. Це зменшить для роботодавців мотивацію до ухилення від сплати внесків і, водночас, сприятиме збільшенню відповідальності за рівень свого добробуту в самих працівників. Для уникнення негативного впливу додаткових фіскальних платежів на матеріальне становище працюючих доцільно ввести відповідні компенсаційні важелі, а саме: передбачити можливість вирахування внесків на обов'язкове медичне страхування з бази оподаткування податком на доходи фізичних осіб, а також забезпечити відповідне підвищення мінімальної зарплати на розмір страхових платежів.

Поряд із запровадженням загальнообов'язкового медичного страхування необхідно зберегти масштаби бюджетного фінансування охорони здоров'я. За прикладом США, основна частина бюджетних коштів має спрямовуватись на медичне страхування непрацевдатних, а також осіб з низькими доходами. Втім, розвиток медичних закладів, зміцнення їхньої матеріальної бази також доцільно фінансувати за рахунок бюджетних коштів. Додатковими джерелами покриття цих видатків можуть стати надходження від оподаткування ринкових благ, які негативно впливають на стан здоров'я людини (акцизи на алкогольні напої й тютюнові вироби, сніки, енергетичні напої), екологічні платежі та ін. Також варто розглянути можли-

вість впровадження у вітчизняну практику поширеного в інших країнах інституту “співплатежів” за кожен факт звернення за медичною допомогою. На наш погляд, це дасть змогу детінізувати неофіційні платежі населення медичним працівникам, утримуватиме громадян від “дріб’язкових” звернень до медичних закладів, стимулюватиме їх дбайливіше ставитись до власного здоров’я і займатися профілактикою захворювань.

Важливим пріоритетом медичної реформи в Україні має також стати формування конкурентних умов діяльності медичних закладів, регулювання вартості медичних послуг та підвищення якості медичного обслуговування населення. Обсяги фінансування закладів охорони здоров’я повинні залежати від кількості пацієнтів й обсягу наданих їм медичних послуг. З цією метою мають бути розроблені єдині тарифи на оплату медичних послуг, що усуватиме цінову конкуренцію між лікарями, однак стимулюватиме їх до збільшення кількісних і якісних показників роботи. Доцільність такого цінового регулювання широко обґрунтована у науковій колах [15; 16], а його ефективність доведена практикою проведення реформи охорони здоров’я у провідних розвинутих країнах світу.

Література

1. Горин В. П. Формування фінансових ресурсів охорони здоров’я в контексті виконання критеріїв економічної безпеки // Наукові записки. Серія “Економіка”. – Острог: В-во НУ “Острозька академія”, 2013. – Вип. 23. – С. 216–221.
2. Розподіл домогосподарств за рівнем доступності медичної допомоги, придбання ліків та медичного приладдя // Самооцінка населенням стану здоров’я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2012 році [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2007/gdn/sns/arh_sns.html
3. Financing British health care // *The Economist*. – 2005. – August, 18. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.economist.com>
4. Нагребецкий А. Система здравоохранения Великобритании – “полвека на страже” // *Здоровье Украины*. – 2008. – № 3. – С. 10–11.
5. Тэннер М. Сравнительный анализ систем здравоохранения в разных странах // *Островок здоровья [Електронний ресурс]*. – Режим доступу: http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/t_03_A.html
6. A decade of austerity? The funding pressures facing the NHS from 2010/11 to 2021/22: Research summary / A. Roberts, L. Marshall, A. Charlesworth. – London: The Nuffield Trust, 2012. – 16 p.
7. Bourne R. NHS Liberation // *Socialist health association*. – 2013. – 11 november [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.sochealth.co.uk/2013/11/11/nhs-liberation/>
8. Are personal budgets really the best way to personalise health care? [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.kingsfund.org.uk/blog/2011/11/are-personal-budgets-really-best-way-personalise-health-care>
9. Кокушаров А. Поздно поворачивать обратно // *Эксперт*. – 2012. – № 6(789) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://expert.ru/expert/2012/06/pozdno-povorachivat-obratno/>
10. Хелм Т., Кэмпбэл Д. Врачи протестуют против “тихой” приватизации здравоохранения Великобритании // *INFOфорум*. – 2013. – 8 мая [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.inoforum.ru/inostrannaya_pressa/vrachi_protestayuyut_protiv_tihoj_privatizacii_sistemy_zdravoohraneniya_velikobritanii/
11. Улумбекова Г. Реформа здравоохранения США: уроки для России // *Социальные аспекты населения*. – 2012. – № 5 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/429/30/lang,ru/>

12. Gruber J. *Healthcare reform: what it is, why it's necessary?* Illustrated by N. Schreiber. – New York, 2011. – 152 p.

13. *Bending the cost curve: analytics-driven enterprise fraud control. White paper.* – Washington: LexisNexis, 2011. – April. – 15 p.

14. США: краткий обзор реформы здравоохранения // Обзор Центра макроэкономических исследований Сбербанка России. – 2010. – Март [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.sbrf.ru/common/img/uploaded/files/pdf/press_center/Review_us_health_reform.pdf

15. Тулай О. І. Фінансове забезпечення охорони репродуктивного здоров'я в умовах трансформаційної економічної системи: дис... канд. екон. наук: 08.04.01. – Тернопіль: ТНЕУ, 2005. – 208 с.

16. Методика визначення вартості медичних послуг / Р. В. Богатирьова, О. К. Толстанов, В. П. Дуда та ін. // Український медичний часопис. – 2013. – Вип. 5(97)–IX/X [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.umj.com.ua/article/67247/metodika-viznachennya-vartosti-medichnix-poslug>