

## ДЕМОГРАФІЯ, ЕКОНОМІКА ПРАЦІ, СОЦІАЛЬНА ЕКОНОМІКА І ПОЛІТИКА

УДК 338.465:(364.05:614)(477)

### Тенденції фінансування системи охорони здоров'я: світовий досвід та уроки для України

**Бабенко В.А.**

старший викладач кафедри національної економіки  
Національного університету «Одеська юридична академія»

Статтю присвячено дослідженню фінансових аспектів медичної галузі. Автор підкреслює, що саме фінансовий складник має ключове значення для сталого функціонування системи охорони здоров'я, й аналізує основні тенденції, які склалися у світовій практиці. На підставі сучасних світових тенденцій рекомендовано конкретні заходи державної політики для України.

**Ключові слова:** система охорони здоров'я, фінансування охорони здоров'я, обсяги, структура витрат, джерела фінансування.

Бабенко В.А. ТЕНДЕНЦИИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: МИРОВОЙ ОПЫТ И УРОКИ ДЛЯ УКРАИНЫ

Статья посвящена исследованию финансовых аспектов медицинской отрасли. Автор подчеркивает, что именно финансовая составляющая имеет ключевое значение для стабильного функционирования системы здравоохранения, и анализирует основные тенденции, сложившиеся в мировой практике. На основе современных мировых тенденций рекомендованы конкретные мероприятия государственной политики для Украины.

**Ключевые слова:** система здравоохранения, финансирование здравоохранения, объемы, структура расходов, источники финансирования.

Babenko V.A. TENDENCY OF FUNDING SYSTEM OF HEALTHCARE INSURANCE: WORLD EXPERIENCE AND THE LESSONS FOR UKRAINE

The article investigates the financial aspects of the healthcare industry. The author emphasizes that it is the financial component has a key-value howling for a stable health system, and analyzes the major trends that have developed in the world practice. Based on current global trends recommended specific issues incorporated public policy for Ukraine.

**Keywords:** health system financing sensibly-care, volume, cost structure, sources of funding.

**Постановка проблеми у загальному вигляді.** Згідно з Конституцією України, здоров'я визнано найвищою соціальною цінністю [1]. Відповідно, сфера охорони здоров'я набуває особливого значення для соціально-економічного розвитку держави, збереження генофонду нації, формування та відтворення людського капіталу. Висока соціальна місія системи охорони здоров'я потребує чіткого та узгодженого функціонування всіх її структурних компонентів і насамперед – фінансової складової. Фінансові ресурси системи охорони здоров'я є найважливішим елементом її ресурсної бази. Отже, вдосконалення фінансового механізму відіграє провідну роль для збереження успішного розвитку системи охорони здоров'я України.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Проблема фінансування системи охорони

здоров'я досліджується в працях багатьох українських та зарубіжних авторів. Вагомий внесок в аналіз стану фінансових ресурсів охорони здоров'я зробили: Я.М. Буздуган, О.В. Виноградов, О.В. Гушта, Л.І. Жаліло, Д.В. Карамішев, І.І. Кичко, Є.С. Ковжарова, В.А. Козирева, В.Ф. Москаленко, Т.В. Педченко, Н.Н. Пилипцевич, М.М. Шутов та інші вчені [3–19].

**Формулювання цілей статті (постановка завдання).** Мета статті – визначення головних тенденцій щодо фінансування охорони здоров'я в економічно розвинутих країнах задля можливої адаптації світового досвіду в Україні.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Світова практика доводить наявність певних стійких тенденцій щодо фінансування охорони здоров'я.

**Перше.** Експерти ВООЗ демонструють чітку залежність між обсягом витрат на охорону здоров'я та очікуваною тривалістю життя. Збільшення обсягів видатків на медицину корелюється зі зростанням очікуваної тривалості життя, що спостерігається в економічно розвинутих країнах та, навпаки, у країнах із низьким рівнем фінансування охорони здоров'я, що становить менше 100 дол. США на душу населення (а це понад однієї четвертої світу), де в трьох із чотирьох держав очікувана тривалість життя не перевищувала 60 років.

**Друге.** Витрати на медичну галузь у розвинутих країнах домінують і перевищують витрати на освіту. Така тенденція простежується, наприклад, у США, де ще в 1990 р. капіталовкладення в охорону здоров'я становили 101% від виробничих і майже вдвічі перевищували витрати на освіту [2, с. 47].

**Третє.** В економічно розвинутих країнах останнім часом спостерігається прискорене зростання темпів капіталовкладень у галузь охорони здоров'я незалежно від моделі її організації – із кожним десятиріччям у середньому на 1% ВВП і більше [3, с. 76]. Так, Швейцарія, Німеччина та Канада витрачають на охорону здоров'я понад 10% ВВП, Франція – 11% ВВП, а США перетнули 15-відсоткову позначку [4, с. 60]. На думку аналітиків, у недалекому майбутньому держави витратять на дані цілі 30% ВВП.

Суттєве зростання витрат на охорону здоров'я пов'язане насамперед із такими чинниками, як:

- розвиток нових, дуже витратних технологій. Наприклад, розробка нового фармакологічного препарату (з урахуванням невдалих спроб) становить 900 млн. дол. США. Дуже дорогими є сучасні діагностичні дослідження (наприклад, МРТ), хірургічні втручання (ендоскопічні, лазерні, мікрохірургічні і т. д.), реабілітаційні заходи тощо;

- феномен «старіння населення», передусім в економічно розвинутих країнах унаслідок зростання тривалості життя;

- збільшення масштабів та частоти виникнення техногенних та природних катастроф, терактів, військових збройних конфліктів;

- швидке розповсюдження небезпечних інфекційних хвороб до розмірів епідемій та пандемій;

- відсутність надійної координації між окремими ланками та належного контролю всередині системи охорони здоров'я.

**Четверте.** За наявності істотних відмінностей унаслідок різних моделей систем органі-

зації охорони здоров'я характерною спільною ознакою є багатоканальність джерел фінансування, що складається з коштів бюджету, внесків з обов'язкового та добровільного медичного страхування та особистих коштів громадян.

Експерти ВООЗ навіть визначили найбільш оптимальне співвідношення типів фінансування: 60% – державний бюджет, 30% – медичне страхування, 10% – платні медичні послуги [5, с. 262].

**П'яте.** Статистичні дані стосовно економічно розвинутих країн підтверджують, що провідна роль у фінансуванні сфери медичного обслуговування найчастіше належить державі: у середньому по країнах ОЕСР на початок ХХ ст. частка державного фінансування становила 72% усіх витрат [4, с. 61]. У США, щоправда, цей показник обмежувався 45%, а в Данії сягав 90%. У Канаді, Великій Британії та Швеції (державна модель) основні кошти на медицину збираються в державну скарбницю за допомогою податків. У Німеччині, Франції, Нідерландах (страхова модель) держава, роботодавці та наймані працівники здійснюють обов'язкові цільові відрахування. У США (приватна модель) дуже поширене добровільне страхування, за рахунок якого можна отримати суттєві податкові послаблення. Враховуючи таке стимулювання медичного страхування, частка держави у витратах на медицину в Сполучених Штатах буде наближатися до 60%.

За рекомендаціями ВООЗ, мінімальний рівень витрат держави, спроможний забезпечити діяльність охорони здоров'я, має дорівнювати 6,5% від ВВП, а середній показник серед країн світу становить 8% [6, с. 46].

**Шосте.** Оплата постачальників медичних послуг у провідних країнах враховує результат лікування (медична та соціальна ефективність).

Зазначені тенденції мають дуже важливе значення для системи охорони здоров'я України. Сьогодні більшість експертів оцінюють демографічну ситуацію, що склалася в країні, як загрозливу, а стан здоров'я населення – критичний.

На початок 2015 р. чисельність населення України становила 42,9 млн. осіб (без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим та м. Севастополь). За прогнозами Інституту демографії та соціальних досліджень НАН України, до 2050 р. населення України може зменшитися до 35 млн. осіб.

Україна поряд із Росією та Молдовою має найнижчі показники тривалості життя серед усіх промислово розвинених держав світу (69,3 роки), тому включена до списку 45 держав, які несуть серйозні демографічні втрати.

За даними звіту ЦРУ (The World Factbook-Central Intelligence Agency), у 2013 р. за смертністю населення Україна посіла друге місце у світі (15,75 на 1000 населення). За показниками смертності немовлят (8,24 на 1000 новонароджених) ми удвічі і навіть утричі перевищуємо показники європейських країн.

Показники загальної смертності населення вдвічі перевищують показники країн ЄС, а показники смертності населення у працездатному віці – у два-чотири рази. Стан здоров'я населення характеризують: феномен чоловічої «надсмертності», коли смертність чоловіків середньої вікової категорії (25–44 роки) майже в чотири рази перевищує смертність жінок аналогічного віку; низька очікувана тривалість життя, у результаті чого різниця із середньоєвропейськими показниками становить понад шість років, а з показниками країн ЄС – понад 10 років; найвищий в Європі рівень природного спаду населення [7, с. 27].

Ці дані цілком корелюються з постійним недофінансуванням охорони здоров'я. Так, наприклад, видатки на охорону здоров'я у розрахунку на одного жителя України в 2006 р. у доларовому еквіваленті були вдвічі менше від рівня 1990 р. та в 20–30 разів – від інших європейських країн.

Із 45 загальнодержавних програм та 10 затверджених на урядовому рівні комплексних заходів, спрямованих на покращання і продовження середньої очікуваної тривалості життя громадян 4% взагалі не фінансувались, фінансування 6% було обмеженим на третину, 10% – майже на половину, 26% програм було профінансовано частково [8].

За питомими витратами на охорону здоров'я Україна посідає 111-те місце у світовому рейтингу [3, с. 77].

І хоча фінансування галузі в цілому поступово зростає (6,9% ВВП), підстав для оптимізму бракує. Серед найважливіших проблем слід зазначити такі:

- варто погодитися з думкою О.В. Виноградова, який зазначає, що в Україні сформувалась принципово невірна практика оцінки співвідношення немедичних товарів та медичних послуг (як у всьому світі), а бюджетних коштів, виділених на охорону здоров'я, до загального ВВП. Тому і фінансова політика сфери охорони здоров'я не відповідає регіо-

нально-цільовим принципам, і такий підхід не дає можливості оцінити реальний фінансовий стан системи [9, с. 26];

- бюджетне фінансування охорони здоров'я відстає від потреб: так, видатки держави на охорону здоров'я на 2015 р. були на 8% менше планового показника попереднього року; державні кошти, надані МОЗ України на 2015 р., становили 76,3% показника 2014 р.; на фінансування вторинної та третинної медичної допомоги на 2015 р. було передбачено 68% від потреби [10];

- співвідношення державних та приватних витрат на охорону здоров'я в Україні становить 48,9% та 51,1%, при цьому частка державних витрат в структурі фінансування медичної галузі в Україні є значно нижчою порівняно з економічно розвиненими країнами (у Великобританії та Швеції – 81,7% та 18,3%, в Японії – 81,3% та 18,7%, Франції – 79% та 21%, Німеччині – 76,9% та 23,1%) [4, с. 70].

Відсутність загальнообов'язкового медичного страхування і дуже незначна роль добровільного медичного страхування (в якому бере участь лише 2,5% населення) та інших приватних джерел (приватних компаній та лікарняних кас) дають змогу зробити висновок, що основний тягар платежів несуть безпосередньо домогосподарства.

За різними оцінками, їх частка в структурі приватних витрат дорівнює 86,55–93,7%. Значну частину цих коштів становлять тіньові внески, які збагачують певні медичні та фармацевтичні кола, але жодним чином не впливають на покращання стану галузі.

Зрозуміло, що безкоштовна на папері і платна фактично медицина не по кишені багатьом українським родинам, ураховуючи низький середній рівень доходів громадян. Дані соціологічного опитування, проведеного наприкінці 2006 р. Київським міжнародним інститутом соціологічних досліджень, доводять, що у випадку захворювання 40,5% респондентів не будуть, якщо це можливо, звертатися до медичних закладів. Основні причини: висока вартість медичних послуг та низька їх якість (12 і 14% опитаних відповідно);

- у загальній структурі витрат на охорону здоров'я витрати, що не пов'язані з безпосереднім наданням медичних послуг, становлять до 90%, тобто таку структуру не можна вважати оптимальною. Витрати на заробітну плату складають від 75% до 80%, при цьому середня заробітна плата медиків є на третину нижчою від середньої в економіці (така зарплата не виконує основних своїх функцій).

Рівень зношеності основних фондів перевищує 60%, при цьому питома вага заміни для їх активної частини не перевищує 1,5% на рік, тоді як в економічно розвинених країнах – 10–12% [11, с. 53];

- державні та комунальні заклади охорони здоров'я, що фінансуються за рахунок бюджетних коштів, отримують гроші на основі кошторису, складеного відповідно до нормативних показників ресурсозабезпеченості, які залежать від потужності медичного закладу (кількості відвідувань, ліжко-днів). Така практика ніяк не орієнтована на покращання результатів і є хибною в ринкових умовах.

**Висновки з цього дослідження.** Фінансування охорони здоров'я в Україні не відповідає загальносвітовим тенденціям і відстає від потреб. Вади фінансування багато в чому пояснюються моделлю Семашка, яка була успадкована Україною від колишнього СРСР і в умовах ринкової економіки, по суті, вичерпала свій позитивний ресурс. Намагання реформувати систему охорони здоров'я без зміни моделі фінансування зали-

шаються марними. Наведені дані показують, що за 25 років незалежності стан здоров'я громадян не покращився, а, навпаки, викликає серйозну стурбованість. Вирішення багатьох проблем сфери охорони здоров'я, на думку автора, лежить у площині системи фінансування, яку якнайшвидше необхідно змінювати: по-перше, збільшити бюджетне фінансування за рахунок оптимізації існуючих податків, розширення переліку «захищених» статей бюджету, перерозподілу статей витрат у бік збільшення нормативних відрахувань на охорону здоров'я при суворому контролі цільового використання коштів; по-друге, оптимізувати структуру бюджетних витрат на охорону здоров'я та забезпечити досягнення медичними закладами медичної, соціальної та економічної ефективності; по-третє, запровадити багатоканальність для залучення додаткових джерел позабюджетних коштів за рахунок упровадження загальнообов'язкового державного медичного страхування та розвитку добровільного медичного страхування.

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. Конституція України від 28.06.1996 р. // Відомості Верховної Ради України. – 1996. – № 30. – Ст. 161.
2. Марцинкевич В.И. Экономика человека : [учеб. пособ. для высш. учеб. завед.] / В.И. Марцинкевич, И.В. Соболева. – М. : Аспект-Пресс, 1995.
3. Козирева В.А. Проблеми фінансування діяльності системи та закладів охорони здоров'я / В.А. Козирева // Підприємство, господарство і право. – 2010. – № 1. – С. 75–78.
4. Огінська А.Ю. Роль видатків бюджету на соціальний захист у реалізації соціальної політики держави / А.Ю. Огінська // Наука і економіка. – 2014. – № 2. – С. 58–73.
5. Економіка охорони здоров'я : [підручник] / В.Ф. Москаленко, О.П. Гульчій, В.В.Таран [та ін.] ; під ред. В.Ф. Москаленка. – Вінниця : Нова книга, 2010. – 288 с.
6. Авраменко Н.В. Аналіз тенденцій розвитку системи охорони здоров'я в Україні / Н.В. Авраменко // Економіка та держава. – 2009. – № 8. – С. 45–47.
7. Князевич В.М. Розвиток національної системи охорони здоров'я: стан, перспективи та шляхи розбудови / В.М. Князевич // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2008. – № 3(3). – С. 23–37.
8. Гайдаєв Ю.О. Наукове обґрунтування моделі впровадження в Україні державних цільових програм покращання здоров'я народу : автореф. дис. ... докт. мед. наук : спец. 14.02.03 / Ю.О. Гайдаєв. – К., 2007. – 26 с.
9. Виноградов О.В. Стан та проблеми фінансових ресурсів охорони здоров'я України / О.В. Виноградов // Економіка і держава. – 2007. – № 12. – С. 25–29.
10. Прес-центр Колегії МОЗ в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre\\_20141017\\_g.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20141017_g.html).
11. Карамишев Д.В. Державна політика фінансування галузі охорони здоров'я в Україні / Д.В. Карамишев, О.Є. Вашев, А.С. Немченко [та ін.] // Державне будівництво. – 2007. – № 1. – С.51–56.
12. Буздуган Я.М. Удосконалення правового регулювання фінансового забезпечення охорони здоров'я України / Я.М. Буздуган // Підприємство, господарство і право. – 2006. – № 4. – С. 107–110.
13. Гушта О.В. Фінансове забезпечення охорони здоров'я в Україні / О.В. Гушта // Фінанси України. – 2002. – № 3. – С. 87–92.
14. Жаліло Л.І. Європейська стратегія з охорони громадського здоров'я: проблеми впровадження в Україні / Л.І. Жаліло // Вісник Національної академії державного управління. – 2005. – № 2. – С. 178–180.
15. Кичко І.І. Макроекономічний механізм фінансування охорони здоров'я / І.І. Кичко // Фінанси України. – 2003. – № 4. – С. 71–76.

16. Ковжарова Є.С. Особливості застосування найбільш поширених моделей фінансування системи охорони здоров'я. Практичні висновки для України / Є.С. Ковжарова // Соціальна політика. – 2005. – № 3. – С. 31–40.
17. Педченко Т.В. Шляхи реформування системи фінансування охорони здоров'я та його законодавче забезпечення / Т.В. Педченко // Вісник Української академії державного управління. – 2005. – № 1. – С. 215–220.
18. Пилипцевич Н.Н. Закордонний досвід реалізації різних моделей фінансування охорони здоров'я / Н.Н. Пилипцевич // Питання організації і інформатизації охорони здоров'я. – 2005. – № 1. – С.47–55.
19. Шутов М.М. Оптимізація управління ресурсами охорони здоров'я / М.М. Шутов // Економіка і держава. – 2006. – № 2. – С. 43–46.