

Мальований М. І.

СТАН ТА ПРОБЛЕМИ ДЕРЖАВНОГО ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

У статті проаналізовано стан та особливості фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в Україні у порівнянні з іншими країнами світу. Доведено існування залежності між загальними витратами на охорону здоров'я та тривалістю життя населення. За допомогою кривої виробничих можливостей визначено рівень дефіциту фінансових ресурсів у медичній сфері. Для розрахунків застосовувалася експоненціальна регресія по одиничній логарифмічній шкалі. Аналіз було проведено з використанням показників по 184 країнам світу (дані бралися за 2011 рік), які за допомогою аналітичного групування були поділені на 9 груп залежно від рівня ВВП на душу населення. У результаті розрахунків визначено, що для досягнення показників розвинутих країн, що характеризують ефективність діяльності системи охорони здоров'я, Україні слід додатково витратити до 36,2 млрд дол. США щорічно. Виокремлено основні причини неефективності використання фінансових ресурсів у системі охорони здоров'я України, що дало змогу оцінити потенційну економію державних коштів від підвищення ефективності по групах аналізованих компонентів.

Ключові слова: фінансове забезпечення, охорона здоров'я, бюджет, державні фінанси, фінансові ресурси

Рис.: 2. Табл.: 5. Бібл.: 20.

Мальований Михайло Іванович – кандидат економічних наук, доцент, кафедра фінансів і кредиту, Уманський національний університет садівництва (вул. Інститутська, 1, Умань, Черкаська обл., 20305, Україна)

Email: mihaiiil@mail.ru

УДК 369.041:614(477)

Малеваный М. И.

СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ ГОСУДАРСТВЕННОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ В УКРАИНЕ

В статье проанализированы состояние и особенности финансового обеспечения системы здравоохранения в Украине по сравнению с другими странами мира. Доказано существование зависимости между общими расходами на здравоохранение и продолжительностью жизни населения. С помощью кривой производственных возможностей определен уровень дефицита финансовых ресурсов в медицинской сфере. Для расчетов применялась экспоненциальная регрессия по единичной логарифмической шкале. Анализ был проведен с использованием показателей по 184 странам мира (данные брались за 2011 год), которые с помощью аналитической группировки были разделены на 9 групп в зависимости от уровня ВВП на душу населения. В результате расчетов определено, что для достижения показателей развитых стран, которые характеризуют эффективность деятельности системы здравоохранения, Украине следует дополнительно тратить до 36,2 млрд долл. США ежегодно. Выделены основные причины неэффективности использования финансовых ресурсов в системе здравоохранения Украины, что позволило оценить потенциальную экономию государственных средств от повышения эффективности по группам анализируемых компонентов.

Ключевые слова: финансовое обеспечение, здравоохранение, бюджет, государственные финансы, финансовые ресурсы

Рис.: 2. Табл.: 5. Библ.: 20.

Малеваный Михаил Иванович - кандидат экономических наук, доцент, кафедра финансов и кредита, Уманский национальный университет садоводства (ул. Институтская, 1, Умань, Черкасская обл., 20305, Украина)

Email: mihaiiil@mail.ru

UDC 369.041:614(477)

Malyovanyu M. I.

STATE AND PROBLEMS OF STATE FINANCING OF THE HEALTHCARE IN UKRAINE

The article analyses the state and specific features of financial provision of the healthcare system in Ukraine compared to other countries of the world. It proves existence of dependence between the general healthcare expenditures and life expectancy of the population. Using the curve of production possibilities, the article determines the level of deficit of financial resources in the medical sphere. It used exponential regression by unit logarithmic scale for calculation. Analysis was conducted with the use of indicators by 184 countries of the world (data for 2011 were taken), which were divided into 9 groups, depending on the level of GDP per capita, with the help of analytical grouping. In the result of the calculation it was determined that in order to achieve indicators of developed countries, which characterise efficiency of the healthcare system activity, Ukraine needs to additionally spend USD 36.2 thousand million annually. The article marks out main reasons of inefficiency of use of financial resources in the Ukrainian healthcare system, which allowed assessing the potential saving of state funds from increase of efficiency by groups of analysed components.

Key words: financial provision, healthcare, budget, state finance, financial resources

Рис.: 2. Табл.: 5. Библ.: 20.

Malyovanyu Mykhaylo I. – Candidate of Sciences (Economics), Associate Professor, Department of Finance and Credit, Uman National University of Horticulture (vul. Instyutyska, 1, Uman, Cherkaska obl., 20305, Ukraine)

Email: mihaiiil@mail.ru

Постановка проблеми. Охорона здоров'я є однією з найважливіших складових комплексної системи соціального захисту населення. Система охорони здоров'я в Україні була сформована ще за часів Радянського Союзу

і представляє собою розгалужену систему медичних закладів, фінансування яких здійснюється переважно за рахунок державних коштів. Безкоштовна медицина дає змогу забезпечити медичними послугами всі категорії населення,

що позитивно позначається на загальному рівні здоров'я населення, збільшенні тривалості життя, зменшенні смертності та скорочення кількості хворих. Водночас, така система знаходиться в тісній залежності від економічної ситуації у державі, а брак фінансових ресурсів не дає змогу виконувати поставлені завдання та забезпечувати населення у повному обсязі якісними медичними послугами.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Вирішенню проблеми фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в Україні присвячено багато праць вітчизняних дослідників, зокрема, це роботи: Гончарової С. Ю. [3], Длугопольського О. Б. [5], Комарової І. В. [6], Лівака П. Є. [7], Мокрицької А. Б. [8], Тропіної В. Б. [10], Чуприни А. І. [12] та інших.

Невирішені раніше частини загальної проблеми. Разом з тим, як показує досвід, досі існує проблема не лише чіткого визначення обсягів дефіциту фінансових ресурсів, а й причин їх неефективного використання в системі охорони здоров'я України.

Мета дослідження. Розглянути стан та проблеми фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в Україні з метою оцінки дефіциту фінансових ресурсів та розробки шляхів підвищення ефективності їх використання.

Виклад основного матеріалу дослідження. В загальній моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні державні витрати завжди займали основну частку. Це обумовлено тим, що в Україні більшість медичних закладів є бюджетними організаціями, що фінансуються або з державного бюджету – державні і відомчі заклади (підпорядковані міністерствам і відомствам), або з місцевого –

комунальні (підпорядковані органам місцевої влади і місцевого самоврядування). Таким чином, частка державних витрат у загальних витратах на охорону здоров'я в Україні складає у межах 55 – 60 % усіх витрат на охорону здоров'я (і не лише в аналізований період, а й протягом останніх двох десятиліть) (табл. 1).

Незважаючи на щорічне зростання загальних витрат, українська система охорони здоров'я на даний час перебуває у стагнуючому стані, коли коштів вистачає лише на підтримання життєдіяльності існуючої системи. Розгалужена система медичних закладів усіх рівнів вимагає виділення значних фінансових ресурсів з боку держави. Тому за відсутності дієвих кроків щодо реформування існуючої системи медичних закладів та слабого розвитку страхової медицини в Україні протягом останніх двох десятиліть відбувається, незважаючи на зростання державних видатків (табл. 1), поступова деградація системи охорони здоров'я.

Сьогодні за рівнем загальних витрат на охорону здоров'я на 1 особу (у дол. США за ПКС) Україна перебуває на 89 місці серед 184 країн світу, а по тривалості життя – на 108 місці. Це є важливим сигналом про критичний стан фінансування системи охорони здоров'я в Україні, оскільки між цими двома показниками існує тісна взаємозалежність, що підтверджено проведеним нами кореляційно-регресійним аналізом. Розрахунки були здійснені з використанням показників по 184 країнам світу (дані бралися за 2011 рік) [1]: Y – середня тривалість життя при народженні, років; X_1 – загальні витрати на охорону здоров'я на 1 особу, у дол. США за ПКС. Результати обробки даних на ЕОМ представлені у табл. 2.

Таблиця 1

Динаміка та структура витрат на охорону здоров'я в Україні (розроблено за [9])

Показник	2003 р.	2004 р.	2005 р.	2006 р.	2007 р.	2008 р.	2009 р.	2010 р.	2011 р.
Загальні витрати на охорону здоров'я, млн грн	18621,6	22965,9	28390,4	34888,2	45936	63072,7	71410,8	84744,8	95713,7
Розподіл загальних витрат за джерелами фінансування, млн грн:									
Державні (включаючи державні фірми)	10800,5	13320,22	16778,73	21072,47	28250,64	36077,58	39061,71	47711,32	52929,68
Приватні фірми і корпорації	540,03	620,08	794,93	907,09	1424,02	1702,96	1928,09	2203,36	2392,84
Домогосподарства	7187,94	8864,84	10731,57	12803,97	16123,54	25102,93	30278,18	34575,88	40104,04
Донори та інші	93,11	160,76	85,17	104,66	137,81	189,22	142,82	254,23	287,14
Розподіл загальних витрат за джерелами фінансування, %:									
Державні (включаючи державні фірми)	58,00	58,00	59,10	60,40	61,50	57,20	54,70	56,30	55,30
Приватні фірми і корпорації	2,90	2,70	2,80	2,60	3,10	2,70	2,70	2,60	2,50
Домогосподарства	38,60	38,60	37,80	36,70	35,10	39,80	42,40	40,80	41,90
Донори та інші	0,50	0,70	0,30	0,30	0,30	0,30	0,20	0,30	0,30

Результати кореляційно-регресійного аналізу свідчать, що при зміні загальних витрат на охорону здоров'я на 1000 дол. США ПКС, середня тривалість життя при народженні збільшиться на 3,96 роки. Разом з тим, коефіцієнт кореляції – 0,62337 та детермінації – 0,3885936 свідчать, що тривалість життя залежить і від інших факторів, а тому лише одне зростання витрат на охорону здоров'я не може бути визначальним фактором.

Одним із найбільш важливих факторів, що впливає як на рівень здоров'я, так і на тривалість життя є рівень добробуту громадян. Згідно з дослідженнями експертів ВООЗ, розрив у рівнях здоров'я між країнами Центральної і Східної Європи та іншими країнами ЄС на 50 % обумовлений різницею в матеріальному добробуті населення, на 30 % – факторами ризику, пов'язаними з способом життя людини, на 10 % – із забрудненням навколишнього середовища і лише на 10 % – різницею в медичному обслуговуванні [20]. Підвищення на

1000 дол. США ВВП на душу населення збільшує середню тривалість життя на 0,5 роки, а збільшення на 1000 дол. США доходу громадян – на 1 рік [2]. Для підтвердження даного твердження нами було проведено аналітичне групування з наступним кореляційно-регресійним аналізом для виявлення закономірностей між даними показниками. В результаті були отримані наступні показники (табл. 3).

Як помітно з табл. 3, біля 50 % країн світу (у тому числі і Україна) зосереджено у 1 групі, яка має найнижчі показники по середній тривалості життя населення. Динаміка показників свідчить, що при збільшенні розміру ВВП на душу населення зростає і тривалість життя. Водночас, отримані показники свідчать, що зростання відбувається лише до 6 групи, після чого зростання рівня добробуту мінімально впливає на підвищення тривалості життя.

Виходячи з цього, можна зробити висновок, що будь-які зміни щодо покращення як стану системи охорони

Таблиця 2

Результат кореляційно-регресійного аналізу впливу загальних витрат на охорону здоров'я на 1 особу на середню тривалість життя при народженні (авторська розробка)

Значення параметру:	Характеристика моделі:
коефіцієнт кореляції – 0,62337	тіснота зв'язку – помірна
коефіцієнт детермінації – 0,3885936	мінливість функції на 38,8593 % визначається мінливістю вибраних факторів
Критерій Фішера: $F_{\phi} = 115,67437$; $F_{\kappa} = 3,8930606$	$F_{\phi} > F_{\kappa}$, нульова гіпотеза про відсутність зв'язку між показниками відкидається – модель адекватна реальності
Критерій Стьюдента: $t_{\phi} = 9,12484$; $t_{\kappa} = 1,973084$	$t_{\phi} > t_{\kappa}$, нульова гіпотеза про незначущість коефіцієнта регресії відкидається – він є статистично значимим
Критерій Дарбіна-Уотсона: $DW = 1,9744$	Автокореляція відсутня, якщо $1.5 < DW < 2.5$. У нашому випадку: $1.5 < 1,9744 < 2.5$
Рівняння регресії: $Y = 65,81 + 0,00396X_1$	

Таблиця 3

Результати аналітичного групування (авторська розробка)

№ з/п	Групи країн за ВВП на душу населення у дол. США за ПКС	Кількість країн в групі	Середнє значення ВВП на душу населення у дол. США за ПКС	Середня тривалість життя при народженні, років
1	540 - 7620	90	3063.3	63.77
2	7620 - 14700	35	11165.71	73.03
3	14700 - 21780	17	17944.71	74.44
4	21780 - 28860	14	25130.71	76.11
5	28860 - 35940	9	32392.22	81
6	35940 - 43020	10	39970	81.07
7	43020 - 50100	3	46616.67	78.5
8	50100 - 57180	2	51375	79.75
9	57180 - 64260	4	60862.5	81.25
	Разом	184		

здоров'я в Україні, так і його фінансового забезпечення не можливі без поліпшення економічної ситуації в країні. Водночас, слід усвідомити, що стрімке економічне зростання за нинішніх кризових явищ як в українській, так і в світовій економічній системі є не можливим. Тому, на нашу думку, основну увагу слід зосередити на підвищенні ефективності розподілу та використанні наявних фінансових ресурсів, а також пошуку альтернативних джерел фінансування охорони здоров'я як у середині бюджетної системи, так і поза її межами. Особливо це важливо з огляду на постійно старіюче населення в Україні. Загальновідомо, що значна частина медичних витрат у розвинутих країнах припадає на населення похилого віку. Наприклад, в Японії особи старші 70 років складають 10 % населення країни, а на їх медичне обслуговування витрачається 30 % усіх коштів системи охорони здоров'я [4]. Зважаючи на негативну демографічну ситуацію в Україні, можна очікувати збільшення потреб у фінансових ресурсах для медичного обслуговування людей похилого віку.

На сьогодні Україна за багатьма показниками, які характеризують стан охорони здоров'я, випереджає навіть розвинуті країни світу. Так, наприклад, Україна має 5,46 лікарняних закладів на 100000 населення, а у країнах ЄС середнє значення цього показника становить близько 3,1 на 100000 населення. Що стосується медичних працівників, то в Україні на 100000 населення припадає 493 лікаря та 1010 середнього медичного персоналу проти 292 лікаря та 750 середнього медичного персоналу у країнах ЄС [18]. Така розгалужена система закладів медичного обслуговування вимагає значної кількості фінансових ресурсів для здійснення своєї діяльності. Водночас, зростання державних витрат на охорону здоров'я, яке спостерігається протягом усього аналізованого періоду (табл. 1), в окремі роки навіть не покриває цінового фактору, що беззаперечно негативно позначається на стані системи охорони здоров'я. Внаслідок цього, зростання фактичного рівня державного фінансування не покриває усіх потреб у фінансових ресурсах для повноцінного розвитку системи охорони здоров'я. Наприклад, у 2009 р. охорона здоров'я була профінансована лише на 65,4 % від її мінімальної потреби, яка за розрахунками МОЗ України становила 56 млрд грн [3], а у 2011 році за потреби 62,6 млрд грн було виділено 48,9 млрд грн або 78,11 % [11].

Таким чином, у системі охорони здоров'я існує значний дефіцит фінансових ресурсів, проте важливо визначити об'єктивний його розмір. У світовій економічній науці існують різноманітні методи визначення як мінімального рівня фінансування, що використовується ВООЗ [15], так і об'ємів дефіциту фінансових ресурсів та ефективності їх використання. Одним з них є метод побудови кривої виробничих можливостей [16]. За основу при цьому взято методику розрахунку, розроблену Preker SA, Langenbrunner J, Suzuki E [17]. На відміну від даних авторів, для розрахунку дефіциту фінансових ресурсів системи охорони здоров'я в Україні ми обмежилися трьома показниками: смертність жінок, смертність чоловіків і смертність дітей віком до

5 років. Усі показники, включені у розрахунок, бралися на основі даних ВООЗ за 2011 рік [1]. Аналіз проведено по 7 групах країн залежно від рівня ВВП на душу населення (було використано результати аналітичного групування табл. 3).

З кожної вибірки було відібрано 20 % «зразкових» країн – тобто країни, які мають найкращі показники по кожному з вибраних критеріїв. По групі «зразкових» країн по кожному показнику була розрахована крива виробничих можливостей, яка базується на залежності між витратами на душу населення на охорону здоров'я та ВВП. Для розрахунків застосовувалася експоненціальна регресія по одичній логарифмічній шкалі (рис. 1).

Дефіцит фінансування охорони здоров'я (в розрахунку на душу населення) в Україні рівний відстані по вертикалі між кривою можливостей і координатами України по осі витрат на охорону здоров'я. Якщо дана точка знаходиться на лінії або вище, то дефіцит дорівнює нулю.

Слід зазначити, що значне перевищення витрат на охорону здоров'я порівняно з «зразковими» країнами свідчить про те, що слід підвищувати ефективність використання фінансових ресурсів, оскільки інші країни досягають кращих результатів при менших витратах. Результати проведеного аналізу наведені у табл. 4. Як помітно з розрахунків, дефіцит фінансування охорони здоров'я в Україні по всім критеріям починається у групі країн з ВВП на душу населення у розмірі до 43020 дол. США за ПКС. Щоб досягти показників розвинутих країн світу, Україні слід додатково витратити до 36,2 млрд дол. США за ПКС на рік, або 137,56 млрд грн.

Слід зазначити, що при інтерпретації отриманих результатів необхідно враховувати похибку при побудові кривої виробничих можливостей. Даний метод дає можливість приблизно визначити наявність дефіциту фінансових ресурсів у системі охорони здоров'я, але не враховує вплив інших факторів, які жодним чином не пов'язані з фінансовими взаємовідносинами (культурні традиції, спосіб життя тощо). Тому доволі часто буває, що країни з меншими затратами на охорону здоров'я мають кращі якісні показники.

В результаті значного дефіциту фінансових ресурсів, показники, які характеризують стан охорони здоров'я в Україні, є доволі низькими порівняно з розвинутими країнами світу. Разом з тим, на наше переконання, сьогодні в Україні однією з основних причин кризових явищ у охороні здоров'я є не стільки дефіцит фінансових ресурсів, як їх неефективне використання. Це підтверджує і досвід інших країн, де за більш низьких витрат на охорону здоров'я досягаються кращі показники, що характеризують її якість (рівень смертності, народжуваності, захворюваності тощо). На основі досліджень ВООЗ [19] нами виділено десять основних причин неефективності використання фінансових ресурсів у системі охорони здоров'я України (рис. 2).

Це дає змогу на основі методики, запропонованої експертами ВООЗ [19, с. 62 – 69], розрахувати потенційну економію коштів у системі охорони здоров'я України від мінімізації або усунення вищеперелічених причин (табл. 5). Для

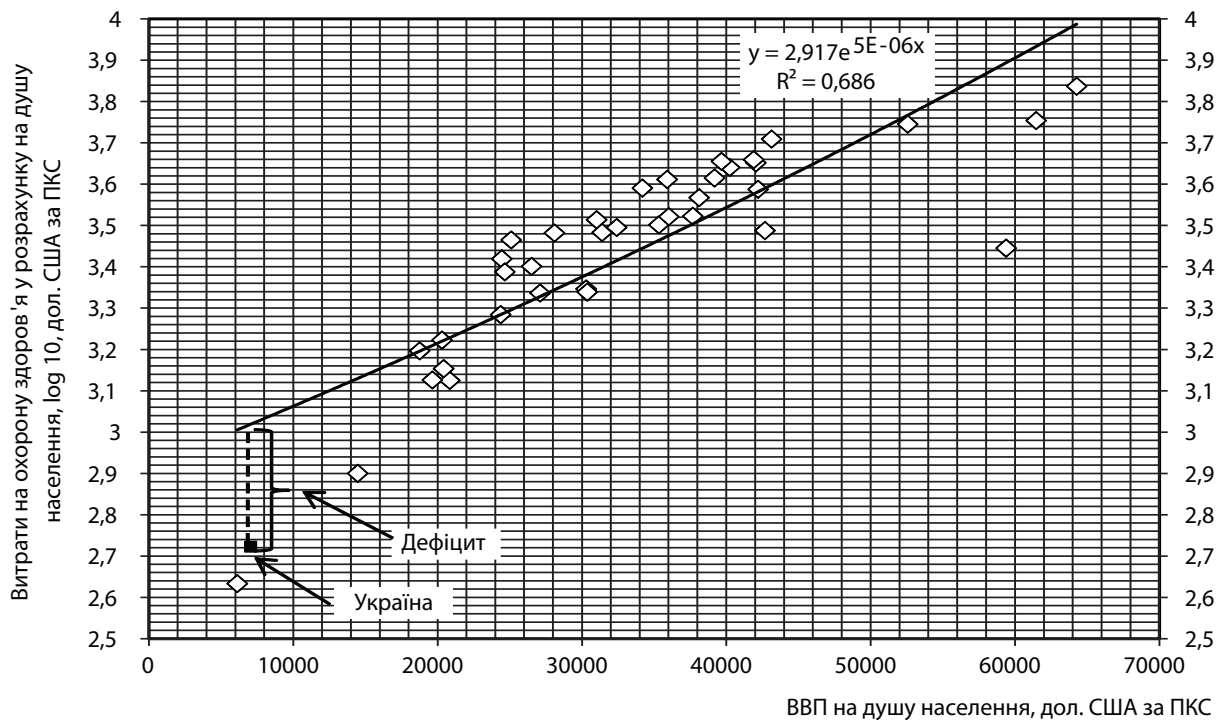


Рис. 1. Крива виробничих можливостей для країн з ВВП на душу населення до 64260 дол. США за ПКС, визначена за смертністю дітей віком до 5 років, 2011 р. (авторська розробка)

Примітки: крива виробничих можливостей – лінія регресії, яка отримана по 20 % країн із найменшими показниками смертності (серед країн групи). Чорним квадратом позначена Україна.

Таблиця 4

Дефіцит фінансування системи охорони здоров'я в Україні (у дол. США за ПКС) по різних групах країн (2011 рік) (авторська розробка)

Групи країн за ВВП на душу населення (дол. США за ПКС)	Смертність дітей віком до 5 років		Смертність дорослих жінок		Смертність дорослих чоловіків	
	на душу населення дол. США за ПКС	загальний дефіцит, млн дол. США за ПКС	на душу населення, дол. США за ПКС	загальний дефіцит, млн дол. США за ПКС	на душу населення, дол. США за ПКС	загальний дефіцит, млн дол. США за ПКС
до 7620	-	-	-	-	-	-
до 14700	-	-	-	-	-	-
до 21780	-	-	-	-	-	-
до 28860	-	-	-	-	-	-
до 35940	74,56	3407,83	-	-	-	-
до 43020	148,08	6786,29	284,83	13018,49	74,56	3407,83
до 64260	519,13	23727,33	790,26	36119,54	594,02	27150,26

цього середні рівні неефективності множаться на середню частку загальних витрат на охорону здоров'я, пов'язаних з кожним компонентом. Десять найпоширеніших причин неефективності (рис. 2) розділені в таблиці на п'ять вели-

ких груп: трудові ресурси охорони здоров'я, медикаменти, лікарні, втрати в результаті корупції і неекономного використання коштів і комбінація медичних програм.

Таблиця 5
Потенційна економія державних фінансових ресурсів у системі охорони здоров'я України від підвищення ефективності по групах аналізованих компонентів (авторська розробка)

Категорія доходу	Потенційний діапазон економії від підвищення ефективності (відсоток загальних витрат на охорону здоров'я) ¹ , %	Потенційна економія від підвищення ефективності на душу населення, грн										Потенційний діапазон економії від підвищення ефективності для усього населення, млн грн							
		2003 р.	2004 р.	2005 р.	2006 р.	2007 р.	2008 р.	2009 р.	2010 р.	2011 р.	2003 р.	2004 р.	2005 р.	2006 р.	2007 р.	2008 р.	2009 р.	2010 р.	2011 р.
Людські ресурси	7-14	3,95-7,91	4,91-9,82	6,23-12,47	7,88-15,76	10,62-21,26	13,65-27,29	14,84-29,69	18,21-36,41	20,27-40,53	189,01-378,02	233,10-466,21	293,63-587,26	368,77-737,54	494,39-988,77	631,36-1262,72	683,58-1367,16	834,95-1669,90	926,27-1852,54
Лікарські препарати	2-5	0,68-1,69	0,84-2,11	1,07-2,67	1,35-3,38	1,82-4,56	2,34-5,85	2,54-6,36	3,12-7,81	3,47-8,69	32,40-81,00	39,96-99,90	50,34-125,84	63,22-158,04	84,75-211,88	108,23-270,58	117,19-292,96	143,13-357,83	158,79-396,97
Лікарні	5-11	2,82-6,21	3,51-7,72	4,45-9,79	5,63-12,39	7,59-16,71	9,75-21,45	10,60-23,32	13,01-28,61	14,48-31,85	135,01-297,01	166,50-366,31	209,73-461,42	263,41-579,49	353,13-776,89	450,97-992,13	488,27-1074,20	596,39-1312,06	661,62-1455,57
Неекономічне використання ресурсів	5-10	11,29-22,59	14,04-28,07	17,81-35,62	22,52-45,04	30,37-60,74	38,99-77,99	42,41-84,82	52,01-104,01	57,91-115,81	540,03-1080,05	666,01-1332,02	838,94-1677,87	1053,62-2107,25	1412,53-2825,06	1803,88-3607,76	1953,09-3906,17	2385,57-4771,13	2646,48-5292,97
Комбінація медичних програм	10-20	22,59-45,18	28,07-56,14	35,62-71,24	45,04-90,08	60,74-121,48	77,99-155,98	84,82-169,64	104,01-208,03	115,81-231,61	1080,05-2160,11	1332,02-2664,04	1677,87-3355,75	2107,25-4214,49	2825,06-5650,13	3607,76-7215,52	3906,17-7812,34	4771,13-9542,26	5292,97-10585,94
Усього	18,3-37	41,34-83,58	51,37-103,86	65,18-131,79	82,42-166,64	111,16-224,74	142,72-288,57	155,22-313,83	190,34-384,85	211,92-428,48	1976,50-3996,20	2437,60-4928,48	3070,51-6208,13	3856,26-7796,81	5169,87-10452,74	6602,20-13348,70	7148,29-14452,83	8731,17-17653,19	9686,13-19583,98

¹ Отримано шляхом множення діапазону можливої економії від підвищення ефективності (людські ресурси 10 – 25 %; ліки – 10 – 15 %; лікарні 10 – 25 %) на частку від загальних витрат на охорону здоров'я; можлива економія від підвищення ефективності для неекономічного використання ресурсів та комбінації медичних програм розрахована напряму як відсоток витрат на охорону здоров'я на душу населення [14];

² Отримано шляхом множення можливої економії від підвищення ефективності на середню величину витрат на охорону здоров'я на душу населення (міжквартильний діапазон)

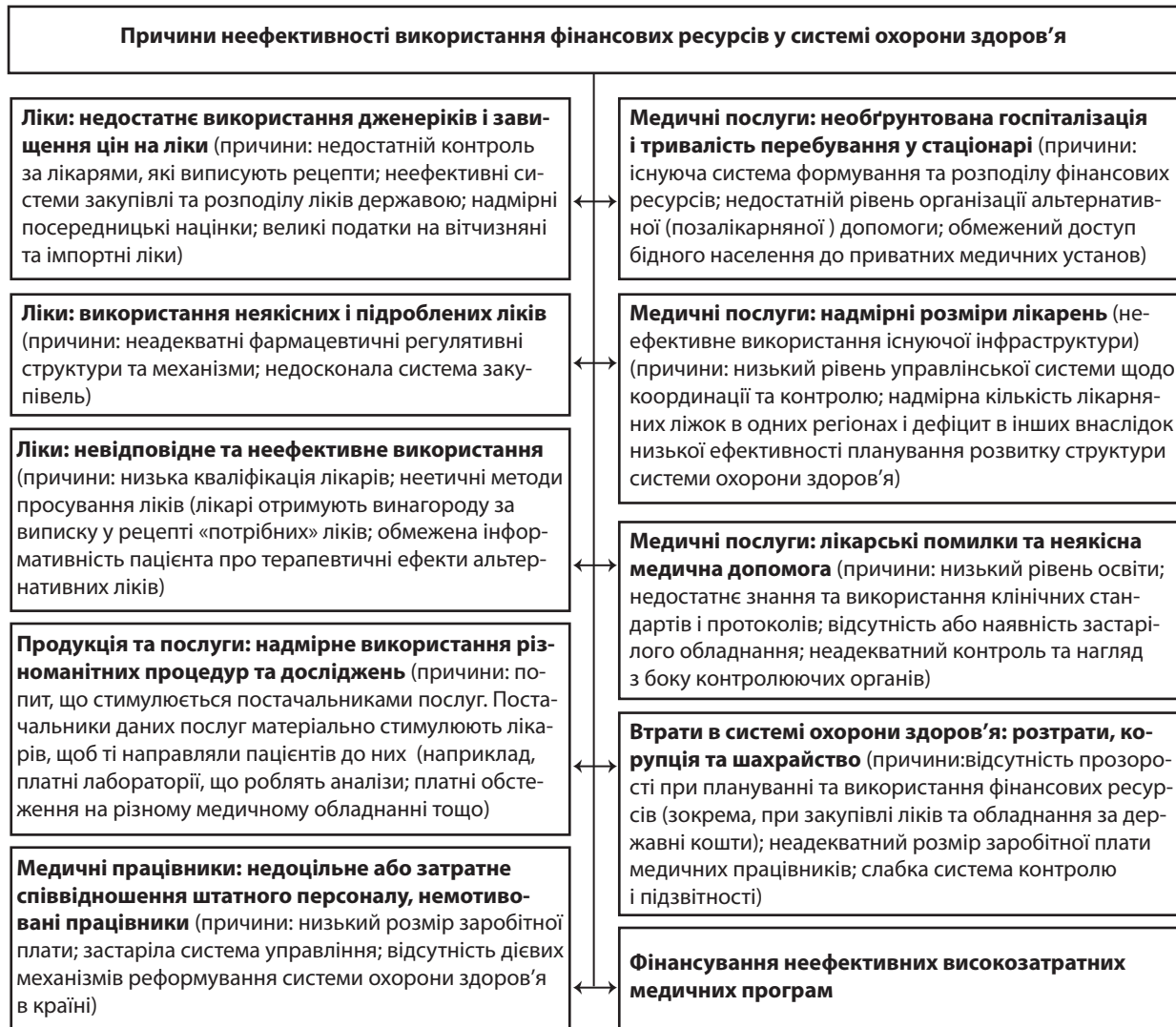


Рис. 2. Причини неефективності використання фінансових ресурсів у системі охорони здоров'я України (розроблено за [19])

Розрахунки свідчать, що Україна щорічно може економити у межах 18,3 – 37 % усіх державних витрат на охорону здоров'я, шляхом підвищення економічної ефективності лікарень та персоналу. Невідомо, що станеться, якщо країна працюватиме над усіма цими джерелами неефективності одночасно, але вигоди, безсумнівно, не будуть дорівнювати розрахунковій сумі по кожній групі, оскільки підвищення економічної ефективності діяльності працівників охорони здоров'я автоматично підвищить економічну ефективність лікарень в цілому. Водночас слід зазначити, що потенційна економія коштів може бути доволі значною, що дозволяє, наприклад, Україні зменшити дефіцит фінансових ресурсів у системі охорони здоров'я щорічно від 9,7 до 19,6 млрд грн.

Висновок. Світовий досвід і проведений аналіз дають змогу запропонувати вирішення проблеми дефіциту фінансування охорони здоров'я через розвиток наступних пріоритетних напрямків:

1. Модернізація первинної медичної допомоги, особливо її амбулаторно-поліклінічного рівня.
2. Спрощення механізмів фінансування зі скороченням кількості фінансових потоків у галузі: перехід на принципи одноканального фінансування і формування на його основі повного тарифу на медичні послуги.
3. Максимальне використання економічних та адміністративних методів, спрямованих на мотивацію підвищення ефективності діяльності усіх суб'єктів системи. Однією зі складових слід виділити підвищення рівня оплати праці медичних працівників.
4. Удосконалення прозорості державних закупівель і тендерів. Підвищення моніторингу та контролю за рівнем цін на медичні препарати.
5. Усунення нерівності в об'ємі, якості і доступності медичних послуг між різними категоріями населення.

Покращення стандартів медичних послуг у лікарнях з обов'язковим моніторингом результатів діяльності.

Регулярна оцінка вартості медичних програм з урахуванням їх ефективності залежно від досягнутих результатів і поставлених цілей.

ЛІТЕРАТУРА

1. Всесвітня організація охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.who.int/countries/ru/>
2. Галкин Р. А. К вопросу о реформировании здравоохранения / Р. А. Галкин, И. А. Гехт // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. – 1998. – № 1. – С. 28–31.
3. Гончарова С. Ю. Соціальна відповідальність та роль компенсаційного пакета в її формуванні / С. Ю. Гончарова, Н. В. Водницька // Научные труды ДонНТУ. – Сер.: Экономическая. – 2006. – Вып. 103-2. – С. 111–118.
4. Гришин В. В. Медицинское страхование в Японии / В. В. Гришин, В. Ю. Семенов, Ю. Б. Бродская // Экономика здравоохранения – 1997. – № 1. – С. 14–22.
5. Длугопольський О. В. Охорона здоров'я в системі глобальних суспільних благ: міжнародні порівняння / О. В. Длугопольський // Економічна теорія. – 2011. – №3. – С. 83–97.
6. Комарова І. В. Бюджетне фінансування охорони здоров'я громадян України як складової людського капіталу / І. В. Комарова // Вісник Бердянського університету менеджменту і бізнесу. – 2010. – № 3(11). – С. 94–100.
7. Лівак П. Є. щодо проблем фінансового забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я органами місцевого самоврядування та шляхи їх оптимізації / П. Є. Лівак // Митна справа. – 2011. – №1(73). – Частина 2. – С. 116–121.
8. Мокрицька А. Б. Концептуалізація фінансів охорони здоров'я / А. Б. Мокрицька // Науковий вісник: Фінанси, банки, інвестиції – 2011 – №4. – С. 51–54.
9. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2011 році: Статистичний бюлетень / Державний комітет статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
10. Тропіна В. Б. Фіскальне регулювання соціального розвитку суспільства / В. Б. Тропіна. – К.: НДФІ, 2008. – 368 с.
11. Устінов О. В. Бюджет! Багато в цьому слові для серця лікаря злилось... / О. Устінов // Український медичний часопис. – 2012 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.umj.com.ua/article/8409/byudzhets-bagato-v-comu-slovi-dlya-sercya-likarya-zlilos>
12. Чуприна А. І. Проблеми бюджетного інвестування охорони здоров'я в регіоні / Чуприна А. І., Яроцька О. Я. // Проблеми раціонального використання соціально-економічного та природно-ресурсного потенціалу регіону: фінансова політика та інвестиції. Збірник наукових праць: Випуск XVII, № 2. – Київ, СЕУ / Рівне, НУВГП. – 2011. – 360 с.
13. Шейман И. М. Российское здравоохранение: новые вызовы и новые задачи / И. М. Шейман, С. В. Шишкин // Докл. Государственного университета – Высшей школы экономики: к X Международ. науч. конф. ГУ ВШЭ по проблемам развития экономики и общества (Москва, 7–9 апреля 2009 г.). М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2009. – 66 с.

Кожен із запропонованих напрямів не може бути відірваним від інших. Тому їх поєднання, яке повинно обов'язково супроводжуватися сукупною дією державних і ринкових механізмів регулювання, буде сприяти як поліпшенню фінансового забезпечення охорони здоров'я, так і покращенню якості медичних послуг загалом.

REFERENCES

- Chupryna, A. I., and Yarotska, O. Ya. "Problemy biudzhetho investuvannia okhorony zdorov'ia v rehionii" [Problems health budget investment in the region]. *Problemy ratsionalnoho vykorystannia sotsialno-ekonomichnoho ta pryrodno-resursnoho potentsialu rehionu: finansova polityka ta investytsii* vol. 2, no. 17 (2011).
- Chisholm, D., and Evans, D. B. "Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage. World health report 2010 background paper, no. 28" http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/e
- Dluhopolskyi, O. V. "Okhorona zdorov'ia v systemi hlobalnykh suspilnykh blah: mizhnarodni porivniannia" [Health care in the system of global public goods : international comparison]. *Ekonomichna teoriia*, no. 3 (2011): 83-97.
- Evans DB et al. (2000). The comparative efficiency of national health systems in producing health: an analysis of 191 countries. Geneva, World Health Organization (WHO/EIP Discussion Paper No. 29).
- Galkin, R. A., and Gekht, I. A. "K voprosu o reformirovanii zdavookhraneniia" [On the issue of health care reform]. *Problemy sotsialnoy gigieny i istorii meditsyny*, no. 1 (1998): 28-31.
- Grishin, V. V., Semenov, V. Yu., and Brodskaya, Yu. B. "Meditsinskoe strakhovanie v Yaponii" [Medical insurance in Japan]. *Ekonomika zdavookhraneniia*, no. 1 (1997): 14-22.
- Honcharova, S. Yu., and Vodnytska, N. V. "Sotsialna vidpovidalnist ta rol kompensatsiinoho paketa v ii formuvanni" [Social responsibility and the role of compensation package in its formation]. *Nauchnye trudy DonNTU. Ekonomika*, no. 103-2 (2006): 111-118.
- Komarova, I. V. "Biudzhethne finansuvannia okhorony zdorov'ia hromadian Ukrainy iak skladovoi liudskoho kapitalu" [State funding of public health- Ukraine as a component of human capital]. *Visnyk Berdianskoho universytetu menedzhmentu i biznesu*, no. 3 (11) (2010): 94-100.
- Livak, P. I. E. "Shchodo problem finansovoho zabezpechennia diialnosti zakladiv okhorony zdorov'ia orhanamy mistsevoho samovriaduvannia ta shliakhy ikh optymizatsii" [Regarding the problems of financial support for health care by local authorities and how to optimize them]. *Mytna sprava* vol. 2, no. 1 (73) (2011): 116-121.
- Mokrytska, A. B. "Kontseptualizatsiia finansiv okhorony zdorov'ia" [Conceptualization finance health care]. *Naukovyi visnyk: Finansy, banky, investytsii*, no. 4 (2011): 51-54.
- M. Suhrcke, L. Rocco, M. McKee. Health: a vital investment for economic development in Eastern Europe and Central Asia. World Health Organization, 2007.
- "Natsionalni rakhunky okhorony zdorov'ia (NROZ) Ukrainy u 2011 rotsi: Statystychnyi biuletyn" [National Health Accounts (NHA) Ukraine in 2011: Statistical Bulletin]. *Derzhavnyi komitet statystyky Ukrainy*. <http://www.ukrstat.gov.ua/>.

14. Chisholm D, Evans DB. Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage. World health report 2010 background paper, no. 28 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/e). National Health Accounts [online database]. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/nha>, accessed 7 July 2010).
 15. Evans DB et al. (2000). The comparative efficiency of national health systems in producing health: an analysis of 191 countries. Geneva, World Health Organization (WHO/EIP Discussion Paper No. 29).
 16. Marc Suhrcke, Lorenzo Rocco, Martin McKee Health: a vital investment for economic development in Eastern Europe and Central Asia. World Health Organization, 2007. – 280 p.
 17. Preker SA, Langenbrunner J, Suzuki E (2002). The global expenditure gap: securing financial protection and access to health care for the poor. Washington, DC, International Bank for Reconstruction and Development and World Bank (Health, Nutrition and Population Discussion Paper, December 2002).
“Public health in EU” http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_ealth/main_tables
 18. Public health in EU [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_ealth/main_tables
 19. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2010. – 106 p.
 20. Vang J. The Change that has Reshaped Europe’s Health Care (WHO EURO). – Copenhagen, 1993. – P. 45–48.
- Preker, S. A., Langenbrunner, J., Suzuki E. (2002). The global expenditure gap: securing financial protection and access to health care for the poor. Washington, DC, International Bank for Reconstruction and Development and World Bank (Health, Nutrition and Population Discussion Paper, December 2002).
- Sheyman, I. M., and Shishkin, S. V. “Rossiyskoe zdravookhranenie: novye vyzovy i novye zadachi” [Russian health: new challenges and new tasks]. Problemy razvitiia ekonomiki i obshchestva. Moscow: GU VShE, 2009.
- Tropina, V. B. Fiskalne rehulivannia sotsialnoho rozvytku suspilstva [Fiscal regulation of social development]. Kyiv: NDFI, 2008.
- The world health report: health systems financing: the path to universal coverage WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2010.
- Ustinov, O. V. “Biudzheth! Bahato v tsyomu slovi dlia sertsia likaria zlylos...” [Budget! Much of this word for heart doctor blended]. <http://www.umj.com.ua/article/8409/byudzheth-bagato-v-comu-slovi-dlya-sercya-likarya-zlilos>
- Vsesvitnia orhanizatsiia okhorony zdorov’ia. <http://www.who.int/countries/ru/>.
- Vang, J. The Change that has Reshaped Europe’s Health Care (WHO EURO) Copenhagen, 1993.
-