

Розділ 2

МАКРОЕКОНОМІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

УДК 336:61(314)

Гальків Л.І., Мацьків Г. О.

ІДЕНТИФІКАЦІЯ ТА АНАЛІЗУВАННЯ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В КОНТЕКСТІ РОЗВИТКУ ЛЮДСЬКОГО КАПІТАЛУ

Фінансове забезпечення охорони здоров'я розглядається як один із основних чинників, що сприяють скороченню втрат людського капіталу, підвищують його якість, впливають на результативність усіх інших видів інвестицій у людський капітал. Розуміння фінансового забезпечення охорони здоров'я розкривається з позицій: змісту, суті; функціональної спрямованості коштів; бюджетних відносин, мети і завдань. Здійснено аналіз фінансування сфери охорони здоров'я в Україні. На основі виявлених проблем окреслено основні напрями реформування фінансового забезпечення вітчизняної системи охорони здоров'я.

Ключові слова: фінансування, охорона здоров'я, медицина, ідентифікація, аналізування, децентралізація, людський капітал, модернізація, інвестиції.

Постановка проблеми. За постіндустріальної епохи центр уваги науковців і практиків змістився у бік людиноцентричних концепцій, зорієнтованих на продуктивні здібності працездатного населення. Результатом цього стало викристалізування теорії людського капіталу, у якій стрижневу позицію серед невідчужуваних елементів активів людинності посідає капітал здоров'я.

Якісні параметри здоров'я населення територіально-суспільної системи віддзеркалюють стан розвитку її базових соціальних інститутів, передусім системи медичного обслуговування. Нині глобального обрису набувають виклики, пов'язані, з одного боку, з удорожчанням послуг системи охорони здоров'я на тлі їх урізноманітнення та ускладнення в технологічно-кваліфікаційному сенсі, і з другого боку, – зі збільшенням чисельності носіїв попиту на такі послуги у зв'язку з приростом населення та його постарінням.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Теоретичне підґрунтя інвестиційних засад розвитку людського капіталу закладено у фундаментальних наукових працях учених зі світовим іменем: Г. Беккера, Х. Боуена, Е. Денісона, Р. Лукаса, Дж. Мінцера, П. Ромера, Т. Шульца та ін. Новітні дослідження в царині фінансування охорони здоров'я здійснили: Авраменко Т.П. [4], Гомон Д. О. [10],

Долот В. Д. [9], Павлюк К. В. [11], Філонова І.Б. [1] та ін. Разом з тим низка питань теоретико-методологічного та практичного характеру, що пов'язані із фінансовим забезпеченням медичної сфери України в сучасних умовах, залишається малодослідженою.

Формулювання цілей статті. Мета статті полягає в ідентифікації фінансового забезпечення системи охорони здоров'я у контексті розвитку людського капіталу, аналізуванні стану фінансування медичної сфери в Україні та окресленні напрямків її модернізації.

Опис основного матеріалу дослідження. Інвестиції в систему охорони здоров'я призводять до надзвичайно важливих соціально-економічних ефектів, оскільки [2, с. 14]:

- зниження захворюваності і смертності продовжують життя людини і, відповідно, час функціонування людського капіталу, скорочують його втрати;

- здоров'я людей – носіїв певної генетичної інформації – зумовлює якість людського капіталу наступних поколінь;

- стан фізичного та психологічного здоров'я людини визначає можливості здобуття освіти та професійної підготовки, тобто ефективність усіх інших видів інвестицій у людський капітал.

Фінансове забезпечення системи охорони здоров'я не варто ототожнювати з її інвестуванням. Інвестиції розглядають у двох зрізах: перший – витрат часу й сили (певний вид діяльності); другий – вкладення коштів. Лише частина ресурсів, які залучаються у медичну сферу, піддаються безпосередньому вартісному оцінюванню. Натомість обсяги фінансування пов'язують з потоком коштів. Відтак, фінансування покладається в основу розуміння

© Гальків Любов Іванівна, д.е.н., професор кафедри фінансів і кредиту, Львівська комерційна академія, тел.: +380677940294, e-mail: lubakram@rambler.ru

Мацьків Галина Олегівна, магістр, Львівська комерційна академія, тел.: +380965153574, e-mail: galjyha@gmail.com

фінансового забезпечення з позицій змісту, суті, бюджетної політики (рис. 1).
функціональної спрямованості коштів і як форми

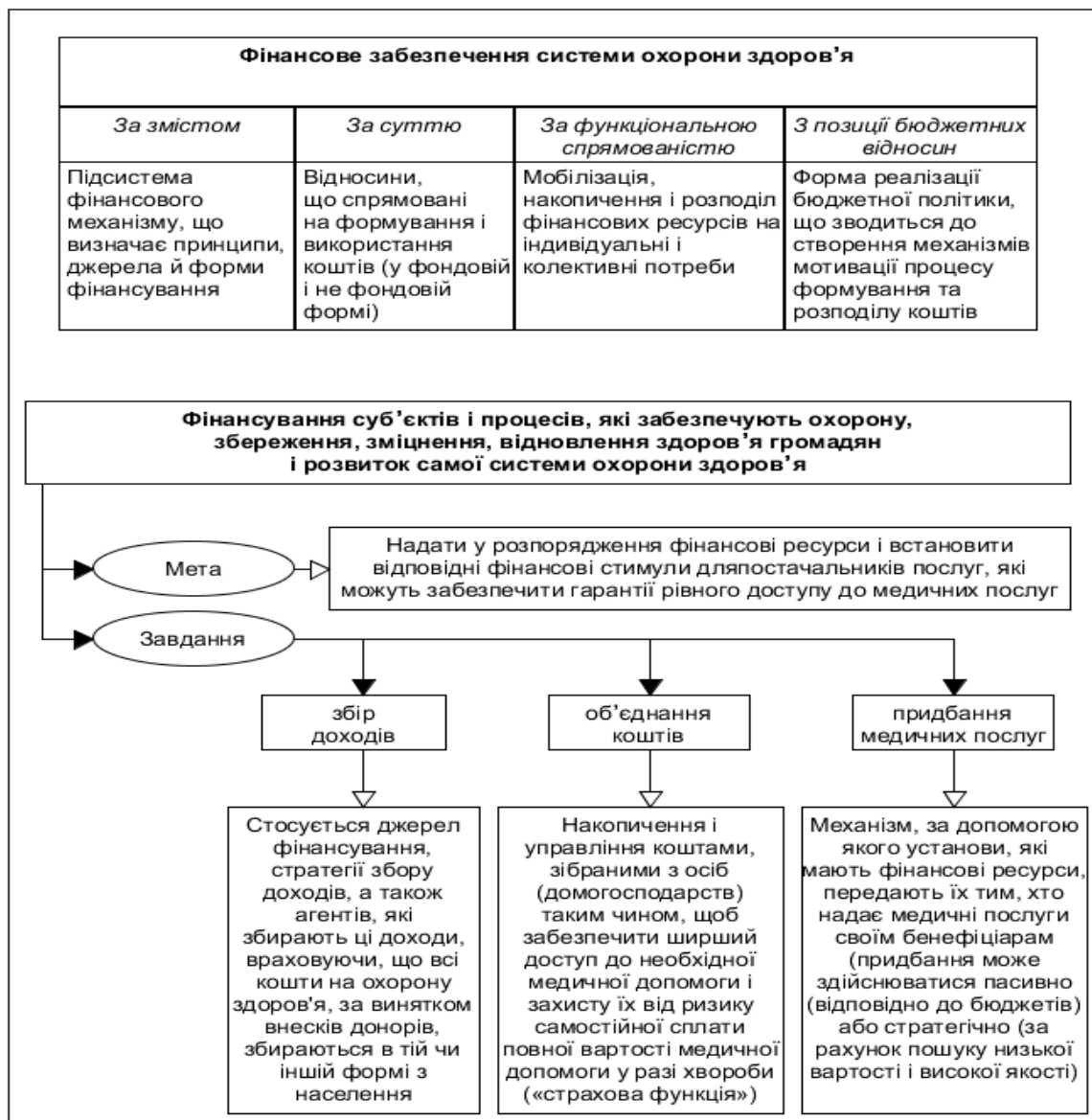


Рис. 1. Ідентифікація фінансового забезпечення системи охорони здоров'я*

* Авторська розробка

Характеризуючи фундаментальні постулати якісного фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я, передусім слід акцентувати на рівному і справедливому доступі до послуг цієї сфери. Кожен громадянин повинен мати доступ до необхідного мінімального рівня послуг, у межах якого медична допомога має визначитися не фінансовими можливостями пацієнта, а потребами в ній. Населення має забезпечуватися від фінансових наслідків захворювання, проте плата за такий захист повинна залежати від доходу особи, а не від індивідуального ризику. Окрім того, слід акцентувати на оптимізаційному збалансуванні максимізації якості послуг системи охорони здоров'я й ступеню задоволення її отримувачів при мінімально можливому рівні затрат ресурсів. Також вимогою є запровадження якісної моделі

секторального розподілу потоків коштів суспільної системи, економічно виправдані й належним чином проконтрольовані обсяги вилученого капіталу суспільства.

Науковий аналіз практики фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в Україні засвідчив, що траєкторії обсягу загальних витрат на медичну галузь і кількості потенційних споживачів її послуг розвиваються асиметрично (табл. 1). Якщо перший показник протягом 2003-2013 рр. щорічно зростав на 20,1%, то другий – знижувався на 0,7%. Така динаміка зумовлювала прискорене зростання суми витрачених коштів у розрахунку на одного мешканця. Втім, за абсолютним значенням цього показника наша країна суттєво поступається країнам ЄС.

Таблиця 1

**Показники Національних рахунків охорони здоров'я України
за 2003 р., 2005 р. і 2007-2013 рр. ***

Показник	2003	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Загальні витрати, млрд грн	18,6	28,4	45,9	63,1	71,4	84,7	95,7	108,9	115,8
Чисельність населення, млн осіб	48,9	46,9	46,4	46,1	46	45,8	45,6	45,6	45,4
Загальні витрати у % до ВВП	7,0	6,4	6,4	6,7	7,8	7,6	7,1	7,5	7,6
Загальні витрати у розрахунку на одну особу, дол. США	72,7	118,1	228,2	289,7	216	250,4	268,5	305,2	319,7
Рівень державного фінансування, %	58,0	58,0	58,0	58,0	58,0	58,0	58,0	58,0	58,0

* Складено авторами за: [3]

Натомість відносний показник в Україні (рівень виділених коштів на медицину у % до ВВП) не суттєво відрізняється від західних країн-сусідів. Приміром, у 2012 р. цей показник у Польщі складав 6,8%, у Словаччині – 7,8%; у Чехії – 7,7%, в Угорщині – 7,8%. Зауважимо, що в Росії рівень цього показника складав 6,3%, у Вірменії – 4,5%, у Казахстані 4,2%. Кризові явища у вітчизняній економіці призводять до значного розриву в обсязі фінансового потенціалу системи охорони здоров'я порівняно з передовими економіками світу.

Суспільні фінансові ресурси домінують серед джерел фінансування медицини. Проте підхід, за якого потоки коштів формуються, виходячи із успадкованих “совєтської коєчної системи” в лікарнях і кількості пацієнтів в поліклініка, демотивує медичну галузь до зниження рівня хронічних захворювань. Це не дозволяє вважати такий підхід ефективним.

Аналіз динаміки кінцевого споживання виділених коштів свідчить про тенденційне зростання видатків на надання стаціонарної медичної допомоги у лікарнях. Натомість витрати на профілактику та громадські послуги у фінансових ресурсах системи охорони здоров'я, по-перше, посідають біля трьох відсотків і, по-друге, виявляють тенденцію до скорочення. За таких обставин звужуються можливості ефективного попередження ризиків захворюваності і на відновлювальне лікування.

Дослідження функціональної структури загальних витрат на охорону здоров'я виявило, що домінуючу позицію (близько третини) посідають витрати на ліки та медичні товари нетривалого використання. Занепокоєння викликає той факт, що ця позиція покривається головним чином коштами населення (2009 р. – 98,1%; 2011 р. – 98,2%; 2013 р. – 99,5%). Власне збільшенням фінансування з боку населення пояснюється те, що Україна п'ятий рік поспіль за витратами на амбулаторну допомогу наближається до нижчого рівня розвинутих європейських країн (у країнах ЄС 18–36%).

Низьке значення цього показника означає, що значна кількість випадків, котрі могли б лікуватись на амбулаторній базі, переростають в госпіталізацію.

Попри гарантовану Конституцією України безоплатну медицину, населення спрямовує у цю сферу щораз більше коштів (частка витрат домогосподарств у загальних витратах на охорону здоров'я за період 2003-2013 рр. зростає із 38,6% до 41,1%, а обсяг – у 6,6 раза). Відсутність науково та економічно обґрунтованого механізму безоплатної медичної допомоги усім громадянам у державних закладах системи охорони здоров'я призводить до тінізації ринку її послуг; спонтанного розвитку платних медичних послуг і неконтрольованого ціноутворення на них (особливо в державних і комунальних закладах охорони здоров'я) [4, с. 92]; деактивування впровадження поліфункціональної моделі фінансового забезпечення системи охорони здоров'я.

Внесок бізнес-середовища у фінансування медичної сфери України невисокий: упродовж 2003-2013 рр. він варіював у межах 2,4%-3,1%. Ще мізернішим є потік коштів міжнародних донорських організацій (0,5% у 2003 р.; 0,3-0,2% у 2005-2008 рр. і 2010-2011 рр.; 0,2% у 2009 р. і 2012-2013 рр.). Відтак, основний тягар недержавного фінансування охорони здоров'я припадає на населення. За умови усунення суспільних інституцій від належного фінансування медицини ускладнюють доступ до її послуг незаможного населення, піднімаючи тим самими питання асиметричності медичного обслуговування у колі тих, хто приймає політичні рішення. Поляризація людності має значний і важливий вплив на рівень здоров'я бідних її верств. Як відомо, ризики виникнення хронічних неінфекційних захворювань у групах населення з низьким достатком приблизно вдвічі вищі, ніж у групах з високим рівнем прибутку. Окрім того, оплата життєво необхідних послуг сфери охорони здоров'я неможливими родинами

завичай вичерпує їх заощадження й нерідко призводить до нагромадження боргів.

Менше 0,1% приватних витрат на медичну галузь зосереджені в оплачуваній фінансовій системі країни. Державне ж її фінансування функціонує майже незалежно від приватного. Левова частина коштів на рівні домогосподарств витрачається методом out-of-pocket (з кишені) і не йде на передплату до страхових фондів чи обов'язкової системи страхування в країні. Причому, якщо протягом 2003–2007 рр. спостерігалась тенденція щодо зменшення обсягу виплат “з кишені”, то у 2008-2013 рр. зазначені виплати склали 40-42% (у 2007р. – 34,6%) [5, с. 124].

Рівень приватного капіталу у фінансуванні системи охорони здоров'я порівняно з іншими країнами є доволі високий. За цим показником Україна поступається лише Казахстану і Киргизстану. В Естонії, Угорщині, Данії частка недержавного фінансування медичної сфери на понад 10 в. п. поступається вітчизняному рівню. Для Німеччини, Словаччини, Польщі, Іспанії розрив ще суттєвіший – понад 20 в. п.

Розподіл коштів, спрямованих на охорону здоров'я, за функціями тривалий час залишається відносно стабільним. Це свідчить, що потоки фінансових ресурсів диференціюються відповідно до існуючої інфраструктури галузі, а не відповідно до реальних потреб, визначених структурою та рівнями захворюваності населення країни. Приміром, на тлі надшвидкого зростання за останнє десятиліття (майже на третину) кількості осіб, які перебували на обліку у медичних закладах із діагностованими злоякісними новоутвореннями, частка витрат на стаціонарне лікування онкохворих варіювала лише у межах одного відсотка. Аналогічна ситуація із витратами на амбулаторну допомогу.

Заробляння статків на здоров'ї українців за прибутковістю порівнюють з нафтовим бізнесом, а закупівлю лікарських засобів за бюджетні гроші – з нафтовою свердловиною. Обсяг неформальних платежів в Україні оцінюється в суму, яка двократно перевищує бюджет Міністерства охорони здоров'я [6]. Цьому сприяє кланова будова системи, налагодженість тісних бізнесових схем між її працівниками, пов'язаність їх родинними зв'язками.

Міністерством охорони здоров'я ініціюється переведення закладів системи до розряду небюджетних установ. Це дозволить їм офіційно стягувати плату за надані послуги, легалізувати реальні фінансові результати і розпоряджатися ними на власний розсуд, самостійно розробляти фінансові плани, здійснювати власну

підприємницьку діяльність, формувати інвестиційний ресурс, залучати допомогу приватних фондів і донорів, покращити співпрацю з страховими організаціями. Фіктивна безкоштовність медицини, яка забезпечувалася бюджетним фінансуванням, “що часто отримало здатність розчинятись на відрізьку “бюджет-місце призначення”) перетворює медпрацівника різної ланки на “злодія в законі” або безпорадного учасника акту милосердя” [7].

Висновки і перспективи подальших досліджень. Результати авторських розвідок та систематизація праць вітчизняних науковців [8-11] дозволяють окреслити основні напрями реформування фінансового забезпечення системи охорони здоров'я: 1. Зміцнення фінансової основи системи шляхом ефективізації моніторингу стану здоров'я населення задля визначення обсягу адекватних потреб, виокремлення кола гарантованих державою медичних послуг, переходу на трьохканалну – державне фінансування, обов'язкове та добровільне медичне страхування – бюджетно-страхову модель, використання інновативних підходів до акумулювання та розподілу коштів, отриманих від реалізації шкідливих для здоров'я продуктів, удосконалення організаційно-правових механізмів, які впливають на фінансовий стан медичної галузі. 2. Імплементация соціально адаптованих і економічно раціональних форм залучення позабюджетних коштів у систему, що апробовані у розвинених державах світу, приміром, солідарної участі населення в співвитратах коштів на медицину, зокрема засобами лікарняних кас, розвитку корпоративного страхування. 3. Розширене фінансування превентивних заходів, спрямованих на комплексне покращення здоров'я населення. Чільне місце тут відводиться коштам, що акумулюються на ринку страхування. 4. Реалізація пакету законопроектів “На шляху до європейської системи охорони здоров'я”. Пацієнти отримають переваги від вільного вибору медичних закладів, а держава – від належного фінансування медицини, від ефективного використання коштів, від покращення контролю якості через систему протоколів лікування. 5. Децентралізація системи на засадах підвищення її стійкості та стабільності, транспарентності прийняття управлінських рішень, ефективності функціонування медичних установ. 6. Детінізація фінансових ресурсів системи. Легалізація доходів медичних працівників, їх прив'язка до якості наданих послуг.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Філонова І. Б. Нові підходи до фінансування вітчизняної сфери охорони здоров'я / І. Б. Філонова // Економіка України. – 2015. – № 3. – С. 76-83
2. Швець І. Б. Оцінка нагромадження людського капіталу на промислових підприємствах: монографія / І. Б. Швець., С. В. Позднякова. – Донецьк : ДонНТУ-Норд-Пресс, 2010. – 172 с.
3. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2013 році: Статистичний бюлетень / Державна служба статистики. – К., 2015. – 213 с.
4. Авраменко Т. П. Реформування державного управління фінансуванням системи охорони здоров'я в Україні під час змін / Т. П. Авраменко // Теорія та практика державного управління. – 2014. – Вип. 1. – С. 89-95.
5. Гальків Л. І. Недержавне фінансування системи охорони здоров'я в Україні / Л. І. Гальків // Функціонування економічних систем в умовах постіндустріального розвитку: матеріали Всеукраїнської наук.-практ. інтернет-конф. (22-25 жовтня 2015 року). – Харків: Українська інженерно-педагогічна академія, 2015. – С.122-125.
6. Глава Минздрава оценил объемы взяток в медицине в 10 млрд долларов: “Это неформальные платежи, которые идут в карман врачу” [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://sensor.net.ua>.
7. Готь Н. Без власних потуг реформу не вродимо [Електронний ресурс] / Н. Готь – Режим доступу: <http://zaxid.net/news/>
8. Авраменко Т. П. Реформування державного управління фінансуванням системи охорони здоров'я в Україні під час змін / Т. П. Авраменко // Теорія та практика державного управління. – 2014. – Вип. 1. – С. 89-95.
9. Долот В. Д. Лікарняні каси як оптимальне позабюджетне джерело фінансування медичної допомоги та перспективний напрям реформування системи охорони здоров'я / В. Д. Долот // Науковий вісник Академії муніципального управління. Серія : Управління. – 2014. – Вип. 1. – С. 92-100
10. Гомон Д. О. Проблеми фінансування сфери охорони здоров'я в Україні / Д. О. Гомон // Південноукраїнський правничий часопис. – 2014. – № 3. – С. 124-126
11. Павлюк К. В. Децентралізація в системі фінансування охорони здоров'я / К. В. Павлюк, О. В. Степанова // Фінанси України. – 2015. – № 4. – С. 67-85.

REFERENCES

1. Filonova, I.B. (2015). Novi pidkhody do finansuvannia vitchyznianoї sfery okhorony zdorov'ia [New approaches to funding national health]. *Ekonomika Ukrainy – Economics of Ukraine*, 3, 76-83 [in Ukrainian]
2. Shvets, I.B. & Pozdnyakova, S.V. (2010). Otsinka nahromadzhennia liudskoho kapitalu na promyslovykh pidpryemstvakh [Grade accumulation of human capital in industrial enterprises]. Donetsk: DonNTU [in Ukrainian].
3. Natsionalni rakhunky okhorony zdorov'ia (NROZ) Ukrainy u 2013 rotsi: Statystychnyi biuletyn [National Health Accounts Ukraine in 2013]. (2015). Kyiv: Derzhavna sluzhba statystyky [in Ukrainian].
4. Avramenko, T.P. (2014). Reformuvannia derzhavnoho upravlinnia finansuvanniam systemy okhorony zdorovia v Ukraini pid chas zmin [Public administration reform health care financing in Ukraine during changes]. *Teoriia ta praktyka derzhavnoho upravlinnia [Theory and practice of public administration]*, 1, 89-95 [in Ukrainian].
5. Halkiv, L. I. (2015). Nederzhavne finansuvannia systemy okhorony zdorov'ia v Ukraini [Non-government funding of health care in Ukraine]. *Funktsionuvannia ekonomichnykh system v umovakh postindustrialnoho rozvytku - Functioning economies in terms of post-industrial materials Ukrainian scientific-practic : Proceedings of the Ukrainianwide Scientific and Practical Internet- Conference* (pp. 122-125). Harkiv: Ukrainska inzhenerno-pedahohichna akademiia- Ukrainian Engineering and Pedagogical Academy [in Ukrainian].
6. Glava Minzdrava otcenil obemy vziatok v medicine v 10 mlrd dollarov: “Eto neformalnye platezhi, kotorye idut v karman vrachu” [The head of the Ministry of Health to assess the volume of bribes in medicine of 10 billion dollars, "This informal payments that go into the pocket of a doctor"]. (n.d.). base.garant.ua. Retrieved from <http://sensor.net.ua>. [in Ukrainian].
7. Hot, N. Bez vlasnykh potuh reformu ne vrodymo [Without own reform we can not change our future] Retrieved from : [http://zaxid.net/news.](http://zaxid.net/news/) [in Ukrainian].
8. Avramenko, T.P. (2014). Reformuvannia derzhavnoho upravlinnia finansuvanniam systemy okhorony zdorovia v Ukraini pid chas zmin [Sickness funds as the best extra-budgetary sources of financing health care and long-term direction of healthcare reform] . *Teoriia ta praktyka derzhavnoho upravlinnia- Theory and practice of public administration*, 1, 89-95 [in Ukrainian].
9. Dolot, V. D. (2014). Likarniani kasy yak optymalne pozabiudzhethne dzherelo finansuvannia medychnoi dopomohy ta perspektivnyi napriam reformuvannia systemy okhorony zdorov'ia [Sickness funds as the best extra-budgetary sources of financing health care and long-term direction of healthcare reform]. - *Scientific Bulletin of the Academy of municipal management*, 1, 92-100 [in Ukrainian].
10. Homon, D. O. (2014). Problemy finansuvannia sfery okhorony zdorov'ia v Ukraini [Problems of financing health care in Ukraine] *Pivdenoukrainskyi pravnychiy chasopys- South Ukrainian law periodical*, 3,124-126 [in Ukrainian].
11. Pavliuk, K. V. & Stepanova, O.V. (2015). Detsentralizatsiia v systemi finansuvannia okhorony zdorov'ia [Decentralization in the health financing system]. *Finansy Ukrainy - Finance of Ukraine*, 4, 67-85[in Ukrainian].