

СЕКЦІЯ 3

ЕКОНОМІКА ТА УПРАВЛІННЯ НАЦІОНАЛЬНИМ ГОСПОДАРСТВОМ

УДК 36.5:613/.614

DOI: <https://doi.org/10.32840/2522-4263/2020-3-8>**Гальцова О.Л.**

*доктор економічних наук, професор,
завідувач кафедри національної економіки, маркетингу
та міжнародних економічних відносин
Класичного приватного університету, м. Запоріжжя
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0012-0371>*

Маргасова В.Г.

*доктор економічних наук, професор,
проректор з наукової роботи
Чернігівського національного технологічного університету*

Galtsova Olga

*Doctor of Economics, Professor,
Head of the Department of National Economy,
Marketing and International Economic Relations,
Classical Private University, Zaporizhzhia*

Marhasova Viktoriya

*Doctor of Economy, Professor,
Vice Rector on Scientific Work
Chernihiv National University of Technology*

СУЧАСНИЙ СТАН ТА ДИНАМІКА ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

CURRENT SITUATION AND DYNAMICS OF FINANCIAL SUPPORT OF THE HEALTHCARE SYSTEM IN UKRAINE

АНОТАЦІЯ

Стаття присвячена актуальним питанням фінансового забезпечення охорони здоров'я. Проведено оцінку результатів першого етапу реформи системи охорони здоров'я в Україні, визначено неефективне використання ресурсів із-за дублювання послуг. Здійснено аналіз команди Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та Світового банку, а також провідних фахівців-практиків в підтримку базової моделі фінансування системи охорони здоров'я, яка полягає у створенні єдиного закупівельного агентства Національної служби здоров'я України. Визначено, що фінансування за рахунок загальних надходжень до державного бюджету є дієвим механізмом, такий процес передбачає також і можливість для розвитку добровільного медичного страхування; обмежений фінансовий простір вимагатиме більш ретельного визначення пріоритетів у рамках бюджету на охорону здоров'я. Наголошено, що без ретельного моніторингу та своєчасних коригувальних заходів поточна політика фінансової децентралізації може призвести до менш справедливих і менш ефективних витрат на охорону здоров'я по всій країні. Доведено, що необхідно запровадити перехідний план для поступового зміцнення регіонів з низькою фінансовою спроможністю та низьким рівнем витрат з власних доходів, не лишаючи без уваги багатші регіони, які витрачають власні доходи.

Ключові слова: бюджетне фінансування, витатки, медична реформа, модель фінансування, фінансове забезпечення охорони здоров'я, фінансовий простір, фінансова спроможність.

АННОТАЦИЯ

Статья посвящена актуальным вопросам финансового обеспечения здравоохранения. Проведена оценка результатов первого этапа реформы системы здравоохранения в Украине, определено неэффективное использование ресурсов из-за дублирования услуг. Осуществлен анализ команды Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Всемирного банка, а также ведущих специалистов-практиков в поддержку базовой модели финансирования системы здравоохранения, которая заключается в создании единого закупочного агентства Национальной службы здоровья Украины. Определено, что финансирование за счет общих поступлений в государственный бюджет является действенным механизмом, такой процесс предусматривает также и возможности для развития добровольного медицинского страхования; ограниченное пространство потребует более тщательного определения приоритетов в рамках бюджета на здравоохранение. Отмечено, что без тщательного мониторинга и своевременных корректирующих мероприятий текущая политика фискальной децентрализации может привести к менее справедливым и менее эффективным расходам на здравоохранение по всей стране. Доказано, что необходимо ввести переходный план для постепенного укрепления регионов с низкой фискальной способностью и низким уровнем расходов из собственных доходов, а не оставляя без внимания богатые регионы, которые тратят свои доходы.

Ключевые слова: бюджетное финансирование, расходы, медицинская реформа, модель финансирования, финансовое обеспечение здравоохранения, фискальное пространство, фискальная способность.

ANNOTATION

The article is devoted to topical issues of financial security. The results of the first stage of the health care reform in Ukraine were evaluated, namely: public expenditures on health care; government spending on health care. It was determined that administrative units created resources financed from the budget, while they were administratively decentralized and territorially superimposed on each other, which, in turn, led to inefficient use of resources due to duplication of services. The conclusions of the team of the World Health Organization and the World Bank, which conducted research in 2019 on the results of the first stage of the reform in Ukraine, are presented, as well as the conclusions of leading practitioners on the reform of the industry. It is suggested that: in general, the basic model of financing the health care system can be supported, which consists in the creation of a single procurement agency, the National Health Service of Ukraine, which is financed from the general taxation system; financing from general revenues to the state budget is an effective mechanism, such a process also provides opportunities for the development of voluntary health insurance; limited fiscal space will require more careful prioritization of health care budgets. It is emphasized that without careful monitoring and timely corrective action, current fiscal decentralization policies may lead to less equitable and less efficient health care spending across countries. It has been proven that a transitional plan needs to be introduced to gradually strengthen regions with low fiscal capacity and low levels of own source revenues, without neglecting richer regions that spend their own revenues.

Key words: budget financing, expenditures, medical reform, financing model, health care financing, financial provision of health care, fiscal space, fiscal capacity.

Постановка проблеми. Охорона здоров'я є однією з найважливіших сфер життєдіяльності суспільства. Стан здоров'я громадян якісно характеризує трудоворесурсний потенціал держави, визначає рівень продуктивності праці у суспільстві. Фізично і духовно здорове населення здатне забезпечити реалізацію складних програм сталого економічного зростання. Зміни в економічному, соціальному та політичному середовищі України передбачають забезпечення подальшого розвитку суспільства як складної, організованої, динамічної соціальної системи, важливою складовою якої є сфера охорони здоров'я. В останні роки, із-за демографічного росту та зростання попиту на медичні послуги, реформування національної системи охорони здоров'я, призвели до нових викликів, як для закладів так і їхніх керівників. Тобто, виникає потреба в реструктуризації діяльності медичних закладів, комплексному їх оновленні та формуванні більш розвиненої медичної інфраструктури [1, с. 64]. Тому і виникає стратегічне завдання щодо успішного управління цими закладами.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Окремі аспекти проблеми формування стратегії розвитку державної політики у сфері охорони здоров'я знаходять певне відображення в наукових публікаціях В. Єфремова, Г. Почепцова. Актуальні наукові розвідки щодо дослідження державного управління містять праці сучасних дослідників Б. Гаєвського, В. Дзюндзюка, В. Корженка, В. Мартиненка, та ін. Принципи та методи державного управління сферою охорони здоров'я аналізують Б. Волос, З. Гладун, О. Євтушенко, А. Немченко, І. Солоненко та

ін. Проте залишається дуже цікавими питання щодо фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в Україні наприкінці першого етапу реформи та впровадженням у практичну діяльність ефективних механізмів державного регулювання.

Постановка завдання. Метою дослідження є аналіз сучасного стану фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в Україні.

Виклад основного матеріалу дослідження. Політична стратегія розвитку сфери охорони здоров'я – це сукупність принципів, засобів та інструментів забезпечення реалізації охороноздоровчої політики. В сучасній практиці використовується три типи політичних стратегій, що визначають специфіку організації, функціонування та розвитку системи охорони здоров'я: ліберальна, консервативна, соціал-демократична.

Сьогодні в галузі охорони здоров'я України відбуваються значні трансформації, які ознаменувалися переходом до нової моделі, їхньої автономізації, а отже, й пошуком нових механізмів управління. У результаті, медичні заклади діють в умовах середовища, що швидко змінюється та на яке впливає багато чинників (інституційні, правові, економічні, демографічні, технікотехнологічні тощо) [1, с. 65].

У 2015 році Уряд України, з метою поліпшення стану здоров'я населення та модернізації застарілої системи й покращення доступу до якісного медичного обслуговування, ініціював реформу системи охорони здоров'я. Після розробки та затвердження стратегії урядом, парламент прийняв новий Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», який регулює фінансування системи охорони здоров'я. Передбачалася поетапна реалізація реформи. Перший етап зосереджено на первинній медичній допомозі (ПМД), другий – на вторинній і третинній. Впровадження другого етапу заплановано на 2020 рік. Паралельно з цими зусиллями уряд розпочав в 2017 році забезпечувати основними лікарськими засобами для амбулаторного лікування у рамках Програми «Доступні ліки». 1 квітня 2018 року уряд України створив єдиного замовника – Національну службу здоров'я України (НСЗУ), тобто, уряд виділяє кошти на охорону здоров'я адміністративним одиницям, використовуючи механізм субвенції [2].

Розглянемо результати першого етапу реформи системи охорони здоров'я в Україні. Так у 2018 році кількість адміністративних одиниць складала 1288, кожна з яких створювала пули ресурсів, що фінансувалися з бюджету, при цьому вони були адміністративно децентралізовані і територіально накладалися один на одного. Що, в свою чергу, призвело до неефективного використання ресурсів із-за дублювання послуг. Центральний уряд фінансував основну частину медичних послуг шляхом медичних субвенцій, а місцеві органи самоврядування фінансували решту за рахунок власних ресурсів. Щоб змен-

Таблиця 1

Державних видатки на систему охорони здоров'я за 2015–2019 рр.

Показники	Роки				
	2015	2016	2017	2018	2019
Державні видатки на охорону здоров'я (у постійних цінах 2018 року), млрд. грн.					
Фінансування центральним урядом (субвенції)	81	76	73	75	80
Фінансування місцевими органами самоврядування	19	24	27	25	20
Державні витрати на охорону здоров'я					
На душу населення (у постійних цінах 2018 року), грн.	2598	2369	2644	2732	2641
На душу населення (у постійних цінах 2018 року), дол. США	96	87	97	100	97
Державні витрати на охорону здоров'я, %					
Частка ВВП	3,6	3,2	3,4	3,4	3,2
Частка сукупних державних витрат	10,4	9,0	9,7	9,3	8,9
Частка державних видатків на охорону здоров'я, яка виділена на ПМД	9,0	9,8	10,6	11,5	14,6

Джерело: складено за даними [3; 4]

шити дефіцит державного бюджету та відновити стабільність у 2015-2016 роках уряд був змушений значно скоротити видатки на охорону здоров'я (зі 101 долара США у 2014 році до 87 доларів США у 2016 році). Із-за незбалансованості та безлічі факторів (державний борг, субсидії, пенсійні витрати) протягом 2015-2019 років витрати на охорону здоров'я були на рівні 3,2 % від ВВП, що є нижчими ніж 5 %, передбачених Законом. З позитивної сторони, витрати на первинну медичну допомогу (ПМД) значно зросли з 10,6 % у 2015 році до 14,6 % у 2019 році від загальних державних витрат на охорону здоров'я, що є важливим показником визначення пріоритетів у цьому секторі (табл. 1).

Фіскальна децентралізація встановила нові правила розподілу податків до місцевих бюджетів. В межах своєї компетенції органи місцевого самоврядування можуть фінансувати місцеві програми розвитку та підтримки для закладів охорони здоров'я, зокрема, на оновлення матеріально-технічної бази, капітальний ремонт, реабілітацію, підвищення заробітної плати медичним працівникам (місцеві програми заохочення), місцеві медичні служби охорони здоров'я, місцеві програми громадського здоров'я та інші програми медичної допомоги [2, с. 22]. Як єдиний замовник медичних послуг НСЗУ розпочала свою діяльність з акцентом на ПМД, досягнувши величезного прогресу. Громадяни вперше юридично отримали право вибору лікаря ПМД. Державне фінансування ПМД стало пріоритетним, було застосовано принцип «гроші йдуть за пацієнтом» [2, с. 33–34].

Процес перетворення закладів охорони здоров'я на комунальні некомерційні підприємства охорони здоров'я розпочався у 2018 році. Державні надавачі ПМД змінили свій юридичний статус на незалежні медичні заклади з управлінською та фінансовою автономією. В даний час послуги ПМД надають 22020 лікарів,

у тому числі 14516 лікарів сімейної медицини, 4241 педіатр та 3308 терапевтів, які працюють у 6320 місцях надання ПМД у складі 1276 закладів ПМД, законтрагованих НСЗУ. Середній показник зареєстрованих пацієнтів складає 4372 пацієнта на практику та 1255 пацієнтів на одного лікаря ПМД [2, с. 33–35].

У 2019 році команда Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та Світового банку провели дослідження у якому було проаналізовано результати першого етапу проведення реформи в Україні та зроблено наступні висновки [2]: 1. Загальна структура реформи фінансування відповідає провідним міжнародним практикам покращення доступності, якості та ефективності медичних послуг. 2. Реформа фінансування добре узгоджується із загальними цілями розвитку України і, за умови її послідовної реалізації, вона також повинна принести дивіденди у вигляді поліпшення економічних результатів та забезпечення фіскальної дисципліни. 3. Впровадження реформи відбувається успішно, її продовження може почати приносити відчутні переваги для населення найближчими роками. 4. Забезпечення загальної стабільності розподілу бюджету на охорону здоров'я матиме ключове значення для подальшого впровадження реформи системи охорони здоров'я і дозволить зберегти ресурси, отримані від підвищення ефективності, та перетворити їх на кращу якість охоплення та надання послуг. 5. Фінансування в необхідному обсязі та визнання пріоритетною сфери громадського здоров'я і первинної медичної допомоги потребує захисту в межах бюджетного розподілу, щоб реформа стаціонарної допомоги не змістила фокус від важливості фінансування послуг на первинній ланці. 6. Органи місцевого самоврядування повинні відігравати важливу роль як власники установ і органи фінансування, проте необхідний подальший політичний діалог щодо того,

яким чином узгодити децентралізовані функції з пріоритетами національної політики в галузі охорони здоров'я. 7. Стратегічні закупівлі, укладання договорів та нові фінансові стимули добре продумані і якісно розроблені, реалізація йде успішно. 8. Для досягнення сталості реформи важливо забезпечити розподіл відповідальності за її проведення між основними зацікавленими сторонами, включаючи органи місцевого самоврядування, надавачів послуг та населення.

Із позитивними показниками, викладеними вище, також надамо і висновки провідних фахівців-практиків щодо реформи галузі охорони здоров'я. Наприклад, І. Найда, лідер Всеукраїнської інноваційної освітньої платформи «Сходи в майбутнє», зазначив, що «... перед фаховим експертним середовищем стоїть завдання об'єднати експертів різних сфер діяльності, тобто, спільними зусиллями мають бути вироблені правила гри, які дозволять почуватися комфортно пацієнту і медику у новій системі охорони здоров'я. Тобто в центрі роботи системи має бути людина, її інтереси». Фаховий експерт К. Надутий зазначив, що «... Концепція побудови нової національної системи охорони здоров'я України, передбачає 7 основних напрямів розвитку системи: лідерство. управління. фінансування, кадрове забезпечення, медичне обслуговування. громадське здоров'я. доступ до лікарських засобів». Президент Всеукраїнської ради захисту прав та безпеки пацієнтів В. Сердюк зазначив, що «держава має найвищу цінність. Отже, необхідно приймати виважені рішення на користь усіх громадян України і прикласти зусиль, щоб влада таке рішення прийняла і виконувала». Національний координатор з охорони здоров'я Центрального офісу реформ Н. Лісневська зазначила, що «...на сьогодні система охорони здоров'я руйнується, є певні взаємовідносини лікар – пацієнт, довіри у лікаря та пацієнта до системи немає». О. Панасенко, голова Вільної профспілки медичних працівників України, зазначив, що «...зміни настануть тоді, коли суспільство усвідомить, що найцінніший капітал будь-якої держави – це громадянин. А для цього необхідно запровадити загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування і не допустити тотальної комерціалізації медичної галузі. В. Очеретенко, голова правління Української діабетичної федерації, зазначила, що «...в Україні відсутні якісні стандарти збору статистичної інформації, є недовіра до офіційних статистичних показників, і багато інформації, яка збирається, в подальшому не має ніякого сенсу. Також відсутня система оцінки ефективності використання коштів в охороні здоров'я. Тому, необхідно використовувати методи математичного моделювання при реформуванні медичної галузі». О. Орлов, директор медичного центру «Клініцист», зазначив, що «...економіка повинна підлаштовуватися під

здоров'я людини, а не навпаки. І завдання держави – забезпечити середню тривалість життя людей понад 80 років, а також належну якість цього життя. Здоров'я людини має бути прерогативою держави». І. Камінський, секретар експертної платформи, зазначив, що «...на сьогодні система охорони здоров'я держави знаходиться в такому стані розбалансування, якого фактично не було в історії незалежності України і за радянських часів. Відсутня державна політика, яка б визначила стратегію і напрям змін в охороні здоров'я, і що має отримати українська нація. Медична реформа – дуже значима для всього суспільства» [5]. Також зауважимо і погодимося із тим, що на сьогодні існує низька проблем у кадровому забезпеченні, а саме: чисельність медичних працівників скорочується; неуплектованість як медичного персоналу, так і певних посад лікарів; регіональна диспропорція кадрового забезпечення; неготовність слухачів навчальних закладів до того, що їх чекає.

За даними Міністерства охорони здоров'я України [6] «У 2020 році стартує другий етап медичної реформи, де на 01.01.2020 року загальна сума фінансування 72 млрд. грн., з них: вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога – 43852 млн. грн.; первинна медична допомога – 19137 млн. грн.; екстрена медична допомога – 4657 млн. грн.; медична реабілітація – 440 млн. грн.; паліативна медична допомога – 297 млн. грн.; реімбурсація лікарських засобів – 3090 млн. грн.; резерв, техзабезпечення – 527 млн. грн.; стаціонарна вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога дорослим та дітям – 25208 млн. грн.; амбулаторна вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога дорослим та дітям, включаючи медичну реабілітацію та стоматологічну допомогу – 6689 млн. грн.; допомога в пріоритетних станах в стаціонарі – 3876 млн. грн.; діагностика та спеціальне лікування онкологічних захворювань у дорослих та дітей – 2421 млн. грн.; психіатрична допомога дорослим та дітям – 1782 млн. грн.; лікування пацієнтів методом екстракорпорального гемодіалізу в амбулаторних умовах – 1685 млн. грн.; інструментальні дослідження для ранньої діагностики новоутворень – 978 млн. грн.; лікування дорослих та дітей із туберкульозом – 628 млн. грн.; пілотний проект зміни системи фінансування закладів СМД в Полтавській області (І кв. 2020 року) – 348 млн. грн.; діагностика, лікування та супровід осіб із вірусом імунодефіциту людини – 211 млн. грн.; лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії – 26 млн. грн.».

Висновки. У сукупності отримані результати дослідження дозволили зробити наступні висновки. В цілому можна підтримати базову модель фінансування системи охорони здоров'я, яка по-

лягає у створенні єдиного закупівельного агентства, Національної служби здоров'я України (НСЗУ), що фінансується із загальної системи оподаткування. Для досягнення максимального ефекту від розподілу наявних ресурсів необхідно використовувати механізм стимулювання для здійснення впливу на поведінку надавачів медичних послуг. Цей підхід послужить поштовхом до реконфігурації мережі надання та пропозиції послуг. Фінансування за рахунок загальних надходжень до державного бюджету є дієвим механізмом в умовах поточних реформ, зважаючи на цілі розвитку України. Завдяки чіткому визначенню обсягу послуг, такий процес реформи також передбачає можливості для розвитку добровільного медичного страхування та зростання участі приватного сектору в наданні медичних послуг.

Проведення реструктуризації лікарень потребує значного політичного консенсусу під час впровадження. Для цього, окрім змін у контрактванні та стимулюванні, потрібна низка додаткових інструментів та підтримка управління змінами на місцевому рівні. Обмежений фінансовий простір вимагатиме більш ретельного визначення пріоритетів у рамках бюджету на охорону здоров'я, що має відображати пріоритети державної політики у цій сфері.

Чинний кодекс розширює податкові повноваження місцевих органів влади. Без ретельного моніторингу та своєчасних коригувальних заходів поточна політика фінансової децентралізації може призвести до менш справедливих і менш ефективних витрат на охорону здоров'я по всій країні. Тому необхідно запровадити перехідний план для поступового зміцнення регіонів з низькою фінансовою спроможністю та низьким рівнем витрат з власних доходів, не лишаючи без уваги багатші регіони, які витрачають власні доходи, включаючи надання послуг поза програмою медичних гарантій та фінансування заохочувальних програм для медичних працівників. Наступні етапи реформи, включаючи реструктуризацію лікарень та покращення якості медичної допомоги, потребуватимуть все більшої участі та спільних зусиль зацікавлених сторін на всіх рівнях з різними аудиторіями.

БІБЛІОГРАФІЧНИЙ СПИСОК:

1. Сафонов Ю.М., Борщ В.І. Стратегічний менеджмент закладів охорони здоров'я: загальні принципи та особливості застосування в галузі охорони здоров'я України. *Актуальні проблеми економіки. Економіка та управління національним господарством*. 2019. № 218. С. 62–69.
2. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016–2019. Всесвітня організація охорони здоров'я Європейське регіональне бюро. Спільний звіт ВООЗ та Світового банку, 2019. 98 с.
3. Міністерство фінансів України. Річні звіти казначейської служби. 2019. URL: <https://www.treasury.gov.ua/ua/file-storage/richniy-zvit-2> (дата звернення: 15.03.2020).
4. Міністерство фінансів України. 2019. URL: <https://mof.gov.ua/uk/zvit> (дата звернення: 15.03.2020).
5. Устінюк О.В. Експертний погляд на систему охорони здоров'я: кадрова криза та недолугі управлінські рішення. *Український медичний часопис*. 2019. URL: <https://www.umj.com.ua/article/119853/ekspertnij-poglyad-na-sistemu-ohoroni-zdorov-ya-kadrova-kriza-ta-nedolugi-upravlinski-rishennya> (дата звернення: 25.03.2020).
6. Міністерство охорони здоров'я України. 2019. URL: <https://moz.gov.ua> (дата звернення: 15.03.2020).

REFERENCES:

1. Safonov Y.M., Borsch V.I. (2019). Strategic management of health care institutions: general principles and features of application in the field of health care of Ukraine. *Current economic problems. Economics and management of the national economy*, no. 8(218), pp. 62–69.
2. Ukraine: Review of Health Care Financing Reform 2016–2019. World Health Organization European Regional Office. Joint report of the WHO and the World Bank, 2019. 98 p.
3. Ministry of Finance of Ukraine. Annual reports of the Treasury Service. URL: <https://www.treasury.gov.ua/ua/file-storage/richniy-zvit-2> (accessed date: 05 March 2020).
4. Ministry of Finance of Ukraine. URL: <https://mof.gov.ua/uk/zvit> (accessed date: 15 March 2020).
5. Ustinov O.V. Expert opinion on the health care system: personnel crisis and poor management decisions. *Ukrainian medical journal*. URL: <https://www.umj.com.ua/article/119853/ekspertnij-poglyad-na-sistemu-ohoroni-zdorov-ya-kadrova-kriza-ta-nedolugi-upravlinski-rishennya> (accessed date: 25 March 2020).
6. Ministry of Health of Ukraine. URL: <https://moz.gov.ua> (accessed date: 15 March 2020).