

внутрішнього та світового інформаційного простору достовірною інформацією; активного залучення засобів масової інформації до боротьби з корупцією, економічною злочинністю, іншими явищами, які загрожують економічній безпеці держави; відповідальності ЗМІ за розповсюдження заздалегідь недостовірної інформації; інформаційного виховання громадян України; реалізації комплексних заходів щодо захисту національного інформаційного простору, протидії монополізації інформаційної сфери України та встановленню контролю над нею з боку будь-яких недержавних або транснаціональних корпорацій.

Таким чином, в умовах реформування економіки України в сучасному глобалізованому економічному та суспільному житті чітко мають бути окреслені та науково обґрунтовані пріоритети національної інформаційної політики, спрямованої на забезпечення економічного зростання. Сьогодні знання та інформація перетворилися у важливий фактор економічного розвитку країни, який залежить від підтримки та розширення глобальної бази знань, що стало можливим за умови існування інформаційного суспільства.

Світовий досвід розвитку інформаційного ринку показує, що управлінська та підприємницька діяльність потребують постійного отримання економічної інформації, а також інформації соціального характеру. Зважаючи

на зростання значущості інформаційної складової економічної безпеки, необхідно перейти до прогностичної випереджувальної моделі інформаційного забезпечення, яка передбачає ефективний захист від технологій інформаційного впливу та задовольняє зростаючу потребу суспільства в одержанні необхідного обсягу достовірної і корисної інформації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кудрявцева С. П. Міжнародна інформація : навч. посіб. для студ. ВНЗ / С. П. Кудрявцева, В. В. Колос. – К. : Слово, 2005. – 400 с.
2. Мельников В. П. Информационная безопасность и защита информации : учеб. пособие для студ. высших учебных заведений / Мельников В. П., Клейменов С. А., Петраков А. М. ; под. ред. С. А. Клейменова. – 3-е изд., стер. – М. : Академия, 2008. – 336 с.
3. Міжнародна інформаційна безпека: сучасні виклики та загрози / [Макаренко С. А., Рижиков М. М., Ожеван М. А. та ін.]. – К. : Центр вільної преси, 2006. – 916 с.
4. Крутских А. О международной информационной безопасности / А. Крутских, А. Федоров // Международная Жизнь. – 2000. – № 2. – С. 43–47.
5. Ліпкан В. А. Інформаційна безпека України в умовах євроінтеграції : навч. посіб. / Ліпкан В. А., Максименко Ю. Є., Желіховський В. М. – К. : КНТ, 2006. – 280 с.

УДК 614

АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД СПРОБ ТРАНСФОРМАЦІЇ МЕХАНІЗМІВ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

О. І. Шкапяк

Економічна наука давно визнала важливість правильного поєднання технологій, матеріального та людського капіталу. Одним із індикаторів якості останнього є здоров'я. За визначенням Комісії Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) з макроекономіки і

здоров'я, низький рівень суспільного здоров'я гальмує економічне зростання [24]. А з іншого боку, здатність систем охорони здоров'я (СОЗ) до покращення громадського здоров'я залежить від ступеня розвитку економічних систем.

Міжнародний досвід свідчить, що еволюція СОЗ як ресурсоемних галузей відбувається в руслі двох протилежностей: об'єктивного зростання потреб (і очікувань) суспільства у медичних послугах і обмежених ресурсів. Саме ці два фактори є головними рушіями постійних трансформаційних процесів, покликаних за допомогою механізмів фінансування збалансовувати медичну, соціальну й економічну ефективність національних СОЗ. Зрештою, реформи в царині охорони здоров'я (ОЗ) уряди здійснюють заради побудови систем (українська наразі до таких не належить), які забезпечують надання ефективної медичної допомоги і за технологіями, і за витратами.

Завдання реформ полягає, по-перше, в адаптації елементів визнаних систем і успішних стратегій до національних умов, враховуючи стандарти фінансування, що впливають на результат. Адже очевидними є неоднакові результати при застосуванні аналогічних моделей: після запровадження 1993 р. у Російській Федерації, скажімо, за німецьким зразком конкурентного соціального медичного страхування (СМС) очікування пацієнтів і «чуйність» СОЗ зовсім не корелюються так, як у Німеччині. Або, наприклад, клінічна ефективність у Великій Британії і США приблизно однакова, проте витратна ефективність Національної системи охорони здоров'я Великої Британії (НСОЗ) чи не вдвічі вища [17, 27].

По-друге, процес реформування має базуватися не лише на світовій практиці, а й на критичному аналізі власного історичного досвіду, позаяк це убезпечує від повторення помилок і раціоналізує часові рамки, а акценти

як на недосконалостях, так і позитивах чинної СОЗ окреслюють у перспективі альтернативні варіанти: радикальні й менш радикальні (з їх порівняльною витрататністю, корисністю і вигідністю).

Втім, як показує аналіз літературних джерел, системних досліджень результативності перетворень у сфері фінансового забезпечення вітчизняної ОЗ на минулих етапах її розвитку якраз вкрай недостатньо, що актуалізує необхідність таких досліджень особливо в період пілотної апробації медичної реформи, що почалася 2011 р. у чотирьох регіонах України [8] і вже висвітлює певні ризикові аспекти.

Метою статті є аналітичний огляд очікувань і наслідків адаптивних змін фінансового механізму СОЗ в Україні, а задачами: а) ретроспективний аналіз і б) хронологічна систематизація попередніх етапів реформування; в) моніторинг поточних апробацій.

Розвиток охорони здоров'я в Україні та трансформація її фінансових засад обумовлені, крім іншого, історичним контекстом чи не найбільше.

У Східній Україні, що перебувала в складі Російської імперії, надання медичних послуг і спосіб їх оплати залежали передусім від соціального та майнового статусу пацієнта. Заможні пацієнти користувалися послугами приватних лікарів і оплачували такі послуги за гонорарними схемами. Незаможне населення, зокрема селянство, отримувало послуги від лікарів і лікарень, які перебували на земському утриманні, про що свідчить відповідна структура витрат (табл. 1).

Таблиця 1

Витрати на охорону здоров'я в Російській імперії 1912 р. [23]

Загальні витрати на ОЗ, руб.	У тому числі витрати					
	урядові		земські		приватні	
	всього, руб.	частка в загальних витратах, %	всього, руб.	частка в загальних витратах, %	всього, руб.	частка в загальних витратах, %
28565643	1475184	5,17	21948621	76,83	5141829	18

З 1912 р. для 20 % промислових робітників було введено медичне страхування за класичною моделлю Бісмарка.

У Західній Україні, що тоді входила частково до складу Угорщини і частково до складу Польщі, медичне страхування робітників,

запроваджене у 1891 і 1919 рр., проіснувало до 1939 р.

У Радянській Україні (у складі СРСР) спочатку теж існували автономні способи медичного обслуговування: в часи непу, крім

приватної практики, паралельно з державною системою існував власний варіант медичного страхування у формі фабрично-заводської медицини, що змобілізував близько половини коштів у структурі всіх доходів (табл. 2).

Таблиця 2

Структура витрат на охорону здоров'я в Україні за часів непу [23]

Всього видатків на ОЗ, крб	В тому числі кошти								Рік
	державного бюджету		місцевих бюджетів		страхові		приватні		
	крб	%	крб	%	крб	%	крб	%	
33461689	3216812	9,6	10902100	32,6	14730768	44,0	4612009	13,8	1924
53375107	4475414	8,4	17079700	32,0	24477543	45,8	7342450	13,8	1925
81430679	6451160	8,0	25728800	31,6	38263428	46,9	10987291	13,5	1926
103216599	8112020	8,0	33133200	32,1	51134549	49,5	10836829	10,4	1927
109266089	8867525	8,1	38502500	35,3	50224000	46,2	11372064	9,9	1928

Після відміни непу і запровадження командно-адміністративної планової економіки багатоканальне фінансове забезпечення ОЗ було замінене на моноканальне (бюджетне утримання), яке діяло до 1950 р. Однак з 1950-х і до кінця 1980-х рр., капітальні видатки в медичній галузі за розпорядженням уря-

ду фінансувалися, окрім державного бюджету, ще й з позабюджетних джерел, котрими були трансфери державних промислових і колективних сільськогосподарських підприємств, і їх частка сягала майже чверті в структурі всіх витрат (рис. 1, 2 [21]).

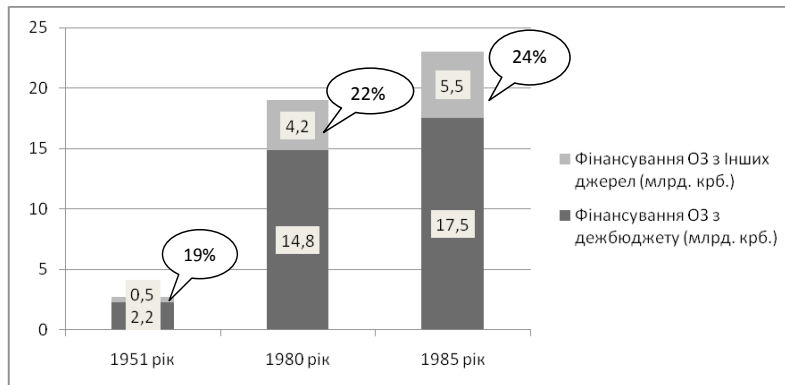


Рис. 1. Структура видатків на охорону здоров'я в СРСР

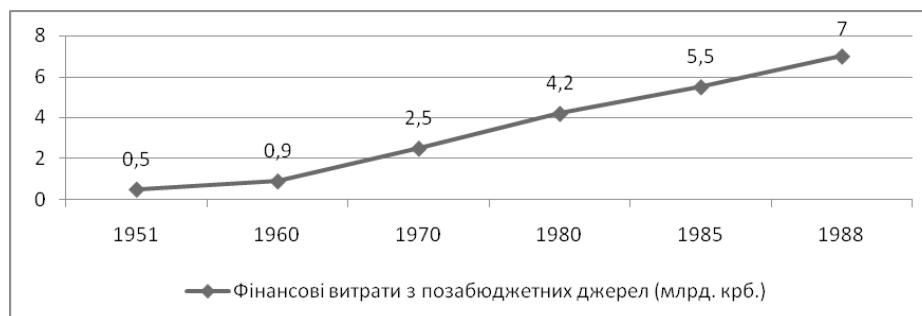


Рис. 2. Динаміка витрат на охорону здоров'я в СРСР із позабюджетних джерел

Попри зростання до певної пори фінансування СОЗ у СРСР загальні обсяги його були в межах 3–4 % ВВП і меншими від рівня аналогічних витрат у розвинутих країнах (у Великій Британії 1985 р. – 6,5 %) [27], а темпи

зростання витрат із позабюджетних джерел перевищували вдвічі темпи збільшення видатків з державного бюджету, причому останні були стабільно низькими і відносно ВВП, і в структурі бюджетних витрат (рис. 3, 4).



Рис. 3. Динаміка загальних витрат на ОЗ в СРСР [21]

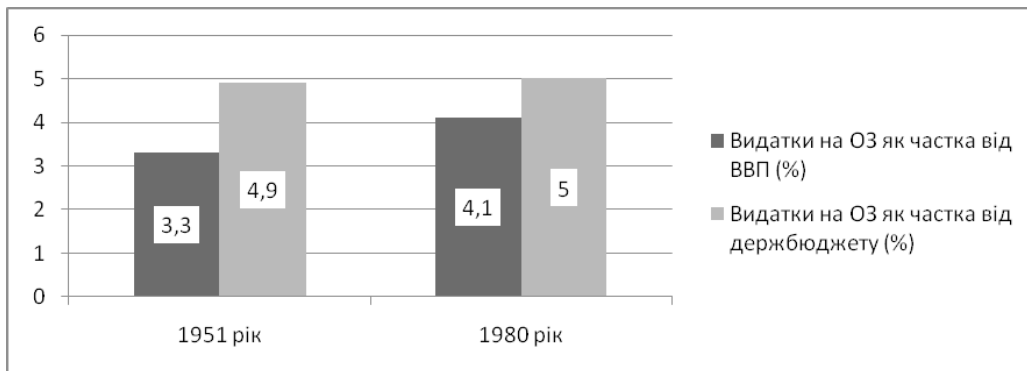


Рис. 4. Динаміка витрат на ОЗ в СРСР із державного бюджету [21]

Отже, якщо сформулювати проміжний підсумок більше ніж 70-річного етапу розвитку охорони здоров'я (з акцентом на фінансові аспекти) в Україні, яка в цей час перебувала як у складі різних державних утворень, так і в період різних соціально-економічних формацій, мусимо констатувати:

а) фінансування медичного обслуговування на українських теренах здійснювалося за принципом багатоканальності (з перервою – 20 років), причому суспільні джерела фінансових надходжень до певної міри були диверсифікованими, а частка приватних коштів тоді, коли вона існувала, була незначною;

б) Україна має власний досвід соціального медичного страхування, і в той період страхо-

вий компонент був альтернативним джерелом фінансового забезпечення ОЗ;

в) єдиної системи об'єднання ресурсів і медичного обслуговування не існувало в Україні, доки республіканська підсистема не ввійшла до складу новоствореної союзної СОЗ.

Про радянську систему, відому за іменем наркома СРСР О. Семашка, що стояв біля витоків її створення, варто зупинитися більш детально.

1. Модель Семашка – не тільки одна із трьох класичних економічних моделей, а й перша в світовій практиці національна система, завдяки якій був реально забезпечений універсальний доступ до медичного обслуговування при відносно невеликих витратах фінансових ре-

сурсів, але їх більш-менш справедливому розподілі.

Цікавими є аргументи професора О. Боброва: за його розрахунками радянська система при меншому в десять разів фінансуванні забезпечувала лише вдвічі меншу інтегральну вартість послуг, тобто ефективність системи Семашка перевищувала економічну ефективність західної в п'ять разів [15]. Втім, заради об'єктивності треба зазначити, що коректність цих порівнянь обтяжена неоднаковими принципами ціноутворення, зокрема на ресурси, в різних економічних системах (або «прихованим субсидуванням» у рамках соціалістичної «дефіцитної» економіки).

Результати загального охоплення населення медичними послугами з акцентом на профілактиці були очевидними. Достатньо згадати, що попри політичні, воєнні й економічні катаклізми, які супроводжували СРСР десятиліттями, за короткий термін в країні подолані масові епідемії, а середня тривалість життя упродовж 1928–1972 рр. зросла на 26 років [15].

Отже, до переваг радянської СОЗ, яка базувалася на централізованому плануванні та державному фінансуванні медичних інституцій, що повністю перебували у власності держави, слід віднести: а) інституційну здатність генерувати збільшення ресурсної бази; б) передбачувані бюджетні видатки завдяки можливості їх лімітування; в) мінімальні адміністративні витрати з боку сторони, що здійснювала фінансування.

2. Проте реалізація зазначених системних переваг економічної моделі Семашка (в її радянському варіанті) була відносною в часі, бо залежала від економічної кон'юнктури і пріоритетів державної політики, що визначали, зрештою, абсолютний рівень фінансового насячення СОЗ.

В окремі періоди відбувалось значне падіння темпів зростання видатків на неперіоритетну для фінансової політики держави медичну галузь (з 11 % упродовж 1965–1970 рр. до 4 % протягом 1980–1985 рр.), але й таке збільшення ще було реальним завдяки низькій інфляції. В подальшому інфляція почала перевищувати темпи зростання номінальних витрат на ОЗ, а з

1989 р. почали зменшуватися і номінальні витрати (темпи падіння впродовж 1989–1991 рр. сягнули 6 %) [21]. Відтак, з 1970-х рр., радянська СОЗ на тлі хронічного недофінансування поступово втрачала потенціал, а її принципи ставали декларативними.

Окрім неефективності, пов'язаної з дефіцитним фінансуванням, СОЗ мала й інші зони глибинної неефективності, що зумовило непридатність її в умовах ринкової економіки.

По-перше, оскільки основним джерелом фінансових надходжень був державний бюджет, об'єднання коштів для ОЗ, що здійснювалося в рамках бюджетного процесу, при розповсюдженому існуванні «номенклатурної» і «відомчої» медицини було фрагментованим. Відповідно таким же було й управління, незважаючи на те, що всі медичні активи перебували у державній власності. Розпорошеність ресурсів ускладнювалася дублюванням медичної допомоги внаслідок інтеграції її фінансування та надання.

По-друге, як для невід'ємної складової директивно-планової економіки для СОЗ притаманним був екстенсивний характер розвитку, бо ідеологія централізованого планування видатків базувалася на кількісних показниках (лікарняних ліжках і штатних посадах). Фінансування на основі валових показників потужності і чинна структура фінансових стимулів призводили до формування інфраструктури, не пов'язаної з індикаторами реальних потреб у медичній допомозі, або, образно кажучи, коли «гроші ідуть не до пацієнтів, а до будівель».

Втім, екстенсивний розвиток медичної галузі, покладений в основу економічної концепції моделі Семашка, можливий в неринкових умовах, коли оборотні кошти є недорогими. Через економічну стагнацію у Радянському Союзі упродовж 1970–1980 рр. ситуація критично погіршилася, коли недофінансування медичної галузі як невиробничої сфери зумовило:

а) зростаючий дефіцит якісних безоплатних медичних послуг і впровадження їх нелегальної платності для більшої частини населення;

б) істотні проблеми з технічним і медикоментозним забезпеченням стаціонарів.

По-третє, відсутність в інтегрованій системі процесу закупівель послуг як такого, а натомість пасивний (неконкурентний) розподіл бюджетних коштів відповідно до існуючих інфраструктури і фінансових нормативів нівелювали роль менеджменту щодо раціоналізації фінансових потоків.

По-четверте, радянська система була успішною, коли на порядку денному стояли завдання щодо подолання після революції і двох воєн загрозливої епідемічної ситуації в країні, необхідності створення (а потім і відновлення) інфраструктури ОЗ та охоплення всього населення медичним обслуговуванням. Однак така система, орієнтована на масове лікування і профілактику, видалася безпорадною, коли змінилася структура патології і стали домінувати хронічні дегенеративні захворювання та полінозологічні стани, що диктувало потребу як у більших обсягах ресурсів, так і більш ефективного їх використання. Реакцією ж системи на зменшення ресурсних надходжень був їх обмежений розподіл, а не реструктуризація потужностей. Занижені фінансові нормативи при кошторисному утримуванні фактично надлишкової інфраструктури спричиняли технологічну відсталість галузі та неадекватну фінансову співучасть пацієнтів, не мотивували провайдерів до інтенсифікації діяльності та покращення якості медичних послуг.

Запровадження в рамках моделі Семашка економічних методів у Радянському Союзі тривалий час було неможливим з ідеологічних причин. І це лише поглиблювало неефективність.

3. Вітчизняна СОЗ ще й досі стоїть на фундаменті радянської моделі, частково розгубивши її переваги та успадкувавши і примноживши недоліки.

По-перше, відбувається витіснення гарантованих безоплатних медико-санітарних послуг [1] платними. В структурі фінансових надходжень до СОЗ протягом 1996–2009 рр. непомірно (за даними Світового банку, до 3,2 % від ВВП і до 45,1 % від загальних витрат) зростає частка приватних коштів, які чи не вдвічі більші, ніж у країнах ЄС, а готівкові виплати пацієнтів в Україні вищі за європей-

ські в 2,4 рази [27]. Причому в структурі приватних витрат зростає частка прямих виплат домогосподарств, і збільшення відбувається переважно у формі «тіньових» готівкових платежів, а безпосередня плата за послуги більш регресивна, ніж у країнах Європи, і є перешкодою в доступі до медичного обслуговування для певних категорій населення. У 2011 р., за соціологічними опитуваннями Держкомстату України [22] зростає до 23,4 % (проти 14,9 % 2010 р.) кількість домогосподарств, що не могли подолати фінансові бар'єри і задовольнити свої потреби в медичному обслуговуванні.

Така неконтрольована комерціалізація медичних інституцій державної і комунальної форм власності, зрештою, ускладнює їх керуваність.

По-друге, перехід від централізованого фінансування до його крайньої децентралізації – ключова відмінність української системи від радянської. Стратегічно неефективне управління схемами попередньої оплати загострює проблеми фрагментації (не тільки відомчої, а й територіальної) фінансів, малопотужності пулів і автономізації медичного простору. Ухвалення 2010 року нового БК України, за яким об'єднання податкових надходжень для ОЗ здійснюється на трьох (а не чотирьох як раніше) рівнях бюджетної системи, остаточно не розв'язало зазначені проблеми, а лише притупило їх гостроту. Фінансові кошти, що на 80 % надходять із місцевих бюджетів і на 20 % – із держбюджету, розпорознені в бюджетах 14 міністерств і відомств, 27 регіонів, 490 районів і 178 міст обласного підпорядкування [3, 25].

Існування автономних (привілейованих або обмежених для загального доступу) підсистем ОЗ порушує принцип справедливості фінансування, а децентралізація фінансових потоків збільшує витрати на адміністрування.

По-третє, витратна неефективність української СОЗ підтримується як на етапі стратегічного розподілу коштів на вході в систему, так і методами оплати провайдерів (і персоналу), що не залежить від результатів діяльності.

Аналіз показав, що структура витрат на ОЗ в Україні деформована не лише за джерелами надходжень і розпорядниками бюджетних коштів, а й за провайдерами, функціональною й економічною ознаками (табл. 3).

Таблиця 3

Фінансові диспропорції охорони здоров'я в Україні [20, 25]

Структура загальних витрат, 2009 р.	Частка витрат, %
За типами провайдерів послуг	
Лікарняні заклади	39,4
Заклади тривалого перебування хворих, у тому числі сестринські	5,3
Заклади, що надають амбулаторно-поліклінічні послуги	11,8
Організації з продажу ліків і медичних товарів	34,6
Інші	8,9
За видами послуг	
Придбання ліків, медичних товарів і обладнання	32,7
Стаціонарне лікування	27,1
Амбулаторне лікування	15,8
Реабілітаційне лікування	4,8
Профілактика захворювань	3,4
Інші	16,2
Структура бюджетних видатків за кодами економічної класифікації в 2010 р.	
Оплата праці з нарахуваннями на заробітну плату	72
Комунальні послуги та енергоносії	8,4
Медикаменти та розхідні матеріали	8
Продукти харчування	3
Капітальні видатки	3,1
Інші	5,5

Перевернута «з ніг на голову» піраміда медичного обслуговування, коли обсяги спеціалізованої медичної допомоги невиправдано перевищують обсяги первинної, підтримується відповідним способом розподіл коштів. Неповна розмежованість видатків за видами

послуг сприяє їх перерозподілу за ресурсними критеріями у бік госпітального обслуговування, вартісного і перенасиченого ліжками. Причому ліжковий фонд надмірно спеціалізований, а інтенсивність використання його невисока (табл. 4).

Таблиця 4

Структурні диспропорції охорони здоров'я в Україні [28, 29]

Показники ресурсозабезпеченості та діяльності	ЄС	Україна
Кількість провайдерів первинної допомоги на 10 тис. населення	4,9	1,2
Кількість лікарень на 100 тис. населення	3,1	6,3
Кількість ліжок на 10 тис. населення	55	91
Рівень госпіталізації на 100 жителів	18	23,9
Середня тривалість лікування, днів	9,2	12,8
Питома вага необґрунтованих госпіталізацій, %	–	30–70
Співвідношення лікарів загальної практики і спеціалістів	1:3	1:6

Як бачимо, очевидно є радше зосередженість на потребах галузі, ніж на задоволенні потреб пацієнтів, безпосередні бюджетні витрати на котрих межують на 10 %. Структурні дисбаланси системи медичного обслуговування і деформованість структури власне самих медичних послуг загалом обмежують мож-

ливості СОЗ впливати на суспільне здоров'я (табл. 5).

Отже, причинами виникнення проблем СОЗ в Україні є: 1) перманентний брак публічних коштів, що надходять від передоплати і неефективне їх об'єднання в фонди; 2) економічно не раціональне використання наявних публічних і приватних коштів.

Таблиця 5

Стан здоров'я в Україні і ЄС, 2009 [16, 28, 29]

Показники суспільного здоров'я	ЄС	Україна
Очікувана тривалість життя, років	78,4	68,1
Очікувана тривалість здорового життя, років	67,0	59,2
Рівень захворюваності на 100 тис. населення		
На туберкульоз	17,6	81,2
На ВІЛ	5,6	24,0
На СНІД	1,6	5,4
Загальна смертність (на 1 тис. населення), в тому числі	16,3	6,7
Рівень смертності на 100 тис. населення		
Від захворювань органів кровообігу	275,5	801,6
Від туберкульозу	1,3	24,3
Від раку	3,6	7,4
Малюкова смертність (на 1 тис. народжених живими)	5,1	10,4

Між іншим, модель Семашка залишалась практично незмінною до початку 1980-х рр., коли сформувалась яскраво виражена нерівність серед населення в доступі до медичного обслуговування. І лише загрозливе погіршення рівня громадського здоров'я, загроза комерціалізації галузі та переконання тодішнього

союзного міністра охорони здоров'я Є. Чазова змусили партійне керівництво погодитись на ряд локальних експериментів з відпрацювання нових методів планування, фінансування і управління, які, втім, не торкалися основ самої бюджетної системи (табл. 6).

Таблиця 6

Хронологія трансформацій внутрігалузевих правил фінансування ОЗ в СРСР [18]

Період часу	Суть експерименту
1976–1980	Запровадження можливості внесення змін до штатних розкладів
1981–1982	Встановлення індивідуальних надбавок до посадових окладів
1982	Раціоналізація та інтенсифікація використання ліжкового фонду
1982–1984	Упровадження бригадної форми організації і оплати праці молодшого та середнього медичного персоналу
1985	Упровадження колективних форм організації і оплати праці (формування підрядних колективів)
1987–1989	Організація територіальних медичних об'єднань (ТМО) і впровадження нового господарського механізму (НГМ)

Мета зазначених експериментів, передусім останнього, що поєднував елементи всіх попередніх, полягала в залученні внутрісистемних резервів, мотивації гнучкої і раціональної економічної поведінки надавачів медичних послуг за допомогою фінансових стимулів.

Обидві моделі НГМ (поліклінічна і лікарняна) базувалися на принципі економічних взаєморозрахунків: внутрігалузевих (між суб'єктами медичного обслуговування) і внутрісуб'єктних (між їх структурними під-

розділами) та створенні механізмів таких розрахунків (тарифоутворенні).

Зберігаючи бюджетне фінансування в основі, нова модель стартувала в трьох областях (Ленінградській, Кемеровській, Куйбишевській) і містила ряд новацій:

1) зміну порядку бюджетного фінансування: перехід від кошторисного виділення коштів до фондотримання поліклініками та фінансування за подушними нормативами;

2) можливість формування на рівні провайдера єдиного фонду коштів: бюджетних і

додаткових фінансових надходжень унаслідок надання наднормативних послуг і госпрозрахункової діяльності;

3) застосування різних форм господарювання, зокрема підрядних, орендних, кооперативної та індивідуальної трудової діяльності;

4) право провайдерів самостійно розпоряджатися госпрозрахунковим доходом у рамках обмеженого самоуправління;

5) запровадження прогресивних форм оплати праці.

Однак як виявилось, що зазначені новації не призвели до формування «внутрішнього ринку» з його конкурентним середовищем на кшталт того, що був створений всередині НСОЗ Великобританії впродовж 1991–1996 рр. НГМ був недосконалим і в цілому не забезпечував достатньо раціонального і ефективного використання ресурсів. Відбулося збільшення штатних посад в медичних закладах, що перебували в експерименті. Робота за бригадним методом потребувала нарощування і неповного укомплектування штатів, бо тоді з'являлася можливість матеріального стимулювання. При колективному підряді неможливо було визначити вклад окремого структурного підрозділу в госпрозрахунковому доході. Орендний підряд практично не застосовувався.

Недоліки НГМ у свою чергу актуалізували проблему управління в ОЗ, щонайперше фінансового менеджменту. Головна невдача НГМ полягала у неспроможності запровадження бюджетного фінансування за стабільними подушними нормативами на системному рівні. Це завдання залишилось нереалізованим частково через спротив фінансових органів, а частково через труднощі формування дохідної частини Союзного бюджету в період економічного спаду.

За допомогою НГМ не вдалося розв'язати і проблему неефективності СОЗ, пов'язану з недофінансуванням. 1990 р., за даними Світового банку, подушні витрати на ОЗ у СРСР становили 49,2 % середньосвітового рівня, США – 5,7 %, Франції – 8,5 %, Німеччини – 10,5 %, Великобританії – 15 % [27].

Втім, невдача експерименту вже після розпаду СРСР підштовхнула до кардинального реформування систем ОЗ: більш успішного в

країнах Балтії, Молдові, Киргизстані та менш успішного в Російській Федерації, Казахстані.

На теренах України впровадження НГМ в ОЗ не підтримувало тодішнє її керівництво. Екстраполяція пілотних експериментів здійснювалася до 1991 р. доволі мляво, а після проголошення незалежності й зовсім призупинена. Зокрема на Дніпропетровщині працювала група експертів із Кемеровської області, а наслідком співпраці було створення районних і міських ТМО і продовження експерименту щодо організації бригадних методів організації і оплати праці.

У пострадянський період фундаментальні перетворення в ОЗ України теж не здійснювалися – базовий закон «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. перебував незмінним до 2011 р. [6], коли були внесені поправки радше термінологічного, ніж концептуального характеру. Реактивні зміни відбувалися в контексті лібералізації економіки та демографічних викликів, а елементи, які вдалося реалізувати у фінансовому аспекті бодай частково, поетапно та змістовно зводились до наступного.

Перший етап (елемент) датований 1990-ми рр. і позначений скороченням потужностей найбільш витратного госпітального сектора.

Передбачене Законом України «Про місцеве самоврядування» делегування з 1997 р. бюджетних повноважень держави регіонам і місцевим громадам, окрім позитиву, мало й негативні наслідки: до проблем, пов'язаних із дефіцитом і фрагментацією ресурсів, додалися проблеми нерівності фінансування різнорозвинутих територій [26]. З цих причин і відповідно до Постанови КМУ «Про введення граничних територіальних нормативів обсягу стаціонарної медичної допомоги» від 28.06.1997 р. за № 640 до 2000 р. відбулось скорочення ліжкового фонду стаціонарів, підпорядкованих МОЗ України (з 13,0 до 8,9 ліжок на 1000 населення), тоді як відомчий фонд збільшився [16]. Проте ця адміністративна акція не призвела до очікуваної економії коштів, позаяк не змінились ані структура, ані мережа госпітального сектора.

Другий етап був похідним від бюджетної реформи.

Навіть після скорочення більш ніж на 30 % кількості ліжок і критично дефіцитного фінансування СОЗ утримання її розгалуженої інфраструктури було вкрай обтяжливим для місцевих бюджетів. За ухваленим 2001 р. Бюджетним кодексом України для фінансування делегованих повноважень і вирівнювання фінансової забезпеченості місцевих бюджетів застосовувався механізм міжбюджетних трансфертів. Також у БКУ конкретизовані типи медичних організацій, які повинні були фінансуватися з бюджетів відповідних рівнів як бюджетні установи [2].

Таке чітке правове регулювання порядку бюджетного фінансування медичного обслуговування, з одного боку, упорядковувало використання бюджетних коштів, а з іншого – створювало перепони щодо інтеграції різних рівнів надання медичної допомоги.

Третій етап, пов'язаний із диверсифікацією джерел фінансування.

В умовах економічної кризи різко загострювалася невідповідність ресурсного забезпечення державних гарантій (підтверджених рішенням КСУ двічі: в 1998 і 2002 рр. [9]) щодо надання безплатної медичної допомоги. Задля запобігання краху існуючої СОЗ, мобілізації додаткових ресурсів, зменшення неформальних платежів і збереження мінімальних соціальних гарантій медичного обслуговування паралельно з регулюванням бюджетного процесу уряд запроваджував механізми розподілу витрат.

Указом Президента України «Про концепцію розвитку охорони здоров'я населення України» від 07.12.2000 р. № 1313/2000 врегульовані питання багатоканальності фінансування ОЗ, зокрема визначені джерела фінансових надходжень, окрім бюджетних, а Постановою КМ України від 11.07.2002 р. за № 989 затверджений перелік платних послуг, що могли надавати державні та комунальні медичні організації [10, 12].

Таким чином, по суті, зберігалася універсальна широта охоплення з обмеженим обсягом послуг, причому обмеження мали непрозорий характер унаслідок відсутнос-

ті зв'язку між гарантіями безоплатності, які виражались термінологією послуг, і оплатою суспільних провайдерів, що здійснювався за постатейним кошторисом. Відсутність чітких критеріїв платності послуг і перекидання фінансової відповідальності за державними зобов'язаннями на провайдерів потягло за собою і зміщення в їх бік фактичного визначення балансу безоплатної (субсидованої) і оплачуваної медичної допомоги.

Але через нерозвиненість механізмів приватного медичного страхування та лікарняних кас, відповідно, мізерні обсяги попередньої оплати (0,7 і 0,1 % у структурі загальних витрат на ОЗ) [16] проблему прямих виплат пацієнтів (і «тінізації» цих виплат) не було розв'язано.

Четвертий етап спрямований на зміну стратегії розподілу ресурсів і, як очікувалося, на поліпшення структурної ефективності СОЗ і якості медичної допомоги.

Світовою практикою доведено, що наріжним каменем структурної і витратної ефективності СОЗ є переорієнтація пріоритетів у бік первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД). Необхідність реструктуризації системи надання і власне самої медичної допомоги (співвідношення стаціонарних і стаціонарозамінних форм) назріла ще в радянські часи, тоді як протиріччя між економічною очевидністю і політичною кон'юнктурою стримували цей процес.

Перехід на нову модель ПМСД, що базувалася на принципах загальної практики і сімейної медицини, почався в Україні ще в 2000 р., але цілком залежав від місцевих ініціатив і мав здебільшого формальний характер, бо здійснювався без розмежування фінансових потоків за видами послуг. А таке розмежування стало можливим тільки з 01.01.2011 р., коли набрав чинності новий БКУ. Пріоритетність ПМСД була радше декларативною, ніж реальною: Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року» ухвалений 22.01.2010 р. і розрахований на нереально короткий термін і з мізерним фінансовим забезпеченням в 259,3 млн грн [7].

Паралельно за підтримки міжнародних донорських організацій і знову ж таки за місцевими ініціативами проводилися локальні експерименти щодо: а) поліпшення об'єднання фінансових ресурсів; б) розмежування платника та провайдера послуг; в) запровадження контрактних закупівель послуг і оплати провайдера за подушними нормативами і глобальним бюджетом; г) зміни господарського статусу провайдера. Такі ініціативи здійснювались у місті Комсомольську Полтавської області (1996), пілотних районах Житомирської і Харківської областей (2005) та інших, проте вони наштовхнулися на опір з боку структур фінансових і податкових. Втім, результати експериментів дещо врахували під час підготовки законодавчої і нормативної бази подальшого реформування.

Проект реформи під назвою «Національний план розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року», в якому вперше задекларовані системні інституціональні та структурні перетворення, був затверджений 2007 р. Планом, зокрема, було передбачено виконання таких стратегічних завдань, як а) упровадження обов'язкового медичного страхування; б) підвищення ефективності розподілу та використання бюджетних асигнувань шляхом формування державного замовлення у сфері медичного обслуговування та переходу від фінансування ресурсів до оплати результатів; в) структурна реорганізація галузі відповідно до реальних потреб населення в медичній допомозі; г) створення ефективної системи контролю й управління якістю послуг тощо [13]. Такий амбітний план повністю не міг бути реалізованим у короткі терміни та ще й за умови протистояння в українському політикумі.

У контексті згаданого плану чи не найпоширенішими були реформи, націлені саме на управління якістю, якщо вважати якісним, за рекомендацією ВООЗ, медичне обслуговування, коли ресурси організуються таким чином, щоб із максимальною ефективністю і безпечністю задовольняти медико-санітарні потреби [19]. Були введені спеціальні механізми контролю і гарантії якості, як то: а) акредитація ме-

дичних організацій; б) ліцензування медичної діяльності; в) стандартизація клінічної практики. Але відсутність необхідної структури стимулів, яка враховувала б результати цих процедур, робить їх, зрештою, малоефективними.

Отже, основними недоліками зазначених фрагментарних змін були:

а) відсутність чітко позначених цілей і стратегії перетворень;

б) відсутність комплексного підходу;

в) відсутність чіткої політики й економічних стимулів щодо виконання ухвалених рішень;

г) ігнорування науково доведених або перевірених практикою підходів, форм і методів перетворень;

д) істотний вплив лобістських груп на ухвалення та реалізацію рішень;

е) низькі темпи реалізації перетворень;

є) непослідовність і суперечливість дій.

Наслідком антагонізму у національному політичному середовищі було й те, що після виборів 2010 р. пілотна реалізація анонсованої медичної реформи призначена не в регіонах, де вже були апробовані економічні методи управління, а в Донецькій, Дніпропетровській, Вінницькій областях і Києві, де традиційними були і є адміністративні методи управління, а унікальність столиці не дозволяє розповсюджувати її особливості на інші території.

Заявлена реформа [14] не є концептуально довершеною, бо не містить відповіді, яким чином буде подолано недофінансування галузі. Реформа почалась не з фундаментальних економічно-правових зрушень, а з реструктуризації як виокремленого завдання. При цьому не продумані адекватні системи комунікацій і механізми стимулювання, що відштовхує і частину населення, і медичної громадськості зокрема.

На підставі проведеного дослідження невдалих спроб реформування ОЗ в Україні запропонуємо власне бачення закономірностей втілення ефективних фінансових механізмів у галузі, а саме:

1) оцінка чинної моделі фінансування;

2) всебічне врахування контекстних умов;

3) планування макроекономічної та інституційної перспектив;

4) політична воля, чітке визначення пріоритетів політики та правильний вибір необхідного набору її інструментів;

5) цілеспрямоване законодавче забезпечення процесу створення нових фінансово-економічних реалій;

6) формування індикаторів моніторингу змін;

7) узгодження і моніторинг заходів, що мають бути реалізованими інтегрально в рамках цілей фінансування та його функцій (збору й об'єднання доходів, перерозподілу коштів, закупівлі послуг), гарантій держави щодо формування базового пакета послуг і їх надання.

Відтак, конкретизація алгоритму трансформації системи фінансування вітчизняної СОЗ на функціональній основі вбачається перспективою подальшого дослідження.

ЛІТЕРАТУРА

- Конституція України. – К., 2007.
- Бюджетний кодекс України від 21.06.2001 р. № 2542-III [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua>. – Назва з екрана.
- Бюджетний кодекс України від 08.07.2010 р. № 6495 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua>. – Назва з екрана.
- Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-XII. – К., 1992.
- Про місцеве самоврядування в Україні [Електронний ресурс] : Закон України від 21.05.1997 р. № 280/97-ВР. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua>. – Назва з екрана.
- Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги [Електронний ресурс] : Закон України від 07.07.2011 р. № 3611-VI. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua>. – Назва з екрана.
- Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 р. [Електронний ресурс] : Закон України від 25.01.2010 р. № 1841-VI. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua>. – Назва з екрана.
- Про порядок реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві [Електронний ресурс] : Закон України від 07.07.2011 р. № 3612-VI. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua>. – Назва з екрана.
- Рішення Конституційного суду України у справі щодо офіційного тлумачення частини третьої статті 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» від 29.05.2002 р. за № 10-рп/2002 // Офіційний вісник України. – 2002. – № 23.
- Концепція розвитку охорони здоров'я населення України : Указ Президента України від 07.12.2000 р. № 1313/2000. – К., 2001. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000>. – Назва з екрана.
- Про введення граничних територіальних нормативів обсягу стаціонарної медичної допомоги [Електронний ресурс] : Постанова КМУ від 28.06.1997 р. за № 640. – Режим доступу : <http://www.kmu.gov.ua>. – Назва з екрана.
- Про внесення змін до Постанови КМУ «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти [Електронний ресурс] : Постанова КМУ від 17.09.1996 р. № 1138 від 11.07.2002 р. за № 989. – Режим доступу : <http://www.kmu.gov.ua>. – Назва з екрана.
- Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року : Постанова КМУ від 13.06.2007 р. за № 815 // Офіційний вісник України. – 2007. – № 44. – С. 65.
- Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава [Електронний ресурс] : Програма економічних реформ на 2010–2014 роки / Комітет економічних реформ. – Режим доступу : http://www.president.gov.ua/docs/Programa_reform_FINAL_1.pdf – Назва з екрана.
- Бобров О. Е. Система Семашко. Пережиток прошлого или система нереализованных возможностей / Бобров О. Е. // Новости медицины и фармации. – 2008. – № 8. – С. 29.
- Лехан В. Украина: обзор системы здравоохранения / Лехан В., Рудый В., Ричардсон Э. // ВНО. – 2010. – № 12 (8). – С. 183.
- Реформы финансирования здравоохранения. Опыт стран с переходной экономикой / под

- ред. Кутцина Дж. [и др.]. – М. : Практическая медицина, 2011. – 280 с.
18. Решетников А. Управление финансами в государственном здравоохранении [Электронный ресурс] / Решетников А. – Режим доступа : <http://www.ngo.org.ru/ngoss/get/id12973.html>. – Название с экрана.
 19. Руководство по разработке стратегий обеспечения качества и безопасности с позиций систем здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.who.int/whr/2010/whr10_ru.pdf. – Назва з екрана.
 20. Слабкий Г. О. Сучасні підходи до фінансування системи охорони здоров'я : [монографія] / Слабкий Г. О., Шевченко М. В., Заглада О. О. – К. : [б. в.], 2011. – 345 с.
 21. Социальное развитие СССР : стат. сб. – М. : Финансы и статистика, 1991. – 169 с.
 22. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності до окремих видів медичної допомоги у 2011 р. : стат. зб. – К. : Держкомстат України. – 2012. – 128 с.
 23. Фінансування охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.uk.wikipedia.org>. – Назва з екрана.
 24. Финансирование систем здравоохранения [Электронный ресурс] : доклад о состоянии здравоохранения в мире. – Режим доступа : http://www.who.int/whr/2010/whr10_ru.pdf. – Название с экрана.
 25. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2010 р. / за ред. Аніщенко О. В. – К. : [б. в.], 2011. – 85 с.
 26. Шкапяк О. І. Особливості створення та впровадження нового механізму фінансування охорони здоров'я на макро- та макrorівні // Науковий вісник Полтавського університету економіки і торгівлі. – 2011. – № 3 (48). – С. 68–76.
 27. The World Bank. World Development Indicators & Global Development Finance [Electronic resource]. – Mode of access : <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>. – Titla from display.
 28. Ukraine. National health accounts [Electronic resource]. – Geneva : World Health Organization. – Mode of access : <http://www.who.int/nha/country/ukr.pdf>. – Titla from display.
 29. World health statistics [Electronic resource]. – Geneva : World Health Organization, 2012. – Mode of access : http://www.who.int/entity/whosis/whostat/RU_WHS12_Full.pdf. – Titla from display.

УДК 332.1:314.1

СТРУКТУРА СПОЖИВАННЯ ЯК ВИЗНАЧАЛЬНИЙ ФАКТОР РЕГІОНАЛЬНОЇ ДИФЕРЕНЦІАЦІЇ ТРИВАЛОСТІ ЖИТТЯ НАСЕЛЕННЯ

В. І. Корсак, кандидат медичних наук

Наростаюча демографічна криза в Україні, яка не тільки погіршує соціально-економічне становище населення, а й на переконання ряду дослідників є надто серйозною і важливою для національної безпеки та може загрожувати національним інтересам України [1–3]. Вона потребує глибокого дослідження фахівцями різних галузей.

Наявність диференціації тривалості життя в Україні у різних регіонах обумовлює необхідність детального вивчення причин, які

впливають на середньоочікувану тривалість життя. На нашу думку, встановлення та дослідження цих факторів має важливе значення для подолання демографічної кризи.

Великий внесок у дослідження демографічних проблем, які існують у нашій державі, та створення програм із їх подолання зробили такі вчені, як: Е. М. Лібанова, В. М. Коваленко, В. М. Корнацький, Н. П. Кризіна, І. М. Солоненко, В. М. Пономаренко, А. М. Нагорна, Л. І. Ткач, В. С. Гуменний, Ю. Гайдаєв,