

О. В. Степанова,
к. е. н., старший науковий співробітник відділу державних фінансів,
ДУ "Інститут економіки та прогнозування НАН України", м. Київ

СУЧАСНІ ПРОЦЕСИ ФІНАНСОВОЇ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

O. Stepanova,
Ph.D. in Economics, senior researcher of public finance department,
"Institute for Economics and Forecasting, Ukrainian National Academy of Sciences"

THE MODERN PROCESS OF FISCAL DECENTRALIZATION IN HEALTH CARE

У статті досліджено сучасні світові тенденції фінансової децентралізації в охороні здоров'я, а також визначено орієнтири його впровадження в Україні. Проведено аналіз теоретико-методичних підходів до децентралізації системи охорони здоров'я, а також практичних напрацювань у цій сфері, який дозволив виявити ефективність таких інструментів у кожній країні, які побудовані з урахуванням соціально-демографічних особливостей структури населення, вагомості ролі держави в системі охорони здоров'я, економічного потенціалу регіональних та місцевих громад, домінуючою моделлю фінансування медичної галузі. Виявлено, низький рівень бюджетних видатків на охорону здоров'я міських та регіональних органів влади в країнах з домінуючою страховою моделлю фінансування; обґрунтовано домінування дворівневих механізмів розподілу бюджетних видатків на фінансування охорони здоров'я в умовах бюджетної децентралізації в зарубіжних країнах. Визначено, що механізм закупівлі послуг первинної медичної допомоги в країнах Європи зазвичай делегований місцевим та регіональним органам влади, а нормативно-правове забезпечення та регулювання залишається функцією державної влади. Окреслено основні виклики реалізації стратегії децентралізації в охороні здоров'я України.

In the article the modern world trends fiscal decentralization in health care, and also the orientation of its implementation in Ukraine are observed. The analysis of theoretical and methodological approaches to the decentralization in health system and practical developments in this field are identified, which are caused by socio-demographic characteristics of population structure in the country, the weight of the state's role in health care, the economic potential of regional and local communities, the dominant model of financing healthcare. In the article are substantiated: a low level of budgetary expenditure on health care of local and regional authorities in countries with dominant insurance model of financing; dominant two-level mechanisms of distribution of budget expenditure on health care in terms of fiscal decentralization. Determined that the mechanism for procurement of services of primary health care in Europe is usually delegated to local and regional authorities, and regulatory support and control is a function of the government. The basic challenges of implementing the strategy of decentralization in health Ukraine are offered.

Ключові слова: система охорони здоров'я, децентралізація, коефіцієнт децентралізації, розподіл функцій та повноважень в охороні здоров'я, рецентралізація, державні фінанси.

Key words: decentralization, health care, decentralization ratio, distribution of functions and responsibilities in health care, recentralization, public finance.

ВСТУП

У сучасних умовах в Україні ефективно функціонування системи охорони здоров'я набуває особливої необхідності для сталого розвитку суспільства та для за-

безпечення національної безпеки. Разом з тим, сьогодні в системі охорони здоров'я властиві фундаментальні проблеми, які потребують прийняття нових рішень щодо його реформування. Як свідчить кращий зарубіжний

Таблиця 1. Європейський досвід децентралізації фінансування системи охорони здоров'я (2013 р.)

Країна	Сектор загальнодержавного управління	Центральний уряд	Регіональні органи управління	Місцеві органи управління	Фонди медичного страхування	Коефіцієнт місцевої децентралізації	Коефіцієнт регіональної децентралізації
Бельгія	31354,900	3358,800	668,400	163,800	30123,700	0,005	0,021
Болгарія	1897,300	813,000	-	266,600	1388,900	0,141	-
Чехія	11501,000	2303,200	-	404,500	8797,600	0,035	-
Данія	22058,800	12216,000	-	21751,400	-	0,986	-
Німеччина	196799,000	5796,000	9470,000	3651,000	179826,000	0,019	0,048
Естонія	949,400	397,700	-	304,500	740,500	0,321	-
Греція	9249,000	4496,000	-	0,000	4753,000	0,000	-
Іспанія	63006,000	2760,000	57961,000	813,000	1472,000	0,013	0,920
Франція	170901,000	5307,000	-	1812,000	163983,000	0,011	-
Хорватія	2857,300	938,300	-	1084,200	946,500	0,379	-
Італія	115292,000	53876,000	-	112594,000	831,000	0,977	-
Латвія	835,300	754,500	-	212,700	-	0,255	-
Литва	1970,400	994,800	-	517,600	1237,500	0,263	-
Угорщина	5179,200	6124,300	-	344,400	4858,500	0,066	-
Нідерланди	53138,000	10052,000	-	1791,000	48393,000	0,034	-
Австрія	25568,400	4363,200	7930,600	6077,900	15658,400	0,238	0,310
Польща	18277,500	4811,400	-	8080,500	15302,200	0,442	-
Португалія	11393,800	10525,000	-	856,300	12,400	0,075	-
Румунія	5797,700	1803,800	-	1874,300	4543,600	0,323	-
Словенія	2494,700	1393,100	-	378,000	2079,300	0,152	-
Словаччина	5538,700	1615,900	-	19,300	3933,400	0,003	-
Фінляндія	16867,000	6575,000	-	14186,000	2387,000	0,841	-
Швеція	30506,200	5471,200	-	29612,000	-	0,971	-
Велика Британія	153418,300	153326,400	-	2617,600	-	0,017	-
Норвегія	29354,300	21714,300	-	8631,700	-	0,294	-
Швейцарія	11242,300	252,900	9906,800	1305,800	-	0,116	0,881

Джерело: стовпчики 1—5 [13], стовпчики 6, 7 — розраховано автором.

досвід, важливою тенденцією розвитку систем охорони здоров'я є зміщення пріоритету від максимальної економії витрат при наданні медичної допомоги до максимальної ефективності використання фінансових ресурсів, спрямованих суспільством на охорону здоров'я. Одним із механізмів, який сприяє підвищенню цієї ефективності є децентралізація функцій, повноважень в організації та фінансуванні медичної галузі.

В Україні у 2015 році було визначено нові засади децентралізації, які передбачають у тому числі зміни в системі розподілу функцій та повноважень у сфері охорони здоров'я. Однак адаптація системи державних та місцевих фінансів до нових особливостей управління в медичній галузі досі не завершена, більше того, не-

значеність інструментів та способів децентралізації бюджетного процесу може привести до дисбалансу соціально-економічного розвитку регіонів. З цих позицій, реформування системи охорони здоров'я на засадах децентралізації вимагає ретельної розробки та опрацювання відповідних методів, процедур та механізмів організації та фінансування охорони здоров'я, що впливають у тому числі на забезпечення консолідації державних та місцевих фінансів.

АНАЛІЗ ОСТАННІХ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Теоретичне підґрунтя децентралізації розроблено як напрям теорії економіки суспільного сектора, яка

була закладена в фундаментальних наукових роботах Ч. Тібу, Р. Масгрейва та У. Оутса [2, 19]. У сфері охорони здоров'я організаційно-економічні засади децентралізації досліджували Салтман Р., Врангбек К, Чіма Ш., Родінееллі Д. [17, 18], які доводять, що рівень влади, який знаходиться найближче до споживачів медичних послуг, здатен забезпечити більш ефективне витрачання бюджетних коштів для задоволення потреб у медичній допомозі місцевих громад.

В Україні проблеми фінансової децентралізації, у тому числі в охороні здоров'я досліджувалися в наукових працях Т. Бондарук, Г. Ігнатєвої О. Кириленко, І. Луїніної, В. Лехан, В. Москаленко, К. Павлюк, Г. Слабкий та інших дослідників.

ПОСТАНОВКА ЗАВДАННЯ

Метою статті є дослідження та аналіз властивостей зарубіжних моделей децентралізації у сфері охорони здоров'я, виявлення основних переваг та недоліків функціонування їх механізмів та інструментів, а також визначення потенціалу впровадження в Україні.

РЕЗУЛЬТАТИ

Як свідчить світовий досвід, активний процес децентралізації у сфері охорони здоров'я розпочався в країнах близько 30 років тому [11, 16, 17, 18]. Поетапна децентралізація управління системою державної охорони здоров'я з передачею владних повноважень фінансування на територіальний та місцевий рівень управління охороною здоров'я в багатьох країнах дозволила створити підґрунтя для підвищення ефективності медичної допомоги, а також наблизити якість медичних послуг до потреб населення. Однак дискусії з цих питань тривають і сьогодні в наукових та професійних колах щодо переважної ефективності виконання різних функцій з організації, фінансування та адміністрування надання медичної допомоги на державному, регіональному та місцевому рівнях [3]. Існуючі моделі децентралізації організації та фінансування системи охорони здоров'я не є сталими, постійно змінюються та включають різні методи та процедури [9; 10]. Фінансова децентралізація сфери охорони здоров'я навіть у країнах зі схожими домінуючими механізмами фінансування може мати значні відмінності, оскільки фінансування такої галузі — це не тільки процес залучення коштів, а й об'єднання фінансових ресурсів у пули та закупівлі медичних послуг (таблиця 1).

Проведення порівняльного аналізу зарубіжного досвіду децентралізації фінансування та управління у сфері охорони здоров'я дозволяє зазначити, що цей процес є складною задачею, що обумовлено наступними питаннями [10; 17; 18]:

- країни відрізняються за типом державного устрою, кількістю рівнів адміністративного управління;

- відмінна питома вага участі центральних органів влади у фінансуванні та управлінні системи охорони здоров'я на місцевих рівнях;

- країни мають відмінні домінуючі механізми фінансування охорони здоров'я (бюджетний, страховий);

- різна ступінь розподілу відповідальності та повноважень за видами медичної допомоги у сфері управління та фінансування охорони здоров'я між адміністративними рівнями та суб'єктами (парламент, уряд, страхові медичні фонди, медичні установами, місцеві органи влади та ін.).

Аналіз інформації, наведеної у таблиці 1, дозволяє зробити висновок про незначну роль регіональних та місцевих органів влади у фінансуванні системи охорони здоров'я в країнах з домінуючою страховою моделлю. Соціальне медичне страхування є домінуючим механізмом фінансування та покриття фінансових ризиків медичної галузі у 2013 році у Франції (95,13% державних витрат на охорону здоров'я), Нідерландах (92,7%), Німеччині (70,4%), Чехії (92,68%) та Словаччині (90,03%) [14]. У країнах таких, як Німеччина та Нідерланди, переважна більшість адміністративних та організаційних функцій, а також частина фіскальних функцій були делеговані приватним некомерційним організаціям (лікарняним касам) з метою поширення засад саморегулювання в цій сфері. Повноваження зі збору доходів передаються фондам медичного страхування, які зазвичай здійснюють також і закупівлю медичних послуг. Так, в Австрії фондів медичного страхування 24, в Бельгії більше 100 (об'єднані в 5 організацій взаємодопомоги), у Франції — 19, в Німеччині — 420 (об'єднаних в 7 асоціацій), Нідерландах — 30 [9]. Тобто, пули для фінансування охорони здоров'я можуть об'єднуватися не обов'язково на територіальних принципах, а на інших засадах.

Серед досліджуваних країн ЄС тільки 5 мають трирівневу систему фінансування системи охорони здоров'я (Бельгія, Німеччина, Іспанія, Австрія, Швейцарія). Найбільш активну роль місцеві органи управління у фінансуванні охорони здоров'я мають у Данії (8,6% ВВП у 2013 році), Італії (7,3% ВВП), Фінляндії (7,0% ВВП) та Швеції (6,8% ВВП) [13]. Зауважимо, що всі ці країни мають переважно бюджетну модель фінансування охорони здоров'я. Велика Британія та інші країни з бюджетним механізмом фінансування охорони здоров'я мають централізовані системи фінансування охорони здоров'я.

Отже, оскільки фінансування системи охорони здоров'я може мати різні концептуальні підходи до збору, акумулювання та розподілу фінансових ресурсів в контексті децентралізації їх необхідно дослідити всі окремо. Багато науковців вважає, що фактичні показники розподілу видатків та доходів фінансування за територіальним принципом не є прямими ознаками реальної децентралізації функцій та повноважень, оскільки вони розкривають частку кінцевих витрат (наявних ресурсів після передачі трансфертів) центрального, регіональних і місцевих бюджетів у видатках бюджетної системи країни [12]. При оцінці рівня децентралізації видатків необхідно мати на увазі, що наявність права витратити кошти не завжди передбачає наявність права розпоряджатися ними. Якщо витрати низових рівнів регламентовані законами, прийнятими на вищих рівнях влади, то навіть при сильній децентралізації витрат реальна самостійність у місцевих органів влади буде відсутня. Крім того, обсяг видатків місцевих бюджетів залежить від обся-

гу цільових трансфертів, передача яких показує децентралізацію видатків, але може не надавати повноважень, якщо витрачання цих коштів підлягає жорсткому контролю. Значна частка нецільових коштів, що надходять в місцеві бюджети у вигляді відрахувань від нормативів регулюючих податків і у вигляді трансфертів вирівнювання, також може бути не в повному розпорядженні місцевих органів влади [7].

Для аналізу рівня фінансової децентралізації в охороні здоров'я слід дослідити розподіл повноважень та відповідальності щодо прийняття управлінських рішень у цій сфері. Проведений аналіз різних аспектів децентралізації у сфері охорони здоров'я дозволяє систематизувати їх та акцентувати увагу на тому, що механізм закупівлі послуг первинної медичної допомоги в країнах Європи зазвичай делегований місцевим та регіональним органам влади [18]. Виключенням є такі країни, як Нідерланди, Естонія, Чехія, Словенія, Португалія, Ірландія, Греція, Люксембург, в яких держава через механізм соціального замовлення здійснює закупівлю послуг у постачальників [10].

Щодо розподілу фінансування на медичну допомогу, то аналіз практики децентралізації в країнах Європи дозволяє виокремити дві групи країн: в бюджетних системах фінансування охорони здоров'я, рівень управління, який формує бюджет охорони здоров'я несе відповідальність (наприклад, у Фінляндії та Данії розподіл фінансування на послуги первинної, спеціалізованої та громадської охорони здоров'я децентралізовано на місцевий рівень); у системах соціального медичного страхування, це організація, яка регулює доходи страхових фондів (наприклад, у Німеччині та Бельгії такі функції здійснює уряд) [15].

Так, у більшості країн ОЕСР законодавчий державний орган влади бере участь у прийнятті управлінських рішень щодо обсягів фінансування системи охорони здоров'я. Нормативно-правове регулювання для первинної, спеціалізованої медичної допомоги та громадської охорони здоров'я здійснюється на державному рівні. Виключенням є Велика Британія, де нормативно-правове регулювання надання медичної допомоги здійснюється окремо в Англії, Шотландії, Північній Ірландії та Уельсі [10]. Тільки частина країн не залучає парламент до цих процесів, а саме: Японія, Чехія, Нідерланди, Іспанія та Швейцарія. Деякі країни залучають парламент до прийняття управлінських рішень при визначенні розміру податків та (або) внесків для фінансування охорони здоров'я. В Канаді, Італії, Швеції та Великій Британії регіональні органи влади, а в Фінляндії та Швеції місцеві органи влади також беруть участь у прийнятті таких рішень [16].

Податкові та страхові ставки внесків на фінансування охорони здоров'я зазвичай є предметом додаткових угод між провідними фондами медичного страхування в Японії та Республіці Корея. В Люксембурзі фонди медичного страхування визначають ці ставки самостійно. У більшості країн ОЕСР визначення бюджету для фінансування системи охорони відбувається централізовано на урядовому рівні. Однак регіональні органи влади залучаються до цього процесу в Австралії, Канаді, Італії та Великій Британії. В Австрії, а в Польщі та Швеції — три адміністративних рівня

визначають бюджет фінансування охорони здоров'я [15].

Планування розподілу фінансових ресурсів між регіонами, видами та рівнями медичної допомоги в країнах з домінуючим страховим механізмом фінансування безумовно є функцією та повноваженнями провідних страхових медичних фондів або їх об'єднань. Проте ключові питання щодо механізму регіонального розподілу фінансових ресурсів на основі дискусії визначають в парламенті або в уряді. Однак розподіл коштів між секторами системи охорони здоров'я є зазвичай прерогативою страхових медичних фондів [17].

Методи оплати медичної допомоги медичних установ та лікарів є повноваженнями страхових фондів у країнах зі страховим механізмом фінансування та уряду в країнах з бюджетним механізмом фінансування охорони здоров'я. В деяких країнах, такі питання є предметом переговорів та спільної угоди між урядом, регіональними органами влади, фондами медичного страхування та асоціацій лікарів [18].

У країнах з бюджетним механізмом фінансування охорони здоров'я, наприклад, у Фінляндії та Данії муніципалітети залучені до фінансування усіх видів медичних послуг, в Угорщині — до фінансування послуг лікарів, в Ісландії та Норвегії до фінансування первинного рівня медичної допомоги [15].

Аналіз тенденції фінансування охорони здоров'я за останні півтора десятиріччя дозволяють виявити тенденцію до зростання частки місцевих бюджетів [17]. Таке зростання частки місцевих бюджетів відбувається, за визначенням ВООЗ, внаслідок тиску на них держави. Проте ефективність фінансування медичної допомоги з місцевих бюджетів обмежується рядом факторів, зокрема, потенціалом місцевих громад зі збору додаткових доходів бюджету, зростанням внутрішньої та зовнішньої міграції населення, зростання частки осіб пенсійного віку. Такі тенденції є викликом для стабільності місцевих бюджетів в середньостроковій та довгостроковій перспективі [15].

У Великій Британії видатки місцевих бюджетів для фінансування системи охорони здоров'я формуються як за рахунок трансфертів із державного бюджету, так і власних доходів. В Нідерландах такі видатки формуються виключно за рахунок трансфертів, а в Швейцарії за рахунок власних доходів. Однак в більшості країн з домінуючою страховою моделлю фінансування не такі трансферти не мають значного впливу на загальні обсяги фінансування медичної допомоги [16].

Блокові гранти переважно виділяються на охорону здоров'я в Австралії, Австрії та Норвегії, а в Нідерландах, Мексиці та Словаччині такі гранти прикріплені до конкретних видів медичної допомоги. Найвищий рівень контролю центральним урядом управлінських рішень щодо видатків за рахунок грантів, що призначені для конкретних програм з охорони здоров'я (Республіка Корея, Мексика) або відшкодування наданих медичних послуг (Данія, Мексика та Норвегія).

Планування державою змін щодо фінансування охорони здоров'я на місцевому рівні в цілому зазвичай відбувається в середньостроковій перспективі та по ок-

Таблиця 2. Переваги та недоліки децентралізації в умовах домінування різних механізмів фінансування системи охорони здоров'я

ФАКТОРИ	ВИДИ МЕХАНІЗМУ ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я		
	Страховий механізм фінансування системи охорони здоров'я	Бюджетний механізм фінансування системи охорони здоров'я	Приватне фінансування системи охорони здоров'я
ДЕПРИВАЦІЯ ТА РІВНІСТЬ ДОСТУПУ ДО МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	Складний механізм регулювання розподілу медичних установ між регіонами (муніципалітетами). Рівень «охоплення» населення медичною допомогою, а також територіальний та фінансовий доступ до медичних послуг може бути відмінним в різних адміністративно-територіальних громадах. Децентралізація може привести до збільшення прямих витрат населення на медичну допомогу та більш високих страхових внесків в адміністративно-територіальних громадах з низьким рівнем економічного розвитку. Перехресне субсидування є важливим механізмом та потребує впровадження відповідних інструментів регулювання страхового ринку, задачею яких є захист населення від «виключення» з системи охорони здоров'я	Вищий рівень ефективності регулювання розподілу медичних установ між регіонами (муніципалітетами). Децентралізація може обумовити різні рівні якості та доступу до медичної допомоги між регіонами (муніципалітетами). Децентралізація може стати причиною впровадження регіональними (місцевими) органами влади механізмів співфінансування громадою вартості медичних послуг. Перехресне субсидування на демографічній основі може бути під загрозою у зв'язку з введенням вибору постачальника медичних послуг	Низький рівень регулювання розподілу медичних установ між регіонами (муніципалітетами). Приватне фінансування та страхування забезпечує високі рівні прибутків для медичних установ та є причиною до постійного зростання вартості медичних послуг і збільшення нерівності фінансового та територіального доступу різних територіальних громад до медичної допомоги. Децентралізація обумовлює різні рівні цін на медичні послуги, що є фактором зростання нерівності між регіонами. Відмінні рівні внесків та витрат на фінансування медичної допомоги між регіонами (муніципалітетами) обумовлює підвищення рівня несправедливості та доступності системи охорони здоров'я в цілому
ВИКЛИКИ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ	Обмежений потенціал стримування постійно зростаючих витрат на медичну допомогу. Проблеми забезпечення рівномірного охоплення населення медичною допомогою у різних регіонах. Об'єднання ризиків, яке не дозволяє уникнути селективної політики у наданні медичної допомоги та доступу до відповідних страхових пакетів. Проблеми доступу до системи страхування та медичної допомоги окремих вразливих груп населення та складність забезпечення суцільного охоплення медичною допомогою всього населення країни	Проблеми забезпечення високого рівня якості медичних послуг в різних муніципальних медичних установах. Потенціал комерціалізації системи охорони здоров'я шляхом передачі окремих функцій на аутсорсинг та зовнішнє управління. Обмежені можливості вибору постачальника медичних послуг. Низький рівень доступу до високоспеціалізованої медицини третього рівня	Розподіл на ринкові та неринкові медичні послуги. Високий рівень комерціалізації сфери охорони здоров'я. Високий рівень залежності споживачів від переліку та складу медичних послуг за контрактом, який має значні відмінності від рівня економічного розвитку регіону. Різні рівні ризику особистого фінансового краху внаслідок неможливості оплати медичної допомоги між регіонами (муніципалітетами)
ПЕРЕВАГИ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ	Такі механізми фінансування системи охорони здоров'я є менш вразливими до зміни обсягів та якості надання медичної допомоги. Низький рівень політизації процесу прийняття управлінських рішень щодо організації, адміністрування та фінансування медичних послуг. Близькість територіальної громади та осіб, які приймають управлінські рішення обумовлюють підвищення громадського контролю та ефективності використання ресурсів	Ефективність інструментів стримування зростання витрат на медичну допомогу. Вищий рівень транспарентності прийняття управлінських рішень та управліємості системою охорони здоров'я. Вищий рівень політичної відповідальності за систему охорони здоров'я на регіональному та місцевому рівні	Високий рівень реагування системи охорони здоров'я на потреби територіальної громади. Потенціал формування доступу територіальної громади до інноваційних медичних послуг, які відсутні у регіональній (муніципальній) системі охорони здоров'я. Вищий рівень мотивації персоналу медичних установ

Джерело: складено автором на основі [18].

ремим цілям з року в рік (Данії, Фінляндії, Італії, Швейцарії та ін.). Наприклад, в Австрії фінансові ресурси, що виділяються урядом автоматично передаються місцевому рівню по формулі, що визначається в середньостроковій перспективі. На відміну від Австрії, уряди Чехії, Франції та Норвегії можуть змінювати обсяги фінансових ресурсів (вносити зміни до формули міжбюджетних трансфертів, частки фінансування різних видів медичної допомоги тощо), які передаються місцевим бюджетам щорічно [16].

Уряд зазвичай покриває дефіцит місцевих бюджетів для фінансування охорони здоров'я в Данії, Франції,

Угорщини, Італії, Японії, Республіці Корея та Нідерландах, та не несуть відповідальності за дефіцит уряди Австралії, Австрії, Канаді, Фінляндії, Мексиці, Швеції та Швейцарії [10].

Більшість з досліджуваних країн постійно вирішують завдання пов'язані з необхідністю раціонального використання обмежених ресурсів, що надаються суспільством на охорону здоров'я. Централізовані системи дозволяють досить ефективно стримувати зростання витрат на охорону здоров'я. Деякі країни встановлюють обмеження на збільшення видатків на охорону здоров'я в цілому, або на окремі програми чи види ме-

дичної допомоги з метою забезпечення консолідації місцевих та державних фінансів [8]. Такі рішення є зазвичай предметом гострих дискусій між державою, регіонами, медичними установами, медичними страховими фондами. Так, в Австрії починаючи з 2016 року федеральні та національні органи влади погодились обмежити збільшення видатків на охорону здоров'я на рівень росту номінального ВВП. У Канаді провінції самостійно приймають рішення щодо обмеження зростання видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я, наприклад, в Онтаріо впровадили обмеження на збільшення видатків на охорону здоров'я до 2,1 % на рік протягом 2013—2016 років [16]. Очевидно, що централізована система охорони здоров'я має як переваги, так і недоліки, проте аналіз різних систем охорони здоров'я показує, що функціонування інших моделей, також стає причиною виникнення цілого ряду нових проблем [8].

Однак децентралізація в цій сфері може сприяти підвищенню ефективності державних видатків на охорону здоров'я за рахунок оптимізації фінансування шляхом усунення розбіжностей між потребами територіальної громади та фінансовим забезпеченням медичних установ. Теоретичні обґрунтування прийняття управлінського рішення впровадження децентралізації в управлінні та фінансуванні системи охорони здоров'я зазвичай базуються на результатах оцінки компромісу між її перевагами та недоліками (табл. 2).

Стимулюючий ефект фінансової децентралізації у сфері охорони здоров'я має свою інструментарно-функціональну специфіку, обумовлену структурою витрат, що здійснюються на низових рівнях системи, яка полягає в можливості підвищення ефективності фінансування та організації надання медичних послуг [8]. Проблема набуває особливої актуальності у зв'язку з тим, що фінансова децентралізація, не будучи самостійною метою, є необхідною передумовою забезпечення фіскальної стабільності системи охорони здоров'я, а також регіонального соціально-економічного розвитку.

Однак на противагу процесам децентралізації протягом останнього десятиліття однією із тенденцій діяльності охорони здоров'я стало посилення засад децентралізації в окремих країнах Європи та світу. У дослідженнях Р. Салтмана [17] наводяться основні причини такого стану речей, а саме: сучасні демографічні проблеми розвитку суспільства, швидкі темпи появи нових високовартісних клінічних технологій, економічних обмежень необхідності фінансування зростаючих потреб населення у медичній допомозі, поява яких частково також обумовлена поширенням регіоналізації охорони здоров'я та глобалізацією економіки. Досвід таких країн, як Фінляндія, Норвегія та Данія свідчить, що місцевий рівень контролю над прийняттям управлінських рішень у сфері охорони здоров'я став причиною збільшення нерівності в доступі територіальних громад до медичної допомоги та, як наслідок, збільшення кількості вразливих груп населення у цих громадах, загострення проблем справедливості. Однак у країнах Південної Європи спостерігається протилежна тенденція, зокрема, в Італії та Іспанії, а також Балканських країнах та Бельгії процеси децентралі-

зації продовжують успішно розвиватися у сфері охорони здоров'я.

Оскільки всі виявлені причини можуть бути вирішені тільки в довгостроковій перспективі, то Р. Салтман доводить, що рецентралізація у сфері охорони здоров'я може бути довгостроковим структурним зрушенням в функціонуванні національних стратегій охорони здоров'я [17], що означає початок нових "довгих хвиль" рецентралізації в контексті посилення функцій центральних урядових установ у медичній галузі та послаблення регіональних, місцевих органів влади.

Як було зазначено раніше, в Україні активно опрацьовуються концептуальні орієнтири реформування системи охорони здоров'я. Вектор реформування охорони здоров'я в Україні спрямований на підвищення якості медичної допомоги, побудову ефективної системи охорони здоров'я, у тому числі зміни джерел фінансування та принципів розподілу ресурсів та повноважень між суб'єктами її інституційної структури в контексті імплементації засад децентралізації державного управління.

Зокрема в оприлюдненому Міністерством охорони здоров'я України у 2014 році Проекті Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України визначені задачі децентралізації [5]. Разом з тим, прийнята у 2014 році Концепція реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні [6] означила ключові шляхи вирішення проблем розподілу державних функцій та повноважень на засадах децентралізації, у тому числі у сфері охорони здоров'я. Починаючи з 2015 року в Україні розпочато фінансову децентралізацію у сфері охорони здоров'я, перші кроки якої закладені в Законі України "Про державний бюджет на 2015 рік" [1], що обумовило рекордне зростання медичних субвенцій до місцевих бюджетів — до 46,4 млрд грн.

Механізм реалізації медичної субвенції регулюється Постановою КМУ № 11 від 23 січня 2015 року "Деякі питання надання медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам" [4]. Виділення окремої статті медичних субвенцій для місцевих бюджетів фактично є початковим елементом нової моделі фінансування та міжбюджетних відносин. Субвенція спрямовується на оплату поточних видатків закладів охорони здоров'я та програм у сфері охорони здоров'я, визначених у статті 103 (4) Бюджетного кодексу України [4]. Значущість поставлених задач з децентралізації функцій та повноважень обумовлює подальшу розробку адекватних механізмів формування та імплементації децентралізації у сфері охорони здоров'я, на основі систематизації та адаптації кращого світового досвіду до українських реалій.

ВИСНОВКИ

Процес реформування системи охорони здоров'я, який розпочато в Україні передбачає трансформацію її інституційної структури, зміщення на більш низькі ієрархічні рівні багатьох функцій та повноважень з організації та фінансування, в результаті якого створюється базис для формування децентралізованого механізму медичної галузі. Діюча сьогодні переважно централізована модель управління системою охо-

рони здоров'я не відповідає потребам українського суспільства та сучасної медицини. Децентралізована модель організації та фінансування системи охорони здоров'я дозволить сформувати вищий рівень гнучкості та оперативності реагування на зміни соціально-демографічної та економічної ситуації в регіонах та громадах.

Проведене дослідження зарубіжного досвіду, поряд з перевагами децентралізованої моделі фінансування та управління охороною здоров'я дозволило виявити виклики, які можуть виникнути при її впровадженні: впровадження децентралізованої моделі може привести до збільшення витрат на охорону здоров'я, у тому числі трансакційних; проблеми координації та взаємодії при прийнятті управлінських рішень між різними адміністративними рівнями та різними суб'єктами управління та фінансування охорони здоров'я; високий рівень політичної мотивації прийняття управлінського рішення щодо ставок внесків, обсягів фінансування охорони здоров'я, включення тих чи інших видів медичних послуг до безкоштовного та (або) пільгового пакету медичних послуг; децентралізація моделі охорони здоров'я до занадто малих, за територіальною ознакою, низових рівнів може привести до від'ємного ефекту масштабу в наданні медичної допомоги, а також фрагментації цієї системи в цілому; недостатній рівень об'єднання ризиків може стати причиною зменшення обсягу фінансування медичної галузі регіону (району, громади), з демографічних причин (високої питомої ваги населення пенсійного віку, низького рівня економічної активності регіону (району, громади)) тощо; відмінність територіальної та фінансової доступності та якості як спеціалізованої медичної допомоги, так і медичних послуг первинного рівня; неготовність персоналу низового рівня до управління системою охорони здоров'я до прийняття відповідних управлінських рішень з причини відсутності відповідного управлінського потенціалу та досвіду; вища складність механізму фінансування медичних установ та їх бухгалтерського обліку; проблеми транспарентності підзвітності прийняття управлінського рішення та фінансування медичних установ; побудова успішної моделі децентралізації системи охорони здоров'я потребує не одного десятиліття для розробки, налагодження відповідних фінансових та управлінських механізмів; у країні обов'язково мають бути встановлені мінімальні гарантовані державою переліки медичних послуг медичної допомоги, розроблені та впровадженні всі медичні стандарти та протоколи.

Література:

1. Закон України "Про державний бюджет на 2015 рік" // Відомості Верховної Ради. — 2015. — № 5. — ст.37.
2. Масгрейв, Р.А., Масгрейв, П. Б. Государственные финансы: теория и практика / Пер. с 5-го англ. изд. — М.: Бизнес Атлас, 2009. — 716 с.
3. Павлюк К.В., Степанова О.В. Децентралізація в системі фінансування охорони здоров'я / К.В. Павлюк, О.В. Степанова [Електронний ресурс] // Фінанси України. — 2015. — № 4. — С. 67—85. — Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Fu_2015_4_6.pdf

4. Постанова КМУ № 11 від 23 січня 2015 року "Деякі питання надання медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам" [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/11-2015-%D0%BF>

5. Проект розпорядження Кабінету Міністрів України "Про схвалення Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України" [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20140618_0.html

6. Розпорядження КМУ від 1. 04. 2014. — № 333 — р. "Про схвалення Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні" [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/333-2014-%D1%80>

7. Романюк В. Оценка степени децентрализации государственного управления в РК [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.romanyuk.com/2007/03/post_7.html

8. Садовничий В. От традиций к инновациям: реформы здравоохранения в современном мире. / Григорьева Н., Чубарова Т. — Экономика Москва, 2012. — 286 с.

9. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы / Ред. Моссиалос Э., Диксон А., Фигерас Ж., Кутцин Д. /Пер. с англ. — М: "Весь Мир", 2002. — 352 с. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98311/E74485R.pdf (Accessed 25 February 2015)

10. Adolph C, Greer S., Fonseca E. Allocation of Authority in European Health Policy // Social science and medicine. — 2012, — vol. 75 (9): p 1595—1603 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://faculty.washington.edu/cadolph/articles/aoa.pdf>

11. Byrkjeflot H., Neby S. The end of the decentralised model of healthcare governance? Comparing developments in the Scandinavian hospital sectors // Journal of health organization and management. — Vol. 22. — No. 4, 2008. — P. 331—349 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.polis.no/People/http___www.emeraldinsight.com_Insight_ViewContentServlet_Filename=published_emeraldfulltextarticle_pdf_02502-20401.pdf

12. Ebel R., Yilmaz S. On the measurement and Impact of fiscal decentralization // World Bank Institute Policy Research Working Paper Series. 2002 — № 2809 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://www.openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/14821/multi0page.pdf?sequence=1>

13. General government expenditure by function (COFOG. —) [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=gov_a_exp&lang=en

14. Global health expenditure database that WHO [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

15. OECD Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives, OECD Publishing, Paris. — 2015 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/fiscal-sustainability-of-health-systems_9789264233386-en

16. Paris V., Devaux M., Wei L. Health systems institutional characteristics: a survey of 29 OECD countries. OECD Health Working Papers. — 2010. — № 50, OECD Publishing [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/5kmfxfq9qbnr.pdf?expires=1447958792&id=id&accname=guest&checksum=8B12C1743E85-0AA514BBA3FB87B1090E>

17. Saltman R. Decentralization, re-centralization and future European health policy // European Journal of Public Health, Vol. 18, No. 2, 104—106 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/eurpub/18/2/104.full.pdf>

18. Saltman R.B., Bankauskaite V., Vrangbek K. Decentralization in health care: strategies and outcomes. World Health Organization: 2007, 298 p. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98275/E89891.pdf

19. Tiebout C. An Economic Theory of Fiscal Decentralization / C. Tiebout // Public Finances: Sources, and Utilization.-Princeton, New Jersey, 1961. — P. 79—96 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.nber.org/chapters/c2273.pdf>

References:

1. Verkhovna Rada of Ukraine (2015), Law of Ukraine on "On State Budget for 2015", Vidomosti Verkhovnoyi Rady — Bulletin of Verkhovna Rada, vol. 5, pp. 37.

2. Mashreiv, R. A. and Mashreiv, P. B. (2009). Gosudarstvennyye finansy: teoriya i praktika [Public Finance: Theory and Practice], Business Atlas, Moscow, Russia.

3. Pavliuk, K. V. and Stepanova, O. V. (2015), "The system of health care financing", Finansy Ukrainy, available at: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Fu_2015_4_6.pdf (Accessed 15 November 2015).

4. Cabinet of Ministers of Ukraine (2015), Resolution "Some issues of providing medical subvention from the state budget to local budgets", available at: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/11-2015-%D0%BF> [in Ukrainian] (Accessed 15 November 2015).

5. Cabinet of Ministers of Ukraine (2014), Project resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine "On Approval of the Concept of building a new national health system of Ukraine", available at: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20140618_0.html [in Ukrainian] (Accessed 15 November 2015).

6. Cabinet of Ministers of Ukraine (2014), Resolution "On approval of the Concept of reforming the local self-government and territorial organization of power in Ukraine", available at: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/333-2014-%D1%80> (Accessed 15 November 2015).

7. Romanyuk, V. (2007), "Assessment of the degree of decentralization of public administration in Kazakhstan", available at: http://www.romanyuk.com/2007/03/post_7.html (Accessed 18 November 2015).

8. Sadovnichij, V. Grigor'eva, N. and Chubarova, T. (2012), Ot ctadicij k innovacijam: reformy zdravoohraneniya v sovremennom mire.[From suffering to innovation: health care reform in the modern world], Ekonomika, Moscow, Russia.

9. Mossialos, Je. Dikson, A. Figeras, Zh. and Kutcin, D. (2002), "Funding health care: options for Europe",

available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98311/E74485R.pdf [in Russian]. (Accessed 15 November 2015).

10. Adolph, C. Greer, S. and Fonseca, E. (2012), "Allocation of Authority in European Health Policy", Social science and medicine, vol. 75(9), available at: <http://faculty.washington.edu/cadolph/articles/aoa.pdf> (Accessed 15 November 2015).

11. Byrkjeflot, H. and Neby, S. (2008), "The end of the decentralised model of healthcare governance? Comparing developments in the Scandinavian hospital sectors.", Journal of health organization and management, Vol. 22, No. 4, available at: http://www.polis.no/People/http___www.emeraldinsight.com_Insight_View-ContentServlet_FileName=_published_emeraldful-ttextarticle_pdf_0250220401.pdf (Accessed 15 November 2015).

12. Ebel, R. and Yilmaz, S. (2002), "On the measurement and Impact of fiscal decentralization", World Bank Institute Policy Research Working Paper Series, vol. 2809, available at: <https://www.openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/14821/multi0page.pdf?sequence=1> (Accessed 12 November 2015).

13. Eurostat (2015), "General government expenditure by function", available at: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=gov_a_expandlang=en

14. Global health expenditure database that WHO(2015), "NHA indicators", available at: <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en> (Accessed 15 November 2015).

15. OECD (2015), "OECD Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives", available at: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/fiscal-sustainability-of-health-systems_9789264233386-en (Accessed 15 November 2015).

16. Paris, V. Devaux, M. and Wei, L. (2010), "Health systems institutional characteristics: a survey of 29 OECD countries", OECD Health Working Papers., vol. 50, available at: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/5kmfxfq9qbnr.pdf?expires=1447958792&id=id&accname=guest&checksum=8B12C1743E850AA514BBA3FB87B1090E> (Accessed 15 November 2015).

17. Saltman, R. (2008), "Decentralization, re-centralization and future European health policy", European Journal of Public Health, Vol. 18, No. 2, pp 104-106, available at: <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/eurpub/18/2/104.full.pdf> (Accessed 18 November 2015).

18. Saltman, R. B. Bankauskaite, V. and Vrangbek, K. (2007), "Decentralization in health care: strategies and outcomes", World Health Organization, available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98275/E89891.pdf (Accessed 18 November 2015).

19. Tiebout, C. (1961), "An Economic Theory of Fiscal Decentralization", Public Finances: Sources, and Utilization.-Princeton, New Jersey, pp. 79 - 96, available at: <http://www.nber.org/chapters/c2273.pdf> (Accessed 18 November 2015).

Стаття надійшла до редакції 20.11.2015 р.