

Мокрицька А. Б., аспірант кафедри фінансів суб'єктів господарювання і страхування, ТНЕУ

Анотація. У статті охарактеризовано підходи вітчизняних та зарубіжних вчених до трактування сутності фінансів охорони здоров'я. Висвітлено властивості суспільних благ та їх трактування відомими вченими – економістами. Описано основні неспроможності ринку в наданні медичних послуг. Досліджено взаємозв'язок організації фінансів охорони здоров'я з організацією фінансів держави, фінансовою моделлю розвитку її економіки. Розглянуто проблеми, котрі виникають в націоналізованій системі охорони здоров'я, де послуги надаються населенню незалежно від його платоспроможності та ринковій.

Ключові слова: фінанси охорони здоров'я, фінансові ресурси, фінансове забезпечення, фінансова система, суспільні блага.

ВСТУП. Проведення політичних та соціально-економічних реформ в Україні в контексті переходу до ринкових відносин не призвело до адекватних новим умовам перетворень у галузі охорони здоров'я, організація фінансових відносин яких все ще здійснюється за принципами адміністративно-командної економіки, що стало однією з основних причин неефективної їх управлінської діяльності та фінансової розбалансованості.

Дослідження теоретичних основ економіки охорони здоров'я і наукове обґрунтування ролі держави у фінансовому забезпеченні цієї галузі здійснювали представники різних наукових шкіл, зокрема: Б. Абель-Сміт, А. Малагардіс, П. Самуельсон, Дж. Е. Стігліц, та ін. Серед українських науковців, які вивчали економічні закономірності функціонування сфери охорони здоров'я і досліджували практику організації зарубіжних та вітчизняної систем охорони здоров'я, можна назвати В. Андрущенко, Ю. Вороненка, В. Галайда, А. Голяченка, Д. Карамішева, Н. Карпишин, В. Крамаренко, З. Лободіну, В. Рудень, А. Чухно, М. Шутова й ін. Теоретичні та практичні аспекти фінансування та фінансового забезпечення соціальної сфери, в т. ч. охорони здоров'я, висвітлені у наукових працях вітчизняних учених Й. Бескида, О. Василика, О. Величко, В. Войцехівського, С. Кондратюка, В. Лехана, Д. Полозенка, Ю. Пасічника, Я. Радиш, І. Радь, О. Тулай, С. Юрія та ін. У даному контексті заслуговують на увагу праці російських науковців Г. Поляк, Д. Райса, Р. Салтмана, В. Семенова, І. Шеймана та ін.

ПОСТАНОВКА ЗАВДАННЯ. Незважаючи на проведені дослідження, у наукових роботах в Україні немає комплексного охоплення проблем сутності та теоретичних підходів до організації фінансів охорони здоров'я, що зумовлює актуальність теми дослідження.

Метою статті є дослідження концептуальних підходів трактування сутності фінансів охорони здоров'я та проблем їх організації в Україні.

РЕЗУЛЬТАТИ. У вітчизняній та зарубіжній літературі існують різноманітні підходи до трактування сутності охорони здоров'я та організації її фінансів. До 90-х років вітчизняні підходи ґрунтувалися переважно на марксистській теорії, за якою усе суспільне виробництво поділялося на дві сфери: виробничу і невиробничу. У виробничій сфері матеріальні продукти створюються, а в невиробничій – здійснюється їх обмін і споживання. При цьому соціальну сферу практично ототожнювали із невиробничою. Звідси основним джерелом фінансування соціальної сфери були бюджетні асигнування, що перерозподілялись за допомогою відповідного механізму зі сфери матеріального виробництва.

Дослідження функціонування ринкової економіки свідчить, що соціальна сфера не лише не є утриманкою матеріального виробництва, але, навпаки, робить суттєвий внесок у збільшення національного доходу послугами, що надаються населенню. Послуги постають особливими самостійними споживчими цінностями, що мають вартість і ціну. Тобто з економічного погляду послуги є такі ж продукти праці, як і матеріальні блага. Частину з них споживач отримує в обмін на грошові доходи, а частину – в своє розпорядження в міру виникнення потреб, котрі можуть бути задоволені безкоштовно для споживача. До безкоштовних належать соціально значущі послуги, які активно впливають на людину, її життєдіяльність, професійну підготовку. Тому в умовах ринку держава обирає інший шлях надання цих послуг. Однак безкоштовних послуг насправді не буває. Вони мають свого покупця в особі держави, яка оплачує їх виробництво, займаючи при цьому здебільшого монопольне становище. Саме монопольне становище держави як єдиного покупця медичних послуг і спричинило фінансування галузі за „залишковим” принципом.

У зарубіжній практиці значного впливу на організацію фінансів охорони здоров'я спричинила теорія суспільних благ, початок якої заклав А. Сміт (1723-1790) та продовжили лауреати Нобелівської премії з економіки Дж. Б'юкенен і П. Самуельсон, а також Е. Аткинсон, К. Ерроу, Р. Масгрейв, Г. Менкью, В. Нордгауз, Дж. Стігліц та ін., під впливом яких охорона здоров'я трактувалась як суспільне благо, доступ до якого повинні мати усі члени суспільства, незалежно від можливості оплатити його.

Для суспільних благ характерні такі особливості: неконкурентність, неподільність у споживанні та не винятковість, тобто неможливість усунути індивідів від користування вигодами цих благ.

Неконкурентність споживання, яка є однією з основних особливостей суспільних благ, на що звертають увагу М. Блауг, С. Брю, К. Макконелл, Н. Менкью, П. Самуельсон, Дж. Стігліц та ін. [2;5;8;9;12;15], означає, що споживання медичних послуг одним

індивідом не зменшує доступність цих послуг для інших людей. Ця особливість передбачає, що збільшення числа споживачів блага не тягне за собою зменшення корисності, котру отримує кожен з них, тобто споживачі не конкурують між собою за право користуватися тим чи іншим благом, а також, що збільшення числа користувачів цього блага, як правило не тягне за собою значного збільшення витрат на задоволення цього попиту, в той час як поява додаткового споживача збільшує ефективність від його надання для всього суспільства [1;5;12]. Такі блага представляють собою цінність лише тому, що призначені не для однієї людини. Збільшення споживачів у таких випадках суттєво не тільки з точки зору мінімізації затрат, скільки з позицій досягнутого ефекту [15,с.37].

Загалом планова економіка демонструвала значні успіхи у створенні суспільних благ, зокрема в таких галузях, як оборона, наука, певні наукові дослідження у сфері охорони здоров'я, освоєння космосу і ін. Щодо забезпечення приватних благ державними засобами, то це невиправдано і приводило до гіршого у порівнянні з ринковим господарюванням, використанням ресурсів.

Проте не всі медичні послуги можуть бути віднесені до суспільних благ. Значна їх частина задовольняє індивідуальну потребу споживача, оплачується ним і стає недоступною для інших споживачів. Іншими словами, вигоди такого блага платні та конкурентні в споживанні.

Фундаментальні наукові дослідження в галузі медицини відносять до суспільних благ, які повинні фінансуватися з бюджету держави. Проте в умовах обмеженості фінансових ресурсів виникає проблема як визначити, яка з запропонованих програм найбільш перспективна, обіцяє найбільшу вигоду. Взагалі ефективне надання суспільних благ процес складніший, ніж надання благ приватних. Покупці приватного товару визначають його цінність за допомогою ціни, яку вони готові заплатити. Коли економісти оцінюють необхідність надання урядом суспільного блага, вони не мають можливості скористатися ціновими сигналами. Відповідно, оцінка витрат і вигод суспільних проектів є в кращому випадку приблизним розрахунком [9,с.154-155].

Е. Аtkінсон та Дж. Стігліц зазначають, що перш ніж віддати перевагу державі у наданні того чи іншого блага слід врахувати, що рішення може залежати від вибору інструментів, які є в розпорядженні у держави та звертають увагу на невипуклості, такі як адміністративні витрати, різноманіття смаків, перерозподільчі цілі. Якщо за приватного забезпечення суспільними благами, споживач сам робить вибір на користь того чи іншого товару, то за державного забезпечення, такі завдання повинна вирішувати держава [1,с.678].

Можуть існувати розбіжності у поглядах куди віднести певні програми. Згідно з підходом Г. Хеннеланда та Л. Рове, профілактика хвороб населення є міжнародним

суспільним благом, вигідним за такими позиціями: по-перше, попередження захворюваності однієї особи спричиняє позитивний ефект не лише для неї, а й для інших індивідів, котрі могли б заразитися; по-друге, добре організована охорона здоров'я нації має значні економічні наслідки, пов'язані із збереженням добробуту населення й підтримкою продуктивності економічної системи [16, с. 105].

Дж. Е. Стігліц подає державні програми охорони здоров'я як наближені до чистих товарів суспільного споживання. Програма, внаслідок якої населення позбувається деяких захворювань приносить вигоду усім членам суспільства: було б неможливим чи небажаним ізолювати будь-якого індивіда від цих вигід [12,с.162]. Звісно, якщо до державних програм віднести вакцинацію, значні наукові дослідження, то ми вважаємо це виправданим. Але щодо інших медичних послуг, то однозначної відповіді тут немає. Державою можуть пропонуватися товари індивідуального споживання. Якщо товар індивідуального споживання надається безкоштовно, то імовірно, виникне надмірне споживання цього блага. Так як індивіду не потрібно платити за товар, його попит на останній зростатиме до точки, у якій гранична вигода, що він її отримує від блага дорівнюватиме нулю, незважаючи на той факт, що із пропозицією цього блага пов'язані реальні граничні затрати. У випадках, таких як певні види медичних послуг, спотворення внаслідок надмірного споживання може набувати великих розмірів. В даному випадку зниження добробуту може вимірюватися різницею між тим, скільки індивід готовий заплатити за зростання обсягу виробництва від точки, коли ціна дорівнює граничним витратам до точки коли ціна дорівнюватиме нулю, та затратами на збільшення виробництва між цими точками [12,с.169].

Жоден ринковий критерій не може встановити „належної” кількості суспільних благ. Взагалі рішення про постачання суспільних благ приймається за суспільною згодою. Більше того, М. Блауг зазначає, що тільки політичне рішення шляхом голосування може визначити кількість суспільних благ, яку треба виробляти. Проте першим вченим, який довів, що в умовах демократії тільки суспільний вибір, який відображає позицію громадян-виборців, визначає роль та функціональне призначення держави щодо надання суспільних благ, був Нобелівський лауреат Дж. Б'юкенен у своїй праці „Попит і пропозиція суспільних благ” (1968р.).

Американський економіст Г. Таллок у монографії про суспільні блага дав влучну назву „приватні потреби суспільними засобами”, маючи на увазі, що ринок неспроможний взагалі, або адекватно реагувати на суспільні потреби в сфері оборони, національної безпеки, освіти, охорони здоров'я та ін. Тому в формі так званого „вимушеного

колективізму” держава бере на себе важливі для життєдіяльності функції, фінансуючи їх за рахунок населення і суб’єктів господарювання.

Медичні послуги не є чистим суспільним благом, а швидше приватним благом, яке надавалося і продовжує надаватися державою. Доцільність державної діяльності обумовлена низкою неспроможностей ринку:

- 1) неспроможністю приватного сектору медичних послуг протистояти негативним зовнішнім ефектам (екстерналіям);
- 2) навністю на ринку медичних послуг явища інформаційної асиметрії, яке може викликати „попит, стимульований постачальником”;
- 3) нездатністю ринку приватного медичного страхування забезпечити медичне обслуговування окремих верств населення (пенсіонерів, інвалідів, дітей);
- 4) неприбутковістю діяльності, яка пов’язана з проведенням наукових досліджень у сфері медицини та попередженням розповсюдження епідемій;
- 5) існування на ринку великого числа дрібних виробників послуг;
- 6) невизначеністю і складністю ринку.

Масштаби державного сектора в кожній моделі залежать від трактування медичних послуг як суспільного чи приватного блага, так і від фінансової моделі розвитку економіки. Організація фінансів охорони здоров’я тісно пов’язана з організацією фінансів держави.

Розрізняють фінансові моделі адміністративної та ринкової економіки. За рівнем державної централізації ВВП у межах фінансової моделі ринкової економіки умовно виділяють три моделі: американську, західно-європейську та скандинавську [3,с.13,16].

Американська модель характеризується незначним рівнем бюджетної централізації – близько 25-30 %. У сфері охорони здоров’я забезпечуються тільки ті верстви, які не в змозі обійтися без державної підтримки. Західно-європейська модель характеризується поміркованим рівнем централізації ВВП у бюджеті – близько 35-45 %, внаслідок чого більш розгалуженою є державна соціальна сфера з паралельним функціонуванням державних і комерційних установ охорони здоров’я. Скандинавська модель передбачає досить високий рівень централізації ВВП в бюджеті (близько 50-60%) з розгалуженою державною сферою охорони здоров’я та значними соціальними гарантіями надання медичної допомоги. За роки незалежності України частка ВВП країни, яка розподілялася за допомогою доходів бюджетів усіх рівнів змінювалася від 43,5% у 1994 р. до 25,2 % у 1999 р. [4,с.74]. У 2009 р. цей показник становив 33,6 %, тобто має місце значна динамічність розвитку державних фінансів із суттєвим зниженням їх перерозподільчої ролі. Отже за рівнем централізації ВВП Україна швидше відноситься до американської моделі, проте з розгалуженою мережею державних і комунальних установ охорони здоров’я та конституційними зобов’язаннями надавати її

безоплатно (ст. 49 Конституції України). В цьому полягає одне з протиріч та проблем організації фінансів охорони здоров'я в Україні.

Важливі питання функціонування державних фінансів пов'язані із розмежуванням їх між різними рівнями державного управління. Порівняти пропорції розмежування функцій між рівнями фінансової системи у різних країнах дає змогу показник централізації, який характеризує частку видатків центрального уряду в повному обсязі витрат бюджетної системи. Розвинуті держави мають різні моделі централізації фінансової системи. В унітарних державах загалом спостерігається дещо вищий рівень централізації, а у федеративних, де фінансова система є трірівневою, дещо менший. Так, у США цей показник становить 57 %, у Франції — 71 %, у Канаді — 40 % [13,с.501]. В Україні показник централізації в середньому складає 70 %. За період з 2000 р. він коливався від 59,5 у 2009 р. до 78,2 % у 2006 р., що свідчить про значну централізацію бюджетних ресурсів державою. Щодо видатків на охорону здоров'я, то частка видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я у видатках зведеного бюджету в середньому становить 80 відсотків. Частка видатків з державного бюджету є значно нижчою і складає відсотків 20. Якщо до 2004 р. ця частка зростала – з 12,8 % у 2000 р. до 26,0 %, то з 2005 р. має тенденцію до скорочення (табл.1). Це свідчить, що основний тягар фінансування охорони здоров'я лягає на місцеві бюджети. З цим пов'язане наступне протиріччя організації фінансів охорони здоров'я.

Фінанси охорони здоров'я відповідно є частиною і державних і місцевих фінансів, які є інструментами реалізації функцій органів державної влади та місцевого самоврядування. П. Самуельсон вважає, що „в цілому місцеві органи управління відповідають за „місцеві суспільні блага”, тобто ті види діяльності, вигоди від яких більшою мірою стосуються місцевих жителів... Федеральний уряд приймає рішення про так звані „національні суспільні блага”, які забезпечують вигоди для всіх громадян країни” [11,с.273]. Таке розмежування є досить обґрунтованим і логічним. В Україні здійснено розподіл видатків охорони здоров'я між різними ланками бюджетної системи і його закріплення у Бюджетному Кодексі України.

Незважаючи на позитивні досягнення при розмежуванні видатків між ланками бюджетної системи, мають місце істотні недоліки. Вони пов'язані насамперед із недоліками конституційного характеру і стосуються не чіткого розмежування функцій між державною владою, регіонами та місцевим самоврядуванням. Започаткована у 2004 р. конституційна реформа через політичні негаразди залишилась незавершеною. Чинні закони „Про місцеве самоврядування в Україні” та „Про місцеві державні адміністрації” не відповідають Конституції України та вимогам сьогодення. Без законодавчого вирішення цих проблем неможливо оптимізувати розподіл видатків між усіма ланками бюджетної системи України в інтересах суспільства [4,с.107]. Результати ознайомлення з динамікою показників табл. 1

дають підстави стверджувати, що загальний обсяг видатків бюджетів України на охорону здоров'я має чітко виражену тенденцію до зростання. Проте у складі зведеного бюджету видатки на охорону здоров'я з державного бюджету зростають значно швидшими темпами ніж видатки місцевих бюджетів. Так за період з 2000 по 2009 рр. видатки на охорону здоров'я з державного бюджету зросли майже в 11 разів, а з місцевих бюджетів за аналогічний період – у 7 разів (табл.1).

Таблиця 1.

**Динаміка основних показників фінансування охорони здоров'я України
у 2000—2009 рр. ***

Показники	2000	2002	2004	2006	2007	2008	2009
ВВП, млрд. грн.	170,1	225,8	263,5	537,7	720,7	949,9	914,7
Видатки загального фонду зведеного бюджету, млрд. грн.	38,3	46,6	76,4	133,5	172,0	241,7	332,6
Видатки на охорону здоров'я загального фонду зведеного бюджету, млн. грн.	4398,1	6460,3	10617,7	17502,4	23883,7	30537,9	33127,7
у тому числі: з місцевих бюджетів, млн. грн.	3835,2	5333,8	7856,0	14269,8	18643,1	24376,1	27037,5 в 7 раз
у %	87,2	82,6	74,0	81,5	77,8	79,8	81,6
з державного бюджету, млн. грн.	562,9	1126,5	2761,7	3232,6	5240,6	6161,8	6090,1 в 10,8
у %	12,8	17,4	26,0	18,5	22,2	20,2	18,4
Питома вага видатків на охорону здоров'я у видатках загального фонду зведеного бюджету, %	11,5	13,9	13,9	13,1	13,9	12,6	10,0

* Розраховано автором за даними [7;10;14].

При виборі моделі організації фінансів охорони здоров'я та визначення ступеня впливу держави, на нашу думку, слід керуватися основним принципом створення та функціонування держави. Так, однією з важливих функцій держави, за Конституцією України, є створення умов для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. Саме система соціальної безпеки, що ґрунтується на принципі соціальної справедливості, є одним із головних обов'язків держави і забезпечує матеріальну підтримку громадян не залежно від їхнього попереднього трудового внеску. Цей обов'язок здійснюється у формі, що залежить від рівня охоплення населення певними соціальними виплатами і доходами, а також від рівня доступу населення до послуг охорони здоров'я з одночасним врахуванням реального впливу різних політичних сил на цей процес.

ВИСНОВКИ.

Кожен тип соціальної держави здатен функціонувати за умови вироблення відповідної моделі організації фінансів охорони здоров'я, а також способів і методів фінансування суспільних благ, які залежать від створеної в країні фінансової системи, рівня централізації ВВП та виробленого механізму управління ними. Досвід розвинутих країн світу свідчить, що неможливо надавати всі без винятку медичних послуг усім категоріям населення. Основним призначенням держави, в таких умовах, стає створення умов для забезпечення громадянами тими медичними послугами, які можуть бути віднесені до приватних благ та будуть самостійно, повністю або частково, оплачуватися ними. З іншої сторони, неухильно виконувати свої зобов'язання щодо іншої частини послуг охорони здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА.

1. Аткинсон Э. Б. Лекции по экономической теории государственного сектора: Учебник / Э. Б. Аткинсон, Дж. Э. Стиглиц; пер. с англ. Под ред. Л.Л. Любимова. – М.: Аспект Пресс, 1995. – 832 с.
2. Блауг М. Економічна теорія в ретроспективі / М. Блауг – К., 2001. – 684с.
3. Венгер В.В. Фінанси: навчальний посібник / В.В. Венгер – К.: Центр учбової літератури, 2009. – 432с.,с.13,16
4. Дем'янишин В. Г. Теоретична концептуалізація і практична реалізація бюджетної доктрини України: Монографія. / В.Г. Дем'янишин – Тернопіль: ТНЕУ, 2008. – 496с.
5. Державні фінанси: Теорія і практика перехідного періоду в Центральній Європі. / За ред. Ю. Немеца, Г. Райта. пер. з англ. – К.: Основи, 1998. – 542 с.
6. Звіти Кабінету Міністрів України про виконання Закону України „Про Державний бюджет України на 2000-2009 рр.” // Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/>
7. Звіт Рахункової палати України за 2008 рік. - Київ, 2009.
8. Макконнелл К. Макроекономіка. Тринадцяте видання. Пер. з англ. / Макконнелл К., Брю С. – Львів: Просвіта, 1997. – 671 с.
9. Менкью Н. Г. Принципы экономики. / Н. Г. Менкью. - Санкт-Петербург: Москва, Харьков, Минск. – 2001. – с.
10. Рудень В.В. Фінансування медичного забезпечення в Україні: проблеми та шляхи розв'язання. / Рудень В.В, Сидорчук О.М. - Фінанси України. – 2007. - №8. - С. 25-34.
11. Самуэльсон П.А. Экономика: Пер. с англ. – 15-е изд./ Самуэльсон П.А., Нордхауз В.Д.– М. : Бином-КноРус, 1997. – 799 с.
12. Стігліц Дж.Е. Економіка державного сектора: Пер. з англ. А. Олійник, Р. Скільський. / Дж.Е. Стігліц - К.: Основи, 1998. – 854 с.

13. Фінанси: підруч. / [С.І. Юрій, В.М. Федосов, Л.М. Алексеєнко та ін.]; за ред. С.І. Юрія, В.М. Федосова. - К. : Знання, 2008. - 611 с.
14. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2009 рік. – К., 2010. – 602 с.
15. Якобсон Л.И. Экономика общественного сектора: Основы теории государственных финансов: Учебник для вузов /Якобсон Л.И. – М.: Аспект Пресс, 1996. – 319 с.
16. H.D.C. Roscam Abbing. Health, human rights, and health law: the move towards internationalization, with special emphasis on Europe. In: Health legislation at the dawn of the XXIst century// International Digest of Health Legislation, special issue, Vol. 49, No. 1, 1998, 155 p.