

---

# МЕХАНІЗМИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ

---

УДК 351.82

**С. Г. Бойко**

аспірант кафедри управління охороною суспільного здоров'я  
Національної академії державного управління при Президентові України

## **ДЕТЕРМІНАЦІЯ ТА СУТНІСТЬ ФІНАНСОВО-ЕКОНОМІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

*У статті розглядаються тенденції детермінації та сутність фінансово-економічних механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я. Реорганізація та оптимізація фінансово-економічних механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я є нагальною потребою для України. Україна повинна встановити стійкі засоби підтримки прогресу, причому навіть в умовах фінансово-економічної, політичної та гуманітарної кризи.*

**Ключові слова:** державна політика, фінансово-економічні механізми державного управління, управління охороною здоров'я, детермінація, реорганізація та оптимізація фінансово-економічних механізмів державного управління.

**Постановка проблеми.** Фінансово-економічне забезпечення сфери охорони здоров'я посідає важливе місце в державі та розглядається як основне питання державних реформ.

Актуальність дослідження полягає у формуванні ефективних фінансово-економічних механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я.

**Метою статті** є виявлення детермінації та сутності фінансово-економічних механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я.

**Виклад основного матеріалу.** На сьогодні сформувався стійке переконання: глобальне співтовариство потребує сильного громадянського суспільства і кожна особа повинна бути його частиною, оскільки є межі досягнутого за рахунок уряду чи приватного сектора економіки. Цілком очевидно, що, фінансуючи охорону здоров'я, уряди держав інвестують у майбутнє світового співтовариства. Детермінація та сутність фінансово-економічних механізмів державного управління

у сфері охорони здоров'я полягає в тому, що будь-яка діяльність, здійснена з метою порятунку життя окремо взятої людини або вирішення проблеми інституційного характеру, зміцнює громади, національну й світову економіку та спільне майбутнє всього людства.

Протягом останнього часу основи світової економіки були уражені наслідками фінансової кризи.

Останні події в Україні (ослаблення національної фінансової системи, політична криза, анексія Криму та воєнний конфлікт на сході країни, вимушене переміщення населення) можуть стати причиною поширення інфекційних захворювань та інших виліковних хвороб, які потребують належного лікування. Поглиблення бідності й соціальної нерівності у свою чергу ускладнює доступ до медицини.

У 2002 році Монтерейським консенсусом було визнано «значення вивчення нетрадиційних джерел фінансування» та ініційовано розроблення цілої низки нових стратегічних механізмів мобілізації зусиль країн, що перебувають на

різних рівнях розвитку, для досягнення узгоджених на міжнародному рівні Цілей розвитку тисячоліття ООН. Уже в березні 2008 року Генеральний секретар ООН зазначив, що «події, які настали після Монтерейського консенсусу, свідчать про зростання кількості і різноманітності нових ініціатив у сфері розвитку, у тому числі механізмів управління у сфері охорони здоров'я» [1].

У контексті нового духу партнерства між розвиненими країнами та тими, що розвиваються, різноманітні інституції займаються дослідженням інноваційних способів залучення фінансування для розвитку. Така модальність партнерства може ставати дедалі вагомішою для вивчення й реалізації нових ініціатив із розвитку фінансування.

Ключовою особливістю інноваційного фінансування охорони здоров'я є комплексна взаємодія всіх ланок суспільства – як окремих осіб, так і урядів та неурядових організацій. Державне управління у сфері охорони здоров'я на сьогодні перестало бути виключною проблемою національних урядів та вийшло на рівень загального міжнародного співтовариства. Інноваційне фінансування здійснюється в межах міжнародного партнерства, заохочуючи як розвинені країни, так і країни, що розвиваються, пропонуючи та впроваджуючи нові фінансово-економічні механізми державного управління охороною здоров'я. На сьогодні такі механізми ґрунтуються на засадах спільного проектування та прийняття рішень між країнами, що розвиваються, і розвиненими країнами в аспекті залучення ресурсів, тоді як традиційні підходи до фінансування мають елемент партнерства тільки у використанні фінансових та адміністративних ресурсів.

Сучасні механізми управління у сфері охорони здоров'я мобілізують можливості національних урядів у міжнародних масштабах, однак варто зазначити, що вони спрямовані також на субнаціональний рівень (осіб приватного права), у тому числі на громадян. Муніципалітети, національні уряди, приватні фонди та міжнародні організації також беруть активну участь у багатьох проектах у межах інноваційних джерел фінансування розвитку.

Новаторські концепції в наш час поширюються та знаходять свій вияв у різноманітних формах, до яких належать глобальні трастові фонди охорони здоров'я, державні гарантії й механізми страхування, спільні міжнародні фіскальні механізми, інвестиції в акціонерний капітал, інвестиції в облігації, контрциклічні кредити, різноманітні системи розподілу коштів, мікрофінансування та мезофінансування тощо. Складність пристосування цих інструментів до конкретних потреб країн, непрогнозованість та неефективність окремих інструментів в умовах окремих країн залишаються поточними проблемами державного управління у сфері охорони здоров'я. Варто зазначити, що значний прогрес був досягнутий з огляду на практичні досягнення з тих пір, як ці питання визнали на найвищому рівні в низці багатосторонніх угод та декларацій.

На сьогодні можна навести цілу низку ініціатив, які перейшли від обговорення до реалізації в галузі охорони здоров'я.

Перший із таких механізмів – міжнародна ініціатива щодо солідарності міжнародних авіакомпаній. У 2006 році Президент і Міністр закордонних справ Франції разом із Президентом Бразилії й урядами Чилі, Норвегії та Сполученого Королівства уклали угоду про впровадження податку на авіаквитки, доходи від якого спрямовувались на сприяння розширенню доступу до охорони здоров'я – захисту від ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та лікування малярії, зниження цін на лікарські засоби й тестові препарати, а також прискорення темпів надання таких препаратів тим, хто їх потребує. Цей збір стягується з пасажирів, які вилітають з аеропортів на території країн, що реалізують цю схему. Згідно з офіційними даними він не вчинив істотного негативного впливу на інтенсивність повітряного руху та забезпечив стабільне джерело надходження коштів. Доходи, отримані на національному рівні, потім координуються на міжнародному рівні для розподілу, здебільшого з метою міжнародної закупівлі лікарських засобів організацією UNITAID, метою чого є зниження вартості витрат на закупівлю лікарських засобів від малярії, туберкульозу та ВІЛ/СНІДу через ринкові механізми попиту й пропозиції.

Навіть за таких умов розвитку міжнародного співробітництва ефективно регулювання сфери охорони здоров'я неможливе без цілісної системи державного управління в окремих країнах. Управління сферою охорони здоров'я – це діяльність органів державного, громадського, соціального управління, спрямована на реалізацію поставлених державою цілей і завдань щодо соціально-економічного розвитку країни. Зміст усіх видів влади, у тому числі й економічної, проявляється в суворо визначених формах. До них належать керівництво, організація, контроль тощо [2].

Як показує світовий досвід, успішний розвиток суспільства значною мірою залежить від організації державного управління, від структури законодавчої й виконавчої влади, розмежування повноважень між окремими гілками влади, характеру взаємодії органів центральної влади з місцевими органами управління тощо.

Особливу роль сьогодні відіграють функції управління, за допомогою яких реалізуються процеси управління підприємствами, установами та організаціями сфери охорони здоров'я різних форм власності. Основними функціями управління, на нашу думку, є такі: економічний аналіз, прогнозування, планування, організація, стимулювання, інформація, облік і контроль за ходом реалізації державної політики охорони здоров'я, досягнення кількісних та якісних показників. Ефективне функціонування сучасної моделі управління неможливе без апарату управління, до складу якого включаються люди та служби, які забезпечують функціонування фінансово-економічних механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я.

Фінансування охорони здоров'я гостро стоїть на глобальному порядку денному політики в цій галузі [3].

Більше того, проблема дефіциту фінансування охорони здоров'я була відображена в ЦРТ, у світлі поширення епідемії СНІДу, а також зростання ураження неінфекційними захворюваннями в країнах із низьким і середнім рівнем доходу. Питання соціально-економічного розвитку, втілені в ЦРТ, імовірно, не тільки сприя-

ють досягненню цілей, пов'язаних із подоланням бідності, а й відображають соціальні детермінанти охорони здоров'я та ведення здорового способу життя. Системи охорони здоров'я окремих держав, безумовно, можуть і повинні відігравати вирішальну роль у цьому процесі, але їм необхідне достатнє фінансування та впровадження ефективних механізмів державного управління [4].

Важливою детермінантою відродження інтересу до фінансування охорони здоров'я є усвідомлення необхідності нових механізмів, які б виходили за межі традиційних механізмів державного управління в цій сфері. Так, упродовж 1980–1990-х років найбільш широко використовувались механізми відшкодування витрат або спільного несення витрат за рахунок внесків користувачів послугами установ державного сектора, насамперед за рахунок прямих (outofpocket) платежів за фактом надання таких послуг [5]. Практика ж останніх років вказує на зміщення акценту до фінансування охорони здоров'я за принципом передоплати, у результаті чого люди повинні регулярно робити свій внесок у відшкодування вартості медичної допомоги через механізм податкових платежів і/або страхових внесків, що забезпечує більший фінансовий захист для домогосподарств, ніж платежі outofpocket [6].

Для того щоб подати конкретні вказівки щодо можливих підходів до державного управління у сфері охорони здоров'я, необхідно не тільки визначити загальні детермінанти фінансово-економічних механізмів управління в цій сфері, що було зроблено вище, а й дослідити сутність їх окремих складових елементів.

Оцінка механізмів фінансування охорони здоров'я зазвичай здійснюється на підставі того, наскільки вони є здійсненні, об'єктивні, ефективні та стійкі. Зазначені критерії використовуються для оцінки механізмів фінансування з метою виявлення найкращої практики.

Техніко-економічне обґрунтування здійсненності – компонент, який насамперед береться до уваги під час оцінки фінансових механізмів, оскільки пов'язаний із відповідями на такі важливі питання: чи зацікавлені сторони схильні до того, щоб

підтримати конкретний механізм фінансування або виступити проти? Чи достатньо розвинений адміністративний потенціал (наприклад, система актуарного оцінювання, належний розвиток інформаційних систем тощо) для забезпечення його успішної реалізації?

Поняття об'єктивності традиційно є найбільш обговорюваним. Існує, однак, загальновизнане переконання з приводу того, що люди повинні робити свій внесок у фінансування охорони здоров'я відповідно до їх платоспроможності та отримувати медичні послуги відповідно до їх потреби в догляді [7]. Справедливою на сьогодні визнається система фінансування охорони здоров'я, яка включає перехресне субсидування від багатих до бідних і від здорових до хворих. Такі механізми перехресного субсидування здатні гарантувати те, що жодна родина не збідніє через потреби в послугах охорони здоров'я та несподівано висока вартість медичної допомоги не стане тягарем для окремої людини або родини.

Зрозуміло, що навколо тлумачення принципу внеску відповідно до платоспроможності точаться інтенсивні дебати. Будь-яка схема охорони здоров'я повинна, наскільки це можливо, уникати регресивних механізмів фінансування, у результаті чого групи з низьким рівнем доходів витрачають більш високий відсоток свого доходу на охорону здоров'я, ніж групи з високим. Тим не менше немає також однозначних аргументів на користь пропорційної системи, за якої кожен робить свій внесок у розмірі однакового відсотка доходу на фінансування охорони здоров'я (багаті будуть платити більше в абсолютному вираженні), або прогресивної системи, за якої високі доходи груп зумовлюють відрахування більш високого відсотка доходу, ніж для груп із низьким рівнем.

Так, у разі істотної міри нерівності доходів населення, як це спостерігається в багатьох країнах із низьким і середнім рівнем доходів (зазвичай для визначення таких країн використовується Індекс Джині), є вагомі аргументи на користь прогресивного фінансування охорони здоров'я. Прогресивна система фінансування соці-

альних послуг вважається основою перерозподільної політики в країнах із низьким і середнім рівнем доходу [8]. Незважаючи на те, що пропорційна система фінансування охорони здоров'я (можливо, навіть з елементами регресивності) може сприяти скороченню нерівності в таких країнах, як Україна, автор дослідження є прибічником прогресивних механізмів фінансування як засобу досягнення справедливої системи фінансування, тобто системи, за якої люди відраховують витрати залежно від їх здатності платити.

Іншим показником сутності фінансово-економічних механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я є ефективність. Ефективним механізмом фінансування вважається той, який генерує відносно велику кількість коштів і, таким чином, відкидає необхідність у численних механізмах фінансування, кожний із яких дає змогу надавати лише невелику кількість грошових коштів [9]. Крім того, поняття ефективного механізму фінансування включає в себе також зменшення витрат на збирання коштів та інші управлінські витрати, залишаючи якомога більше доходів для фактичного надання медичного обслуговування [10].

Важливим моментом є те, якою мірою механізм фінансування охорони здоров'я сприяє аллокативній ефективності (доцільності того чи іншого способу розподілу) і технічній ефективності у використанні ресурсів. Аллокативна ефективність знаходить вияв під час розподілу ресурсів між різними рівнями надання медичної допомоги (наприклад, у співвідношенні фінансування лікарняного догляду та первинної медико-санітарної допомоги), а також серед послуг, пов'язаних із різними галузями охорони здоров'я (наприклад, протидія поширенню туберкульозу, гіпертонії, імунізація населення тощо). Така ефективність означає надання ресурсів для тих служб, на які покладено найважчий тягар забезпечення охорони здоров'я, у межах найбільш економічно ефективних заходів, тобто заходів, які дають змогу запропонувати найнижчу вартість послуг на одиницю результату охорони здоров'я (наприклад, якісні показники охорони здоров'я на рік).

Технічна ефективність використання ресурсів забезпечується за допомогою технічних механізмів підвищення ефективності надання ресурсів для максимальної кількості профінансованих послуг і мінімізації вартості кожної з них без шкоди для якості медичних послуг [11].

Стійкість механізму фінансування полягає переважно в його довгостроковій стабільності й наявності потенціалу для отримання прибутку. Якщо дохід, отриманий за рахунок механізму фінансування, схильний до значних і частих коливань (волатильності), він не може вважатись надійним та, імовірно, повинен бути замінений на більш передбачуваний механізм у середньо- й довгостроковій перспективі. Стійкість фінансово-економічних механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я, здатність до підтримки його рівня фінансування в довгостроковій перспективі та розширення бази фінансування детерміновані тим, що потреба в медико-санітарній допомозі зростає постійно [12].

Сталий розвиток передбачає стабільне, довгострокове, цілеспрямоване планування для поступового збільшення внутрішнього фінансування медичних послуг. Наприклад, Альянс ГАВІ (раніше відомий як Глобальний альянс із вакцин та імунізації, [www.gavialliance.org](http://www.gavialliance.org)) надає кошти донорів для допомоги країнам у впровадженні програми імунізації, але вимагає розроблення країною-отримувачем допомоги та затвердження міністерством фінансів плану, у якому б передбачалося поступове збільшення внутрішнього фінансування програми з метою забезпечення її стійкості [12].

Проте практика залучення зовнішнього фінансування свідчить про те, що такі механізми часто нестабільні й непередбачувані з багатьох причин. Наскільки дієві вони б не були, ці фактори ускладнюють розподіл функціонального навантаження рівнів державного управління у сфері охорони здоров'я в країнах-одержувачах. Коли такі кошти дійсно надходять, вони часто повинні спрямовуватись на певні види діяльності або боротьбу з певними видами захворювань, відтак іноді (хоча, звичайно, далеко не завжди) спотворюють внутрішню систему пріоритетності

дій у сфері охорони здоров'я. На сьогодні спостерігається тенденція зростання надходження зовнішніх ресурсів до системи охорони здоров'я через НУО або безпосередньо до приватного сектора, щоб обійти, а може, навіть послабити залежність від вітчизняних фінансових інститутів. Побічним ефектом цього явища є те, що багато урядів не повідомляють донорам, скільки було направлено до неурядового сектора, а також на що було витрачено кошти. Відтак втрачається можливість відслідковувати загальні витрати на охорону здоров'я, рівень забезпечення пріоритетних програм або рівень витрат на допомогу бідним та іншим вразливим групам населення.

**Висновки і пропозиції.** Таким чином, реорганізація та оптимізація фінансово-економічних механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я є нагальною потребою для України. Очевидною є необхідність матеріально-технічного забезпечення медичних установ і персоналу на місцевому рівні, перепрофілювання таких установ із метою надання медичної допомоги як різновиду соціальних послуг.

Зосередивши зусилля в справі щодо виявлення інноваційних механізмів із метою залучення коштів для розвитку системи охорони здоров'я та входження до світової спільноти в цьому напрямі, Україна повинна встановити стійкі засоби підтримки прогресу, причому навіть в умовах фінансово-економічної, політичної та гуманітарної кризи.

#### **Список використаної літератури:**

1. Monterrey Consensus of the International Conference on Financing for Development. Report of the International Conference on Financing for Development. – Monterrey, Mexico, 2002. – 55 p.
2. Михайлушкин П.В. Основные уровни и органы государственного управления экономикой / П.В. Михайлушкин, А.А. Баранников // Научный журнал КубГАУ. – 2013. – № 92(08). – С. 176–191.
3. World Bank Policy Research Report, Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic. – New York : Oxford University Press for the World Bank, 1997. – 160 p.
4. Gilson L. Removing user fees for primary care in Africa: the need for careful action / L. Gilson, D. McIntyre // Brit-

- ish Medical Journal. – 2005. – № 331. – P. 762–765.
5. Akin J. Financing health services in developing countries: An agenda for reform. A World Bank Policy Study / J. Akin, N. Birdsall, D. de Ferranti. – Washington, D.C. : The World Bank, 1987. – 250 p.
  6. Preker A. Health financing for poor people: Resource mobilization and risk sharing / A. Preker, G. Carrin. – Washington, D.C. : World Bank, 2004. – 220 p.
  7. Wagstaff A. Equity in the finance of health care: some further international comparisons / A. Wagstaff, E. Van Doorslaer, H. van der Burg, S. Calonge, T. Christiansen, G. Citoni and et al. // Journal of Health Economics. – 1999. – № 18. – P. 263–290.
  8. Mkandawire T. Targeting and universalism in poverty reduction / T. Mkandawire. – Geneva : UNRISD, 2005. – 300 p.
  9. Hoare G. Paying for the health sector: A review and annotated bibliography of the literature on developing countries / G. Hoare, A. Mills // Evaluation and Planning Centre for Health Care Publication № 12. – London : EPC, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1986. – P. 2–5.
  10. Homedes N. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America / N. Homedes, A. Ugalde // Health Policy. – 2005. – № 71. – P. 83–96.
  11. Donaldson C. Economics of health care financing: The visible hand / C. Donaldson, K. Gerard. – Basingstoke : Macmillan, 1993. – 180 p.
  12. McPake B. What can we learn from international comparisons of health systems and health system reform? / B. McPake, A. Mills // Bulletin of the World Health Organization. – 2000. – № 78. – P. 811–820.
- 

**Бойко С. Г. Детерминация и сущность финансово-экономических механизмов государственного управления в сфере здравоохранения**

*В статье рассматриваются тенденции детерминации и сущность финансово-экономических механизмов государственного управления в сфере здравоохранения. Реорганизация и оптимизация финансово-экономических механизмов государственного управления в сфере здравоохранения является насущной необходимостью для Украины. Украина должна установить устойчивые средства поддержки прогресса, причем даже в условиях финансово-экономического, политического и гуманитарного кризиса.*

*Ключевые слова: государственная политика, финансово-экономические механизмы государственного управления, управление здравоохранением, детерминация, реорганизация и оптимизация финансово-экономических механизмов государственного управления.*

**Boiko S. Determination and the essence of financial and economic mechanisms of public health management**

*The article is considered the trend determination and nature of financial and economic governance mechanisms in health care. Reorganization and optimization of financial and economic mechanisms of public administration in the health sector is an urgent necessity for Ukraine. Ukraine should establish sustainable means of supporting progress, even in the context of a financial, economic, political and humanitarian crisis.*

**Key words:** *state policy, financial and economic mechanisms of public administration, health care management, determination, reorganization and optimization of financial and economic mechanisms of public administration.*