

ІНВЕСТИЦІЇ В ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ЯК НАПРЯМ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ РОБОЧОЇ СИЛИ В УКРАЇНІ

Стаття присвячена проблемам інвестування в здоров'я в контексті покращення якості робочої сили України. Визначено основні форми інвестицій в здоров'я, джерела їх фінансування та цілі. Проаналізовано сучасний стан державного забезпечення галузі охорони здоров'я та особливості приватних платежів населення на оплату медичних послуг. Окреслено основні проблеми, що зумовлюють недостатню ефективність державних видатків на охорону здоров'я та запропоновано шляхи їх вирішення.

The publication is devoted to problems of healthcare investment in the context of labor force quality improvement in Ukraine. The basic forms of investments are defined as well as sources of their funding and their aims. The current state of public healthcare governmental funding is analyzed, as well as peculiarities of private payments for medical service of the population. The main problems determining low efficiency of public expenditures on healthcare are investigated and the ways of their solution are suggested.

Постановка проблеми. Витрати на охорону здоров'я є однією з важливих складових соціальних інвестицій, оскільки окрім поліпшення стану здоров'я та зростання тривалості життя населення, вони сприяють підвищенню продуктивності праці та працездатності людини, є детермінантами якості та конкурентоспроможності робочої сили. Водночас, незважаючи на зростаючий обсяг фінансування галузі охорони здоров'я, в Україні прогресує медико-демографічна криза, що відбивається на якісних показниках населення країни. Це визначає необхідність поглибленого дослідження стану та особливостей інвестування в здоров'я населення, виявлення проблем, що існують в цій сфері, та визначенні шляхів їх вирішення.

Ступінь розробки проблеми. Проблемам інвестицій у людський капітал, складовою яких є інвестиції в здоров'я, присвячено праці таких вітчизняних дослідників як С. Бандур, Д. Богиня, І. Бондар, О. Грішнова, М. Долішній, Т. Заяць, І. Карлін, І. Курило, В. Куценко, Е. Лібанова, Л. Лісогор, О. Макарова, В. Онікієнко, С. Пирожков, У. Садова, Л. Семів, В. Стешенко, М. Шаленко, Л. Шевчук та інші. Водночас питання оцінки ефективності інвестицій в здоров'я в контексті якості населення залишаються одними з найменш розробленими, що вимагає подальших наукових розвідок в цій сфері.

Постановка завдання. З огляду на окреслені проблеми, метою даного дослідження є аналіз сучасного стану інвестування в здоров'я населення України та розробка пропозицій щодо підвищення їх ефективності.

Виклад основного матеріалу. Стан здоров'я є одним з основних чинників загальної якості населення, що визначає можливість реалізації економічної активності населення, здобуття належної освіти, професійної підготовки та кваліфікації. Відповідно високі рівні захворюваності та смертності, особливо серед дорослих працездатного віку, матимуть вагомий економічний наслідок, що знижують якість та конкурентоспроможність робочої сили, ефективність функціонування ринку праці, можливості економічного зростання держави.

Інвестиції в здоров'я охоплюють широке коло витрат, що пов'язані з профілактикою захворювань, оплатою медичних послуг та придбанням медичних засобів, покращенням житлових умов, оздоровленням та відпочинком, фізичною культурою та спортом, забезпеченням дієтичного харчування тощо. Джерелами таких інвестицій можуть бути як вкладення держави (або окремих регіонів та місцевих громад), так і підприємств, суспільних фондів і неурядових організацій, домогосподарств та окремих громадян (див. рис. 1). При цьому цілі і завдання інвестицій можуть відрізнятися залежно від суб'єкту інвестицій (інвестора): якщо для держави завданнями інвестицій в здоров'я населення можуть бути одночасне підвищення національного доходу та якості життя населення, то для комерційних структур – отримання прибутку, для некомерційних організацій – підвищення якості життя населення, що не пов'язане з прибутковою діяльністю.

Відповідно до цього можливо виділити три рівні інвестування в здоров'я:

- 1) індивідуальний, на якому формується особисте здоров'я громадян, що обумовлює їх особистий потенціал та можливість в житті, в тому числі отримання доходу та реалізації в професійному плані;
- 2) мікрорівень, на якому формується людський капітал підприємств, що включає характеристики здоров'я працівників і визначає їх продуктивність;
- 3) макрорівень, на якому формується суспільне здоров'я, що є визначальним для якості робочої сили країни (регіону).

Основним механізмом фінансування послуг охорони здоров'я в Україні залишається бюджетне забезпечення, оскільки ринкові реформи періоду незалежності не супроводжувалися диверсифікацією джерел фінансування. Попри численні ініціативи, в країні не були впроваджені механізми загальнообов'язкового медичного страхування, а законодавче регулювання платних медичних послуг залишається надто суперечливим.

Хоча бюджетні видатки на охорону здоров'я демонстрували стійку тенденцію до зростання (з 2,9 % ВВП в 2000 р. до 3,8% ВВП в 2007 р.), за європейськими стандартами цей показник видається надто низьким. Так, згідно рекомендацій Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ), частка державних видатків на охорону здоров'я має становити не менше 6 % ВВП, оскільки зменшення фінансування галузі призводить до руйнації системи охорони здоров'я з усіма негативними проявами для економіки та населення країни. Більш того, незважаючи



Рис. 1. Джерела інвестицій в здоров'я населення України

на постійне нарощування фінансування в абсолютному виразі (рис. 2), питома вага видатків на охорону здоров'я в структурі зведеного бюджету України істотно не змінювалась, коливаючись на рівні 10–12 % (максимальна частка видатків – 12,8 % – була зафіксована в 2003 р.).

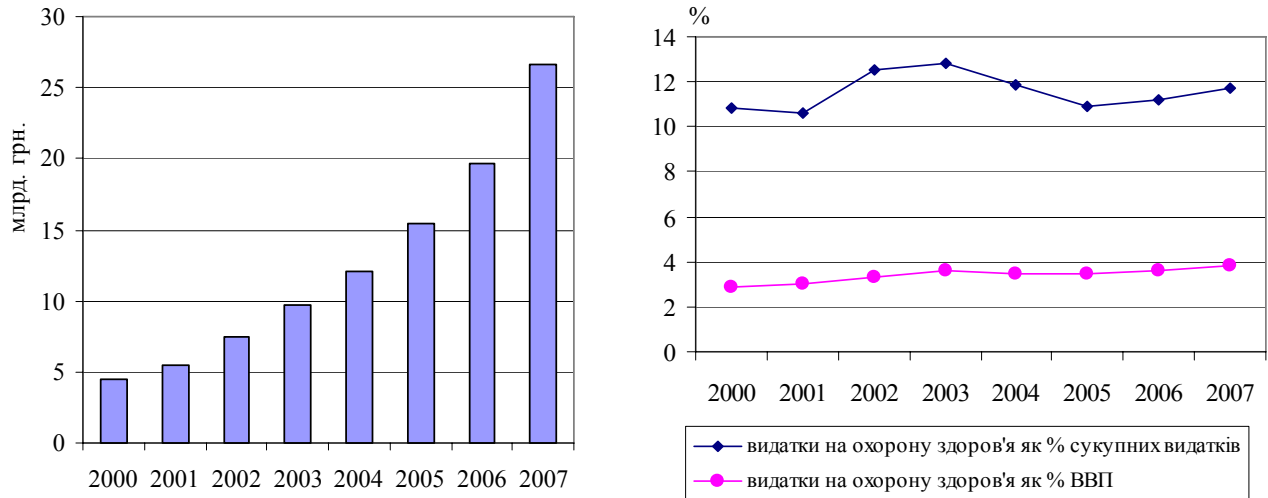


Рис. 2. Видатки зведеного бюджету України на охорону здоров'я

Фінансування соціальних послуг, які безпосередньо споживає населення, в основному здійснюється за рахунок коштів місцевих бюджетів; відповідно, тут концентрується до 80 % видатків на охорону здоров'я. Місцеві бюджети забезпечують діяльність закладів первинної та вторинної лікувально-профілактичної допомоги. З державного бюджету фінансуються пріоритетні програми загальнодержавного значення (централізована закупівля медичного обладнання та вакцин для проведення обов'язкових профілактичних заходів з імунопрофілактики, реалізація централізованих заходів з лікування онкологічних хворих, забезпечення інсуліном хворих на цукровий діабет, боротьби з туберкульозом тощо) та високоспеціалізована лікувально-профілактична допомога.

До державних інвестицій в здоров'я населення належить і видатки державних фондів загальнообов'язкового соціального страхування, які забезпечують потреби зайнятого (і застрахованого) населення в медичному обслуговуванні. Ресурси цих фондів формуються за рахунок відрахувань застрахованих осіб та страховальників (підприємств, установ і організацій); дефіцит бюджетів фондів може покриватися за рахунок дотацій державного бюджету. Видатки, що спрямовуються на охорону здоров'я застрахованого населення, в основному фінансуються за рахунок Фонду соціального страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та Фонду державного загальнообов'язкового соціального страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, яке спричинило втрату працездатності. Проте ці виплати виплачуються лише у

випадку настання страхових випадків, тобто мають компенсаційний характер, відшкодовують втрати здоров'я, працездатності або заробітку. Це дозволяє класифікувати їх як інвестиції у відтворення (відновлення) здоров'я в контексті якості робочої сили.

Витрати Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності включають виплати допомоги з тимчасової втрати працездатності, по вагітності та пологах, на поховання, допомоги громадянам, які постраждали внаслідок Чорнобильської аварії, оплату оздоровчих заходів (путівки на санаторно-курортне лікування, часткове фінансування санаторіїв-профілакторіїв, дитячих оздоровчих закладів тощо). За даними 2008 року, витрати Фонду були профінансовані у сумі 7,2 млрд грн, що склало 102,4 % від планового показника. В порівнянні з попереднім роком, витрати Фонду зросли за всіма статтями, що засвідчує тенденцію до зростання фінансування витрат на охорону здоров'я. Зокрема, витрати на виплату допомоги по тимчасовій непрацездатності зросли на 32,2 % (955 млн грн), на виплату допомоги по вагітності і пологах – на 55,6 % (474,4 млн грн). Кількість страхувальників, які обліковуються в органах Фонду, протягом 2008 року збільшилася на 16,7 %, або на 205,5 тисячі підприємств, установ, організацій та фізичних осіб – суб'єктів підприємницької діяльності і станом на 1 січня 2009 року становила 1 436 667 платників страхових внесків. Водночас чисельність застрахованих осіб, яка в органах Фонду обліковується в еквіваленті повної зайнятості, за 2008 р. склала 13,9 млн осіб, що на 237 тис. менше, ніж в 2007 р. і є, очевидно, одним з негативних наслідків економічної кризи.

Витрати Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань включають витрати на профілактику нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань, витрати на медичну, професійну та соціальну реабілітацію потерпілих на виробництві, відшкодування шкоди, заподіяної працівникові внаслідок ушкодження його здоров'я або в разі його смерті, та інші організаційні витрати. Станом на 2008 р. витрати Фонду заплановано у розмірі 3,9 млрд грн, з яких основну частину (76,2 %) становлять відшкодування шкоди, заподіяної працівникові. Водночас лише 3,3 % сукупних витрат спрямовано на профілактику нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань, що свідчить про нераціональну систему управління, оскільки більшість страхових випадків можливо було б уникнути за умови ефективної профілактики.

Незважаючи на зростаючий обсяг державних коштів, що спрямовуються на охорону здоров'я в Україні, результати діяльності галузі залишаються досить невтішними. Про це свідчать високі показники захворюваності населення, в тому числі на соціально детерміновані хвороби, поширення інвалідності та передчасної смертності, зокрема чоловічого населення працездатного віку, високі показники смертності від новоутворень та серцево-судинних захворювань. З огляду на погіршення якості робочої сили особливо актуальною є проблема впливу зовнішніх чинників на стан здоров'я населення (професійна захворюваність та травматизм, смертність від нещасних випадків, отруєнь і травм), тобто тих факторів, дія яких цілком може бути елімінована за умови вчасної профілактики та дотримання безпечної поведінки, включаючи створення безпечних умов праці, дотримання правил дорожнього руху тощо. Існування проблем у системі охорони здоров'я, зокрема щодо її профілактичної складової, підтверджує і поширення шкідливих звичок (високі рівні споживання алкоголю, наркотичних засобів, тютюнопаління), асоціальної поведінки, нераціонального харчування та загальне нехтування настановами здорового способу життя.

Зважаючи на окреслені проблеми, можна стверджувати, що чинний рівень державного фінансування охорони здоров'я не забезпечує реальних потреб галузі та можливостей доступу населення до базових медичних послуг. На сьогодні для більшості громадян України отримання якісної медичної допомоги потребує значних витрат. Як наслідок, приватні платежі населення складають значну частину витрат на охорону здоров'я. Оцінки обсягу власних виплат населення за медичні послуги дуже відрізняються залежно від джерела даних та методології дослідження, однак, за помірними оцінками їх обсяг становить від 2,3 до 3,0 % ВВП. Так, оцінки Світового банку, які базуються на даних обстежень умов життя домогосподарств та інших обстежень, що містять питання стосовно офіційних та неофіційних власних платежів населення на охорону здоров'я, вказують на те, в 2005 р. вони могли сягати 2,8 % ВВП [1]. Загальна сума цих витрат складається з офіційної плати користувачів послуг, купівлі ліків поза медичними закладами, неофіційних платежів лікарям і витрат на перевезення, харчування та проживання. При цьому обсяги й поширення прямого фінансування за рахунок власних виплат населення істотно зростають з підвищенням рівня спеціалізації послуг охорони здоров'я.

Поширення неформальних платежів є одним з чинників нерівності в доступі до медичних послуг, зумовлюючи існування фінансових бар'єрів, особливо для малозабезпечених груп населення. У зв'язку з цим експерти ВООЗ ввели в обіг поняття “катастрофічні витрати на охорону здоров'я”, що визначаються як витрати на послуги охорони здоров'я, які становлять більше 40 % витрат на найбільш необхідні товари [2]. За оцінками Світового банку, близько 20 % українських домогосподарств стикаються з такими катастрофічними витратами, а майже 10 % усіх домогосподарств мають катастрофічний рівень витрат, зумовлений самими витратами на ліки [1]. За оцінками експертів, понад 16 % населення не має належного доступу до якісних медичних послуг, і, як наслідок, лише менше 40 % громадян оцінюють стан свого здоров'я як добрий [1].

Проблеми, пов'язані з низьким рівнем фінансування галузі, ускладнюються низькою ефективністю цієї статті державних витрат внаслідок недосконалої системи управління, нераціонального розподілу повноважень та наявних фінансових ресурсів, відсутності ефективного зовнішнього контролю за їхнім використанням. Про це свідчить значний розрив між кількісними та якісними показниками діяльності медичної галузі в Україні. Існування високих, іноді необґрунтовано завищених (порівняно з характеристиками розвинених країн) показників медичної інфраструктури (кількість медичних працівників, забезпеченість лікарняними закладами, лікарняними ліжками, госпіталізація хворих) не привело до високої якості медичних послуг, а супроводжувалось погір-

шенням показників стану здоров'я населення. Дотепер існуюче централізоване фінансування галузі охорони здоров'я не відповідає фактичному навантаженню лікарняних закладів.

Як показує аналіз бюджетних витратків в розрізі економічної класифікації, в структурі поточних витратків на охорону здоров'я найбільшу частку складають витатки на виплату заробітної плати та нарахування на неї (понад 60 %). Причому, частка таких витратків збільшувалась впродовж останніх років, що є відображенням державної політики щодо щорічного підвищення рівня мінімальної заробітної плати. Водночас, внаслідок підвищення цін та тарифів на комунальні послуги та енергоносії, відбувалось зростання частки витратків, що спрямовуються на їх оплату. З іншого боку, питома вага витратків, що спрямовуються на розвиток галузі (придбання медичних товарів та обладнання, капітальні витатки, пов'язані з модернізацією та оснащенням приміщень) і є визначальними для підвищення якості медичних послуг, зменшується.

До причин низької ефективності витратків на охорону здоров'я належить і відсутність системи оцінки діяльності медичних установ та ефективності витратання витратків на їх утримання, ефективного зовнішнього контролю й аудиту. Це зумовлює необхідність впровадження системи моніторингу, яка б оцінювала ефективність державних витратків з точки зору якісних наслідків для здоров'я суспільства, а не за даними статистики звернень до медичних закладів або тривалості перебування та стаціонарному лікуванні. Окремі показники, що можуть використовуватися з цієї метою, запропоновані у вітчизняних нормативних документах, прийнятих на державному рівні – в Стратегії демографічного розвитку на період 2006–2015 рр. [3] та Цілях розвитку тисячоліття в Україні [4]. Розширення та узагальнення їх переліку дозволить створити цілісну систему якісних показників для оцінки інвестицій в здоров'я населення за окремими складовими. В контексті якості робочої сили, доцільно розглядати наступні проблемні аспекти: 1) погіршення загального стану здоров'я та зростання навантаження хворобами на населення; 2) низька тривалість життя внаслідок високої передчасної смертності; 3) високий рівень інвалідності населення; 4) високі рівні поширення розладів психіки та поведінки; 5) недостатнє поширення настанов здорового способу життя, що не лише виступає детермінантом зростання захворюваності та скорочення тривалості життя, а й сприяє погіршенню загальної якості населення. Аналіз та моніторинг відповідних статистичних показників дозволить оцінити фактичні результати інвестицій в здоров'я з огляду на якісні зрушення у загальному стані здоров'я робочої сили та населення в цілому.

Висновки. Погіршення якісних характеристик населення внаслідок прогресуючої медико-демографічної кризи зумовлює нагальну необхідність докорінного реформування системи охорони здоров'я в Україні, метою якої є як розширення обсягу фінансування галузі, так і підвищення ефективності інвестицій в здоров'я. Підвищенню якості медичних послуг, що надаються населенню, сприятимуть впровадження обов'язкового медичного страхування зі збереженням та поліпшенням безкоштовної системи базової медичної допомоги та утворенням механізмів перерозподілу частини коштів, отриманих від надання платних послуг у сфері охорони здоров'я, на фінансування потреб невідкладної медичної допомоги. Відхід від залишкового принципу фінансування, стабілізація та раціоналізація фінансових надходжень на потреби галузі повинні супроводжуватися проведенням комплексної реформи системи охорони здоров'я, необхідним елементом якої, зокрема, має стати: регулювання системи ліцензування та акредитації медичних закладів та лікарів, які займаються приватною практикою; стандартів надання медичної допомоги та критеріїв оцінки якості медичних послуг; запровадження контрактних відносин між покупцями та постачальниками медичних послуг тощо. Важливим є залучення різноманітних джерел фінансування охорони здоров'я, включаючи залучення недержавних, благодійних та комерційних організацій до розвитку її галузей, формування багатоканального механізму інвестування в здоров'я населення.

Література

1. Вдосконалення міжбюджетних відносин і стратегії державних витратків у сферах охорони здоров'я та освіти в Україні: вибрані питання: [звіт Світового банку]. – К.: Козаки, 2008. – 168 с.
2. Xu K., Evans D. Carrin G. and Aguilar-Rivera A. M. (2005). Designing health financial systems to reduce catastrophic health expenditure. Technical Briefs for Policy-Makers (WHO). – 2005. – No. 2. – 5 p.
3. Стратегія демографічного розвитку на 2006–2015 роки // Демографія та соціальна економіка, 2006. – № 1. – С. 3–22.
4. Цілі розвитку тисячоліття: Україна / [Андрійченко Ю. та ін]. – К.: Міністерство економіки та з питань європейської інтеграції України, 2003. – 29 с.

УДК 331.53

В.М. ПЕТЮХ, Л.В. ЩЕТІНІНА, О.В. КОРЧЕВНА
ДВНЗ “Київський національний економічний університет імені Вадима Гетьмана”

РЕЗЕРВИ ПІДВИЩЕННЯ КОМУНІКАЦІЙНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ІНФОРМАЦІЙНО-КОНСУЛЬТАЦІЙНИХ ПОСЛУГ СЛУЖБИ ЗАЙНЯТОСТІ

У статті обґрунтовано необхідність проведення досліджень щодо оцінювання комунікаційної ефективності інформаційно-консультаційних послуг служби зайнятості, яке доцільно, на думку авторів, здійснювати за критеріями залученості, умотивованості та лояльності. Своєю чергою, результати оцінювання комунікаційної ефективності інформаційно-консультаційних послуг дали змогу зробити висновок про ефективність