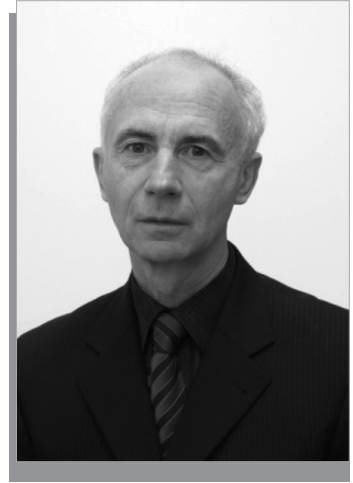


УДК 614. 2

В. М. ФІЛАТОВ

кандидат економічних наук, доцент,
доцент кафедри політичної економії
Харківського національного економічного
університету імені Семена Кузнеця
filatov_v.m@mail.ru



**МАКРОЕКОНОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ
РЕФОРМУВАННЯ ЕКОНОМІЧНИХ ВІДНОСИН
У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ**

Виявлено основні джерела фінансування сфери охорони здоров'я в різних країнах світу: податки, внески до фондів соціального медичного страхування, внески до фондів приватного медичного страхування і платежі готівкою. Проаналізовано реалізацію принципів соціальної справедливості в різних схемах фінансування. Розглянуто проблему перерозподілу вилучених для фінансування охорони здоров'я коштів між різними верствами населення у вигляді медичних послуг. Запропоновано фінансувати в Україні сферу охорони здоров'я з двох джерел: податків і внесків до фонду обов'язкового соціального медичного страхування.

Ключові слова: сфера охорони здоров'я, фонди медичного страхування, податки, соціальна справедливість.

JEL Classification: E0, E6, I1.

Постановка проблеми. Сучасний стан системи охорони здоров'я в Україні не задовольняє потреби суспільства. І хоча такі важливі макроекономічні показники, як рівень захворюваності, середня тривалість життя, залежать не тільки від функціонування сфери охорони здоров'я, незадоволеність її роботою виказують як пацієнти, так і практичні працівники, і керівники галузі. Причин такої ситуації багато, однією з них є низький рівень оплати праці і недофінансування галузі в цілому, що не дозволяє розвивати належним чином матеріально-технічну базу і удосконалювати організацію й методи лі-

кування. Механізм значної частини взаємозв'язків між окремими суб'єктами сфери охорони здоров'я сформовано давно і він не відповідає дії ринкових законів, на підставі яких розвивається більша частина економіки країни. Саме тому проблеми підвищення ефективності функціонування сфери охорони здоров'я є актуальними у наш час.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблеми підвищення ефективності функціонування сфери охорони здоров'я знаходять своє відображення в роботах А. С. Акопяна, Б. І. Бояринцева, Д. Д. Венедиктова, О. І. Вялкова, Г. Н. Голухова, Т. М. Камінської та ін. [1; 2; 3]. Слід відзначити, що проблеми інституціональної перебудови сфери охорони здоров'я, заради підвищення ефективності її роботи, є актуальними і для економічно розвинутих країн [4].

Формулювання цілей. Як показує досвід, подолати існуючу кризу шляхом локальної зміни окремих параметрів системи охорони здоров'я (збільшення об'ємів фінансування, вдосконалення менеджменту та ін.) не представляється можливим. Саме тому необхідно створити нову, ефективну структуру, робота якої відповідала б сучасним потребам суспільства. При формуванні нових економічних відносин у сфері охорони здоров'я важливого значення набувають питання фінансування системи. У світовій практиці накопичений значний досвід застосування різних схем фінансування. Кожна схема по-різному впливає на реалізацію принципів соціальної справедливості і на економічну ефективність функціонування сфери охорони здоров'я. Для ухвалення рішення про вибір схеми фінансування охорони здоров'я України в умовах трансформаційних процесів, що мають місце в економічній системі в даний час, необхідно проаналізувати існуючі в світі схеми фінансування і виявити їх переваги і недоліки.

Виклад основного матеріалу. У світовій практиці застосовуються чотири основні джерела фінансування сфери охорони здоров'я: податки, внески до фондів соціального медичного страхування, внески до фондів приватного медичного страхування і платежі готівкою. Розглянемо, як реалізуються принципи соціальної справедливості в різних схемах фінансування щодо частки доходу людини, яку вона передає до сфери охорони здоров'я. За цією ознакою система фінансування може бути прогресивною – чим багатша людина, тим більш високу частку свого доходу вона платить, пропорційною – багаті і бідні платять одну і ту ж частку свого доходу або регресивною – чим людина багатша, тим меншу частку доходу вона передає до сфери охорони здоров'я. У всіх країнах Організації економічного співробітництва і розвитку прямі податки носять прогресивний характер, а непрямі податки – регресивні, за винятком Іспанії. Тому в країнах, де охорона здоров'я фінансується переважно з податкових надходжень, поєднання прямих і непрямих податків робить

оподаткування в цілому дещо прогресивним. В Австралії, Великобританії, Німеччині, Канаді, Нідерландах, США, Франції, Швейцарії, Швеції, де застосовується прогресивний прибутковий податок, кошти 20% населення з найвищими доходами перерозподіляються решті населення [5, с. 301]. Регресивність непрямих податків можна проілюструвати на прикладі Великобританії. У цій країні сім'ї, які представляють найбідніші 10% населення, виплачують 32% свого доходу у вигляді непрямих податків, тоді як для сімей, що представляють найбагатші 10% населення, цей показник складає 11% [6]. Слід звернути увагу на існуючі у світі методи стягування непрямих податків на шкідливі для здоров'я людей товари (алкоголь, тютюн). Іноді встановлюється високий рівень непрямих податків для зниження споживання таких товарів. Правда, деякі фахівці вважають, що підвищення податків на сигарети не зменшує їх споживання і тому недоцільне, оскільки для багатих воно не має особливого значення, а для бідних є лише додатковим фінансовим тягарем. Але аналіз цінової еластичності попиту на сигарети показує, що споживачі з низькими доходами більш чутливі до ціни, а отже, більш схильні кинути палити. У інших випадках непрямі податки повністю або частково направляються для фінансування охорони здоров'я.

Внески в систему соціального медичного страхування в більшості випадків є пропорційними по відношенню до доходів громадян. Застосування прогресивних схем внесків незначне, оскільки задача перерозподілу доходів, як це має місце в системах оподаткування, перед соціальним медичним страхуванням не стоїть. На практиці ж соціальне медичне страхування використовує дещо регресивну систему внесків. Це пояснюється тим, що внески стягуються тільки із зароблених доходів, а звільнені від внесків доходи з інвестицій і заощаджень у багатих людей вищі, ніж у бідних. У деяких країнах пропорційні внески з доходів поєднуються із застосуванням обмежуючої стелі, вище за яку дохід звільняється від внесків. Уведення обмежуючих стель на високі доходи робить соціальне медичне страхування більш регресивним, тоді як звільнення від внесків груп із низькими доходами підвищує ступінь його прогресивності. Внески до страхових фондів сплачують не тільки працюючі особи, а й працедавці. Тому високі витрати на оплату праці, пов'язані з соціальним медичним страхуванням, можуть понизити конкурентоспроможність економіки країни.

Приватне медичне страхування, як правило, виступає у вигляді додаткового медичного страхування і ним користуються в основному багаті люди. Приватне медичне страхування регресивне в Ірландії, Іспанії, Франції, пропорційне доходам у Фінляндії і прогресивне у Великобританії, Німеччині, Данії, Італії, Нідерландах і Португалії. Оскільки приватне медичне страху-

вання є додатковим страхуванням, його прогресивність необов'язково сприяє підвищенню прогресивності системи фінансування охорони здоров'я в цілому. Іноді приватне медичне страхування є основним джерелом покриття витрат (США, Швейцарія) і в цьому випадку воно регресивне [7]. Платежі готівкою при отриманні медичних послуг носять достатньо виражений регресивний характер. У випадку, якщо такі платежі мають істотну вагу в загальному об'ємі фінансування охорони здоров'я, це підвищує ступінь регресивності фінансування в цілому. Як показали дослідження платежів готівкою в Хорватії, четверта частина населення з найнижчими доходами витрачає на медичні послуги 5% своїх доходів, тоді як для такої ж частки населення з найвищими доходами аналогічний показник складає лише 0,6%. Якщо враховувати всі платежі готівкою, включаючи і неофіційні платежі, то представники групи з найнижчими доходами платять 17,3% своїх доходів, а представники групи з найвищими доходами – 2,9% [8]. У Росії має місце аналогічна ситуація. Доля витрат на медичну допомогу в загальних витратах домогосподарств складає для групи населення з самими низькими доходами 11,6%, а для групи з самими високими доходами – лише 2,7% [9, с. 39].

Дотримання принципу справедливості вимагає створення таких умов, при яких люди з однаковим рівнем доходів платять на розвиток сфери охорони здоров'я однакові суми грошей (принцип горизонтальної соціальної справедливості). При фінансуванні охорони здоров'я через систему оподаткування вказаний принцип реалізується при використанні загальнодержавної системи оподаткування з однаковими умовами як для громадян, які одержують зарплату, так і для осіб, що працюють не за наймом. Диференціація ставок податків для працюючих за наймом і працюючих не за наймом порушує принцип справедливості. Принцип справедливості нерідко порушується і при використанні системи збору податків за регіональним принципом. Різний рівень податкового тягаря, крім несправедливості для платників податків, призводить і до неоднакового фінансового забезпечення органів охорони здоров'я на регіональному рівні. Для вирівнювання умов фінансування охорони здоров'я на рівні окремих регіонів деякі країни застосовують систему державного перерозподілу зібраних коштів.

При використанні системи соціального медичного страхування принцип соціальної справедливості може бути порушений у ряді випадків. По-перше, коли є декілька медичних фондів і в кожному застосовуються різні ставки внесків. По-друге, коли має місце певна концентрація осіб із низькими доходами або високим рівнем ризиків в окремих професійних групах або регіонах. По-третє, коли членство у фондах обумовлюється або родом занять, або за територіальною ознакою. Основними шляхами боротьби з указаними не-

доліками є надання громадянам свободи вибору страхових фондів і перерозподіл зібраних внесків між окремими фондами.

В умовах приватного медичного страхування принцип горизонтальної соціальної справедливості практично не реалізується. Це пояснюється тим, що внески до фонду приватного страхувальника розраховуються з урахуванням індивідуального рівня ризику і не пов'язані з розміром доходу громадянина.

Платежі готівкою носять яскраво виражений регресивний характер і їх застосування порушує принцип горизонтальної соціальної справедливості. Саме тому в багатьох країнах відмовилися від застосування платежів готівкою. Слід зазначити, що якщо це обумовлено розмірами доходів, то таке звільнення від платежів готівкою може понизити ступінь регресивності платежів. Якщо ж звільнення від платежів знаходиться у залежності від таких чинників, як вік або хвороба, то воно може призвести до порушення принципу горизонтальної соціальної справедливості.

Особливо важливою є проблема перерозподілу вилучених для фінансування охорони здоров'я коштів між різними верствами населення у вигляді медичних послуг. У цьому випадку на дотримання принципів соціальної справедливості впливають два основні чинники: ступінь прогресивності стягуваних податків або внесків і частка коштів, яка регулюється державою, в загальній структурі витрат. Основною метою перерозподілу є зниження нерівності по доходах серед різних верств населення. Тому для досягнення в умовах пропорційної системи оподаткування на потреби охорони здоров'я такого ж ефекту перерозподілу, як і в умовах прогресивної системи, в першому випадку пільги повинні розподілятися нерівномірно. В кінці 90-х років у Великобританії були проведені дослідження, направлені на виявлення впливу податків і пільг на сімейні доходи. Існуюча на той час податкова система носила дещо регресивний характер. Так, представники найбідніших 20% населення виплачували у вигляді податків 40% свого загального доходу, а представники найбагатших 20% – від 36% загального доходу. В результаті перерозподілу коштів кінцевий дохід представників найбідніших 20% населення склав у середньому 300% початкового доходу. Для найбагатших 20% населення аналогічний показник склав 69% [10]. Як видно з наведеного прикладу, ефект перерозподілу був досягнутий не за рахунок оподаткування, а за рахунок політики державного регулювання витрат.

Перерозподіл коштів, зібраних на потреби охорони здоров'я, має місце і в умовах соціального медичного страхування. Він відбувається як у вертикальній, так і в горизонтальній площинах. У горизонтальній площині відбувається перерозподіл доходів від самотніх і малосімейних до громадян із великих сімей. Крім того, всі застраховані особи мають рівне право на отриман-

ня медичних послуг незалежно від того, як довго вони платили внески і який розмір цих внесків. У вертикальній площині перерозподіл коштів відбувається між поколіннями, тобто між працюючими і пенсіонерами. Ми вважаємо, що в Україні реалізацію принципів соціальної справедливості в сучасних умовах неможливо забезпечити тільки за рахунок перерозподілу коштів зібраних страхових внесків. Тому ефективний перерозподіл, який одночасно буде щадити працююче населення і захищати непрацююче і малозабезпечене, можливий лише за участю як страхових коштів, так і коштів із державного бюджету.

Спосіб фінансування системи охорони здоров'я багато в чому визначає можливості доступу окремих громадян до страхування і взагалі до медичних послуг. У багатьох країнах застосовується система соціального медичного страхування. Практично у всіх розвинених європейських країнах, окрім Німеччини і Нідерландів, соціальне медичне страхування носить загальний характер. Проте існують системи соціального медичного страхування, в яких право користуватися медичними послугами надається лише певним групам населення. Приналежність до цих груп може визначатися розмірами доходу, розмірами внесків, професією. У країнах колишнього СРСР і Східної Європи реформи охорони здоров'я привели до створення такої системи соціального медичного страхування, в якій держава покриває внески безробітної частини населення через оподаткування. Іноді застосовується одночасне використання двох систем. Одна система фінансується з податкових надходжень, а інша – за допомогою внесків із заробітної плати. У такому разі працівники, що залучені до сфери дії соціального медичного страхування, можуть одержувати послуги вищої якості, в порівнянні з тими, які доступні решті населення. Це відбувається в тому випадку, якщо страхові фонди, побудовані за професійною ознакою, дозволяють своїм членам користуватися послугами приватних лікарів, забезпечують прискорений доступ до лікарняних послуг і інші переваги.

В умовах приватного медичного страхування метою страхових організацій є мінімізація витрат і, відповідно, збільшення прибутку. Следствием цього є підвищення рівня страхових внесків. У результаті приватні страхові компанії виявляють зацікавленість до здорових і багатих клієнтів і повністю ігнорують принципи соціальної справедливості.

Особливо слід відзначити вплив на доступ до медичних послуг платежів готівкою. Навіть за наявності системи загального страхування необхідність доплачувати за певні види медичної допомоги скорочує споживання даного виду послуг. Більшою мірою це торкається категорії громадян із низьким рівнем доходів. Так, якщо консультації лікарів і покупка ліків вимагають доплат готівкою, а стаціонарне лікування повністю покривається коштами

страхових фондів, то відмінності між бідними і багатими верствами населення мають місце тільки в попиті на консультації і ліки [5, с. 311]. Зниження попиту бідних верств населення на медичні послуги негативно впливає на рівень суспільного здоров'я. Проте країни з низьким і середнім рівнем життя використовують практику платежів готівкою для додаткового фінансування сфери охорони здоров'я і для протидії розповсюдженню практики неофіційних платежів.

Крім легальних платежів, у системі фінансових потоків сфери охорони здоров'я можна виділити й нелегальні платежі. Причини, що їх викликають, мають місце як з боку попиту, так і з боку пропозиції. З боку попиту причинами нелегальних платежів є в основному бажання пацієнтів підвищити увагу до себе медичного персоналу або одержати більш швидкий доступ до послуги. В умовах обмеженої пропозиції послуг лікар, зловживаючи своїм положенням і отримуючи матеріальну вигоду, може задовольняти бажання пацієнтів. Нелегальні платежі можуть мати місце й при оплаті медикаментів, необхідних для лікування в стаціонарі. Така ситуація виникає, коли медичний персонал навмисно приховує наявні ліки й потім продає їх пацієнтам за готівку. З боку пропозиції нелегальні платежі обумовлені бажанням постачальника реалізувати свої товари за максимально можливою ціною. Тому виробники лікарських препаратів і медичної техніки готові платити медичному чиновникові, який може забезпечити таку можливість. У результаті знижується ефективність використання суспільних коштів на потреби охорони здоров'я. На рівні оптових продажів діючим методом боротьби з такого роду явищами виступають закупівельні конкурси. Однак на рівні роздрібних продажів, коли фірма-виробник працює з лікарями, які за винагороду рекомендують хворим певні ліки, сучасна система організації охорони здоров'я не має засобів протидії. Суспільство, в особі хворих, витрачає більше коштів, ніж було б можливо при оптимальному рівні лікування. Слід зазначити, що легальні грошові потоки певним чином знімають фінансове навантаження на бюджет і можуть сприяти підтримці функціонування сфери охорони здоров'я. Цю ж функцію, деякою мірою, можуть виконувати і нелегальні грошові потоки. Неофіційні платежі рядовим лікарям, заробітна плата яких, як правило, не перевищує середнього рівня зарплати в Україні, дозволяють їм виживати, зберігаючи тим самим кваліфіковані кадри для сфери охорони здоров'я. Для прикладу, лікарі в країнах Організації економічного співробітництва й розвитку звичайно одержують зарплати, які в 2,5 – 4 рази переважають середній розмір оплати праці [9, с. 122]. Однак наявність офіційних, і особливо неофіційних платежів, приводить до того, що споживачами медичних послуг стають не стільки ті, хто їх потребує, скільки ті, хто здатний заплатити за них

найбільшу ціну. У результаті принцип розподілу медичних послуг відповідно до потреби замінюється принципом розподілу відповідно до доходів, що суперечить основному завданню сфери охорони здоров'я.

Система фінансування охорони здоров'я, яка застосовується у країні, певним чином впливає і на загальний об'єм витрат на охорону здоров'я. Як показує досвід, в умовах соціального медичного страхування витрати на охорону здоров'я вищі, ніж в умовах, де фінансування здійснюється переважно із загальних податків [11]. Система соціального медичного страхування більш прозора, тому споживач може зіставити розмір своїх внесків з об'ємом і якістю одержаних послуг. І якщо спостерігається пропорційна залежність, то споживач готовий погодитися із збільшенням розмірів страхових внесків. В умовах же загального оподаткування гроші, які сплачує споживач, і одержані ним послуги і пільги не знаходяться в безпосередньо взаємному зв'язку. Слід також відзначити, що об'єм коштів, які збираються на потреби охорони здоров'я в системі соціального медичного страхування, набагато меншою мірою залежить від політичних рішень, ніж об'єм коштів, що виділяються з податкових надходжень. Так, у Бельгії, де охорона здоров'я фінансується приблизно порівну із внесків соціального медичного страхування і з податкових надходжень, щорічні урядові витрати на охорону здоров'я коливаються в ширших межах, ніж об'єм коштів, що отримані від страхування [12].

Прийнята в країні система фінансування охорони здоров'я може впливати на мобільність робочої сили і гнучкість ринку праці. Мобільність робочої сили значно обмежується в умовах застосування приватного медичного страхування, оскільки працівника утримує на підприємстві страх втратити медичну страховку. В умовах соціального медичного страхування ця проблема не є такою актуальною, хоча і може мати певне місце. Відмінність ставок внесків у різних фондах за однакові медичні послуги може стримувати мобільність робочої сили.

Система фінансування певним чином впливає і на ефективність розподілу акумульованих фінансів. Так, в умовах застосування приватного медичного страхування ефективність розподілу коштів нижча, ніж в умовах інших систем. Це знаходить своє відображення у недостатніх об'ємах фінансування профілактичних заходів і, навпаки, у зайвому фінансуванні ряду лікувальних процедур. У той же час, прагнучи мінімізувати власні витрати, приватні страхові компанії намагаються скоротити необов'язкові процедури і виключити дороге лікування з числа послуг, що покриваються страховкою. Тип фінансування і організація методу фінансування впливають на розмір адміністративних витрат у загальній структурі витрат на охорону здоров'я. За наявності приватних страховиків, в умовах конкуренції, при децентралізації і великій

кількості інкасуємих органів частка адміністративних витрат у загальній структурі витрат на охорону здоров'я зростає.

Висновки. В Україні реформована сфера охорони здоров'я повинна базуватися на принципах обов'язкового соціального медичного страхування. Її фінансування необхідно здійснювати з двох джерел: податків і внесків до фонду обов'язкового соціального медичного страхування. Перша частина є виділеними з державного бюджету коштами на розвиток охорони здоров'я. Навряд чи в нинішній ситуації можливе цільове реформування системи оподаткування виходячи тільки з потреб і особливостей сфери охорони здоров'я. Тому сам механізм виділення коштів і принципи формування їх розміру залишаються колишніми. Проте необхідно законодавчо встановити частку від акцизних податків на алкоголь і тютюн, яка буде перераховуватись на потреби охорони здоров'я. Друга складова бюджету охорони здоров'я формуватиметься за рахунок внесків до фонду обов'язкового соціального медичного страхування. Внески повинні здійснюватися з дотриманням принципу горизонтальної справедливості, тобто пропорційно доходам громадян. Під доходами повинна розумітися та ж база, що і при оподаткуванні. На первинному етапі впровадження системи соціального медичного страхування можливе, для спрощення системи розрахунків, стягування внесків з працюючого населення пропорційно рівню заробітної платні. Ставки внесків для працюючих за наймом і не за наймом повинні бути однаковими. Вони повинні бути однаковими і для всіх регіонів країни. Внески розподіляються між працюючими і працедавцями. Пропорції треба визначати ступенем шкідливості умов роботи. Чим більше шкідливість роботи, тим вище частка працедавця. За непрацююче населення внески повинна сплачувати держава. Внески для пенсіонерів також розпадаються на дві частини: частка пенсіонера і частка пенсійного фонду. Розміри пропорції необхідно визначати співвідношенням рівня пенсії і мінімального прожиткового рівня. При існуючому рівні пенсій внески за переважну частину пенсіонерів платитимуть пенсійні фонди. Платежі готівкою (на розвиток поліклініки, лікарні і т. ін.), що мають місце в даний час, необхідно скасувати, оскільки вони носять явно виражений регресивний характер і є важким тягарем для бідних верств населення. Найважливішою причиною наявності тіньових платежів у системі охорони здоров'я є відсутність конкуренції в самій системі. Відсутність конкуренції, відсутність дієвих стимулів для підвищення ефективності і якості роботи погіршує якість обслуговування. Аналогічна ситуація була описана А. Хіршманом як проблема «ледачої монополії» [13, с. 59]. На ринку, на якому відсутня конкуренція за сам ринок, у споживачів є теоретична можливість виразити своє невдоволення діяльністю монополіста або шляхом переходу до іншого лікаря або поста-

чальника медичних послуг усередині самої системи, або звернутися зі скаргою в страхову медичну компанію. Однак на практиці пацієнти віддають перевагу переходу на інший ринок. У наших умовах це трансформується в оплату медичної послуги в державних установах шляхом стимулювання медичного персоналу за допомогою неформальних платежів, або одержання необхідної послуги за допомогою легальних платежів, але у приватних організаціях. При цьому поліклініка або лікарня не несуть ніяких фінансових втрат і не мають стимулів для підвищення ефективності і якості роботи. У результаті в наш час теоретично має місце конкуренція між системою державного безкоштовного медичного обслуговування й недержавними медичними організаціями. Однак на практиці це ніяк не позначається на роботі державного сектору, оскільки недержавні організації незначні кількісно, є далеко не у всіх населених пунктах і надають набагато менший перелік послуг. Тому для підвищення ефективності роботи державної системи охорони здоров'я потрібно сформувати конкурентне середовище усередині самої системи.

Упровадження такої моделі фінансування охорони здоров'я дозволить не тільки збільшити об'єми фінансування, а й сформувати необхідні умови для підвищення ефективності функціонування всієї системи охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Голухов Г. И. Управление медико-производственным комплексом: организационно-экономический аспект / Г. И. Голухов, Б. А. Райзберг, Ю. В. Акимов, Ю. В. Шиленко. – М. : Клиника 21 века, 2003. – 330 с.
2. Камінська Т. М. Медичне страхування в Україні в контексті розвитку системи соціального страхування / Т. М. Камінська, Л. В. Нечипорук // Вісн. Нац. ун-ту «Юрид. акад. України ім. Ярослава Мудрого». Серія: Економічна теорія та право. – Харків, 2014. – №4. – С. 6–17.
3. Основы общей экономической теории с экономикой здравоохранения / А. А. Дробышев, Ф. Д. Момот, В. Н. Артемьев и др. – М. : АНМИ, 2002. – 425 с.
4. Портер М. Переосмысление системы здравоохранения / М. Портер, Э. О. Айсберг. – Киев : Изд-во Алексея Капусты, 2007. – 620 с.
5. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы : пер. с англ. / Э. Моссиалос, А. Диксон, Ж. Фигерас, Д. Кутцин. – М. : Весь Мир, 2002. – 352 с.
6. Glennerster, H. (1997) *Paying for Welfare: Towards 2000*, 3rd end. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
7. Wagstaff, A., van Doorslaer, E., van der Burg, H. et al. (1999) Equity in the finance of health care: some further international comparisons, *Journal of Health Economics*, 18: 263-90.
8. Mastilica, M. and Bozиков, J. (1999) Out-of-pocket payments for health care in Croatia: implications for equity, *Croatian Medical Journal*, 40(2): 152-9.

9. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчёт / С. В. Шишкин (рук. кол.), Г. Е. Бесстремьянная, М. Д. Красильникова и др. – М. : Изд. дом ГУ ВШЭ, 2004. – 248 с.
10. Commission on Taxation and Citizenship (2000) *Paying for Progress: A New Politics of Tax for Public Spending*. London: Fabian Society
11. OECD (2000) *OECD Health Data 2000: A Comparative Analysis of 29 Countries*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
12. Nonneman, W. and van Doorslaer, E. (1994) The role of the sickness funds in the Belgian health care market, *Social Science and Medicine*, 39(10): 1483-95.
13. Hirschman, A. O. *Exit, Voice and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organisations and States*. Cambridge: Harvard University Press, 1970.

REFERENCES

1. Goluhov G. I., Rayzberg B. A., Akimov Yu.V, Shilenko Yu. V. (2003). *Upravlenie mediko-proizvodstvennyim kompleksom: organizatsionno-ekonomicheskiiy aspekt*. M. Izdatelstvo Fonda «Klinika 21 veka».
2. Kaminska T. M., Nechyporuk L. V. (2014). *Medychne strakhuvannia v Ukraini v konteksti rozvytku systemy sotsialnoho strakhuvannia*ю Visnyk Natsionalnoho universytetu «Yurydychna akademiia Ukrainy imeni Yaroslava Mudroho». Seriiia: Ekonomichna teoriia ta pravo. 4.
3. Drobyishev A. A., Momot F. D., Artemev V. N. (2002). *Osnovnyi obschey ekonomicheskoy teorii s ekonomikoy zdavoohraneniya*. M. ANMI.
4. Porter M., Aysberg E. O. (2007). *Pereosmyslenie sistemyi zdavoohraneniya*. K. Izdatelstvo Alekseya Kapustyi.
5. Mossialos E., Dikson A., Figeras Zh., Kuttsin D. (2002). *Finansirovanie zdavoohraneniya: alternativyi dlya Evropyi*. M. Izdatelstvo «Ves Mir».
6. Glennerster, H. (1997) *Paying for Welfare: Towards 2000*. 3rd end. Englewood Cliffs. NJ: Prentice-Hall.
7. Wagstaff, A., van Doorslaer, E., van der Burg, H. et al. (1999). Equity in the finance of health care: some further international comparisons, *Journal of Health Ecjnjmics*, 18:
8. Mastilica, M. and Bozikov, J. (1999). Out-of-pocket payments for health care in Croatia: implications for equity, *Croatian Medical Journal*, 40(2).
9. Shishkin S. V., Besstremyannaya G. E., Krasilnikova M. D. (2004). *Rossiyskoe zdavoohranenie: oplata za nalichnyi raschyot*. M. Izdatelskiy dom GU VShE.
10. Commission on Taxation and Citizenship (2000). *Paying for Progress: A New Politics of Tax for Public Spending*. London: Fabian Society.
11. OECD (2000) *OECD Health Data 2000: A Comparative Analysis of 29 Countries*. Paris. Organisation for Economic Co-operation and Development.
12. Nonneman, W. and van Doorslaer, E. (1994). The role of the sickness funds in the Belgian health care market. *Social Science and Medicine*. 39(10).
13. Hirschman, A. O. (1970). *Exit, Voice and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organisations and States*. Cambridge. Harvard University Press.

Стаття надійшла до редакції 14.12.2016.

В. М. ФИЛАТОВ

кандидат экономических наук, доцент, доцент кафедры политической экономики Харьковского национального экономического университета имени Семёна Кузнеця

МАКРОЭКОНОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕФОРМИРОВАНИЯ ЭКОНОМИЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ

Выявлены основные источники финансирования сферы здравоохранения в различных странах мира: налоги, взносы в фонды социального медицинского страхования, взносы в фонды частного медицинского страхования и платежи наличными. Проанализирована реализация принципов социальной справедливости в различных схемах финансирования. Рассмотрена проблема перераспределения полученных для финансирования сферы здравоохранения средств между различными слоями населения в виде медицинских услуг. Предложено финансировать сферу здравоохранения в Украине из двух источников: налогов и взносов в фонд обязательного социального медицинского страхования.

Ключевые слова: сфера здравоохранения, фонды медицинского страхования, налоги, социальная справедливость.

V. M. FILATOV

PhD., associate professor of Economics Department of Simon Kuznets Kharkiv National University of Economics

MACROECONOMIC FEATURES OF REFORMING ECONOMIC RELATIONS IN UKRAINIAN'S HEALTHCARE

Problem setting. The modern health care system in Ukraine does not meet the needs of society. Although such important macroeconomic indicators as incidence rate, average life expectancy depend not only on the functioning of the health sector, dissatisfaction with his work Express, both patients and practitioners, and industry executives. Reasons for this situation are many, one of them is low pay and underfunding of the sector as a whole, which does not develop properly the material-technical base and improve the organization and methods of treatment.

Recent research and publications analysis. Problems of increasing the efficiency of health care are reflected in the works of Akopyan A. S., Boyarintsev B. I., Venediktov D. D., O. I. Vyalkov., Golukhov G. N. etc. It should be noted that the problem of institutional restructuring of the health sector, for improving its effectiveness is relevant for developed countries.

Paper objective. Experience shows that to overcome the present crisis by local changes of the individual parameters of the healthcare system is not possible. It is therefore

necessary to create a new efficient structure that would meet the modern needs of the society. The funding problems will become important in the formation of new economic relations in the sphere of healthcare.

Paper main body. There are four main sources of health financing in world practice: taxes, contributions to social health insurance, contributions to private health insurance and cash payments. Funding system can be progressive or regressive from the viewpoint of implementation the principles of social justice.

In most developed countries, direct taxes are progressive and indirect taxes are regressive. Observance of the principles of justice requires conditions in which people with the same income paid to the development of the healthcare the same amount of money (horizontal principle of social justice). In health care financing through the tax system, this principle is implemented using the state-wide tax system. Horizontal principle of social justice in terms of private health insurance is almost not implemented. Cash payments have tended to be regressive and their using violates the horizontal principle of social justice.

Conclusions of the research. Reformed healthcare in Ukraine should be based on the principles of compulsory social health insurance. This funding should be carried out from two sources: taxes and contributions for compulsory social health insurance. The first part is funds to health development allocated from the state budget. The second component will shape through contributions for compulsory social health insurance. Contributions should be undertaken with observance of horizontal principle of social justice, that is, proportionally citizens' income.

Short Abstract for an article

Abstract. Author identified the four main sources of health financing around the world: taxes, contributions to social health insurance, contributions to private health insurance and cash payments. The article are analyzed the implementation of principle for social justice in the various financing schemes. Author addressed the issue redeployment of funds between different segments of the population in the form of health services. It's suggested to fund the health care sector from two sources: taxes and contributions for compulsory social health insurance.

Key words: healthcare, health insurance funds, taxes, social justice.