

УДК 351.72:[351.77:314
DOI: 10.26693/pard2018.02.276

УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМУ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК ПРІОРИТЕТУ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ДЕМОГРАФІЧНОГО РОЗВИТКУ

Драган І. О., д-р наук з держ. упр., старший науковий співробітник, Житомирський державний технологічний університет м. Житомир, Україна

Долінченко О.М., Міжрегіональна Академія управління персоналом, м.Київ, Україна

В статті на основі проведеного аналізу розвинуто положення щодо уточнення сутності державного регулювання демографічного розвитку на основі уточнення його особливостей, зокрема через такий напрям, як охорона здоров'я. Обґрунтовано методичний підхід щодо удосконалення механізму фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я як пріоритету державного регулювання демографічного розвитку. Показано, що механізми державного регулювання обумовлюють формування демографічних потреб, що визначають особливості демографічної поведінки, а також формування умов щодо їх реалізації, зокрема через сферу охорони здоров'я. Проведений аналіз виявив суттєву обмеженість фінансових можливостей державного впливу на демографічні процеси через сферу охорони здоров'я, що обумовлює необхідність його оптимізації та пошуку резервів щодо використання фінансово-матеріальних ресурсів. У зв'язку з цим обґрунтовано підхід до удосконалення механізму фінансування сфери охорони здоров'я як пріоритету державного регулювання демографічного розвитку, що спрямований на забезпечення суспільно виправданого розподілу коштів.

Ключові слова: демографічний розвиток, державне регулювання, охорона здоров'я, удосконалення регуляторного механізму, фінансове забезпечення.

Постановка проблеми. Існуюча в Україні ситуація вимагає усвідомлення загрози, яку криє в собі демографічна проблема, як для економіки країни, так й її безпеки. Саме це необхідно враховувати при формуванні та реалізації механізмів державного регулювання демографічного розвитку. Останні мають бути спрямовані на зміцнення інституту сім'ї, а також забезпечення здоров'я матері і дитини. Вочевидь, що вплив на демографічну поведінку, що включає комплекс напрямків соціального і економічного характеру, - відзначається довготривалістю. Не можливо змінити його за короткий період. Принципова особливість державного регулювання демографічного розвитку полягає у впливі на тенденції й динаміку демографічних процесів побічно через поведінку людини, через прийняття рішень в сфері шлюбу, народження дітей, сфери зайнятості, вибору професії, охорони здоров'я. Саме у цьому й відбувається перетин державного регулювання демографічного розвитку і соціальної політики. Механізми державного регулювання обумовлюють формування демографічних потреб, що визначають особливості демографічної поведінки, а також формування умов щодо їх реалізації. Виходячи з цього, державне регулювання демографічного розвитку виступає в якості невід'ємного елемента державного управління соціально-економічним розвитком, що є специфічним за своїми цілями, але узгоджене з іншими сферами, серед яких охорона здоров'я і соціальне забезпечення населення, освіти, соціальний захист.

Особливої складності державному регулюванню демографічного розвитку як елементи соціального управління надає необхідність враховувати і гармонізувати інтереси різних рівнів: групових і суспільних, індивідуальних, сімейних; локальних, територіальних і загальнонаціональних; соціально-економічних, політичних, екологічних; коротко-, середньо- та довгострокових.

Тому, з урахуванням соціально-економічного розвитку України, доцільним буде зосередити увагу на такому напрямі удоско-

налення механізмів державного регулювання демографічного розвитку як охорона і забезпечення репродуктивних прав громадян, формування їх репродуктивних потреб, що включає в себе надання професійної медичної та соціальної допомоги в питаннях планування сім'ї, підвищення якості, розширення форм і видів медичного обслуговування для сім'ї репродуктивного віку і поширенню знань про профілактику захворювань і по зміцненню здоров'я. Вибір зумовлений тим, що саме сфера охорони здоров'я поєднує обидва блоки пріоритетних напрямів розвитку державного регулювання демографічних процесів, а саме: максимізації рівня народжуваності та мінімізації рівня смертності.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Розробці теоретичних та методичних засад комплексного дослідження сучасної демографічної ситуації, виявленню причин та наслідків демографічної кризи, тенденцій демографічних процесів присвятили свої праці багато вітчизняних учених, зокрема: В. Геєць [10], Б. Данилишин [12], А. Дегтяр [13], Н. Левчук [17], Е. Лібанова [5; 9; 18; 19], Д. Карамішев [13], В. Куценко [3; 4; 14; 15; 16], О. Макарова [20], Д. Мельничук [21], Я. Остафійчук [12; 14], В. Удовиченко [3] та ін.

Мета і завдання дослідження:

- розкрити сутність державного регулювання демографічного розвитку на основі уточнення його особливостей, зокрема через такий напрям, як охорона здоров'я;

- обґрунтувати методичний підхід щодо удосконалення механізму фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я як пріоритету державного регулювання демографічного розвитку.

Виклад основного матеріалу дослідження.

Низький рівень основних макроекономічних показників розвитку України обмежує можливості державного впливу (у контексті фінансового забезпечення) на демографічні процеси. Тому актуальним вбачається виявлення резервів посилення такого впливу в умовах обмеженості фінансово-матеріальних ресурсів.

У цьому контексті розглянемо спочатку нововведення, пропонувані різними науковцями для удосконалення вітчизняної системи

соціального забезпечення в цілому. Так, представники наукового середовища, розглядаючи питання, пов'язані з політикою держави у соціальній сфері, пропонують різні підходи щодо підвищення ефективності їх вирішення. Поширеним є підхід, який передбачає спільне вирішення проблеми фінансування соціальних проблем через запровадження податків на надбагатство [5; 8]. Серед проблем вдосконалення політики держави у соціальній сфері основними виділяють такі: стабілізація фінансового стану позабюджетних соціальних фондів; ліквідація заборгованості працівникам по заробітній платі; розширення джерел фінансування соціальних послуг; впровадження адресної системи соціальної підтримки населення; запровадження єдиного порядку коригування шкали і ставок оподаткування на прибуток та дохід.

Крім того, в теорії виділяються наступні напрями реалізації необхідних дій держави, спрямованих на розв'язання проблем, що постають перед соціальною сферою [7; 1]: посилення гарантій державного фінансування соціальної сфери; посилення контролю за витрачанням бюджетних коштів; раціоналізація державного фінансування; нововведення у механізмах фінансування; вдосконалення податкової політики; вдосконалення системи мінімальних соціальних стандартів з метою більш раціонального розподілу бюджетних коштів.

Необхідно відзначити, що важливою проблемою щодо адресної моделі державного регулювання у соціальній сфері є мінімізація витрат, пов'язаних з коректним визначенням адресата соціальної допомоги. Завдання щодо розроблення ефективних і маловитратних методів перевірки нужденності, добре адаптованих до місцевих умов, є одним з найважливіших на етапі реформування державного регулювання соціальної сфери. Це зумовлено тим, що існуючі методики перевірки нужденності засновані, перш за все, на обліку легальних доходів, є недосконалими і недостатніми.

Важливим напрямом адресної моделі державного регулювання у соціальній сфері має стати формування єдиних баз даних про одержувачів соціальних послуг, здійснення персоніфікованого обліку отримувачів соціальної допомоги, пільг та виплат, оскільки

без цього неможливо підвищити ефективність соціальної допомоги, уникнути дублювання витрат.

Щодо сфери охорони здоров'я, то повертаючись до питання нововведень, гнобхідно зазначити про наступне. Останніми роками в Україні набувають розвитку високоспеціалізовані методи лікування (кардіохірургія, ангіопластика, ендопротезування, інтервенційна радіологія із селективною хіміотерапією, лапароскопічна хірургія, факоемольсифікація катаракти з імплантацією штучного кришталика (за допомогою ультразвуку).

Нині в системі охорони здоров'я реалізується низка інноваційних проектів, спрямованих на підвищення ефективності діяльності та модернізацію системи, серед яких найбільш значущими можемо такі, зокрема: проекти ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні», «Фінансування та управління в сфері охорони здоров'я в Україні», «Здоров'я матері і дитини», а також проект ЄС «Підтримка розвитку медичних стандартів в Україні»; проект «Визначення політики з питань здоров'я», в межах якого впроваджується комп'ютерна модель «Allokate» (пер. з англ. – ресурсне забезпечення), заснована на відпрацюванні та використанні комп'ютерних моделей: відстеження нагальних проблем охорони репродуктивного здоров'я; прогнозування питань народонаселення і планування сім'ї з метою досягнення національних цілей бажаної народжуваності; визначення взаємозв'язку між материнською смертністю, післяабортними ускладненнями та відповідними аспектами планування сім'ї; виявлення впливу фінансових стратегій, що реалізуються, на рівень репродуктивного здоров'я населення області та забезпеченість засобами і послугами з планування сім'ї; проект щодо створення сучасної інноваційної моделі надання якісних медичних послуг населенню на прикладі опрацювання взаємодії лікарняної каси з організаціями взаємного страхування.

Серед перспективних інноваційних проектів удосконалення інфраструктури та організаційно-економічного механізму розвитку сфери охорони здоров'я, що потребують повноцінного фінансування, можна виділити: проекти з удосконалення техніко-технологічної бази медико-санітарної допомоги; запровадження

багатоканального та багаторівневого фінансування; запровадження загальнообов'язкового соціального медичного страхування; модернізація сфери з метою підвищення достовірності та якості діагностики і лікування; перехід до принципів доказової медицини з метою підвищення якості процесу лікування; впровадження високотехнологічних методів комп'ютерної та інших видів сучасної діагностики; впровадження нових інформаційно-аналітичних технологій на основі наявних технічних можливостей, що дає змогу працювати в єдиному інформаційному просторі всім медичним закладам. Разом із тим необхідно зазначити, що згідно з висновком експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я, країна, яка прагне мати життєздатну систему охорони здоров'я, має виділяти на її потреби не менше 5% ВВП. В Україні ж у 2016 р. цей показник склав 3,1%. Позабюджетні надходження досі не перевищували 10% сукупного фінансування вітчизняної системи охорони здоров'я [2].

Недостатньо ефективним залишається розподіл ресурсів, виділених на суспільну охорону здоров'я – 80% з них спрямовується на спеціалізовану стаціонарну допомогу, 15% – на спеціалізовану амбулаторну допомогу, лише 5% – на первинну медико-профілактичну допомогу, тоді як у 90% випадків звернень ефективна медична допомога може бути надана вже безпосередньо на первинному рівні. В структурі видатків вітчизняної системи охорони здоров'я основне місце посідає заробітна плата та витрати на утримання закладів охорони здоров'я (приблизно 90% усіх коштів), що залишає поза гідною увагою проблеми її техніко-технологічної модернізації [4].

У зв'язку з цим бюджетна політика із забезпечення ефективного функціонування системи охорони здоров'я повинна базуватись на таких позиціях: по-перше, спрямованість на досягнення обсягів фінансування у відповідності з Основами законодавства України про охорону здоров'я, якими передбачено виділення на систему охорони здоров'я 10% національного доходу; по-друге, збалансування системи багатоканального фінансування галузі; по-третє, удосконалення структури ресурсного забезпечення медичної допомоги за рівнями її надання; по-четверте, реалізація принципів

переходу державного і комунального секторів від фінансування мережі їх закладів до фінансування замовленого обсягу надання конкретного асортименту медичних послуг, а також встановлення прямої залежності між обсягами фінансування закладів та кількісно-якісними показниками їх роботи з надання медичних послуг; по-п'яте, підвищення результативності галузевої інвестиційної політики в контексті узгодження медичного, соціального та економічного ефектів вкладень; по-шосте, прискорення впровадження обов'язкової страхової медицини.

В цілому забезпечення ефективності функціонування соціальної сфери, і, зокрема охорони здоров'я, містить комплекс завдань, для вирішення яких необхідним є усунення характерних протиріч на різних рівнях. Одним із завдань є вирішення питання про ступінь укрупнення позабюджетних соціальних фондів. Ця проблема сприймається неоднозначно. Противники укрупненої системи позабюджетних соціальних фондів зазвичай посилаються на те, що багато країн, збільшуючи витрати на соціальний розвиток, йдуть по шляху його деталізації та спеціалізації. У цьому контексті виправданим слід вважати і об'єднання Фонду загальнообов'язкового державного соціального страхування з Фондом медичного страхування України, який планується створити відповідно до проекту Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» [6].

Щодо запровадження системи загальнообов'язкового соціального медичного страхування, то процес викликав багато питань. В цьому відношенні існує два прямо протилежні підходи до вирішення проблем, породжених перспективою широкомасштабного впровадження загальнообов'язкового соціального медичного страхування. Перший має на увазі згортання реформи і повернення до адміністративного управління охороною здоров'я при збереженні обов'язкових страхових внесків юридичних осіб як додаткове джерело коштів для галузі. Другий підхід полягає в тому, щоб подолати фрагментарність введення медичного страхування та впровадити базову модель загальнообов'язкового соціального медичного страхування в повному обсязі і домогтися виконання державою своїх

зобов'язань по фінансуванню загальнообов'язкового соціального медичного страхування непрацюючого населення.

При цьому підкреслюється важливість відповідності законодавства про медичне страхування, що передбачає єдину модель загальнообов'язкового соціального медичного страхування, умов, що породжує диференціацію таких моделей. Тут маються на увазі перехідні моделі, що діятимуть обмежений термін.

Одна з таких моделей передбачає, що функції страховиків виконують тільки Фонд медичного страхування України і його філії, а страхові компанії не є суб'єктами загальнообов'язкового соціального медичного страхування. Така модель може бути застосована там, де інфраструктура медичного страхування не розвинена, не створені страхові медичні організації.

Інша модель передбачає, що Фонд медичного страхування України акумулює тільки обов'язкові платежі підприємств за працююче населення. Вона може бути застосована в там, де можливостей бюджету є недостатніми для перерахування аналогічних за розміром внесків до Фонду медичного страхування України за непрацююче населення.

Важливим є питання про відсоток страхових внесків на загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування. Високий рівень процентних страхових внесків на загальнообов'язкове соціальне медичне страхування, на нашу думку, не дасть змоги вирішити проблему, оскільки на підприємствах недержавного сектора, в яких зайнято близько 2/3 працюючих, приховується від оподаткування більша частина фактично виплачуваної заробітної плати, а таке підвищення податкової ставки, за розрахунками, ляже важким тягарем саме на заробітну плату зайнятих державному сектору, що не забезпечить необхідних коштів для охорони здоров'я.

Початкова функція державного фінансування охорони здоров'я полягає в забезпеченні рівного доступу до цих послуг усіх громадян незалежно від рівня їх доходу. Але така функція не може бути виконана на базі традиційних підходів, заснованих на загальній «безкоштовності» державної охорони здоров'я. Щоб знизити регресивність державних витрат на охорону здоров'я і забезпечити

доступність таких послуг для найбільш бідної частини населення, необхідно ввести офіційні соплатежі населення, передбачивши одночасно виплату адресних компенсацій на лікування для особливо потребуючих категорій населення.

Розглянемо фінансовий механізм державного регулювання у сфері охорони здоров'я у контексті демографічного розвитку. Особливістю сфери охорони здоров'я є наявність такого показника, як серйозність захворювання, небезпека його для здоров'я, життя і працездатності пацієнта. На нашу думку, доцільним буде звернутися до існуючих напрацювань у цій сфері [5, с.171-173]. Так, в основу ефективного поєднання джерел фінансування і розподілу грошових коштів повинна бути покладена певна структуризація захворювань і пов'язаних з ними станів. За результатами проведеного узагальнення можемо зазначити наступне. У залежності від серйозності захворювання визначаються такі джерела фінансування. По-перше, захворювання, що становлять безпосередню загрозу життю хворого – мають повністю фінансуватись за рахунок бюджетних коштів. По-друге, захворювання, які при тривалому перебігу і відсутності адекватної терапії призводять до інвалідності пацієнтів – мають фінансуватись за рахунок поєднання різних джерел, але в першу чергу за рахунок коштів загальнообов'язкового соціального медичного страхування. По-третє, захворювання, які не становлять загрози для життя хворого і його працездатності, але пов'язані зі значним зниженням якості життя – мають фінансуватись із залученням коштів загальнообов'язкового соціального медичного страхування та особистих коштів самих хворих.

Таким чином, виділяється такий детермінуючий параметр - показник «серйозність захворювання, небезпека його для здоров'я, життя і працездатності пацієнта». Такий параметр може бути суміщений з системами координат, у вигляді шкали, від загрози для життя до зниження рівня життя і відображений на осі - Z (Рис. 1)

Таким чином, може бути забезпечено суспільно виправданий розподіл коштів на потреби охорони здоров'я. Загальна сума таких коштів є недостатньою для надання безкоштовної, а тим більше якісної медичної допомоги всім категоріям населення.

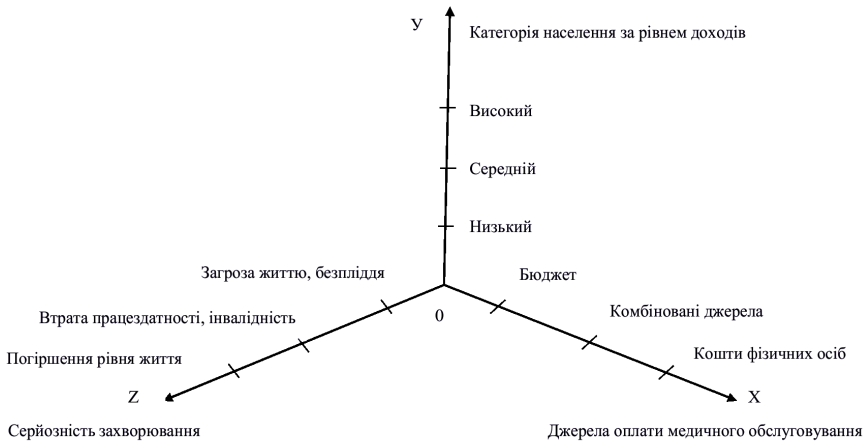


Рис. 1. Підхід до розподілу фінансових засобів щодо витрат на потреби охорони здоров'я

На викладеній вище системі координат розподіл коштів на потреби охорони здоров'я може бути відображено в вигляді лінії, ділянки якої відповідають відповідним джерелам або комбінації джерел оплати медичних послуг. При цьому форма лінії буде залежати від усіх трьох показників і свідчити про загальний обсяг коштів, що використовуються на потреби охорони здоров'я, а також про виправданість їх розподілу.

Щодо розподілу обмежених фінансових коштів, то з метою врахування особливостей системи охорони здоров'я доцільно згрупувати такі описи у залежності від їх співвідношення з віссю Z .

Таким чином, розрахунки, виходячи з наявного обсягу фінансових ресурсів, мають здійснюватись з урахуванням пріоритетності видів витрат. Тобто, в першу чергу кошти виділяються на найважливі цілі, а залишок, за його наявності, спрямовується на наступний за значущістю ви витрат.

Щодо позначень позначок, які будуть нами використовуватись.

S_z - загальна сума суспільних витрат на охорону здоров'я (витрати за загальнообов'язковим соціальним медичним страхуванням, державні витрати). Сюди не включені витрати фізичних осіб на до-

бровільне медичне страхування і платні медичні послуги. Ця величина використовується виходячи з того, що за недостатністю коштів загальнообов'язкового соціального медичного страхування вони можуть бути доповнені за рахунок бюджетів різних рівнів, а також через те, що виплати за зайняте населення також проводяться за рахунок бюджету. Така сума витрат, у першу чергу, спрямовується на забезпечення рівної можливості усіх громадянам щодо отримання безкоштовну медичну допомогу. Але на практиці від неї залежить лише доступ осіб з низьким рівнем доходу до медичного обслуговування.

C1, C2 ... Cn - суми, що витрачаються на надання медичних послуг відповідним категоріям населення, отримані з певних джерел.

31, 32, ... 3n - залишки, за їх наявності, коштів після здійснення першочергових, вторинних груп витрат за їх пріоритетністю.

Категорії населення, в залежності від рівня їх доходу, позначено наступним чином:

Нн - категорія населення, що має низький рівень доходу;

Нс - категорія населення, що має середній рівень доходу;

Нв - категорія населення, що має високий рівень доходу.

Серйозність захворювань і пов'язаних з ними станів позначено таким чином:

Хж - захворювання, що представляють безпосередню загрозу для життя людини, порушення репродуктивної функції (безпліддя);

Хі - захворювання, що здатні призвести до інвалідності людини;

Хр - захворювання, що здатні значною мірою знизити рівень життя людини.

Оскільки в роботі йдеться про черговість витрат, відображених у системі координат за віссю Х, то літерних позначень для показників положення щодо цієї віссі вже не потрібно, і групи витрат можуть мати лише подвійне, а не потрійне позначення, за винятком наведених нижче позначень особистих коштів пацієнтів. Тому:

С (НнХж) - кошти, які виділяються на лікування захворювань, що становлять загрозу для життя, а також порушують репродуктивну функцію (безпліддя) категорій населення з низьким рівнем доходів.

При цьому також мають враховуватись й кошти пацієнтів, що спрямовуються на безпосередню оплату медичних послуг або до-

бровільне медичне страхування, оскільки вони збільшують залишки коштів загальнообов'язкового соціального медичного страхування та бюджетних коштів на оплату медичних послуг:

К - кошти відповідних категорій населення, що витрачаються ними на оплату медичних послуг;

К (НнХж) - кошти, що витрачаються на оплату медикаментів, медичних послуг; особисті кошти пацієнтів, які належать до категорії з низьким рівнем доходів, що мають захворювання, небезпечні для життя, а також порушення репродуктивної функції (безпліддя).

Щодо підходу до забезпечення суспільно виправданого розподілу коштів, що передбачає визначення черговості за шкалою за віссю Z. Базуючись на прогностичних даних щодо потреб, кошти мають бути виділені на фінансування медичних послуг відповідно до захворювань, що становлять загрозу життю пацієнта, а також порушують репродуктивну функцію (безпліддя). Такі послуги надаються категоріям населення, які за шкалою системи координат відповідають сектору, розташованому найближче до початку координат: йому відповідає за віссю X «надання безкоштовних медичних послуг», за віссю Y - низький рівень доходу. Проте на практиці має місце також використання коштів пацієнтів на лікування цієї групи захворювань. Сюди відносяться, зокрема, додаткові витрати (на ліки, постільну білизну тощо).

$$Cз - C(НнХж) + K(НнХж) = 31 \quad (3.1)$$

Особам із середнім і високим рівнем доходів (вісь Y) доцільно пропонувати варіанти оплати, які передбачають різний ступінь участі у витратах на медичні послуги (вісь X). При цьому, щодо захворювань, які за віссю Z відповідають сектору «загроза життю людини та порушення репродуктивної функції (безпліддя)», то участь у витратах стосується, як правило, не безпосередньо лікування, а послуг із забезпечення комфортом пацієнта (палати з телевізором, телефоном, душем, тощо). Пацієнти з високим рівнем доходів також мають можливість оплачувати різницю вартості вітчизняних та імпортованих медикаментів, матеріалів; оплачувати гонорари додаткових консультантів.

На нашу думку, кошти на витрати, недостатнє фінансування яких є неприйнятним мають розподілятися наступним чином. Це

стосується сектору за шкалою, що відповідає захворюванням, які загрожують життю та порушення репродуктивної функції (безпліддя) (вісь Z), та співвідноситься з усіма секторами за віссю Y. Така позиція розповсюджується на категорії з будь-яким рівнем доходів, проте із дотриманням черговості (залежно від їх рівня):

$$31 - C(\text{HcXж}) + K(\text{HcXж}) = 32 \quad (3.2)$$

$$32 - C(\text{HbXж}) + K(\text{HbXж}) = R3 \quad (3.3)$$

При цьому частка коштів $K(\text{HbXж})$ має бути значною, хоча в цілому прогнозування в процесі планування різних видів витрат є доволі складним.

Стосовно сектору, який відповідає другій категорії за віссю Z (захворювання, які можуть спричинити інвалідність і втрату працездатності), то крім необхідності підвищення якості медичних послуг, що надаються населенню, така категорія захворювань має безпосередній вплив, по-перше, на забезпеченість економіки трудовими ресурсами, а по-друге, на пропорції між економічно активним працездатним населенням, відрахування від оплати праці якого формують кошти фонду загальнообов'язкового соціального медичного страхування, та осіб з інвалідністю, які отримують пенсію і переважно потребують більших витрат на послуги медичного характеру.

Разом із тим, при розподілі коштів на фінансування сфери охорони здоров'я доводиться враховувати їх суттєву обмеженість. Тому захворювання, які можуть спричинити інвалідність, втрату працездатності, відповідно до обсягу наявних коштів, як правило, різняться за різними категоріями населення, залежно від рівня доходів, і джерел фінансування: загальнообов'язкове соціальне медичне страхування, кошти пацієнтів. Проте, загальна пріоритетність груп витрат має бути збережена:

$$33 - C(\text{HnXi}) + K(\text{HnXi}) = 34 \quad (3.4)$$

$$34 - C(\text{HcXi}) + K(\text{HcXi}) = 35 \quad (3.5)$$

$$35 - C(\text{HbXi}) + K(\text{HbXi}) = 36 \quad (3.6)$$

Щодо третьої групи за віссю Z (захворювання, які не становлять небезпеки для життя і працездатності людини, проте здатні суттєво погіршити рівень його життя), то необхідно підкреслити, що оплата відповідних медичних послуг може здійснюватись за ра-

хунок коштів фонду загальнообов'язкового соціального медичного страхування за умови, коли задоволені потреби для категорій осіб з низьким рівнем доходів за першими двома групами захворювань (які представляють загрозу життя хворих, порушують репродуктивну функцію (безпліддя) та спричиняють інвалідність або втрату працездатності (вісь Z), тобто за подальшою пріоритетністю витрат. При цьому ймовірність залишків, достатніх для забезпечення потреб у медичних послугах всіх категорій населення, для цієї групи захворювань є незначною.

$$36 - C(\text{HнХр}) + K(\text{HнХр}) = 37 \quad (3.7)$$

Необхідно зазначити, що враховуючи низьку ймовірність наявності залишків 36, сума витрат $C(\text{HнХр})$ може бути близькою до нуля, а витрати на оплату лікування навіть соціально незахищених верств населення будуть здійснюватися за рахунок коштів $K(\text{HнХр})$. При цьому ймовірність наявності залишків коштів для наступних категорій витрат має ще нижчу ймовірність.

$$37 - C(\text{HсХр}) + K(\text{HсХр}) = 38 \quad (3.8)$$

$$38 - C(\text{HвХр}) + K(\text{HвХр}) = 39 \quad (3.9)$$

Враховуючи, що така група захворювань може мати суттєвий вплив на рівень життя людини, тому для осіб з високим рівнем доходів доцільним буде звернутись до платних медичних послуг. Важливе місце при наданні платних медичних послуг матиме система добровільного медичного страхування. Проте це не є безперечним. Зарубіжний, а також вітчизняний досвід свідчать про можливість іншої ситуації. Тобто, особи з високим рівнем доходів, за наявності у них вибору, вважатимуть більш привабливим безкоштовні медичні послуги.

Особи з меншим рівнем доходів при цьому охоплюються медичними послугами, надання яких фінансується на основі поєднання їх власних коштів, добровільного медичного страхування, а іноді й обов'язкового соціального медичного страхування. При цьому має бути можливість отримання компенсації витрат на оплату медичного обслуговування при наданні відповідних документів.

За наявності залишку фінансових коштів (39), вони можуть бути спрямовані на забезпечення потреб в наступні періоди. Наявність залишку коштів з більш високим номером у порівнянні з попереднім

періодом може бути показником ефективності діючої в країні системи охорони здоров'я та державного регулювання демографічного розвитку: при наданні якісних медичних послуг, профілактиці захворювань, популяризації здорового способу життя, формування потреби і забезпеченні можливості зміцнювати здоров'я населення, розумному використанні коштів в цілому загальна сума витрат на лікування може скоротитися в результаті зниження захворюваності, що виступає умовою позитивних зрушень демографічного стану в Україні.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Показано, що принциповою особливістю державного регулювання демографічного розвитку є опосередкованість впливу на динаміку демографічних процесів, зокрема через поведінку людини, через прийняття рішень в сфері шлюбу, народження дітей, сфери зайнятості, вибору професії, охорони здоров'я. При цьому механізми державного регулювання обумовлюють формування демографічних потреб, що визначають особливості демографічної поведінки, а також формування умов щодо їх реалізації через сферу охорони здоров'я, освіти, соціального забезпечення тощо. Враховуючи зазначене, обґрунтовано необхідність удосконалення механізму державного регулювання у сфері охорони здоров'я як основної умови демографічного розвитку, що впливає на охорону і забезпечення репродуктивних прав громадян, формування їх репродуктивних потреб (надання професійної медичної та соціальної допомоги в питаннях планування сім'ї, підвищення рівня якості, а також урізноманітнення видів й форм щодо медичного обслуговування для сім'ї репродуктивного віку, інформування населення про профілактику захворювань і зміцнення здоров'я). Вибір зумовлений тим, що саме сфера охорони здоров'я поєднує обидва блоки пріоритетних напрямів розвитку державного регулювання демографічних процесів, а саме: максимізації рівня народжуваності та мінімізації рівня смертності.

Проведений аналіз виявив суттєву обмеженість фінансових можливостей державного впливу на демографічні процеси через сферу охорони здоров'я, що обумовлює необхідність його оптимізації та пошуку резервів щодо використання фінансово-матеріальних ресурсів. У зв'язку з цим обґрунтовано підхід до удосконалення механізму

фінансування сфери охорони здоров'я як пріоритету державного регулювання демографічного розвитку, що спрямований на забезпечення суспільно виправданого розподілу коштів та передбачає: запровадження загальнообов'язкового соціального медичного страхування; реалізацію збалансованого багатоканального і багаторівневого фінансування за показниками рівня доходів пацієнтів (низький, середній, високий), серйозністю захворювань з відповідною їх структуризацією (загроза життю, безпліддя; втрата працездатності, інвалідність; погіршення рівня життя) для визначення джерел фінансування медичного обслуговування та способу їх комбінування.

Стаття надійшла до редакції: 08.09.2018

IMPROVING MECHANISM OF FINANCIAL SUPPORT OF THE HEALTH CARE AS A PRIORITY OF THE STATE REGULATION OF DEMOGRAPHIC DEVELOPMENT

Ivan Dragan, Zhytomyr State Technological University, Zhytomyr, Ukraine

Olha Dolinchenko, Interregional Academy of Personnel Management Kyiv, Ukraine

.....
In the article, on the basis of the conducted analysis, the situation has been developed to clarify the essence of state regulation of demographic development on the basis of specification of its features, in particular, through a direction such as health care. The methodical approach to improving the mechanism of financial support of health care sphere as a priority of state regulation of demographic development is substantiated. It is shown that the principal feature of state regulation of demographic development is the mediation of influence on the dynamics of demographic processes, in particular, through human behavior, through decisions in the sphere of marriage, the birth of children, the sphere of employment, the choice of profession, and health care. In this case, the mechanisms of state regulation determine the formation of demographic needs that

determine the characteristics of demographic behavior, as well as the formation of conditions for their implementation through the health, education, social security, etc. Taking into account the aforesaid, the necessity of improving the mechanism of state regulation in the field of health as the main condition of demographic development that affects the protection and provision of reproductive rights of citizens, the formation of their reproductive needs (provision of professional medical and social assistance in matters of family planning, raising the level of quality, as well as the diversification of the types and forms of medical care for the family of reproductive age, informing the population about disease prevention and strengthening health) The choice is due to the fact that the sphere of healthcare combines both blocks of priority directions of development of state regulation of demographic processes, namely: maximizing the birth rate and minimizing mortality.

The analysis revealed a significant limitation of the financial possibilities of state influence on demographic processes through the sphere of health care, which necessitates its optimization and the search for reserves for the use of financial and material resources. In this regard, the approach to improving the financing mechanism of the health care as a priority of state regulation of demographic development, which aims at ensuring socially justifiable distribution of funds, is substantiated and provides for: introduction of compulsory social health insurance; the implementation of balanced multi-channel and multi-level financing on the indicators of the level of income of patients (low, medium, high), the severity of diseases with their corresponding structuring (life threatening, infertility, disability, disability, worsening of living standards) to determine the sources of health care financing and how to combine them .

Keywords: *demographic development, state regulation, health care, improvement of the regulatory mechanism, financial support.*

Received: 08.09.2018

References

1. Vilenskij A. and Domnina I. (1999), "The system of social support of the population: lessons of the crisis and regional experience", *Voprosy jekonomiki*, vol. 2, pp. 84.
2. The Verkhovna Rada of Ukraine (2016), The Law of Ukraine "On the State Budget of Ukraine for 2016", *Vidomosti Verkhovnoi Rady*, vol. 5, st.54.
3. Kutsenko V.I., Udovychenko V.P. and Ostafijchuk Ya.V. (2013), *Suspil'nyj vektor staloho rozvytku (pytannia teorii ta praktyky) [Social vector of sustainable development (questions of theory and practice)]*, Vydavets' Lozovyj V.M., Chernihiv, Ukraine.
4. Kutsenko V.I. (2012), *Stalyj rozvytok: stratehiia i taktyka formuvannia cherez pryzmu sotsiohumanitarnoi sfer, [Sustainable development: strategy and tactics of formation through the prism of the socio-humanitarian sphere]*, DU IEPSR NAN Ukrainy, Kyiv, Ukraine.
5. (2012), *Nerivnist' v Ukraini: masshtaby ta mozhlyvosti vplyvu [Inequality in Ukraine: Scale and Impact Opportunities]*, Instytut demohrafii ta sotsial'nykh doslidzhen' imeni M.V. Ptukhy NAN Ukrainy, Kyiv, Ukraine.
6. Draft Law of Ukraine "On Compulsory State Social Medical Insurance" available at: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20100408_0.html.
7. Rozhdestvenskaja I.A. and Shishkin S.V. (1997), "Economic policy in the socio-cultural sphere: problems and prospects", *Jekonomika i matematicheskie metody*, vol. 1, pp. 144-150.
8. Smirnov S. and Isaev N. (1999), "Social policy: a new course", *Voprosy jekonomiki*, vol. 2, pp. 69-72.
9. Libanova E.M., Hladun O.M. and Lisohor L.S. (2013), *Vymiriuvannia iakosti zhyttia v Ukraini [Measurement of the quality of life in Ukraine]* Kyiv, Ukraine.
10. Heiets' V.M. and Kvasniuk B. Ye. (2003), *Transformatsijni peretvo-rennia, [Transformational transformations]*, Instytut ekonomichnoho prohnozuvannia NAN Ukrainy ; Feniks, Kyiv, Ukraine.
11. Hoshovs'ka V. (2007), "Social state: types, essence, content", *Visnyk Natsional'noi akademii derzhavnoho upravlinnia pry Prezydentovi Ukrainy*, vol. 3, pp. 259-265.

12. Danylyshyn B.M., Kutsenko V.I. and Ostafijchuk Ya.V. (2005), Sfera ta rynek posluh u konteksti sotsial'noi modyfikatsii suspil'stva, [Sphere and market of services in the context of social modification of society], ZAT Nichlava, Kyiv, Ukraine.

13. Diehtiar A.O. and Karamyshev D.V. (2006), “Improving the efficiency of public-management decisions on the solution of demographic problems in Ukraine”, Aktual'ni problemy derzhavnoho upravlinnia : zb. nauk. Pr, vol. 2 (29), Ch. 2, pp. 16-24.

14. Kutsenko V. I. Udovychenko V. P. and Ostafijchuk Ya. V. (2003), Sotsial'na depzhava (ppoblemy teopii, metodolohii, ppaktyky) [Social depozava (ppoblami of the theory, methodology, ppactics)], Rada po vyvch. pprodukt. syl Ukpainy HAH Ukpainy, Kyiv, Ukraine.

15. Kutsenko V.I. (2008), Sotsial'na sfera: real'nist' i kontury majbutn'oho (pytannia teorii i praktyky), [Social sphere: the reality and contours of the future (questions of theory and practice)], Aspekt-Polihraf, Nizhyn, Ukraine.

16. Kutsenko V.I. (2012), Stalyj rozvytok: stratehiia i taktyka formuvannia cherez pryzmu sotsiohumanitarnoi sfery, [Sustainable development: strategy and tactics of formation through the prism of the socio-humanitarian sphere], Derzhavna ustanova «Instytut ekonomiky pryrodokorystuvannia ta staloho rozvytku Natsional'noi akademii nauk Ukrainy», Kyiv, Ukraine.

17. Levchuk N.M. (2011), Asotsial'ni iavyscha v Ukraini u demohrafichnomu vymiri [Anecdotal phenomena in Ukraine in demographic terms], In-t demohrafii ta sotsial'nykh doslidzhen' im. M. V. Ptukhy NAN Ukrainy, Kyiv, Ukraine.

18. (2015), Liuds'kyj rozvytok v Ukraini. Modernizatsiia sotsial'noi polityky: rehional'nyj aspekt, [Human development in Ukraine. Modernization of social policy: regional aspect], In-t demohrafii ta sotsial'nykh doslidzhen' im. M.V. Ptukhy NAN Ukrainy, Kyiv, Ukraine.

19. (2010), Liuds'kyj rozvytok v Ukraini: minimizatsiia sotsial'nykh ryzykiv [Human Development in Ukraine: Minimizing Social Risks], In-t demohrafii ta sotsial'nykh doslidzhen' im. M.V.Ptukhy NAN Ukrainy, Derzhkomstat Ukrainy, Kyiv, Ukraine.

20. Makarova O.V. (2015), Sotsial'na polityka v Ukraini, [Social policy in Ukraine], In-t demo-hrafii ta sotsial'nykh doslidzhen' im. M.V. Ptukhy NAN Ukrainy, Kyiv, Ukraine.

21. Mel'nychuk D.P. (2015), Liuds'kyj kapital: prorytety modernizatsii suspil'stva u konteksti polipshennia iakosti zhyttia naseleння, [Human capital: priorities of modernization of society in the context of improving the quality of life of the population], Polissia, Zhytomyr, Ukraine.

Відомості про авторів / Information about the Author

Драган Іван Олександрович: Житомирський державний технологічний університет: вул. Чуднівська, 103, м. Житомир, 10005, Україна

Ivan Dragan: Zhytomyr State Technological University: Chudnivska str., 103, Zhytomyr, 10005, Ukraine

ORCID.ORG./0000-0002-5716-1273

E-mail: draagn2011@i.ua

Долінченко Ольга Михайлівна: Міжрегіональна Академія управління персоналом: вул. Фрометівська, 2, м. Київ, 03039, Україна

Olha Dolinchenko: Interregional Academy of Personnel Management: Frometivska Str., 2, Kyiv, 03039, Ukraine

ORCID.ORG./0000-0002-2449-1049

E-mail: dolinchenko@yahoo.com