

їнського ринку газу опосередковане, оскільки не передбачає інтеграцію національних мереж до європейської системи. Проте за наявності сприятливих умов, оптимальної політики та фінансових ресурсів роль України може бути ефективною та вагомю у низці проектів газотранспортних мереж, викладених у статті.

БІБЛІОГРАФІЧНИЙ СПИСОК:

1. Запужак І.Б. Сучасний стан та проблеми газотранспортної системи України у контексті євроінтеграційних процесів. URL: http://www.easterneurope-ebm.in.ua/journal/8_2017/11.pdf
2. Підсумки роботи ГТС Україна за 2017 рік. URL: <http://utg.ua/utg/media/news/2018/01/results-2017.html>
3. Building the European Energy Union. URL: https://www.ambrosetti.eu/wp-content/uploads/Building-the-European-Energy-Union_Full-Report_ENG1.pdf
4. Eastring at a glance. URL: <http://www.eastring.eu/page.php?page=about>
5. Eurostat, Energy statistics – market structure indicators. URL: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/energy/data/database>
6. Description of scenarios in the Energy Roadmap 2050. URL: https://ec.europa.eu/energy/sites/ener/files/documents/sec_2011_1565_part2.pdf
7. H. Hecking, F. Weiser Impacts of Nord Stream 2 on the EU natural gas market Decades. URL: <http://www.ewi-1163-17-Studie-Impacts-of-Nord-Stream-2-web.compressed.pdf>
8. Situation of the Ukrainian natural gas market and transit system. URL: <http://www.kpmg-situation-of-the-ukrainian-natural-gas-market-and-transit-system-2017-04-10.pdf>
9. Storage data AGSI+. URL: <https://agsi.gie.eu/#/>
10. The Southern Gas Corridor (SGC). URL: <https://www.tap-ag.com/the-pipeline/the-big-picture/southern-gas-corridor>
11. Ukraine first included in rating of gas hubs of Europe. URL: <http://www.nrcu.gov.ua/en/news.html?newsID=65258>

УДК 339.972

Поворозник М.Ю.

*аспірант кафедри міжнародного обліку та аудиту
Київського національного економічного університету
імені Вадима Гетьмана*

АСИМЕТРИЧНІСТЬ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У КОНТЕКСТІ ФОРМУВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЗА МІЖНАРОДНИМИ СТАНДАРТАМИ

У статті досліджено динаміку загальних витрат на охорону здоров'я в Україні. Проаналізовано ефективність структурного розподілу сукупних витрат на фінансування системи охорони здоров'я. Виявлено асиметрії системи фінансування, дисбаланси надання медичних послуг.

Ключові слова: медичні послуги, міжнародні стандарти системи охорони здоров'я, кількісно-орієнтований метод фінансування, первинна медична допомога, показники медикаментозного забезпечення.

Поворозник Н.Ю. АСИМЕТРИЧНОСТЬ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КОНТЕКСТЕ ФОРМИРОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПО МЕЖДУНАРОДНЫМ СТАНДАРТАМ

В статье исследована динамика общих расходов на здравоохранение в Украине. Проанализирована эффективность структурного распределения совокупных расходов на финансирование системы здравоохранения. Обнаружены асимметрии системы финансирования, дисбалансы оказания медицинских услуг.

Ключевые слова: медицинские услуги, международные стандарты системы здравоохранения, количественно-ориентированный метод финансирования, первичная медицинская помощь, показатели медикаментозного обеспечения.

Povoroznyk M.U. HEALTHCARE FINANCING ASYMMETRY IN THE CONTEXT OF MEDICAL SERVICES EFFECTIVE PROVISION UNDER INTERNATIONAL STANDARDS

The dynamics of gross expenditures in healthcare sector of Ukraine are researched in the article. The effectiveness of gross income structural division on healthcare system financing has been analyzed. Financial systems' asymmetries as well as disproportions of medical services provision have been detected.

Keywords: medical services, international standards of healthcare system, quantitative based method of financing, primary healthcare, medicated provision indexes.

Постановка проблеми. Система охорони здоров'я України за понад двадцятип'ятирічний період державної незалежності «законсервувалася» майже у незмінному стані у форматі моделі Семашка з усіма її невід'ємними атрибутами: переважанням державної власності у медичній сфері, орієнтацією державного фінансування на утримання лікарень і оплату праці медичного персоналу, фрагментованою управлінською системою медичної сфери, переважною акумуляцією медичних послуг у сегменті лікування неважких гострих станів, слабкою інституційною і фінансовою спроможністю медичної сфери щодо стримування поширення неінфекційних захворювань, а також фактичною відсутністю профілактики захворювань й ігноруванням медичних потреб здорового населення. Це стало закономірним результатом

того, що функціонуюча за соціалізму патерналістська модель державної політики в медичній сфері не була вчасно й оперативно замінена більш досконалим її ринковим аналогом із «запуском» ефективних із погляду міжнародної практики механізмів комерціалізації медичної індустрії та суспільного відтворення медичних послуг. Важливу цементаутворюючу функцію у цьому процесі відіграє фінансування галузі, що має формувати ефективну систему медичних послуг, яка відповідає за адекватні параметри кількісного й якісного відтворення національного ресурсу в постіндустріальній парадигмі національного економічного розвитку та реалізації моделі сталого розвитку.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Питанням управління системою охорони здоров'я, зокрема її фінансування, приділено увагу багатьох провід-

них українських та зарубіжних учених: Г. Ігнатєвої, К. Павлюка, С. Алімової, В. Князевича, С. Томсона, Т. Фубостера та ін. Проте окремої уваги потребує дослідження фінансування української системи охорони здоров'я з погляду якості надання медичних послуг.

Мета статті полягає у дослідженні структури фінансування системи охорони здоров'я України в контексті її відповідності міжнародним вимогам і стандартам ефективності надання медичних послуг.

Виклад основного матеріалу дослідження. Основними чинниками, що справляють негативний вплив на розвиток вітчизняної системи охорони здоров'я, є насамперед *недостатні обсяги її державного фінансування і високий рівень корупції*. Останні п'ятнадцять років характеризуються нарощуванням абсолютних і відносних показників фінансування вітчизняної системи охорони здоров'я з бюджетів усіх рівнів. У період 2000–2015 рр. загальні витрати на охорону здоров'я зросли з 10,5 до 155,2 млрд. грн., а на душу населення – з 213,6 до 3 630,1 грн. У відносному вираженні загальні витрати на охорону здоров'я за вказаний період зросли з 6,1% до 7,8% номінального ВВП, а частка державних витрат на охорону здоров'я – з 10,2% до 11,2% загальних видатків зведеного бюджету (із максимальними значеннями на рівні 14,3% у 2003 р., 13,2% у 2004 р. та 12,9% у 2013 р.) [1]. Як бачимо, такі показники повною мірою кореспондуються з відповідними індикаторами фінансування медичної сфери у країнах Центральної та Східної Європи.

Принагідно також відзначити особливу *інституційну структуру сучасного кінцевого споживання* вітчизняною системою охорони здоров'я фінансових ресурсів, у якій на лікарні припадає 35,3% поточних витрат, амбулаторні заклади – 12,4%, а на заклади з роздрібного продажу медичних товарів та інші організації з їх постачань – 38,2%. Водночас система загального управління охороною здоров'я та управління програмами громадського здоров'я споживають відповідно 7,7% та 0,8% від поточного фінансування медичної сфери. При цьому доволі варіативною залишається джерельна структура її фінансових ресурсів: тоді як лікарняні установи споживають переважно кошти суспільних (85%) і приватних фондів (15% – кошти домогосподарств), то амбулаторні заклади – кошти домогосподарств, приватних фірм і корпорацій (55,7%) та суспільних джерел (44,3%), а заклади з роздрібного продажу медичних товарів та інші організації з їх постачань – кошти домогосподарств (99,8%) та Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань (0,2%) [2].

Однак, співвідношення державних і недержавних джерел фінансування вітчизняної системи охорони здоров'я *не відповідає принципу оптимальної пропорційності*. Основним джерелом фінансування вітчизняної системи охорони здоров'я дотепер залишаються державні видатки (включаючи витрати державних фірм). У період 2003–2014 рр. вони стабільно становили від 55 до 61% загального фінансування медичної сфери; далі йдуть витрати домогосподарств (від 36 до 42%) на тлі вкрай незначного фінансування з боку приватних фірм і корпорацій (від 2,4 до 3,1%) та донорських організацій (0,2 – 0,3% відповідно) [3]. Подібна структура видатків на фінансування системи охорони здоров'я свідчить насамперед про значну обмеженість доступу до медичних послуг малозабезпечених верств українського населення.

Крім того, загальні витрати на фінансування вітчизняної системи охорони здоров'я дотепер не здатні забезпечити гідної оплати праці медичних працівників, надання українським громадянам якісних медичних послуг, забезпечення їх необхідними медикаментами і лікарняними ліжками, а також модернізацію медичного обладнання й упровадження інноваційних методик лікування. На думку експертів ВООЗ, доцільним є зменшення ролі приватного фінансування закладів охорони здоров'я, розширення доходної бази та підвищення рентабельності їхньої діяльності, вдосконалення методів об'єднання ресурсів шляхом зниження кількості фондів медичного страхування та створення єдиного загальнонаціонального фонду для забезпечення транспарентності планування і координації діяльності системи охорони здоров'я у цілому, а також боротьба з неофіційними платежами та чітке розмежування державного і приватного фінансування для обмеження негативного впливу останнього на розподіл фінансових ресурсів медичної сфери [4].

Незважаючи на абсолютне і відносне зростання державних витрат на фінансування охорони здоров'я в останнє десятиліття, вкрай *неефективним залишається його розподіл між вітчизняними медичними установами*, в основі якого лежать, головним чином, *кількісні критерії*, а саме: загальна кількість лікарняних ліжок, планова місткість амбулаторно-поліклінічних закладів, загальна кількість лікарів усіх спеціальностей та середнього медичного персоналу, вартість комунальних платежів тощо. Більше того, згідно з Бюджетним кодексом України, фінансування закладів охорони здоров'я здійснюється виключно на забезпечення їхньої діяльності й не передбачає покриття витрат залежно від обсягу наданих медичних послуг і виконаних робіт, а також потреб населення у медичному обслуговуванні. Своєю чергою, переважно бюджетний (неприбутковий) статус вітчизняних медичних закладів є значним гальмівним чинником щодо їх об'єднання з іншими лікарнями та аутсорсингу частини своїх виробничих функцій іншим лікарням для економії трансакційних витрат під час продукування медичних послуг.

Зрозуміло, що подібний *кількісно-орієнтований метод фінансування* здатен забезпечити лише інфраструктурну розбудову вітчизняної системи охорони здоров'я та її мережеве «роздування» і жодним чином не зорієнтований на формування в агентів медичної індустрії потужних мотиваційних стимулів щодо підвищення продуктивності своєї праці й ефективної оптимізації використання ресурсів. Достатньо сказати, що нині майже 80% загального обсягу фінансування вітчизняних лікарень спрямовується на підтримання інфраструктурних об'єктів і людського капіталу (у тому числі 63,6% – на заробітну плату медичного персоналу; 10,2% – на оплату комунальних платежів), тоді як прямі витрати на продукування медичних послуг – лише 21%; а інші витрати (оновлення обладнання й інфраструктури) – 5,2% [5]. При цьому медичні установи позбавлені права самостійно змінювати структуру своїх витрат на основі перерозподілу коштів з однієї статті бюджету на користь іншої (наприклад, на оплату праці персоналу чи закупівлю медичного устаткування замість оплати комунальних витрат чи купівлі витратних матеріалів), що робить управлінський процес негнучким і малопродуктивним. А обов'язкова вимога щодо повернення до бюджету невитрачених за рік асигнувань та загроза зменшення бюджетного фінансування на наступний рік на суму залишку коштів [6] ниве-

люють будь-які мотиви закладів охорони здоров'я щодо оптимізації структури своїх витрат та підвищення ефективності діяльності.

Крім того, кількісно-орієнтований метод фінансування медичної сфери стає причиною нерідко необґрунтованих випадків госпіталізації (до 60% їх загальної кількості), дублювання медичних послуг одного виду на різних рівнях системи медичного обслуговування, зростання кількості короткотермінових повторних випадків госпіталізації пацієнтів, недосконалої організаційної структури закладів охорони здоров'я, структури їх ліжкового фонду і штатного складу [7]. Вагомий дестабілізуючий вплив на розвиток вітчизняної медичної сфери справляє також відсутність чіткого розмежування функцій замовників і продуцентів медичних послуг. Йдеться насамперед про значний брак механізму розроблення й імплементації стратегічних планів розвитку медичної галузі на регіональному і національному рівнях; а також надання закладами охорони здоров'я медичних послуг і залучення ними фінансування без укладення контрактів із місцевими органами влади (обласними, районними, міськими, сільськими та селищними) як безпосередніми платниками за послуги, на які припадає нині понад 80% видатків зведеного бюджету медичної сфери.

Подібно іншим країнам світу найвитратнішим компонентом національної системи охорони здоров'я є стаціонарне лікування українських громадян. У період 2007–2015 рр. видатки на утримання лікарень і санаторно-курортних закладів стабільно становлять понад 64% загального фінансування, а в окремі роки (2008 р., 2010 р., 2011 р.) перевищують 70%. За вказаний період спостерігається чітко виражений тренд щодо зростання частки фінансування центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (з 1,3% до 8,7% загального фінансування системи охорони здоров'я) та станцій швидкої і невідкладної допомоги (з 1,6% до 4,7%) на тлі значного зменшення частки фінансування вітчизняних санаторно-курортних закладів (із 3,7% до 1,7%) та санітарно-профілактичних і протиепідемічних заходів і закладів (із 4,7% до 1,6% відповідно) [8]. Подібна динаміка є відображенням, з одного боку, законотвірних тенденцій у фінансуванні вітчизняних закладів охорони здоров'я щодо його концентрації на найбільш затребуваних напрямках медичного обслуговування населення, а з іншого – недостатньої уваги в нашій державі до питання профілактики захворювань громадян, їх валеологічного виховання і пропагування здорового способу життя.

Підтвердженням недостатнього розвитку у нашій державі системи профілактичних заходів зміцнення здоров'я українських громадян є й той факт, що у вітчизняних поліклінічних закладах до 60–70% кадрового корпусу представлено лікарями-фахівцями, які спеціалізуються на наданні спеціалізованої медичної допомоги населенню. Натомість не більше 40% лікарського корпусу надає нині базову профілактичну допомогу [9]. Крім того, непрозорість схем закупівлі вакцин і використання медичних препаратів сумнівних походження й якості значною мірою дискредитували саму ідею профілактичного щеплення для попередження цілої низки захворювань.

Нераціональною з погляду міжнародної практики залишається й вітчизняна система первинної медико-санітарної та спеціалізованої медичної допомоги. Так, якщо у західних країнах до 90% усіх медичних послуг надають нині заклади первинної

допомоги, а на сегмент сімейної медицини (де працюють лікарі загальної практики) припадає від 30% до 50% сукупної кількості лікарів сфери охорони здоров'я, то в Україні первинним рівнем медичних послуг покривається нині менше 30% пацієнтів у містах і до 50% – у сільській місцевості [10]. Своєю чергою, у структурі позалікарняних медичних закладів системи Міністерства охорони здоров'я України на наданні первинної медичної допомоги (у сільських і міських лікарняних амбулаторіях, амбулаторних відділеннях сільських дільничних лікарень) спеціалізуються нині понад половини (56,2%) їх загальної кількості; на наданні первинної й вторинної допомоги (у поліклінічних установах і відділеннях міських лікарень, центральних районних лікарнях) – 28,1% і тільки 27% спеціалістів первинної ланки медичних послуг репрезентують сегмент сімейної медицини (загальної практики) [11]. Підтвердженням загалом низького рівня розвитку вітчизняної системи первинної медико-санітарної допомоги є й той факт, що загальна кількість її закладів щонайменше вчетверо менша, ніж у середньому за групою країн ЄС (відповідно 1,2 проти 4,9 на 10 тис. населення); а лікарського персоналу – на третину (відповідно 6,3 проти 9,4 на 10 тис. населення) [12].

Між тим саме ефективна організація сфери охорони здоров'я, як наголошують експерти ВООЗ, здатна забезпечити зменшення загальної смертності населення у віці до 75 років на 23% у чоловіків і на 32% у жінок; а смертності від ішемічної хвороби серця – на 40–50% [13]. Зрозуміло, що нераціональна організація первинної ланки медичного обслуговування населення, як і хронічний брак її фінансування, вже стали причиною втрати вітчизняними медичними послугами системності, комплексності та поетапності надання, їх невідповідності потребам населення, як, власне, й посилюється формальність і фрагментарність у профілактиці захворювань громадян і їх диспансеризації. Водночас високий ступінь структурної «дисперсії» первинної медичної допомоги, її організаційне й функціональне поєднання з вторинною медичною допомогою призводить до деперсоналізації суспільної відповідальності лікаря за здоров'я пацієнта чи сім'ї і суттєво ускладнює сам процес управління якістю первинної ланки медичного обслуговування населення.

Більше того, у нашій державі практично відсутній чіткий розподіл медичних послуг на служби первинної і вторинної допомоги, коли до надання первинної медичної допомоги активно залучаються практично всі спеціалісти поліклінічних установ та структурних підрозділів лікувально-профілактичних закладів. Як результат – надмірне навантаження на сегмент спеціалізованої амбулаторної допомоги, висока частка виявлення захворювань українських громадян на пізніх етапах, ускладнень хронічних захворювань, а отже, зростання потреб населення у дорогих високоспеціалізованих медичних послугах. І це без урахування вкрай неефективної системи вторинної медико-санітарної допомоги в Україні з високим ступенем «розпорошеності» фінансових ресурсів між багаточисельними малопотужними лікарняними закладами, позбавленими можливостей купівлі сучасного медичного обладнання та інноваційних технологій лікування, а отже, низькою інтенсивністю потоків пацієнтів та втратою персоналом практичних навичок професійної діяльності. Достатньо сказати, що 630 лікарень в Україні (30% їх загальної кількості) мають ліжковий фонд менше 25 лікарняних ліжок, а ще понад 110 закладів – тільки

26–60 ліжок. Між тим пороговим кількісним показником можливостей продукування медичними закладами якісних і диверсифікованих медичних послуг є розподіл 100 тис. населення на одну лікарню [14].

Про значне відставання вітчизняної системи охорони здоров'я від міжнародної практики свідчать також *показники медикаментозного забезпечення пацієнтів* як невід'ємного компонента продукування медичних послуг. Так, сьогодні купівля медичних препаратів та інших медичних товарів негравало використання поглинає понад 30% загальних витрат на фінансування медичної сфери. Це не перевищує 4–5% загального обсягу державних витрат на охорону здоров'я, решта ж оплачується самими пацієнтами, а не лікувально-профілактичними закладами (для порівняння: у західноєвропейських країнах цей показник становить від 30% до 60% [15]). Навіть формат стаціонарного лікування у нашій державі передбачає купівлю пацієнтами медичних препаратів на загальну суму, що становить майже 87% загальної вартості ліків [16].

Необхідність покриття пацієнтами вартості лікарських засобів власним коштом спричинила широке поширення у медичній практиці агресивної реклами їх продажу. Йдеться, зокрема, про брак ефективних регуляторних механізмів у сфері відпуску медичних препаратів рецептурної групи, який спричиняє дедалі більшу орієнтацію фармацевтичних працівників на «просування» більш дорогих препаратів, переважно імпортного виробництва. Достатньо сказати, що в 2011 р. з 14 205 лікарських засобів, зареєстрованих в Україні, лише 3 681 позиція репрезентувала медичні препарати вітчизняного виробництва, що не перевищує 25% їх загальної кількості. При цьому частка лікарських засобів групи генериків вітчизняного виробництва на українському ринку становить у середньому 16% [17]. Це є свідченням надмірного навантаження на населення (яке оплачує медичні послуги за свій рахунок), а отже, відбиває глибокі структурні перекоси вітчизняної системи охорони здоров'я й потребує активізації державної політики у сфері охорони здоров'я щодо захисту найменш соціально захищених верств українських громадян.

Якщо в Україні понад 40% загального фінансування медичної сфери забезпечує населення зі своїх особистих коштів, то в країнах-лідерах – не більше 2–3%. Такий структурний дисбаланс прямої оплати населенням отриманих медичних послуг (не беручи до уваги 10% неформальних і тіньових платежів [18] у структурі загальних витрат на систему охорони здоров'я) не здатні «переломити» навіть механізми добровільного медичного страхування та лікарняних кас. Ці дані повною мірою кореспондуються із соціологічними опитуваннями українських домогосподарств на предмет доступності медичних послуг: якщо в 2014 р. кожне п'яте домогосподарство було нездатне задовольнити власним коштом придбання медичних препаратів, то в 2015 р. – вже 29,3% домогосподарств [19]. Більше того, згідно з дослідженнями експертів Світового банку, у загальних вартісних обсягах фінансування вітчизняної системи охорони здоров'я 43,6% припадає на приватні платежі пацієнтів, 33% опитаних домогосподарств нашої держави понад 10% своїх щомісячних доходів витрачають на медичні послуги (для порівняння: у країнах ЄС – у середньому 5,8%), а 15% українських

пацієнтів узагалі відмовляються від лікування через надмірно високі ціни на нього [20].

Висновки. Отже, цілком очевидно нині є чітко виражена невідповідність діючої в Україні системи фінансування охорони здоров'я основним її вимогам і міжнародним стандартам. Йдеться насамперед про передбачуваність фінансових витрат на медичне обслуговування населення, збалансованість вартісних обсягів фінансування й обсягів продукування медичних послуг, а також недопустимість надмірної витратності медичного обслуговування громадян для поточних доходів домогосподарств [21]. Такий стан речей, спричиняючи появу якісно нового виду бідності українського населення – медичної бідності¹, – є абсолютно недопустимим у параметрах кількісного й якісного відтворення національного ресурсу у постіндустріальній парадигмі національного економічного розвитку та реалізації моделі сталого розвитку і досягнення Цілей розвитку тисячоліття.

Високий рівень корупції у медичній сфері, неефективний кількісно-орієнтований метод її фінансування, нераціональна система первинної медико-санітарної і спеціалізованої медичної допомоги, відсутність чіткого розподілу медичних послуг на служби первинної і вторинної допомоги, а також недосконалі механізми державних закупівель лікарських препаратів, їх реімбурсації і референтного ціноутворення спричиняють високий ступінь «розпорошеності» фінансових ресурсів між багаточисельними малопотужними лікарняними закладами, мережеве «роздування» вітчизняної системи охорони здоров'я, низьку інтенсивність потоків пацієнтів та втрату персоналом практичних навичок професійної діяльності. Таким чином, низька якість вітчизняних медичних послуг значно обмежує їх позитивний вплив на здоров'я українських громадян, стаючи, по суті, причиною марнотратного витрачання і без того обмеженого фінансування медичної сфери.

БІБЛІОГРАФІЧНИЙ СПИСОК:

1. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2009 році: Статистичний бюлетень / Державна служба статистики України. К., 2011. С. 7.
2. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2015 році: Статистичний бюлетень / Державна служба статистики України. К., 2017. С. 8.
3. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2015 році: Статистичний бюлетень / Державна служба статистики України. К., 2017. С. 11–12.
4. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2009 році: Статистичний бюлетень / Державна служба статистики України. К., 2011. 7. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2015 році: Статистичний бюлетень / Державна служба статистики України. К., 2017. С. 8.
5. Финансирование здравоохранения в Европейском Союзе: проблемы и стратегические решения / S. Thomson, T. Fouboster, E. Mossialos; Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. ВОЗ, 2010. С. 116–117.
6. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2015 році: Статистичний бюлетень / Державна служба статистики України. К., 2017. С. 5.
7. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 рр. С. 12.
8. Ігнат'єва Г.Ф. Використання досвіду функціонування суспільно-солідарної системи керованої медичної допомоги в умовах децентралізації управління системою охорони здоров'я. Публічне адміністрування: теорія та практика. 2014. № 1.

¹ За даними експертів Світового банку, в силу високого рівня цін на медичні послуги в Україні лави соціальної групи медичної бідності може поповнити будь-яке українське домогосподарство після діагностування у його члена складного захворювання (онкологічного, серцево-судинного тощо), що потребуватиме від сім'ї колосальних витрат, неспіввимірних із поточними і попередніми її доходами.

9. Павлюк К.В. Удосконалення механізмів фінансування медичних послуг в Україні. *Фінанси України*. 2016. № 2. С. 64–82. URL: www.treasury.gov.ua.
10. Методологічні проблеми фінансової теорії та практики в умовах економічної нестабільності: матер. наук. конф. проф.-викл. складу. Тернопіль: ТНЕУ, 2010. С. 32.
11. Відповіді на питання з реформування медичного обслуговування / Міністерство охорони здоров'я України. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/reform_answers.html.
12. Алімова С.Л. Інвестування галузі охорони здоров'я: вітчизняний та зарубіжний досвід. *Стратегічні пріоритети*. 2016. № 1 (38). – С. 63–72.
13. Князевич В. Первинна медико-санітарно допомога/сімейна медицина. Київ, 2010.
14. Попченко Т.П. Реформування сфери охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення: аналітична доповідь. К.: НІСД, 2012. С. 3–4.
15. Проект ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні». Детальний опис та характеристика госпітальних (лікарняних) інформаційних систем. Оцінка та рекомендації / Представництво Європейської Комісії в Україні. Київ, 2009.
16. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2015 році: Статистичний бюлетень / Державна служба статистики України. К., 2017. С. 15.
17. Алімова С.Л. Інвестування галузі охорони здоров'я: вітчизняний та зарубіжний досвід. *Стратегічні пріоритети*. 2016. № 1 (38). – С. 63–72.
18. Попченко Т.П. Реформування сфери охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення: аналітична доповідь. К.: НІСД, 2012. С. 12.
19. Алімова С.Л. Інвестування галузі охорони здоров'я: вітчизняний та зарубіжний досвід. *Стратегічні пріоритети*. 2016. № 1 (38). – С. 63–72.
20. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України за 2015 рік / За ред. В.В. Шафранського; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». К., 2016. С. 336.
21. Україна 2030: Доктрина збалансованого розвитку. Львів: Кальварія, 2017. С. 128.
22. Голованова І.А., Краснова О.І. Актуальні проблеми розвитку медичного страхування в період ринкового реформування. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2015. № 1 (1). С. 16–21.

УДК 339.9

Решетило В.П.

*доктор економічних наук, професор,
завідувач кафедри економічної теорії та міжнародної економіки
Харківського національного університету міського господарства
імені О.М. Бекетова*

Островський І.А.

*кандидат економічних наук,
доцент кафедри економічної теорії та міжнародної економіки
Харківського національного університету міського господарства
імені О.М. Бекетова*

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ФУНКЦІОНУВАННЯ ЕКОНОМІКИ УКРАЇНИ У ВІДКРИТОМУ ГЛОБАЛЬНОМУ СЕРЕДОВИЩІ

Досліджено проблеми та суперечності процесів глобального економічного розвитку та їх вплив на розвиток національної економіки. Визначено, що поглиблення антагонізму між глобальною експансією ТНК і національним економічним суверенітетом країн світу є однією з наймасштабніших та найгостріших суперечностей глобалізації, що змушує країну шукати своє «природне» місце в системі міжнародних відносин. Проаналізовано основні проблеми входження України в процеси глобалізації, зокрема підвищення конкурентоспроможності економіки та ефективності державного менеджменту, відставання ефективних реформ у нормативно-правовій системі, суперечлива діяльність ТНК, необхідність переходу від постачальницько-збутової до інвестиційно-виробничої моделі організації зовнішньоекономічних зв'язків.

Ключові слова: глобалізація, техноглобалізм, фінансовий глобалізм, транснаціоналізація, інвестиційно-виробнична модель зовнішньоекономічних зв'язків.

Решетило В.П., Островский И.А. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЭКОНОМИКИ В ОТКРЫТОЙ ГЛОБАЛЬНОЙ СРЕДЕ

Исследованы проблемы и противоречия процессов глобального экономического развития и их влияние на развитие национальной экономики. Определено, что углубление антагонизма между глобальной экспансией ТНК и национальным экономическим суверенитетом стран мира является одним из самых масштабных и острых противоречий глобализации, что заставляет каждую страну искать свое «естественное» место в системе международных отношений. Проанализированы основные проблемы входения Украины в процессы глобализации, в частности повышение конкурентоспособности экономики и эффективности государственного менеджмента, отставание эффективных реформ в нормативно-правовой системе, противоречивая деятельность ТНК, необходимость перехода от снабженческо-сбытовой к инвестиционно-производственной модели организации внешнеэкономических связей.

Ключевые слова: глобализация, техноглобализм, финансовый глобализм, транснационализация, инвестиционно-производственная модель внешнеэкономических связей.

Reshetilo V.P., Ostrovskiy I.A. THE MODERN PROBLEMS OF ECONOMIC FUNCTIONING IN OPEN GLOBAL ENVIRONMENT

The Problems and contradiction of global economic development processes and their influence on development of national economy are researched. Certainly, that deepening of antagonism between global expansion of TNCs and national economic sovereignty of the world countries is one of scale and peracute contradictions of globalization which forces every country to search the "natural" place in the system of international relations. The basic problems of including of Ukraine are analysed in the processes of globalization, in particular, increase of competitiveness of economy and efficiency of state management, lag of effective reforms, in to normatively legal to the system, contradictory activity of TNCs, transition necessity from procurement – sale to investment-production model of organization of external economic connections.

Keywords: globalization, technological globalization, financial globalism, transnationalisation, investment-production model of foreign economic relations.