

УДК: 615.1:167/168:351.84

**ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СТРУКТУРИ ВИТРАТ, ЩО ПОВ'ЯЗАНІ З
ОРГАНІЗАЦІЮ НАДАННЯ НАСЕЛЕННЮ МЕДИЧНОЇ ТА
ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ В КРАЇНАХ ОЕСД**

¹Панфілова Г.Л., ²Богдан Н.С.

¹*Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна*

²*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна*

panf-al@ukr.net

У будь-якій країні світу організація надання медичної та фармацевтичної допомоги постає як високовартісний та соціально відповідальний процес, який потребує постійного моніторингу ефективності на всіх виключно рівнях. Особливої актуальності оцінка ефективності організації проведення зазначених заходів мають у країнах, які за довгий час досягли значних успіхів у напрямку впровадження соціально орієнтованих моделей надання населенню медичної та фармацевтичної допомоги. До таких країн й відносяться країни, що входять до складу «Organisation for Economic Cooperation and Development» (OECD).

Мета дослідження – аналіз витрат, які пов'язані з організацією медичної та фармацевтичної допомоги, а також послуги у країнах ОЕСД. У дослідженні використовувалися дані спеціальної літератури, міжнародних аналітичних агенцій, які представляють результати моніторингу макроекономічних показників, що впливають на стан розвитку світової системи фармацевтичного забезпечення у країнах ОЕСД у динаміці років.

За даними систематизації матеріалу можна стверджувати, що на рівень витрат в охороні здоров'я впливають різні фактори (вхідні витрати та потреби населення у медичній та фармацевтичній допомозі й послугі, соціально-економічні параметри розвитку країни, ситуація на фінансовому ринку тощо). Найбільша питома вага (%) у показнику загальних витрат на охорону здоров'я займають стаціонарні та амбулаторні медичні послуги. Так, за даними (ОЕСД) вони становлять 60,0% від усіх витрат на охорону здоров'я. Вартість ЛП становить ще 20,0%, а на третій позиції представлена так звана «довготривала медична допомога». Остання має тенденцію до зростання у загальній витратах на охорону здоров'я та за даними 2017 р. становила приблизно 14,0%. Решта витрат припадає на надання адміністративних послуг та державне управління самою системою охорони здоров'я, а також проведення комплексу профілактичних заходів в країнах. Встановлено, що структура витрат може різнитися у широкому інтервалі значень по різних країнах світу. Так, наприклад, у Греції приблизно 42,0% припадає на організацію надання стаціонарної медичної допомоги та відповідного фармацевтичного забезпечення хворих. Це найвище значення для країн, що досліджувалися, яка у цифровому показнику на 14,0% вища, ніж відповідні дані в середньому по країнах ОЕСД. Інший характер структури витрат спостерігається у багатьох країнах Північної Європи, а також у Канаді та Нідерландах, де зазначений показник дорівнює приблизно 25,0% та менше. Витрати на амбулаторну допомогу, яка охоплює консультації лікарів загального профілю та вузьких спеціалістів, були найвищими, порівняно з

іншими країнами, у Португалії та Ізраїлі (32,0%), а найменші у Греції та у Бельгії. Враховуючи той факт, що ціни на медичні послуги не відрізняються широким коливанням по різних країнах, більш цікавим виглядає аналіз витрат, що пов'язані з споживанням ліків та виробів медичного призначення (ВМП). Встановлено, що витрати на препарати та ВМП становлять більший % у витратах на охорону здоров'я в країнах з нижчим рівнем доходу. Зазначені витрати становили більше третини всіх витрат на охорону здоров'я у Словаччині. У Данії, Норвегії, Нідерландах та Швеції зберігається інша за характером тенденція, тобто зазначені витрати мали найнижче значення та дорівнювали від 10,0% до 12,0%. Аналіз витрат, що пов'язані з організацією надання довготривалої медичної допомоги дозволяє зробити наступні висновки. Зазначений показник по різних країнах може складати до 25,0% від загального показника витрат. Таке значення показника характерно для країн, де розроблені та запроваджені на офіційному рівні програми щодо догляду за особами похилого віку та неповносправними громадянами (Норвегія, Швеція та Нідерланди, Фінляндія). У країнах, які не мають на державному рівні таких програм (країни Південної, Центральної та Східної Європи) витрати на довготривалу допомогу у цифровому значенні значно менші. Так, наприклад, у Греції, Португалії, Угорщині та Латвії вони становлять від 5,0% та нижче від загального обсягу всіх витратах, що пов'язані з організацією населенню медичної та фармацевтичної допомоги й послуги. Доведено, що на первинну медичну допомогу у країнах ОЕСД припадає приблизно 13,0-14,0% від загальних витрат на охорону здоров'я. Даний показник коливався у значному діапазоні значень від 10,0% у Швейцарії, Словаччині, Нідерландах та Австрії та до 18,0% у Австралії та Естонії. Після економічної кризи та як наслідок, загального уповільнення фінансового зростання, збільшення витрат на охорону здоров'я спостерігалось практично у всіх країнах світу. Мало місце впровадження політики щодо захисту витрат на первинну медико-санітарну допомогу з метою заощадження коштів. Це призвело до суттєвого зниження заробітної плати в державних медичних закладах, затримок у процесі підвищення кваліфікації персоналу та відстрочок щодо інвестування діяльності відповідних закладів галузі. Незважаючи на все вищесказане, витрати на амбулаторну допомогу та довготривалу медичну допомогу й послуги зростали упродовж 5-ти років, з 2009 по 2013 рр. у значної більшості країн світу. Особливо зменшилися витрати, що пов'язані з придбанням ліків та ВМП. Після 2013 р. у багатьох країнах світу влада відмінила обмеження у галузі та профілактична робота на місцях мешкання громадян стала набирати все більших обертів. Упродовж 2013-2017 рр. темпи приросту (%) фінансування даних заходів дорівнювали 3,2% щорічно. Збільшення витрат на амбулаторну допомогу зросло більше ніж удвічі (з 1,1% до 2,8%), а витрати на надання стаціонарної допомоги зросло щорічно на 2,4%. Значно меншими темпами зростали витрати на ліки та ВМП (від 1,6% до 2,1% на рік).

В заключенні треба зазначити, що позитивним, з соціальної точки зору, є зростання витрат на довготривалу медичну допомогу значно більшими темпами, ніж всі інші види послуг, що надаються населенню у системі охорони здоров'я та фармацевтичному забезпеченні населення різних країн світу.