

ЦЕНТРАЛЬНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ТЕХНІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ЕКОНОМІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ
Кафедра фінансів, банківської справи та страхування

«Допущено до захисту»
Завідувач кафедри фінансів,
банківської справи та страхування
д-р екон. наук, професор
_____ Володимир СИБІРЦЕВ
«___» _____ 2024 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
за другим (магістерським) рівнем вищої освіти
на тему:
«Фінансове забезпечення галузі охорони здоров'я в Україні»

Виконав: здобувач вищої освіти 2 курсу, групи ФС-23М
ОПП «Фінанси, банківська справа та страхування»
спеціальності 072 «Фінанси, банківська справа, страхування
та фондовий ринок»

_____ **Ілля ПІНЧУК**

«___» грудня 2024 р.

Керівник роботи: кандидат економічних наук, доцент
кафедри фінансів, банківської справи та страхування

_____ **Тетяна МЕЛЬНИК**

«___» грудня 2024 р.

Рецензент: кандидат економічних наук, доцент кафедри
економіки, менеджменту та комерційної діяльності

_____ **Оксана СТОРОЖУК**

Завідувачу кафедри фінансів, банківської
справи та страхування

Володимиру СИБІРЦЕВУ

здобувача вищої освіти економічного
факультету групи ФС-23М

(ОПП «Фінанси, банківська справа та
страхування» спеціальності 072 «Фінанси,
банківська справа, страхування та фондовий
ринок»)

Пінчука Іллі Віталійовича

ЗАЯВА

Прошу дозволити мені виконати кваліфікаційну роботу за другим
(магістерським) рівнем вищої освіти на тему: «Фінансове забезпечення галузі
охорони здоров'я в Україні».

« 30 » червня 2024 р.

(підпис)

Погоджено:

Керівник кваліфікаційної роботи:

_____ канд. екон. наук, доцент кафедри фінансів, банківської
(підпис) справи та страхування, **Тетяна МЕЛЬНИК**

« 30 » червня 2024 р.

Завідувач кафедри фінансів, банківської справи та страхування:

_____ д-р екон. наук, професор **Володимир СИБІРЦЕВ**
(підпис)

« 30 » червня 2024 р.

Центральноукраїнський національний технічний університет

Факультет економічний

Кафедра фінансів, банківської справи та страхування

Ступінь вищої освіти магістр

Галузь знань 07 «Управління та адміністрування»

Спеціальність 072 «Фінанси, банківська справа, страхування та фондовий ринок»

Освітньо-професійна програма «Фінанси, банківська справа та страхування»

ЗАТВЕРДЖУЮ

завідувач кафедри

Володимир СИБІРЦЕВ

« 02 » вересня 2024 року

**ЗАВДАННЯ НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ
ЗА ДРУГИМ (МАГІСТЕРСЬКИМ) РІВНЕМ ВИЩОЇ ОСВІТИ
ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ**

Пінчука Іллі Віталійовича

(прізвище та ініціали)

1. Тема роботи Фінансове забезпечення галузі охорони здоров'я в Україні

(назва)

2. Керівник роботи Мельник Тетяна Андріївна

(прізвище та ініціали, науковий ступінь, вчене звання)

канд. екон. наук, доцент

3. Строк подання роботи до захисту 10.12.2024

4. Мета та завдання кваліфікаційної роботи

Метою кваліфікаційної роботи є узагальнення та поглиблення теоретичних основ фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я, проведення аналізу його практичної реалізації та обґрунтування комплексу рекомендацій щодо модернізації механізму фінансування медичної галузі.

Досягнення поставленої мети зумовило необхідність вирішення таких завдань:

- визначити сутність системи охорони здоров'я та дати характеристику її моделей;
- систематизувати і конкретизувати теоретичні засади фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я, його методи та фактори впливу на нього;
- охарактеризувати сучасну систему охорони здоров'я України та модель її фінансового забезпечення;
- здійснити оцінку функціонування вітчизняної системи охорони здоров'я та стану її фінансового забезпечення, виявити основні тенденції розвитку та наявні проблеми;
- обґрунтувати напрями оптимізації фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я та сформулювати комплекс пропозицій щодо використання альтернативних джерел її фінансування.

5. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
1	<i>Тетяна МЕЛЬНИК</i>		
2	<i>Тетяна МЕЛЬНИК</i>		
3	<i>Тетяна МЕЛЬНИК</i>		

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів виконання кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1.	Складання плану дослідження	жовтень 2024 р.	
2.	Підбір та вивчення літературних джерел за темою кваліфікаційної роботи	жовтень 2024 р.	
3.	Підготовка та подання керівнику: - першого розділу - другого розділу - третього розділу - вступу та висновків	листопад 2024 р. листопад 2024 р. листопад 2024 р. грудень 2024 р.	
4.	Подання робочого варіанту роботи керівнику	грудень 2024 р.	
5.	Доопрацювання роботи з урахуванням зауважень керівника	грудень 2024 р.	
6.	Нормо-контроль секретаря ЕК, перевірка на академічну доброчесність	грудень 2024 р.	
7.	Відгук керівника	грудень 2024 р.	
8.	Рецензування роботи. Підготовка документів, що подаються до ЕК (листи, довідки, інформаційний листок, висновок-виписка, опубліковані статті).	грудень 2024 р.	
9.	Подання роботи завідувачу кафедри на допуск до захисту	грудень 2024 р.	
10.	Доопрацювання роботи з урахуванням зауважень завідувача кафедри	грудень 2024 р.	
11.	Подання роботи та супровідних документів до ЕК	грудень 2024 р.	
12.	Захист роботи	грудень 2024 р.	

Дата видачі завдання:

« 02 » вересня 2024 року

(підпис керівника)

Мельник Т.А.

(прізвище та ініціали)

Завдання прийнято до виконання:

« 02 » вересня 2024 року

(підпис здобувача)

Пінчук І.В.

(прізвище та ініціали)

АНОТАЦІЯ

**Пінчук І.В. Фінансове забезпечення галузі охорони здоров'я в Україні.
– Рукопис.**

Магістерська робота на здобуття освітнього рівня «Магістр» за спеціальністю 072 «Фінанси, банківська справа та страхування». – Центральноукраїнський національний технічний університет, Кропивницький, 2024.

У роботі досліджено теоретичні та методичні аспекти фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я. Визначено сутність системи охорони здоров'я та характеристики її моделей. Поглиблено сутність фінансового забезпечення. Охарактеризовано систему охорони здоров'я України та модель її фінансового забезпечення.

Проаналізовано сучасні тенденції фінансування охорони здоров'я в Україні та досліджено практичні аспекти фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я на рівні територіальних громад.

Розроблено рекомендації щодо покращення процесу фінансового забезпечення функціонування закладів охорони здоров'я, які містять комплекс заходів із розширення джерел їх фінансування. Обґрунтовано пропозиції стосовно запровадження медичного страхування: добровільного та обов'язкового. Визначено основні напрямки реформування сфери охорони здоров'я з використанням зарубіжного досвіду. Запропоновано напрямки покращення фінансування охорони здоров'я у територіальних громадах.

Ключові слова: охорона здоров'я, медичні заклади, фінансове забезпечення, ефективність фінансування, медичне страхування, багатоканальне фінансування, державно-приватне партнерство.

ANNOTATION

Pinchuk I.V. Financial support of the healthcare sector in Ukraine. – Manuscript.

The Master's work for obtaining an educational degree "Master" in specialty 072 "Finance, Banking and Insurance". – Central Ukrainian National Technical University, Kropyvnytskyi, 2024.

The research of theoretical and methodological aspects of financial support for the healthcare sector was conducted in the paper. The essence of the healthcare system and the characteristics of its models were determined. The essence of financial support was deepened. The healthcare system of Ukraine and its financial support model was characterized.

Modern trends in healthcare financing in Ukraine and practical aspects of financial support for the healthcare sector at the level of territorial communities were studied.

Recommendations for improving the process of financial support for the functioning of healthcare institutions which include a set of measures to expand their funding sources were developed. Proposals regarding the introduction of voluntary and mandatory medical insurance were substantiated. The main directions of healthcare reform using foreign experience were determined. Directions for improving healthcare financing in territorial communities were proposed.

Key words: health care, medical institutions, financial support, financing efficiency, medical insurance, multi-channel financing, public-private partnership.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ПОЛОЖЕННЯ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	
1.1. Сутність системи охорони здоров'я та характеристика її моделей.....	
1.2. Фінансове забезпечення охорони здоров'я: сутність, методи та фактори впливу.....	
1.3. Система охорони здоров'я України та модель її фінансового забезпечення.....	
РОЗДІЛ 2. ОЦІНКА ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....	
2.1. Сучасні тенденції фінансування охорони здоров'я в Україні.....	
2.2. Фінансування сфери охорони здоров'я на рівні територіальних громад.....	
РОЗДІЛ 3. ОСНОВНІ ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМКИ ПОКРАЩЕННЯ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....	
3.1. Необхідність та напрями розвитку страхової медицини.....	
3.2. Використання зарубіжного досвіду фінансування охорони здоров'я.....	
3.3. Напрямки покращення фінансування охорони здоров'я у територіальних громадах.....	
ВИСНОВКИ.....	
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	
ДОДАТКИ.....	

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ПОЛОЖЕННЯ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутність системи охорони здоров'я та характеристика її моделей

Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» визначено природне невід'ємне і непорушне право кожної людини на охорону здоров'я, а також відповідальність держави й суспільства перед сьогодишнім та майбутнім поколінням за рівень здоров'я і збереження генофонду народу України. Держава повинна забезпечувати пріоритетність охорони здоров'я в своїй діяльності, поліпшувати умови праці, навчання, побуту і відпочинку громадян, розв'язувати екологічні проблеми, вдосконалювати медичну допомогу і впроваджувати здоровий спосіб життя [24].

Багатьма науковцями сфера охорони здоров'я визначається сукупністю політичних, економічних, правових, соціальних, культурних, наукових, медичних, санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів держави, які покликані зберігати та відновлювати людський капітал національної економіки в цілому та кожного індивіда окремо, своєчасно надаючи якісні медичні послуги закладами охорони здоров'я в найоптимальніші терміни.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), система охорони здоров'я складається з усіх установ охорони здоров'я, медичних працівників, які за допомогою сукупності організаційно-економічних заходів зберігають та відновлюють здоров'я людини, а також здійснюють профілактику різних захворювань.

Багато науковців вважають, що система охорони здоров'я – це сукупність дій, спрямованих на те, щоб зберегти і розвинути фізіологічні і психологічні функції, оптимальну працездатність і соціальну активність людини за максимальної біологічно можливої індивідуальної тривалості життя. Отже, вважаємо, що галузь охорони здоров'я — це сукупність заходів та дій

соціального спрямування, які здійснюються для того, щоб зберегти та відновити здоров'я населення, що є основною метою функціонування системи охорони здоров'я будь-якої держави світу, а також здійснити профілактику хвороб у тривалій перспективі шляхом надання своєчасних та якісних медичних послуг.

Інші науковці притримуються думки, що система охорони здоров'я є специфічним соціальним благом, доступність якого залежить від соціальної політики окремої держави та характеризує ставлення саме держави до свого населення, а також створює розуміння соціального статусу конкретного громадянина, його вплив на національну економіку і формування культури життєдіяльності в перспективі.

На нашу думку, за таких умов все ж таки основною дійовою особою на ринку медичних послуг є безпосередньо держава, яка здійснює формування соціальної політики, та повинна стати ключовим регулятором ринку медичних послуг, щоб зберегти та відновити здоров'я своїх громадян.

Оскільки людський капітал є найвищою цінністю в державі, основною метою стратегії розвитку її національної економіки є побудова якісної медичної системи.

Протягом тривалого часу держава повністю контролювала сферу охорони здоров'я України, тому що всі медичні послуги та програми, які реалізуються в медичній сфері, мають безпосередній вплив як на здоров'я та життєдіяльність населення, так і на національну економіку. Також жорстке регулювання сфери охорони здоров'я було обумовлене безпосереднім бюджетним фінансуванням, що давало державі реальні можливості впливу. Однак, внаслідок цього з плином часу не лише в Україні, а й у розвинених державах почали виникати перешкоди, що заважали розвитку медичної сфери. Це відбувалося зокрема через те, що всі намагання фінансувати сферу охорони здоров'я в більшості країнах світу лише коштами бюджету призвели до формування значних перепони для розвитку медичної галузі та поліпшення медичного обслуговування. Це спричинило необхідність реформувати підходи до фінансового забезпечення медичної сфери з урахуванням поточної ситуації.

Ще один важливий чинник, який посприяв усвідомленню потреби в проведенні медичної реформи та необхідності активного втручання держави в ці процеси стало погіршення стану здоров'я громадян, а також зниження якості медичних послуг через непередбачене здійснення витрат не на попередження хвороб, а на їх лікування. До того ж, держава повинна дотримуватись принципу соціальної справедливості, а отже створювати для всіх рівні умови доступу до медичних послуг. Водночас обмежений обсяг бюджетного фінансування сприяв зниженню витрат на лікування та негативно впливав на бажану результативність сфери охорони здоров'я. У зв'язку з цим логічним було визначення багатовекторного шляху розвитку цієї галузі, сутність якого полягає у формуванні багатоукладної системи надання медичних послуг, тобто паралельно з державним фінансовим забезпеченням створити можливості надання таких послуг приватним сектором за рахунок фінансових ресурсів фізичних осіб. Мета такої стратегії - не обмежувати можливості державної складової системи медичних послуг, а створити можливості для розвитку конкурентного середовища реалізації медичних послуг за рахунок розширення пропозиції.

На жаль, розвиток приватної медицини поки що стримується низьким рівнем життя населення нашої держави, однак ми переконані, що створення умов для здорової конкуренції на ринку медичних послуг позитивно вплине на функціонування даної сфери та підвищення їх якості.

Варто зауважити, що рівень впливу державного регулювання у сфері охорони здоров'я в конкретній державі залежить від її діючої моделі, яка залежить від пріоритету у фінансуванні медичної сфери – чи то за рахунок державного фінансування, чи за рахунок приватного капіталу. Переважна більшість країн світу з метою створення ефективного ринку медичних послуг, який повністю забезпечить право їх громадян на повноцінний медичний захист, намагається оптимізувати співвідношення державного та приватного фінансування.

Сьогодні більшість держав світу фінансує охорону здоров'я за рахунок загального оподаткування оптимізуючи державні витрати з метою

ефективного функціонування медичної галузі. В національній системі охорони здоров'я для всіх громадян встановлюються загальні критерії надання медичних послуг та однакові можливості їх отримання, незалежно від рівня доходів. Поряд з цим держава контролює функціонування медичної сфери, встановлює норми і протоколи, визначає порядок та принципи медичного обслуговування.

Однак все більше експертів вважає, що необхідно запроваджувати двополярну сферу медичних послуг, яка поєднує можливості держави та приватного капіталу, що сприятиме формуванню конкурентного ринку медичних послуг та дозволить інтегрувати у вітчизняну сферу охорони здоров'я сучасні технології лікування.

Узагальнивши світовий досвід класифікації систем охорони здоров'я, що містяться в сучасній економічній літературі, вважаємо, що необхідно виокремити з них три найважливіші моделі для побудови та розвитку національних медичних систем, які стали базовими для певних країн при формуванні стратегії їх соціально-економічного розвитку (Додаток А):

1. Запропонована німецьким канцлером О. Бісмарком у 1881 році модель - перша офіційна модель сфери охорони здоров'я, ключовою ідеєю якої було сформувати з внесків працівників та роботодавців фонди для фінансування збереження та відновлення працездатності працівників. Ідея моделі Бісмарка полягала в тому, щоб зберегти трудовий потенціал працівників, що позитивно впливало на соціально-економічний розвиток держави. В її основі лежить принцип солідарності та соціальної справедливості, за якого вся відповідальність за медичне обслуговування окремих громадян була покладена на державу та платників податків. Обсяг сплачуваних страхових внесків залежав від рівня доходу працюючих та встановлювався на прийнятному для них рівні.

2. Зовсім інша філософія була закладена англійським економістом У. Беверіджем у його власній моделі 1942 року, яка полягала у здійсненні фінансування медичної сфери переважно за рахунок державного бюджету. Відповідно до цієї моделі право на медичний захист мають всі громадяни держави, незважаючи на рівень доходів і працевлаштування. Мета цієї моделі -

підвищити рівень соціального захисту населення, що в результаті справило б позитивний вплив на збереження людського капіталу. За моделлю Беверіджа допускалося використання й інших джерел фінансування надання медичних послуг, однак ключова роль належала державі, якою було створено національну службу охорони здоров'я.

3. Після здобуття незалежності Україною, як і більшістю країн СНД, у спадок була отримана модель Семашко, за якої фінансування сфери охорони здоров'я відбувається лише за рахунок коштів державного бюджету, встановлюється контроль держави за цією сферою та відсутня приватна медицина. Зазвичай фінансувалися ліжко-місця, що негативно впливало на ефективність використання фінансових ресурсів, але, як вважають багато експертів, забезпечувало рівний доступ усіх громадян до медичних послуг.

Однак у радянської системи є і позитивні риси. Зокрема у період її функціонування було побудовано масштабну мережу медичних установ по всій країні (хоча всі ці роки виникали складнощі у її повноцінному фінансуванні), окремі лікарі мали високий рівень професіоналізму, було сформовано наукові школи та медичні заклади вищої освіти, що здійснюють підготовку висококваліфікованих фахівців, яких цінують не лише в Україні, а й за її межами.

Перевагами механізму бюджетного фінансування охорони здоров'я у порівнянні з механізмом обов'язкового медичного страхування можна назвати наступні:

1) Якщо сфера охорони здоров'я фінансується за рахунок ресурсів, закумульованих загальнодержавними податками, то забезпечується універсальний доступ всього населення до медичної допомоги, не зважаючи на статус зайнятості, вік чи стан здоров'я. Медичні потреби усіх громадян забезпечуються медичними послугами незалежно від можливості сплати страхових внесків;

2) Система бюджетного фінансування ефективніша та економніша, бо забезпечує зменшення адміністративних витрат, пов'язаних з менеджментом у страхових компаніях та контролюванням платежів;

3) При фінансуванні сфери охорони здоров'я за рахунок податкових платежів реалізується принцип солідарності шляхом забезпечення доступності медичної допомоги для бідніших верств населення за рахунок сплати вищих податків багатшими верствами населення, що знижує соціальні нерівності у цій сфері;

4) Бюджетні системи фінансування охорони здоров'я користуються популярністю та підтримкою серед громадян, тому що створюють у них відчуття соціального захисту та викликають довіру до державної системи охорони здоров'я.

Є один проблемний аспект цієї системи охорони здоров'я - це надмірно централізоване управління та абсолютна залежність медичної сфери від державного фінансового забезпечення, що є основними деструктивними чинниками хронічного недофінансування, відсутності можливостей оновити морально та фізично застаріле обладнання, а також вимушеності медперсоналу додатково працювати у приватних медзакладах щоб отримати достатні доходи. До слова, це ще одна причина існування дотепер неофіційних «подяк» лікарям у державних закладах охорони здоров'я. Більше того, суть проблеми заключається не стільки в недостатності обсягів фінансових ресурсів державного бюджету за цим напрямком, скільки в неефективності їх використання та значній частці адміністративних витрат на утримання профільного міністерства та чиновників в регіонах. Але ця «радянська» система управління мала і елементи ринкових відносин, які проявлялись неконтрольованими платежами пацієнтів за медикаменти і перев'язувальні матеріали, оплатою харчування та послуг медперсоналу, «благодійними внесками» до окремих державних і комунальних лікувально-профілактичних закладів.

Як зазначалося, інфраструктура медичних закладів хоч і широкомасштабна та розгалужена, але достатньо застаріла, тому для подальшого ефективного використання державних та приватних коштів на цю сферу треба не лише відремонтувати та оновити зношені будівлі, споруди та обладнання, але й модернізувати та оптимізувати їх.

Також недоліком цієї радянської системи є те, що вона орієнтована на реалізацію лікувальних заходів, а не профілактичних, тобто виходить так, що система має фінансову вигоду від недолікованого населення, на лікування якого систематично витрачаються кошти з бюджету, та не обирає здійснення профілактики (за аналогією «ямкового» ремонту доріг та поточних ремонтів у сфері ЖКГ). Від цього швидкими темпами старіє населення, зростає відсоток громадян з хронічними захворюваннями, поширюється нездоровий спосіб життя, особливо серед молоді та ін.

Все це спричиняло системну похибку у сфері охорони здоров'я, яка проявлялась через використання в деяких медичних закладах освіти старих технологій навчання та розповсюдження серед молодих лікарів «класичної практики лікування».

Вказані моделі фінансування системи охорони здоров'я також необхідно доповнити наступними:

1. «Приватна модель (The Private Insurance Model), або ринкова модель, полягає у наданні страхових медичних послуг за ринковими цінами. Постачальники страхових медичних послуг та споживачі мають безпосередню взаємодію, а держава виконує загальний контроль і регулювання на ринку медичних страхових послуг» [49, с. 173]. «Приватна модель фінансування системи охорони здоров'я у класичному вигляді характерна тільки для Сполучених Штатів Америки. Охорона здоров'я ґрунтується на приватному фінансуванні, крім двох основних державних програм, що фінансуються з коштів платників податків – Медікейр (Medicare) та Медікейд (Medicaid)» [80].

2. «Національна модель (The National Health Insurance Model), або модель Томмі Дугласа, яка походить від імені канадського політичного діяча, поєднує у собі деякі аспекти моделей Бісмарка та Беверіджа. Страхові компанії, тобто постачальники страхових медичних послуг, є приватними, як і в моделі Бісмарка, та за рахунок податкових надходжень до бюджету уряд фінансує медичну допомогу, як і в моделі Беверіджа. Класична національна модель існує у Канаді, але деякі країни також запозичили цю модель, наприклад, Південна Корея і

Тайвань» [79; 83, с. 84].

3. «Модель «з власної кишені» (The Out-Of-Pocket Model) притаманна менш розвиненим регіонам світу, в яких існує істотна межа між багатими та бідними. Через брак ресурсів для організації масової медичної допомоги, неспроможності забезпечити будь-яку систему охорони здоров'я пацієнти повинні платити з власної кишені за медичні послуги. Характерною особливістю цієї моделі є те, що багаті отримують медичну допомогу, а бідні залишаються хворими чи помирають. Модель «з власної кишені» застосовується у сільській місцевості Африки, Китаю, Індії, Південної Америки» [79; 83, с. 84].

Більшість науковців за джерелами фінансування об'єднують всі описані системи фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я у три базові моделі, серед яких слід виокремити такі:

- ринкову модель, засновану на платній основі, для якої характерна повна оплата медичних послуг населенням країни за рахунок своїх заощаджень. Зазвичай ця модель, ґрунтується на впровадженні приватного (особистого) медичного страхування та одночасним використанням незначного обсягу державної допомоги для підтримки функціонування медичної галузі;

- бюджетну модель, за якої для фінансування сфери охорони здоров'я використовуються виключно державні кошти, тобто безпосередньо бюджетні видатки;

- комбіновану модель, яка ґрунтується на принципі соціальної відповідальності, за якої наряду з системою соціального страхування використовується широкий фінансовий інструментарій діяльності та розвитку закладів охорони здоров'я.

Ключові характеристики вказаних моделей з урахуванням наукових підходів узагальнено в Додатку Б.

Країни з розвинутою системою охорони здоров'я, незалежно від моделі її фінансування та організації, характеризуються такими ознаками:

1. Для фінансування охорони здоров'я використовуються три основні джерела: кошти державного бюджету, частина доходів підприємців та страхові

внески населення.

2. Надання медичної допомоги службовцям, працівникам підприємств та їхнім родинам фінансується лише за рахунок коштів підприємств.

3. Застраховані особи вільно обирають лікарів та лікувально-профілактичні заклади, що сприяє розвитку конкуренції у сфері охорони здоров'я, підвищує якість медичної допомоги і посилює увагу до кожного пацієнта.

4. Уряди таких країн сприяють розвитку системи добровільного медичного страхування.

Слід пам'ятати, що модель фінансування охорони здоров'я не тільки забезпечує доступність якісних медичних послуг, але й сприяє збереженню здоров'я населення і його активної працездатності, відновленню людського капіталу та формує стійку тенденцію забезпечення вітчизняної економіки робочою силою у перспективі.

Вивчення сучасного досвіду організації більшістю держав світу моделей охорони здоров'я, дає можливість констатувати про використання ними значної частки приватної медицини. Більшість країн Європейського Союзу намагаються створити універсальний ринок медичних послуг, де функціонують як державні медичні заклади, так і представники приватних медичних практик, які не фінансуються державою. Варто зазначити, що практично у всіх розвинених країнах світу створені можливості фінансування отримання медичних послуг чи то із застосуванням системи соціального страхування, чи через систему приватного інвестування. З огляду на це та з урахуванням реального економічного стану держави й окремого громадянина, питання пошуку адекватної моделі сфери охорони здоров'я досі залишається актуальним.

1.2. Фінансове забезпечення охорони здоров'я: сутність, методи та фактори впливу

Багато вітчизняних та зарубіжних учених-економістів присвятили свої роботи проблемним питанням реалізації фінансового забезпечення суб'єктів господарювання. Більшістю з них фінансове забезпечення розглядається як створення фінансових ресурсів цільового характеру в необхідному розмірі для їх ефективного використання. Таке визначення підтримують О. Кириленко, Н. Кравчук, В. Федосов, С. Юрій та ін. [71]. Вважаємо, що даним визначенням влучно відображається суть явища, проте слід зауважити, що у наведеному трактуванні фінансове забезпечення проявляється тільки при створенні цільових грошових фондів, але ж воно може включати і порядок формування фінансових ресурсів нецільового призначення і таких, які розміщуються у нефондовій формі.

І.С. Козій вважає, що: «Фінансове забезпечення передбачає формування та використання фінансових ресурсів підприємств за допомогою оптимізації співвідношення всіх його форм і дає змогу створити такі обсяги фінансових ресурсів господарської діяльності, від яких підприємство мало б змогу функціонувати не тільки беззбитково, а й підвищувати ефективність діяльності та зміцнювати економіку країни загалом» [36, с. 228].

Іншої думки щодо сутності фінансового забезпечення О. Романенко, для якого «це – покриття затрат за рахунок фінансових ресурсів, акумульованих суб'єктами господарювання і державою» [64]. На нашу думку, цим визначенням автор відображає лише одну сторону явища, тому що фінансове забезпечення передбачає не тільки механізм витрачання фінансових ресурсів, а й участь у їх формуванні.

В. Федосов та В. Опарін дають визначення фінансового забезпечення «як систему джерел і форм фінансування розвитку економічної та соціальної сфер суспільства» [71]. Слід відмітити достатню лаконічність відображення авторами суті досліджуваного поняття.

С. Кравченко та С. Марковський дають більш об'ємніше визначення

фінансовому забезпеченню, зазначаючи, що: «фінансове забезпечення – це структурна діяльність, яка враховує дві важливі системні складові частини: основну діяльність, яка насамперед реалізує головне стратегічне завдання підприємства у виробництві та реалізації робіт, товарів та послуг і спонукає до мобілізації, накопичення, перетворення та розподілу децентралізованих фінансових ресурсів з метою досягнення позитивного фінансового результату (функціональна підсистема), а також менеджерську діяльність, яка створює надійну та ефективну фінансову забезпеченість підприємства» [38].

М. Дем'яненко вважає, що: «Фінансове забезпечення – це система фінансових відносин, які здійснюються за допомогою залучення та використання фінансових ресурсів. Виходячи з цього, усвідомлюємо, що його складовою є фінансові ресурси. Фінансове забезпечення є одним із складових елементів фінансового (фінансово-кредитного) механізму поряд з управлінням фінансовою діяльністю, фінансовим регулюванням, фінансовим плануванням і прогнозуванням» [17].

С. Гладій, до прикладу, трактує це поняття як: «узагальнюючий метод інвестування через фінансові форми як конкретні прояви категорій фінансової сфери, зовнішнього вияву механізму та його структурних елементів». До методів інвестування він відносить такі: бюджетне, кредитне, венчурне, акціонерне та змішане фінансування, а також повне самофінансування й лізинг, [12].

Дещо інше бачення має Д. Олійник, який вважає, що: «фінансове забезпечення – це організація через визначення обсягу фінансових ресурсів, науково обґрунтованого їх прогнозування, створення фінансових резервів і нормативно-правового забезпечення» [48, с. 5].

Т. Єфіменко вважає, що: «Фінансове забезпечення – це метод фінансового механізму, за допомогою якого формують і використовують фонди коштів» [20]. Таким визначенням підкреслюється, що фінансове забезпечення - це частина фінансового механізму, з використанням якого формуються і використовуються фінансові ресурси.

Ми підтримуємо думку І. Нечитайло, що: [46]: «Фінансове забезпечення –

це система заходів організаційного, правового, інформаційного характеру, спрямована на концентрацію фінансових ресурсів задля вирішення глобальних економічних, соціальних та екологічних проблем як держави, так і регіонів». Цим визначенням автор акцентує, що фінансове забезпечення - це не лише процес створення і витрачання фінансових ресурсів, але й система заходів, що спрямовані на досягнення конкретних цілей.

Я. Буздуганом фінансове забезпечення визначається як: «метод фінансового механізму, за допомогою якого формують та використовують фонди грошових коштів і який характеризує зміст впливу фінансів на різні аспекти суспільних правовідносин» [5]. Тут увага автора зосереджена на тому, що фінансове забезпечення виступає як метод фінансового механізму.

М. Галабурда у своїй науковій роботі дає визначення фінансовому забезпеченню з позиції відносин між державою та суб'єктами господарювання, а саме як: «економічні відносини між державою і суб'єктами господарювання стосовно мобілізації фінансових ресурсів домогосподарств, фірм, держави та зовнішніх запозичень у процесі реалізації соціальних і економічних цілей розвитку суспільства» [11]. Науковець не бере до уваги те, що за своєю сутністю фінансове забезпечення є процесом не лише акумулювання фінансових ресурсів, а й їх розподілення.

У своїй монографії І. Зятковський розкриває фінансове забезпечення як: «систему джерел і форм фінансування розвитку економічної та соціальної сфер суспільства, котре здійснюється в трьох формах: самофінансування, кредитування, бюджетні асигнування» [30, с. 44].

Фінансовий словник за редакцією А. Загородного містить таке трактування досліджуваного поняття, як: «Фінансове забезпечення – це забезпечення фінансовими ресурсами економіки держави, соціальних потреб і програм, виробництва продукції, науково-технічних досліджень, будівництва і переобладнання підприємств, а також утримання бюджетних організацій тощо» [23].

Як видно, кожен конкретний автор визначає сутність фінансового

забезпечення переважно з урахуванням аспекту фінансової діяльності – чи то на макро- чи на мікрорівні.

Отже, здійснивши критичний аналіз поняття «фінансове забезпечення», його можна визначити як систему фінансових відносин, в процесі яких здійснюється пошук, залучення та розподіл фінансових ресурсів з метою створення сприятливих умов для ефективної діяльності та соціально-економічного розвитку держави, регіонів, суб'єктів господарювання та громадян, до якої включають форми, методи та інструменти їх реалізації.

Джерелами фінансового забезпечення є фінансові ресурси, які використовуються для задоволення фінансових потреб суб'єктів господарювання, населення та держави.

Стосовно поняття фінансового забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я, то сучасна економічна теорія не дає його конкретного визначення. Поряд з цим Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) акцентує увагу на актуальності питань, пов'язаних з вирішенням глобальних проблем у галузі стратегічного планування та реформування фінансового забезпечення охорони здоров'я. Однак цією організацією до фінансових аспектів діяльності систем охорони здоров'я не включається оцінка їх фінансового забезпечення і фінансової стабільності, що спричиняє відсутність достатньої уваги та одностайної думки стосовно цих категорій в охороні здоров'я та свідчить про необхідність дослідження науковцями питань створення сучасної моделі фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в Україні в умовах її реформування.

Дослідження існуючих поглядів на визначення поняття «фінансове забезпечення» дає можливість сформулювати «фінансове забезпечення закладів охорони здоров'я» як сукупність принципів, джерел та способів акумулювання та розподілу фінансових ресурсів у закладах охорони здоров'я, використання яких забезпечує охорону, збереження, зміцнення та відновлення здоров'я населення. До того ж ефективність фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я має суттєвий вплив на їх фінансову стабільність та загальні показники

діяльності і, як результат, на фінансово-економічну безпеку та конкурентоспроможність (Додаток В).

Ключовими факторами впливу на фінансове забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я є фактори сприяння або стримування спроможності закладів до розвитку. Як свідчать практика управління закладами охорони здоров'я, їх керівниками не завжди береться до уваги врахування ключових аспектів впливу на фінансове забезпечення таких установ. З цієї причини нами здійснено виокремлення ключових внутрішніх і зовнішніх чинників, які спричиняють найбільш суттєвий вплив на загальний фінансово-господарський стан закладів охорони здоров'я, забезпечують ефективне формування достатнього обсягу фінансових ресурсів та постійний розвиток.

Внутрішні фактори впливу на управління фінансовим забезпеченням медичних закладів це: їх фінансова політика, стан матеріально-технічного забезпечення, поточний фінансово-господарський стан та рівень та ефективність управління закладами в т. ч. фінансового, кількісний та якісний показник медичних послуг та інше.

Зовнішні фактори визначаються: політико-економічною ситуацією в країні, рівнями інфляції та корупції в країні, розвитком науково-технічного прогресу та фінансового ринку, платоспроможністю громадян держави, станом екології в регіонах, де діють заклади охорони здоров'я та інше.

Оскільки державні лікарні та підприємства відрізняються за принципами, цілями та джерелами фінансування, є різниця і у їх фінансовому забезпеченні, зокрема, за:

- Джерелами фінансування. Підприємства фінансуються переважно приватними джерелами, таких як випуск акцій, взяття кредитів, доходи від власності, а також залучені на ринках капіталу кошти. Фінансове забезпечення державних лікарень, як правило, здійснюється з державного бюджету та існують обмеження залучати приватні кошти.

- Метою фінансового забезпечення. Головна мета для підприємства - отримати прибуток та максимізувати вартість для акціонерів, а для державної

лікувальної установи - забезпечити доступ до медичних послуг для населення та забезпечити якість медичної допомоги.

- Фінансовим контролем. Щоб підприємство ефективно використовувало ресурси та досягало фінансових цілей його фінансова діяльність строго контролюється. Діяльність державних лікарень також підлягає фінансовому контролю, однак їх залежність від державних бюджетних обмежень може бути більш сильнішою.

- Управлінням ризиками. Підприємства, як правило, зазнають комерційних ризиків, таких як конкуренція на ринку, зміна споживчого попиту та ін. Державні ж лікарні можуть більше вражати політичні та бюджетні ризики.

- Підвідомчістю. Підприємства працюють у власних інтересах, діють у межах закону та не залежать від контролю держави. Державні лікарні підпорядковуються владним органам та можуть зазнавати впливу державної політики та законодавства.

Ці відмінності виникають, оскільки відрізняються між собою діяльність комерційного сектора та галузі охорони здоров'я, яка підпорядкована загальним благам та потребам громадян.

Нинішній стан фінансового забезпечення вітчизняних закладів охорони здоров'я характеризують наступні тенденції:

- зростають витрати на охорону здоров'я під впливом технологічного прогресу, демографічних змін та очікувань споживачів, що формують попит і пропозицію на послуги охорони здоров'я;

- обмежений обсяг ресурсів пов'язаний з тим, що держава не бажає або нездатна акумулювати необхідну кількість фінансових ресурсів для виконання своїх зобов'язань перед системою охорони здоров'я. Це особливо актуально в нинішніх умовах фінансової нестабільності та впливає на фіскальну стійкість держави;

- зростає частка видатків на охорону здоров'я у ВВП. Якщо темп їх зростання швидший, ніж в інших галузях економіки, виникає небезпека витіснення в певний момент часу видатків на інші товари і послуги, які сприяють

підвищенню рівня життя населення, що може мати вплив на економічну стійкість закладів охорони здоров'я.

На практиці у своїй діяльності заклади охорони здоров'я використовують наступні методи фінансового забезпечення: оплата наданих медичних послуг, кошторисний, програмно-цільовий, кожен з яких має свої переваги та недоліки.

Найбільшу ефективність демонструє метод оплати медичних послуг, оскільки ґрунтується на розрахунку цін (тарифів) на медичні послуги і може реалізовуватися як з використанням планового так і фактичного їх обсягу. Особливої актуальності цей метод фінансового забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я набуває у зв'язку із запровадженням страхової медицини та отримання права цих закладів надавати платні медичні послуги.

Поряд з цим, оскільки в системі охорони здоров'я відсутній єдиний підхід до встановлення цін на медичні послуги питання стосовно ціноутворення закладів охорони здоров'я ще й досі залишаються відкритими.

Кошторисне фінансування нині найбільш застосовуваний у закладах охорони здоров'я України метод, за допомогою якого прогнозують видатки з урахуванням встановлених Міністерством охорони здоров'я України нормативів та визначають напрямки їх витрачання забезпечуючи контроль за їх цільовим використанням. Однак, використання даного методу не сприяє ефективному перерозподілу фінансових ресурсів закладами охорони здоров'я з метою досягнення більш високої якості надання медичних послуг, зокрема запроваджуючи інноваційні практики, оскільки вони не передбачені певними настановами. Окрім цього, використання кошторисного методу фінансування позбавляє заклади охорони здоров'я стимулів до будь-якого поліпшення їх роботи. Зокрема, бюджетні асигнування закладам охорони здоров'я виділяються тільки тому, що цей заклад існує, а зарплата його персоналу виплачується за перебування на робочому місці та відпрацювання часу в межах окремих статей кошторису [62].

Використання програмно-цільового методу фінансового забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я сприяє підвищенню ефективності

використання фінансових ресурсів таких установ впродовж всього періоду виконання медичної бюджетної програми [6], оскільки чітко визначаються цілі та об'єкти фінансування, а також встановлюється персональна відповідальність керівництва закладів охорони здоров'я за досягнення соціальних результатів цих програм.

Негативним аспектом у реалізації програмно-цільового методу є те, що його застосовують за залишковим принципом, а у випадках недостатності або відсутності бюджетних ресурсів для фінансування соціальних програм (у т.ч. й медичних) його використання призупиняється або зупиняється взагалі.

Отже, дослідження вітчизняних учених-економістів щодо трактування поняття фінансового забезпечення дозволяє характеризувати його як механізм визначення джерел фінансових ресурсів, принципів їх використання та форм фінансування розвитку соціально-економічної сфери держави, в тому числі й галузі охорони здоров'я.

1.3. Система охорони здоров'я України та модель її фінансового забезпечення

Основи законодавства України про охорону здоров'я декларують один з основних принципів охорони здоров'я – «принцип рівноправності громадян, демократизму і загальнодоступності медичної і реабілітаційної допомоги та інших послуг у сфері охорони здоров'я» [24]. У пункті «в» статті 7 Основ зазначено, що: «Держава гарантує всім громадянам реалізацію їх прав у сфері охорони здоров'я шляхом фінансування надання всім громадянам гарантованого обсягу медичних, реабілітаційних послуг та лікарських засобів у порядку, встановленому законом» [24].

Також сьогодні важливо при фінансуванні сфери охорони здоров'я забезпечити всеохоплюючий рівний доступ кожної особи до медичних послуг, а

також дотримуватись принципів солідарності та справедливості. При цьому важливо надавати необхідний обсяг медичної допомоги та забезпечити своєчасність її отримання без катастрофічних витрат пацієнтів.

Сутність принципу солідарності у системі охорони здоров'я полягає у відрахуванні шляхом оподаткування кожним громадянином частини своїх доходів, залежно від їх розміру, для допомоги особам, які цього потребують. Тобто для кожного громадянина гарантується рівний доступ до медичних послуг. Таким чином відбувається захист державою населення від ризиків соціального та фінансового характеру у системі охорони здоров'я, де в центрі уваги є людина та її потреби.

Слід зазначити, що система фінансового забезпечення охорони здоров'я являється складним механізмом збору, розподілу та використання фінансових ресурсів для забезпечення медичних потреб населення, для ефективного функціонування якої треба створити умови стійкого фінансування, щоб медична допомога була якісною та доступною усім громадянам.

У більшості розвинених країн основними елементами системи фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я є:

1) Акумулявання фінансових ресурсів, яке здійснюється, як правило, за рахунок:

- коштів загальнодержавного бюджету (частина податків, акцизів та інших джерел державних надходжень), які уряд спрямовує на охорону здоров'я;

- коштів обов'язкового медичного страхування, які накопичуються у спеціальному медичному фонді, з якого потім компенсуються медичні послуги. Для цього громадянами здійснюються індивідуальні внески або відраховуються страхові внески із зарплати;

- коштів добровільного медичного страхування, які формуються за допомогою приватних страхових компаній шляхом укладення договорів додаткового медичного страхування між страховиками та населенням або роботодавцями, що дає пацієнтам можливість отримання розширеного пакету медичних послуг або звернення до приватних закладів охорони здоров'я за

цінами вищими, ніж покриває держава;

- інших джерел, які можуть складатися із благодійних внесків, державних та міжнародних грантів, пожертвувань та інших надходжень, які використовуються для розвитку сфери охорони здоров'я.

2) Об'єднання коштів в одному спільному фонді, щоб у подальшому розподіляти фінансові ризики між багатьма пацієнтами у системі охорони здоров'я. Такий процес ще має назву пулінгу.

Ймовірність та розмір витрат на лікування конкретного індивіда складно передбачити у порівнянні з іншими державними зобов'язаннями Система покриття несподіваних видатків у разі виникнення нових випадків захворювань буде стійкішою, якщо розмір фінансового пулу (об'єднання) для повного розподілу ризиків між учасниками буде більший. Оптимальний розмір останнього визначають на підставі актуарних розрахунків, що здійснюються з використанням теорії ймовірностей, закону великих чисел, даних демографічної та епідеміологічної статистик. Чим більші пули, тим вони фінансово стійкіші.

Використання процесу пулінгу сприяє ефективному використанню коштів та більш рівному доступу до медичної допомоги, оскільки всі кошти акумулюються в одному спільному фонді. Важливим є те, щоб механізм розподілу ризиків, що виникли в даному пулі, давав можливість розпорядникам акумульованих фінансових ресурсів використовувати всі ці кошти на забезпечення медичною допомогою кожного, що забезпечуватиме стабільність фінансової системи, а не розпорошував його по окремих «кишенях».

3) Використання фінансових ресурсів. Ефективність цього процесу являється ключовим аспектом системи фінансування охорони здоров'я. Основними напрямками використання коштів у сфері охорони здоров'я є:

- фінансове забезпечення надання медичних послуг, яке виступає як безпосередня оплата медичних послуг, придбання лікарських засобів, оплата діагностичних заходів та лікування пацієнтів та реалізується з використанням кількох основних механізмів: оплати за послугу, оплати за випадок, оплати за результат, капітаційної ставки та ін.;

- здійснення профілактичних заходів з метою запобігання захворюванням та збереження здоров'я громадян;

- фінансове забезпечення покращення та розвитку медичної інфраструктури – це може бути ремонт, нове будівництво, оснащення закладів охорони здоров'я новим устаткуванням та ін.;

- фінансування навчання медичних працівників та наукових досліджень у медичній сфері з метою підвищення якості медичних послуг та ефективності їх надання.

Багато науковців схильні до думки, що під час трансформаційних процесів у сфері охорони здоров'я більшості держав світу першочерговими стають питання фінансового забезпечення цієї галузі, тому що нині навіть найбагатші серед держав світу не мають можливості повністю за рахунок своїх бюджетів фінансувати медичну сферу та ведуть пошук більш адекватних моделей. Низький рівень життя населення України та порівняно з іншими державами невеликий обсяг вітчизняного валового внутрішнього продукту ще більше загострює це питання та вимагає пошуку ідеальної моделі фінансування з використанням ретельного аналізу зарубіжного досвіду. Існує подвійна проблема: з одного боку у держави немає можливості самостійно фінансувати сферу охорони здоров'я, а з іншої – населення також не в змозі платити за себе, тому і з'являється сьогодні в Україні одна з основних проблем функціонування медичної сфери.

Вважаємо, що на сьогоднішньому етапі трансформації системи охорони здоров'я України необхідно створити такий фінансовий механізм раціонального та повноцінного фінансового забезпечення медичної сфери, який би враховував не лише поточну ситуацію, а й стратегію розвитку національної економіки на найближчі роки.

Велика кількість країн світу зараз шукають шляхи вирішення саме таких завдань. Деякі з них, навіть здійснюючи достатньо оптимальні витрати на сферу охорони здоров'я, за рахунок впровадження дієвих моделей фінансування цієї галузі підвищують рівень тривалості життя населення та знижують рівень його

смертності.

З початку незалежності України великі фінансові потрясіння для молодшої української держави негативно вплинули на можливості фінансування сфери охорони здоров'я - перелік медичних послуг не змінився, але коштів для їх фінансування бракувало, тому доступність медичних послуг для більшої частини населення знижувалася.

Враховуючи зазначене вище, у 2015 році в Україні стартувала реформа системи охорони здоров'я, ключовими пріоритетами якої є: «зміна підходів до її фінансування; впровадження інформаційних технологій в управління та надання медичних послуг; забезпечення рівного доступу до якісних послуг всім громадянам; зміна акценту з лікування на профілактику та раннє виявлення захворювань й наближення системи охорони здоров'я до європейських стандартів» [75; 72].

При цьому в процесі реалізації медичної реформи необхідно було:

1. Децентралізувати сферу охорони здоров'я, тобто передати частину владних повноважень та фінансових ресурсів на регіональний рівень.

2. Змінити модель фінансування галузі та поступово запровадити медичну субвенцію з держбюджету на місцевий рівень.

3. Надати автономію закладам охорони здоров'я у вирішенні фінансових та господарських питань.

4. Розвивати первинну медичну допомогу посилюючи амбулаторно-поліклінічну ланку для того, щоб у населення була можливість користуватися необхідними медичними послугами поблизу місця проживання. До того ж, це потенційно призведе до збалансування необхідного обсягу медичної допомоги з державними фінансами.

5. Створити інститут сімейної медицини, що є базовою ланкою системи медичного обслуговування, шляхом підписання громадянами декларацій з визначеними лікарями.

6. Створити електронну систему охорони здоров'я (eHealth), що призвело до значного спрощення документообігу та збереження медичних документів,

отримання пацієнтами доступу до своїх медичних даних, можливості записатися на прийом до лікаря та отримати рецепти на ліки і направлення на профільні обстеження.

7. Створити Національну службу здоров'я України як орган управління системою.

8. Перейти до системи державних закупівель ліків та медичних виробів через міжнародні організації.

9. Впровадити систему страхової медицини, яка полягає у поступовому переході від переважання бюджетного фінансування до оплати медичних послуг за рахунок страхових внесків населення та працедавців.

10. Підвищувати кваліфікацію медичних працівників та якість медичної освіти в Україні.

Варто зазначити, що для здійснення перетворень в системі охорони здоров'я необхідним було прийняття реальної нормативно-правової бази, що й було зроблено наприкінці 2017 року ухваленням Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [25], Закону України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» [26] та низки постанов Кабінету Міністрів України і наказів Міністерства охорони здоров'я України [61].

Попри великий спротив суспільства, Україна з використанням досвіду провідних держав світу почала відхід від моделі Семашка. З моделі Беверіджа, до прикладу, перейняли створення в нашій державі Постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 року № 1101 Національної служби здоров'я України (НСЗУ) [61], яка почала виконувати функції регулятора ринку медичних послуг, зокрема:

- реалізовувати державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій;
- проводити моніторинг, аналіз і прогноз потреб населення у медпослугах та ліках;
- виконувати функції замовника медпослуг та ліків за програмою медичних

гарантій;

- розробляти проект програми медичних гарантій, вносити пропозиції стосовно тарифів;
- укладати, змінювати та припиняти договори про медичне обслуговування пацієнтів та договори про реімбурсацію;
- перевіряти дотримання надавачами медичних послуг вимог, встановлених порядком використання коштів програми медичних гарантій і договорами про медичне обслуговування населення;
- забезпечувати функціонування електронної системи охорони здоров'я eHealth.

Положеннями Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [25] та інших нормативно-правових актів, прийнятих на його виконання, було змінено механізм фінансування охорони здоров'я за рахунок коштів Державного бюджету України. Зокрема, постатейне кошторисне фінансування більшості закладів охорони здоров'я змінили на оплату медичних послуг пацієнтам, медичні субвенції з бюджету - на програму медичних гарантій, яка містить визначений перелік гарантованих пацієнтам медичних послуг.

Важливо, що медичною реформою було запроваджено так звану автономізацію медичних закладів, тобто їх реорганізацію у комунальні некомерційні підприємства, які отримали можливості укладення договорів з НСЗУ й отримання прямого бюджетного фінансування медичних послуг замість медичної субвенції із Державного бюджету.

Сьогодні майже всі медичні заклади є партнерами НСЗУ, підписавши договори. Методологія впровадженої новітньої моделі полягає в тому, що заклади охорони здоров'я фінансуються виключно за конкретні випадки госпіталізації, а кошти виділяються для лікування конкретного пацієнта. Таким чином НСЗУ реалізувала основний принцип медичної реформи «гроші йдуть за пацієнтом», сплачуючи вартість реально наданих медичних послуг. Коли відбувся перехід від фінансування ліжко-місць виникло конкурентне

середовище, серед медичних закладів розгорнулась умовна боротьба за кожного пацієнта, оскільки саме вони є джерелом надходження коштів до закладу.

Договір з НСЗУ укладається надавачами медичних послуг на один рік. Схема фінансування первинної та стаціонарної медичної допомоги має різні механізми. Оплата першої відбувається за принципом капітації, а з 2021 року – ще й за результатами виконання договорів. Методи оплати спеціалізованого рівня це: глобальний бюджет, ставка на пролікований випадок та ставка на медичну послугу [25]. Варто зазначити, що тарифи можуть змінюватися із застосуванням коригувальних коефіцієнтів. Комунальні послуги, інші поточні витрати, а також капітальні видатки оплачуються з місцевих бюджетів, однак таке правило створює несправедливість по відношенню до приватних закладів охорони здоров'я на ринку медичних послуг.

Громадяни України тепер вільно обирають сімейних лікарів у комунальних або приватних медичних закладах, шляхом підписання з ними декларацій, а медичні заклади оплачують послуги за контрактами з НСЗУ. Укладання медичними закладами договорів з НСЗУ сприяє їх фінансовій незалежності, можливості самостійно розпоряджатися своїм бюджетом без обмежень тарифної сітки чи штатного розпису. В результаті цього керівники медичних закладів на свій розсуд визначають напрямки поточних видатків у межах бюджету, у т.ч. й коригують оплату праці медпрацівникам.

Удосконалену систему фінансового забезпечення первинної медичної допомоги наведено в Додатку Г.

Розмір базової капітаційної ставки на 2023 рік встановлено на рівні 786,65 грн. До неї у цьому році, з огляду на вікову групу пацієнтів, застосовувалися наступні коригувальні коефіцієнти:

від 0 до 5 років - 2,465;	від 6 до 17 років - 1,356;
від 18 до 39 років - 0,616;	від 40 до 64 років - 0,739;
понад 65 років - 1,232;	

Всесвітня організація охорони здоров'я, Світовий банк та інші авторитетні міжнародні організації підтверджують, що запроваджена модель фінансового

забезпечення сфери охорони здоров'я відповідає кращим світовим практикам.

Вважаємо, що такі реформаційні заходи сприятимуть підвищенню конкурентоздатності конкретних лікувальних установ, покращать якість наданих ними послуг та підвищать ефективність використання фінансових ресурсів держави.

РОЗДІЛ 2

ОЦІНКА ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

2.1. Сучасні тенденції фінансування охорони здоров'я в Україні

Практика останніх передвоєнних років характеризується численними важливими інституційними реформами у сфері охорони здоров'я та розширенням доступу громадян до медичної допомоги.

Реформована система охорони здоров'я з 2017 року об'єднала більшість видатків держави на охорону здоров'я в єдину централізовану програму — Програму медичних гарантій, якою управляє Національна служба здоров'я України, забезпечивши таким чином безоплатною медичною допомогою населення шляхом підписання контрактів із закладами охорони здоров'я. Тобто абстрактне конституційне право усіх на безоплатну медичну допомогу перетворилось цією Програмою на чітко визначену пакетом медичних послуг гарантію. Це призвело до зменшення фрагментації фінансування сфери охорони здоров'я та перемістило з великої кількості органів місцевого самоврядування відповідальність за здійснення операційних видатків на державу. Регіональне самоврядування тепер відповідальне за оплату комунальних послуг місцевих закладів охорони здоров'я, а також може забезпечувати операційні бюджети таких закладів додатковими коштами, що створює медичним закладам «подушку безпеки» у разі дефіциту надходжень, проте руйнує стимули медичних закладів до підвищення ефективності, що в результаті посилює горизонтальну нерівність у фінансуванні сфери охорони здоров'я.

Результати досліджень Всесвітньої організації охорони здоров'я свідчать про те, що середня тривалість життя прямо залежить від обсягу витрат на охорону здоров'я у розрахунку на душу населення. А те, що Україна в 2017 році була на 5 місці у світовому рейтингу за рівнем смертності, а на 150 місці - за тривалістю життя [82], безумовно свідчить про недостатнє фінансове

забезпечення вітчизняної сфери охорони здоров'я.

Рівень бюджетних асигнувань на утримання системи охорони здоров'я нашої держави є дуже низьким і не покриває усі потреби медичної галузі.

Здійснений аналіз динаміки видаткової частини Державного бюджету України за період 2017-2022 років свідчить про те, що обсяг спрямованих на сферу охорони здоров'я фінансових ресурсів поступово зростає (Додаток Д, рис. 2.1-2.3). Так, в абсолютному виразі він збільшився з 16729,1 млн. грн. у 2017 році до 184267,8 млн. грн. у 2022 році, або на 1101,48%.

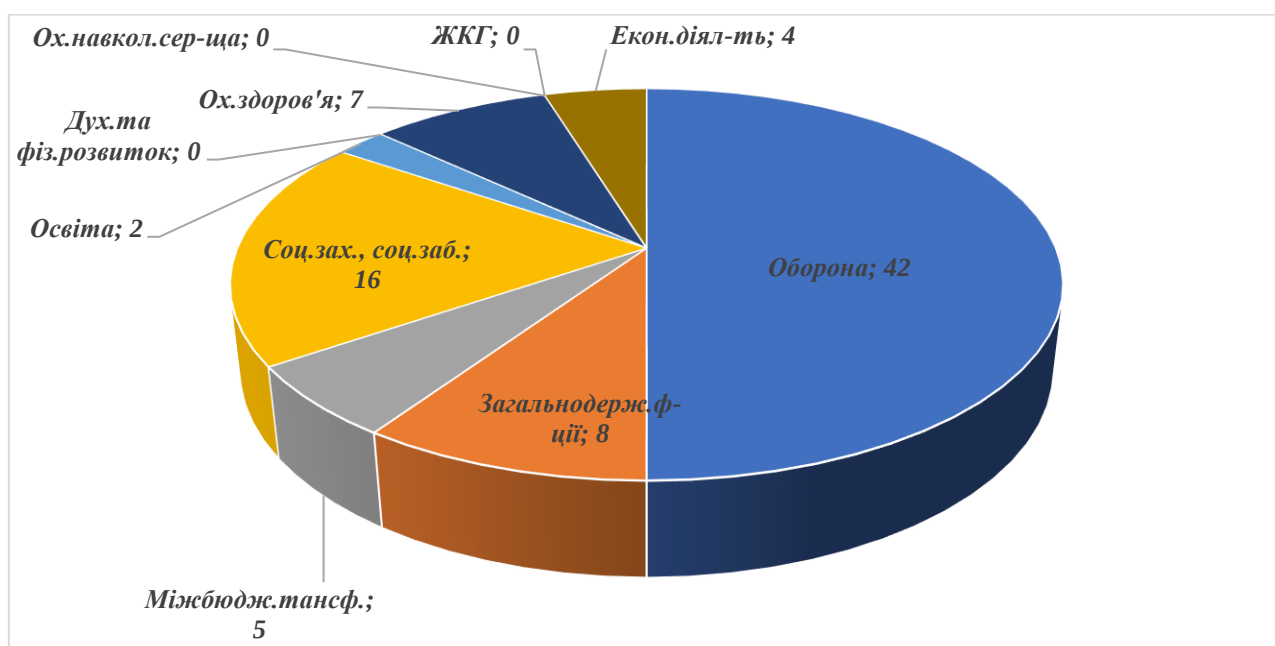


Рис. 2.1. Структура видаткової частини Державного бюджету України за функціональною характеристикою у 2022 році, % [52]

Найбільше об'єм фінансування галузі охорони здоров'я зріс у 2020-2022рр., що, на наш погляд, було спричинено поширенням світом пандемії коронавірусу COVID-19. При цьому зросли обсяги капітальних видатків у придбання спецприладів та устаткування, було модернізовано та переобладнано існуючі медичні заклади під COVID-потреби. Також значно зріс попит населення на платну лабораторну-діагностику та лікувальні послуги.

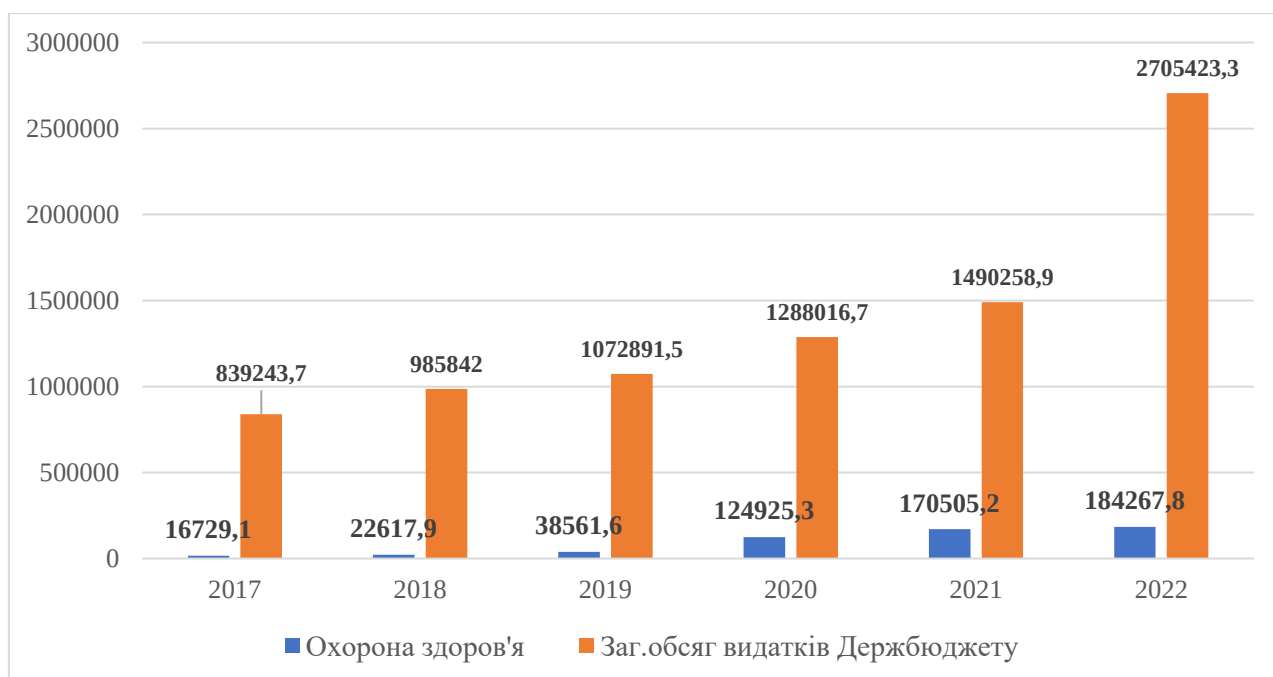


Рис. 2.2. Динаміка обсягу видатків на охорону здоров'я у видатках Державного бюджету України у 2017-2022 рр., млн. грн. [52]

Світова спільнота була неготова до пандемії такого масштабу. Задля збереження життя й здоров'я населення та протидії можливим наслідкам було збільшено обсяг коштів для фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я, що призвело до зростання в структурі видатків Державного бюджету країни питомої ваги видатків на медичну галузь з 1,99% у 2017 р. до 11,44% у 2021 р. Однак, вже у 2022 році, незважаючи на подальше, обумовлене значним збільшенням загальних видатків Держбюджету, абсолютне зростання обсягу фінансування до 184267,8 млн. грн., частка видатків на охорону здоров'я зменшилась до 6,81%.

Дані рис. 2.3 свідчать, що загальний обсяг спрямованих на галузь охорони здоров'я фінансових ресурсів в еквіваленті дол. США впродовж 2017-2022 рр. зріс на 3917,62 млн. дол. США, або на 754,3%. Варто відмітити, що обсяг спрямованих на фінансування охорони здоров'я коштів у гривневому вимірі впродовж 2017-2022 рр. поступово зростав, а от динаміка цього показника у еквіваленті дол. США свідчить про його зниження у 2022 році.

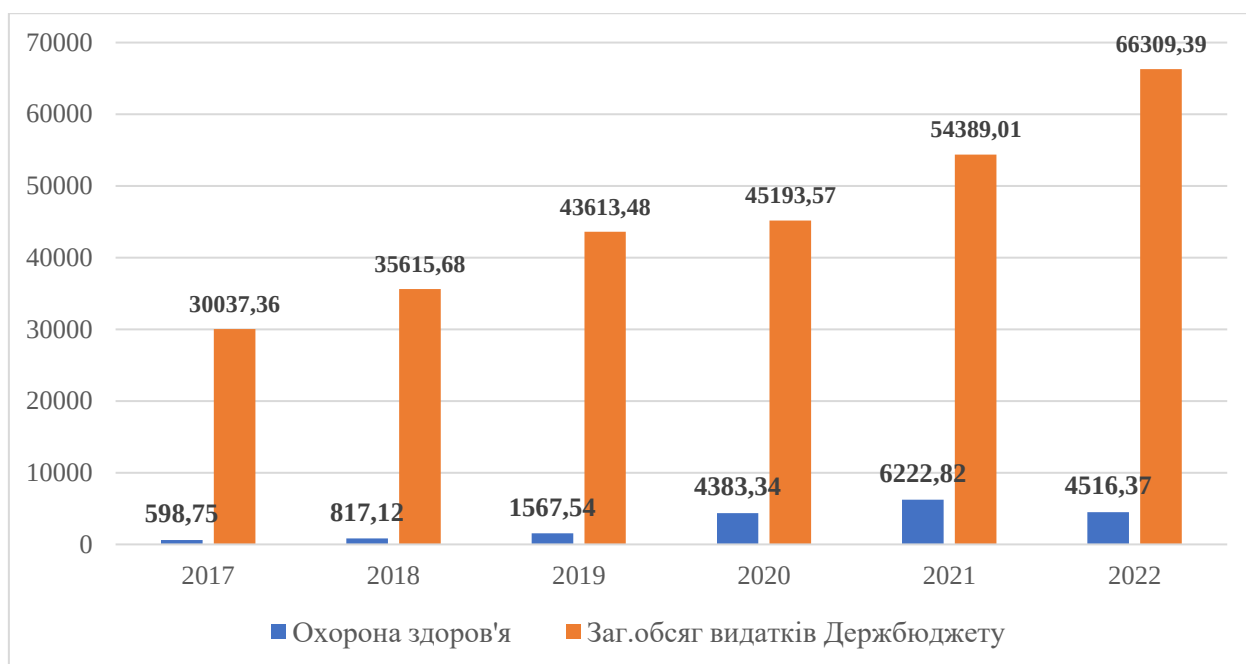


Рис. 2.3. Динаміка обсягу видатків на охорону здоров'я у видатках Державного бюджету України у 2017-2022 рр., млн. дол. США [52]

До цього призвело значне знецінення у 2022 р. національної валюти, що було спровоковане військовою агресією РФ, в результаті чого обсяг фінансування охорони здоров'я у 2022 р. зменшився порівняно з 2021 р. на 1706,45 млн. дол. США. Інфляційні коливання не лише негативно впливають на купівельну спроможність національної валюти, стримуючи можливості економіки України, та послаблюючи її конкурентні позиції на світових ринках, але й являється додатковим демотивуючим чинником для населення, особливо з низьким рівнем доходів. Звичайно, коли будь-яка держава знаходиться у вирішенні протиріччя ефективного перерозподілу обмежених фінансових ресурсів, обрахування достатнього розміру фінансування охорони здоров'я є надзвичайно складним завданням.

В той же час, експертні висновки ВООЗ свідчать, що для забезпечення загального доступу до сфери охорони здоров'я всіх верств населення необхідно спрямувати на її фінансування не менше 5-6% ВВП. Для цього проведемо аналіз частки фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я у обсягах номінального та реального ВВП впродовж 2017 – 2022 рр. (рис. 2.4).

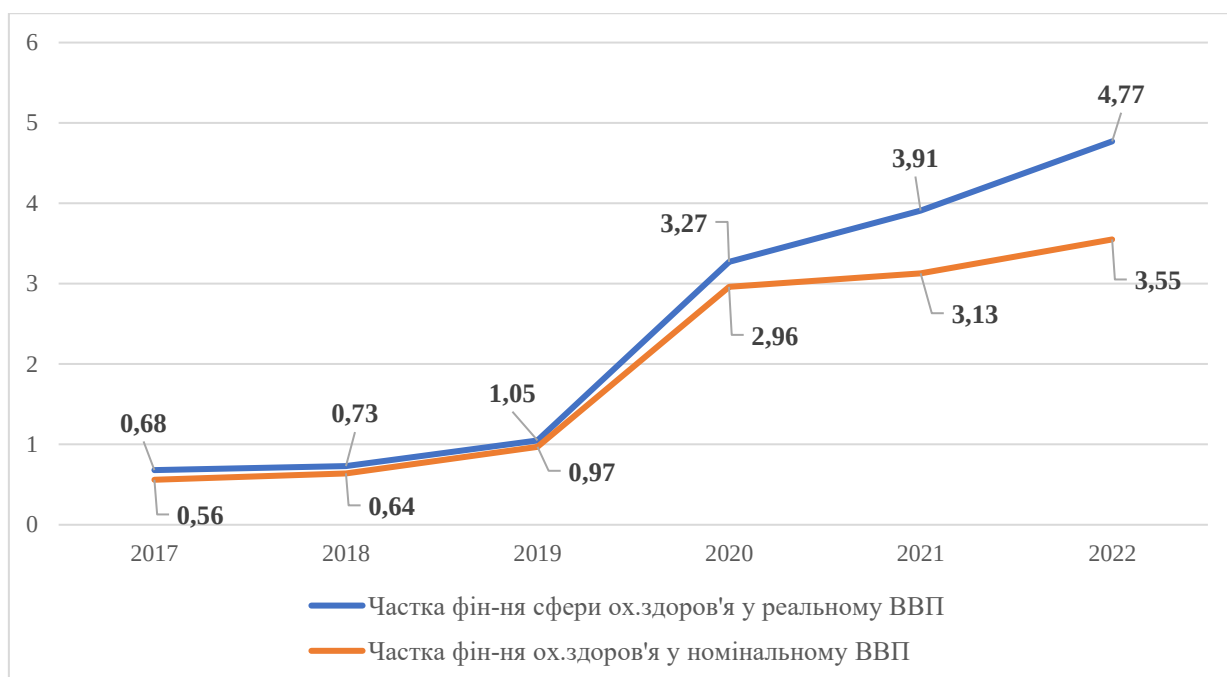


Рис. 2.4. Частка фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я у номінальному та реальному ВВП у 2017-2022 рр., % [52]

Дані рис. 2.4 свідчать, що навіть враховуючи позитивну динаміку росту частки ВВП, яка спрямовується на медичну сферу, її розмір не відповідає встановленим міжнародним рекомендаціям. Найвищого свого значення вона досягала у 2022 р. - 4,77% реального ВВП та 3,55% номінального ВВП. Уваги заслуговує те, що даний показник впродовж 2017-2019 рр. не сягав навіть 1%, що робить неможливим ефективне функціонування лікувальних закладів, спричиняє моральний та фізичний знос основних засобів такої важливої сфери національної економіки.

Отже, за встановленими рекомендаціями ВООЗ обсяг фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я України є недостатнім для повного доступу усіх верств суспільства до якісних медичних послуг, а також не забезпечує належні умови праці та рівень її оплати, не сприяє підвищенню кваліфікації персоналу й формуванню необхідного кадрового потенціалу та резерву.

Позитивною динамікою характеризується також і середній показник фінансового забезпечення одного працівника сфери охорони здоров'я (Додаток

Е). Однак, значне зростання обсягу видатків на зарплату працівників сфери охорони здоров'я нівелюється суттєвим перевищенням аналогічного показника у провідних Європейських країнах, що робить неможливим здійснення співставних інноваційних перетворень. Безперечно, що рівень фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я певної країни залежить від наявного рівня економічного розвитку. Так, в Італії впродовж 2019-2020 рр. середня зарплата у державних лікарнях становила близько 3800 євро в місяць, у Німеччині цей показник в межах 2700 - 4800 євро залежно від категорії працівника, а в Україні - в межах 400 - 500 євро в місяць. Не зважаючи на це, у провідних вітчизняних медичних вузах та коледжах все ж при вступі існує значний конкурс, що свідчить про достатню популярність професій лікаря та медпрацівника серед населення країни. Однак, рівень оплати праці лікарів за кордоном спонукає значну частину випускників медичних навчальних закладів після здобуття освіти працевлаштовуватись за межами держави, що негативно впливає на рівень забезпеченості лікувальних установ нашої країни лікарями, знижує кадровий потенціал галузі охорони здоров'я, призводить до зростання середнього віку працюючих лікарів та медичних працівників. Вважаємо, що за таких умов необхідно підіймати питання про обов'язковість відпрацювання 3-річного контракту у профільних медичних закладах випускниками-медиками, які здобувати освіту за рахунок державного бюджету. Безперечно, одночасно з цим необхідно шукати джерела фінансових ресурсів для встановлення належного розміру оплати праці медпрацівників, що забезпечить їм достойний рівень життя, а також стимулюватиме до подальшого розвитку та навчання.

Дефіцит фінансових ресурсів та неналежне фінансування галузі охорони здоров'я впродовж тривалого періоду негативно впливали на її матеріально-технічне забезпечення, через що якість медичних послуг не відповідала постійно зростаючим потребам населення в них, що деякою мірою демонструють наявні обсяги капітальних інвестицій (Додаток Ж). Дані додатку Ж ілюструють зниження обсягів капітальних інвестицій у сферу охорони здоров'я України впродовж 2012-2014 рр. Але вже від 2016 року до 2021-го спостерігається їх

збільшення з темпом 1671,2%, що є достатньо позитивною тенденцією. Таке значне зростання даного показника, на нашу думку, обумовлено двома факторами: підвищенням рівня цін та початком світової пандемії SARS-CoV-2, що вимагало вкладати значні кошти у будівництво й ремонт нових інфекційних відділень, закупівлю необхідного обладнання (станції безперервної подачі кисню та ін.), медикаментів та забезпечення належної оплати праці медиків. Це підтверджує структура капітальних інвестицій, в якій у 2021 р. найбільшу частку становили закупівля машин та обладнання – 69,75%, а також інвестиції у будівництво та перебудову будівель – 19,22%. (рис. 2.5).

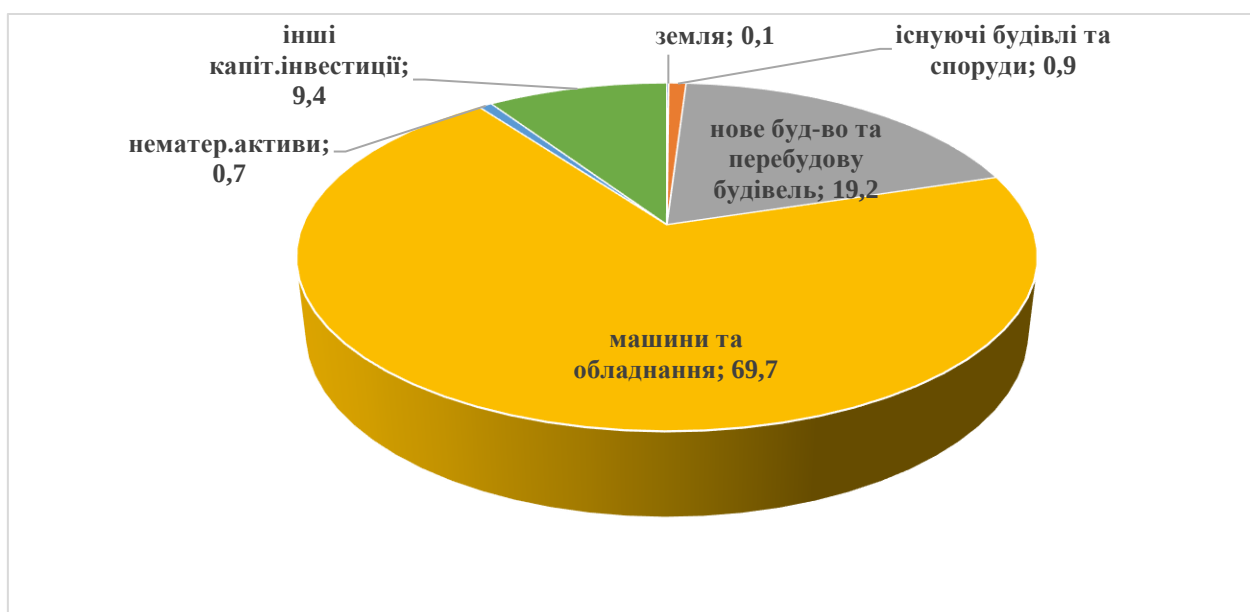


Рис. 2.5. Структура капітальних інвестицій у галузь охорони здоров'я України у 2021 рр., %

Джерело: складено за даними [53].

В той же час варто зауважити, що загальна динаміка обсягу капітальних інвестицій лише констатує їх ріст або зменшення. Для того, щоб визначити рівень забезпеченості капітальними інвестиціями та їх вплив на матеріально-технічний стан медичної галузі, необхідно доповнити це дослідження оцінкою стану та динаміки активів сфери охорони здоров'я (Додатки И, К).

На жаль, великих збитків цій важливій для суспільства галузі та руйнувань її основних фондів завдала повномасштабна війна рф проти України. За даними

другого півріччя 2023 року, що надали структурні підрозділи з питань охорони здоров'я обласних та у м. Києві військових адміністрацій, пошкоджено 1575 об'єктів медичної інфраструктури та 634 заклади охорони здоров'я, із них незворотно зруйновано 91 заклад, а ступінь руйнувань 599 закладів становить коливається від 2% до 90%. Поряд з цим вже повністю відновлено 343 об'єкти. За підрахунками експертів для відновлення пошкоджених та зруйнованих об'єктів ще необхідно 35 062,7 млн.грн.

Обсяг необоротних активів суб'єктів господарювання галузі охорони здоров'я за період 2013-2021 рр. збільшився на 110363322,3 тис. грн. з 9470910,8 тис.грн. до 119834233,1 тис.грн., або у 12,7 рази (додаток И). Їх структура характеризується переважанням питомої ваги основних засобів та нематеріальних активів, частка яких на кінець 2021 року становила 93,3%. Друге місце у структурі посідали незавершені капітальні інвестиції, частка яких становила 6,1%, питома вага решти складових не перевищувала позначки в 1%. Велике занепокоєння викликає рівень накопиченого технічного та морального зносу основних засобів підприємств галузі охорони здоров'я: у 2013 р. його розмір становив 54,3%, а вже у 2021 р. він зріс до 131,0%, що, як уже зазначалось, свідчить про значну потребу лікувальних установ у коштах для відновлення та покращення їх матеріально-технічної бази. Його наявність та високий рівень дуже перешкоджає підвищенню якості послуг сфери охорони здоров'я та формує потребу в капітальних вкладеннях, частка яких у загальній сумі активів на кінець 2021 року становила 12,0%.

Оборотні активи підприємств галузі охорони здоров'я за досліджуваний період збільшилися на 43439429,0 тис. грн. з 3056648,4 тис.грн. у 2013 р. до 46496077,4 тис.грн. у 2021 р., або у 15,2 рази (додаток К). Темп збільшення оборотних активів дещо швидший ніж темп росту необоротних. У їх структурі у 2021 р. переважали запаси – 43,6%, грошові кошти – 38,3%, а також дебіторська заборгованість – 15,1%. Інші статті оборотних активів мали значення питомої ваги в межах 1% та суттєво не впливати на їх структуру.

Таке значне зростання як оборотних так і необоротних активів галузі

охорони здоров'я частково пояснюється зниженням купівельної спроможності національної валюти. Збільшення розмірів активів підприємств галузі охорони здоров'я виправдане лише тоді, коли воно призводить до підвищення якості та доступності послуг. Саме тому зараз, щоб підвищити якість медичних послуг важливо залучати для цього новітнє обладнання та технології, звичайно ж не применшуючи необхідності та ролі осучаснення наявного устаткування, але то другорядне титання, тому що саме медична галузь найбільше залежить від інновацій. При цьому, потребує уваги аналіз джерел формування майна установ галузі охорони здоров'я, які представлені як власними так і позиковими коштами, склад та динаміка яких наведена в додатках Л, М.

При формуванні активів підприємств медичної галузі перевагу надають власному капіталу, частка якого у структурі джерел формування майна поступово зростала від 58,2% у 2013 році до 73,5% у 2021 році.

За досліджуваний період абсолютний обсяг власного капіталу постійно зростав. До 2019 р. він формувався переважно за рахунок зареєстрованого капіталу, питома вага якого в цьому році становила 72,0%, а темп зростання на 2021 р. складав 496,4%, та вже з 2020 р. найбільшу питому вагу у структурі власного капіталу почав становити додатковий капітал, частка якого у 2021 р. склала 56,3%, а загальний обсяг за період 2013-2021 рр. збільшився у 30 разів.

Структура поточних зобов'язань і забезпечень підприємств галузі охорони здоров'я у 2021 р. характеризувалась переважанням доходів майбутніх періодів – 58,1%, темп росту абсолютних обсягів якого впродовж 2013-2021 рр. становив 4888,9%. На другому місці - поточна кредиторська заборгованість, частка якої на кінець 2021 р. становила – 21,0%, а темп росту за досліджуваний період склав 345,21%. Її накопичення є небажаним для установ медичної сфери, оскільки спричиняє відволікання і так достатньо обмеженого обсягу оборотних активів.

Короткострокові кредити банків хоч і займали у 2021 р. лише 1,8% загального обсягу поточних зобов'язань, однак їх абсолютний обсяг поступово зростав і за період 2013-2021 рр. збільшився майже у 6 разів із 120239,8 млн.грн. до 712931,5 млн.грн.

Оскільки термін роботи Програми медичних гарантій ще незначний, робити висновки щодо її впливу на рівень фінансового захисту громадян зарано. «У 2019 році показник поширеності катастрофічних витрат «з кишені» пацієнтів становив 16,7%, що є одним із найвищих показників у Європі. 10,8% домогосподарств збідніли або продовжували бідніти через витрати «з кишені» на охорону здоров'я» [78]. «Найбільшими чинниками витрат «з кишені» пацієнта стали лікарські засоби та стаціонарна допомога» [14]. «Згідно з проведеним дослідженням, неформальні платежі залишаються високими: 52,6% пацієнтів хоча б раз отримували запит на будь-який неофіційний платіж за отримання послуг у спеціалізованому закладі охорони здоров'я, з них 92,7% пацієнтів здійснили таку оплату» [81]. Результати проведених соціологічних досліджень свідчать, що «у 2019 році 62,6% споживачів амбулаторної допомоги мали витрати, безпосередньо пов'язані з їхнім останнім амбулаторним візитом. На рахунок благодійного фонду сплачували 13,2%, 12,6% — платили офіційно в касі, 11,5% — сплачували неформально і 36,1% платили за товари медичного призначення під час візиту. За стаціонарну допомогу під час останньої госпіталізації платили 86,1%. Майже дві третини (63,2%) тих, хто проходив стаціонарне лікування, під час останньої госпіталізації платили за товари медичного призначення, 36,1% — на рахунок благодійного фонду або іншої організації, 31,3% — у касі згідно з офіційними правилами і чверть (25,5%) — неформально («у конверті» з рук у руки) або робили подарунок лікарю чи іншому медичному персоналу» [31].

Отже, значний рівень зносу основних засобів суб'єктів господарювання галузі охорони здоров'я та їх обмежений доступ до позикових фінансових ресурсів, суттєво перешкоджають розвитку та модернізації матеріально-технічної бази лікувальних закладів. Недостатній рівень фінансового забезпечення галузі негативно впливає на рівень оплати праці та матеріального стимулювання медпрацівників, що в результаті знижує якість та доступність лікувальних та діагностичних послуг даної сфери.

Разом з тим варто відмітити, що майже третина підприємств галузі

продовжують бути збитковими та не можуть розвиватися на належному рівні. Через це проблеми фінансового забезпечення даної сфери постійно перебувають в епіцентрі уваги держави, суспільства та науковців.

В умовах війни та світової пандемії COVID-19 пріоритетним завданням реформи системи охорони здоров'я в Україні повинно стати удосконалення фінансового механізму забезпечення цієї сфери за принципом «фінансування якості, а не кількості», тобто розподілення ресурсів має відбуватися з урахуванням не лише кількості наданих медичних послуг, а й результативності лікування.

2.2. Фінансування сфери охорони здоров'я на рівні територіальних громад

Децентралізаційна реформа в Україні передбачає трансформацію системи охорони здоров'я, яка полягає у наближенні якісних медичних послуг до кінцевих їх споживачів – мешканців територіальних громад. Також змін зазнають механізм та підходи до її фінансування.

Для того, щоб органи місцевого самоврядування мали змогу реалізувати делеговані повноваження у сфері охорони здоров'я з 2015 року до місцевих бюджетів з державного бюджету передавалась медична субвенція на здійснення підтримки окремих закладів та заходів у системі охорони здоров'я. Впродовж 2020 – 2021 рр. її обсяги збільшились з 1 523,4 млн.грн. до 2 942,9 млн.грн., або на 93,2%. [8].

У 2017 році був прийнятий Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [25], який започаткував реформу системи охорони здоров'я, зокрема здійснення переходу на новий механізм фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я за принципом «гроші ходять за пацієнтом», створення рівних можливостей для доступу територіальних громад до передбаченої державними, регіональними та місцевими програмами

розвитку охорони здоров'я підтримки.

Сьогодні громади беруть активну участь у процесах розвитку медицини первинного рівня - відбувається відкриття власних центрів первинної медичної допомоги, некомерційних комунальних медичних закладів, амбулаторій. Місцева влада у якості розпорядника бюджетних коштів відповідальна за утримання та оснащення медичних закладів.

Згідно п. 5 ст. 3 зазначеного Закону органи місцевої влади у межах своєї компетенції мають змогу фінансувати розвиток та підтримку місцевих закладів охорони здоров'я комунальної форми власності, зокрема: оновлювати матеріально-технічну базу, здійснювати капітальний ремонт та реконструкцію, підвищувати оплату праці медичних працівників, реалізовувати місцеві програми громадського здоров'я та надання населенню медичних послуг [8]. Органи місцевого самоврядування наділені правом визначення пріоритетних напрямів розвитку медичних закладів, що розташовані на території їх громад.

З початку 2021 року змінена система фінансування охорони здоров'я, яка передбачає, що: «усі видатки плануються та здійснюються з бюджетів територіальних громад за місцезнаходженням закладів та відповідно до розподілу повноважень.

Повноваження органів місцевого самоврядування зазначені у статті 89 Бюджетного кодексу України, зокрема це:

- програми громадського здоров'я;
- оплата комунальних послуг та енергоносіїв комунальних закладів охорони здоров'я, які належать відповідним територіальним громадам, для забезпечення надання медичних послуг за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення;
- місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, які належать відповідним територіальним громадам, місцеві програми надання населенню медичних послуг понад обсяг, передбачений програмою державних гарантій медичного обслуговування населення» [6].

Як було відмічено, держава вже повністю переорієнтувалась із

фінансування усіх статей витрат медичних установ на фінансування власне медичних послуг для громадян, які надаються їм медичними закладами різних форм власності. Утримання на балансі приміщень лікувальних закладів, ліжкового фонду, штату медпрацівників здійснюється тепер територіальними громадами.

Катеринівська об'єднана територіальна громада в її нинішніх межах була утворена 9 червня 2017 року. Зараз до її складу входять 13 населених пунктів, зокрема села: Аврамівка, Володимирівка, Грузьке, Катеринівка, Лісне, Мальовниче, Миронівка, Могутнє, Обознівка, Овсяниківка Олександрівка, Олексіївка та Осикувате.. Загальна кількість жителів громади станом на 2023 рік складала 5342 особи. Це мешканці сіл, які зайняті переважно в аграрній сфері. Площа громади — 295,8 кв. км. Після об'єднання громаду не оминули виклики, пов'язані з утриманням мережі закладів охорони здоров'я та їх фінансуванням.

Сфера охорони здоров'я Катеринівської ОТГ представлена 11 неприбутковими закладами охорони здоров'я комунальної форми власності, серед яких: 3 амбулаторії, 6 ФАПів та 2 аптеки. Їх функціонування охоплює всіх жителів громади повноцінною медичною допомогою первинної ланки.

У лікувально-профілактичних закладах працює 10 осіб: 2 лікарів та 8 осіб середнього медичного персоналу. Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги Катеринівської сільради Кропивницького району» очолює його директор. КНП «Катеринівський ЦПМСД» укомплектоване 3 автомобілями, які використовуються для візитів до пацієнтів, їх транспортування та для перевезення вакцин.

Дохідна частина загального фонду місцевого бюджету у 2023 році становила 76983,7 тис. грн. Більша частина її надходжень формується за рахунок податкових надходжень, а саме 49434,3 тис.грн. (64,2%), із яких 25565,9 тис.грн. (33,2%) — за рахунок ПДФО. Решта доходів бюджету громади — це дотації та субвенції з державного бюджету (табл. Н.1 та Н.2 додатку Н).

Найбільшою статтею видатків місцевого бюджету є освіта: на неї витрачається близько 56,3% від загального обсягу надходжень, що становило у

2023 р. - 40633,5 тис.грн. В той же час на охорону здоров'я з бюджету громади виділено лише 2510,6 тис.грн (3,5%), що становить один з найменших показників фінансування (табл. Н.3 та Н.4 додатку Н та рис. 2.6).

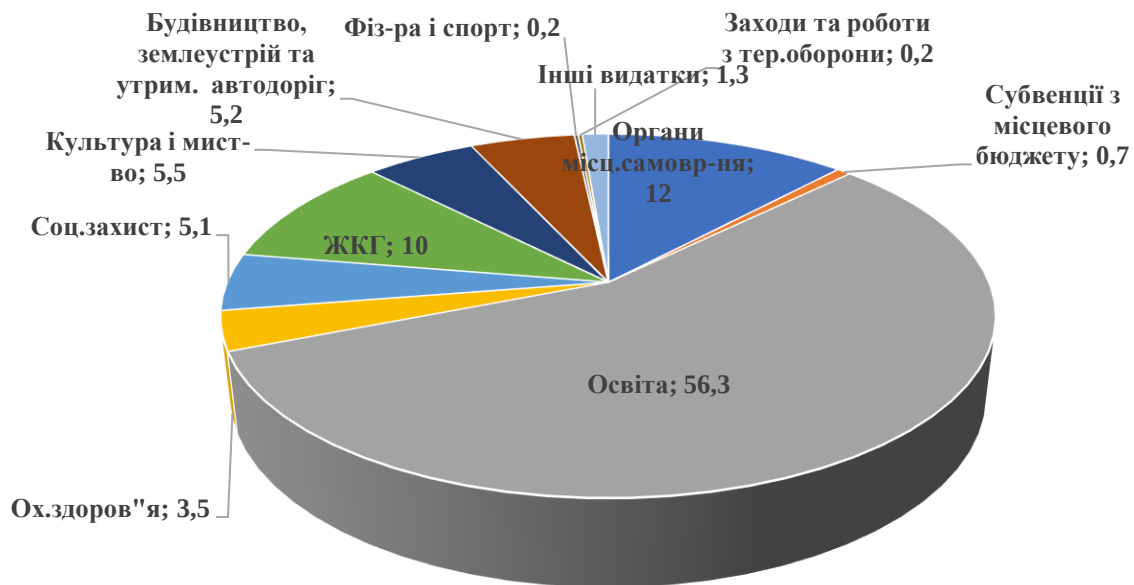


Рис. 2.6. Структура видаткової частини загального фонду бюджету Катеринівської ОТГ за функціями у 2023р., %

До 2020 року включно сфера охорони здоров'я громади фінансувалася за рахунок коштів медичної субвенції з державного бюджету. У 2020 р. було отримано 583,0 тис. грн. такої субвенції, що становило 1,8% загальних видатків місцевого бюджету (табл. 2.1). У кінці 2021 року в результаті реформи децентралізації у громаді було створено комунальне неприбуткове підприємство «Катеринівський центр первинної медико-санітарної допомоги». З 2022 року медичні заклади Катеринівської громади отримують фінансування від НСЗУ.

Таблиця 2.1

Структура фактичних обсягів видатків бюджету Катеринівської ОТГ на охорону здоров'я у 2020-2023 роках

Показник	2020 рік		2021 рік		2022 рік		2023 рік	
	тис.грн.	%	тис.грн.	%	тис.грн.	%	тис.грн.	%
ВСЬОГО видатків на охорону здоров'я	583,0	100,0	484,6	100,0	5126,9	100,0	5438,8	100,0
в т. ч. за рахунок бюджету громади	-	-	484,6	100,0	3059,7	59,7	2510,6	46,2
за рахунок коштів медичної субвенції	583,0	100,0	-	-	-	-	-	-
за рахунок коштів НСЗУ	-	-	-	-	2067,2	40,3	2928,2	53,8

Як свідчать дані таблиці 2.1 частина видатків для забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я Катеринівської ОТГ фінансується з бюджету громади (у 2022 р. – це 59,7% видатків загального фонду місцевого бюджету). За рахунок цих коштів, зокрема, оплачується праця медичного персоналу та комунальні послуги, покращується матеріально-технічна база лікувальних закладів, забезпечуються безкоштовними медикаментами і послугами визначені категорії громадян, здійснюються інші видатки. У 2023 році їх обсяг зменшився у порівнянні з 2022 роком на 549,2 тис.грн., або на 17,9% (табл. П.3 додатку П). Основну ж частину медичного бюджету сфери охорони здоров'я Катеринівської ОТГ наразі становлять трансферти з НСЗУ (53,8%) (табл. П.2 додатку П). Проте, коштів НСЗУ недостатньо для забезпечення усіх витрат, тому комунальні платежі та утримання медичних закладів фінансуються місцевою владою. Досить часто керівництво обирає між підвищенням зарплат персоналу та іншими витратами, як наприклад, фінансування ФАПів.

Усі медичні заклади, які здійснюють діяльність на території Катеринівської ОТГ, надають пацієнтам пакет послуг за Програмою медичних гарантій — «Первинна медична допомога» відповідно до контрактів, укладених із НСЗУ, зокрема у формі амбулаторної допомоги, стаціонарну допомогу вони не надають. Найважливішою функцією первинного рівня медичної допомоги є забезпечення профілактики хвороб, яка значно дешевша за їх лікування.

У процесі забезпечення мешканців громади медичними послугами необхідно виключити подвійне фінансування однієї і тієї ж послуги, тобто те, що фінансується НСЗУ за пакетами державних медичних гарантій не слід фінансувати з бюджету громади.

Впродовж 2020 – поч. 2021 рр. медичні заклади громади отримали досвід роботи у кризових умовах, пов'язаних із пандемією COVID-19. Коли почалася вакцинація від коронавірусу і КНП «Катеринівський ЦПМСД» підписало з НСЗУ договір за пакетом «Вакцинація від гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2».

Не зважаючи на збільшення загального обсягу фінансових ресурсів, які

витрачаються на медичну галузь громади, у їх структурі переважають витрати на поточні потреби, серед яких найбільшу питому вагу займає оплата праці медпрацівників та нарахування на неї, яка у 2023 р. становила 27,5% за рахунок бюджету та 52,9% - за рахунок НСЗУ. На другій позиції – питома вага видатків на придбання предметів постачання і матеріалів: їх частка у 2022-2023 рр. складала відповідно та 8,3% та 7,9%. Третє місце за обсягами фінансування займали видатки на оплату комунальних послуг, які у 2022р. складали 8,0%, а у 2023 р. – 6,8% (табл. П.2 додатку П).

Якщо порівняти видатки за джерелами фінансування (бюджет та НСЗУ), то з рис. 2.7 видно, що оплата праці медпрацівників займає значну частку у структурі витрат, а саме: у бюджетних видатках – 59,5%, у видатках НСЗУ – 98,5%. Зовсім незначну частку займають витрати безпосередньо пов'язані із забезпеченням належного рівня здоров'я мешканців громади, зокрема: медикаменти – 1,6% та 0,9% відповідно, предмети та матеріали – 8,3% та 0,3% (з яких за рахунок НСЗУ було витрачено 8578 грн., або 2,3% на медобладнання та діагностичні матеріали)



Бюджет Катеринівської ОТГ



НСЗУ

Рис. 2.7. Порівняння структури видатків на сферу охорони здоров'я Катеринівської ОТГ між місцевим бюджетом та НСЗУ у 2023 році, %

Оскільки громада знаходиться на відстані 15 км від районного та обласного центрів (м. Кропивницький), частина її мешканців має можливість отримувати медичні послуги поза територією громади.

Капітальні видатки взагалі не передбачалися за цей період, тому матеріально-технічний стан лікувальних установ громади продовжує погіршуватись та поглиблюється кризовий стан в сфері охорони здоров'я. Технічний стан закладів охорони здоров'я не відповідає ряду вимог до організації лікувально-профілактичного процесу, стан інженерних мереж лікувально-профілактичних закладів (водогінні, теплові, каналізаційні, електричні) також незадовільний.

У підсумку, слід відмітити, що в цілому фінансування закладів охорони здоров'я громади здійснюється відповідно до затверджених планів асигнувань на 2020 – 2023 роки та внесених до них змін. Водночас контрольні показники по господарських видатках встановлюються зі значним дефіцитом і, становлять зазвичай біля 50% від реальної потреби, що в результаті призводить до труднощів у забезпеченні нормального функціонування закладів охорони здоров'я громади.

Насьогодні Катеринівській територіальній громаді необхідний перегляд принципів організації та управління мережею медичних закладів, щоб забезпечити якість і доступність медичних послуг та ефективно використовувати кошти.

Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» «у місцевих програмах розвитку та підтримки передбачаються капітальні видатки (обладнання та ремонти) та програми «місцевих стимулів» тобто додаткові премії та заохочення, у тому числі грошові» [25].

Щоб об'єднати зусилля стосовно покращення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я, здійснення капітальних ремонтів, закупівлю дороговартісного обладнання та ін., громади повинні укладати договори про міжмуніципальне співробітництво з іншими громадами, таким чином

кооперуючись у використанні обмежених фінансових ресурсів.

З метою підвищення фінансової спроможності та для збільшення надходжень до місцевого бюджету територіальні громади можуть: залучати кошти міжнародних фондів на розвиток стратегічних напрямів; розробляти проєкти на отримувати гранти; здавати вільні приміщення в оренду; розміщувати вільні кошти на депозитарних рахунках та ін.

Проте на регіональному рівні існує ряд фінансово-організаційних проблем реформатування системи охорони здоров'я: управління мережею лікувальних закладів та необхідність її оптимізації; обмеженість власних ресурсів та недостатній рівень фінансування розвитку медичної сфери; недостатній управлінський досвід органів місцевого самоврядування та менеджерів охорони здоров'я у ефективному наданні медичних послуг. До того ж, щоб прийняти правильне та ефективне управлінське рішення стосовно додаткового фінансування необхідно здійснити вагомі обґрунтування та оцінку реальних потреб населення [63].

«Наявні проблеми зумовили перехід від традиційної інтегрованої моделі управління галуззю до функції замовника послуг відповідно до потреб ТГ, діяльність якого спрямована на підвищення якості, доступності надання медичних послуг для мешканців громад. Зазначене прямо залежить від ефективності використання бюджетних коштів. Ефективне управління фінансовим потенціалом ТГ вимагає застосування стратегічного планування розвитком медичних закладів на рівні громад. Для його реалізації важливим є визначення обсягів та джерел фінансування, виходячи з конкретних завдань та реальних можливостей громади. Як зазначають фахівці, до розробки Стратегій необхідно залучати посадових осіб ТГ, працівників медичних закладів, місцеву спільноту» [63]. Міжнародна допомога в розробці стратегій розвитку медичних закладів громад здійснюється в рамках проєкту «Стратегічне планування в секторі охорони здоров'я на рівні громади» Програми ULEAD з Європою / ULEAD with Europe.

РОЗДІЛ 3

ОСНОВНІ ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМКИ ПОКРАЩЕННЯ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Необхідність та напрями розвитку страхової медицини

Негативні економічні наслідки широкомасштабної збройної агресії РФ проти України призвели до того, що соціальна сфера, зокрема сфера охорони здоров'я, фінансується коштами грантів і кредитів міжнародних організацій та урядів інших країн.

Значна частина податків, що надходять до Державного бюджету України, витрачається на забезпечення оборони та безпеки країни, тому фактично відсутні фіскальні можливості для запровадження нових страхових внесків чи податків.

Щоб підвищити якість медичних послуг та рівень фінансування сфери охорони здоров'я України необхідним є запровадження страхової медицини, зокрема створення фондів обов'язкового медичного страхування з відділеннями у регіонах та розроблення відповідних механізмів збору страхових внесків. «Співпраця між суб'єктами обов'язкового медичного страхування має будуватися на основі договорів, що укладаються страховиками (фондами обов'язкового медичного страхування) зі страхувальниками (роботодавцями, суб'єктами господарювання), державними та приватними закладами охорони здоров'я і фармацевтичними компаніями» [77, с. 407].

Впровадити обов'язкове медичне страхування можна й з використанням іншого варіанту - сформувати спеціальний фонд на основі внесків працівників, роботодавців та держави. Адміністрування ресурсів такого фонду може здійснювати НСЗУ, у якої є інформація про усі можливі медичні послуги, які надаються різними медичними закладами. Роботодавці, які піклуються про здоров'я своїх працівників повинні сплачувати страхові внески. Для цього необхідно, щоб Верховна Рада України затвердила відповідний закон. За

державою слід закріпити здійснення страхових внесків за окремі категорії населення - дітей, студентів та пенсіонерів.

Наразі актуальним є підвищення ролі додаткового медичного страхування, оскільки воно є потенційним джерелом фінансових ресурсів для сфери охорони здоров'я та має наступні переваги:

1) створює громадянам можливості забезпечення себе додатковими послугами, які не входять до програми медичних гарантій, або покращення якості лікування. Це може бути пришвидшення доступу до лікарів-спеціалістів, забезпечення дороговартісними лікарськими засобами та методами лікування та ін.;

2) знижує навантаження на державний бюджет, оскільки оплата медичних послуг застрахованим особам здійснюється страховиками, то потреба у їх фінансування з Державного бюджету відпадає;

3) забезпечує громадянам широкий вибір страховиків, страхових продуктів (програм страхування) та надавачів медичних послуг, що стимулює конкурентні відносини на ринку страхування та призводить до підвищення якості послуг, що надаються страховиками;

4) залучений через медичне страхування додатковий приватний капітал може сприяти розвитку і модернізації закладів охорони здоров'я та медичної інфраструктури, що допоможе підвищити якість та доступність медичних послуг для населення;

5) використання медичного страхування може сприяти зменшенню терміну очікування медичної допомоги, оскільки пришвидшення її надання пацієнтам забезпечується страховими компаніями, які надають послуги з її організації.

6) впровадження у медичних практику нових моделей фінансового забезпечення установ охорони здоров'я;

7) сприяння активізації проведення профілактики хвороб щоб знизити рівень захворюваності і зменшити витрати на лікування.

Однак, страхова медицина не володіє здатністю повної заміни існуючої

моделі організації системи охорони здоров'я, тому що не може покрити певні ризики для держави та громадян, зокрема:

- щоб перейти до страхової моделі фінансування медичної галузі, на перших етапах необхідні значні фінансові вливання бюджетних коштів, що, особливо в умовах воєнного стану, руйнації медичної інфраструктури, тимчасової окупації частини територій, міграції населення за кордон та ін., є для України проблемою;

- не у всіх категорій населення є фінансова можливість сплачувати за страховку, тому у них відсутній універсальний доступ до медичної допомоги;

- кількість корупційних схем в середині самого страхового ринку зростає, тому необхідно його постійно контролювати та адмініструвати [50].

Щоб підвищити роль додаткового медичного страхування необхідно реалізувати наступні важливі кроки:

- 1) чітко визначити медичні послуги, які не забезпечуються програмою медичних гарантій, а також інші випадки надання пацієнтам медичних послуг за кошти фізичних та юридичних осіб. Для цього Міністерству охорони здоров'я України та експертному середовищу необхідно розробити відповідні законодавчо-нормативні акти, що регулюють чітко встановлення випадків доповнення додатковим медичним страхуванням програми медичних гарантій, а не її дублювання;

- 2) розвивати фармацевтичне страхування, використання якого сприятиме відшкодуванню витрат на купівлю лікарських засобів та медичних виробів. Цей тип страхування забезпечує захист пацієнтів від значних витрат коштів на придбання лікарських засобів поза межами державних гарантій, що особливо важливо при дороговартісному або довготривалому лікуванні. Для цього Міністерству охорони здоров'я України та об'єднанням страховиків, банківським установам та іншим зацікавленим організаціям необхідно організувати співпрацю у галузі додаткового медичного страхування витрат громадян, пов'язаних із придбанням лікарських засобів та медичних виробів;

- 3) покращувати рівень співробітництва та координації між приватними

страховиками та учасниками системи державних фінансових гарантій медичного обслуговування громадян, оскільки низький рівень такої співпраці сприятиме дублюванню фінансування послуг та незабезпеченню повного покриття для власників полісів додаткового медичного страхування. З цією метою Міністерству охорони здоров'я України разом зі страховиками, приватними закладами охорони здоров'я та іншими зацікавленими сторонами необхідно проводити спільні заходи задля тіснішого комунікування та розробки напрямів вирішення проблемних питань.

4) спрощувати механізми впровадження додаткового медичного страхування. Для цього Міністерству охорони здоров'я України, в тому числі у форматі робочих груп, необхідно розглянути пропозиції стосовно вдосконалення законодавчо-нормативного регулювання ринку медичних послуг, розвитку додаткового медичного страхування та паралельних питань;

5) підвищувати рівень поінформованості громадян, оскільки у більшості з них відсутня достатня інформація про переваги та можливості медичного страхування, що обмежує їх інтерес і зменшує кількість користувачів медичним страхуванням та відповідно призводить до зростання його вартості. З метою всебічної популяризації медичного страхування страховики за підтримки Міністерства охорони здоров'я України повинні проводити інформаційні кампанії з пояснення переваг та умов страхових програм.

Отже, Міністерству охорони здоров'я України необхідно сприяти розвитку системи додаткового медичного страхування, яка повинна доповнювати систему державних фінансових гарантій медичного обслуговування громадян, а не замінювати її.

Вважаємо, що подальші перспективи розвитку страхової медицини залежать від швидкості врегулювання зазначених ризиків та можливості поєднання приватного страхування з існуючою державною системою медичного забезпечення на законодавчому та інституційному рівнях. Зауважимо, що це здійснити надзвичайно складно коли на території держави відбуваються активні бойові дії.

Для успішного реформування охорони здоров'я, на наш погляд, необхідно здійснити наступні заходи:

- змінити форми та методи управління цією сферою та системно ліквідувати бюрократичні надбудови у медицині. До прикладу, створення в Україні Національної служби здоров'я України та не ліквідація Міністерства охорони здоров'я де-факто збільшила кількість бюрократів та обсягу витрат на їх утримання;

- науково обґрунтувати реформи медичної галузі, використовуючи провідні практики країн Європи та світу. При цьому необхідно враховувати національну специфіку та необхідність післявоєнної відбудови країни і здійснення психологічної реабілітації військових й її громадян;

- перевести акцент реформи зі споживачів медичних послуг на надавачів допомоги, тобто медичних працівників. Саме з їх сторони повинна надходити пропозиція нових, сучасних та якісних послуг, таким чином повертаючи професії лікаря високий статус та повагу у суспільстві. До того ж важливим є подолання опору змінам, який чинять окремі можновладці та медики;

- запроваджувати сучасні інформаційні системи та діджиталізацію медичної сфери при цьому обов'язково захищати персональні медичні дані громадян;

- посилити громадський контроль за витрачанням бюджетних коштів;

- системно розвивати таку альтернативу фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я, як страхова медицина;

- вдосконалювати нормативно-правову базу регламентації усіх аспектів розвитку та функціонування системи охорони здоров'я. Для цього у законодавстві чітко визначити оцінку якості медичних послуг, зрозумілі підходи до їх фінансування та чітко регламентувати взаємовідносин між пацієнтами та лікарями. Головне при цьому – встановити відповідальність медичних працівників за результати наданих медичних послуг;

- змінити парадигму підготовки кваліфікованих медичних кадрів та оцінку якості освітніх програм вищих та середніх закладів медичної освіти.

Отже, перехід до страхових принципів фінансування медицини вбачається єдиним способом забезпечення якісного медичного захисту. «Цей підхід дозволяє розподілити ризики хвороби та витрати на лікування між великою кількістю застрахованих осіб, заздалегідь збираючи посильні внески з великого пулу людей і спрямовуючи зібрані кошти на виплати за страховим випадком у разі хвороби чи іншого розладу здоров'я» [37]. Надзвичайно важливо та необхідно активно використовувати в Україні систему страхової медицини, яка є не тільки частиною соціального захисту громадян у розвинених країнах, але й вважається альтернативною моделлю організації охорони здоров'я. Обов'язкове медичне страхування сприяє ефективнішому використанню коштів, призначених для забезпечення охорони здоров'я, покращенню якості медичних послуг та підвищенню доступності їх для населення.

3.2. Використання зарубіжного досвіду фінансування охорони здоров'я

Для формування та впровадження ефективної системи фінансування розвитку сфери охорони здоров'я в Україні важливим є використання зарубіжної практики здійснення цього процесу. Оскільки система охорони здоров'я України характеризується багатьма недоліками та відставанням від розвинутих країн за показниками тривалості життя, впровадження різних методів запобігання хронічним та інфекційним захворюванням, рівня смертності, існує потреба її модернізації з використанням зарубіжного досвіду, який ґрунтується на використанні приватної, бюджетної та страхової моделі організації та фінансування розвитку цієї складової соціальної сфери. Основою цих моделей є використання усіх можливих джерел фінансових ресурсів у багатоканальному механізмі фінансового забезпечення.

США характеризуються функціонуванням розгалуженої мережі приватних медичних закладів, які надають послуги на платній основі (58% загальних витрат

на охорону здоров'я) та здійснюють обслуговування шляхом прямої оплати (27%) або коштами приватного страхування здоров'я (31%). Державні і муніципальні медичні заклади використовують благодійництво та підтримку стосовно незахищених прошарків суспільства [69, с. 357]. В той час як державне фінансування становить лише 41%, що є найменшим показником серед розвинутих країн світу. Особливістю американської системи охорони здоров'я є диференційований підхід держави у наданні медичних послуг населенню – розроблені цільові програми соціального страхування. Державне фінансування таких програм здійснюється за рахунок бюджетних коштів та ресурсів обов'язкового медичного страхування. 20% громадян охоплено двома програми – «Медікейр» і «Медікейд», на які пррпадає більш ніж 90% державних витрат, призначених на охорону здоров'я. «Медікейр» призначена для забезпечення безкоштовним медичним обслуговуванням населення старшого 65 років та включає основне медичне страхування за рахунок коштів соціального медичного страхування (для стаціонарного лікування) і додаткове за рахунок коштів бюджету та внесків учасників програми (добровільне) (для амбулаторного лікування та інших послуг у приватних лікарів). «Медікейд» призначена для малозабезпечених громадян, які утримують неповнолітніх дітей, сліпих та непрацездатних громадяна тощо та фінансується федеральним урядом (50-80% витрат штату на цю програму) і органами управління штатів (20-50%). Бюджетними коштами фінансується медична допомога ветеранам війни і державна підтримка науково-дослідних проектів у сфері охорони здоров'я. Американська приватна модель фінансування сфери охорони здоров'я характеризується високою якістю медичних послуг, швидкими темпами модернізації медичного обладнання, високою кваліфікацією медичного персоналу, широким вибором послуг із страхування здоров'я, заохоченням громадян до здорового способу життя, що знижує рівень захворюваності та зменшує видатки на цю галузь. Основними її недоліками є наявність: високих адміністративних витрат; великих витрат на забезпечення науково-технічного прогресу у галузі; не охопленого системою страхування населення; низької

доступності малозабезпечених прошарків суспільства до медичної допомоги та ін. Ця система є дуже витратною, обсяги її фінансування становлять близько 15% ВВП, що найбільше серед усіх розвинених країнах світу, тому основною проблемою приватної системи медичного обслуговування є зменшення державних видатків на охорону здоров'я.

Страхова система охорони здоров'я за моделлю Бісмарка характерна для Німеччини, Нідерландів, Люксембургу, Франції, Швейцарії та інших країн. За даними «ВООЗ, страхуванням здоров'я охоплено понад 800 млн. осіб, і майже 74% витрат на лікування хворих компенсують із страхових фондів» [76].

Увагу привертає система управління охороною здоров'я Німеччини, основою якої є добре структуроване медичне страхування, що включає державне (89% населення) та приватне (9%). Інші 2% громадян (поліцейські та військові) охоплені медичною допомогою за спеціальними державними програмами. Фактична частка основного страхування у загальних витратах на сферу охорони здоров'я складає більш ніж 60%. Окрім цього, капітал сфери охорони здоров'я формують фінансові ресурси інших складових національної страхової системи: пенсійні фонди, фонди страхування від нещасних випадків на виробництві, а також кошти державної казни. Що стосується державного медичного страхування, то внески акумулюються лікарняними фондами, які є незалежними органами місцевого самоврядування, а державний орган контролює та управляє їх діяльністю [76].

Варто відзначити, що «в Німеччині джерелом фінансування охорони здоров'я є регіональні та федеральні лікарняні фонди, що збирають внески та фінансують охорону здоров'я на рівні державного соціального забезпечення. Усі лікарні є неприбутковими організаціями, які зобов'язані сплачувати членські внески та мають право визначати розміри, необхідні для покриття витрат. До переваг німецької системи охорони здоров'я можна віднести високу якість медичної допомоги, сучасне медичне обладнання в профілактичних закладах, відповідну кваліфікацію медичного персоналу і, головне, доступність медичної допомоги для всіх» [32]. Надання населенню широкого спектру безкоштовних

послуг здійснюється системою медичного страхування, що включає лікування амбулаторно чи у стаціонарі, забезпечення ліками за рецептом, медичним устаткуванням, безплатним проїздом до лікувального закладу.

Система фінансування охорони здоров'я Великобританії також є актуальною для вивчення та використання в Україні, оскільки значна частка фінансових ресурсів для її забезпечення – це кошти державного бюджету, які спрямовуються та розподіляються вниз по управлінській вертикалі. Така централізована система фінансування також сприяє «стримуванню» збільшення видатків на лікування. Однак у неї є й певні недоліки, зокрема, схильність до монополізму, відсутність у пацієнта вибору лікаря чи лікарні.

Основоположним принципом канадської системи страхування здоров'я є принцип солідарності. Контроль за використанням страхових коштів здійснюється страховими компаніями та страхувальниками. У застрахованих осіб також є можливість обирати лікаря та лікувальний заклад. Фінансове забезпечення у таких системах відбувається за рахунок трьох джерел: страхових внесків бізнесу (відрахування з доходу); страхових внесків найманих працівників (відрахування із зарплати); державних коштів.

«Основним постачальником медичних послуг є Національна служба охорони здоров'я (National Health Service, NHS), яка звітує перед Департаментом (Міністерством) охорони здоров'я. Національна служба охорони здоров'я Великобританії забезпечує мешканців практично всіма необхідними медичними послугами, стаціонарними препаратами та іншими медичними витратами, на безоплатній основі. Також передбачено додаткові пільги для соціально незахищених та малозабезпечених верств населення. Наприклад, від оплати ліків повністю звільняються громадяни до 16 років, особи до 60 років, студенти до 19 років, хворі на особливі захворювання, військові пенсіонери та інваліди війни» [40].

Не менш цікавим та корисним для України є досвід Канади, тому що експерти цієї країни та інших країн світу єдині в думці про швидший темп зростання витрат на охорону здоров'я ніж темп росту економіки. Т. Камінська

вважає, що: «роль федерального уряду в галузі охорони здоров'я в Канаді полягає у встановленні та моніторингу національних стандартів охорони здоров'я відповідно до Закону про охорону здоров'я Канади, у фінансуванні провінційних служб охорони здоров'я шляхом перерахування коштів та виконання функцій, за які вона відповідає. Однією з таких функцій є надання медичних послуг конкретному населенню, у тому числі ветеранам, військовослужбовцям, які перебувають у в'язницях Федеральної та Королівської гірничої поліції Канади. Решта функцій які виконує федеральний уряд пов'язані зі здоров'ям, до них відносяться: охорону та зміцнення здоров'я, профілактику захворювань тощо» [32].

Значна кількість лікарів у Канаді - незалежні та займаються своєю власною медичною практикою. Є й ті, які надають медичні послуги у лікарнях чи локальних медичних центрах. Поряд з цим, в залежності від медичної допомоги, яку надають приватні лікарі, їх послуги оплачуються державою з бюджету провінції, чи території, де вони працюють.

Позитивним моментом є те, що у країнах з бюджетною моделлю охорони здоров'я проблема збільшення вартості лікування є менш актуальною, ніж у державах, де медичні послуги фінансуються через обов'язкове чи добровільне медичне страхування. Така система фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я - гуманніша та соціально справедливіша форма організації та фінансування медичного обслуговування громадян.

Бюджетна модель охорони здоров'я використовується багатьма економічно розвиненими країнами світу: Великобританією, Данією, Ісландією, Ірландією, Норвегією, Фінляндією, Швецією та ін. Оскільки у сфері охорони здоров'я збереглися ринкові механізми, такі як професійна незалежність від органів державної охорони здоров'я лікарів загальної практики і робота на контрактній основі, дозвіл працюючим у медичних закладах державної форми власності лікарям-фахівцям здійснювати приватну практику за сумісництвом, діяльність альтернативних медичних установ та інше, уряди цих країн змогли стримати монополістичні тенденції в цій галузі та зберегти її економічну

ефективність.

Проведений Н. Карпишин порівняльний аналіз механізмів оплати праці медичних працівників первинної ланки медичної допомоги у державах із бюджетною моделлю охорони здоров'я, наведений у додатку Р, свідчить, що опалата послуг лікарів загальної практики - сімейної медицини здійснюється з використанням гонорарного методу (оплачується кожна детальна послуга: візит лікаря, виписка рецептур, діагностичні дослідження, процедури, інше) і/або подушового методу (розрахунок здійснюється на одного пацієнта), а також за рахунок бюджетних субсидій.

Про необхідність здійснення реформ у вітчизняній сфері охорони здоров'я свідчить складна фінансова ситуація, що склалася останнім часом. Навіть намагання уряду впродовж останніх років покращити рівень оплати праці медичних працівників, не призвів до значного підвищення заробітної плати у цій сфері, тому вона все ще залишається дуже низькою. Виходячи з цього, пріоритетним напрямком реформування галузі повинно стати запровадження новітніх способів оплати праці, які б давали медичним працівникам можливість додатково легально заробляти.

Вважаємо, що для оплати праці вітчизняних лікарів сімейної медицини доцільно застосовувати у комбінації гонорарний, подушовий і поокладний (фіксована заробітна плата) методи фінансового забезпечення. Можливо використовувати такий варіант моделі фінансування у співвідношенні: 25–30% – фіксованої заробітної плати, 55–60% – подушової оплати, 10–15% – гонорарів.

Подушове фінансування полягає в тому, що видатки на надання первинної медичної допомоги знаходяться у залежності від кількості пацієнтів, які постійно знаходяться на обслуговуванні у приватного лікаря чи групи лікарів сімейної медицини. Цей норматив може бути змінним, наприклад, його можна підвищити для деяких категорій пацієнтів - діти, пенсіонери, малозабезпечені особи тощо. З таким підходом фінансування обсяг витрат є прогнозованим і не збільшується, оскільки лікарі не зацікавлені в збільшенні кількості відвідувань, зосереджуючись на профілактичних заходах; обсяг адміністративних витрат

залишається низьким, а витрати на лікування не залежать від ціни медичних послуг. Однак головний недолік цього методу в тому, що медичні працівники отримують оплату за пацієнта, незалежно від того, чи часто пацієнт звертається за допомогою, чи рідко, через що відсутня мотивація до покращення стану здоров'я пацієнта.

Реформування системи оплати праці медичних працівників в Україні може включати впровадження гонорарної системи поряд із основною посадовою оплатою. Для цього слід прийняти законодавчі акти, які дозволяють пацієнтам оплачувати окремі медичні послуги і розробити єдині методи визначення вартості таких послуг. Потрібно також створити список медичних процедур, за які лікарі отримуватимуть гонорари (наприклад, за видачу рецептів або виклик лікаря додому) та визначитись з умовами і механізмом їх виплати. Окрім цього, важливо вдосконалити систему фінансових розрахунків між державними медичними установами та їх пацієнтами. Оплата лікування повинна здійснюватися через безготівкові розрахунки або касові апарати. Впровадження гонорарної системи стимулюватиме конкуренцію серед медичних установ та сприятиме покращенню якості медичних послуг [34].

Впровадження викладених вище підходів до фінансового забезпечення первинної ланки медичної допомоги може сприяти частковому вирішенню проблеми низького рівня заробітної плати в українській системі охорони здоров'я та мотивувати медичних працівників надавати більш якісні медичні послуги.

Таким чином, у розвинених країнах світу ефективна медична допомога на первинному рівні, можливість вільного вибору лікаря та гарантований набір медичних послуг, що надаються сімейними лікарями, є загальноприйнятим стандартом для надання високоякісної та загальнодоступної медичної допомоги.

Отже, в рамках впровадження найкращого міжнародного досвіду фінансового забезпечення розвитку галузі охорони здоров'я в Україні необхідно: покращити координацію між зацікавленими сторонами у цій сфері, створити умови для залучення приватного сектору до фінансування та надання медичних

послуг, а також збільшити обсяг фінансових ресурсів системи охорони здоров'я за рахунок позабюджетних джерел.

3.3. Напрямки покращення фінансування охорони здоров'я у територіальних громадах

Медична реформа надала територіальним громадам більше незалежності у розвитку системи охорони здоров'я. Тепер місцева влада самостійно визначає стратегію розвитку медичних закладів та послуг, які вони надають. Хоча Національна служба здоров'я України (НСЗУ) може покривати частину витрат на медичне обслуговування в межах програми державних гарантій (в основному на оплату праці), утримання великої кількості медичних установ стає важким для малих громад з обмеженим бюджетом. Це змушує їх обирати між недофінансуванням всієї медичної системи та закриттям тих медичних закладів, які не змогли залучити достатньо пацієнтів.

Через обмеженість фінансових ресурсів громади шукають способи оптимізувати витрати на утримання медичної мережі, прагнучи при цьому забезпечити високу доступність послуг для своїх мешканців.

Для вирішення таких питань пропонується декілька рекомендацій, які дадуть можливість невеликим за розміром громадам балансувати між витратами та якістю медичних послуг.

Оптимізувати витрати на охорону здоров'я і зберегти пріоритетні для громади послуги можна шляхом аналізу попиту на медичні послуги серед місцевого населення та на його основі розробити стратегію розвитку медицини громади.

Малим громадам необхідно акцентувати увагу на розвитку профілактичних заходів та первинного рівня медичної допомоги, зокрема медсестринської справи, тому що значна частина медичної допомоги може бути

надана саме на цьому рівні. Це зменшить витрати, покращить здоров'я мешканців громади (запобігатиме передчасним смертям, покращить якість і тривалість життя) та відповідно знизить навантаження на вторинну та третинну ланки охорони здоров'я, які є більш дорогавартісними.

На рівні первинної ланки доцільно запропонувати збільшити перелік медичних послуг. Окрім підписаних з НСЗУ, варто додати пакети для «Супроводу та лікування дорослих і дітей, хворих на туберкульоз, на первинному рівні медичної допомоги» та «Діагностики, лікування та супроводу осіб з ВІЛ (та підозрою на ВІЛ)» (який також можна підписувати і на рівні первинної ланки). Зважаючи на позитивну тенденцію старіння населення, варто подумати про залучення до лікувальних закладів громади лікаря-геронтолога.

Створивши службу невідкладної допомоги можна ефективно вирішити питання зменшення цілодобових телефонних дзвінків сімейним лікарям, зниження потреби у фельдшерсько-акушерських пунктах та розвантаження служби екстреної медичної допомоги від непрофільних викликів. Служба надаватиме цілодобові консультації пацієнтам (через телефон, месенджери та сайт) і, за необхідності, направлятиме лікаря чи фельдшера на виїзд. Це сприятиме зменшенню кількості приміщень, що займають ФАПи, і, як результат, зниженню витрат на їх утримання. Однак у найбільших селах ФАПи слід залишити, забезпечивши їх автотранспортом для патронажу хворих у навколишніх населених пунктах.

Доцільним є також створення сайту для первинного рівня медичної допомоги територіальної громади, що значно полегшить її жителям доступність до інформації про медичних працівників та взаємодію з ними.

Також для ефективного управління ресурсами громади повинні розробляти чіткі механізми управління коштами, щоб забезпечити оптимальне використання бюджетних ресурсів. Наприклад, впровадження електронних систем управління фінансами та медичними записами допоможе зменшити адміністративні витрати та покращити облік коштів.

Збільшити обсяги фінансових ресурсів конкретного закладу охорони

здоров'я можна за рахунок міжмуніципальної співпраці з суміжними територіальними громадами шляхом розширення переліку медичних послуг та контингенту. Наразі, в Україні існують можливості та умови для розвитку послуг телемедицини, що являє собою технології та заходи надання медичної допомоги, при якій використовується дистанційний зв'язок у вигляді обміну електронними повідомленнями. Актуальність таких заходів посилюється за умов складного та нерегулярного сполучення між населеними пунктами громад та впровадження карантинних обмежень. Не зважаючи на те, що для надання телемедичних послуг медичному закладу необхідно витратити кошти на отримання ліцензії, створення спеціального кабінету, «технічне забезпечення (програмне та апаратне забезпечення для роботи порталу телемедицини, забезпечення відео- й аудіозв'язку; технічні прилади із засобами збереження та передачі даних і зображень у формі електронних повідомлень; засоби телеметрії; програмне забезпечення для передавання, збереження та інтерпретації знімків і цифрових зображень)» [47] тощо, вона створює можливості розширення контингенту пацієнтів, в результаті чого з'являються додаткові надходження за рахунок оплати медичних послуг.

Запровадження громадського контролю за витратами на охорону здоров'я у громадах може підвищити прозорість використання бюджетних коштів та сприятиме більш ефективному витрачання фінансових ресурсів.

Для покращення управління медичними установами потрібно підвищити ефективність управління ними через впровадження сучасних методів менеджменту, стандартизацію послуг і підвищення кваліфікації керівників медичних закладів.

Розвиток добровільного медичного страхування серед жителів територіальних громад може стати важливим джерелом додаткових коштів для місцевих медичних закладів. Це дозволить забезпечити додаткову фінансову підтримку для лікарень та амбулаторій. Створення умов для співпраці з приватними страховими компаніями може допомогти покрити витрати на лікування, медичні послуги, а також організувати додаткові програми для людей

з обмеженими можливостями.

Крім фінансування за рахунок бюджетних ресурсів та коштів медичного страхування, додаткові джерела фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я територіальних громад, на нашу думку, можуть формуватися у місцевих цільових фондах за рахунок запровадження додаткових місцевих податків і зборів. Громади можуть впроваджувати спеціальні податки, які спрямовуються на фінансування охорони здоров'я, наприклад, податки на алкоголь, тютюн, продукти харчування з високим вмістом солі, трансжирів і напоїв з високим вмістом цукру та барвників, а також податки за забруднення навколишнього середовища, що безпосередньо негативно впливають на здоров'я мешканців громад. Ці кошти можуть бути спрямовані на профілактичні програми або на фінансування лікування хвороб, що спричиняються такими продуктами. Підвищення податкової дисципліни серед підприємств на місцевому рівні може створити додаткові фінансові ресурси для медичних установ. Ефективно також на законодавчому рівні закріпити певну частину непрямих податків та спрямувати їх на видатки з охорони здоров'я. Важливо стимулювати суб'єкти підприємницької діяльності здійснювати благодійні внески та запроваджувати відповідні податкові пільги для них.

Щоб зменшити витрати на обслуговування об'єктів нерухомості медичної інфраструктури та одночасно підвищити його якість, а також зекономити кошти на оптових закупівлях, доцільно використовувати таке інноваційне джерело фінансування як державно-приватне партнерство, зокрема у формі спеціалізованого фасиліті-менеджменту (facility management). Його суть полягає у тому, що для обслуговування лікувально-профілактичних установ наймається немедичний допоміжний персонал (повари, прибиральники, охоронники, електрики та ін.) та здійснюється оптова закупівля продуктів харчування, витратних матеріалів, будівельних матеріалів, що дає змогу економити фінансові ресурси. Позитивний ефект від його впровадження проявляється в тому, що весь медперсонал та управлінці лікувального закладу повністю зосереджують свою увагу та зусилля на виконанні своїх безпосередніх посадових обов'язків

(організація та безпосереднє надання медичної допомоги) завдяки передачі на аутсорсинг немедичних функцій медичної установи [16].

Створення умов для державно-приватного партнерства дозволить залучити інвестиції для розвитку медичних послуг на місцевому рівні, наприклад, через модернізацію медичних установ, закупівлю новітнього обладнання або надання додаткових послуг. Також можуть бути створені програми державно-приватного партнерства для надання медичних послуг через приватні клініки за державні кошти, що дозволить збільшити ефективність використання ресурсів. Приватні компанії можуть брати на себе фінансування частини медичних послуг в обмін на податкові пільги або на інші вигоди.

Розвиток та інвестиції в оновлення медичного устаткування та обладнання потребують додаткового фінансування. Громади можуть активно шукати можливості для отримання державних та міжнародних грантів на розвиток медичних послуг, покращення інфраструктури або модернізацію обладнання. Для його отримання можна подавати заявки на гранти, які фінансує Світовий банк (проекти з ремонту амбулаторій), Фонд регіонального розвитку, Український фонд соціальних інвестицій [66] та посольства різних країн. Крім закупівлі медичного обладнання громади також можуть подавати заявки на гранти для фінансування конкретних програм, таких як профілактика захворювань, підтримка психічного здоров'я, боротьба з інфекційними хворобами тощо. Для залучення додаткових фінансових ресурсів, в апараті місцевої влади доцільно призначити окремого фахівця — грантового менеджера, який би співпрацював з представниками медичних закладів під час підготовки грантових заявок.

В результаті російського терору дуже багато об'єктів медичної інфраструктури стають жертвами руйнувань. До того ж, через постійні обстріли велика частина медичних закладів на території України перебуває в умовах аварійних відключень, що перешкоджає їх стабільній роботі. Тому одним з ключових завдань Міністерства охорони здоров'я України у таких надзвичайних ситуаціях є задоволення нагальних потреб медичних установ у критично

необхідному обладнанні для здійснення їх стабільної та безперервної діяльності. «Для цього Міністерство охорони здоров'я разом зі Світовим банком реалізує спільний проєкт «Зміцнення системи охорони здоров'я та збереження життя» (HEAL UKRAINE) та приймає запити від закладів первинної медичної допомоги на встановлення сонячного енергетичного обладнання для закладів «первинки» (сонячні панелі, акумулятор, інвертортощо). Встановлення сонячного енергетичного обладнання дасть змогу не лише використовувати сонячну енергію як джерело живлення, а й накопичувати її. Окрім того, встановлення сонячних панелей дозволить значно економити видатки на електроенергію та спрямувати ці кошти на інші потреби закладів» [43].

Інвестування в ремонт і модернізацію існуючих медичних установ, закупівля енергоефективного обладнання дозволить знизити витрати на експлуатацію та обслуговування медичних закладів у довгостроковій перспективі.

Громади, які мають розвинену інфраструктуру та медичні установи високого рівня, можуть стимулювати розвиток медичного туризму. Це може стати додатковим джерелом доходу для місцевих лікарень, санаторіїв і клінік. Для цього важливо вдосконалювати інфраструктуру, обладнання, навчати медичних працівників для надання високоякісних послуг, що дозволить залучити іноземних пацієнтів.

Інвестиції в програми профілактики та пропаганди здорового способу життя можуть значно знизити витрати на лікування в майбутньому. Наприклад, кампанії щодо боротьби з курінням, алкоголізмом, пропаганда здорового харчування та фізичної активності допоможуть зменшити навантаження на медичні установи. Важливо створювати умови для доступу до первинної медичної допомоги в сільських та віддалених районах, щоб запобігати розвитку хронічних захворювань і знижувати потребу в дорогому лікуванні.

Громади повинні створювати умови для залучення і утримання кваліфікованих лікарів і медичних сестер, підвищуючи їхню зарплату, забезпечуючи необхідним обладнанням і комфортними умовами праці. Варто

здійснювати інвестиції у навчання і перепідготовку кадрів. Місцеві органи влади можуть створювати програми для підтримки медичних працівників, що дозволить підвищити якість надання медичних послуг і знизити витрати на лікування через помилки або недосконалість медичних знань. Створити стимули для залучення та утримання медичних кадрів в територіальних громадах можна, наприклад, через фінансові пільги, гранти для молодих лікарів або медичних працівників, що дозволить знизити витрати на навчання та підготовку кадрів, а також підвищити ефективність медичних послуг.

Громадські організації можуть брати участь у зборі коштів на підтримку медичних закладів або для конкретних медичних програм. Це можуть бути як волонтерські ініціативи, так і корпоративне волонтерство, де підприємства фінансово підтримують місцеві медичні установи. Використання краудфандингових онлайн-платформ для збору коштів на конкретні медичні потреби (лікування хворих, закупівля медичного обладнання тощо) може стати популярним альтернативним джерелом фінансування. Це дозволяє залучити кошти від широкого кола осіб, які хочуть допомогти, а також збільшити прозорість і довіру до процесу.

Фінансування через соціальні облігації: Це інноваційний інструмент фінансування, при якому приватні інвестори надають кошти для реалізації медичних проектів (наприклад, на боротьбу з конкретними захворюваннями або профілактичні програми), а державні органи виплачують інвесторам, якщо проекти досягли передбачених результатів. Це дозволяє отримувати фінансування для реалізації ефективних соціальних ініціатив, зменшуючи фінансовий тягар для держави.

Фінансування за програмами корпоративного соціального партнерства: Великі компанії можуть фінансувати певні ініціативи в медичній сфері в рамках своїх програм корпоративної соціальної відповідальності. Це можуть бути проекти, спрямовані на поліпшення здоров'я населення, підтримку місцевих лікарень, фінансування програм здорового способу життя.

Отже, покращення фінансування охорони здоров'я у територіальних

громадах потребує комплексного підходу, що поєднує бюджетне фінансування, залучення приватних інвестицій та коштів через страхування, гранти, місцеві податки, державно-приватне партнерство та активну участь громади у процесі управління медичними послугами. Це дозволить забезпечити стійкий розвиток медичної інфраструктури та покращити доступ до медичних послуг для всіх жителів громад.

ВИСНОВКИ

Проведене у кваліфікаційній роботі дослідження дає можливість зробити наступні висновки.

Сфера охорони здоров'я є важливою складовою соціальної політики будь-якої країни, оскільки вона є ключовим елементом збереження та відновлення людського капіталу, який має велике значення для розвитку національної економіки.

На сьогоднішній день вітчизняна система охорони здоров'я не в змозі повною мірою забезпечити реалізацію конституційних прав громадян України на медичне обслуговування. Це викликано дефіцитом фінансових ресурсів, зниженням якості медичних послуг, поганим станом матеріально-технічної бази та збільшенням розмірів "тіньового" сектора в охороні здоров'я.

Враховуючи військову агресію Росії в Україні, сфера охорони здоров'я потребує додаткових витрат на лікування поранених, психо-соціальну підтримку, відновлення інфраструктури медичних закладів. Важливо також забезпечити стабільне фінансування для підтримки загального здоров'я населення в умовах війни.

Підвищити ефективність національної системи охорони здоров'я можна шляхом залучення додаткових фінансових ресурсів та удосконалення механізмів її фінансування.

Основним джерелом фінансування сфери охорони здоров'я України були і залишаються бюджетні ресурси. Але рівень бюджетних асигнувань на утримання системи охорони здоров'я нашої держави є дуже низьким і не покриває усі потреби медичної галузі. Аналіз динаміки видаткової частини Державного бюджету України за період 2017-2022 років свідчить про те, що обсяг спрямованих на сферу охорони здоров'я фінансових ресурсів поступово зростає. Так, в абсолютному виразі він збільшився з 16729,1 млн. грн. у 2017 році до 184267,8 млн. грн. у 2022 році, або на 1101,48%.

Найбільше об'єм фінансування галузі охорони здоров'я зріс у 2020-

2022рр., що, на наш погляд, було спричинено поширенням світом пандемії коронавірусу COVID-19. При цьому зросли обсяги капітальних видатків на придбання спеціальних приладів та устаткування, було модернізовано та переобладнано існуючі медичні заклади під COVID-потреби. Також значно зріс попит населення на платну лабораторну-діагностику та лікувальні послуги.

Варто відмітити, що впродовж 2017-2022 рр. обсяг спрямованих на фінансування охорони здоров'я коштів поступово зростав у гривневому вимірі, а от динаміка цього показника у еквіваленті дол. США свідчить про його зниження у 2022 році у порівнянні з 2021 р. на 1706,45 млн. дол. США. До цього призвело значне знецінення у 2022 р. національної валюти, що було спровоковане військовою агресією рф.

В той же час, експертні висновки Всесвітньої організації охорони здоров'я свідчать, що для забезпечення загального доступу до сфери охорони здоров'я всіх верств населення необхідно спрямувати на її фінансування не менше 5-6% ВВП. Критичний же рівень фінансування галузі, нижче якого відбувається її руйнація, становить 3,2 % ВВП.

Аналіз частки фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я у обсягах номінального та реального ВВП впродовж 2017 – 2022 рр. свідчать, що навіть враховуючи позитивну динаміку росту частки ВВП, яка спрямовується на медичну сферу, її розмір не відповідає встановленим міжнародним рекомендаціям. Найвищого свого значення вона досягала у 2022 р. - 4,77% реального ВВП та 3,55% номінального ВВП. Уваги заслуговує те, що даний показник впродовж 2017-2019 рр. не сягав навіть 1%, що робить неможливим ефективне функціонування лікувальних закладів, спричиняє моральний та фізичний знос основних засобів такої важливої сфери національної економіки.

Отже, за встановленими рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я обсяг фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я України є недостатнім для повного доступу усіх верств суспільства до якісних медичних послуг, а також не забезпечує належні умови праці та рівень її оплати, не сприяє підвищенню кваліфікації персоналу й формуванню необхідного кадрового

потенціалу та резерву.

Дефіцит фінансових ресурсів та неналежне фінансування галузі охорони здоров'я впродовж тривалого періоду негативно впливали на її матеріально-технічне забезпечення, через що якість медичних послуг не відповідала постійно зростаючим потребам населення в них, що деякою мірою демонструють наявні обсяги капітальних інвестицій. Так, обсяги капітальних інвестицій у сферу охорони здоров'я України впродовж 2012-2014 рр. знижувались, але вже від 2016 р. до 2021 р. спостерігається їх збільшення з темпом 1671,2%, що є достатньо позитивною тенденцією. Таке значне зростання даного показника, на нашу думку, обумовлено двома факторами: підвищенням рівня цін та початком світової пандемії COVID-19, що вимагало вкладати значні кошти у будівництво й ремонт нових інфекційних відділень, закупівлю необхідного обладнання (станції безперервної подачі кисню та ін.), медикаментів та забезпечення належної оплати праці медиків.

На жаль, великих збитків цій важливій для суспільства галузі та руйнувань її основних фондів завдала повномасштабна війна РФ проти України. За даними другого півріччя 2023 року, що надали структурні підрозділи з питань охорони здоров'я обласних та у м. Києві військових адміністрацій, пошкоджено 1575 об'єктів медичної інфраструктури та 634 заклади охорони здоров'я, із них незворотно зруйновано 91 заклад, а ступінь руйнувань 599 закладів становить коливається від 2% до 90%. Поряд з цим вже повністю відновлено 343 об'єкти. За підрахунками експертів для відновлення пошкоджених та зруйнованих об'єктів ще необхідно 35 062,7 млн.грн.

Отже, покращення фінансування охорони здоров'я в Україні є важливим кроком до забезпечення доступних, якісних і ефективних медичних послуг для всіх громадян. Альтернативні джерела фінансування охорони здоров'я сприяють сталому розвитку медичної сфери, зниженню залежності від державного бюджету та стимулюванню інвестицій у медичні послуги. Напрямами, які можуть допомогти покращити фінансування цієї сфери є наступні.

1. Запровадження обов'язкового медичного страхування, що сприятиме

забезпеченню більшої фінансової стабільності і розподілу витрат між державою, страховими компаніями та пацієнтами.

2. Стимулювання добровільного медичного страхування, що дозволить громадянам додатково забезпечити себе в разі хвороби за допомогою оформлення різноманітних додаткових програм, не включених до гарантованої державою програми обов'язкового медичного страхування та знизити навантаження на державну систему охорони здоров'я. Такий вид страхування не набув розвитку в Україні, тому його питома вага у структурі витрат на охорону здоров'я незначна.

3. Продовжувати практику фінансування за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», що дозволить більш ефективно розподіляти кошти між медичними закладами залежно від кількості наданих послуг та потреб пацієнтів. Важливо вдосконалювати механізм укладення договорів між медичними установами та Національною службою охорони здоров'я, щоб забезпечити гнучкість і прозорість у фінансуванні.

4. Посилення моніторингу і контролю за використанням бюджетних коштів у медичних установах, що дозволить уникнути неефективних витрат і корупційних схем.

5. Забезпечення максимальної прозорості у процесі закупівель медикаментів, медичних матеріалів та обладнання. Впровадження електронних тендерів та системи електронного урядування дозволяє знизити корупційні ризики та зробити фінансування більш ефективним.

6. Оптимізація медичних установ, що передбачає системне зниження дублювання функцій між державними та приватними медичними закладами, зокрема в малонаселених або сільських районах, де можна створювати централізовані медичні хаби для покращення доступності.

7. Використання державно-приватного партнерства як ефективного механізму фінансування охорони здоров'я, яке полягає в об'єднанні ресурсів державних установ та приватних партнерів для реалізації конкретного проекту. Це передбачає певний розподіл ризиків, відповідальності та винагород між

сторонами для забезпечення взаємовигідної співпраці. Останніми роками державно-приватне партнерство в Україні стало одним з найперспективніших способів залучення приватних інвестицій до фінансування медичних послуг, що дозволяє знижувати навантаження на державний бюджет і одночасно покращувати якість медичних послуг. Це може включати створення нових клінік, лікарень або закупівлю сучасного обладнання.

8. Використання міжнародних грантів і допомоги для фінансування медичних проєктів дозволяє отримувати додаткові кошти на боротьбу з певними захворюваннями або на розвиток інфраструктури.

9. Фінансування профілактичних заходів (вакцинація, скринінг на хронічні захворювання, програми здорового харчування) можуть значно знизити витрати на лікування в майбутньому та покращити загальний стан здоров'я населення.

10. Програмне фінансування здорового способу життя, що передбачає інвестування в просвітницькі кампанії, спрямовані на зменшення захворюваності серед населення та може скоротити витрати на лікування хронічних і соціально значущих захворювань.

11. Підвищення кваліфікації менеджерів медичних установ, які будуть здатні ефективно планувати та використовувати фінансові ресурси, а також оптимізувати роботу лікарень та поліклінік.

12. Використання краудфандингових онлайн-платформ для збору коштів на конкретні медичні потреби (лікування хворих, закупівля медичного обладнання тощо) може стати популярним альтернативним джерелом фінансування. Це дозволяє залучити кошти від широкого кола осіб, які хочуть допомогти, а також збільшити прозорість і довіру до процесу.

13. Фінансування через соціальні облігації: Це інноваційний інструмент фінансування, при якому приватні інвестори надають кошти для реалізації медичних проєктів (наприклад, на боротьбу з конкретними захворюваннями або профілактичні програми), а державні органи виплачують інвесторам, якщо проєкти досягли передбачених результатів. Це дозволяє отримувати фінансування для реалізації ефективних соціальних ініціатив, зменшуючи

фінансовий тягар для держави.

14. Фінансування за програмами корпоративного соціального партнерства: Великі компанії можуть фінансувати певні ініціативи в медичній сфері в рамках своїх програм корпоративної соціальної відповідальності. Це можуть бути проекти, спрямовані на поліпшення здоров'я населення, підтримку місцевих лікарень, фінансування програм здорового способу життя.

Ці та інші заходи, як окремо, так і у поєднанні, сприятимуть збільшенню обсягів фінансових ресурсів у сферу охорони здоров'я та їх ефективному використанню. Їх реалізацію доцільно здійснювати як на рівні держави, так і на регіональному рівні.

Таким чином, альтернативні джерела фінансування охорони здоров'я в Україні можуть включати різноманітні моделі та інструменти, що забезпечують більш ефективне їх використання та сталий розвиток медичної сфери. Залучення приватних інвестицій, розвиток медичного страхування, краудфандинг і міжнародне співробітництво допомагають знизити навантаження на державний бюджет та створюють умови для поліпшення доступу до якісних медичних послуг.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бойко С.Г. Диверсифікація джерел фінансування охорони здоров'я. Аналітична записка. К.: НІСД, 2019. URL: <https://niss.gov.ua/doslidzhennya/socialna-politika/diversifikaciya-dzherel-finansuvannya-okhoroni-zdorovya>.
2. Бондар А.В. Фінансування галузі охорони здоров'я в Україні та у зарубіжних країнах. *Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення і проблеми розвитку*. 2011. № 720. С. 357-364.
3. Баранник Л.Б. Обов'язкове медичне страхування як елемент системи соціальної безпеки населення. *Економічний вісник університету*. 2023. Вип. 56. С. 155–162. DOI: <https://doi.org/10.31470/2306-546X-2023-56-155-162>.
4. Барзилович А.Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 2. С. 134-140.
5. Буздуган Я. Поняття, принципи, форми фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні. URL: <http://veche.kiev.ua/journal/9>.
6. Бюджетний кодекс України від 8.07.2010 року № 2456-VI (зі змінами та доповненнями). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17#Text>.
7. Василевська Н.С. Медичне страхування під час воєнного стану в Україні: практичний нарис. *Правова держава*. 2023. №50. С. 120–127. DOI: <https://doi.org/10.18524/2411-2054.2023.50.280281>.
8. Видатки на охорону здоров'я у 2021 р.: коли очікування розбиваються об жорстоку реальність. *Аптека online*. 2021. (1). URL: <https://www.apteka.ua/article/579552>.
9. Виноградов О. Державне управління багатоканальним фінансуванням закладів охорони здоров'я. *Статистика України*. 2006. № 2 (33). С. 65-68.
10. Гавриченко Д.Г., Козирєва О.В., Попова Т.О. Сергієнко Л.В. Механізм фінансування охорони здоров'я України в умовах трансформацій. *Фінансово-кредитна діяльність: проблеми теорії і практики*. 2022. № 1 (42). С. 125-133.
11. Галабурда М.К. Фінансове забезпечення економічної політики в Україні: дис. ... канд. екон. наук: спец. 08.01.01. – К., 2003. 278 с.

12. Гладій С. Фінансовий механізм інвестування інноваційного розвитку: теоретико-методологічний підхід до управління. *Економіка та держава*. № 9. 2014. URL: http://www.library.tane.edu.ua/images/nauk_vydannya/gHL8ef.pdf.

13. Гончарук С.М., Приймак С.В., Даниляк Л.Я. Сучасний стан і проблеми фінансування установ охорони здоров'я в Україні. *Бізнес Інформ*. 2016. № 1. С. 190-194.

14. Горошко А., Шаповал Н., Лай Т. Чи можуть люди дозволити собі оплачувати медичну допомогу? Нові докази фінансового захисту в Україні. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ. 2018. URL: <http://www.euro.who.int/en/countries/ukraine/publications/can-people-afford-to-pay-for-health-care-new-evidence-on-financial-protection-in-ukraine2018>.

15. Горин В.П. Фінансовий механізм забезпечення суспільного добробуту: теоретична концептуалізація та проблеми функціонування: монографія. Тернопіль: ТНЕУ, 2020. 516 с.

16. Горин В.П., Квасниця О.В. Перспективи нарощування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я в умовах війни та повоєнного відновлення України. *Інвестиції: практика та досвід*. № 14/2023. С. 27-33. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/48269/1/Horyn-Kvasnytsia.pdf>.

17. Дем'яненко М.Я. Фінансові проблеми становлення та розвитку аграрного ринку. Стенограма Дев'ятих річних зборів Всеукраїнського конгресу вчених економістів-аграрників 26-27 квітня 2007 року. К., ННЦ «Інститут аграрної економіки» УААН. 2007. 202 с.

18. Диверсифікація джерел фінансування охорони здоров'я. URL: <https://niss.gov.ua/doslidzhennya/socialna-politika/diversifikaciya-dzherel-finansuvannya-okhoroni-zdorovya>.

19. Дубина М., Забаштанський М., Роговий А. Роль фінансово-кредитних установ у стратегічному розвитку сфери охорони здоров'я. *Проблеми і перспективи економіки та управління*. 2020. № 4 (24). С. 64—73.

20. Єфименко Т.І., Соколовська А.М. Механізми фінансування та фіскального стимулювання залучення інвестицій у науку і освіту. К.: ДННУ.

Акад. фін. управління. Київ, 2018. 448 с.

21. . Жукевич С., Карпишин Н., Шегера О. Аналіз фінансової стійкості закладів охорони здоров'я в умовах сталого розвитку. *Світ фінансів*. 2022. № 3 (72). С. 111—126.

22. Журавка О.С. Аналіз та прогнозування розвитку ринку добровільного медичного страхування в Україні. *Вісник Сумського державного університету*. 2022. №2. С. 50–58. DOI: <https://doi.org/10.21272/1817-9215.2022.2-05>.

23. Загородний А.Г., Вознюк Г.Л., Смовженко Т.С. Фінансовий словник. Львів: Центр Європи, 1997. 471 с.

24. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 року № 2801-XII URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.

25. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017р № 2168-VIII URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>.

26. Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» від 14.11.2017 № 2206-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text>.

27. Зуб І.М., Забаштанський М.М., Драгунов Д.М. Пріоритетні підходи до фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні. *Проблеми і перспективи економіки та управління*. 2020. № 3(23). С.93-101.

28. Зуб І.М., Забаштанський М.М., Драгунов Д.М. Фінансові інструменти стратегічного розвитку сфери охорони здоров'я в умовах цифрової економіки. *Проблеми і перспективи економіки та управління*. 2021. № 1(25). С. 159-165.

29. Зуб І.М., Ломонос Р.І. Сучасні аспекти механізму формування фінансових ресурсів сфери охорони здоров'я України в умовах глобалізації. *Сучасна економічна наука: теорія і практика: XI Всеукраїнська науковопрактична конференція студентів, аспірантів і молодих вчених* (16 листопада 2021 р.). Чернігів, 2021. С. 44-46.

30. Зятковський І.В. Фінансове забезпечення діяльності підприємств:

Монографія. Тернопіль: Економічна думка. 2000. 215 с.

31. Індекс здоров'я. Україна — 2019: Результати загальнонаціонального дослідження. Київ, 2020. URL: https://health-index.com.ua/HI_Report_2019_Preview.pdf.

32. Камінська Т. Уроки зарубіжних країн для реформування охорони здоров'я в Україні. *Економічна теорія та право*. 2015. № 1(20). URL: <http://econtlaw.nlu.edu.ua/wp-content/uploads/2015/11/%E2%84%96-1-38-50.pdf>.

33. Карпишин Н., Комуницька Н. Класичні моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я. *Світ фінансів*. 2008. № 1 (14). С. 110-117.

34. Карпишин Н.І. Зарубіжний досвід фінансового забезпечення охорони здоров'я та можливості його використання в Україні. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/12492/1/%D0%97%D0%B0%D1%80%D1%83%D0%B1%D1%96%D0%B6%D0%BD%D0%B8%D0%B9%20%D0%B4%D0%BE%D1%81%D0%B2%D1%96%D0%B4%20%D1%84%D1%96%D0%BD%D0%B0%D0%BD%D1%81%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B3%D0%BE%20%D0%B7%D0%B0%D0%B1%D0%B5%D0%B7%D0%BF%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F.PDF>.

35. Климук Н.Я. Особливості медичного страхування в Україні у сучасних умовах. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2021. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2021.1.12147>.

36. Козій І.С. Місце і значення фінансового забезпечення в структурі фінансового механізму. *Науковий вісник НЛТУ України*. 2008. Вип. 18.9. С. 223–229.

37. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я. Схвалено Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11. 2016 р. № 1013-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text>.

38. Кравченко С.О., Марковський С.С. Сутність фінансового забезпечення державної регіональної політики. URL: <http://www.academy.gov.ua/ej/ej13/txts/Kravchenko.pdf>.

39. Кужелєв М.О., Нечипоренко А.В. Фінансування охорони здоров'я в

умовах глобальних викликів: український досвід. *European scientific journal of Economic and Financial innovation*. 2024. №1(13). С. 85-92.

40. Кузьменко Г.О. Зарубіжний досвід публічного управління у сфері охорони здоров'я. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування*. Том 33 (72). № 3. 2022. С. 113-119. URL: https://www.pubadm.vernadskyjournals.in.ua/journals/2022/3_2022/19.pdf.

41. Маргасова В.Г. Медичне страхування та його роль у фінансовому забезпеченні стратегічного розвитку системи охорони здоров'я в умовах цифровізації. *Вісник Хмельницького національного університету. Економічні науки*. 2021. № 1. С. 165–170. DOI: <https://doi.org/10.31891/2307-5740-2021-290-1-29>.

42. Мартусенко І.В., Сіташ Т.Д. Трансформація фінансування системи охорони здоров'я в Україні та зарубіжних країнах. *Проблеми економіки*. 2013. №1. С. 321-325.

43. Медзаклади «первинки» мають можливість отримати сонячні панелі. Як податися на проєкт? URL: <https://moz.gov.ua/uk/s>.

44. Москаленко В.Ф. Системи охорони здоров'я: класифікації, цілі, цінності, пріоритети, ключові функції, стратегії, проблеми та завдання. *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*. 2008. № 4. С. 25-44.

45. Некрасенко Л.А., Семеренко І.О. Особливості управління фінансовими ресурсами в закладах охорони здоров'я. *Наукові праці Полтавської державної аграрної академії*. 2012. Вип. 1 (4). Том 3. С. 140-144.

46. Нечитайло І.П. Аналіз сучасних підходів до визначення інвестиційного потенціалу регіону. *Фінансові ринки та цінні папери*. 2010. №24. С. 13 – 19.

47. Озерова О. Телемедичні послуги: як організувати, оподаткувати та відобразити в бухобліку. *Головбух*. URL: https://buhplatforma.com.ua/article/9412-yakorganzuvati-opodatkovati-ta-vdobraziti-v-buhoblkutelemedichn-poslugi?from=Rubrcontentblock_articles#anc_1.

48. Олійник Д.С. Фінансове забезпечення розвитку сільськогосподарського виробництва: Автореф. дис. канд. екон. наук. К. 2003.

17с.

49. Онишко С.В., Шевчук Ю.В. Особливості функціонування моделей фінансування медичного страхування. *Економічний вісник. Серія: фінанси, облік, оподаткування*. Ірпінь, 2019. Вип. 3. С. 171–179.

50. Онишко С.В. Регулятивний потенціал фінансового ринку в умовах глобальних викликів: монографія. Ірпінь: Видавництво Національного університету ДПС України, 2016. 452 с.

51. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/>

52. Офіційний сайт Міністерства фінансів України. URL: <https://www.mof.gov.ua/uk/>

53. Офіційний сайт Державної служби статистики України. URL: <https://www.ukrstat.gov.ua/>

54. Офіційний сайт Національної служби здоров'я України. URL: <https://nszu.gov.ua/>

55. Офіційний сайт Катеринівської сільської ради. URL: <https://katerynivska-gromada.gov.ua/>

56. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи / за ред. В. В. Лазоришинця. Київ, 2014. 607 с.

57. Пазєєва Г.М. Сучасний стан розвитку медичного страхування в Україні та його місце в системі соціального захисту. *Вчені записки університету «КРОК»*. 2021. Вип. 4. С. 36–46. DOI: <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2021-64-36-46>.

58. Піхоцька О.М., Хомякова І.С. Фінансування системи охорони здоров'я в умовах її реформування. URL: http://www.dy.nauka.com.ua/pdf/12_2021/35.pdf.

59. Попович Д.В. Функціонування системи медичного страхування: зарубіжний досвід та можливості його використання в Україні. *Молодий вчений*. 2022. № 10. С. 64–70. DOI: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2022-10-110-14>.

60. Посилкіна О.В., Гладкова О.В. Актуальні проблеми фінансового забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я в Україні в умовах їх

реформування. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія : Економіка і управління.* 2021. № 2. Том 32(71). С. 43–49.
https://www.econ.vernadskyjournals.in.ua/journals/2021/32_71_2/9.pdf.

61. Постанова Кабінету Міністрів «Про утворення Національної служби здоров'я України» від 27.12.2017р №1101. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-utvorenniya-nacionalnoyi-sluzhbi-zdorovya-ukrayini>.

62. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. №1013-р URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80>.

63. Прилипко Є. Яким має бути фінансування та управління закладами охорони здоров'я в умовах децентралізації. URL: <https://life.pravda.com.ua/columns/2021/07/20/245440/>.

64. Романенко О.Р. Фінанси: Київ : Центр учбової літератури, 2009. 312 с.

65. Сабецька Т.І. Проблеми та перспективи фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я України. *Економіка та суспільство.* Випуск №27. 2021. URL: <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/466/448>.

66. Сайт Українського фонду соціальних інвестицій. URL: <https://usif.ua/>

67. Сафонов Ю.М., Борщ В.І. Стратегічний менеджмент закладів охорони здоров'я: загальні принципи та особливості застосування в галузі охорони здоров'я України. *Актуальні проблеми економіки.* 2019. №8 (218). С. 62-69.

68. Сіташ Т.Д. Фінансування системи охорони здоров'я в Україні: тенденції та реформування. *Механізм регулювання економіки.* 2012. № 1. С. 164-169.

69. Стігліц Джозеф Е. Економіка державного сектора: Пер. з англ. К.: Основи, 1998. 854 с.

70. Федорова Н.О. Стан фінансування системи медичного страхування в Україні. *Держава та регіони. Серія: Державне управління.* 2019. № 1(65). С. 110–115.

71. Федосов В., Опарін В. Бюджетний менеджмент: підручник Київ:

КНЕУ, 2014. 864 с.

72. Філіпова Н. Аналіз системи фінансування охорони здоров'я в Україні. *Проблеми і перспективи економіки та управління*. №1(25). 2021. С. 151–158.

73. Фінансова звітність Центру первинної медико-соціальної допомоги та фінансового відділу Катеринівської сільської ради Кропивницького району Кіровоградської області.

74. Шевченко В.А. Соціально-економічні засади фінансування вітчизняних підприємств сфери медичних послуг. *Бізнес Інформ*. 2015. № 12. С. 173-178.

75. Шелєміна Н.І. Особливості фінансування системи охорони здоров'я: вітчизняний та закордонний досвід. *Економіка та суспільство*. № 53. 2023. URL: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2023-53-80>.

76. Яремчук О. Кращі зарубіжні практики в сімейній медицині: досвід для України. *Державне управління: удосконалення та розвиток*: електрон. вид. 30.11.2018. № 11. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/index.php?op=1&z=1337>.

77. Яришко О.В. Особливості функціонування моделі медичного страхування в Польщі. *Інфраструктура ринку*. 2020. Вип. 43. С. 406–411. DOI: <https://doi.org/10.32843/infrastruct43-73>.

78. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Ukraine. URL: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289060165>

79. Chung M. Health care reform: learning from other major health care systems. Princeton Public Health Review. 2017. Dec. 2. URL: <https://pphr.princeton.edu/2017/12/02/unhealthy-health-care-a-cursory-overview-of-major-health-care-systems/>

80. Daw J. A better path to universal health care. The New York Times. 2019. Feb. 20. URL: <https://www.nytimes.com/2019/02/20/opinion/health-care-germany.html>

81. Informal payments at specialized healthcare facilities for four priority services under the program of medical guarantees: Executive summary. Kyiv; 2021.

82. The World Factbook 2017. URL:
<https://www.cia.gov/library/publications/resources/theworld-factbook/geos/up.html>

83. Wallace L. S. A View Of Health Care Around The World. The Annals of Family Medicine. Leawood, 2013. Vol. 11, no. 1. P. 84.