

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Західноукраїнський національний університет

Факультет фінансів та обліку

Кафедра фінансів ім. С. І. Юрія

БАЛЕШТА Зоряна Ігорівна

Фінансові ресурси закладів охорони здоров'я: реалії формування і перспективи росту/Healthcare financial resources: realities of formation and prospects of increasing.

спеціальність 072 «фінанси, банківська справа та страхування»
освітньо-професійна програма – «фінанси»

Кваліфікаційна робота

Виконала студентка
групи ФФм-21
Балешта З.І.

підпис

Науковий керівник:
к.е.н., доцент
Коломийчук Н.М.

підпис

Кваліфікаційну роботу

допущено до захисту

«__» _____ 2020 р.

Завідувач кафедри

_____ О.П.Кириленко

Тернопіль – 2020

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. Теоретичні засади фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я.....	6
1.1. Економічна сутність та джерела формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я.....	6
1.2. Пріоритетні напрями використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я.....	16
РОЗДІЛ 2. Аналіз діючої практики планування та використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я в Україні.....	32
2.1. Планування та використання фінансових ресурсів закладами охорони здоров'я.....	32
2.2. Оцінка використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я...	42
2.3. Контроль за використанням фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я.....	49
РОЗДІЛ 3. Напрями вдосконалення формування і використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я.....	58
3.1. Резерви зростання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я.....	58
3.2. Підвищення ефективності використання фінансових ресурсів закладами охорони здоров'я з урахуванням світового досвіду.....	68
ВИСНОВКИ.....	79

ВСТУП

Актуальність теми. Охорона здоров'я населення є важливою сферою суспільного життя, функцією і частиною соціальної політики держави. Мережа ж медичних закладів формує систему надання медичних гарантій. На жаль, фінансування її здійснюється в нас лише за рахунок бюджетних коштів в свою чергу це обмежує фінансові ресурси закладів охорони здоров'я. Після соціально-економічної кризи 2014-2016 рр. диспропорції, що виникли в бюджетній сфері зумовили гостру необхідність в проведенні медичної реформи та безпосередньо зміни організації мережі медичних закладів. Метою стало забезпечити самодостатність медичних закладів, оптимізації їх діяльності та підвищення ефективності. Зараз доцільним є впровадження міжнародної практики медичного страхування.

Дослідження питань фінансового забезпечення та використання ресурсів закладами охорони здоров'я присвячені праці українських вчених: М. Г. Вовк, І. С. Волохова, О. В. Галагана, О.М. Голяченка, С. М. Гончарук, В. П. Горина, В. Г. Дем'янишина, В. І. Євсєєва, М. П. Жданової, В. І. Журавля, Н. І. Карпишин, З. М. Лободіної, А. Б. Мокрицької, О. В. Ступанова, О. І. Тулай, та ін. Більшість вітчизняних вчених розглядають саме фінансування медичних послуг на регіональному рівні.

Основною проблемою для України в медичній сфері є відсутність інших шляхів залучення фінансових ресурсів, окрім бюджетного фінансування мережі медичних закладів. Також є необхідність проведення медичної реформи для оптимізації наявної мережі закладів охорони здоров'я.

Мета і завдання. Метою магістерської роботи є обґрунтування теоретичних основ та оцінка процесів формування. і використання коштів закладами охорони здоров'я, а також оптимізація їх діяльності.

Для досягнення вказаної мети необхідно вирішити такі **завдання:**

- дослідити теоретичну основу функціонування закладів охорони здоров'я;
- визначити організаційні засади здійснення фінансування закладів охорони здоров'я;
- проаналізувати динаміку видатків фінансування закладів охорони здоров'я;
- оцінити ефективність функціонування закладів охорони здоров'я;
- дослідити зарубіжний досвід фінансування медичних закладів;
- знайти шляхи вдосконалення функціонування мережі закладів охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження є фінансові ресурси закладів охорони здоров'я.

Предметом дослідження є теоретичні та практичні засади організації фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я.

Методи дослідження. У процесі дослідження використано загальні методи наукового вивчення: для аналізу фінансування закладів охорони здоров'я – порівняльний аналіз та аналіз ретроспективних даних; при дослідженні сутності фінансових ресурсів охорони здоров'я та їх ролі – метод наукової абстракції; для дослідження зарубіжного досвіду – метод аналогій. Щодо аналізу показників у медичній сфері використовувалися систематизація, узагальнення даних, порівняння, деталізація, графічні методи дослідження, тощо.

Теоретичну й методологічну основу цієї роботи складають наукові положення сучасної економічної теорії, концепції економічного розвитку, теоретичні висновки та узагальнення вітчизняних і зарубіжних вчених економістів, що містяться у монографічній, спеціальній та періодичній літературі; нормативно-правові документи з досліджуваних питань. Інформаційною базою дослідження є наукові публікації з питань фінансування охорони здоров'я, закони і нормативні документи, матеріали

Міністерства фінансів України, Міністерства охорони здоров'я, звітність органів Державної казначейської служби України, матеріали науково-практичних конференцій, періодичних видань та офіційних сайтів органів державної влади у мережі Інтернет.

Практичне значення одержаних результатів дослідження полягає у підсумуванні теоретико-методологічних напрацювань у сфері фінансування медичних закладів. Можливість подальших досліджень за темою магістерської роботи роботи, а також використання результатів роботи для оптимізації закладів охорони здоров'я. Узагальнення зарубіжного досвіду.

Апробація результатів дослідження. Результати дослідження опубліковані у двох збірниках тез доповідей:

1. Балешта З. І. Перспективи і проблеми збільшення фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я. Управління фінансами держави, регіону, підприємства та домогосподарства: погляди студентської молоді: збірн. матер. Сьомої Всеукр. студ. Інтернет- конф. Кафедри фінансів ім. С.І. Юрія, м. Тернопіль, 17 квіт. 2020 р. Тернопіль: ТНЕУ, 2020. 181 с

2. Балешта З. І. Системи фінансування охорони здоров'я. Шості Всеукраїнські наукові читання пам'яті С.І. Юрія: збірник наук. праць / За ред. д.е.н., проф. О.П. Кириленко. (м. Тернопіль, 18 листопада 2020 р.). Тернопіль: Вектор, 2020.

Структура магістерської роботи обумовлена метою і завданнями дослідження та складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи складає 91 сторінку, у тому числі 10 рисунків та 14 таблиць, список використаних джерел налічує 77 найменування.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФІНАНСОВИХ РЕСУРСІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Економічна сутність та джерела формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я.

На сьогоднішній день в Україні є суттєвий брак фінансових ресурсів для здійснення фінансування бюджетних видатків, в тому числі і фінансування закладів охорони здоров'я. Основним джерелом фінансування системи охорони здоров'я ми знаємо, що є бюджет, проте вато зазначити, що самих бюджетних коштів на сьогоднішній день є недостатньо для профінансування видатків необхідним чином. До того ж, в результаті недостатньо ефективного планування бюджет не завжди є надійним джерелом забезпечення закладів охорони здоров'я фінансовими ресурсами. Наприкінці 2019 р. Кабінетом Міністрів було заморожено здійснення усіх видатків, крім захищених. Тому, на сьогоднішній день важко стверджувати про достатність бюджету як джерела фінансування закладів охорони здоров'я.

Насамперед варто зазначити, що фінансування галузі охорони здоров'я за рахунок бюджету має декілька передумов, [29 с. 22]:

- неспроможність ринкового механізму у сфері охорони здоров'я протистояти екстерналіям;
- існування інформаційної асиметрії;
- приналежність медичних послуг до суспільних благ;
- нездатність приватного сектору медичних послуг обслуговувати окремі верстви населення (пенсіонери, інваліди, діти);

- наявність деяких сфер неприбуткової діяльності, що не цікавить приватний сектор;
- ситуація, при якій витрати на охорону здоров'я являються інвестиціями в людський капітал ;
- необхідність у здійсненні регулювання діяльності ринку медичних послуг.

Об'єктивність цих причин зумовила фінансування закладів охорони здоров'я безпосередньо із бюджету. Охорона здоров'я як одна з основних функцій, що здійснює держава є пріоритетною, так у відповідність до функціональної бюджетної класифікації охорона здоров'я включена в 10 основних напрямів діяльності держави [8]. За даною статтею видатків витрачається близько 9% усіх бюджетних коштів або в абсолютному вимірі близько 115,8 млрд. грн. 2018 р. [50]. Звичайно дана величина є досить значною відносно усіх фінансових ресурсів, проте загальний обсяг фінансових ресурсів необхідний закладам охорони здоров'я для нормального функціонування є значно більшим.

Загалом функціонує декілька моделей централізації ВВП та відповідно систем фінансування охорони здоров'я. Провівши паралелі серед них ми можемо стверджувати, що модель фінансування охорони є залежною від моделі централізації ВВП, що ми можемо спостерігати в табл. 1.1.

З табл. 1.1 ми можемо спостерігати відповідність між акумуляцією фінансових ресурсів та фінансуванням охорони здоров'я. Варто зазначити, що проведена нами паралель показує оптимальний варіант співставлення між залученням коштів та їх використанням, чим більше залучається фінансових ресурсів державою, тим більше суспільних послуг вона може гарантувати населенню. Відповідно більше фінансових ресурсів може бути витрачено на фінансування мережі закладів охорони здоров'я. В протилежному випадку, якщо ця паралель не буде дотримуватися, про рівновагу можна забути, так буде спостерігатися або дефіцитність фінансових ресурсів, або їх надлишковість.

Таблиця 1.1

**Концептуалізація моделей централізації ВВП та фінансування
охорони здоров'я.**

Моделі централізації ВВП	Характеристика	Модель фінансування охорони здоров'я	Характеристика
Американська модель	Характеризується найменшим рівнем централізації ВВП в бюджеті – близько 25-30%. У сфері охорони здоров'я фінансуються видатки на найменш захищені верстви суспільства (діти, пенсіонери, малозабезпечені)	Приватна	Фінансування цієї моделі здійснюється в переважній більшості за рахунок коштів фізичних та юридичних осіб, фінансування за рахунок державних коштів є мінімальним та орієнтованим на малозабезпечених людей. Переважають приватні медично-страхові структури. Ця модель функціонує в США.
Західноєвропейська модель	Дана модель ґрунтується на акумуляції державою більше третини ВВП (35-45%). Відповідно більш розгалуженою є система охорони здоров'я з паралельним функціонуванням державних і комерційних медичних закладів.	Страхова модель (модель Бісмарка)	Являється моделлю медичного страхування, яка притаманна державам із помірним рівнем централізації ВВП. Основна перевага такої моделі в тому що витрати на медицину в переважній більшості фінансуються за кошти самих страхувальників. Така модель застосовується у Люксембурзі, Австрії, Німеччині, Швейцарії, Японії та інших високо розвинутих країнах

Продовження табл. 1.1

Скандинавська модель	Ця модель передбачає найвище оподаткування і наявність довіри між платниками податків і державою. Так акумулюючи більше половини ВВП (50-60%), держава в змозі надати якісні і безплатні суспільні послуги. Система охорони здоров'я характеризується значними соціальними гарантіями надання медичної допомоги.	Бюджетна модель (модель Беверіджа, Семешка)	Система ґрунтується на фінансуванні охорони здоров'я в переважній більшості за рахунок коштів Державного та місцевих бюджетів (від 60% до 90%). Модель Беверіджа характеризується мінімальним залученням коштів фізичних та юридичних осіб. Модель Семешка, це модель яка функціонувала, ще в СРСР. Щодо країн в яких функціонує бюджетна модель фінансування, то до них можна віднести Великобританію, Данію, Канаду, Фінляндію, Ірландію, Італію та інші
----------------------	--	---	--

Примітка. Складено автором на основі [15, с. 46-47; 27; 43]

Яскравим прикладом неефективності обрання системи фінансування охорони здоров'я є Україна. З отриманням незалежності наша держава також отримала радянський спадок, бюджетну модель фінансування охорони здоров'я Семешка. Бюджетна система фінансування видатків на охорону здоров'я для України є зовсім не відповідною. Про це свідчить декілька фактів:

- невідповідність централізації ВВП, рівень централізації ВВП становить близько 32,5-33,5%, що є нижньою межею західноєвропейської моделі [18].
- низький рівень видатків на охорону здоров'я, всього близько 3,5% ВВП, що зовсім нехарактерно для бюджетної системи для якої нормальним є розмір 10% ВВП. Проте зазначимо, що фінансування

охорони здоров'я в обсязі 3,5% ВВП є не достатнім і для страхової моделі, мінімум для якої становить 5% ВВП.

- дефіцитність фінансових ресурсів, що становить під загрозу нормальне виконання бюджетом своїх функцій;
- хронічна дефіцитність бюджету.

Отже, ми можемо спостерігати, що низький рівень медицини в державі є наслідком неефективності управління на макрорівні. Саме тому на сьогоднішній день реформа в системі охорони здоров'я та перехід на страхову медицину є першочерговим кроком для покращення стану здоров'я українців, який варто зазначити є незадовільним. Про це говорять такі показники, як високий рівень загальної смертності (14,6 на 1000 населення), що неухильно зростає; низький рівень очікуваної тривалості життя (66,12 р.) і тривалість здорового життя (59,2 року); спад природного населення (- 3,9 на 1000 населення, 2014 р.); а також характеризується зростанням захворюваності таких небезпечних хвороб як ВІЛ, СНІД та туберкульоз [3]

Для України відповідною характерною є страхова система фінансування охорони здоров'я, яка відповідає західноєвропейській моделі централізації ВВП. Часто неузгодженість між моделлю централізації і системою фінансування породжується історично та в результаті низки факторів. На формування системи фінансування охорони здоров'я впливають: політичний устрій держави, фінансовий стан економіки, ментальність населення, нормативно-правове забезпечення та інші фактори. Основною причиною розбіжності між моделями в Україні є трансформація економіки. СРСР являв собою командно-адміністративну економіку, після його розпаду Україною був обраний вектор встановлення ринкової економіки. В результаті чого застарілі інститути, такі як Пенсійний фонд та система охорони здоров'я потребують реформ.

В табл. 1.1 ми розглянули різні системи фінансування, проте варто зазначити, що в сучасній економіці кожна модель фінансування не використовує лише одне джерело фінансування.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) рекомендує оптимальну модель фінансування охорони здоров'я, яка складається із трьох основних джерел: бюджетні кошти, кошти медичного страхування та кошти фізичних осіб. Структура такого фінансування відповідно становить 60%, 30% та 10% [11]. Така система охорони здоров'я за своєю суттю є бюджетно-страховою, тобто фактично гібридом. Цікавим є, що в Україні структура фінансування є далекою від оптимальності, за рахунок витрат домогосподарств фінансується 42,3%, що є катастрофічною цифрою. Це є наслідком, по-перше браком бюджетних коштів, по-друге малорозвинутим інститутом медичного страхування та відсутністю державного медичного страхування як такого взагалі. Недофінансованість галузі охорони здоров'я відповідно призводить: зростання корупції, відтік професійних кадрів в наслідок низької заробітної плати, погіршення стану здоров'я населення та занепадом даної галузі.

Статтею 18 закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» встановлено, що фінансування охорони здоров'я в Україні може здійснюватися за рахунок коштів:

- Державного бюджету України;
- місцевих бюджетів;
- юридичних та фізичних осіб;
- інших джерел не заборонених законом (страхові компанії, благодійні фонди і т.д.).

Відповідно державні та комунальні заклади охорони здоров'я фінансуються за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів. Заклади охорони здоров'я також можуть використовувати інші кошти, з інших джерел, якщо це не заборонено законом для підвищення якості надання медичних послуг. Заклади охорони здоров'я також встановлюють плату за надані послуги з медичного обслуговування, що надаються поза договорами про медичне обслуговування населення [23].

Основою формування коштів закладів охорони здоров'я є поняття фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я. Так фінансові ресурси являють собою сукупність як грошових коштів так і капіталу в не грошовій формі. Фінансові ресурси можна класифікувати за декількома ознаками див. табл. 1.2.

Таблиця 1.2

Класифікація фінансових ресурсів та фінансових потоків закладів охорони здоров'я

Ознака класифікації	Вид фінансових ресурсів	Вид фінансового потоку
За способом формування	- державний; - приватний.	- державний; - приватний;
За джерелами формування	- кошти державного бюджету; - кошти місцевих бюджетів; - кошти власних надходжень закладів охорони здоров'я.	- загальнодержавний; - муніципальний; - приватний.
За методами надходження	- фінансові ресурси сформовані з використанням фіскальних методів; - фінансові ресурси сформовані в результаті надання медичних послуг; - фінансові ресурси сформовані на благодійних засадах; - фінансові ресурси сформовані в межах грантових програм.	- регламентований; - системоутворюючий; ; - благодійний; - грантовий.
За характером формування	- кошти, отримані за надані медичні послуги, що передбачені програмою медичних гарантій; - кошти, отримані за надані медичні послуги, що не передбачені програмою медичних гарантій; - кошти, отримані за державними програмами охорони здоров'я, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій; - кошти, отримані за державними програмами громадського здоров'я; - кошти, отримані за місцевими програмами громадського здоров'я; - кошти, отримані за державними програмами розвитку та підтримки	- гарантований; - загальнодержавного призначення; - для забезпечення громадського здоров'я;

	закладів охорони здоров'я; - кошти, отримані за місцевими програмами розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я; - кошти, отримані за медичні послуги, що надані певних категоріям осіб, які фінансуються за окремими програмами за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів	- розвитку; - інші.
--	---	----------------------------

Продовження табл. 1.2

За напрямками використання	- вкладені в необоротні активи; - вкладені в оборотні активи.	- капітальний; - поточний;
За формами забезпечення	- бюджетні кошти; - кошти страхових фондів; - кошти від надання платних послуг; - кошти міжнародних донорських організацій.	- бюджетний; - страховий; - комерційний; ; - донорський.

Примітка. Складено автором на основі [63]

На сьогоднішній день фінансові ресурси, що акумулюються закладами охорони здоров'я мають наступні характерні риси [63]:

- постійна необхідність у достатньому фінансуванні для забезпечення ефективності;
- формуються в результаті законодавчо визначених пропорцій між державними та недержавними джерелами фінансування;
- на стадії перерозподілу ВВП матеріалізуються у суспільне благо – медичну послугу;
- обсяги фінансування закладу охорони здоров'я визначається залежністю від кількості пацієнтів;
- формуються у процесі надання медичних послуг;
- складність вимірювання і прогнозування надання медичних послуг через їх різноплановість;

- фінансові ресурси можуть трансформуватися у забезпеченні діяльності закладу охорони здоров'я в прямій формі фінансування, не утворюючи грошових фондів;
- оптимальні обсяги фінансових ресурсів в закладах охорони здоров'я можуть забезпечуватися шляхом ефективного управління їх статичним і динамічним станами;
- рух фінансових ресурсів зумовлює зміну обсягів активів, власного капіталу та зобов'язань у просторі і часі, що визначає зміст фінансових потоків;
- формування та використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я є похідним від державної політики.

Також особливої уваги потребує питання управління фінансовими потоками закладу охорони здоров'я, так як по-суті під їх дією і формується їх фінансові ресурси, що можна спостерігати із табл. 1.2. В медичній сфері фінансовий потік набуває особливого значення. Так Н. В. Прус та Н. Г. Савченко трактують фінансовий потік закладу охорони здоров'я як «спрямований рух фінансових ресурсів, пов'язаний з формуванням у певному часовому періоді потоку медичних послуг.». Також в свою чергу фінансовий потік має такі ознаки як:

- фінансовий потік характерний для закладів охорони здоров'я, незалежно від їх комерційного чи некомерційного статусу;
- фінансовий потік у медичних закладах охорони здоров'я відображає рух грошових коштів;
- фінансовий потік виникає разом з потоком послуг у часі та просторі;
- фінансовий потік може виникати перед потоком послуг, одразу з ним або після нього за результатами надання послуг;
- фінансовий потік може бути як і додатне так і відємне значення;
- фінансовий потік створює умови для забезпечення розвитку закладу охорони здоров'я.

Фінансовий потік може описуватися трьома групами параметрами див. табл. 1.3.

Таблиця 1.3

Параметри фінансового потоку закладу охорони здоров'я

Кількісні параметри	Якісні параметри	Просторові параметри
Форма	Ліквідність	Напрямок
Обсяг	Збалансованість	Період
Швидкість	Інтенсивність	Термін
Сила	Достатність	Траєкторія

Примітка. Складено автором на основі [63]

Особливої уваги потребують методи формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я із табл. 1.2 ми можемо спостерігати чотири методи: фіскальний, благодійний, грантовий та за рахунок безпосереднього надання медичних послуг. Відповідно якщо йдеться про бюджетні заклади охорони здоров'я, то основою для забезпечення їх ефективного функціонування являється фіскальний метод. Податкові надходження є основним джерелом надходження Державного бюджету України, так 80% доходів бюджету є саме податковим. Тому, доцільним є стверджувати про залежність якості медицини від податкового важелю. Це зумовило введення поняття фіскального простору, що складається із трьох компонентів: системи збирання фінансових ресурсів, системи акумулювання фінансових ресурсів та системи розподілу фінансових ресурсів [66]. За своєю суттю фіскальний простір для фінансування системи охорони здоров'я являє собою інтегровану сукупність фактичних державних фінансових ресурсів та потенціалу додаткових державних фінансових ресурсів, які можуть бути залучені з різних джерел з метою фінансування визначених державою програм і заходів охорони здоров'я [66].

Фіскальний простір забезпечення фінансових ресурсів закладами охорони здоров'я є залежним від наступних факторів:

- сприятливих макроекономічних показників;
- стійкості державних фінансів;
- ефективність механізму акумуляції, розподілу та ефективності видатків;
- пріоритетність фінансування охорони здоров'я серед інших напрямів використання бюджетних ресурсів;
- покращення результативності видатків галузі охорони здоров'я та їх обсягу;
- використання додаткових механізмів для залучення коштів у сферу охорони здоров'я.

Отже, на сьогоднішній день в сучасних економічних умовах джерелом наповнення бюджетів закладів охорони здоров'я є декілька видів фінансових ресурсів. Насамперед це ресурси Державного бюджету, місцевих бюджетів, страхової медицини та відповідно фізичних та юридичних осіб. В Україні через менталітет населення страхова медицина не є характерною і не може розвиватися на ринку страхових послуг, по-перше через низький попит на даний вид страхування, по-друге через відсутність державного інституту медичного страхування і по-третє через відсутність досвіду медичного страхування в населення, що відповідно є негативною передумовою запровадження державного медичного страхування в подальшому в Україні. Відсутність однієї ланки у фінансуванні охорони здоров'я – медичного страхування, яке у відповідність із нашою моделлю централізації ВВП мало б бути основним джерелом фінансуванням закладів охорони здоров'я, породжує величезне недофінансування. Відповідно відсутність головного джерела забезпечення ефективного функціонування системи охорони країни в совокупності факторів спричиняє, по-перше викривлення структури фінансування в сторону фізичних осіб (близько 42% в структурі фінансування), по-друге виникнення тіньових грошових потоків в середині медичних закладів, по-третє низьку якість надання медичних послуг і по-

четверте погіршення стану здоров'я населення, та в кінцевому результаті зниження тривалості життя та збільшення показника смертності. В підтвердження твердження статистика природного приросту населення: у 2015 р. - 183 тис. осіб , у 2016 році – 186,6 тис. осіб і у 2017 році – 210,1 тис. осіб.

1.2. Пріоритетні напрями використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я.

На сьогоднішній день,здійснення фінансування охорони здоров'я є однією із пріоритетних фінансових послуг, що може гарантувати нам держава. Цей принцип є закладеним в закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Ще одним базовим принципом є доступність для всіх членів суспільства. Основою здійснення видатків в Україні є принцип субсидіарності [8], що пропагує здійснення видатків як найближче до споживача для надання найбільш якісних медичних послуг. Саме тому у медичній галузі заклади охорони здоров'я грають визначальну роль, оскільки вони є базовими одиницями.

Законодавство трактує поняття «Заклади охорони здоров'я» наступним чином: «юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми, або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії». Наказом Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) затверджено класифікації закладів охорони здоров'я, що складається із [18]:

Лікувально-профілактичні заклади.

1.1 Лікарняні заклади.

1.2. Амбулаторно-поліклінічні заклади.

1.3. Заклади переливання крові, швидкої та екстреної медичної допомоги.

1.4. Санаторно-курортні заклади.

2. Санітарно-профілактичні заклади.

2.1. Санітарно-епідеміологічні заклади.

2.2. Заклади санітарної просвіти.

3. Фармацевтичні (аптечні) заклади.

4. Інші заклади.

5. Заклади медико-соціального захисту

Відповідно сукупність закладів охорони здоров'я складає мережу охорони здоров'я. Нажаль за усі роки незалежності України існує невирішена проблема оптимальної структури та закладів охорони здоров'я, та їх територіального розміщення. Процес реформування кількості і розміщення комунальних та державних закладів охорони здоров'я особливо помітний у невеликих містах та селах. Існує необхідність підвищення ефективності здійснення видатків з бюджету, що в першу чергу спричинило реорганізацію наявної мережі закладів охорони здоров'я. В 2020 р. планується здійснення адміністративно-територіальної реформи, що в свою чергу приведе до зміни територіального устрою держави та вплине на наявну мережу закладів.

Оскільки основою фінансування охорони здоров'я в Україні все ж є кошти державного та місцевих бюджетів, доцільним буде розглянути напрями використання фінансових ресурсів отриманих бюджетними закладами охорони здоров'я. Можна виокремити наступні основні напрями витрачання коштів на утримання закладів охорони здоров'я [18]:

- утримання лікарень, поліклінік та амбулаторій;
- забезпечення населенню гарантованого рівня медико-санітарної допомоги;
- фінансування державних та місцевих програм охорони здоров'я та наукових досліджень;
- утримання територіальних медичних об'єднань і фельдшерсько-акушерських пунктів;
- утримання станцій швидкої та невідкладної допомоги, СЕС, станції переливання крові;

- фінансування інших закладів охорони здоров'я.

Основною ідеєю реорганізації мережі закладів охорони здоров'я є, по-перше підвищення ефективності надання медичних послуг, фінансуючи ті бюджетні програми, які є найбільш необхідними, по-друге зменшити розпорощення коштів, по-третє прив'язати фінансування до реальної кількості пацієнтів, щоб максимально наблизити фінансування до реальних потреб.

Ще однією особливістю здійснення видатків на охорону здоров'я є законодавчо встановлений розподіл статей видатків між різними рівнями бюджетної системи. В Бюджетному кодексі у ст. 87-91 закладено положення, щодо розмежування видатків, в тому числі і у сфері охорони здоров'я, див. табл. 1.4.

Таблиця 1.4

Розподіл видатків на охорону здоров'я між різними рівнями бюджетної системи

Видатки з Державного бюджету України
<ul style="list-style-type: none"> - первинну медико-санітарну, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (загальнодержавні заклади); - спеціалізовану, високоспеціалізовану амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу; - санаторно-реабілітаційну допомогу (загальнодержавні заклади); - санітарно-епідеміологічний нагляд; - програму державних гарантій медичного обслуговування населення; - державні програми громадського здоров'я та заходи боротьби з епідеміями; - інші загальнодержавні програми.
Видатки з міст республіканського значення АРК Крим та обласного значення, районних бюджетів та ОТГ
<ul style="list-style-type: none"> - амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу; - первинну медичну допомогу; - програми медико-санітарної освіти; - оплату комунальних послуг та енергоносіїв комунальними закладами охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу; - місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я; - місцеві програми громадського здоров'я; - інші місцеві програми.
Видатки з бюджету АРК Крим та обласних бюджетів
<ul style="list-style-type: none"> - консультативну амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу; - спеціалізовану амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу; - санаторно-курортну допомогу;

- інші державні програми медичної та санітарної допомоги;
- співфінансування оплати медичних послуг;
- регіональні програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я (програми сіл, селищ, міст, що перебувають під управлінням обласних рад);
- регіональні програми громадського здоров'я.

Примітка. Складено автором на основі [8].

З табл. 1.4 ми можемо спостерігати, що з державного бюджету здійснюється фінансування загалом бюджетні програми, які недоцільно здійснювати з місцевого бюджету окремо, наприклад санітарно-епідеміологічний нагляд чи заходи боротьби із епідеміями. Натомість фінансування вже окремих закладів охорони здоров'я здійснюється із відповідного місцевого бюджету (окрім закладів охорони здоров'я загальнодержавного значення). Даний розподіл напрямів фінансування між ланками бюджетної системи ґрунтується саме на принципі субсидіарності, а також ефективності здійснення окремих видатків.

Якщо брати до уваги програмну бюджетну класифікацію, то у відповідність до неї бюджетні ресурси отримує головний розпорядник коштів, який має здійснити їхній розподіл між розпорядниками бюджетних коштів. На сьогоднішній день принцип розподілу бюджетних коштів між мережею закладів охорони здоров'я відбувається виходячи із принципу, що гроші ходять за пацієнтом. На нашу думку впровадження цього принципу дозволив би підвищити якість розподілу бюджетних коштів між медичними закладами та формування фінансових ресурсів закладів у відповідність до їх потреби. Фактично величина коштів видатків на охорону здоров'я залишилася обмеженою, проте зміна самого механізму фінансування дала поштовх до підвищення ефективності.

Основою до зміни принципу фінансування медичних закладів та здійснення медичної реформи в майбутньому є прийнята у 2016 р. «Концепцію реформування фінансування системи охорони здоров'я». В ній було закладено створення єдиного органу надання медичних гарантій населенню Національну службу здоров'я України (НСЗУ). Це стало

передумовою до створення конкуренції за пацієнтів, а значить підвищення надання якості медичних послуг. До того ж варто зазначити, що на сьогоднішній день співпраця з НСЗУ є єдиним способом медичному закладу отримати кошти з Державного бюджету. За 2018-2019 рр. було переведено усі медичні заклади, з 2020 р. здійснюється перехід на новий механізм фінансування і спеціалізовані медичні заклади. На 2020 р. фінансування закладів охорони здоров'я на засадах оплати медичних гарантій планується у розмірі 72 млрд. грн. Варто зазначити, що кошти отримані в результаті надання медичним закладом послуг від НСЗУ можуть використовуватися на розгляд головного лікаря, на відміну від медичної субвенції, що надавалася на здійснення конкретних запланованих витрат. Медична реформа розширила повноваження головного лікаря і зробила із нього свого роду «управлінця». На нашу думку це ключовий аспект в реформі, який має підвищити як і якість надання медичних послуг, так і їх ефективність. Безперечно, що головний лікар є тою людиною, яка краще всіх знає потреби медичного закладу, необхідність в обладнанні, медичному персоналі чи ресурсному потенціалі. А відповідно маючи необхідні фінансові ресурси, він може найефективніше їх використати та розподілити. Натомість із зростанням фінансових ресурсів і можливостей, зростає і відповідальність. Власником комунального закладу охорони здоров'я залишається орган місцевої влади, який буде здійснювати контроль за діями головного лікаря. Зростає актуальність управління фінансовими потоками медичного закладу.

Важливим аспектом в проведенні реформи є присвоєння медичним закладам статусу некомерційних підприємств. Аргументується це тим, що по-суті заклади охорони здоров'я на сьогодні є виробниками особливого «товару», медичної послуги.

Ще одним із важливих аспектів, нововведенням охорони здоров'я є питання ціни медичної послуги. При гарантуванні безкоштовної медицини, бюджетні заклади охорони здоров'я функціонували за принципом «утримання медичного закладу», на сьогоднішній день принцип змінено, а

отже постає важливе питання ціни на медичну послугу, її економічне обґрунтування та безпосередньо калькуляцію собівартості. По-перше, медичні послуги можуть бути як простими, так і складними (наприклад комплексний огляд), це породжує проблеми у плануванні та безпосередньо калькуляції. По-друге, вираховуючи собівартість послуг потрібно врахувати: кількість персоналу, фонд заробітної плати, нарахування, амортизацію обладнання, площу приміщення та всі інші можливі витрати у відповідність до чинного законодавства, що в результаті призводить до складності обрахунків [2].

Підсумувавши за економічною класифікацією витрати закладів охорони здоров'я можна окреслити шляхи використання коштів.

Таблиця 1.4

Витрати закладів охорони здоров'я за економічною класифікацією

Поточні видатки, що включають в себе:	Капітальні видатки, що включають в себе:
Видатки на товари і послуги, включають:	Придбання основного капіталу, включають:
<ul style="list-style-type: none"> - оплата праці працівників; - нарахування на заробітну плату; - купівля матеріалів, обладнання та інвентарю; - купівля перев'язувальних матеріалів; - купівля спецодягу; - утримання транспортних засобів; - оренда та оплата послуг; - поточний ремонт обладнання; - оплата послуг зв'язку; - оплата комунальних послуг та енергоносіїв; - дослідження та розробки; - інші витрати. 	<ul style="list-style-type: none"> - купівля обладнання та предметів довгострокового користування; - капітальне будівництво; - капітальний ремонт (реконструкція, реставрація).
Виплата процентів за зобов'язаннями	Придбання землі та нематеріальних активів
Надання пільг	-

Примітка. Складено автором на основі [18]

Економічна класифікація формується на принципі розподілу усіх видатків на поточні, що здійснюються для функціонування бюджетної установи та капітальні, які мають за мету розширене відтворення чи відновлення основних засобів

Потрібно зазначити, що основною статтею видатків закладів охорони здоров'я є витрати на оплату праці. Тому, із впровадженням медичної реформи змінився і сам обрахунок нарахування. Було впроваджено кавітаційні ставки за кожного громадянина, що подав декларацію. Величина кавітаційної ставки на сьогоднішній день 600,48 грн., проте, величина ставки також коригується на вікову групу пацієнтів, це обумовлено імовірністю хвороб та необхідних медичних послуг. (табл. 1.5)

Таблиця 1.5

Коефіцієнти у відповідність до вікової групи за 2019-20220 рр.

Вікова група	Коефіцієнти	
	2019 р.	2020 р.
0-5 років	4	2,465
6-17 років	2,2	1,356
18-39 років	1	0,616
40-64 років	1,2	0,739
Більше 65 років	2	1,232

Примітка. Складено автором на основі [60]

Якщо особа, що подає декларацію проживає в гірському районі, то кавітаційна ставка регулюється на коригуючий коефіцієнт в розмірі 1,25. Якщо декларація подається понад ліміт, то застосовується єдиний коефіцієнт, так перевищення ліміту 100-110% - 0,616, 110-120% - 0,493, 120-130% - 0,370, 130-140% - 0,246, 140-150% - 0,123 та більше 150% взагалі не оплачується НСЗУ.

В 2020 р. кавітаційна ставка зросла з 370 грн. до 600,48 грн. (зростання на 62,29%), проте твердження, що зростуть кошти медичних закладів, є помилковим. З табл. ЛЛЛ ми спостерігаємо, що коефіцієнти знижуються у 2020 р., відповідно в кінцевому результаті сума для групи 18-39 в 2019 р. (370 з коефіцієнтом 1) дорівнює тим ж 370 в розрахунку в 2020 р. ($600,48 * 0,616 = 370$). На нашу думку такі зміни є недоцільними і мають характер популізму.

Ще однією серйозною проблемою у сфері охорони здоров'я є незадовільний рівень оплати праці, а особливо борги по виплаті заробітної плати, так станом на серпень 2019 р. – борг перед працівниками закладів охорони здоров'я становить близько 2,5 млрд. грн., а лише за 2018 р. 37 тис. працівників сфери медицини звільнилися.

Звідси випливає, що в переважній кількості випадків звільнення працівників, пов'язане із незадовільним рівнем оплати праці. Станом на жовтень 2019 р., галузь охорони здоров'я є найменш оплачуваною сферою

праці, а середня номінальна заробітна плата становить всього 7002 грн. в порівнянні середня заробітна плата становить – 10727 грн. [51]. Отже рівень оплати праці лікарів є на 35% нижчим ніж середній заробіток населення, що відповідно не може ні мотивувати на надання медичними працівниками якісних медичних послуг, ні старанно вчитися студентам для опанування професії. Тому зазначимо, що необхідно підвищити рівень оплати праці медикам, хоча б до середнього для того щоб, в них появився стимул для покращення надання медичних послуг, а також зменшення тіньового обороту грошей у вигляді «подяки».

Кінцевим наслідком медичної реформи 2018-2020 рр. для медичних закладів є створення ґрунтовної бази для переходу на модель медичного страхування, що якраз і має забезпечити заклади охорони здоров'я необхідним рівнем фінансових ресурсів.

В результаті вищезазначеної реформи заклади охорони здоров'я: по-перше, почали керуватися здебільшого ринковими засадами функціонування ніж адміністративними; по-друге, постало питання необхідності ефективного управління фінансовими потоками та здійснення економічно ефективних витрат; по-третє, суттєво зросла їхня автономність та можливість самоокупності та самофінансування; медичні заклади – отримують статус підприємств; по-четверте зростає ефективність медичних закладів через ринкову спрямованість, цілеспрямованість на самофінансування та відповідальність за свою діяльність.

Загалом програма на 2019-2024 рр. передбачає досягнення трьох стратегічних цілей в сфері охорони здоров'я [21 с. 81]:

- люди менше хворіють;
- люди, що захворіли, швидше одужують;
- люди довше живуть;

Визначаються 2 ключові завдання, що мають допомогти досягнути стратегічні цілі: по-перше, це: імплементувати нову систему фінансування на

вторинному і третинному рівні та по-друге, повноцінно впровадити електронні медичні карточки.

Проте, якщо розглядати на базовому рівні кожен заклад охорони здоров'я, ми можемо замітити, що зміна механізму розподілу бюджетних коштів між закладами не вирішила всіх проблем. Залишається невирішеними такі проблеми як:

- відсутність досвіду здійснення ефективного управління на рівні медичного закладу;
- все ще низька якість медичних послуг;
- недовіра населення до реформування медичної галузі;
- недостатній обсяг фінансових ресурсів;
- тіньові грошові потоки в медичних закладах та практика населення здійснювати подяку лікарю «в кишеню»;
- відсутність стратегії розвитку медичних закладів та інші.

Особливої уваги, звичайно набуває, проблема розвитку медичних закладів до медичної реформи, по-суті медичні заклади ніякої автономності не мали. Тому, на сьогодні постає питання ефективного розвитку закладів охорони здоров'я. Досліджуються напрямки вдосконалення надання медичних послуг населенню. Що ж до основних компонентів розвитку медичного закладу, то їх сукупність зображена у табл. 1.5

Таблиця 1.6

Компоненти розвитку закладу охорони здоров'я

Компоненти розвитку закладу охорони здоров'я	
Кількісні зміни	Поліпшення стану медичного закладу
Якісні зміни	Терміни реагування на зовнішній вплив
Процесність	Зростання потенціалу підприємства
Тривалість	Удосконалення
Бізнес процедури	Внутрішня інтеграція
Адаптація	Життєздатність
Стійкість	Темп змін
Контрольованість	Цілеспрямованість

Здатність до навчання

Примітка. Складено автором на основі [38]

З табл. 1.6 ми можемо спостерігати, що для розвитку медичного закладу необхідно сукупність великої кількості факторів. Відповідно, для досягнення цих критеріїв є необхідний певний рівень фінансових ресурсів, а також їх ефективного використання та розподілу. Тому, на сьогоднішній час, акцент ставиться на значимість управлінського аспекту в розвитку медичних закладів в Україні.

Станом 31 грудня 2019 р. медична реформа вже охопила 1466 закладів первинної медицини, структура закладів зображена в табл. 1.6.

Таблиця 1.7

Структура закладів первинної медичної допомоги за типом власності та кількістю декларацій, що уклали договір із Національною службою здоров'я України

Тип власності	Кількість закладів	Структура, %	Величина виплат, млн. грн.	Структура, %
Комунальний заклад	1050	71,62%	16581,8	98,99%
Приватний заклад	168	11,46%	89,8	0,54%
ФОП	248	16,92%	78,5	0,47%
Всього	1466		16750,1	100%

Примітка. Складено автором на основі [21]

З табл. 1.6 ми можемо спостерігати, що структура закладів за типом власності складається із 71,62% державних установ та на 28,38% з приватних. Натомість, щодо виплат ситуація кардинально інша, так 98,99% усіх виплат акумулюється у бюджетних закладах охорони здоров'я. Тому ми можемо ствердити, що хоч медична реформа передбачала конкуренцію між медичними закладами різної форми власності, на сьогоднішній день ми можемо спостерігати конкуренцію лише серед комунальних закладів охорони здоров'я.

Щодо розподілу медичних закладів по-областях України, то ми можемо спостерігати в табл. 1.8. В середньому на область припадає 59 медичних закладів. Найбільша величина закладів охорони здоров'я в Львівській – 120 од., Одеській та Дніпропетровській – 100 од. в областях.

Таблиця 1.8

Характеристика надання первинної медичної допомоги населенню

Область	Кількість надавачів первинної медичної допомоги, що уклали договір із НСЗУ	Кількість декларацій, тис. шт.	Кількість населення, тис. ос.	Середня кількість декларацій на одного надавача медичних послуг, тис.	Середня кількість населення на одного надавача медичних послуг	Частка декларацій області
Дніпропетровська	100	2424,1	3206,5	24,2	32,1	8,32%
Львівська	120	2053,4	2522,0	17,1	21,0	7,05%
Харківська	88	2049,1	2675,5	23,3	30,4	7,03%
м.Київ	72	1948,8	2950,9	27,1	41,0	6,69%
Одеська	113	1572,1	2380,2	13,9	21,1	5,39%
Київська	62	1464,5	1767,9	23,6	28,5	5,03%
Донецька	41	1346,7	4165,6	32,8	101,6	4,62%
Вінницька	65	1300,2	1560,5	20,0	24,0	4,46%
Запорізька	69	1292,6	1705,7	18,7	24,7	4,44%
Полтавська	51	1114,4	1400,5	21,9	27,5	3,82%
Івано-Франківська	72	1075,6	1373,3	14,9	19,1	3,69%
Хмельницька	47	1023,8	1264,8	21,8	26,9	3,51%
Житомирська	57	972,9	1220,2	17,1	21,4	3,34%
Закарпатська	48	934,8	1256,8	19,5	26,2	3,21%
Черкаська	38	930,6	1206,4	24,5	31,7	3,19%
Рівненська	57	924,4	1157,3	16,2	20,3	3,17%
Сумська	70	872,5	1081,5	12,5	15,4	2,99%
Волинська	36	837,0	1035,4	23,2	28,8	2,87%
Тернопільська	46	818,9	1045,9	17,8	22,7	2,81%
Миколаївська	43	796,7	1131,1	18,5	26,3	2,73%
Чернігівська	41	790,7	1005,8	19,3	24,5	2,71%
Херсонська	37	764,9	1037,7	20,7	28,0	2,62%
Кіровоградська	32	682,7	945,5	21,3	29,5	2,34%
Чернівецька	41	682,5	904,4	16,6	22,1	2,34%
Луганська	20	467,9	2152,3	23,4	107,6	1,61%

Всього	1466	29142,1	42153,7	19,9	28,8	-
--------	------	---------	---------	------	------	---

Примітка. Складено автором на основі [40]

З наведених вище даних ми можемо зробити висновок, що в середньому кількості осіб на один медичний заклад припадає від 24 до 28 тис. (середнє значення 28,8 тис. ос.), щодо осіб, що уклали угоду із сімейним лікарем, то таких припадає близько 18-22 тис. ос. (середнє значення 19,9 тис. ос.). Проте варто взяти до уваги, що основна частина декларацій знаходиться у медичних закладах комунального типу 98,27%, а отже на один комунальний заклад охорони здоров'я середнє значення буде становити: 27,28 тис. ос.

З табл. 1.7 ми можемо спостерігати, що найбільша середня кількість декларацій на медичний заклад припадає в Дніпропетровській - 24,2 тис. ос., Волинській – 23,25 тис. ос., Київській 23,62 тис. ос., Черкаській – 24,49 тис. ос., Харківській – 23,2 тис. ос. областях та м. Києві – 27,1 тис. ос. Натомість найменша середня кількість декларацій в Сумській – 12,5 тис. ос. та в Одеській – 13,9 тис. ос. областях. В Одеській це в першу чергу пов'язано із низьким відсотком людей, що подали декларацію, лише 66,05% (див. рис. 1.1). Якщо розглядати загальну структуру поданих декларацій, то можемо виокремити Дніпропетровську обл. – 8,32% від всіх декларацій, Львівську обл. – 7,05% та Харківську обл. – 7,03%.

Ще однією проблемою медичної реформи є не охоплення всього населення, в середньому подали декларації лише 72,88% (з урахуванням територій Донецької та Луганської обл.) рис. 1.1. В середньому по областях показник становить 75-80%, проте варто зазначити неможливість проведення реформи на території, що не підконтрольні Україні. В деяких областях відсоток людей, що обрали сімейного лікаря є набагато нижчим, так Одеська обл. – 66,05%, Миколаївська обл. 70,43% та м. Київ 66,04%.

Найуспішніше проведення медичної реформи ми можемо спостерігати в Вінницькій обл. – 83,32%, Київській – 82,84%, Львівській – 81,42% та Хмельницькій – 80,95%.

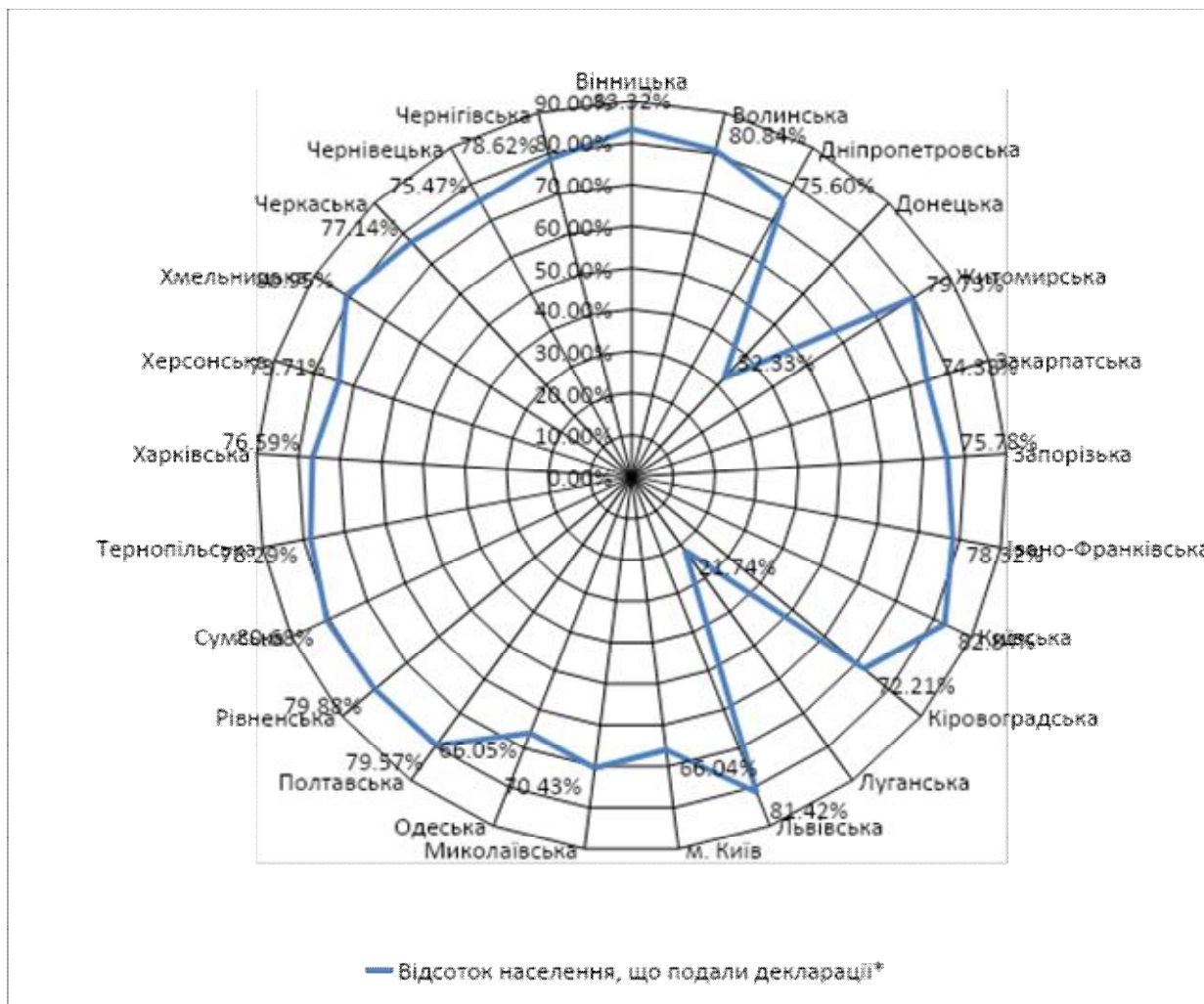


Рис. 1.1. Відсоток населення, що обрали сімейного лікаря в розрізі областей станом на 31.12.2019 р.

Примітка. Складено автором на основі [21]

Розглянемо з практичної сторони медичну реформу закладів охорони здоров'я, що проходить в Тернопільській обл. Було укладено 818,87 тис. декларацій, що становить 78,29% від усього населення, за статтю подані декларації на 46% складаються із чоловіків та на 54% із жінок. Щодо вікової структури, то найбільше поданих декларацій з людьми старшої вікової групи 40-64 р. – 34%, трохи менше молодих людей в діапазоні 18-39 р. – 26,6% та

люди пенсійного віку 65+ - 17,5%, діти шкільного віку 6-17 р. – 15,3% та діти дошкільного віку 0-5 р. – 6,6% [56].

В Тернопільській обл. договір із НСЗУ уклали 46 закладів охорони здоров'я, серед них 36 комунальні та 10 ФОП. Щодо розподілу декларацій між ними, то 99,9% подані в комунальні заклади та 1,1% ФОПи. В середньому на один комунальний заклад припало 22,5 тис. ос., а на один приватний близько 900 осіб.

Висновки до розділу 1

Охорона здоров'я як функція держави, є необхідною нормального функціонування будь-якої держави. Для здійснення цієї мети, формується мережа закладів охорони здоров'я, а також акумулюються фінансові ресурси через розподіл та перерозподіл ВВП. Питання формування фінансових ресурсів є одним із ключових в забезпеченні ефективності бюджетних медичних закладів. На сьогоднішній день в Україні функціонує пострадянська бюджетна модель охорони здоров'я, актуальність її в Україні при сучасних умовах відверто поставлена під сумнів, натомість актуалізується перехід на страхову модель або на її бюджетно-страховий гібрид. Цьому свідчать показники централізації ВВП 32,5-33,5% та величина видатків на охорону здоров'я із бюджету – 3,5%. Така низька частка ВВП, що витрачається на охорону здоров'я населення робить неможливим надання якісних медичних послуг, розвиток галузі та негативно впливає на стан здоров'я громадян. Низький рівень фінансових ресурсів в медичних закладах викликає диспропорції у структурі фінансування охорони здоров'я, так близько 42% витрат на медицину здійснюються за рахунок коштів домогосподарств. Це є об'єктивною причиною реформування галузі охорони здоров'я. З 2016 р., цілю реформи стало впровадження принципу «гроші ходять за пацієнтом», який мав покращити розподіл ресурсів і не дати їм розпорозуватися, в цьому контексті було створено НСЗУ. Проте відмітимо,

що дана реформа є лише першим етапом впровадження державної страхової медицини, і в даній сфері ще залишаються багато не вирішених проблем, таких як: відсутність досвіду здійснення ефективного управління на рівні медичного закладу, все ще низька якість медичних послуг, недовіра населення до реформування медичної галузі, недостатній обсяг фінансових ресурсів, тіньові грошові потоки в медичних закладах та практика населення здійснювати подяку лікарю «в кишеню», відсутність стратегії розвитку медичних закладів, низькі заробітні плати медичного персоналу. На сьогоднішній день актуалізуються такі питання як: собівартість медичної послуги, формування фіскального простору для охорони здоров'я, управління фінансовими потоками медичного закладу та формування стратегії розвитку.

РОЗДІЛ 2

Аналіз діючої практики планування та використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я в Україні.

2.1. Планування та використання фінансових ресурсів закладами охорони здоров'я.

На сьогоднішній день в контексті пандемії COVID-19 та загалом погіршення стану здоров'я населення в Україні є важливим реформування охорони здоров'я. Основним принципом, щодо розподілу фінансових ресурсів між закладами охорони здоров'я після реформи став принцип «гроші ходять за пацієнтом». Саме на ньому і ґрунтується планування медичних витрат на сьогоднішній день. Що ж до вторинної медицини, то дана сфера на сьогоднішній день все ще реформується та адаптується до нової концепції фінансування, яка впроваджується з 2018 р., лєвова частка договорів вже укладена, проте внаслідок вузької спеціалізації другого рівня виникає проблема щодо розробки та впровадження тарифної сітки. А ще є необхідність збільшення кількості фінансових ресурсів в сфері охорони здоров'я.

На якість бюджетного планування в Україні впливають декілька факторів: поставлена кінцева ціль, наявність та реалістичність інформації, а також від способу та методу бюджетного планування. Методи планування в свою чергу можуть бути: економічними, статистичними та математичними. Щодо підходу, то в Україні до ПЦМ передбачався підхід розрахунку оснований екстраполяції даних попередніх періодів [40], тобто постатейне або традиційне планування.

Планування в сфері охорони здоров'я та в аспекті є найважливішим елементом, що має за мету урівноважити наявні фінансові ресурси та можливості з потребами населення в медичній допомозі та захисті. Саме

планування є тим елементом, що дозволяє розставити цілі та знайти шляхи їх досягнення чи фінансові ресурси для забезпечення їх виконання. Марова С. Ф. в своїй роботі наводить визначення Бобришева О. В. «Планування в галузі охорони здоров'я – це обґрунтування і розробка певного співвідношення потреб населення у медичній допомозі, лікарському забезпеченні та санітарно-протиепідемічного обслуговування з можливостями їх задоволення.» [44 с. 181] Така характеристика планування в сфері охорони здоров'я, особливо стала актуальною в процесі реформування вітчизняної системи, яка як показує наш емпіричний досвід мала велику кількість негативних сторін.

Яскраво планування в сфері охорони здоров'я характеризують завдання планування, якими є:

- забезпечення населення гарантованими видами і обсягами медичної допомоги;
- оптимізація бюджетних витрат;
- ефективне використання ресурсів.

Саме з переходом на ПЦМ всі завдання планування почали виконуватися в повній мірі. Традиційний підхід бюджетування, так як і стара система фінансування, мають один великий негативний мінус - відсутність орієнтації на результат, що зводить їх ефективність нанівець. Звичайно, теперішня система фінансування не є ідеальною і все ще має велику кількість мінусів, таких як відсутність додаткових методів залучення фінансових ресурсів, але як і з переходом на ПЦМ, ефективність бюджетних видатків все ж зростає. Тому на сьогоднішній день МОЗ є необхідним розробити модель охорони здоров'я, яка була б в його розумінні «ідеальною» і створити стратегічний план на весь термін її впровадження, з детальними кроками та завданнями, які потрібно досягнути в процесі впровадження нової фінансової моделі забезпечення охорони здоров'я. Важливою складовою цього є її реалістичність та можливість керувати багатофакторним процесом забезпечення фінансовими ресурсами систему охорони здоров'я. Водночас

планування також виступає підсистемою управління охорони здоров'я та одним із найважливіших її компонентів, адже саме від якісного планування пізніше залежить надання населенню медичних послуг належного рівня. Загалом процес планування обсягу фінансових ресурсів та їх розподілу серед мережі закладів охорони здоров'я можна зобразити наступним чином:

Рис. 2.1. Процес планування в сфері охорони здоров'я

Примітка. Складено автором на основі [44 с. 182]

З рис. 2.1 ми можемо спостерігати, що процес планування є циклічним та має першооснову, що встановлення цілей у відповідність уже до яких розробляються та реалізуються плани. Методологічною особливістю планування в медичній сфері є його багатофакторність, так планування в сфері медицини враховує такі фактори як:

Рис. 2.2. Фактори впливу при плануванні витрат на мережу закладів охорони здоров'я

Примітка Складено автором на основі [44]

Особливо важливими показниками в процесі планування є статевовікова структура населення та рівень захворюваності, які визначають розмір медичних витрат на територію. Із процесу планування потрібно приділити особливу увагу розробці результативних показників, виконання яких і охарактеризовує діяльність закладів охорони здоров'я та їх ефективність. З впровадженням ПЦМ та відповідних бюджетних програм, появилася перспектива суттєво підвищити ефективність використання коштів та забезпечити економію бюджетних коштів.

З рис. 2.1. ми можемо спостерігати зростання видатків на охорону здоров'я з бюджету, проте потрібно зауважити наступне. По-перше, хоч вони і мають тенденцію до зростання, проте їх розмір залишається малим, так за весь період частка видатків на охорону здоров'я коливається в обсязі від 3,2% до 4% ВВП. Мінімальним розміром для функціонування системи охорони здоров'я ВООЗ рекомендує 5% ВВП, що свідчить про дуже низьку частку видатків в Україні. З 2014 р., початком соціально-економічної кризи рівень витрат на медицину ще більше скорочується, 3,6% ВВП в 2014 р. та пізніше його скорочення в 2016 р. до 3,5%, в 2017 р. до 3,4% та станом на 2019 р. ця цифра становить 3,2%, що фактично є мінімальним значенням. Зростання видатків та одночасне зниження частки в ВВП зумовлене значними темпами інфляції, що існували в Україні протягом 2014-2018 рр. Зазначимо, що найбільші темпи зростання видатків на медицину були в 2017 р., коли їх обсяг фактично виріс на 20%.



Рис. 2.3. Динаміка видатків зведеного бюджету на охорону здоров'я за період 2008-2019 рр.

Примітка. Складено автором на основі [64; 65]

Щодо розподілу між рівнями бюджетної системи, то його кількісне вираження ми можемо спостерігати з табл. 2.1.

З табл. 2.1 ми можемо спостерігати, що основна частка видатків на фінансування охорони здоров'я здійснюється саме з місцевих бюджетів, що зазначимо відповідає принципу субсидіарності п. 7 ст. 7 БКУ. Так частка місцевих бюджетів за весь період аналізу в структурі становить від 78 до 85%, виключенням є 2019 р., коли частка державного бюджету в фінансуванні галузі становить 30,1%. Зумовлено це в першу чергу зростання видатків на НСЗУ та МОЗ, так видатки на НСЗУ зросли з 8,3 млрд. в 2018 р. до 19,3 млрд. в 2019 р., а видатки на МОЗ з 26,5 млрд. грн. до 39,5 млрд. грн. Щодо темпів зростання видатків немає якоїсь певної закономірності, виключенням є 2014 р., коли фактично доступ до фінансових ресурсів був обмежений у всіх, що і призвело до скорочення фінансування галузі. Зниження обсягів видатків місцевих бюджетів в 2019 р. (-3,7%) викликано зменшенням обсягів медичної субвенції для місцевих бюджетів та додаткової дотації для утримання закладів освіти та охорони здоров'я.

Таблиця 2.1

Динаміка видатків на охорону здоров'я в розрізі державного і місцевих бюджетів за період 2008-2019 рр.

	Видатки на охорону здоров'я з зведеного бюджету	Видатки на охорону здоров'я з державного бюджету, млрд. грн.	Структура, %	Темпи зростання, %	Видатки на охорону здоров'я з місцевих бюджетів, млрд. грн.	Структура, %	Темпи зростання, %
2008	33,6	7,4	21,9%	-	26,2	78,1%	-
2009	36,6	7,5	20,6%	2,4%	29,0	79,4%	10,8%
2010	44,8	8,8	19,6%	16,3%	36,0	80,4%	24,1%
2011	49,0	10,2	20,9%	16,8%	38,7	79,1%	7,6%
2012	58,5	11,4	19,4%	11,1%	47,1	80,6%	21,6%
201	61,6	12,9	20,9%	13,4%	48,7	79,1%	3,4%

3							
2014	57,2	10,6	18,5%	-17,8%	46,6	81,5%	-4,4%
2015	71,0	11,5	16,1%	8,2%	59,6	83,9%	27,9%
2016	82,4	12,5	15,1%	8,8%	70,0	84,9%	17,5%
2017	102,4	16,7	16,3%	34,3%	85,7	83,7%	22,5%
2018	115,8	22,6	19,5%	35,2%	93,2	80,5%	8,8%
2019	128,4	38,6	30,1%	70,7%	89,8	69,9%	-3,7%

Примітка. Складено автором на основі [23; 24; 50]

З рис. 2.4. ми можемо спостерігати, цікаву тенденцію, так видатки на медицину з місцевих бюджетів протягом 2015-2018 рр. мають тенденцію до зростання, особливо в 2016-2017 рр., відповідно 17,5% та 22,5%. Натомість в 2016 р. розмір медичної субвенції зменшився відносно 2015 р. на 3,9%. Існує тенденція зменшення частки медичної субвенції відносно видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я, з 77,6% в 2015 р. до 62% в 2019 р. Загалом станом на 2019 р. розмір видаткової частини та медичної субвенції скоротився на 3,7% та 3% відповідно і на нашу думку буде скорочуватися в майбутньому і надалі. З. Лободіна зазначає, що медична субвенція не відповідає реальній потребі фінансових ресурсів на місцях [37]. Формула для розподілу медичної субвенції з Державного бюджету України місцевим бюджетам, затверджена Постановою Кабінету Міністрів України від 19 серпня 2015 р. № 618. (поточна редакція від 23.03.2019) [61]

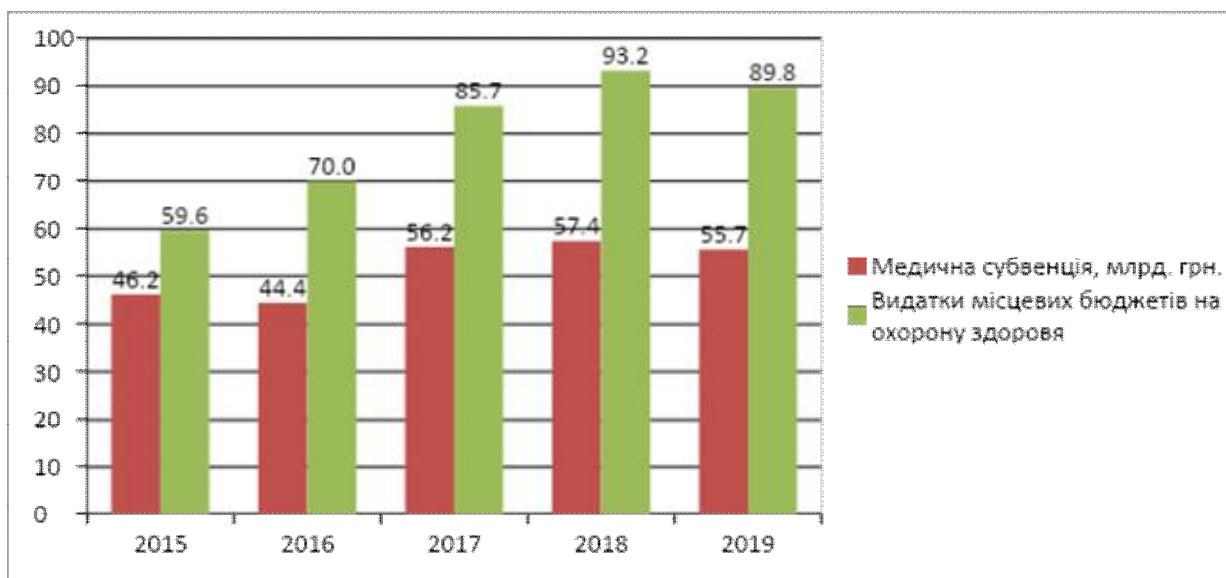


Рис. 2.4. Динаміка видатків на охорону здоров'я з місцевих бюджетів та медичну субвенцію за період 2015-2019 рр., млрд. грн.

Примітка. Складено автором на основі [50]

Що ж до безпосереднього фінансування первинної медицини за новою системою, то загалом за 2019 р було профінансовано наступним чином.

З рис. 2.5. ми можемо спостерігати, що є позитивна тенденція до успішного переходу на нову модель фінансування охорони здоров'я. Фактично за 2019 р. декларації подали ще 5,4 млн. ос. і станом на кінець 2019 р., їхня кількість становить 29,14 млн. ос. Фактично на кінець 2019 р. частка осіб, що подали свої декларації становить 69%, проте враховуючи перепис населення на поч. 2020 р., то 78,12% населення вже обрали сімейного лікаря. Щодо фінансування, то є певні негативні тенденції, так з ростом кількості декларацій протягом року знизився рівень видатків на одну особу, з 56,9 грн. в січні 2019 р. до 48,99 грн. вже в грудні 2019 р. Загальне фінансування первинної ланки медицини за 2019 р. НСЗУ становить 16750,3 млн. грн.

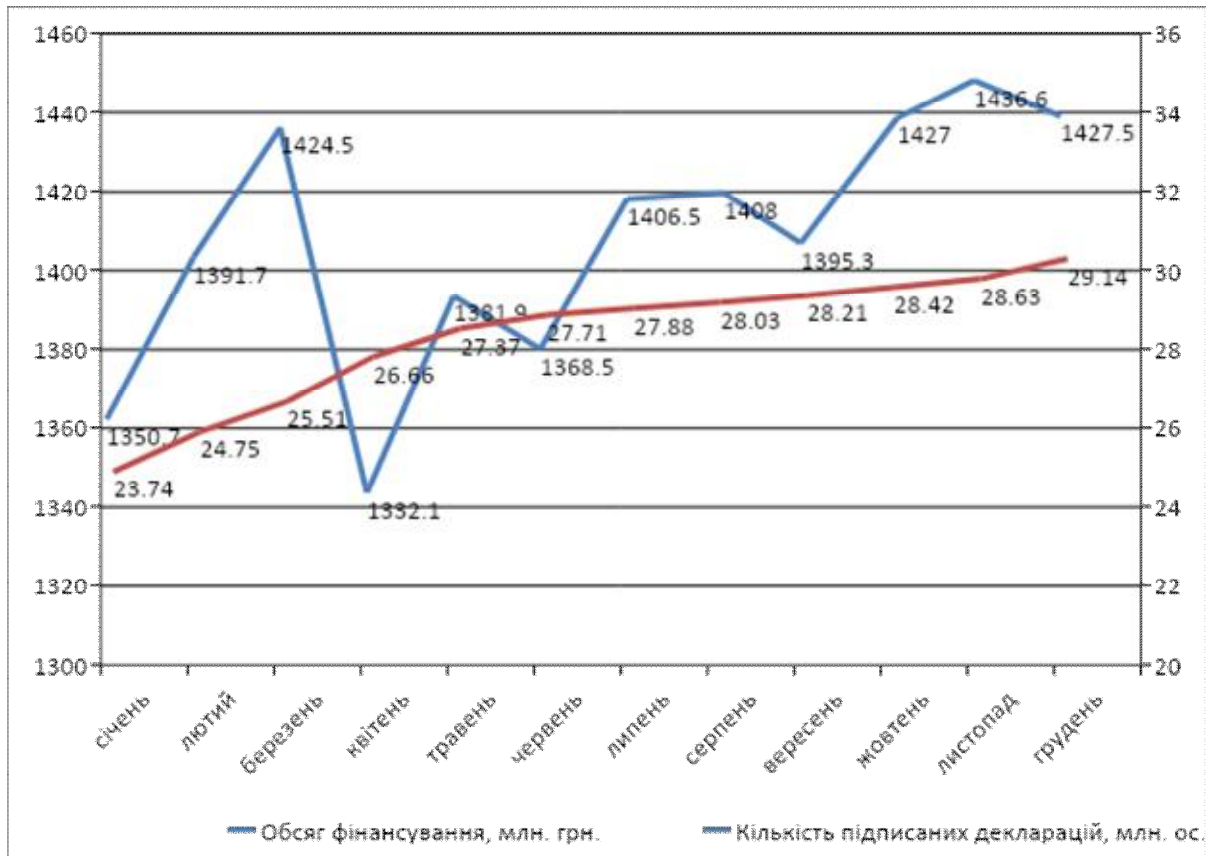


Рис. 2.5. Фінансування закладів первинної медицини НСЗУ за 2019 р. в місячному розрізі

Примітка. Складено автором на основі [56]

З рис. 2.5. ми можемо спостерігати, що є позитивна тенденція до успішного переходу на нову модель фінансування охорони здоров'я. Фактично за 2019 р. декларації подали ще 5,4 млн. ос. і станом на кінець 2019 р., їхня кількість становить 29,14 млн. ос. Фактично на кінець 2019 р. частка осіб, що подали свої декларації становить 69%, проте враховуючи перепис населення на поч. 2020 р., то 78,12% населення вже обрали сімейного лікаря. Щодо фінансування, то є певні негативні тенденції, так з ростом кількості декларацій протягом року знизився рівень видатків на одну особу, з 56,9 грн. в січні 2019 р. до 48,99 грн. вже в грудні 2019 р. Загальне фінансування первинної ланки медицини за 2019 р. НСЗУ становить 16750,3 млн. грн.



Рис. 2.6. Фінансування ланки первинної медицини в розрізі областей України, станом на 2019 р., млн. грн.

Приміта. Складено автором на основі [56]

З рис. 2.6. ми можемо спостерігати, що за 2019 р. найбільшу величину фінансування отримали Дніпропетровська обл. – 1366 млн. грн., Харківська обл. – 1165,2 млн. грн., Львівська обл. – 1153,9 млн. грн. та м. Київ – 1140,6 млн. грн. Навпаки найменше фінансування отримали Луганська обл. – 266,2 млн. грн., Кіровоградська обл. – 395,8 млн. грн., Чернівецька обл. – 402,2 млн. грн. Як ми можемо спостерігати існує значне розшарування в фінансовому забезпеченні між областями та відповідно їх медичними закладами.

Зазначимо про неефективність розроблення тарифної системи, щодо потрібності весь час здійснювати перегляд фінансових показників та їх коригування у відповідність до реальності. Після перегляду тарифів від 19 червня постанови № 65 КМУ було прийнято рішення їх підвищення для

екстреної медичної допомоги з 4,7 млрд. грн. до 6 млрд. грн. [47]. Зазначимо, що нова система фінансування, ще буде не раз регулюватися та удосконалюватися для ефективнішого функціонування. На даному моментів впровадження в другий рівень є саме проблема актуальності тарифної сітки за послуги.

Особливу увагу потрібно зосередити на додатковими витратами НСЗУ фінансових ресурсів для боротьби із COVID-19. Пандемія застала Україну не готовою через що прийшлося акумулювати нові фінансові ресурси та надіятися на підтримку МВФ. За 2 квартал 2020 р. НСЗУ на фінансування медичних закладів на боротьбу з коронавірусом витратила 2,6 млрд. грн. Найбільше було витрачено в перший місяць, а саме квітень (1,059 млрд. грн.), коли був не лише значний наплив госпіталізацій і підозр, але і низький рівень забезпеченості медичних працівників. В травні рівень фінансування знизився до 668 млн. грн., проте вже в червні через зростання темпів розповсюдження вірусу знову виросло до 833 млн. грн.

Було створено новий фонд боротьби із COVID-19 та його наслідками на суму 64,4 млрд. грн., станом на 20 листопада поточного місяця, було виділено кошти в сумі 1680 млн. грн. для фінансування 205 опорних закладів охорони здоров'я, 34% витрат було спрямовано на капітальні видатки по облаштуванні медичних закладів [24]. Починаючи із квітня 2020 р. станом на 25.06.2020 р. уже було витрачено в сукупності 3,25 млрд. грн. на боротьбу із COVID-19. Варто зауважити, що пандемія коронавірусу нагадала всьому світу про важливість медицини і неможливість економити на здоров'ї населення.

2.2. Оцінка використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я.

Фінансування сфери охорони здоров'я є одним із головних пріоритетів бюджетної політики. Проте система надання первинної медичної допомоги в Україні фактично представлена лише бюджетними закладами охорони

здоров'я. З впровадженням НСЗУ суттєво підвищилася ефективність розподілу видатків на охорону здоров'я, але нових джерел акумуляції коштів для фінансування закладів охорони здоров'я медична реформа так і не забезпечила. Основна проблема, брак фінансових ресурсів на забезпечення якісних медичних послуг в Україні, так і не була вирішена. Пандемія COVID-19, яскравий цьому приклад, ні медичні заклади, ні сам персонал не були готові до боротьби із пандемією, особливо це можна спостерігати в сільській місцевості. А основною проблемою із запровадженням карантину стало питання пошуку джерел фінансування тих же самих медичних закладів. Пандемія дала нам зрозуміти, що низький рівень витрат на охорону здоров'я має гострі негативні наслідки як для добробуту населення, так і для економіки.

Хоч медична сфера є однією пріоритетних напрямів бюджетної політики будь-якої держави, в Україні цим відверто нехтують.

З рис. 2.7. ми можемо спостерігати, що загалом охорона здоров'я є лише шостою в пріоритетності фінансування в бюджеті. На першому місці соціальний захист та соціальне забезпечення – 321,8 млрд. грн. або 23,45% бюджету, на другому місці - освіта, 238,8 млрд. грн. або 17,4% в структурі бюджету, на третьому виконання загальнодержавних функцій – 203,1 млрд. грн. або 14,8% бюджету, на четвертому економічна діяльність – 154,2 млрд. грн. або 11,24% на п'ятому громадський порядок, безпека та судова влада – 143,7 млрд. грн. або 10,47% і нарешті на шостому місці охорона здоров'я, всього лиш 128,4 млрд. грн. або 9,36%. Пандемія COVID-19 продемонструвала, якою неефективною є структура видатків бюджету і яка незначна частка видатків порівняно із потребою виділяється з нього на забезпечення фінансування закладів охорони здоров'я.

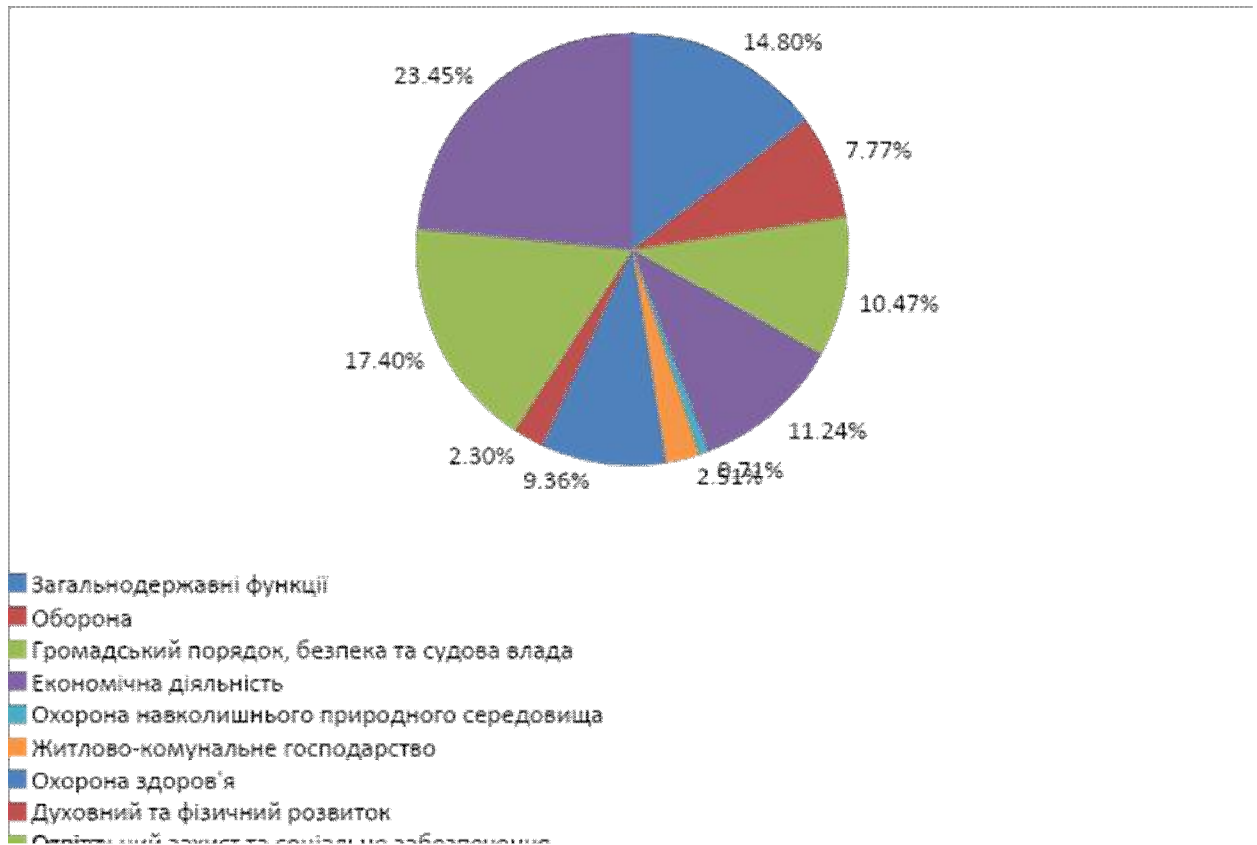


Рис. 2.7. Структура видатків зведеного бюджету за функціональною класифікацією за 2019 р., %

Примітка. Складено автором на основі [51]

НСЗУ було проведено незалежне дослідження, щодо ефективності використання нової системи фінансування первинної медицини. Висновками з якої є. Середньостатистичний сімейний лікар приймає за день близько 20 пацієнтів (загалом 4,5 години або 13 хвилин на кожного). Цільовим споживачем медичних послуг є в 68% випадків жінка, найчастіше 40-64 річної вікової категорії. Зазначимо, про високий рівень професійності самих сімейних лікарів, так лише у 16 випадках із 100 після візитів до сімейних лікарів виникла необхідність відвідування фахівців вторинної ланки. Зазначимо, що саме це є позитивною стороною реформи, адже дозволяє оптимізувати роботу із пацієнтами, а використовувати спеціалізовану медицину для лікування хворих лише при наявності такої необхідності. Щодо кількісної характеристики, то 80% сімейних лікарів становлять жінки, а їх середній вік близько 47 років. На одного сімейного лікаря припадає в

середньому 1700 декларацій. Проте варто зауважити, що 60% медичних закладів потерпають від дефіциту працівників. Що ж до фінансування, то частка НСЗУ в забезпеченні фінансовими ресурсами медичних закладів становить: поліклінік – 92%, центрів первинної медико-санітарної допомоги – 82%, амбулаторій – 72% та в лікарнях – 50%. З повного переходу вторинної ланки на фінансування НСЗУ його частка має суттєво зрости. Нова система фінансування порівняно із старою є більш ефективною, так суттєво зменшила кількість виїздів на дім, за рахунок телефонних консультацій. Більше 51% лікарів зазначили про зміну підходів до лікування пацієнтів. Повністю змінився механізм складання фінансових планів та оплати праці медичних працівників. Більше 78,5% лікарів первинної ланки задоволені новою системою фінансування, а 71,5% системою кавітації [39]. Як бачимо, позитивний ефект медичної реформи безсумнівно є, але він не вирішує великої кількості наявних ще проблем в сфері охорони здоров'я. Наприклад пошуку нових джерел та шляхів залучення коштів для фінансування охорони здоров'я, дефіцит кваліфікованих працівників та тенденція до скорочення кількості медичних працівників, застосування старих методів лікування (в 64% випадків), необхідність переведення спеціалізованої медицини та проблем, які можуть з цим виникнути.

Ефективність фінансування закладів охорони здоров'я може визначатися різними методами та з розглядатися з різних сторін. Є 7 напрямів за допомогою яких можна визначити ефективність закладу охорони здоров'я [39]:

1. По виду ефективності: медична, соціальна, економічна.
2. За рівнем: рівень роботи лікаря; рівень роботи підрозділів; рівень роботи медичних закладів і т. д.;
3. По етапах або розділами роботи: на етапі попередження захворювання; на етапі лікування захворювання; на етапі реабілітації.
4. За обсягом роботи: ефективність лікувально-профілактичних заходів; ефективність медико-соціальних програм.

5. За способом вимірювання результатів: через зниження втрат ресурсів; через економію ресурсів; через додатково отриманий результат; інтегрований показник, який враховує всі результати.

6. За витратами: за витратами суспільної праці; сумарний показник за витратами живої і суспільної праці.

7. За формою показників: нормативні показники здоров'я населення; показники трудових витрат; вартісні показники.

Ведична ефективність – це ступінь досягнення медичного результату [39]. Ефективність медичного закладу можна розрахувати відносно одного хворого та відносно стану здоров'я всього населення. На цьому рівні, медична ефективність буде вимірюватися безліччю показників, серед яких кількість вилічених хворих, рівень попередження хвороб, зниження рівня смертності та збільшення тривалості життя.

На практиці ж фінансування закладів охорони здоров'я зводиться лише до економічного критерію і цьому є причина, назва якій є брак фінансових ресурсів. Тому про ефективність медичних закладів на сьогоднішній день можна лише аналізувати з точки зору економії медичних витрат та вилікуваних хворих, натомість в високорозвинутих державах ефективність медичної системи визначається рівнем попередження захворюваності населення.

Таблиця 2.2

**Аналіз фінансування закладів охорони здоров'я первинної ланки
медицини в розрізі областей України**

Область	Кількість надавачів первинної медичної допомоги, що уклали договір із НСЗУ	Кількість декларацій, млн. ос.	Фінансування первинної медицини, млн. грн.	Середній обсяг фінансування на 1 заклад охорони здоров'я, млн. грн.	Середній обсяг фінансування на особу в рік, грн.
Дніпропетровська	100	2,424	1366,0	13,7	563,5
Львівська	120	2,053	1153,9	9,6	562,0
Харківська	88	2,049	1165,2	13,2	568,6
м.Київ	72	1,949	1140,6	15,8	585,3
Одеська	113	1,572	913,7	8,1	581,2
Київська	62	1,465	819,7	13,2	559,7
Донецька	41	1,347	782,5	19,1	581,0
Вінницька	65	1,300	752,6	11,6	578,9
Запорізька	69	1,293	745,5	10,8	576,8
Полтавська	51	1,114	637,7	12,5	572,2
Івано-Франківська	72	1,076	643,2	8,9	598,0
Хмельницька	47	1,024	592,2	12,6	578,4
Житомирська	57	0,973	565,5	9,9	581,3
Закарпатська	48	0,935	561,9	11,7	601,0
Черкаська	38	0,931	535,1	14,1	574,9
Рівненська	57	0,924	527,5	9,3	570,7
Сумська	70	0,873	496,3	7,1	568,8
Волинська	36	0,837	482,5	13,4	576,5
Тернопільська	46	0,819	464,8	10,1	567,6
Миколаївська	43	0,797	454,0	10,6	569,9
Чернігівська	41	0,791	450,7	11,0	570,0
Херсонська	37	0,765	436,2	11,8	570,3
Кіровоградська	32	0,683	395,8	12,4	579,7
Чернівецька	41	0,683	402,2	9,8	589,3
Луганська	20	0,468	266,2	13,3	569,0
Всього	1466	29,142	16750,3	11,7	575,8

Примітка. Складено автором на основі [56]

З табл. 2.2 ми можемо спостерігати наявну статистику по фінансуванню закладів охорони здоров'я в розрізі областей. Найбільша їхня кількість знаходиться в Львівській – 120 шт., Одеській – 113 шт. та Дніпропетровській – 100 шт. областях. Зазначимо, що в середньому по Україні на фінансування одного медичного закладу витрачається 11,7 млн. грн., проте в Львівській і Одеській областях на один медичний заклад припадає значно нижча сума – 9,6 млн. грн. та 8,1 млн. грн. Це свідчить про надмірну кількість медичних закладів в областях. Така ж ситуація спостерігається в Івано-Франківській – 8,9 млн. грн., Рівненській – 9,3 млн. грн. та найгостріше в Сумській – 7,1 млн. грн. областях. Загалом надмірна кількість медичних закладів сприяє розпорошенню коштів та їх неефективному використанні, тому є доцільним приводити кількість закладів до потрібного значення. Зазначимо і про обернено диспропорцію, а саме недостатню кількість медичних закладів, особливо це спостерігається в Донецькій області, де на підконтрольній території залишилося всього 41 заклад, а фінансування в середньому становить – 19,1 млн. грн., що є на 7,3 млн. більше середнього значення. Така ж проблема спостерігається в м. Київ – 15,8 млн. грн. на заклад, Черкаській – 14,1 млн. грн. на заклад та в Дніпропетровській – 13,7 млн. грн. областях. Щодо середнього обсягу фінансування на одну декларацію, то він коливається в межах 560-580 грн. Виключенням є м. Київ – 585,3 грн., Івано-Франківська – 598 грн., Закарпатська – 601 грн. та Чернівецька – 589,3 грн. областях.

Що ж до загальної медичної ефективності закладів, то варто зазначити, що медична реформа дозволила переорієнтувати лікарні на клієнта, до того функціонувала система, що мала в собі базовий показник ліжко-місце. Зрозуміло, що дана система є пережитком минулого і не може використовуватися ефективно в сучасній економіці. До того ж станом на 2018 р. функціонувало 8,7 ліжко-місця на 1000 осіб та середньою тривалістю 11,86 днів. Проте головним недоліком все ж можна вважати часто безпідставну госпіталізацію населення, так 32,9% госпіталізацій

невиправдані. Ще одним трендом на сьогоднішній день є впровадження медичних інновацій, проте цілком логічним виникає проблема ефективності їх оцінювання. Було розроблено, 4 моделі оцінки впровадження інновацій в медичну сферу, на нашу думку застосування їх для оцінки є й ефективним і в вітчизняному досвіді [30]:

- модель "посла" (Ambassador model);
- міні-ОМТ;
- внутрішній комітет (Internal committee);
- відділ по ОМТ.

Перша модель характеризується високим рівнем захопленості самих лікарів низьким рівнем витрат. Полягає вона у навчанні представників, які в майбутньому мають передати свій інноваційний досвід іншим працівникам свого медичного закладу та оцінки медичного процесу. Найчастіше ними виступають саме керівники медичного закладу або працівники, які мають найвищий авторитет серед колег, для того, щоб інші працівники сприйняли зміни належним чином

Міні-ОМТ полягає в проведенні експертної оцінки спеціалістом, він аналізує зміни як і в основних аспектах діяльності медичного закладу, так і детально аналізуючи лікарський процес, організацію медичного закладу, виконання завдань кожним працівником. Зауважимо, що дана оцінка змін є суб'єктивною, хоч і проводиться експертом, ще однією негативною стороною даної системи є необхідність проходження великого періоду часу, щоб інновації адаптувалися в систему.

Внутрішні комітети, як показує практика формуються із складу працівників медичного закладу, тому існує імовірність, що такі комітети можуть не мати необхідного оціночного рівня. З іншого боку така оцінка зазвичай здійснюється в інтересах медичного закладу, що є позитивним фактором для прийняття працівниками змін.

Що ж до останньої моделі, то вона застосовується в більшості високо розвинутих держав і передбачає комплексний, інтегрований процес

дослідження впливу змін на медичні бізнес-процеси, пошуку резервів зростання ефективності та оптимізації роботи медичного закладу. Негативною стороною є необхідність ресурсів як фінансових, трудових, так і кваліфікаційних для об'єктивного оцінювання. На даний момент, використання цього методу для покращення роботи вітчизняних закладів охорони здоров'я не можливий, проте нам потрібно прагнути до міжнародних стандартів надання медичних послуг та медичної діяльності.

Також на сьогоднішній день в процесі реформування медичної галузі та переходу до оплачуваної медичної допомоги постає два питання, по-перше це ціни медичної послуги, по-друге це стандарти медичних послуг. Адже медична послуга як така має калькулюватися на основі великої кількості критеріїв, фахові спеціаліста, класові медичного закладу, рівня забезпеченості необхідним медичним обладнанням. Негативною стороною такого підходу є необхідність великої кількості розрахунків, що робить процес визначення ціни послуги трудомістким. По-друге даний підхід може викликати диспропорції в доступності медичних послуг в різних областях, та навіть окремих медичних закладах. Альтернативою є застосування єдиної тарифної сітки медичних послуг, проте тоді вже постає питання об'єктивності встановлення вартості медичних послуг і на основі чого вони мають бути встановленими. Також в такому випадку хоч виконується соціальна рівність всіх громадян в однаковому доступі до медичного обслуговування, проте тоді ж і виникає диспропорція уже в якості надання медичних послуг. До того ж медичні заклади, позбавляються стимулів до підвищення якості надання медичних послуг, а єдиним важелем впливу стає конкуренція між медичними закладами.

2.3. Контроль за використанням фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я .

Контроль є одним із найважливіших компонентів використання бюджетних коштів не лише медичними закладами, але і всіма іншими бюджетними закладами, що надають суспільні послуги. Для справедливості все ж належить зауважити, що медичні заклади, все ж в своїй діяльності несуть більшу відповідальність, адже безпосередньо надають послуги, які пов'язані із життям та здоров'ям людей. В процесі проведення медичної реформи та впровадження середньострокового бюджетного планування, контроль за цільовим використанням коштів та законністю відходить на друге місце. На сьогоднішній день сфера контролю не обмежується цим, адже, і в програмно-цільовому методі досягнення результативних показників, так само і показники ефективності використання фінансових ресурсів медичних закладів є тим до чого сьогодні розвивається контроль. Абсолютна величина коштів (98%), що надходить від НСЗУ зосереджена в закладах охорони здоров'я комунального типу, що вимагає від МОЗ проведення додаткових мір щодо оптимізації мережі закладів охорони здоров'я. Пандемія яскраво показала, наскільки не підготовлена наша система охорони здоров'я до глобальних викликів та відсутність матеріальної забезпеченості вітчизняних медиків. Медична реформа в цій задумці, в якій вона зараз здійснюється, має за мету оптимізацію наявних ресурсів, замість залучення нових, що на нашу думку є невірним, адже їх розмір є нижчим 5% ВВП. Саме тому для ефективності медичної реформи є необхідним забезпечення зростання високої ефективності діяльності медичних закладів. Основою цього мають стати якісні зміни в процесах лікування та в самій методології.

Задля контролю та вимірювання ефективності функціонування медичних закладів використовують ряд показників, можна виокремити наступні: кількість відвідувань медичного закладу, кількість наданих медичних послуг, кількість осіб, що уклали угоду із сімейним лікарем, кількість лікарняних ліжок, оборот лікарняних ліжок, середня тривалість перебування хворого у стаціонарі, середня вартість перебування хворого у стаціонарі, ритмічність відвідування, рівень інтенсивності та інші [9]. Рівень

інтенсивності є одним із основних, так як дозволяє оцінити чи оптимальна величина складу працівників медичного закладу. Інші показники також мають за мету оцінити ефективність медичних послуг, наприклад чим ефективніше вони надаються тим нижчим буде середня тривалість хворого у стаціонарі.

Щодо аналізу всієї мережі медичних закладів України, варто зазначити наступні проблеми функціонування [4]:

- неефективність фінансування та обмеженість фінансових ресурсів;
- не розвинута первинна ланка медицини;
- 90% українців відчують труднощі із фінансуванням медичної сфери;
- завдання МОЗ спрямовані на процес діяльності, а не досягнення відповідних результатів;
- велика кількість бюджетних програм, що призводить до розпорошення коштів та інші.

Задля дослідження ефективності використання закладами охорони здоров'я фінансових ресурсів, розглянемо провідні напрямки фінансування та їх динаміку.

Таблиця 2.3

Видатки зведеного бюджету на охорону здоров'я в розрізі функціональної класифікації за 2017-2019 рр.

(млрд. грн.)

КФ К	Стаття видатків	2017 р.	2018 р.	2019 р.	Відносне відхилення 2019/2017 рр., %	Структура 2019 р., %
0700	Охорона здоров'я	102,39	115,85	128,38	25,38%	100,0%
0710	Медична продукція та обладнання	0,00	0,00	0,00	-	0,0%
0720	Поліклініки і амбулаторії, швидка та невідкладна допомога	22,78	22,48	15,91	-30,18%	12,4%

0721	<i>Поліклініки загального профілю та амбулаторії</i>	3,70	3,14	2,13	-42,63%	1,7%
0722	<i>Спеціалізовані та стоматологічні поліклініки</i>	3,43	3,54	3,82	11,27%	3,0%

Продовження табл. 2.3

0724	Центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станції екстреної (швидкої) медичної допомоги	4,76	5,89	7,61	59,89%	5,9%
0725	Фельдшерсько-акушерські пункти	0,25	0,22	0,02	-90,14%	0,0%
0726	Центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги	10,64	9,69	2,33	-78,11%	1,8%
0730	Лікарні та санаторно-курортні заклади	62,54	68,28	72,22	15,48%	56,3%
0731	Лікарні загального профілю	41,42	44,15	46,23	11,61%	36,0%
0732	Спеціалізовані лікарні та інші спеціалізовані заклади	16,95	19,29	21,04	24,08%	16,4%
0733	Перинатальні центри, пологові будинки	2,38	2,70	3,03	27,14%	2,4%
0734	Санаторно-курортні заклади	1,78	2,14	1,92	7,85%	1,5%
0740	Санітарно-профілактичні та протиепідемічні заходи і заклади	1,47	1,65	1,88	27,97%	1,5%
0750	Фундаментальні та прикладні дослідження і розробки у сфері охорони здоров'я	0,39	0,48	0,51	31,97%	0,4%
0760	Інша діяльність у сфері охорони здоров'я	15,21	22,96	37,86	148,92%	29,5%
0761	Будинки дитини	0,69	0,80	0,87	26,82%	0,7%
0762	Станції переливання крові	0,48	0,57	0,61	26,02%	0,5%
0763	Інші заклади та заходи у сфері охорони здоров'я	14,04	21,60	36,38	159,14%	28,3%

Примітка. Складено автором на основі [51]

З табл. 2.3 ми можемо спостерігати, наступні тенденції: по-перше, зниження видатків на надання первинної медицини за КФК 720 на 30,18%, особливо знизилася величина видатків на поліклініки загального профілю – 42,63% в абсолютному вимірі 1,6 млрд. грн. та на центри надання первинної медичної допомоги – 78,11% або 8,31 млрд. грн., що і стало основною причиною скорочення видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я в 2019 р. Що ж до видатків на лікарні та санаторно-курортні заклади, їхня

величина суттєво зросла на 9,68 млрд. грн., загалом причиною цього стало зростання видатків на лікарні загального профілю та спеціалізовані, 4,81 млрд. грн. та 4,08 млрд. грн. Ну і третім останнім напрямом видатків на охорону здоров'я є видатки на іншу діяльність у сфері охорони здоров'я. За 2017-2019 рр. розмір видатків за цим напрямом зріс на 22,65 млрд. грн. або в відносному вимірі на 148,92%. Основне зростання відбулося за статтею видатків на інші заклади та заходи у сфері охорони здоров'я – 22,34 млрд. грн., або в відносному вимірі на 159,14%. Дані зміни серйозно вплинули на структуру видатків в сфері охорони здоров'я. Станом на 2019 р. пріоритетними напрямами в сфері охорони здоров'я є фінансування лікарень загального профілю – 36%, видатки на інші заклади та заходи у сфері охорони здоров'я – 28,3%, видатки на спеціалізовані лікарні та інші спеціалізовані заклади – 16,4% та четвертим пріоритетним напрямом є фінансування поліклінік загального профілю та амбулаторій – 12,4%. Варто зазначити про низьку частку видатків на фундаментальні та прикладні дослідження, які становлять всього 0,4% видатків на охорону здоров'я.

Є важливим приділити увагу фінансуванню медичних закладів для боротьби із COVID-19, адже на сьогоднішній день це найбільша проблема в світі.

З табл. 2.4 ми можемо спостерігати, що за лікування COVID-19 медичним закладам НСЗУ виплатила кошти, проте в розрахунку на один виявлений випадок є суттєві диспропорції в фінансуванні. Особливо це яскраво видно на прикладі Чернівецької області, так на один випадок корона вірусу там припадає 353,47 тис. грн. Пояснити таку значну суму можна тим, що саме Чернівецька область стала епіцентром розповсюдження COVID-19 по всій Україні. Також значні витрати ми можемо побачити на Луганську обл., де на випадок COVID-19 припадає 460,24 тис. грн. Причиною цього є окупація частини Луганської та Донецької обл., що і стало причиною надмірних середніх витрат. Також нерівність в фінансуванні та кількості випадків спостерігається в Запорізькій – 229,57 тис. грн., Полтавській –

222,96 тис. грн., Чернігівській – 127,74 тис. грн., Дніпропетровській – 105,21 тис. грн., Миколаївській – 137,33 тис. грн., Сумській – 183,73 тис. грн. та Херсонській – 217,62 тис. грн. областях. Що ж до тенденцій, то кількість хворих що переважає, одужавши станом на кінець 2 кварталу зафіксовано в м. Києві (65,6% загальної кількості випадків), Львівській обл. (70,1%), Закарпатській обл. (57,4%) та в Донецькій обл. (55,7%).

Таблиця 2.4

**Оплата надавачам медичної допомоги НСЗУ за лікування COVID-19,
станом за 2 квартал**

Область	Фінансування , млн. грн.	Виявлен о	Хворіс	Одужал о	Померл о	Фінансуванн я на випадок, тис. грн.
Івано-Франківська	202	2567	989	1476	106	78,69
Чернівецька	193,7	548	251	284	13	353,47
Київ	189,3	5093	3341	1641	112	37,17
Львівська	162,7	5838	4090	1587	170	27,87
Харківська	152	2223	701	1437	85	68,38
Тернопільська	141,3	1957	751	1177	29	72,20
Запорізька	132	575	40	518	17	229,57
Житомирська	117,9	1419	366	1023	30	83,09
Дніпропетровська	115,1	1094	89	982	23	105,21
Волинська	112,4	2548	774	1713	63	44,11
Рівненська	109,3	3919	1495	2359	71	27,89
Вінницька	104,6	1900	617	1253	30	55,05
Закарпатська	96	3155	1811	1239	115	30,43
Київська	91,9	2745	672	2025	52	33,48
Одеська	90,5	1760	827	909	24	51,42
Полтавська	70,9	318	32	273	13	222,96
Чернігівська	70	548	251	284	13	127,74
Донецька	68	592	330	267	9	114,86
Черкаська	62,6	640	65	551	32	97,81
Миколаївська	61,8	450	138	302	10	137,33
Сумська	55,67	303	61	237	5	183,73
Кіровоградська	45	650	67	551	26	69,23
Херсонська	42	193	12	178	3	217,62
Луганська	38,2	83	24	59	0	460,24
Хмельницька	35,1	811	234	559	18	43,28

Примітка. Складено автором на основі [17]

Розглянемо зведений бюджет Тернопільської області за 2019 р.

Таблиця 2.5

Видатки зведеного бюджету Тернопільської області на охорону здоров'я за 2019 р.

Код бюджетної класифікації (КФК)	Стаття видатків	Розпис на рік з урахуванням змін, млн. грн.	Фактично виконано, млн. грн.	Відсоток виконання, %
0700	Охорона здоров'я	2052,31	2042,96	99,54
0720	Поліклініки і амбулаторії, швидка та невідкладна допомога	326,44	309,60	94,84
0721	Поліклініки загального профілю та амбулаторії	21,95	21,84	99,51
0722	Спеціалізовані та стоматологічні поліклініки	24,46	23,54	96,22
0724	Центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станції екстреної (швидкої) медичної допомоги	254,93	241,89	94,88
0725	Фельдшерсько-акушерські пункти	0,38	0,37	96,69
0726	Центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги	24,72	21,96	88,81
0730	Лікарні та санаторно-курортні заклади	1589,74	1599,75	100,62
0731	Лікарні загального профілю	1265,24	1273,97	100,69
0732	Спеціалізовані лікарні та інші спеціалізовані заклади	261,51	263,01	100,57
0733	Перинатальні центри, пологові будинки	39,72	40,87	102,89
0734	Санаторно-курортні заклади	23,27	21,90	94,12
0740	Санітарно-профілактичні та протиепідемічні заходи і заклади	3,55	3,15	88,89
0760	Інша діяльність у сфері охорони здоров'я	132,57	130,45	98,40
0761	Будинки дитини	11,07	11,56	104,38
0762	Станції переливання крові	14,56	14,71	101,06
0763	Інші заклади та заходи у сфері охорони здоров'я	106,94	104,18	97,41

Примітка. Складено автором на основі [49]

З табл. 2.5 ми можемо спостерігати високий рівень виконання видаткової частини бюджету, проте є необхідним зазначити, що напрям охорони здоров'я в зведеному бюджеті області займає 12,07%, до того ж в

2019 р. суттєво недофінансувалися заклади первинної медичної допомоги, виконано план лише на 88,81 %. Щодо структури, то пріоритетним напрямом є фінансування лікарень загального профілю, так частка фінансування, що виділяється їм, становить 62,4% або в абсолютному вимірі 1273,97 млн. грн., другим пріоритетним напрямом є спеціалізовані лікарні на їх фінансування виділяють 12,9% або в абсолютному вимірі – 263 млн. грн. та третій напрям фінансування центрів екстреної медичної допомоги, 11,8% або 241,89 млн. грн.

Щодо фінансування закладів, що надають первинну медичну допомогу за договором із НСЗУ, то вона має наступну динаміку.

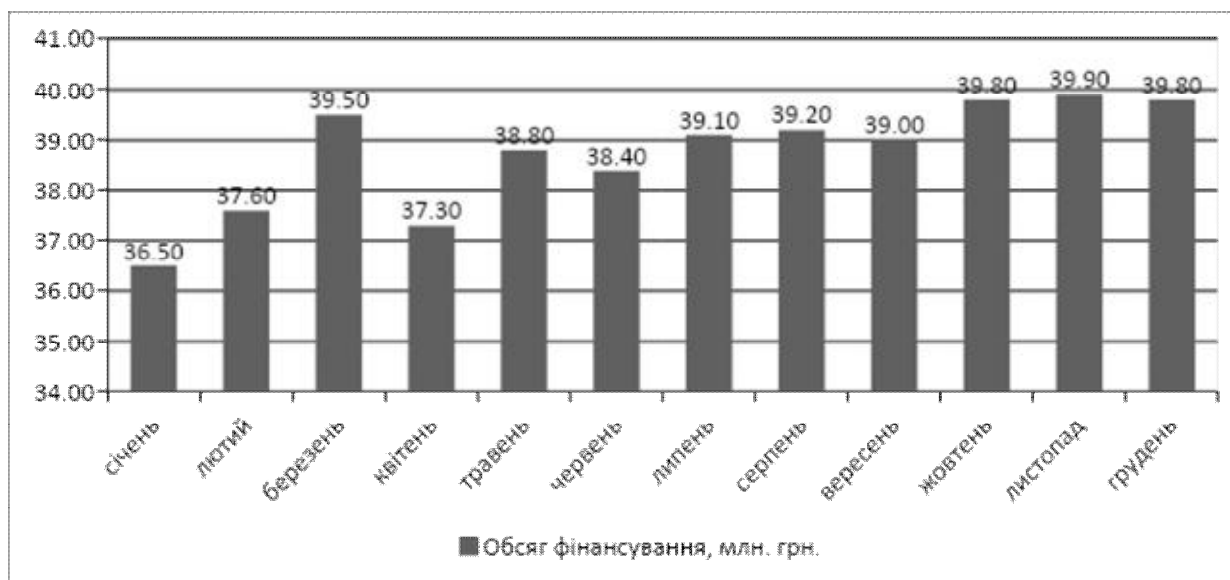


Рис. 2.8. Динаміка фінансування закладів первинної медичної допомоги в Тернопільській області за 2019 р., млн. грн.

Примітка. Складено автором на основі [56]

З рис. 2.8. ми спостерігаємо тенденцію до зростання обсягу виплат медичним закладам. Ми бачимо, що в березні 2019 р. був особливий рівень виплат медичним закладам 39,5 млн., що більше на 1,9 млн. грн. ніж в лютому. Загалом за 2019 р. на фінансування закладів первинної медицини було спрямовано 464,8 млн. грн.

Щодо ситуації із пандемією в Тернопільській області станом на 3 серпня 2020 р. було об'явлено м. Тернопіль червоною зоною. Станом на 5 серпня 2020 р. в Тернопільській області 3177 випадок захворювання COVID-19 з них 1200 осіб хворіють, 1937 осіб одужали та 40 осіб померло. Що ж до госпіталізації за весь час пандемії 1111 осіб було госпіталізовано, станом на 5 серпня 82 хворих госпіталізовано. Зазначимо, що в Тернопільській області наднизький рівень смертності від коронавірусу 1,26%, в порівнянні із загальносвітовим – 3,7%.

Висновки до розділу 2

На сьогоднішній день бюджетне планування в медичній сфері суттєво змінилося, відбулося це по причині: по-перше проведення медичної реформи і відповідно зміни системи фінансування. По-друге впровадження ПЦМ та перехід на фінансування бюджетних програм дозволило підвищити ефективність як планування так і витрат медичних закладів.

Попри це частка видатків на охорону здоров'я неухильно скорочується з 4% в 2013 р. до 3,2% в 2019 р. Навпроти ВООЗ рекомендує мінімальний поріг фінансування системи охорони здоров'я в розмірі 5%. Також в 2019 р. суттєво змінилася частка розподілу видатків між бюджетами, так з державного бюджету тепер фінансується 30,1%. Щодо медичної субвенції то в 2019 р. вона скоротилася на 3,7% і має тренд до скорочення і надалі. Що ж до НАЗУ, то за 2019 р. ним було профінансовано більше ніж 16,8 млрд. грн. Найбільшу величину фінансування отримали Дніпропетровська обл. – 1366 млн. грн., Харківська обл. – 1165,2 млн. грн., Львівська обл. – 1153,9 млн. грн. та м. Київ – 1140,6 млн. грн.

Для протидії COVID-19 було створено спеціальний фонд, який мав займатися фінансуванням медичних закладів, станом на 20 листопада 2020 р. було профінансовано 1,65 млрд. грн.. в поточному місяці. Виявлено основні критерії, які можна використовувати для оцінки ефективності

функціонування медичних закладів. Проаналізовано рівень фінансування по областях, а саме по Україні в середньому витрачається 11,7 млн.

РОЗДІЛ 3

Напрями вдосконалення формування і використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я.

3.1. Резерви зростання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я

На сьогоднішній день в Україні постає проблема акумуляції необхідної величини фінансових ресурсів для фінансування мережі охорони здоров'я. Основною причиною цього є невідповідність централізації ВВП відповідно до моделі фінансування. Бюджетна модель характерна для скандинавських країн із централізацією ВВП у 50-60%, натомість в Україні цей показник на рівні 33%. Тому, на сьогоднішній день основним завданням є перехід на страхову медицину.

З рис. 3.1 ми можемо спостерігати, що структура фінансування є неоднорідною, проте всі країни в більшій мірі використовують гібрид бюджетно-страхової моделі фінансування. В середньому ця модель забезпечує 70,6% фінансування медицини. Натомість, інші 29,4% фінансуються безпосередньо за схемами передоплати медичних послуг (обов'язкової або добровільної) та інших фінансових ресурсів (фізичних та юридичних осіб). Маючи структуру фінансування охорони здоров'я ми можемо здійснити класифікацію держав за типом фінансування див. табл. 3.1.

Отже, розглянувши табл. 3.1 та рис. 3.1 ми можемо зробити такі висновки. Аналізуючи держави із бюджетної моделі, можна прийти до висновку, що їм необхідно акумулювати значну величину фінансових ресурсів і використовувати лише ресурси держави не є ефективним, тому при такій системі допускається фінансування за рахунок інших ресурсів на рівні 10-20% (рекомендація ВООЗ).

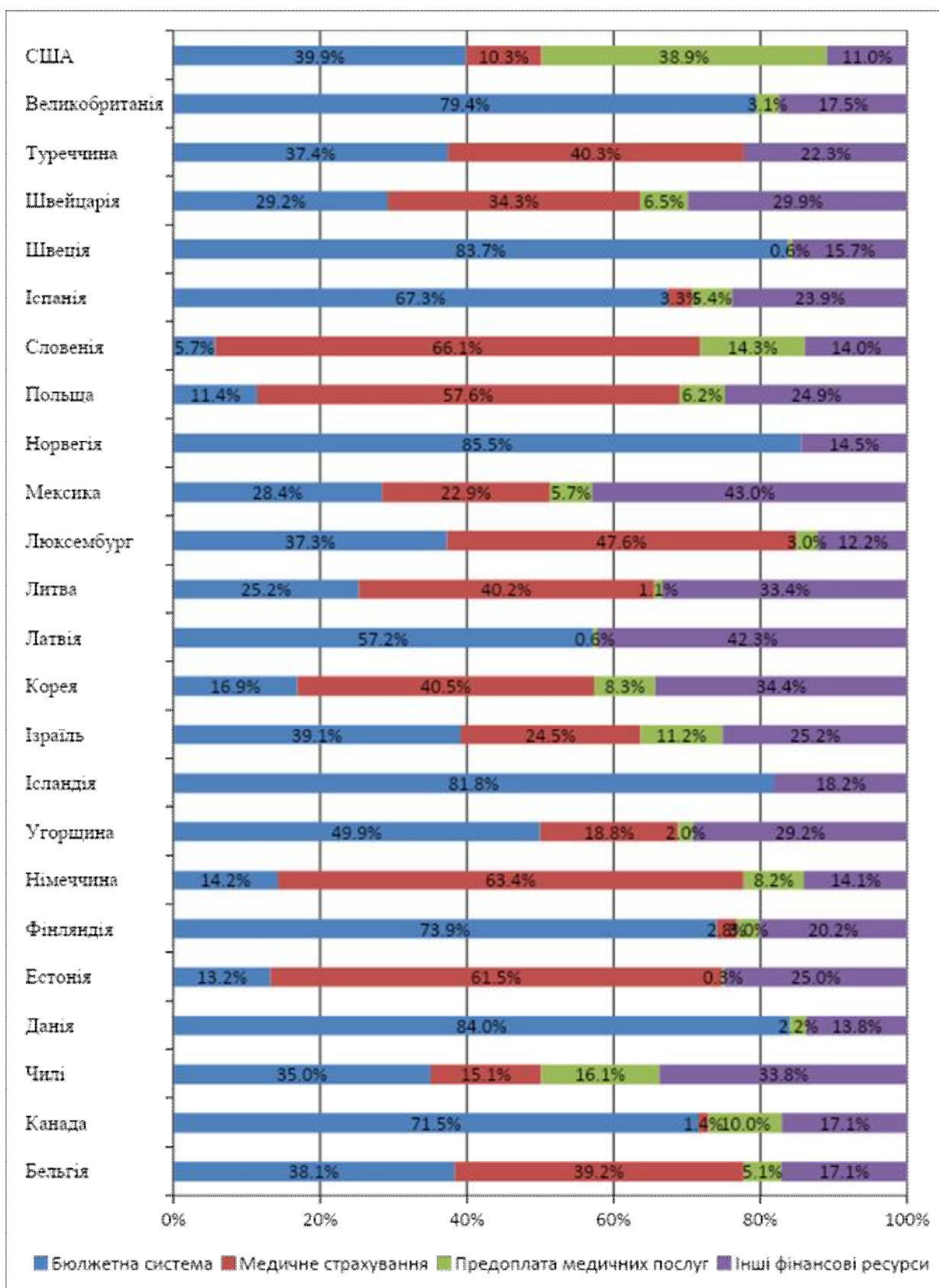


Рис. 3.1 Структура фінансування охорони здоров'я у різних державах світу у 2017 р.

Примітка. Складено автором на основі [76]

Таблиця 3.1

Розподіл держав за типом фінансування

Модель фінансування охорони здоров'я:			
Бюджетна модель	Бюджетно-страхова модель	Страхова модель	Приватна модель
Великобританія (бюджетна система 79,4%)	Туреччина (бюджетна система 37,4%, медичне страхування 40,3%)	Словенія (М. С. 66,1%)	США (медичне страхування 10,36%, передплата медичних послуг 38,9%, ресурси фізичних та юридичних осіб 11%)
Швеція (Б.С.83,7%)	Швейцарія (Б. С. 29,2%, М.С. 34,3%)	Польща (М.С. 57,6%)	
Іспанія (Б. С. 67,3%)	Мексика (Б. С. 28,4%, М. С. 22,9%)	Німеччина (М. С. 63,4%)	
Норвегія (Б. С. 85,5%)	Люксембург (Б. С. 37,3%, М.С. 47,6%)	Естонія (М.С. 61,5%)	
Латвія (Б. С. 57,2%)	Литва (Б. С. 25,2%, М. С. 40,2%)		
Ісландія (Б. С. 81,8%)	Корея (Б. С. 16,9%, М. С. 40,5%)		
Угорщина (бюджетна система 49,9%)	Ізраїль (Б. С. 39,1%, М.С. 24,5%)		
Фінляндія (Б. С. 73,9%)	Чилі (Б. С. 35%, М. С. 15,1%)		
Данія (Б. С. 84%)	Бельгія (Б. С. 38,1%, М.С. 39,2%)		
Канада (Б. С. 71,5%)			

Примітка. Складено автором на основі [76]

Наприклад, використовуючи лише бюджету систему Норвегія, при 85,5% вдається до фінансування за рахунок інших фінансових ресурсів на 14,5%. Проте, якщо ж інших фінансових ресурсів в структурі є надто багато (більше 20%), то можна припустити, що в державі є дефіцит ресурсів, яскравим прикладом є Угорщина (величина інших фінансових ресурсів 29,2%), модель даної країни можна класифікувати і як бюджетно-страхову, проте частка медичного страхування є всього лиш 18,8%.

На сьогоднішній день важко знайти державу, що використовує лише одну систему фінансування, то багато країн вдаються до бюджетно-страхової моделі. Основною її перевагою є те, що передбачається два основні методи залучення фінансових ресурсів, що дозволяє по-перше, знизити навантаження на бюджет, а по-друге, акумулювати достатню величину фінансових ресурсів. Проте, в свою чергу такою моделлю користуються країни в яких фінансових ресурсів є обмаль, прикладом є: Мексика - 43% в структурі фінансується за рахунок інших джерел, Литва – 33,4%, Корея – 34,4% та Чилі 33,8%. З другої сторони Люксембург використовуючи дану систему, зміг добитися мінімізації ресурсів домогосподарств до 12%, що свідчить про ефективність такої системи фінансування. Особливої уваги потребує розгляд виключно страхових моделей медичного фінансування, вони є дуже цікавими з точки зору зменшення витрат із бюджету, особливо коли фінансових ресурсів як таких немає зовсім. Для України це найкращий вихід із сьогоднішньої кризи в фінансуванні мережі закладів охорони здоров'я. Основними державами із страховою моделлю фінансування є Німеччина (63,4%), Словенія (66,1%), Польща (57,6%) та Естонія (61,5%). Варто зазначити, що при переході України на бюджетно-страхову чи страхову модель є необхідним орієнтуватися на досвід високо розвинутих країн (Німеччини, Люксембургу, Бельгії), але застосовувати на практиці механізми країн недалеких від наших реалій (Польщі, Литви, Естонії і т. д.), це дозволить впровадити високі європейські стандарти і мінімізувати негативні наслідки зміни моделі фінансування. Тому, з практичної сторони нам цікавий саме досвід Польщі, Словенії та Естонії. Четвертим типом приватна модель є характерною лише для США, в сукупності вона поєднує всі можливі схеми фінансування і максимально можливо мінімізує використання інших фінансових ресурсів. Ця модель сформувалася історично на підґрунті розвитку самого США та є унікальною. Особливу увагу при цьому потрібно зосередити на передоплаті медичних послуг в США, в структурі вона займає майже стільки ж, як і бюджетні видатки

38,9%, як метод фінансування правду кажучи використовується не лише в США. Активно його використовує також Чилі 16,1%, Словенія 14,3%, Ізраїль 11,2%, Канада 10%, Корея 8,3% та Німеччина 8,2%. Як альтернатива і додаткове джерело фінансування, це не поганий вихід для отримання стабільного доходу. В кінцевому результаті варто зазначити, що в США найбільший рівень витрат на охорону здоров'я в світі, близько 17% ВВП. І якраз дана структура фінансування робить можливим акумулювання таких великих фінансових ресурсів.

Однією з можливостей для України збільшити фінансові ресурси медичних закладів є макроекономічний аспект. Найбільш ефективним є податковий метод, тобто зростання ставок оподаткування. Він передбачає можливість створення нового податку, надходження якого будуть спрямовані на фінансування охорони здоров'я. Ще одним способом є пропорційне збільшення всіх податків. Проте знов ж таки, цей спосіб має негативні сторони, по-перше, це супротив населення проти підняття податкового навантаження, по-друге, зростання податкового тиску хоч і дозволяє акумулювати більше ресурсів, проте веде до зростання тіньової частки, а також зниження темпів економічного зростання, по-третє, збільшення розміру податкового навантаження автоматично знижує величину фінансових ресурсів населення, а значить робить медицину менш доступною. Якщо ж розглядати даний метод саме для України, то це однозначно не найкращий варіант, станом на 2016 р. 24% населення працюють неофіційно або отримують доходи в «конверті», а рівень тіньової економіки за 2018 р. становив 30% [69]. Зважаючи на ці показники, ми можемо припустити, що зростання податкового навантаження, не лише посприє зростанню тіньового сегменту, але і спричинить нижчий рівень надходжень.

На сьогоднішній день в процесі трансформації нашої держави в країну європейського зразка, в нас виникають проблеми із недонадходженням податкових і не податкових надходжень. Неєфективність планування, прорахунки в макроекономіці та поганий прогноз курсу долара США зіграли

злий жарт із нами. Станом на жовтень 2019 р. Національний банк України заявив про збитки у 12 млрд. грн. внаслідок укріплення гривні, станом на 20 грудня недовиконання бюджету на 96,17 млрд. грн., а уже в січні 2020 р. недоотримання надходжень у розмірі 14 млрд. грн., що становить 26,4%. В результаті на сьогоднішній день ми не можемо говорити, про можливість використання податкового методу для стабільного фінансування сфери охорони здоров'я, а значить є необхідним пошук альтернатив.

Варто зазначити, що в Україні на даний момент нема можливостей для за діяння позабюджетних можливостей фінансування охорони здоров'я через декілька факторів: високий рівень боргового навантаження, Україна витрачає 8% витрат бюджету на обслуговування державного боргу (станом на 2018 р.), поганий інвестиційний клімат, недовіра населення до фінансових інструментів в якості і медичного страхування.

Ще одним цікавим інструментом для збільшення фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я є співфінансування. Оплата за медичну послугу розподіляється між фізичною особою і державою в певному співвідношенні. Тим самим можна забезпечити медичні заклади фінансовими ресурсами, а бюджет не понесе високого навантаження.

У Великобританії було засновано одну із сучасних концепцій охорони здоров'я – «Державно-приватне партнерство», основа цієї концепції полягає у залученні державою приватного сектору до надання соціальних послуг. Інакше кажучи держава купує медичні послуги для населення. Дане партнерство характеризується можливістю втілення державних проектів за кошти бізнесу, що є привабливим для обох сторін. Особливо це цікаво для України, оскільки на сьогоднішній день залучення інвестицій у сферу охорони здоров'я є життєво необхідним і бізнес може стати таким інвестором.

Зважаючи на досвід Великобританії варто зауважити, що її досвід є багатограним. В період фіскальної стабільності Великобританії вдалося змінити структуру видатків бюджету, це дало змогу підвищити видатки на

охорону здоров'я. Скоротити величину видатків, згідно із світової практики, можна на: оборону, капітальне будівництво, обслуговування державного боргу та соціальні трансферти. Проте вітчизняні реалії звичайно вимагають навпаки, зростання витрат на оборону держави, внаслідок агресії Росії, тому даний резерв підвищення фінансових ресурсів для нас є недосяжним. Навпроти поступове зниження в структурі витрат на обслуговування державного боргу, дозволило б більш якісно профінансувати охорону здоров'я. Станом на 2020 р. у структурі видатків дана стаття займає 8%, що є досить суттєвим борговим навантаженням на бюджет.

Резервами збільшення фінансування можуть стати: зменшення частки витрат на вторинну медицину (за рахунок підвищення ефективності) та збільшення витрат на первинну медицину, заміщення тіньових відносин у сфері «лікар – пацієнт» на офіційні, з можливістю легально «віддячити» та зовнішні інвестиції. Особливо потрібно звернути увагу на інвестиції Світового банку, його ціллю якраз і є інвестування в соціальні проекти [25].

Хоч на сьогоднішній день Україна гарантує безплатну медицину, проте на сьогодні залишається проблема для населення отримати медичну допомогу. В 23,1% домогосподарств є особа, що не може оплатити медичну допомогу чи ліки [38]. Тому на сьогоднішній день спів платежі (співфінансування) хоч і є одним із виходів, як підвищити забезпеченість медичних закладів фінансовими ресурсами, проте сильно вдарить по кишеням населення. До того ж коли частка ресурсів фізичних і юридичних осіб в структурі становить близько 42%. Крім зазначеного, можуть виникнути наступні ризики:

- нездатність населення придбати медичні послуги;
- необхідність збільшення субсидіювання населення та створення нових пільг;
- можлива сегрегація приватних медичних закладів;

Отже, на сьогоднішній день в Україні є один варіант, докорінно змінити систему фінансування охорони здоров'я і перейти на бюджетно-страхову або

страхову модель. Це дозволить отримати нове джерело надходження фінансових ресурсів та значно зменшити тиск на бюджет.

Ще одним цікавим інструментом залучення фінансових ресурсів у сферу медицини є приватизація медичних закладів. Це один з найшвидших шляхів знаходження фінансових ресурсів та модернізації закладів охорони здоров'я. Проте не варто забувати, про можливі негативні наслідки таких дій, так з боку держави мають залишатися важелі впливу на такі заклади, також є необхідним створення спеціального органу, що відповідав би за контроль обґрунтованості ціноутворення медичних послуг та здійснював нагляд за ринком медичних послуг. Не можна забувати за інтереси суспільства, для якого медичні послуги можуть суттєво зрости в ціні.

У сфері медичного страхування безпосередньо дуже цікавим є досвід Канади, яка хоч і маючи бюджетну модель фінансування видатків на охорону здоров'я, заснувала її на функціонуванні «System of medical saving accounts», яка передбачає наявність рахунка медичного страхування в кожного працівника. Фінансування в такому разі здійснюється за рахунок роботодавців (за аналогію нашого єдиного соціального внеску (ЄСВ)) [77]. В такому разі дана система є досить цікавою за рахунок того ж, що в нас функціонує вже схожа система. Впровадження соціального страхування на таких засадах не зустріло б супротиву з сторони населення, проблемою було б лише обґрунтоване реформування ЄСВ та подальший його розподіл між фондами соціального страхування.

Натомість, якщо розглядати медичне страхування відокремлено від державного бюджету, найкращим прикладом стане Німеччина, в якій фонди соціального страхування по-суті не мають відносин із казначейством та бюджетом взагалі. Медичне страхування є обов'язковим, а внески сплачуються пропорційно між працівником і роботодавцем, так практично 90% населення має страховку, що відзначимо є досить суттєвим. Ще є розроблений єдиний страховий пакет, проте з можливістю включення за додаткову плату інших медичних послуг. Страхові фонди також виступають

структурними одиницями системи охорони здоров'я Німеччини. Варто зазначити, така система фінансування охорони здоров'я все ж передбачає державні видатки на охорону здоров'я. Особливо це стосується профілактичних заходів, фундаментальних наукових досліджень в сфері медицини, спеціальних загальнодержавних програм по боротьбі із захворюваннями та інші [77]. Ще однією особливістю Німеччини це є відкритий внутрішній ринок медичних послуг, з вільним встановленням цін, це дозволяє як забезпечити приток інвестицій, так і забезпечити конкурентоспроможність медичних закладів. Система охорони здоров'я Німеччини небезпідставно має один з найбільших ринків медичних послуг в Європі [25]. Реформа в Німеччині розпочалася на початку 90 та тривала аж до 2004 р., на першому етапі(1988-1995 рр.) відбулося підвищення контролю за витратами у сфері охорони здоров'я та стимулювання конкуренції в сфері медицини, на другому етапі (1996-1997 рр.) відбулася автономізація використання коштів, на третьому етапі (1998-2000 рр.) відбулося реформування законодавчої бази та удосконалення підготовки медичних працівників, на четвертому етапі (2000-2003 рр.), відбулося впровадження фінансування за клініко-витратними групами, на п'ятому етапі (2004 р.) відбулося введення нової електронної картки пацієнта, введення додаткових платежів, залучення великих обсягів приватних інвестицій, обов'язкова післядипломна медична освіта [41].

Цікавим також є досвід Франції у впровадженні централізованої моделі обов'язкового медичного страхування, в більшості населення розподіляється між страховими фондами по територіальному принципу, а відносини у сфері медичного страхування є повністю стандартизованими і контролюються державою. Фінансування медичних закладів здійснюється за єдиною національною тарифною сіткою на основі статистичних та клінічних груп. В Франції поширена система добровільного медичного страхування, особливо вона використовується у корпоративних компаніях, є поширена практика

співфінансування, така компанія може оплатити до 25% рахунку [77]. Проте, з бюджету виділяються кошти на пільгове лікування незастрахованих осіб.

Основою такого медичного страхування є те, що страхова компанія бере на себе зобов'язання компенсації коштів у випадку настання страхового випадку (в переважній більшості випадків 80% від суми). Цікавим є досвід США, країни в якій найбільші витрати на охорону здоров'я. Основним принципом їх є надання пільг із оподаткування витрат на медицину, що є основним стимулом до медичного страхування населення, особливо якщо врахувати, що медичні послуги обходяться в США досить дорого, так на душу населення припадає 7290 дол. США.

Найцінніший досвід впровадження медичного страхування є для нас досвід Естонії. Так до 1990 р. в Естонії фактично була відсутня ланка приватної медицини, декларувалася безкоштовна медицина та пострадянська система охорони здоров'я, існували неофіційні платежі. Сама реформа проходила в декілька етапів, підготовчий етап 1990-1992 р. завершився створенням 22 регіональних фондів, якими управляла Асоціація фондів медичного страхування. Перший етап кардинально змінив підхід до фінансування, відбувся: перехід на пацієнто-орієнтований метод фінансування, надання медичним закладам автономії та впровадження нового податку для забезпечення медичного страхування. Наступним етапом стало підвищення ефективності та раціональності використання фінансових ресурсів, мінімізація ризиків, забезпечення поступового зростання якості надання послуг, введення базових(єдиних) цін та підвищення доступності медичних послуг. У 1994 р. асоціацію реорганізували у Центральний фонд медичного страхування, а регіональні фонди з 2001 р. об'єднали у 7 філій, що дозволило максимально ефективно організувати медичну систему [41]. В кінцевому результаті, за 10 років Естонія змогла побудувати власну систему охорони здоров'я, яка є нарівні із європейськими.

В результаті зазначимо, що в контексті України необхідно якнайшвидше почати впроваджувати медичне страхування. Особливу увагу

потрібно приділити конкуренції на ринку медичних послуг, так є необхідність налагодження партнерських відносин із бізнесом, інвестицій в медичні заклади (як приватизація так і зовнішні фінансові ресурси Світового банку), створення органу який би спеціалізувався б лише на контролі надання медичних послуг та їх якості. В процесі впровадження медичної реформи є необхідним звернути увагу на централізовану модель медичного страхування, впровадження приватної в Україні є досить ризиковим і не раціональним, тому є необхідність реформування ЄСВ або створення нового податку, розподіл цього платежу зробити рівним між працівником та роботодавцем. Необхідним вважаємо використати досвід Естонії, яка найефективніше позбулася радянської системи охорони здоров'я. На закінчення добавимо, що є необхідним на сьогоднішній день впровадити співфінансування для всіх медичних послуг, а також створити ряд пільг для осіб похилого віку, оскільки дохід пенсіонерів не дозволяє їм купляти всі необхідні ліки. Щодо безпосередньо збільшення фінансових ресурсів, то доцільно ще оптимізувати розподіл ресурсів між первинною і вторинною медициною, а також в перспективі намагатися знизити частку витрат на обслуговування державного боргу в структурі видатків бюджету. Використання податкового методу зараз не є доцільним, даний метод виправдає себе лише коли населення, зрозуміє, що податок вони платять за власну медицину, тобто з впровадженням страхової медицини.

3.2. Підвищення ефективності використання фінансових ресурсів закладами охорони здоров'я з урахуванням світового досвіду.

Фінансування мережі закладів охорони здоров'я в світі є досить значною статтею витрат суспільства. Проте в Україні при бюджетній схемі фінансування охорони здоров'я тратиться набагато менше. Так станом на 2020 р. всього 2,9% ВВП спрямовується на сферу охорони здоров'я. Якщо розглядати зарубіжний досвід, а саме країн-учасниць ОЕСР, то середне

значення витрат на охорону здоров'я становить близько 8,8% ВВП в 2018 р. див. рис. 3.1. Співставивши, ми наочно можемо побачити, наскільки далеко Україна від розвинутого світу у сфері медицини. Також варто зазначити, що ВООЗ рекомендує витратити на охорону здоров'я не менше 7% ВВП, що є на 4,1% більше ніж зараз в Україні.

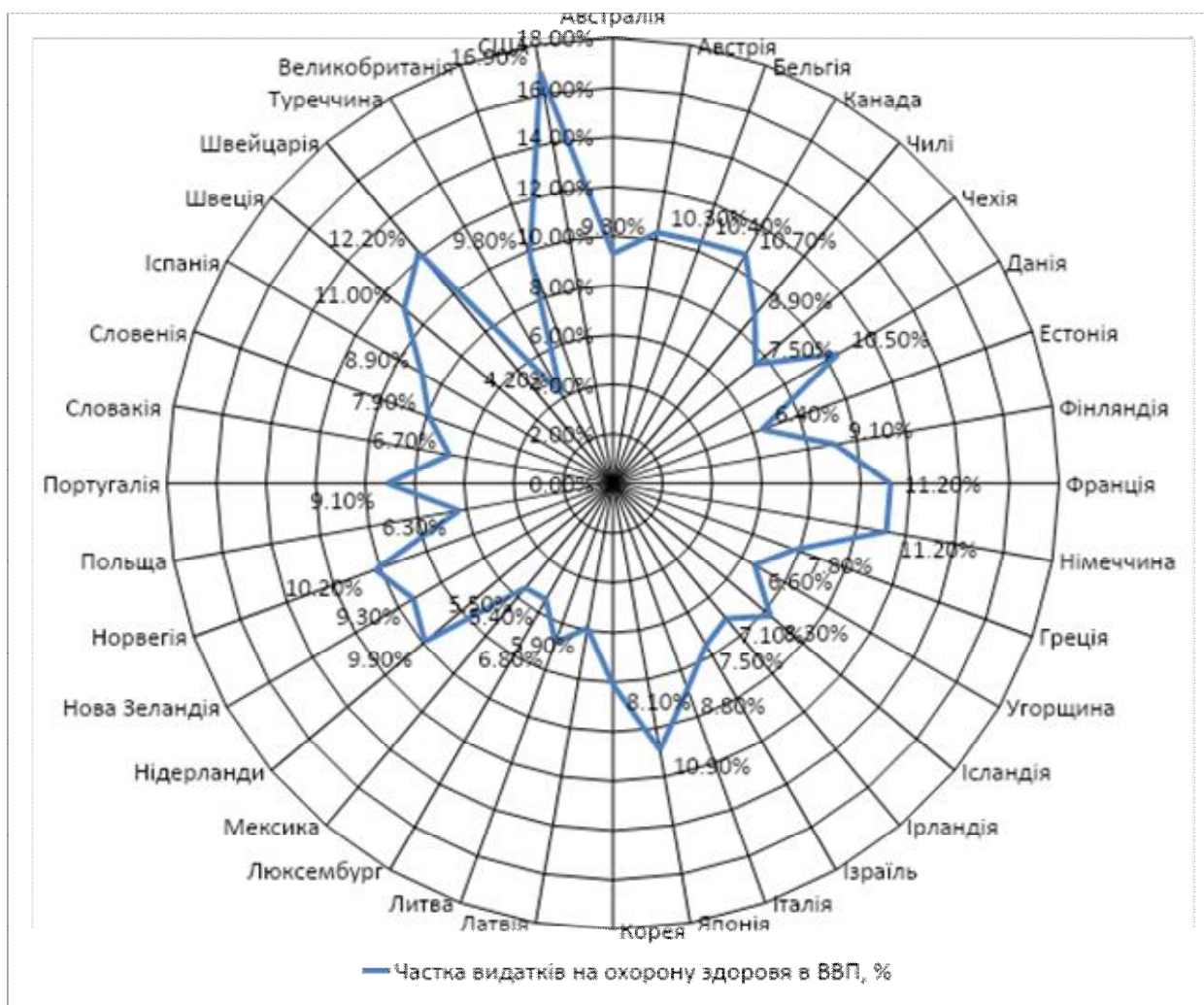


Рис. 3.2. Видатки країн-учасниць ОЕСР на сферу охорони здоров'я у 2018 р.

Примітка. Складено на основі [76]

З рис. 3.2. ми можемо спостерігати певну закономірність, так чим більш високо розвинута країна тим більші її витрати на охорону здоров'я. Безпосередньо це пов'язане із необхідністю інвестицій в людський капітал,

про що прекрасно знають такі держави як: США (16,9%, Швейцарія (12,2%), Німеччина (11,2%), Франція (11,2%), Швеція (11%) та Японія (10,9%). Натомість держави, що розвиваються типу Мексики (5,5%), Латвії (5,9%), Угорщини (6,8%) в силу недостатності фінансових ресурсів не можуть забезпечити достатньо високий рівень охорони здоров'я. Проте варто зауважити, що частку яку витрачають ці країни всеодно майже не в 2 рази більші ніж в Україні.

Відповідно це впливає на стан здоров'я населення, одним з основних показників, якого є очікувана тривалість життя див. табл. 3.2.

Таблиця 3.2

**Динаміка показника очікуваної тривалості життя країн-учасниць ОЕСР
за 2017-2016**

Держава	2000	2016	2017	Відхилення показника очікуваної тривалості життя (2017 р./2000 р.)	Відхилення показника очікуваної тривалості життя (2017 р./2016 р.)
Австралія	79,3	82,5	82,6	3,3	0,1
Австрія	78,2	81,7	81,7	3,5	0
Бельгія	77,8	81,5	81,6	3,8	0,1
Канада	79	82	82	3	0
Чилі	76,8	80,2	-	3,4**	-
Чехія	75,1	79,1	79,1	4	0
Данія	76,9	80,9	81,2	4,3	0,3
Естонія	71	77,8	78,2	7,2	0,4
Фінляндія	77,7	81,5	81,7	4	0,2
Франція	79,2	82,6	82,6	3,4	0
Німеччина	78,2	81,1	81,1	2,9	0
Греція	78,6	81,5	81,4	2,8	-0,1
Угорщина	71,9	76,2	75,9	4	-0,3
Ісландія	79,7	82,3	82,7	3	0,4
Ірландія	76,6	81,8	82,2	5,6	0,4
Ізраїль	78,8	82,5	82,6	3,8	0,1
Італія	79,9	83,3	83	3,1	-0,3
Японія	81,2	84,1	84,2	3	0,1
Корея	76	82,4	82,7	6,7	0,3
Латвія	70,1*	74,7	74,8	4,6**	0,1

Продовження табл. 3.2

Литва	72,1	74,8	75,6	3,5	0,8
Люксембург	78	82,8	82,2	4,2	-0,6
Мексика	73,3	75,2	75,4	2,1	0,2
Нідерланди	78,2	81,6	81,8	3,6	0,2
Нова Зеландія	78,4	81,7	81,9	3,5	0,2
Норвегія	78,8	82,5	82,7	3,9	0,2
Польща	73,8	78	77,9	4,1	-0,1
Португалія	76,9	81,2	81,5	4,6	0,3
Словаччина	73,4	77,3	77,3	3,9	0
Словенія	76,1	81,3	81,1	5	-0,2
Іспанія	79,3	83,4	83,4	4,1	0
Швеція	79,7	82,4	82,5	2,8	0,1
Швейцарія	79,9	83,7	83,6	3,7	-0,1
Туреччина	71,1	78	78,1	7	0,1
Великобританія	77,9	81,2	81,3	3,4	0,1
США	76,7	78,6	78,6	1,9	0
Китай	71,8	76,3	76,5	4,7	0,2
Індія	62,7	68,6	68,9	6,2	0,3
Росія	65,6	71,8	72,6	7	0,8

Примітка. Складено автором на основі [76]

*Примітка: показник 2002 року

**Примітка: приблизні дані

З даних табл. 3.2 ми можемо спостерігати, що в динаміці найбільші темпи приросту демонструють країни в яких станом на 2000 р. були досить низький даний показник. Це Росія з 65,6 р. до 72,6 р., Індія з 62,7 р. до 68,9 р., Естонія з 71 до 78,2 р., Корея з 76 до 82,4 р., натомість держави з високим показником на початку 2000 р. мають помірні темпи зростання - Швейцарія з 79,9 р до 83,6 р., Японія 81,2 р. до 84,2 р., Італія 79,9 р. до 83 р.

З табл. 3.2 ми можемо спостерігати наче «очевидну» тенденцію, що чим вищі витрати на охорону здоров'я, тим вищий показник очікуваної тривалості життя. Якщо дослідити дані показники на кореляцію, то зазначимо, що рівень витрат лише на 46,6% впливає на очікувану тривалість життя. Це зумовлено великою кількістю інших чинників, що впливають в кінцевому результаті на тривалість життя, такими є: державна політика у

сфері медицини, кількість населення, типу клімату і іншими. Яскраво це ми можемо спостерігати на прикладі США, так маючи на порядок більші витрати на охорону здоров'я, середня тривалість життя є нижчою ніж в країн з меншими витратами. З даних табл. 3.1 ми можемо спостерігати, що в динаміці найбільші темпи приросту демонструють країни в яких станом на 2000 р. були досить низький даний показник. Це Росія з 65,6 р. до 72,6 р., Індія з 62,7 р. до 68,9 р., Естонія з 71 до 78,2 р., Корея з 76 до 82,4 р., натомість держави з високим показником на початку 2000 р. мають помірні темпи зростання Швейцарія з 79,9 р до 83,6 р., Японія 81,2 р. до 84,2 р., Італія 79,9 р. до 83 р.

Саме тому в світовій практиці на сьогоднішній день утвердилася концепція ціннісно-орієнтованої системи охорони здоров'я, основна її суть зводиться до того, що необхідно максимізувати якість надання медичних послуг при певному рівні витрат. Бостонська консалтингова група встановила, що в більшій мірі якість надання медичної послуги не є залежною від збільшення витрат. Тобто, граничне зростання витрат на медичну послугу не робить її більш якісною. В свою чергу пропонується використання своєрідних реєстрів даних, вони мають підвищити якість інформації і знизити втрати на здійснення видання медичних послуг. Так дана концепція була впроваджена свого часу в Швеції, особливо дієво вона вплинула на таке захворювання як інфаркт Міокарда, знизивши смертність від нього на 30%. В свою чергу впровадження такого підходу дозволило Швеції удосконалити не лише процесу лікування, але і кадрового забезпечення, але і матеріального забезпечення, а також організації. [74]

В основі проведення медичних реформ можуть стояти 3 орієнтира:

- підвищення доступності медичних послуг;
- підвищення якості медичних послуг;
- зниження витрат на охорону здоров'я.

Цікавим зарубіжним досвідом є надання медичних гарантій лише певним категоріям населення, в контексті оптимізації видатків це є одним із

оптимальних рішень, проте знову ж таки не для бюджетної моделі фінансування України. Необхідним є наявність декількох джерел фінансування, наприклад бюджетно-страхова модель. Прототипом часткового надання медичних гарантій є США, а саме дві його програми «Medicare», яка здійснює захист інвалідів та осіб, що отримують соціальні трансфери та «Medicaid», яка фінансує лікування осіб з низькими доходами. В сукупності ці дві програми дозволяють заохотити незахищені верстви суспільства, натомість виконавши необхідний мінімум держава не втручається в ринок медичних послуг. [74] На нашу думку така б зміна змусила б зробити бюджетні заклади охорони здоров'я самодостатніми і орієнтованими на конкуренцію. До того ж жодна країна світу, не може профінансувати повний спектр послуг для громадян.

Ще один механізм схожий на перерозподіл коштів після проведення медичної реформи діє в Нідерландах. Проте основним критерієм там являється на кількісний показник (кількість пацієнтів), а якісний (ефективність витрачання коштів), відповідно, фінансуватися буде перерозподілено між іншими спеціалістами, якщо лікар неефективно використовує ресурси.

Якщо ж перейти до конкретних проблем в сфері охорони здоров'я, то їх є достатньо велика кількість і саме вирішення базових проблем має сформувати основу для якісного переходу на страхову модель.

Однією із основних проблем в медичних закладах постає необхідність проведення якісно нового менеджменту. Згідно із реформою всі комунальні медичні заклади мають стати некомерційними підприємствами, а головні лікарі тепер будуть разом головними управлінцями. Особливу увагу також і приділяється стратегіям розвитку, які в Україні лише починають розроблятися. [74]

На сьогоднішній день є необхідним перегляд стандартних медичних послуг в Україні, свого часу в Великобританії було застосовано один із управлінських підходів – «реінжиніринг бізнес-процесів». Це дозволило

кардинально перебудувати організацію процесу лікування і в кінцевому результаті призвело до наступних позитивних наслідків: зменшення тривалості лікування у стаціонарі, скорочення витрат на діагностику, лікування пацієнта та операційну діяльність медичного закладу, підвищення рівня медичного обслуговування. Ще однією особливістю Великобританії є поширеність аутсорсингу серед медичних закладів. Зазначимо, що основним суб'єктом є National Health Service, або NHS, а фінансування здійснюється у відповідність до територіальної специфіки та кількості населення [14, с. 196-197].

Ще однією гострою проблемою постає впровадження новітніх технологій в діяльність медичних закладів і не лише в сфері медичного обладнання, так в Німеччині компанія «Asklepios» ініціювала розробку інформаційно-аналітичної медичної системи для програми «клініка майбутнього». В кінцевому результаті вдалося добитися наступного:

- пришвидшилася обробка інформації про пацієнта та заповнення документації (на 18%);
- отримати швидкий доступ до потрібної інформації в ході лікувального процесу;
- зменшився час на обробку даних щодо лабораторних досліджень на 75%;
- зріс рівень комунікації всередині медичного закладу;
- зменшився час на знаходження архівних даних про пацієнта;
- зменшився рівень витрат, особливо додаткових;

В кінцевому результаті впровадження медичної системи «клініка майбутнього» дозволило зменшити рівень витрат на 36,7%, при цьому підвищивши якість на 50%, після пілотного проекту в Гамбурзі було прийнято поширити програму, ще на 90 медичних закладів [74].

Ще однією проблемою є дорогі медикаменти, так в структурі витрат на медицину вони займають 25%, порівняно з європейською практикою, де цей

показник становить 10%. Відповідно такий лікувальний процес не може бути ефективним через дорогі витрати.

Ще однією із світових тенденцій, яка у 2020 р. активно в нас розвивається це так звана діджителізація, основою якої є зменшення паперового документообіг в державі. Це є зовсім не новим в світовому досвіді, проте крайнє необхідний крок для подальшого розвитку України. Так подібну реформу в сфері охорони здоров'я було впроваджено в Сербії (2015 р.), вона дозволила пришвидшити документообіг і знизити рівень витрат.

Ще одним позитивним моментом є поступове впровадження фінансування за допомогою НСЗУ на всіх рівнях, у 2020 р. мають перейти на фінансування всі спеціалізовані заклади охорони здоров'я. Варто зазначити, що для цього використовувався пілотний проект в Полтаві, який показав більш ефективний розподіл за новим медичним фінансуванням, ніж за глобальним бюджетом.

ВООЗ та Світовий банк склали звіт про їхнє бачення медичної реформи в Україні 2016-2019 рр. [71] в якому позитивно дає відгук про зміни, що здійснюються в Україні. Проте зазначимо, що підходи якими керується Україна та ВООЗ є відмінними, ВООЗ акцентує увагу на підвищенні ефективності використання наявних фінансових ресурсів, що є логічним з урахуванням світового досвіду стримування витрат на охорону здоров'я. Тоді ж як Україна потерпає від нестачі фінансових ресурсів і є критична необхідність змінювати механізм фінансування всієї галузі. Також в звіті зазначається про декілька основних цілей реформи. Акцентуємо вашу увагу на оцінці зміни фіскального простору і перспектив з урахуванням механізмів збору доходів. На нашу думку саме ця ціль є першочерговою, оскільки держава з 2,9% ВВП фінансування охорони здоров'я навряд чи може забезпечити використання коштів ефективно. Варто уваги, є шоста ціль «визначення уроків, засвоєних у процесі реформ для наступного покоління реформаторів.», що якраз таки достовірно свідчить про реформу охорони здоров'я в дуже довгостроковій перспективі, натомість коли результати є

необхідними тут і зараз. Загалом використовуючи причинно-наслідковий зв'язок з впевненістю можна ствердити, що сьогоднішній стан охорони здоров'я є наслідком старої радянської системи, яку не змогли вчасно реформувати в минулому. З роками ситуація невпинно погіршувалася, ще більше ускладнюючи можливість реформування аж до сьогодні, коли перехід на іншу модель в найближчій перспективі є неможливим.

Ще одним фактором в цьому звіті визначається необхідність жорсткого бюджетного обмеження за ресурсами охорони здоров'я. Знову ж таки, в силу низького рівня фінансування жорстка обмеженість ресурсів не дозволить покращити стан здоров'я населення при вищезгаданому рівні.

Ще одним цікавим моментом у звіті є, ціль досягнення самофінансування медичними закладами у найближчі 5-10 років. Проте не згадується ніде перехід на іншу модель фінансування, що вирішило б основну проблему пошуку ресурсів.

Ще одним цікавим інструментом мінімізації витрат домогосподарств порівняно із державними, це компенсація загальних витрат на лікування. Даний інструмент використовується у Великобританії, особі повертається 10% витрат, а також Франції 25% витрат.

Ще одним із стандартів є здійснення фінансування медичних закладів з за принципом *diagnosis related groups (DRG)*. Відповідно до нього медичні заклади отримують фінансові ресурси, обсяг яких розраховується на основі: вилікуваних осіб, за розміром надання медичних послуг, обсягом відшкодування витрат на лікування, надходження із глобального бюджету чи фінансування за клініко-статистичними групами. Використання цього підходу орієнтовано на підвищення прозорості, ефективності та оптимізації процесу управління медичними закладами [57].

В кінцевому результаті в Україні є необхідним:

- впровадження новітніх технологій, що дасть змогу не лише скоротити витрати, але і підвищити якість;

- впровадити в Україні декілька механізмів акумуляції коштів для сфери охорони здоров'я, особливо актуальним є впровадження страхової медицини;
- розгляд медичного закладу з точки зору унікального підприємства, для якого потрібен окремий управлінський підхід;
- спеціальне навчання управлінців та запрошення іноземних спеціалістів для проведення тренінгів;
- створення єдиного інформаційного простору та впровадження реєстрів;
- оптимізація бізнес-процесів та фінансових потоків;
- налагодження партнерства із приватним сектором для залучення інвестицій.
- перехід до сучасної методології організації системи охорони здоров'я.

Проте варто зауважити, що ні одна реформа системи охорони здоров'я, яка бездумно копіюється із зарубіжної практики, не буде ефективною для України. Насамперед, це пов'язано із значними відмінностями в економічній, бюджетній та приватній сферах, також важливу роль грає менталітет населення, тому зміни мають бути розроблені спеціально для вітчизняних реалій. Також потрібно розуміти, що зарубіжні системи охорони здоров'я не є ідеальними, так опитування показали, що 52% жителів США стверджують, що в системі охорони здоров'я потрібні зміни, так само думають і жителі Канади 55%, Швеції 51%, Нової Зеландії 52% та Великобританії 66% [7]. Тому варто зазначити, що зміни мають проводитися обов'язково комплексно, лише за економічно обґрунтованого та виваженого підходу можна досягнути покращення якості надання медичних послуг та підвищити ефективність здійснених витрат. І ще однією необхідною компонентою є оцінка змін, так коли медичний заклад може здійснити і оцінити як проведені зміни вплинули на його роботу, лише тоді ми зможемо говорити про можливість медичних закладів в Україні розвиватися, а не існувати на державні кошти.

Висновок до розділу 3

В сучасному світі існує декілька моделей фінансування закладів охорони здоров'я: бюджетна модель (Великобританія, Швеція, Іспанія, Фінляндія, Норвегія, Данія), бюджетно-страхова модель (Швейцарія, Люксембург, Чилі, Бельгія), страхова модель (Словенія, Польща, Німеччина, Естонія) та приватна (США). Варто зазначити, що на сьогоднішній день уже не є доцільно використовувати одне джерело для фінансування медицини. Згідно досвіду провідних країн задля максимізації фінансових ресурсів медичних закладів доцільно впровадити: співфінансування, залучити інвестиції бізнесу та налагодити з ним партнерство, зменшити боргове навантаження на бюджет, а також розглянути детальніше можливість впровадити спеціального податку/платежу на охорону здоров'я. Основним джерелом на яке потрібно орієнтуватися Україні на сьогоднішній день є страхова медицина. Особливо цінний досвід впровадження страхової медицини ми можемо завозити в Естонії, яка після виходу з Радянського союзу мала таку ж систему.

На сьогоднішній день перед Україною постає питання покращення якості медичних послуг. Було встановлено, що зростання граничних витрат на охорону здоров'я ще не означає покращення показників здоров'я. Тому, на сьогоднішній день в світі утвердилася концепція ціннісно-орієнтованої медицини. Тому потрібно комплексно з пошуком фінансових ресурсів підвищувати саму ж якість надання послуг. Основою для покращення якості медичних послуг стане: впровадження новітніх технологій, застосування у медичному закладі принципів менеджменту, оптимізація бізнес-процесів в медичних закладах, створення єдиного інформаційного простору та оптимізація фінансових потоків. Реформа охорони здоров'я має проводитися комплексно і бути націленою як на залучення фінансових ресурсів, так і на покращення якості надання медичних послуг.

ВИСНОВКИ

У результаті проведеного дослідження було зроблено наступні висновки:

1. Існують об'єктивні передумови фінансування закладів охорони здоров'я, саме з бюджету ними є: неспроможність ринкового механізму протистояти екстерналіям, існування інформаційної асиметрії, нездатність приватного сектору медичних послуг обслуговувати окремі верстви населення (пенсіонери, інваліди, діти), наявність деяких сфер неприбуткової діяльності, що не цікавить приватний сектор.

2. Встановлено, що існує взаємозалежність між моделлю централізації ВВП та системою фінансування мережі закладів охорони здоров'я. В Україні ж ця взаємозалежність не виконується, що і спричиняє значний дефіцит фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я. В Україні при західноєвропейській моделі централізації ВВП використовується пострадянська бюджетна система фінансування, коли ж доцільним було використання гібриду бюджетно-страхової чи механізм страхової медицини. В результаті, фактично значна частина в структурі фінансування перекладається на населення, фактично 42,3%.

3. Розглянуто рекомендації ВООЗ, щодо забезпечення фінансування охорони здоров'я, це мінімум 5% ВВП та наступна структура: 60% коштів бюджету, 30% коштів акумульованих за рахунок медичного страхування та 10% коштів фізичних та юридичних осіб.

4. Проаналізовано передумови до проведення медичної реформи і встановлено, що основною її ідеєю є закласти міцне підґрунтя для переходу на медичне страхування. Загалом медична реформа 2018-2020 рр. не вирішує проблеми нехватки фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я. Основною метою її проведення - це встановити чіткий та справедливий

розподіл між закладами охорони здоров'я та суттєво підвищити ефективність здійснення видатків з державного бюджету на медицину.

5. Крім значного дефіциту фінансових ресурсів в сфері охорони здоров'я, існують наступні проблеми:

- 1.1. низька якість медичних послуг;
- 1.2. недовіра населення до реформування охорони здоров'я;
- 1.3. відсутність стратегій розвитку медичних закладів та вмілого управління, яке необхідне для автоматизації медичних закладів;
- 1.4. низький рівень оплати праці медичних працівників, що деструктивно впливає на якість надання медичних послуг;
- 1.5. низький рівень конкуренції з сторони приватного сектору;

6. Щодо фінансування закладів охорони здоров'я за кошти бюджету, то загалом є тенденція до зростання номінального обсягу. З 2010 р. обсяг виділених ресурсів зріс з 44,8 млрд. грн. до 128,4 млрд. грн. в 2019 р. Натомість реальний обсяг фінансових ресурсів на охорону здоров'я суттєво скоротився, з 4% ВВП в 2010 р. до 3,2% в 2019 р., що є вкрай негативною тенденцією і загрожує погіршенням стану здоров'я населення. На 2020 р. розмір видатків на охорону здоров'я попередньо був визначений в 2,9% ВВП, що стало одним із деструктивних факторів боротьби із COVID-19.

7. Основними напрямками видатків на охорону здоров'я є фінансування лікарень загального профілю – 36%, видатки на інші заклади та заходи у сфері охорони здоров'я – 28,3%.

8. Спостерігається суттєва зміна структури видатків на охорону здоров'я за рахунок зменшення видатків на первинну ланку медицини та суттєве зростання видатків на інші програми в сфері охорони здоров'я за 3 роки на 148,92% або на 22,65 млрд. грн.

9. Що ж до результатів медичної реформи, то на сьогоднішній день вважається успішним реформування ланки первинної медицини, загалом, станом на 31.12.2019 декларації уклали 29,1 млн. осіб, але існує тенденція до зниження рівня фінансування видатків на одну особу з 56,9 грн. в січні 2019

р. до 48,99 грн. станом на грудень 2019 р. Нами було встановлено, що хоч медична реформа має за мету підвищити ефективність фінансування закладів охорони здоров'я, проте спостерігається суттєва диспропорція в кількості медичних закладів. Було проаналізовано бюджет Тернопільської області.

10. Дослідження зарубіжного досвіду дало змогу оцінити необхідну кількість фінансових ресурсів для потреб медичних закладів в Україні. В середньому по країнах ОЕСР для фінансування охорони здоров'я використовується 8,8% ВВП, коли ж в Україні 3,2% ВВП. Мінімальним необхідним рівнем для нормального функціонування системи охорони здоров'я є 5% ВВП, а рекомендований ВООЗ становить 7% ВВП. Проаналізувавши моделі фінансування, ми дійшли висновку, що Україні необхідно перейти на страхову або бюджетно-страхову модель, що дозволить максимізувати фінансові ресурси медичної сфери.

11. Визначено, що основними методами збільшення фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я в Україні є податковий метод, співфінансування, державно-приватне партнерство, приватизація медичних закладів, проте кожен із запропонованих методів мають свої негативні наслідки і можливі ризики. Тому, доцільно зосередити свою увагу на проведенні комплексної медичної реформи впровадження медичного страхування.

12. Розглянуто досвід найуспішніших медичних реформ та найефективніших систем охорони здоров'я, а саме досвід Канади, Німеччини, Великобританії, Франції та Естонії. Особливо цікавим нам є досвід Естонії бо лише за 10 років вона змогла змінити існуючу у нас зараз пострадянську систему охорони здоров'я на одну із найефективніших систем медичного страхування в Європі.

13. Провівши дослідження, ми дійшли до висновку, що в Україні потрібно здійснити наступні зміни:

1.1. впровадити новітні технології, що дадуть змогу не лише скоротити витрати, але і підвищити якість;

- 1.2. впровадити в Україні декілька механізмів акумуляції коштів для сфери охорони здоров'я, особливо актуальним є впровадження страхової медицини;
- 1.3. створити окремий управлінський підхід для кожного медичного закладу;
- 1.4. спеціальне навчання управлінців та запрошення іноземних спеціалістів для проведення тренінгів;
- 1.5. створення єдиного інформаційного простору та впровадження електронних реєстрів;
- 1.6. застосування досвіду державно-приватного партнерства;
- 1.7. оптимізація бізнес-процесів та фінансових потоків;
- 1.8. здійснити перехід до сучасної методології організації системи охорони здоров'я;
- 1.9. комплексне впровадження реформ;

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко Н. В. Державне управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні: сучасний стан, шляхи вдосконалення : монографія. Запоріжжя : КПУ, 2010. 196 с.
2. Бенько І. Д. Методика обліку фінансово-господарської діяльності закладів охорони здоров'я. *Причорноморські економічні студії*, 2018. Вип. 27(2). С. 121-125. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/bses_2018_27%282%29__23
3. Бетлій О. Аналіз планування бюджетних видатків на прикладі запитів Міністерства охорони здоров'я. Інститут економічних досліджень та політичних консультацій. К.: 2016. 35 с. URL : http://www.ier.com.ua/files/publications/Policy_papers/IER/2016/MOZ_budget_efficiency_IER_GIZ.pdf (дата звернення: 28.05.2019).
4. Бетлій О. Ефективність видатків Міністерства охорони здоров'я України: аналіз бюджетних запитів. Інститут економічних досліджень та політичних консультацій. Київ, 2016. 24 с. URL : http://www.ier.com.ua/files/publications/Policy_papers/IER/2016/MOZ_budget_efficiency_IER_GIZ.pdf (дата звернення: 28.05.2019).
5. Білик О. І. Удосконалення механізму фінансування охорони здоров'я України. *Вісник ОНУ імені І.І. Мечникова*, 2014. Вип. 2/5. Т. 19. С. 105-109.
6. Боронос В.Г., Остріщенко Ю. В. Сучасні реалії планування та виконання видаткової частини місцевих бюджетів. Механізм регулювання економіки: міжнародний науковий журнал. Сумський держ. ун-т; Центр економ. досліджень; Сумська обл. громад. організація Акад. підприємництва і менеджменту України, Суми: 2014. № 1 (63). С. 87-98.
7. Бортник, Н., Янчак, Я. досвід надання медичних послуг у країнах з різними моделями фінансування охорони здоров'я. *Scientific Notes of Lviv*

University of Business and Law, 2018. № 19, 168-173. URL : <https://nzlubp.org.ua/index.php/journal/article/view/67>

8. Бюджетний кодекс України № 2456-VI від 08.07.2010 URL : <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17> (дата звернення: 28.05.2019)

9. Василик О. Д., Павлюк К. В. Державні фінанси України. К.: Центр навчальної літератури, 2004. 608 с.

10. Вишньовська К. Проблеми реформування системи охорони здоров'я в Україні. *Світ фінансів*, 2008. № 3 (16). С. 78–85.

11. Волохова І. С. Оцінка ефективності фінансування закладів охорони здоров'я в Україні. Вісник Одеського національного університету. Серія : *Економіка*, 2017. Вип. 1. Т. 22. С. 130-135. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vonu_econ_2017_22_1_30 (дата звернення: 28.05.2019).

12. Голинська О. В. Про місцеві бюджети-людською мовою: Методичний посібник. Миколаїв: ФРМ, 2014. 60 с.

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

14. Горин В. П. Фінансові аспекти реформування охорони здоров'я у зарубіжних державах: висновки для України. *Світ фінансів*, 2014. № 1. С. 195–204.

15. Дем'янишин В. Г., Сіташ Т. Д. Модель системи фінансування охорони здоров'я: концептуальні засади й альтернативи. *Фінанси України*, 2011. № 6. С. 45-53. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Fu_2011_6_6 (дата звернення: 28.05.2019).

16. Дем'янишин, В. Г. Виконання бюджетів: концептуалізація, проблеми та напрями удосконалення. *Соціально-економічні проблеми сучасного періоду України*: зб. наук. пр. 2008. Вип. 4 (2). URL : <http://www.nbuv.gov.ua> (дата звернення: 28.05.2019).

17. Дешборд НСЗУ URL : <https://nszu.gov.ua/e-data/dashboard/pmg-pay>

18. Загорський В. С., Лободіна З. М., Лопушняк Г. С. Управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2010. 276 с.
19. Зайчикова В. В. Місцеві фінанси України. К.: НДФІ, 2007. 299 с.
20. Західна О. Р., Мидлик Ю. І. Медична реформа в умовах децентралізації влади в Україні. *Молодий вчений*, 2017. № 11. С. 1155-1158. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/molv_2017_11_280 (дата звернення: 28.05.2019).
21. Звіт НСЗУ про виконання договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій та договорів про реімбурсацію за 4 квартал 2019 року URL : <https://nszu.gov.ua/storage/files/4-qrtl-report-2019.pdf>
22. Іваненко Є. Фінансове забезпечення охорони здоров'я в умовах соціально-економічних трансформацій. *Світ фінансів*, 2015. № 3. С. 71–81.
23. Іванов Ю. Б., Бережна Ю.В. Особливості фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні. *Ефективна економіка*. 2014. № 11. С. 43-55.
24. Інформація Державної аудиторської служби України щодо забезпечення аналізу ефективності використання розпорядниками коштів державного бюджету, виділених з фонду боротьби з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2 (далі – Фонд боротьби з COVID-19), та її наслідками станом на 20.11.2020 URL : https://www.mof.gov.ua/storage/files/%D0%86%D0%BD%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%BC_%D0%B4%D0%BE%D0%B2%D1%96%D0%B4%D0%BA%D0%B0_20_11_2020.pdf
25. Камінська Т. М. Уроки зарубіжних країн для реформування охорони здоров'я в Україні. *Економічна теорія*, 2015 № 1 (20). С. 38-50 URL : <http://econtlaw.nlu.edu.ua/wp-content/uploads/2015/11/%E2%84%96-1-38-50.pdf>
26. Камінська Т., Костюченко О. Правові засади розвитку договірної економіки в охороні здоров'я України. *Економічна теорія та право*, 2016. № 4. С. 57–67.

27. Карпишин Н. І., Комуницька М. П. Класичні моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я. *Світ фінансів*. 2008. Вип. 1 (14). С.110-117.
28. Карпишин Н.І. Шляхи оптимізації фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні. *Світ фінансів*. 2009. №4. С. 99-104.
29. Карпишин, Н. І. Фінансове забезпечення охорони здоров'я в реалізації державних функцій на ринку медичних послуг : дис. ... канд. екон. наук : 08.04.01 фінанси, грошовий обіг і кредит. Тернопіль: ТДЕУ, 2006. 187 с.
30. Квасній Л. Г., Килівник О. В. Імплементация зарубіжного досвіду для оцінювання ефективності медичних інновацій Управління соціально-економічним розвитком регіону та оцінка його ефективності в умовах децентралізації: матеріали ІІ Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції (м. Житомир, 30 квітня 2020 р.). Електронний збірник тез доповідей. Житомир.: ЖІ МАУП, 2020. С. 34-39. URL : http://maup.zt.ua/documents/collectionOfArticles_%2030.04.2020.pdf#page=36
31. Квіташвілі О. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України К. : ДУ «УІСД МОЗ України», 2015. 460 с.
32. Когут Ю. М., Когут В. В. Вдосконалення підходів до формування та використання місцевих бюджетів. *Науковий вісник Ужгородського університету*: зб. Наук. Праць. Ужгородський національний університет. Серія: Економіка. Ужгород, 2014. вип. 3 (44) С. 157-158.
33. Коломієць О. О. Система охорони здоров'я в Україні: недоліки організації та ризики реформування. *Економічний вісник НТУУ «КПІ»* : збірник наукових праць, 2018. № 15. С. 18–27. URL : <https://ela.kpi.ua/handle/123456789/26372>
34. Концепція Загальнодержавної програми «Здоров'я —2020: український вимір» : Розпорядження Кабінету міністрів України від 31.10.2011 р. № 1164-р URL : <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/244717787> (дата звернення: 28.05.2019).

35. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я : розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1013-р. URL : [https:// www.kmu.gov.ua/ua/npras/249626689](https://www.kmu.gov.ua/ua/npras/249626689) (дата звернення: 28.05.2019).

36. Лободіна З. М. Вплив місцевих бюджетів на соціально-економічний розвиток територій в контексті проведення бюджетної реформи. *Інноваційна економіка*, 2012. № 9 (35). С. 124–128.

37. Лободіна З. М. Планування видатків бюджетів на охорону здоров'я в умовах реформи міжбюджетних відносин. Перші наукові читання пам'яті С.І. Юрія : зб. наук. праць (м. Тернопіль, 26 листопада 2015 р.): ТНЕУ, 2015. С. 110-115 URL : <http://dspace.tneu.edu.ua/bitstream/316497/12993/1/%D0%9B%D0%BE%D0%B1%D0%BE%D0%B4%D1%96%D0%BD%D0%B0.pdf> (дата звернення: 28.05.2019).

38. Магрламова К. Концепція забезпечення населення закладами охорони здоров'я та медичними спеціалістами як основна передумова реалізації пріоритетного розвитку медичної освіти. *Молодь і ринок*, 2019. № 11 (178) С. 6-11 URL : <http://mir.dspu.edu.ua/article/view/191565/191665>

39. Медяник Д. І., Липчанський В. О. Особливості ефективності управління закладами охорони здоров'я. *Наукові записки*, 2016. Вип. 19. С. 23-29. URL : <https://core.ac.uk/download/pdf/55297197.pdf>

40. Мигович Т. М., Мороз Р. Я., Тимків Н. А. Бюджетне планування в умовах децентралізації. *Молодий вчений*, 2018. № 10 (1). С. 356-360. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/molv_2018_10%281%29__87 (дата звернення: 28.05.2019).

41. Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я. Інформаційна довідка, підготовлена Європейським інформаційно-дослідницьким центром на запит народного депутата України. URL : <http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf>

42. Міщенко Д. А., Міщенко Л. О. Фінансування охорони здоров'я в Україні: проблеми та напрями їх вирішення. *Економічний простір*, 2016. №106. С. 168-177.

43. Мокрицька А. Б. Проблеми організації фінансового забезпечення охорони здоров'я. *Другі наукові читання пам'яті С.І. Юрія* : зб. наук. праць (Тернопіль, 28 лист. 2016 р.): ТНЕУ, 2016. С. 100-104.

44. Морова С. Ф., Педітєва Ю. Є. Методичне забезпечення макроекономічного планування за умов реформування галузі охорони здоров'я. Збірник наукових праць Донецького державного університету управління «*Проблеми та перспективи забезпечення стабільного соціально-економічного розвитку*». Серія "Економіка". Т. XVII, Маріуполь. ДонДУУ, 2016. вип. 299. С. 180-187. URL : <http://ea.donntu.edu.ua/bitstream/123456789/28421/1/%D0%97%D0%B1%D1%96%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA%20%D0%94%D0%BE%D0%BD%D0%94%D0%A3%D0%A3%20%28%D1%81%D0%B5%D1%80%D1%96%D1%8F%20%D0%95%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D1%96%D0%BA%D0%B0%29%2C%202016.pdf#page=180>

45. Надал С., Спасів Н. Доходи місцевих бюджетів у контексті децентралізації в Україні. *Вісник Тернопільського національного економічного університету*. 2016. Вип. 2. С. 102-112. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vtneu_2016_2_11 (дата звернення: 28.05.2019).

46. Ніколаєва О. М., Маглаперідзе А. С. Місцеві фінанси: навч. посіб. К.: Центр учбової літератури, 2014. 354 с.

47. НСЗУ виплатила майже 728 млн. грн. всім центрам екстренки за підвищеними тарифами в липні URL : <https://nszu.gov.ua/novini/nszu-viplatila-majzhe-728-mln-grn-vsime-centram-ekstrenki-za-280>

48. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 01.01.2019 р. № 2801-XII URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (дата звернення: 28.05.2019).

49. Офіційний сайт OpenBudget URL : <https://openbudget.gov.ua/>

50. Офіційний сайт Державної казначейської служби України URL : <https://www.treasury.gov.ua/ua/file-storage/vikonannya-derzhavnogo-byudzhetu>
51. Офіційний сайт Державної служби статистики України URL : <http://www.ukrstat.gov.ua/>
52. Офіційний сайт Державної служби України з лікарських засобів та контролю за наркотиками URL : <http://dls.gov.ua/> (дата звернення: 28.05.2019).
53. Офіційний сайт Міністерства економічного розвитку і торгівлі України URL : <http://www.me.gov.ua/?lang=uk-UA> (дата звернення: 28.05.2019).
54. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України URL : <http://moz.gov.ua/> (дата звернення: 28.05.2019).
55. Офіційний сайт Національного банку України URL : <https://bank.gov.ua/control/uk/index> (дата звернення: 28.05.2019).
56. Офіційний сайт Національної служби здоров'я України URL : <https://nszu.gov.ua/e-data/dashboard>
57. Павлюк К. В. Удосконалення механізмів фінансування медичних послуг в Україні. Фінанси України. 2016. № 2. С. 64-82. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Fu_2016_2_6 (дата звернення: 28.05.2019).
58. Податковий кодекс України № 2755-VI від 02.12.2010 URL : <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2755-17> (дата звернення: 23.05.19).
59. Про Державний бюджет України на 2018 рік : Закон України від 07.12.2017 № 2246-VIII. URL : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2246-19/page> (дата звернення: 28.05.2019).
60. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України № 2168-VIII від 19.10.2017 р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>
61. Про затвердження формули розподілу обсягу медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам : Закон України від 19.08.2015 р.

№ 618 URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/618-2015-%D0%BF> (дата звернення: 28.05.2019).

62. Про Основні напрями бюджетної політики на 2018-2020 роки : Постанова Верховної ради України від 15.06.2017 р. № 6591 URL : http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/DH53300A.html (дата звернення: 28.05.2019).

63. Прус Н. В., Савченко Н. Г. Підходи до управління фінансовими ресурсами в контексті реформування системи охорони здоров'я України. *Економіка та держава*, 2018. № 10. С. 27–32. URL : <http://www.economy.in.ua/?op=1&z=4163&i=4>

64. Сайт МІНФІН URL : <https://index.minfin.com.ua/ua/economy/gdp/>

65. Сайт Ціна держави URL : <http://old.cost.ua/budget/expenditure/>

66. Степанова О. В. Фіскальний простір для системи охорони здоров'я: сучасні підходи до формування та діагностики. *Статистика України*, 2018. №2. С. 62–71.

67. Стратегія сталого розвитку «Україна – 2020» : Указ президента України від 12.01.2015 р. № 5/2015 URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5/2015> (дата звернення: 28.05.2019).

68. Стратегія сталого розвитку України до 2030 року : Проект Закону України від 07.08.2018 р. № 9015 URL : https://www.undp.org/content/dam/ukraine/docs/SDGreports/UNDP_Strategy_v06-optimized.pdf (дата звернення: 28.05.2019).

69. Тенденції тіньової економіки. Міністерство розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства України URL : <https://www.me.gov.ua/Documents/List?lang=uk-UA&id=e384c5a7-6533-4ab6-b56f-50e5243eb15a&tag=TendantsiiTinovoiEkonomiki>

70. Тулай О.І. Проблеми та перспективи державного фінансування системи охорони здоров'я в Україні. *Фінанси України*, 2016. №4. С. 84-99.

71. Україна. Огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я в 2016-2019 рр. Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. URL :

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report_UKR_Full-report_Web.pdf?ua=1&fbclid=IwAR3TEGsZElurxalC45OSJacQQ1cVwDbGR49tj_qh_n8EBjWHuFkFcb4LZvI

72. Чумаченко І. Л. Аналіз системи медичного страхування в Україні. *Молодий вчений*, Херсон: 2017. № 10 (50). С. 1096 – 1100.

73. Шаповал А. С. Методика економічного аналізу використання кошторису бюджетних установ. *Молодий вчений*, 2016. № 3. С. 234-238.

74. Шевченко В. А. Зарубіжний досвід управління закладами охорони здоров'я. *Економічний вісник Запорізької державної академії наук*, 2016. С. 35-55.

75. Що змінилося у наданні первинної медичної допомоги: результати дослідження URL : <https://nszu.gov.ua/novini/shcho-zminilosya-u-nadanni-pervinnoyi-medichnoyi-dopomogi-re-264>

76. OECD Statistics UL : <https://stats.oecd.org/#> (дата звернення: 28.05.2019).

77. Petrushka O. V. World Experience of financial support of health care: lessons for Ukraine. *Науковий вісник Полісся*, 2016. № 3 (7). С. 247-252. URL : http://journals.uran.ua/nvp_chntu/article/view/85189