

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Навчально-науковий інститут інноваційних освітніх технологій
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

ДИВОНЯК Михайло Дмитрович

**Управління фінансовими ресурсами закладу
охорони здоров'я. / Management the financial
resources of healthcare institution**

спеціальність: 073 - Менеджмент
освітньо-професійна програма - Менеджмент закладів охорони здоров'я

Кваліфікаційна робота

Виконав студент групи
МЗОЗзм-21
М. Д. Дивоняк

Науковий керівник:
к.е.н., доцент, С. М. Скочиляс

Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту:

" 04 " 2 / 04 / 20 20 р.

Завідувач кафедри
М. М. Шкільняк

ТЕРНОПІЛЬ - 2020

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ФІНАНСОВИХ РЕСУРСІВ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	7
1.1. Сутність, види та характеристика джерел формування фінансових ресурсів закладу охорони здоров'я.....	7
1.2. Форми фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я.....	14
Висновки до розділу 1.....	23
РОЗДІЛ 2. СУЧАСНІ РЕАЛІЇ І ПРОБЛЕМАТИКА ФОРМУВАННЯ ФІНАНСОВИХ РЕСУРСІВ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	24
2.1. Організаційне забезпечення управління фінансовими ресурсами досліджуваного закладу охорони здоров'я.....	24
2.2. Діюча практика планування фінансових ресурсів закладу охорони здоров'я.....	31
2.3. Оцінка фінансового забезпечення охорони здоров'я в контексті забезпечення доступності населення до медичних послуг.....	40
Висновки до розділу 2.....	49
РОЗДІЛ 3. ПЕРСПЕКТИВИ ЗРОСТАННЯ ОБСЯГУ ФІНАНСОВИХ РЕСУРСІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ	51
3.1. Зарубіжний досвід формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я та можливості його застосування в Україні.....	51
3.2. Удосконалення механізму формування фінансових ресурсів медичних закладів України.....	63
Висновки до розділу 3.....	75
ВИСНОВКИ	77
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	81
ДОДАТКИ	90

ВСТУП

Актуальність теми. Ринкові трансформації в Україні потребують якісних змін у системі охорони здоров'я, обмежене бюджетне фінансування якої в умовах впливу кризи негативно вплинуло на розвиток її інфраструктури, рівень та якість надання медичних послуг. Реальною альтернативою бюджетному фінансуванню є запровадження страхової медицини, здатної забезпечити нові джерела надходження коштів до галузі охорони здоров'я і, таким чином, створити передумови для якісного медичного обслуговування. Відтак актуальності набуває дослідження сучасних тенденцій формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я в Україні та вивчення нових економічних реалій для запровадження обов'язкового та розвитку добровільного медичного страхування.

Проблематику формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я та вплив фінансового забезпечення на доступ населення до медичних послуг досліджували у своїх працях українські науковці – В. Андрущенко, О. Василик, В. Войцехівський, В. Галайда, Д. Карамішев, Н. Карпишин, С. Кондратюк, Н. Лакіза-Савчук, Ю. Левенець, В. Лехан, Е. Лібанова, З. Лободіна, О. Макарова, Я. Радиш, І. Радь, В. Рудий, С. Юрій та ін. Серед зарубіжних вчених цими питаннями займалися Т. Акімова, А. Малагардіс, Г. Поляк, Р. Салтман, В. Семенов, Л. Трушкіна, І. Шейман та ін.

Віддаючи належне проведеним дослідженням, потрібно звернути увагу на необхідність постійного розвитку наукових поглядів на проблеми фінансового забезпечення охорони здоров'я як складової людського капіталу, їх орієнтації на соціально-економічні трансформації у світі та, зокрема, Україні. Окрім того реформування галузі породжує нові проблеми у сфері формування фінансових ресурсів медичних закладів. Все це і зумовило вибір теми кваліфікаційної роботи, її актуальність, теоретичну і практичну важливість.

Мета і завдання дослідження. Мета дослідження полягає у поглибленні теоретичних засад та оцінюванні практики формування фінансових ресурсів

закладів охорони здоров'я, а також у розробці науково-обґрунтованих практичних рекомендацій щодо удосконалення механізму управління фінансовими ресурсами зазначених інституцій.

Для досягнення поставленої мети необхідно вирішити такі завдання:

- поглибити розуміння сутності фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я, визначити їх види та охарактеризувати джерела формування;
- дослідити основні форми фінансового забезпечення охорони здоров'я та їх роль у формуванні фінансових ресурсів медичних закладів;
- охарактеризувати організаційне забезпечення управління фінансовими ресурсами закладу охорони здоров'я;
- проаналізувати діючу практику планування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я;
- здійснити оцінку фінансового забезпечення охорони здоров'я в контексті забезпечення доступності населення до медичних послуг;
- окреслити перспективи зростання обсягу фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я в умовах соціально-економічних трансформацій;
- розробити заходи щодо імплементації зарубіжного досвіду формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я в вітчизняну практику;
- надати рекомендації щодо вдосконалення механізму формування фінансових ресурсів медичних закладів в Україні

Об'єктом дослідження є фінансові ресурси державних та комунальних закладів охорони здоров'я в умовах соціально-економічних трансформацій.

Предметом дослідження є механізм управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я.

Методи дослідження. Кваліфікаційну роботу виконано із використанням як загальнонаукових (діалектичного, історичного, логічного, системного аналізу тощо), так і спеціальних (документального і порівняльного аналізу тощо) методів та прийомів наукового пізнання.

Діалектичний метод пізнання досліджуваних процесів дозволив розглянути їх у розвитку та взаємозв'язку, виявити усталені напрями та закономірності в

цілому. Історичний метод забезпечив виявлення правових та організаційних основ управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я у його розвитку, виявлення минулого і сьогодення. Порівняльний метод дозволив виявити переваги та недоліки зарубіжного досвіду, а соціологічний – з'ясувати думку фахівців-практиків щодо фінансового забезпечення охорони здоров'я. Використання синергетичного наукового напрямку та комплексне застосування методів наукового пізнання сприяло дослідженню організаційно-правових питань фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я у сукупності всіх елементів, єдності соціального змісту, що сприяло підвищенню наукового й практичного значення отриманих результатів. Метод документального аналізу застосовано для дослідження реалій формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я. Застосування методів аналізу та синтезу дозволило сформулювати пропозиції щодо пошуку перспектив росту фінансових ресурсів медичних закладів.

Інформаційною базою є законодавчі та нормативно-правові акти України, матеріали Міністерства фінансів України, Міністерства охорони здоров'я України, Державної казначейської служби України, Державної служби статистики України, матеріали діяльності Комунального некомерційного підприємства «Тернопільська міська дитяча комунальна лікарня» тощо.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у комплексному дослідженні проблем формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я та обґрунтуванні пріоритетів реформування управління ними. Зокрема, обґрунтовано підходи до формування додаткових джерел формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я шляхом побудови змішаної багатоканальної моделі фінансового забезпечення цієї галузі та підвищення ефективності використання фінансових ресурсів.

Практичне значення одержаних результатів кваліфікаційної роботи полягає у тому, що сформульовані висновки та пропозиції можуть бути використані закладами охорони здоров'я, зокрема, Комунальним некомерційним підприємством «Тернопільська міська дитяча комунальна лікарня» для вдосконалення формування та використання фінансових ресурсів

у сучасних умовах.

Апробація результатів дослідження. Результати роботи апробовані на Всеукраїнській науково-практичній інтернет-конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки» (15 травня 2020 року) і опубліковані тези «Планування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я України.», Тернопіль: ТНЕУ, 2020 [137-139] та на V Ювілейній науково-практичній конференції студентів та молодих вчених з міжнародною участю «Актуальні проблеми економіки, підприємництва та управління на сучасному етапі» (12 листопада 2020 року) і опубліковані тези «Зарубіжний досвід формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я та можливості його імплементації в українських реаліях». Тернопіль: ЗУНУ, 2020 [93-96].

Структура роботи. Кваліфікаційна робота, зміст якої викладено на 86 сторінках машинописного тексту, складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел із 92 найменувань. Робота ілюстрована 8 рисунками, містить 10 таблиць та 3 додатки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ФІНАНСОВИХ РЕСУРСІВ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутність, види та характеристика джерел формування фінансових ресурсів закладу охорони здоров'я

Стан охорони здоров'я надзвичайно важливий для суспільства, він є одним із компонентів індексу людського розвитку. Конституцією України право на здоров'я проголошується найвищою соціальною цінністю, а право на медичну допомогу гарантується кожному громадянину України. Держава зобов'язується створити умови для ефективного й доступного всім громадянам медичного обслуговування [47, с. 65]. Зважаючи на вище викладене, система охорони здоров'я належить до базових соціальних інститутів функціонування сучасного суспільства. На нинішньому етапі розвитку глобальними викликами, що постали перед більшістю таких систем, є забезпечення їх фінансової стійкості й керованості в умовах постійного зростання витрат на цю галузь та обмеження доступу певних груп населення до медичної допомоги. Окреслені проблеми актуальні для більшості країн світу, незалежно від обраної моделі фінансування та організації системи охорони здоров'я, що пов'язано зі збільшенням потреб населення у кваліфікованій, якісній і доступній медичній допомозі, швидкими темпами розвитку медичних технологій, підвищенням тривалості життя населення.

Унаслідок світової фінансово-економічної кризи загострилися проблеми функціонування систем охорони здоров'я та постала нагальна потреба в пошуку оптимальних шляхів організації й джерел формування фінансових ресурсів зазначеної галузі. Найчастіше зазначене стає імпульсом до реформування системи охорони здоров'я [46, с. 68].

В Україні активно розробляються концептуальні орієнтири такого реформування, яке спрямоване на підвищення якості медичної допомоги, побудову ефективної системи охорони здоров'я, зокрема за рахунок зміни джерел фінансування та принципів розподілу ресурсів і повноважень між суб'єктами її інституційної структури в контексті імплементації засад децентралізації державного управління.

Виконуючи важливу економічну місію, охорона здоров'я також є одним з головних чинників, які формують економічну безпеку країни. Відповідно до концепції соціальної держави, жодна особа, не залежно від рівня її доходу, не може бути позбавлена доступу до медичної допомоги, а фінансова політика уряду у царині охорони здоров'я має передбачати гарантування її високої якості. І хоча за оцінками науковців, стан здоров'я на 9/10 визначається способом життя, спадковістю та соціоекологічним середовищем, а лише на 1/10 – рівнем розвитку системи його охорони [11, с. 46], недостатня увага до питань належного фінансування галузі є одним із чинників, які визначають негативне ставлення суспільства до дій влади та джерелом генерування соціальних конфліктів. Зважаючи на це, збільшення обсягів та диверсифікація джерел формування фінансових ресурсів охорони здоров'я є на сьогодні не лише вимогою часу, а й питанням національної безпеки.

Досліджуючи літературні джерела з проблем формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я, констатуємо, що більшість як зарубіжних, так і українських вчених обмежуються з'ясуванням змісту вихідного для дефініції «фінансові ресурси закладів охорони здоров'я» поняття «фінансові ресурси» (табл. 1.1).

Що стосується терміну «фінансові ресурси закладів охорони здоров'я», то він зустрічається в працях вчених здебільшого як матеріальний носій фінансів закладів охорони здоров'я.

Таблиця 1.1

Наукові підходи до трактування поняття «фінансові ресурси закладів охорони здоров'я» вітчизняними та зарубіжними науковцями ¹

<i>Автор</i>	<i>Визначення</i>
<i>Термін «фінансові ресурси»</i>	
О. Д. Василик	грошові фонди, які створюються в процесі розподілу, перерозподілу і використання ВВП країни, що створюється упродовж певного часу в державі
А. Г. Грязнова	грошові кошти
А. Загородній, Г. Вознюк, Т. Смовженко	сукупність коштів, що перебувають у розпорядженні держави і суб'єктів господарювання... Основним джерелом формування фінансових ресурсів є ВВП
С. В. Мочерний	грошові фонди, створені в процесі розподілу, перерозподілу і використання валового внутрішнього продукту країни
С. І. Юрій, В. М. Федосов та	грошові фонди, які створюються в процесі розподілу і використання ВВП за певний період часу (макрорівень); акумульовані підприємством із різних джерел грошові кошти, які надходять у його обіг і призначені для покриття потреб підприємства (мікрорівень)
<i>Термін «фінансові ресурси закладів охорони здоров'я»</i>	
Т. В. Акімова	фонди сукупних грошових ресурсів, які вони мобілізують із різних джерел на здійснення і розвиток своєї діяльності, котра носить яскраво виражений соціальний характер
О. І. Тулай	грошові кошти, що є у розпорядженні суб'єкта господарювання і спрямовуються на задоволення його потреб

Отже, наведені в економічній літературі твердження сутності фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я нічим суттєвим не відрізняються від трактування дефініції «фінансові ресурси суб'єктів господарювання», не враховують особливостей функціонування медичних установ, тому потребують подальшого дослідження і наукового уточнення.

На основі критичного аналізу наукових праць вітчизняних і зарубіжних вчених із даної проблематики та з урахуванням функціональних особливостей медичних закладів і необхідності змін у їх фінансово-господарській діяльності у зв'язку з ринковими умовами господарювання, на наш погляд, слушною є пропозиція З. М. Лободіної щодо доцільності трактування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я як грошових коштів у фондовій формі, що

¹ Складено автором

створюються у результаті розподілу й перерозподілу ВВП та спрямовуються на формування активів закладів охорони здоров'я для здійснення діяльності, пов'язаної з наданням медичних послуг населенню [34, с. 82]. Відтак, наведене визначення фінансових ресурсів дає змогу пов'язати джерела створення фінансових ресурсів із формами їх прояву та цільовим призначенням у галузі охорони здоров'я, що, у свою чергу, допомагає визначити їх склад і структуру.

Розглядаючи сутність дефініції «фінансові ресурси закладів охорони здоров'я», з метою розширення інформаційної бази для забезпечення ефективного управління фінансами закладів охорони здоров'я доцільно класифікувати їх фінансові ресурси за ознаками, наведеними у табл. 1.2.

Таблиця 1.2

Класифікація фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я ²

Критерії класифікації	Види фінансових ресурсів
За способом формування	– бюджетні кошти; – небюджетні кошти.
За методами надходження	– фінансові ресурси, сформовані з використанням фіскальних методів; – фінансові ресурси, сформовані на добровільних і благодійних засадах.
За напрямками використання	– фінансові ресурси, вкладені в необоротні активи; – фінансові ресурси, вкладені в оборотні активи.
За характером діяльності	– фінансові ресурси від надання медичних послуг; – фінансові ресурси від надання послуг немедичного характеру.
За формами фінансового забезпечення	– бюджетні кошти; – кошти медичного страхування; – кошти від надання платних послуг; – благодійні внески.

Фінансові ресурси галузі охорони здоров'я відповідно до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» № 2801–ХІІ від 19. 11. 1992 р. формуються за рахунок державних (надходження державного та місцевих бюджетів, доходи фонду обов'язкового державного медичного страхування) та недержавних (доходи фондів добровільного медичного страхування, благодійних фондів, організацій, підприємств, громадян) джерел (рис. 1.1).

² Складено автором на основі : [9; 19; 34]

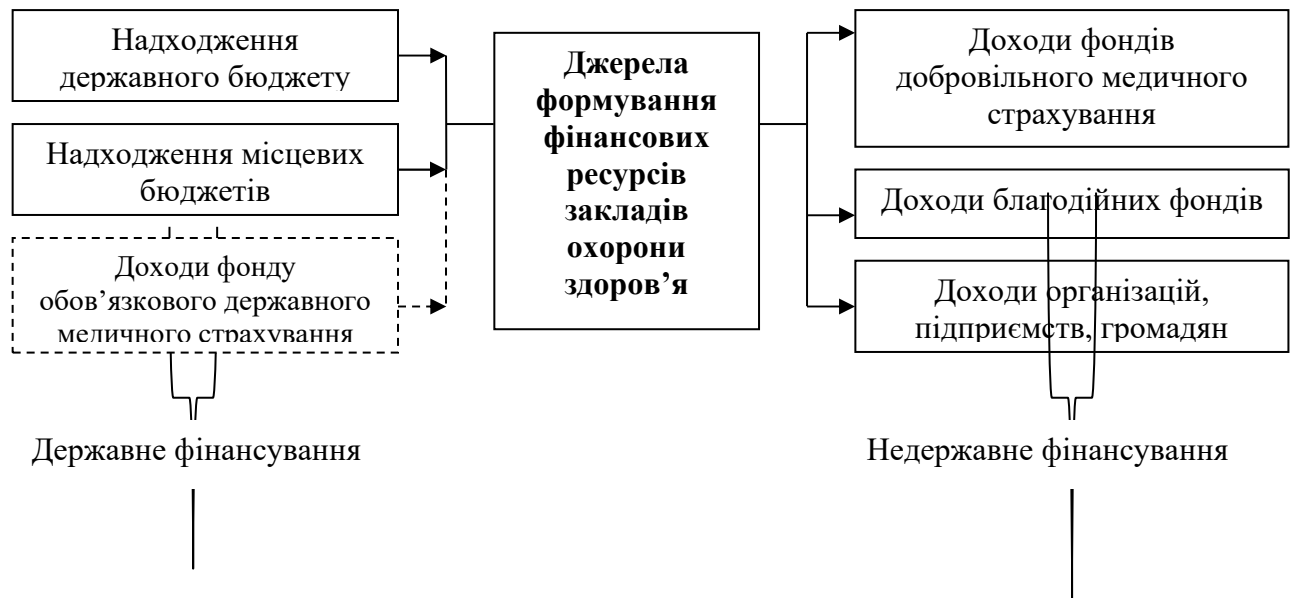


Рис. 1.1. Джерела формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я в Україні ³

Кошти Державного бюджету України та місцевих бюджетів на охорону здоров'я використовуються закладами охорони здоров'я для забезпечення надання населенню гарантованого рівня медичної допомоги, головними розпорядниками бюджетних коштів спрямовуються на фінансування державних цільових і місцевих програм охорони здоров'я, фундаментальних наукових досліджень з цих питань. Проте, якщо розглядати галузь охорони здоров'я в цілому, тобто не лише заклади охорони здоров'я, які є бюджетними установами, але й юридичні особи приватної форми власності, фізичні особи, які відповідно до ліцензій Міністерства охорони здоров'я України надають медичні послуги, основними джерелами фінансування вітчизняної системи охорони здоров'я є: державні (суспільні) кошти, які охоплюють бюджетні кошти, фонди соціального страхування, кошти державних фірм; приватні кошти – кошти домашніх господарств, комерційних і некомерційних організацій; кошти іншого світу – кошти міжнародних донорських організацій, спрямованих у систему охорони здоров'я України.

Залежно від джерел формування фінансових ресурсів та переважання

³ Складено автором на основі : [9; 20]

одного із них виділяють моделі фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я.

Аналізуючи світовий та вітчизняний досвід організації охорони здоров'я, можна виділити три основні моделі фінансового забезпечення зазначеної галузі (рис. 1.2).

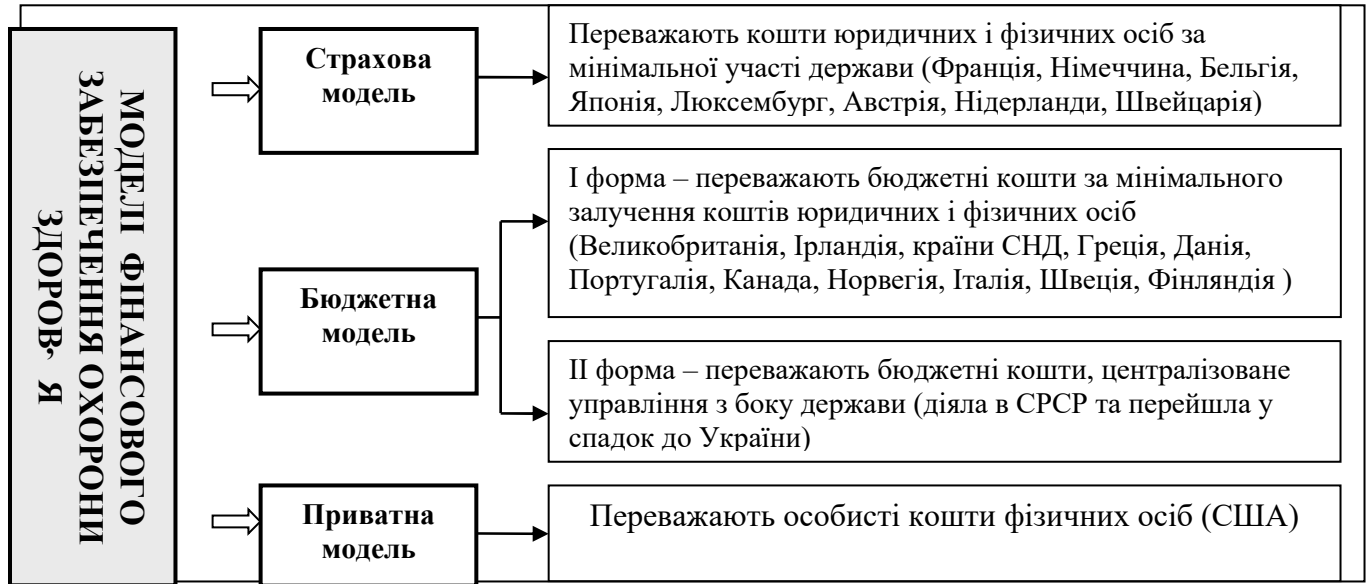


Рис. 1.2. Моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я [36]

1. Страхова – модель Бісмарка застосовується у країнах із поміркованим рівнем централізації ВВП у бюджеті – майже 35–45%.

2. Бюджетна (державна) модель використовується, як правило, у країнах із порівняно високим рівнем державної централізації ВВП – близько 50–60%. До неї відносяться модель Беверіджа та модель Семашко.

3. Приватна (платна) модель застосовується у країнах із незначним рівнем бюджетної централізації ВВП – близько 25–30%.

У даний час жодна з розглянутих моделей не функціонує самостійно, що свідчить про відсутність яскраво виражених переваг будь-якої з них. Усі перераховані джерела фінансових ресурсів поєднуються, і можна говорити тільки про переважаючий тип фінансового забезпечення та поглиблювати класифікацію моделей організації охорони здоров'я.

У даному контексті заслуговує на увагу підхід О. В. Баєвої, яка пропонує

таку класифікацію моделей організації охорони здоров'я:

1) Ринкова модель – приватне фінансування галузі: приватні страхові фонди, приватні джерела, прямі виплати виробникові медичних послуг, комбіноване приватне фінансування;

2) Соціальна модель – фінансування із суспільних фондів: система Беверіджа, система Бісмарка, система Семашко;

3) Суспільно-приватна модель – фінансування із суспільних та приватних фондів: суспільні фонди + приватні страхові фонди, приватні страхові фонди + суспільні фонди для надання медичної допомоги специфічним групам населення, суспільні + приватні страхові фонди [2].

Національна система охорони здоров'я, як прийнято вважати, переважно фінансується за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів. Таке твердження ґрунтується на положенні статті 49 Конституції України, в якій закріплено право кожної людини на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, яке забезпечується державним фінансуванням, та підтверджується звітністю про виконання бюджетів.

В умовах реформування діючої системи охорони здоров'я найважливішим пріоритетом в стратегії розвитку закладів даної галузі повинна стати зміна системи управління їх фінансовими ресурсами, яку, на наш погляд, доцільно здійснювати у двох напрямках:

- пошук додаткових джерел фінансових ресурсів та запровадження багатоканальної моделі фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я;
- підвищення ефективності використання фінансових ресурсів даними закладами.

Побудова системи управління фінансовими ресурсами галузі охорони здоров'я, як зазначають В. Загорський, З. Лободіна, Г. Лопушняк, має розпочинатися з побудови окремих її складових, а забезпечення гармонійного розвитку такої системи можливе лише за умови впровадження на локальному рівні сучасних медичних стандартів та відповідних інструментів управління на рівні головних розпорядників коштів або відповідальних виконавців

бюджетних програм [19, с. 40-41].

Отже, під управлінням фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я слід розуміти сукупність дій органів законодавчої і виконавчої влади та фінансових інституцій відповідно до їх повноважень, пов'язаних із формуванням і використанням грошових коштів у фондovій формі, призначених для надання медичних послуг населенню.

1.2. **Форми фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я**

Формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я залежно від їх джерел, або іншими словами фінансове забезпечення, здійснюється за допомогою різних форм (табл. 1.3).

На сьогодні широкого розповсюдження в багатьох країнах набули теорії побудови соціальної держави, суспільного блага та суспільного вибору. Оскільки держава стає центральним суб'єктом виконання соціальних функцій у суспільстві, вагомим джерелом формування фінансових ресурсів медичної галузі справедливо вважаються саме бюджетні кошти.

Бюджетним кодексом України, зокрема статтями 87, 89, 90, регламентовано розподіл та склад видатків на фінансування охорони здоров'я між бюджетами різних рівнів (табл. 1.4).

Таблиця 1.3

Наукові підходи до виокремлення форм фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я» вітчизняними науковцями ⁴

<i>Автор</i>	<i>Форми фінансового забезпечення</i>
В. Федосов, В. Опарін, С. Огородник	безповоротне фінансування з бюджету, кредитування, самофінансування
В. Опарін	безповоротне фінансування з бюджету, кредитування, самофінансування, кошти, які надходять від громадських та добродійних фондів, спонсорські внески, гранти та інші надходження

⁴ Складено автором

С. Львовчкін	самофінансування, залучення акціонерного капіталу, кредитування, безповоротне фінансування
О. Романенко, С. Юрій	бюджетне фінансування, кредитування, самофінансування, оренда, інвестування
М. І. Крупка	державне фінансування, кредитування, самофінансування
В. Загорський, З. Лободіна та Г. Лопушняк	бюджетне фінансування, некомерційне самофінансування, добровільне медичне страхування, благодійництво
Н. Карпишин	бюджетне фінансування, некомерційне самофінансування, добровільне медичне страхування, благодійництво, кредитування

Згідно із діючими правовими нормами більшість закладів охорони здоров'я фінансуються за рахунок коштів місцевих бюджетів. У рамках реалізації бюджетної реформи, починаючи із 2015 року для забезпечення відповідності повноважень на здійснення видатків, закріплених законодавчими актами за бюджетами, та фінансових ресурсів, які мають забезпечувати виконання цих повноважень, із державного бюджету передається місцевим бюджетам на фінансування охорони здоров'я.

Зокрема, це медична субвенція (обласні, районні бюджети, бюджети міст обласного значення, міський бюджет міста Києва); субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на придбання медикаментів та виробів медичного призначення для забезпечення швидкої медичної допомоги; субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на придбання витратних матеріалів для закладів охорони здоров'я та лікарських засобів для інгаляційної анестезії; субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на реформування регіональних систем охорони здоров'я для здійснення заходів з виконання спільного з Міжнародним банком реконструкції та розвитку проекту «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей».

Медична субвенція через головного розпорядника бюджетних коштів, Міністерство охорони здоров'я України, надається місцевим бюджетам для здійснення поточних видатків закладів охорони здоров'я, а у 2017 р. – крім видатків на оплату комунальних послуг та енергоносіїв [9; 49].

У законі про Державний бюджет України затверджуються обсяги субвенцій на охорону здоров'я окремо для кожного місцевого бюджету.

Зважаючи на пріоритетність надходжень державного та місцевих бюджетів серед інших джерел формування фінансових ресурсів державних і комунальних закладів охорони здоров'я, бюджетне фінансування справедливо вважається основною формою фінансового забезпечення.

В економічній літературі зустрічаються різні підходи до трактування сутності «бюджетного фінансування». Як правило, його розглядають з боку держави як елемент бюджетного механізму, або з боку суб'єктів господарювання – як форму фінансового забезпечення.

Бюджетне фінансування закладів охорони здоров'я передбачає використання таких форм: кошторисне фінансування, бюджетне інвестування, надання державних трансфертів [31, с. 69].

Бюджетному фінансуванню властиві такі ознаки: бюджетне фінансування є однією з найважливіших форм фінансування видатків бюджету; його зміст проявляється у безповоротному наданню бюджетних коштів юридичним і фізичним особам; надання цих коштів здійснюється на проведення заходів, передбачених бюджетом; перелік цих заходів відповідає функціям держави; бюджетне фінансування з боку держави є формою бюджетного механізму, а з боку суб'єктів господарювання – однією з форм фінансового забезпечення [30, с. 336].

Таблиця 1.4

Розподіл видатків на фінансування галузі охорони здоров'я між бюджетами в Україні ⁵

Державний бюджет України

⁵ Складено автором на основі : [9]

<p>Видатки на: первинну медико-санітарну, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (багатопрофільні лікарні та поліклініки, що виконують специфічні загальнодержавні функції, згідно з переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України); спеціалізовану, високоспеціалізовану амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (клініки науково-дослідних інститутів, спеціалізовані лікарні, центри, лепрозорії, госпіталі для інвалідів Великої Вітчизняної війни, спеціалізовані поліклініки, спеціалізовані стоматологічні поліклініки згідно з переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України); санаторно-реабілітаційну допомогу (загальнодержавні санаторії для хворих на туберкульоз, загальнодержавні спеціалізовані санаторії для дітей та підлітків, спеціалізовані санаторії для ветеранів війни, осіб, на яких поширюється чинність законів України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», «Про жертви нацистських переслідувань», та інвалідів, загальнодержавні реабілітаційні установи та комплекси для інвалідів згідно з переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України); санітарно-епідеміологічний нагляд (лабораторні центри, заходи боротьби з епідеміями); інші програми в галузі охорони здоров'я, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій, згідно з переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України.</p>
<p>Бюджет Автономної Республіки Крим, обласні бюджети</p>
<p>Видатки на консультативну амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (лікарні республіканського Автономної Республіки Крим та обласного значення), центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станції екстреної (швидкої) медичної допомоги; спеціалізовану амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (спеціалізовані лікарні, поліклініки, включаючи стоматологічні, центри, диспансери, госпіталі для ветеранів війни, будинки дитини, станції переливання крові); санаторно-курортну допомогу (санаторії для хворих на туберкульоз, санаторії для дітей та підлітків, санаторії медичної реабілітації); інші державні програми медичної та санітарної допомоги (медико-соціальні експертні комісії, бюро судмедекспертизи, центри медичної статистики, територіальні медичні об'єднання, автопідприємства санітарного транспорту, бази спецмедпостачання, центри здоров'я і заходи санітарної освіти, регіональні заходи з реалізації державних програм, інші програми і заходи).</p>
<p>Районні бюджети, бюджети міст республіканського Автономної Республіки Крим та обласного значення, бюджети об'єднаних територіальних громад</p>
<p>Видатки на первинну медико-санітарну, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (лікарні широкого профілю, спеціалізовані медико-санітарні частини, пологові будинки, поліклініки і амбулаторії, загальні стоматологічні поліклініки, а також дільничні лікарні, медичні амбулаторії, фельдшерсько-акушерські та фельдшерські пункти, центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги); програми медико-санітарної освіти (міські та районні центри здоров'я і заходи з санітарної освіти); інші державні програми медичної та санітарної допомоги (територіальні медичні об'єднання, центри медичної статистики, автопідприємства санітарного транспорту, інші програми і заходи).</p>

Враховуючи викладене, під бюджетним фінансуванням закладів охорони здоров'я доцільно розуміти сукупність грошових відносин, пов'язаних з розподілом і використанням коштів централізованого грошового фонду держави, які реалізуються шляхом безповоротного і безоплатного надання бюджетних коштів розпорядникам бюджетних коштів, які належать до галузі охорони здоров'я, на проведення заходів, передбачених затвердженим бюджетом та розписом асигнувань бюджету. Процес бюджетного фінансування (встановлення бюджетних призначень головним розпорядникам бюджетних

коштів, виділення бюджетних асигнувань розпорядникам бюджетних коштів, взяття ними бюджетних зобов'язань та здійснення платежів) галузі охорони здоров'я здійснюється у встановленому Бюджетним кодексом України порядку.

Основною формою бюджетного фінансування закладів охорони здоров'я є кошторисне фінансування. Це виділення державним та комунальним закладам охорони здоров'я на цілі, передбачені основним фінансовим планом – кошторисом, бюджетних коштів державою з державного бюджету на основі Закону України «Про Державний бюджет України на відповідний рік» та органами місцевого самоврядування з місцевих бюджетів на підставі рішень про затвердження відповідних місцевих бюджетів та бюджетних розписів відповідно державного та місцевого бюджетів.

Кошторисне фінансування передбачає фінансування установ за рахунок коштів бюджету на основі кошторису за такими принципами: плановість; цільовий характер виділених коштів; виділення коштів залежно від фактичних показників діяльності установи; підзвітність.

До переваг кошторисного фінансування відноситься можливість достатньо чіткого прогнозування видатків (за відсутності інфляції), контролю за цільовим витрачанням коштів і обмеження їх абсолютного розміру.

Однак, зазначена форма не пов'язує обсяги витрачених фінансових ресурсів із досягнутими результатами, не дозволяє оперативно змінювати розміри коштів, необхідних для виконання певного обсягу робіт у разі його зміни, та маневрувати коштами, перекидаючи їх з одного коду економічної класифікації на інший.

Зважаючи на вищевикладене, на наш погляд, необхідно удосконалити бюджетне фінансування охорони здоров'я шляхом відмови від кошторисної форми бюджетного фінансування медичних закладів на користь такої, яка б враховувала обсяг, структуру, якість медичних послуг.

Впровадження механізмів некомерційного самофінансування як форми фінансового забезпечення в діяльність закладів охорони здоров'я стало вимушеним кроком через дефіцит бюджетних ресурсів і неспроможність

держави повноцінно утримувати даний сектор. Некомерційна діяльність бюджетних установ не має на меті отримання прибутку, здійснюється з метою залучення додаткових фінансових ресурсів від надання платних послуг та іншої некомерційної діяльності, дозволеної законодавством. Власні надходження закладів охорони здоров'я зараховуються до доходів спеціального фонду кошторису.

Власні надходження бюджетних закладів охорони здоров'я отримуються додатково до коштів загального фонду бюджету і включаються до спеціального фонду бюджету, з якого фінансуються. Власні надходження бюджетних установ поділяються на дві групи з конкретно визначеними Бюджетним кодексом України напрямками спрямування.

У складі власних надходжень державних та комунальних закладів охорони здоров'я переважають надходження від плати за послуги, що надаються бюджетними установами згідно з їх основною діяльністю, тобто – за надання медичних послуг, та благодійні внески. Перелік платних послуг, які можуть надаватися державними та комунальними закладами охорони здоров'я, визначений постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти» № 1138 від 17.09.1996 р. До цього переліку належать 3 групи послуг : послуги, що надаються згідно з функціональними повноваженнями державними і комунальними закладами охорони здоров'я; послуги з провадження господарської та/або виробничої діяльності; послуги, що надаються згідно з функціональними повноваженнями вищими медичними навчальними закладами та науково-дослідними установами [50].

Проаналізувавши цей перелік платних послуг, доцільно зауважити, що закладам охорони здоров'я дозволено надавати лише незначну кількість медичних послуг, які віднесені до першої та другої групи. Крім того, більшість із них (косметологічні, стоматологічні послуги, масаж і т.д.) пацієнти бажають отримувати не у державних та комунальних закладах охорони здоров'я. У

зв'язку з цим платні медичні послуги не можуть бути важливим джерелом фінансових ресурсів зазначених інституцій і є доповненням до бюджетного фінансування.

Добровільне медичне страхування є соціальним видом страхування, мета якого – організація та фінансування наданих застрахованим медичних послуг (допомоги) відповідного обсягу та якості, обумовлених програмами добровільного медичного страхування. Це недержавний вид страхування, який вирізняється формою власності й організаційно-правовими формами страхових організацій, що задіяні у процесі соціального страхування. Серед особливостей добровільного медичного страхування відзначимо те, що воно є однією з форм особистого страхування та важливим ринковим компонентом, який доповнює систему соціального забезпечення громадян. Програми добровільного медичного страхування обираються за бажанням страхувальника і залежать від його платоспроможності.

До переваг добровільного медичного страхування можна віднести: забезпечення більшої доступності, якості і повноти задоволення потреб населення в отриманні медичних послуг порівняно з бюджетним фінансуванням системи охорони здоров'я та те, що застраховані особи не здійснюють жодних розрахунків з лікарнями чи лікарями, бо з медичною установою за фактом надання застрахованій особі медичної допомоги (послуг) розраховується страхова компанія. Незважаючи на наявність таких суттєвих переваг питома вага цього виду страхування, а отже, і частка видатків, яка спрямовується на фінансування сфери медичного обслуговування за рахунок даного виду страхування, є незначною, що пояснюється високою вартістю послуг комерційних страхових структур та їх недоступністю для більшості населення України.

Благодійництво передбачає добровільне, безкорисливе надання фізичними та юридичними особами благодійної допомоги у грошовому чи натуральному виразі медичним інституціям. Незважаючи на добровільність зазначеної форми фінансового забезпечення, заклади охорони здоров'я часто

використовують її для відшкодування вартості медичних послуг пацієнтам, які законодавець не відносить до платних, що оцінюється нами як негативне явище.

Однак національну правову базу нині ще не можна вважати досконалою, оскільки поліпшення потребує практика реалізації законів, що регулюють фінансування та управління закладами охорони здоров'я. Так, окремі правові норми суперечать одна одній, є загальними, що призводить до неоднозначного їх тлумачення, і потребують уточнення й адаптації з урахуванням специфіки управління фінансовими ресурсами згаданих закладів.

У законодавстві також відсутня відповідність між обсягами надання безоплатної медичної допомоги, гарантованої державою, та виділеними бюджетними коштами на реалізацію зазначеної функції, не врегульовано дії закладів охорони здоров'я у разі їх недофінансування згідно з потребами. Це призводить до того, що медичні заклади не можуть безкоштовно надавати достатні за обсягом, високоякісні та доступні медичні послуги населенню, оскільки заклад охорони здоров'я не має права відмовити пацієнтові у медичній допомозі, а бюджет неспроможний відшкодувати необхідні для цього витрати [32, с. 110].

Що стосується нововведень у фінансуванні охорони здоров'я в частині виділення медичної субвенції місцевим бюджетам, зазначимо, що відповідно до статті 94 Бюджетного кодексу України загальний обсяг фінансових ресурсів за кожним видом міжбюджетних трансфертів, що враховується при визначенні фінансових нормативів бюджетної забезпеченості, розраховується на підставі державних соціальних стандартів і нормативів, які встановлюються законом та іншими нормативно-правовими актами [9].

Таким чином, доцільність подальшого реформування охорони здоров'я не викликає сумнівів. Обґрунтовані, виважені зміни у фінансуванні системи охорони здоров'я поліпшать ефективність її функціонування, стануть вагомими аргументами на користь подальшого інвестування, сприятимуть досягненню основної мети кожної системи охорони здоров'я – доступності та якості

медичних послуг, медичної допомоги, а, відтак, зміцненню здоров'я населення, підвищенню добробуту, забезпеченню соціального благополуччя та економічного розвитку суспільства.

Висновки до розділу 1

Дослідивши теоретичні засади формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я, можна зробити такі висновки:

1. Охорона здоров'я є вагомим соціальним компонентом держави загального добробуту, визначальною складовою її соціальної політики, яка покликана забезпечити доступність медичної допомоги для всіх членів суспільства незалежно від рівня їх доходів. За таких обставин зростає необхідність забезпечення державних зобов'язань у сфері охорони здоров'я, задекларованих у Конституції України та інших правових актах, відповідним обсягом фінансових ресурсів.

2. Важливою передумовою забезпечення населення доступними і високоякісними медичними послугами та належного функціонування закладів охорони здоров'я є наявність необхідного для надання таких послуг обсягу фінансових ресурсів, які доцільно розглядати як грошові кошти у фондovій формі, що створюються у результаті розподілу й перерозподілу ВВП, та спрямовуються на формування активів закладів охорони здоров'я для здійснення діяльності, пов'язаної з наданням медичних послуг населенню.

3. Узагальнення положень наукових досліджень з питань фінансового забезпечення дало змогу виокремити такі форми формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я: бюджетне фінансування, медичне страхування, самофінансування, благодійництво. Кожна із цих форм має особливості у залученні та використанні фінансових ресурсів, тому, суть фінансового впливу через такий елемент як фінансове забезпечення матиме сенс у випадку їх поєднання і визначення співвідношення.

4. Огляд національного законодавства показав, що процес формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я регламентований положеннями багатьох нормативно-правових актів, які відповідають міжнародним вимогам і придатні для реалізації державної політики охорони здоров'я. Однак діючу правову базу не можна вважати повністю досконалою у зв'язку з численними недоліками.

РОЗДІЛ 2

СУЧАСНІ РЕАЛІЇ І ПРОБЛЕМАТИКА ФОРМУВАННЯ ФІНАНСОВИХ РЕСУРСІВ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1 Організаційне забезпечення управління фінансовими ресурсами досліджуваного закладу охорони здоров'я

В контексті управління фінансовими ресурсами в закладі охорони здоров'я важливе значення має його організаційне забезпечення, яке досліджувалося на базі Комунального некомерційного підприємства «Тернопільська міська дитяча комунальна лікарня», що є некомерційним підприємством і надає медичні послуги населенню м. Тернополя.

Засновником і власником КНП «Тернопільська міська дитяча комунальна лікарня» створено є Тернопільська міська рада. Досліджуваний заклад охорони здоров'я діє на підставі Конституції України, Основного законодавства України про охорону здоров'я, Господарського, Цивільного кодексів України та законодавства України про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти, інших законів України, указів Президента України, Постанов Кабінету Міністрів України загальнообов'язкових для всіх закладів охорони здоров'я наказів та інструкцій Міністерства охорони здоров'я України, відповідних рішень місцевих органів виконавчої влади і органів місцевого самоврядування та Статуту (додаток А).

Метою КНП «Тернопільська міська дитяча комунальна лікарня» є реалізація державної політики в сфері охорони здоров'я, інтеграція та ефективне використання ресурсів для досягнення найкращих кінцевих результатів в наданні доступної амбулаторно-поліклінічної та висококваліфікованої спеціалізованої стаціонарної медичної допомоги дитячому населенню міста, підвищення якості та об'єму профілактичної допомоги. Основними завданнями досліджуваного закладу охорони здоров'я є:

- здійснення оперативного управління, організаційно-методичного керівництва роботи підрозділів лікарні;
- надання консультативно-діагностичних послуг;
- стаціонарне лікування та реабілітація хворих;
- експертиза і контроль якості медичної допомоги;
- видача та продовження листків непрацездатності;
- надання невідкладної медичної допомоги хворим на інфекційні захворювання;
- своєчасне та кваліфіковане надання медичної допомоги дитячому населенню міста, віком від 1 місяця до 17 років 11 місяців 29 днів, у стаціонарних відділеннях лікарні;
- своєчасне та кваліфіковане надання медичної допомоги дитячому населенню міста віком від 0 до 17 років 11 місяців 29 днів, на амбулаторному прийомі в поліклініках та вдома хворим, котрі за станом здоров'я та характером захворювання не можуть відвідувати поліклініки, потребують ліжкового режиму та систематичного медичного нагляду;
- здійснення придбання, перевезення, зберігання, реалізацію (відпуск), використання, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;
- взаємодія з іншими лікувально-профілактичними установами;
- підвищення якості медичної допомоги, шляхом широкого впровадження в практику досягнень медичної науки і практики, наукової організації праці, раціонального використання медичних кадрів;
- удосконалення організації управління і стилю роботи керівних служб і функціональних підрозділів лікарні, а також підготовка, підвищення кваліфікації та атестація медичних кадрів;
- проведення широкої санітарно-освітньої роботи, направленої на покращення гігієнічних знань і виховання населення;
- здійснення фінансово-господарської діяльності, види та напрямки якої погоджуються з відділом охорони здоров'я Тернопільської міської ради і не

заборонені чинним законодавством, а також вирішення соціальних проблем та іншої передбаченої законодавством діяльності.

КНП «Тернопільська міська дитяча комунальна лікарня» є лікувально-профілактичним закладом із структурними підрозділами, підпорядкованими їй, діяльність яких координується єдиним планом і метою. Організаційна структура досліджуваного закладу охорони здоров'я представлена на рисунку 2.1.

Підприємство надає медичні послуги на підставі ліцензії на медичну практику і має право здійснювати лише ті види медичної практики, які дозволені органом ліцензування при видачі ліцензії на медичну практику. Працівники Підприємства провадять свою діяльність відповідно до Статуту, колективного договору та посадових інструкцій, правил внутрішнього трудового розпорядку та чинного законодавства України.

Управління КНП «Тернопільська міська дитяча комунальна лікарня» здійснюється відповідно до Статуту в основі поєднання прав Засновника та Директора щодо господарського використання комунального майна і участі управління трудового колективу. Поточне керівництво діяльності Підприємства здійснює Директор, який призначається на посаду на умовах контракту. Призначення Директора на посаду та звільнення з посади здійснюється міським головою.

Директор діє без довіреності від імені Підприємства, представляє його інтереси в органах державної влади і органах місцевого самоврядування, інших органах, у відносинах з іншими юридичними та фізичними особами, підписує від його імені документи та видає довіреності та делегує право підпису документів іншим посадовим особам Підприємства, укладає договори, відкриває в органах Державної казначейської служби України та установах банків поточні та інші рахунки.

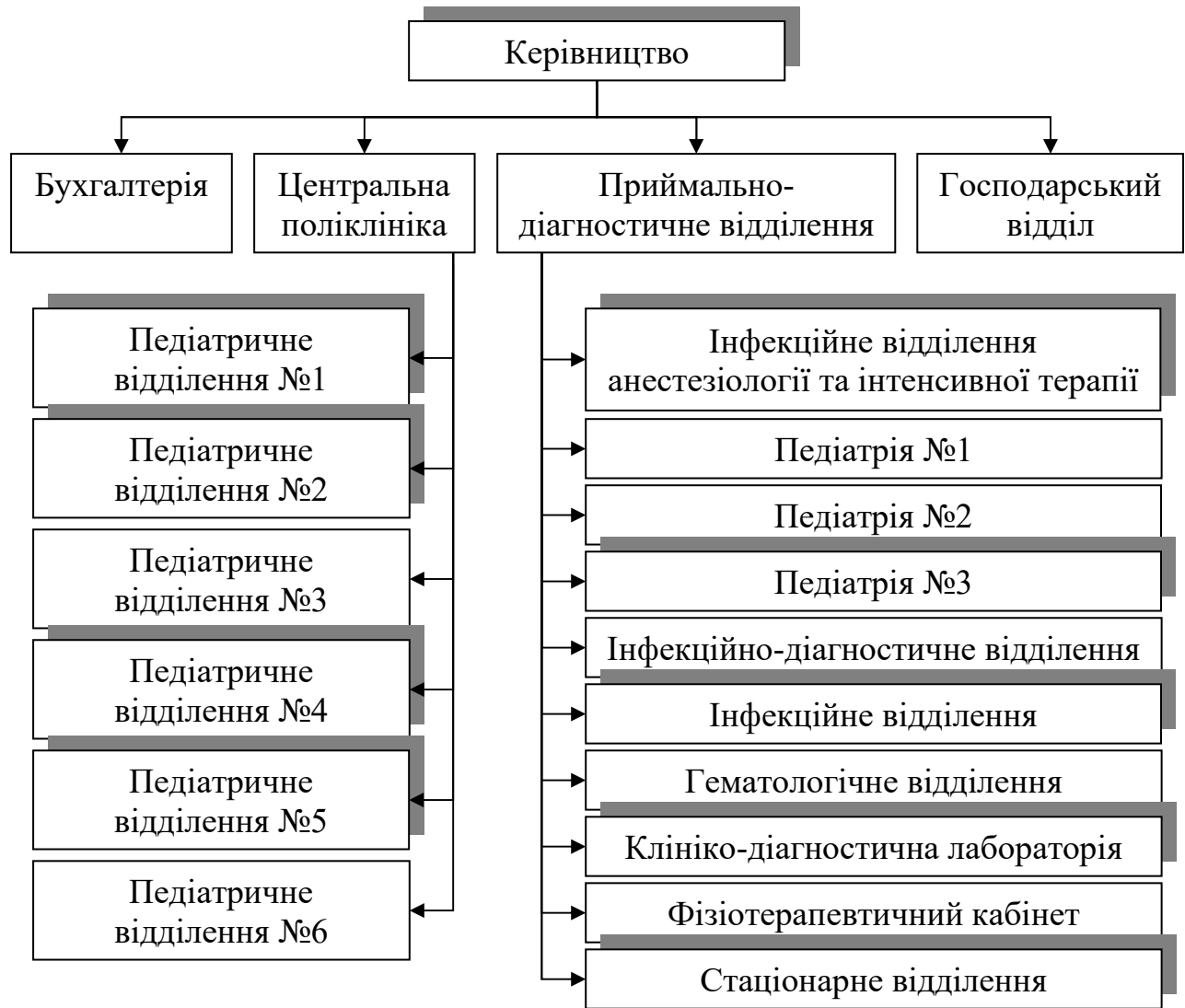


Рис. 2.1. Організаційна структура КНП «Тернопільська міська дитяча комунальна лікарня»

Примітка. Складено автором на основі [39]

Досліджуваний заклад охорони здоров'я зобов'язане приймати та виконувати доведені до нього в установленому законодавством порядку державні замовлення та замовлення, враховувати їх при формуванні фінансового плану, визначенні перспектив економічного і соціального розвитку та виборі контрагентів, а також складати і виконувати фінансовий план (річний та з поквартальною розбивкою) на кожен наступний рік. Надання населенню платних медичних послуг та послуг на госпрозрахунковій основі здійснюється відповідно до постанов Кабінету Міністрів України, наказів Міністерства охорони здоров'я та інших нормативних актів.

Джерелами формування майна Підприємства є: комунальне майно; кошти та інше майно, одержані від реалізації продукції (робіт, медичних послуг) Підприємства; кошти місцевого бюджету; цільові кошти; кредити банків; безоплатні або благодійні внески, гранти, дарунки, пожертвування організацій і громадян; інші джерела не заборонені законом. Статутний капітал підприємства складають основні фонди, оборотні кошти, а також цінності, які передані на правах оперативного управління, вартість яких відображається в балансі і становить 13951951гривень.

Досліджуваний заклад охорони здоров'я може одержувати кредити для виконання статутних завдань під гарантією Засновника. А також відповідає за своїми зобов'язаннями лише коштами, що перебувають у його розпорядженні. Порядок розподілу та використання коштів КНП «Тернопільська міська дитяча комунальна лікарня», отриманих від здійснення господарської некомерційної діяльності, визначається фінансовим планом, який затверджується до 1 вересня року, що передує плановому. Власні надходження Підприємства використовуються відповідно до чинного законодавства України.

Слід зазначити, що заборонено розподіл отриманих доходів (прибутків) або їх частини серед засновників (учасників), членів закладу, працівників (крім оплати їх праці, нарахування єдиного соціального внеску), членів органів управління та інших пов'язаних осіб. Доходи (прибутки) Підприємства використовуються виключно для фінансування видатків на утримання закладу, реалізації мети (цілей, завдань) та напрямів діяльності передбачених Статутом закладу та іншими чинними підзаконними актами.

КНП «Тернопільська міська дитяча комунальна лікарня» активно здійснює процеси реформування. Ця установа є комплексним лікувально-профілактичним закладом, який забезпечує надання кваліфікованої стаціонарної та амбулаторно-поліклінічної допомоги для дитячого населення міста Тернополя. В лікувальному закладі працює 213 досвідчених лікарів. Оскільки до складу лікарні входить поліклінічне відділення, то цього

медичного закладу торкнулися процеси реформування і первинної, і вторинної ланок.

КНП «Тернопільська міська дитяча комунальна лікарня» уклало угоду з Національною службою здоров'я, що дало змогу з квітня 2019 року перейти на більш ефективну модель фінансування за принципом «гроші йдуть за пацієнтом». Завдяки такій моделі заклад тепер отримує трирівневе фінансування: кошти із державного бюджету у вигляді субвенції, із бюджету міста, а також надходження від Національної служби здоров'я (рис.2.2).



Рис. 2.2. Фінансування КНП «Тернопільська міська дитяча комунальна лікарня»

Примітка. Сформовано автором самостійно

Протягом 2018-2019 років було укладено більше 45 тисяч декларацій із сімейними лікарями поліклінічного відділення лікарні. Також у цьому році в закладі запрацювала електронна система охорони здоров'я, лікарі почали виписувати електронні рецепти (поки що – за програмою «Доступні ліки»).

Досліджуваний заклад охорони здоров'я єдиний в Західній Україні заклад, який має первинну дитячу мережу - дитячі поліклініки. А це свідчить про високу ефективність реформування первинної ланки. Вона полягає не тільки в кількості укладених декларацій (хоча сьогодні деклараціями вже охоплено 75% жителів Тернопільської області), а й у таких показниках як рівень смертності, кількість дитячих інфекційних захворювань.

Щодо вторинної ланки, то заклад самої лікарні також відчуває зміни. Фінансування надходить з державного до міського бюджету за певною

формулою відповідно до кількості жителів міста, на яких розраховують ліжкомісця, то з 2020 року все змінилося. Кошти Національної служби здоров'я лікарня буде отримувати тільки в тому випадку, якщо буде готова надавати певні медичні послуги за спеціально затвердженими протоколами лікування. Для цього заклад повинен мати оснащення за певним переліком та, звісно, фахівців. Наприклад, одна з важливих умов - обладнання відділення невідкладної допомоги. Класичне приймальне відділення повинно мати палату інтенсивної терапії, лабораторію, УЗД, рентген-апарат та інше оснащення. Окремо є такі ж переліки щодо технічного оснащення всіх інших відділень. Вони прописані спеціальними нормативними документами. Тому сьогодні заклад активно модернізується, лікарі та адміністративний персонал проходять підвищення кваліфікації щодо адаптації до роботи в нових умовах.

Зазначимо, що станом на 20.01.2020 року досліджуваним закладом охорони здоров'я було отримано лікарські засоби та вироби медичного призначення за кошти державного та місцевого бюджетів, благодійної діяльності і гуманітарної допомоги по КНП «Тернопільська міська дитяча комунальна лікарня» (додаток Б).

Національна служба здоров'я України та комунальне некомерційне підприємство «Тернопільська міська дитяча комунальна лікарня» уклали договір від 15.08.2018 року «Про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій». Підписання цього договору дозволило уже з 1 жовтня 2018 року отримувати фінансування за новими правилами, тобто за конкретно надані послуги конкретному пацієнту. Цей момент чи не найважливіший у питанні реформування первинної ланки медицини. Вперше дільничні педіатри мають чіткий перелік послуг, які вони мають надавати, а держава оплачуватиме ці послуги відповідно до встановленого тарифу та коригувальних коефіцієнтів.

Так, КНП «Тернопільська міська дитяча комунальна лікарня» здобуло «Золото рейтингу» серед суб'єктів господарювання України за показником «Рентабельність реалізованої продукції (товарів, робіт, послуг) та увійшли у

ТОП-5 суб'єктів господарювання Тернопільської області за показниками «Активи». За досягнення таких високих результатів присвоєно почесний статус «Лідер галузі 2019».

Таким чином, ефективна фінансова політика є важливим інструментом реформування галузі охорони здоров'я, яка забезпечить пріоритет інтересів пацієнтів, підвищить задоволеність населення якістю і доступністю медичних послуг.

2.2. Діюча практика планування фінансових ресурсів закладу охорони здоров'я

Забезпеченість охорони здоров'я фінансовими ресурсами та здатність цієї галузі ефективно виконувати свої функції у великій мірі залежить від обґрунтованості планування фінансових ресурсів, які надходять у розпорядження медичних закладів.

Фінансове планування здійснюється на основі показників, які відображають усі особливості фінансової діяльності закладів охорони здоров'я. На цій стадії економічної роботи визначаються обсяги фінансових ресурсів, які будуть залучені системою охорони здоров'я для виконання своїх функцій з різних джерел надходжень, а також напрямки їх витрачання.

Оскільки в Україні основним джерелом фінансового забезпечення охорони здоров'я є ресурси державного та місцевих бюджетів, проаналізуємо порядок планування видатків на охорону здоров'я із зазначених бюджетів.

У бюджеті, як основному фінансовому плані, бюджетні асигнування, необхідні для реалізації політики у галузі охорони здоров'я населення, відображаються у видатковій частині. В той же час для розпорядників й одержувачів бюджетних коштів за функцією «Охорона здоров'я» видатки відповідного бюджету є доходами й відображаються у дохідній частині їхніх фінансових планів – кошторисів.

Тому можна констатувати, що планування фінансових ресурсів закладів

охорони здоров'я проводиться на двох рівнях (рис. 2.3).

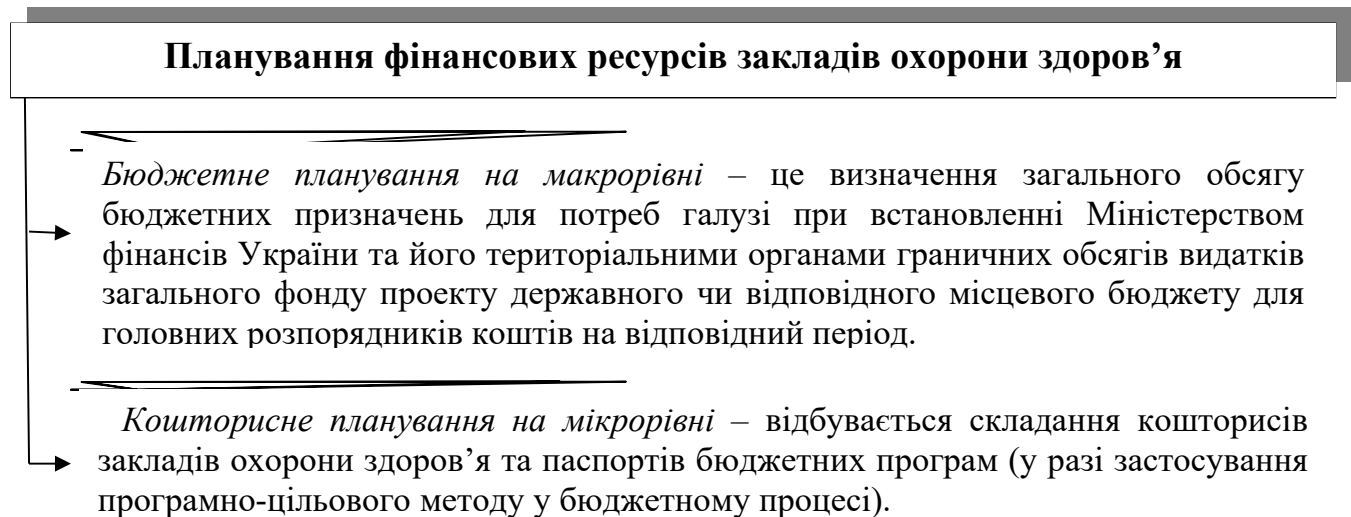


Рис. 2.3. Рівні планування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я⁶

Остаточні обсяги асигнувань на охорону здоров'я на першому етапі формування проекту зведеного бюджету визначаються з урахуванням реальних обсягів надходжень до бюджету всіх рівнів, а також пріоритетності тих чи інших видатків у плановому періоді [8, с. 598].

Бюджетні запити Міністерства охорони здоров'я України переважно не відповідають критеріям, визначеним у відповідних нормативних актах Міністерства фінансів України, а також кращій світовій практиці. Основними недоліками бюджетних запитів є: недостатня деталізація і часто відсутність обґрунтування відповідних бюджетних програм; визначення мети як процесу, а не як стратегічної цілі; визначення завдань як процесу впровадження поточної діяльності, а не процесу, орієнтованого на досягнення результату; невірний вибір результативних показників, які часто не дозволяють оцінити ефективність впровадження бюджетної програми.

Так, мету більшості бюджетних програм Міністерства охорони здоров'я України орієнтовано на процес, а не на досягнення результату. Йдеться про забезпечення процесів, створення умов для проведення діяльності. При цьому,

⁶ Складено автором

в програмах іноді визначено різні цілі. Для кожної програми варто було б спробувати сформулювати єдину мету, в якій йшлося б про очікуваний результат від фінансування певної програми. Завдання повинні визначати діяльність, орієнтовану на досягнення стратегічної цілі програми.

Результативні показники часто сформульовано в такий спосіб, що оцінити ефективність впровадження програми та фінансування стає нетривіальним завданням. Більшість показників стосуються саме численних показників затрат та продукту, які визначено загалом для окремої програми, а не для окремого завдання, що ускладнює аналіз ефективності. Зокрема, такі показники як виконання доручень, опрацьована кореспонденція, здані приміщення в оренду (та вартість оренди) не є інформативними показниками.

Бюджетні запити Міністерства охорони здоров'я України не завжди є достатньо інформативними для аналізу. Зокрема, в бюджетних запитах не представлено детального опису статей видатків (такої інформації часом бракує і в бюджетних паспортах). Зокрема, переважно відсутня інформація щодо переліку підпорядкованих Міністерству установ та інституцій, які отримують фінансування в рамках відповідної бюджетної програми [4].

З 2015 року плановий обсяг видатків на охорону здоров'я місцевих бюджетів визначається залежно від обсягу трансфертів, які отримує місцевий бюджет з державного для здійснення витрат на охорону здоров'я – зокрема, медичної субвенції.

Порядок розрахунку обсягу медичної субвенції для обласного, районного бюджету, бюджету міста обласного значення, бюджету міста Києва, бюджету об'єднаної територіальної громади наведено у постанові Кабінету Міністрів України «Про затвердження формули розподілу обсягу медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам» № 618 від 19.08.2015 р. та додатку Б, умови, організацію надання та використання – у постанові Кабінету Міністрів України «Деякі питання надання медичної субвенції з державного бюджету місцевим» № 11 від 23.01.2015 р.

При розподілі обсягів медичної субвенції між бюджетами використовується фінансовий норматив бюджетної забезпеченості, який визначається шляхом ділення загального обсягу фінансових ресурсів, що спрямовуються на реалізацію відповідних бюджетних програм (розраховується на підставі державних соціальних стандартів і нормативів, які до цього часу ще, на жаль, не затверджені), на кількість населення чи споживачів гарантованих послуг. Фінансові нормативи бюджетної забезпеченості для місцевих бюджетів коригуються коефіцієнтами, що враховують відмінності у вартості надання гарантованих послуг залежно від: 1) кількості населення та споживачів гарантованих послуг; 2) соціально-економічних, демографічних, кліматичних, екологічних та інших особливостей (з часу їх визначення) адміністративно-територіальних одиниць [9].

При цьому у складі медичної субвенції передбачається резерв коштів, обсяг якого не може перевищувати 1% загального обсягу субвенції. Кабінет Міністрів України за погодженням з Комітетом Верховної Ради України з питань бюджету здійснює розподіл резерву медичної субвенції та може визначати напрями використання таких коштів [9].

Позитивним аспектом організації надання медичної субвенції слід вважати те, що залишки коштів за нею на кінець бюджетного періоду зберігаються на рахунках відповідних місцевих бюджетів і можуть використовуватися у наступному бюджетному періоді з урахуванням цільового призначення субвенції, у тому числі на оновлення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я. Законодавець, також, акцентував увагу, що не допускається спрямування субвенції на: закупівлю товарів, робіт і послуг, які безпосередньо не пов'язані з оплатою поточних видатків; здійснення заходів, метою яких є отримання прибутку [9; 49].

У 2017 р. з Державного бюджету заплановано місцевим бюджетам медичну субвенцію обсягом 55540108,4 тис. грн.

Розрахунок обсягу медичної субвенції у розрізі рівнів місцевих бюджетів Тернопільської області на 2017 рік, зроблений Міністерством фінансів України,

наведено у табл. В.1 додатку В. Дані таблиці свідчать, що у 2017 році з Державного бюджету заплановано перерахувати обласному бюджету Тернопільської області 619369,5 тис. грн., районним бюджетам – 401852,1 тис. грн., бюджетам міст обласного значення – 212205,3 тис. грн. медичної субвенції, бюджетам об'єднаних територіальних громад – 212906,6 тис. грн.

На прикладі обласного бюджету Тернопільської області спробуємо проаналізувати порядок формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я у процесі планування доходів і видатків обласного бюджету на 2018 рік (табл. 2.1). Фінансові ресурси галузі охорони здоров'я у 2018 році формуватимуться за рахунок одержаних з Державного бюджету України субвенцій обсягом 501543000 грн. (по загальному фонду) та власних надходжень медичних закладів обсягом 6029340 грн. (по спеціальному фонду).

Таблиця 2.1

Формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я, які фінансуються з обласного бюджету Тернопільської області у 2018 році, грн.

7

Доходи обласного бюджету / джерела формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я		Видатки обласного бюджету на охорону здоров'я/ обсяг фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я			
Загальний фонд (ЗФ)		Види закладів і заходів з охорони здоров'я	ЗФ	СФ	Разом
Субвенція на придбання витратних матеріалів для закладів охорони здоров'я та лікарських засобів для інгаляційної анестезії	472900	Лікарні	154832310	881000	155713310
		Територіальні медичні об'єднання	57462832	99000	57561832
		Спеціалізовані лікарні та інші спеціалізовані заклади	118186089	3704300	121890389
		Перинатальні центри, пологові будинки	20748322	17440	20765762
		Санаторії для дітей та підлітків (нетуберкульозні)	11280920	603000	11883920
		Будинки дитини	5992260		5992260
Субвенція з державного бюджету на придбання медикаментів та	3372400	Станції переливання крові	8570830	308600	8879430
		Центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станції екстреної (швидкої) медичної допомоги	83780678	30000	83810678

виробів медичного призначення для забезпечення швидкої медичної допомоги		Спеціалізовані поліклініки	3925520	22000	3947520
		Центри здоров'я і заходи у сфері санітарної освіти	766350	364000	1130350
		Медико-соціальні експертні комісії	4271290		4271290
		Інші заходи по охороні здоров'я	13934340		13934340
Медична субвенція з державного бюджету	497697700	Служби технічного нагляду за будівництвом та капітальним ремонтом, централізовані бухгалтерії, групи централіз. госп. обслуговування	1406559		1406559
<i>Спеціальний фонд (СФ)</i>		Програми і централізовані заходи з імунопрофілактики	180000		180000
Власні надходження бюджетних установ охорони здоров'я	6029340	Програми і централізовані заходи боротьби з туберкульозом	350000		350000
		Забезпечення централізованих заходів з лікування хворих на цукровий та нецукровий діабет	15504700		15504700
		Централізовані заходи з лікування онкологічних хворих	350000		350000
Разом доходів	6029340	Разом видатків	501543000	6029340	507572340

Тобто, до галузі охорони здоров'я із загального фонду обласного бюджету Тернопільської області надійде 98,8% від загального обсягу фінансових ресурсів, а із спеціального фонду – 1,2%.

Підсумовуючи оцінку практики формування фінансових ресурсів комунальних закладів охорони здоров'я через механізм надання субвенцій з державного бюджету місцевим на конкретно визначену мету – реалізацію державної політики у галузі охорони здоров'я, зазначимо, що новий порядок надання міжбюджетних трансфертів сприятиме посиленню відповідальності головного розпорядника бюджетних коштів у медичній галузі – Міністерства охорони здоров'я України за формування та реалізацію державної політики охорони здоров'я, збільшить його взаємодію з органами місцевого самоврядування в частині формування відповідних стандартів надання медичних послуг та впорядкування мережі медичних закладів. Крім того, зважаючи на цільовий характер субвенцій, відбудеться гарантоване спрямування одержаних місцевим бюджетом коштів на фінансування охорони здоров'я.

Проте, одним із недоліків діючого механізму фінансового забезпечення охорони здоров'я все ж вважаємо невідповідність бюджетних коштів, які

надходять з державного бюджету місцевим у вигляді субвенцій реальній потребі розпорядників бюджетних коштів, які надають медичні послуги, у фінансових ресурсах.

Не сприяє підвищенню ефективності витрачання бюджетних коштів і відсутність розроблених заходів та комплексних дій органів місцевого самоврядування, головних розпорядників коштів місцевих бюджетів у галузі охорони здоров'я щодо оптимізації мереж підпорядкованих бюджетних установ (в значній мірі через спротив населення щодо можливого закриття медичних установ і т.д.), що призводить до розпорошення фінансових ресурсів та низьких результатів діяльності галузі охорони здоров'я.

Фінансове планування у бюджетних закладах охорони здоров'я базується на складанні кошторисів. Визначення розміру окремого елемента видатків за економічною класифікацією кошторису здійснюється за допомогою нормативного методу фінансового планування на базі оперативно-мережевих показників (для амбулаторно-поліклінічних закладів – кількість лікарських посад та лікарських відвідувань; лікарняних, санаторно-курортних закладів, будинків дитини – кількість лікарняних ліжок та ліжко-днів).

Головним показником для розрахунку видатків лікарняних, санаторно-курортних закладів, будинків дитини є кількість лікарняних ліжок. Зазначений показник визначають, виходячи із соціально-економічних, демографічних та інших умов території [40].

Середньорічна кількість ліжок конкретного закладу охорони здоров'я (L_c) розраховується за формулою 2.1:

$$L_c = L_1 + \frac{L_2 \cdot M}{12} - \frac{L_3 \cdot (12 - M_1)}{12} \quad (2.1),$$

де: L_1 – кількість ліжок на початок планового року; L_2 – кількість ліжок, які вводяться в дію в плановому році; M – число місяців функціонування ліжок, які вводяться в дію в плановому році; L_3 – кількість ліжок, які виводяться з експлуатації в плановому році; M_1 – число місяців функціонування ліжок, які виводяться з експлуатації [7].

Для визначення видатків амбулаторно-поліклінічних закладів, закладів швидкої та екстреної медичної допомоги використовують показник кількості лікарських посад, який дає змогу розрахувати кількість лікарських відвідувань (В) за формулою 2.2:

$$B = \sum_{i=1}^I \Pi_i \cdot D_i \cdot \Gamma_i \cdot N_i, \quad i=1, I, \quad (2.2),$$

де: Π_i – середньорічна кількість лікарських посад i -ої спеціальності у амбулаторно-поліклінічному закладі; D_i – кількість робочих днів лікаря i -ої спеціальності на рік; Γ_i – кількість робочих годин лікаря i -ої спеціальності на день; N_i – норма прийому пацієнтів на годину лікарем i -ої спеціальності; I – кількість спеціальностей лікарів у амбулаторно-поліклінічному закладі.

Згідно з економічною класифікацією видатки закладів охорони здоров'я поділяються на поточні (оплата праці персоналу і нарахування на неї, придбання предметів, матеріалів, обладнання, інвентарю, медикаментів, перев'язувальних матеріалів, продуктів харчування, оплата комунальних, транспортних послуг, поточний ремонт тощо) та капітальні (придбання обладнання і предметів довгострокового користування, капітальне будівництво, капітальний ремонт тощо).

Найбільшу питому вагу у структурі видатків закладів охорони здоров'я займають видатки на оплату праці персоналу. Відтак, планування видатків на оплату праці в установах охорони здоров'я є трудомістким процесом, оскільки спостерігається велика різноманітність факторів, що впливають на процес діяльності установи.

У закладах охорони здоров'я КЕКВ 3110 «Придбання обладнання і предметів довгострокового користування» (ОПд) охоплює суму коштів, необхідних для купівлі зазначених активів, і розраховується за формулою 2.3:

$$OPd = \sum_{x=1}^X C_x \cdot OPd_x, \quad x=1, X, \quad (2.3)$$

де: C_x – ціна одиниці обладнання та предметів довготермінового користування

х-го виду; ОПД_х – кількість необхідного для функціональних відділень закладу охорони здоров'я обладнання та предметів довготермінового користування х-го виду (згідно з нормативами); Х – кількість видів обладнання та предметів довготермінового користування [33, с. 160].

Таким чином, підсумовуючи вищесказане, виділимо наступні проблеми планування фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я: недосконалість механізму бюджетного планування, який передбачає планування за принципом вертикальної підпорядкованості; відсутність єдиної методології стратегічного планування; протиріччя між зростаючими потребами населення у високоякісній медичній допомозі та можливостями її забезпечення за рахунок бюджетних коштів; недосконалість пропорцій розподілу фінансових ресурсів між закладами охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги.

2.3. Оцінка фінансового забезпечення охорони здоров'я в контексті забезпечення доступності населення до медичних послуг

В умовах інтеграції України у світову економічну спільноту забезпечення населення країни якісними медичними послугами значно залежить від рішень таких складних економічних задач, як визначення можливих та необхідних обсягів фінансових ресурсів, пошук альтернативних джерел фінансування, розвиток платних медичних послуг, підготовка кваліфікованих кадрів, впровадження нових медичних технологій, забезпечення інноваційної політики у сфері охорони здоров'я тощо.

Зупинимося детальніше на проблемах розвитку галузі охорони здоров'я в Україні. Так, якщо розглянути динаміку загальних витрат на охорону здоров'я, то можна відзначити зростання їх обсягу впродовж 2010-2016 років від 63072,7 млн. грн. до 117754,6 млн. грн. (на 186,7%), при цьому нерівномірною динамікою, за якої темпи зростання зменшуються за 2012-2016 роки (від 113,2% в 2012 році до 101,7% в 2016 році) (табл. 2.2). Проте збільшення обсягів фінансування галузі охорони здоров'я в 2016 році не забезпечило

гарантованого обсягу медичної допомоги, адже зростання обмінного курсу долара до гривні від 7,99 (у 2011-2015 роках) до 11,89 (в 2016 році) призвело до зниження рівня доходів населення, а збільшення цін на ліки, медикаменти, медичне обладнання – до зростання вартості медичної допомоги.

Обсяг загальних витрат на охорону здоров'я на душу населення в Україні зріс впродовж 2010-2016 років (на 200,5%) та в 2016 році сягав 2743,0 грн. Прослідковується тенденція, відповідно до якої в 2016 році темпи росту таких витрат на душу населення (107,7%) перевищують темпи нарощування загальних витрат на охорону здоров'я (101,7%), що зумовлено зниженням загальної чисельності населення на 5,5%.

Таблиця 2.2

Динаміка загальних витрат на охорону здоров'я в Україні впродовж 2010-2016 років ⁸

Показники	Роки							2016
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Загальні витрати на охорону здоров'я, млн. грн.	63072,7	71410,8	84744,8	95713,7	108974,1	115757,0	117754,6	86,7
Частка загальних витрат на охорону здоров'я у ВВП, %	6,65	7,82	7,56	7,09	7,47	7,60	7,42	11,6
Загальні витрати на охорону здоров'я на душу населення, грн.	1368,2	1552,4	1850,3	2099,0	2391,7	2548,2	2743,0	100,5

Отже, наявні обсяги фінансування охорони здоров'я не спроможні задовольнити інтереси громадян в отриманні належного рівня медичної допомоги, що пояснюється впливом кризових явищ в національній економіці, зростанням рівня інфляції, неефективною валютною політикою, збільшенням вартості медичних послуг, подорожчанням медикаментів. Це підтверджують і результати опитування населення щодо самооцінки стану свого здоров'я та

⁸ Розраховано та побудовано на основі даних: [76, с. 285; 42].

доступності окремих видів медичної допомоги, яке щорічно проводить Державна служба статистики України [42].

Фінансова доступність медичної допомоги, придбання ліків та медичного приладдя залежить від фінансової спроможності, з одного боку, держави фінансувати галузь охорони здоров'я за рахунок бюджетних коштів в основній частині на надання гарантованого нею обсягу безоплатної медичної допомоги, з іншого – членів домогосподарств оплатити медичні послуги, які не входять у гарантований державою обсяг загальнодоступної медицини. Відтак, основними джерелами формування фінансових ресурсів вітчизняної системи охорони здоров'я є: державні (суспільні) кошти, які охоплюють бюджетні кошти, фонди соціального страхування, кошти державних фірм; приватні кошти – кошти домашніх господарств, комерційних і некомерційних організацій; кошти іншого світу – кошти міжнародних донорських організацій, спрямованих у систему охорони здоров'я України.

Структура джерел фінансування охорони здоров'я змінюється нерівномірною динамікою впродовж 2011-2018 років. При цьому частка державних (суспільних) витрат на охорону здоров'я є найбільшою та, зважаючи на її незначні коливання, в 2015 році сягає рівня 2011 року – 57,2%. Проаналізувавши динаміку видатків Державного та місцевих бюджетів України на охорону здоров'я у 2011-2018 році, доцільно констатувати певні закономірності (табл. 2.3 та 2.4).

Таблиця 2.3

Питома вага видатків Державного та місцевих бюджетів України на охорону здоров'я у ВВП, ВНД та Зведеному бюджеті України у 2011-2018 роках, %⁹

Показники	Роки								
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019(план)
Частка видатків зведеного бюджету України на охорону здоров'я у ВНД, %	3,57	4,09	4,15	3,77	4,19	4,1	3,64	3,63	–

⁹ Розраховано та побудовано на основі даних: [17; 23].

Частка видатків зведеного бюджету України на охорону здоров'я у ВВП, %	3,54	4	4,13	3,76	4,16	4,04	3,6	3,59	–
Частка видатків державного та місцевих бюджетів на охорону здоров'я у видатках Зведеного бюджету України, %	10,9	11,9	11,8	11,8	11,9	12,2	10,9	10,4	8,8

Результати моніторингу таких показників як частка видатків бюджетів України на охорону здоров'я у ВВП та ВНД упродовж 2011-2018 років дають підстави констатувати, що незважаючи на їх зростання з певними коливаннями у сторону зменшення, починаючи з 2016 року у зв'язку із нестабільною економічною, політичною та військовою ситуацією в Україні спостерігався спад зазначених показників до 3,63% та 3,59% у 2018 році відповідно.

За результатами аналізу в табл. 2.4 видно, що обсяг видатків Зведеного бюджету України на охорону здоров'я зростав упродовж 2011-2018 років від 33559,9 млн. грн. до 61568,8 млн. грн. (на 183,5%), однак знизився до 57150,1 млн. грн. (на 7,2%) в 2017 році. Зменшення обсягів бюджетного фінансування галузі охорони здоров'я в 2017 році призвело до зниження частки видатків на охорону здоров'я у видатках зведеного бюджету.

Таблиця 2.4

**Динаміка видатків Державного бюджету та місцевих бюджетів
України на охорону здоров'я у 2011-2018 роках, млн. грн.¹⁰**

Показники	Роки							
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Обсяг видатків зведеного бюджету, млн. грн., в т. ч.:								
- обсяг видатків державного бюджету, млн. грн.	33559,9	36564,9	44745,4	48961,6	58453,9	61568,8	57150,1	71001,1
частка видатків державного бюджету у видатках зведеного бюджету, %	21,9	20,6	19,6	20,9	19,4	20,9	18,5	16,1
- обсяг видатків місцевих бюджетів, млн. грн.	26194,4	29029,9	35986,4	38737,7	47095,4	48689,4	46569,3	59550,7

¹⁰ Розраховано та побудовано на основі даних: [23].

<i>частка видатків місцевих бюджетів у видатках зведеного бюджету, %</i>	78,1	79,4	80,4	79,1	80,6	79,1	81,5	83,9
--	------	------	------	------	------	------	------	------

У 2018 році обсяг видатків зведеного бюджету на медичну галузь зріс до 71001,1 млн. грн. При цьому частка видатків місцевих бюджетів значно перевищує частку видатків Державного бюджету в джерелах формування фінансових ресурсів охорони здоров'я впродовж 2011-2018 років та є найвищою в 2018 році – 83,9%, що зумовлено нижчими темпами падіння обсягів видатків місцевих бюджетів.

Так, у 2017 році з державного бюджету України перераховано місцевим бюджетам у формі субвенцій 46401,3 млн. грн. для здійснення видатків на охорону здоров'я, у 2018 та 2019 роках надійде до місцевих бюджетів 44770390,1 млн. грн. та 56847073,3 млн. грн. відповідно. Фактично 77,9% видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я у 2017 році здійснено за рахунок трансфертів з державного бюджету України, а у 2018 році зазначений показник запланований на рівні 72,5% (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Обсяг і склад субвенцій з Державного бюджету України місцевим для здійснення видатків на охорону здоров'я у 2017-2019 роках, тис. грн.¹¹

Види трансфертів	2017	2018 (план)	2019 (план)
Медична субвенція	46177023,6	44433709,8	55540108,4
Субвенція на придбання медикаментів та виробів медичного призначення для забезпечення швидкої медичної допомоги	135630	137992,3	137992,3
Субвенція на реформування регіональних систем охорони здоров'я для здійснення заходів з виконання спільного з Міжнародним банком реконструкції та розвитку проекту «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей»	6364,4	179715,4	500000
Субвенція з державного бюджету обласному бюджету Львівської області на завершення реконструкції Львівського обласного перинатального центру	45000	–	–
Субвенція з державного бюджету обласному бюджету Одеської області на будівництво лікувального корпусу Одеської обласної дитячої клінічної лікарні	19000	–	–

¹¹ Розраховано та побудовано на основі даних: [21; 23; 26].

Субвенція на придбання витратних матеріалів для закладів охорони здоров'я та лікарських засобів для інгаляційної анестезії	18274,8	18972,6	18972,6
<i>Продовження таблиці 2.5</i>			
Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на придбання ангиографічного обладнання	–	–	150000
Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на відшкодування вартості лікарських засобів для лікування окремих захворювань	–	–	500000
Разом	46401292,8	44770390,1	56847073,3

Проаналізуємо практику формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я, які фінансуються із місцевих бюджетів Тернопільської області.

Досягнення поставлених завдань перед галуззю охорони здоров'я Тернопільської області здійснюється шляхом проведення поетапних структурних змін системи охорони здоров'я.

Необхідною передумовою реалізації функцій закладів охорони здоров'я є адекватний потребі обсяг фінансових ресурсів. Упродовж 2011-2017 років фінансові ресурси комунальних закладів охорони здоров'я, які фінансуються із місцевих бюджетів Тернопільської області, зросли на 757293,6 тис. грн. або 118% і у 2017 році становили 1398945,6 млн. грн. (рис. 2.4).

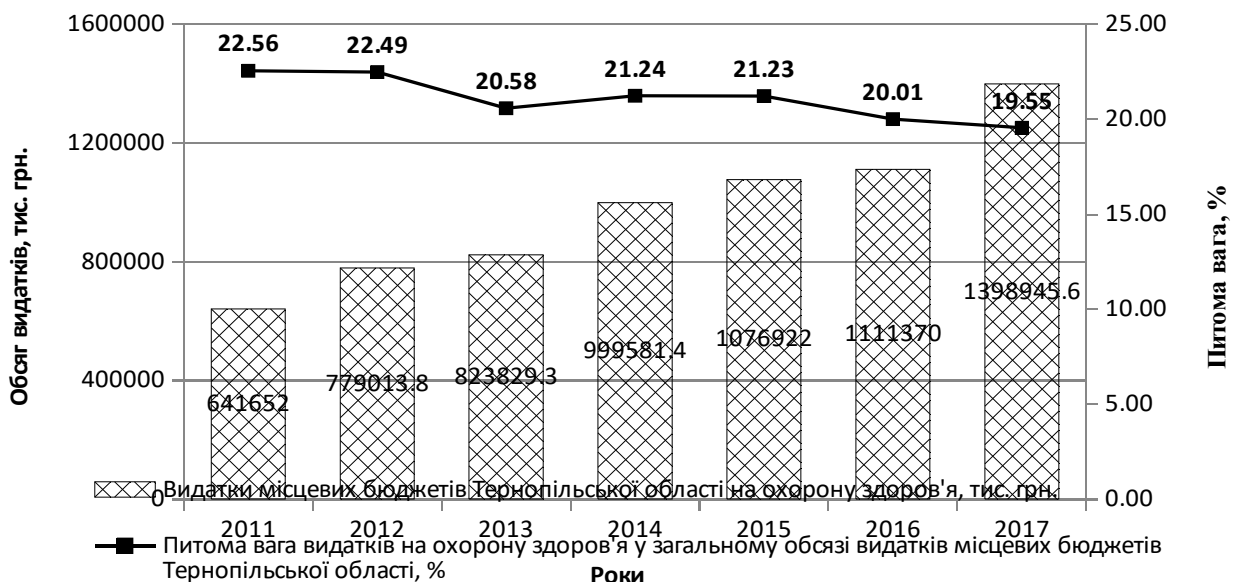


Рис. 2.4. Динаміка формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я, які фінансуються з місцевих бюджетів Тернопільської області у 2011-2017 роках ¹²

Що стосується виконання плану здійснення видатків на охорону здоров'я з місцевих бюджетів Тернопільської області, то фактичні обсяги видатків на галузь були меншими порівняно із кошторисними призначеннями з урахування внесених змін на 98,6% у 2014 році, 98,5% – 2015 році, 98,9% – 2016 році та 96,1% у 2017 році.

Основним джерелом фінансових ресурсів комунальних закладів охорони здоров'я, які фінансуються з місцевих бюджетів Тернопільської області, були видатки загального фонду місцевих бюджетів, частка яких у 2017 році знизилася на 4,66% порівняно із 2011 роком і становила 90,1% (рис. 2.5).

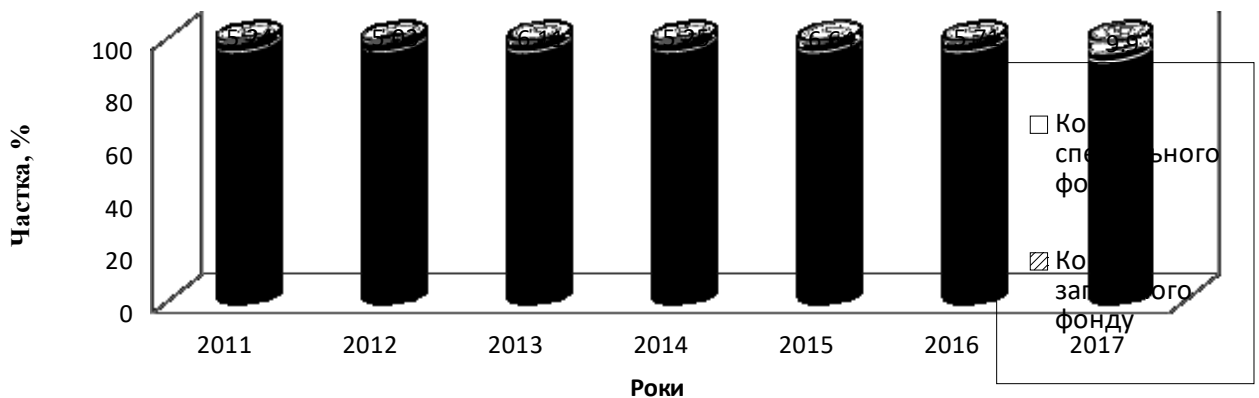


Рис. 2.5. Структура видатків місцевих бюджетів Тернопільської області на охорону здоров'я у 2011-2017 роках, % ¹³

Найбільше коштів на фінансування охорони здоров'я виділялося із районних бюджетів – близько 47,26% (середнє значення за період 2015-2018 років), дещо менше – з обласного бюджету – 39,73% та найменше – з бюджетів міст обласного значення – 13% (табл. 2.6).

У структурі видатків місцевих бюджетів Тернопільської області на охорону здоров'я у 2018 році найбільшу питому вагу займали видатки на

¹² Складено автором на основі даних : [24].

¹³ Складено автором на основі даних : [24].

оплату праці і нарахування на неї – 77,6% та енергоносії – 8,9% , що не дозволяє більше коштів направити на медикаменти – 7,3% (у 2017 році – 6,2%); продукти харчування – 1,6% (у 2017 році – 1,8%); господарські видатки – 3,8% (у 2017 році – 3,2 %); трансферти населенню 0,8% (у 2017 році – 1,2%).

Таблиця 2.6

Динаміка та структура видатків на охорону здоров'я із місцевих бюджетів Тернопільської області за видами бюджетів у 2015-2018 роках ¹⁴

Види місцевих бюджетів	2015		2016		2017		2018		Темп приросту обсягу видатків, %
	Обсяг, тис. грн.	Частка, %	Обсяг, тис. грн.	Частка, %	Обсяг, тис. грн.	Частка, %	Обсяг, тис. грн.	Частка, %	
Обласний бюджет	348271,2	34,84	454329,2	42,19	462079,1	41,58	563645,3	40,29	61,8
Бюджети міст обласного значення	141375,4	14,14	131437,3	12,2	139178	12,52	184334,8	13,18	30,4
Районні бюджети	509934,8	51,01	491155,1	45,61	510113,3	45,9	650965,5	46,53	27,7
<i>Разом видатків на охорону здоров'я</i>	999581,4	100	1076921,6	100	1111370,4	100	1398945,6	100	40,0

Найбільше коштів на оплату праці витратили медичні установи Заліщицького району – 87,6%, Борщівського району – 87,2%. Найменше коштів на оплату праці витрачали медичні установи, що фінансуються з обласного бюджету 69,3%, медичні установи Чортківського району – 77,7%, Тернопільського району – 78,5%.

Для зміцнення матеріально-технічної бази лікувальними закладами залучалися кошти спеціального фонду, яких за 2018 рік надійшло обсягом 109,2 млн. грн., що в розрахунку на 1 жителя становить 102,34 гривень (2017 рік – 53,5 млн. грн. або 50,03 грн. в розрахунку на 1 жителя). Із них по закладах, що фінансуються з: 21 районних бюджетів – 50,5 млн. грн. або 59,39 грн. в розрахунку на 1 жителя; бюджету м. Тернополя – 17,9 млн. грн. або 82,99 грн. в

¹⁴ Складено автором на основі даних : [24].

розрахунку на 1 жителя; обласного бюджету – 40,7 млн. грн. або 38,16 грн. на 1 жителя.

Найбільша питому вагу в залучених коштах спеціального фонду займають надходження від: отримання грантів, дарунків та благодійних внесків 62,3 млн.грн., або 57,1 % (2017 рік – 18,9 млн.грн., або 35,3 %); надання платних медичних послуг 23,6 млн.грн., або 21,6 % (2017 рік – 15,7 млн.грн., або 29,3 %); господарської та виробничої діяльності 11,4 млн.грн., або 10,4 % (2017 рік – 8,5 млн.грн. або 15,9%); послуги з освіти 7,1 млн.грн., або 6,5 % (2017 рік – 5,8 млн.грн. або 10,8%); здачі в оренду майна 4,8 млн.грн. або 4,4 % (2017 рік – 3,5 млн.грн., або 6,5%).

Сформовані у 2018 р. фінансові ресурси закладів охорони здоров'я, які фінансуються з місцевих бюджетів Тернопільської області, дали змогу забезпечити:

– вартість 1 ліжко-дня по харчуванню – 9,58 грн. проти 8,36 грн. за відповідний період минулого року, із яких по рівнях бюджетів: з районних бюджетів – 7,02 грн. (2017 рік – 6,46 грн.); з бюджету м.Тернополя – 9,23 грн. (2017 рік – 6,85 грн.); з обласного бюджету – 11,73 грн. (2017 рік – 10,38 грн.). Найвищий показник вартості 1 ліжко-дня по харчуванню в медичних установах Тернопільського району – 17,58 грн., Заліщицького – 8,62 грн., Шумського – 8,34 грн. Найнижчий у: Козівському – 3,09 грн., Лановецькому – 4,12 грн. районах.

– вартість 1 ліжко-дня по медикаментах – 21,46 грн. проти 13,96 грн. у 2016 році, із яких по рівнях бюджетів: з районних бюджетів – 6,86 грн. (2017 рік – 5,49 грн.); з бюджету м. Тернополя – 23,04 грн. (2017 рік – 15,83 грн.); з обласного бюджету – 36,54 грн. (2017 рік – 22,49 грн.). Найвищий показник вартості 1 ліжко-дня по медикаментах у медичних закладах, що фінансуються з бюджету м. Тернополя – 23,04 грн., Тербовлянського району – 10,94 грн., Лановецького району – 10,88 грн., Заліщицького – 10,78 грн. Найнижчий в: Кременецькому – 2,36 грн., Козівському – 3,45 грн., Підгаєцькому – 3,57 грн. районах [48].

Незважаючи на певні позитивні результати діяльності системи охорони здоров'я, залишається низка невирішених проблем і недоліків, зокрема: недостатній обсяг фінансових ресурсів для повноцінного функціонування закладів охорони здоров'я; нераціональний розподіл видатків бюджетів на охорону здоров'я між закладами, які надають первинну, вторинну та третинну медичну допомогу (пріоритетною досі залишається стаціонарна допомога, яка потребує найбільше витрат, у той час як потреба населення саме в первинній медико-санітарній допомозі найбільша); не у всіх регіонах України створені центри первинної медико-санітарної допомоги як окремі юридичні особи; недостатній обсяг видатків на придбання медикаментів для лікування хворих у стаціонарах області; моральне і фізичне зношення значної частини приміщень медичних закладів, медичного обладнання; недостатнє забезпечення закладів охорони здоров'я медичним транспортом; незадоволення значної частини мешканців області якістю медичної допомоги.

Висновки до розділу 2

Проведений аналіз практики формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дозволяє зробити певні узагальнення.

Планування фінансових ресурсів охорони здоров'я залежить від внутрішніх можливостей медичних закладів ефективно використовувати наявні ресурси, так і від зовнішніх умов (політики держави, ринкової кон'юнктури). При бюджетній моделі фінансування охорони здоров'я, величина фінансових ресурсів, що виділяються даній галузі з бюджетів різних рівнів, не залежить від кінцевих результатів їх діяльності, що не сприяє поліпшенню якості наданих медичних послуг. Фактично здійснюється фінансування утримання мережі закладів цієї галузі, а не наданих медичних послуг пацієнтам у них.

На сучасному етапі розвитку економічних відносин охорона здоров'я функціонує в умовах неповноцінного фінансування, залишається невирішеною проблема незбалансованості конституційних зобов'язань і фінансових

можливостей держави у фінансовому забезпеченні медичних послуг населенню.

Серед державних джерел формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я пріоритетними є кошти місцевих бюджетів, що свідчить про перенесення акцентів у фінансуванні охорони здоров'я на регіональний рівень. Обсяг бюджетного фінансування залежить від оперативно-мережевих показників діяльності зазначених суб'єктів господарювання, внаслідок чого вони зацікавлені в їх підвищенні. Власні надходження закладів охорони здоров'я суттєвої ролі у формуванні їх фінансового потенціалу не відіграють.

РОЗДІЛ 3

ПЕРСПЕКТИВИ ЗРОСТАННЯ ОБСЯГУ ФІНАНСОВИХ РЕСУРСІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ СОЦІАЛЬНО- ЕКОНОМІЧНИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ

3.1. Зарубіжний досвід формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я та можливості його застосування в Україні

Кризові явища в галузі охорони здоров'я, постійна невідповідність між обсягами фінансових ресурсів медичних закладів та потребою у них для забезпечення надання якісних і доступних медичних послуг населенню, слабкий зв'язок між динамікою фінансування охорони здоров'я та показниками здоров'я населення стали основними мотивами для проведення в Україні медичної реформи, яка триває вже упродовж багатьох років. Втім, поки що реформаторські заходи зводяться лише до ускладнення доступу громадян до спеціалізованої медичної допомоги через впровадження інституту сімейного лікаря, а також прискореної ліквідації медичних закладів у сільській місцевості. В умовах незадовільного стану транспортної інфраструктури такі кроки засвідчують подальше падіння доступності медичного обслуговування для значної частини населення України. Не дивно, що громадяни переважно сприймають проведення реформи як заходи, спрямовані на ліквідацію в Україні державної системи охорони здоров'я і повну приватизацію галузі. За цих обставин корисним, на наш погляд, було б вивчення досвіду реформування медичної галузі у розвинутих країнах світу, що дало б можливість уникнути негативних наслідків її реалізації у нашій державі.

Фінансові ресурси закладів охорони здоров'я зарубіжних країн формуються залежно від моделі управління і фінансування цієї галузі. Як зазначає Т. Сіташ, існують різні типи системи охорони здоров'я. Так, є країни з переважно державною системою охорони здоров'я (Велика Британія, Греція, Італія, Іспанія, Данія, Ірландія, Португалія), що ефективно працює за умови достатніх ресурсів держави. У таких країнах, як Австрія, Нідерланди, Бельгія, Швейцарія, Франція, система охорони здоров'я функціонує на засадах страхової медицини та за різних фінансових умов. А от у США, Південній Кореї та деяких інших країнах із переважно приватною системою охорони здоров'я медицина ефективно працює лише для заможних груп населення [65, с. 166].

Фінансові ресурси NHS формуються за рахунок коштів бюджетів усіх рівнів (84%), внесків на соціальне страхування (12%), співплатежів населення у фіксованих розмірах незалежно від виду медичної послуги (4%). Якщо розміри співплатежів не відшкодовують вартості медичної послуги, різницю покриває держава. Близько 60% ресурсів NHS спрямовується на оплату праці медичного персоналу, 20% – на медичні препарати, решту 20% складають інвестиційні видатки, витрати на оплату комунальних послуг та інші експлуатаційні витрати.

До 2013 р. модель фінансування охорони здоров'я у Великобританії передбачала розподіл функцій замовника й постачальника медичних послуг. Відповідальність за реалізацію державної політики у галузі охорони здоров'я було покладено на Стратегічні управління охорони здоров'я (Strategic Health Authorities). Безпосереднє замовлення послуг та розподіл бюджетних коштів на локальному рівні перебували у віданні низових підрозділів NHS, які отримали назву «трасти».

Трасти первинної ланки, відповідальні за надання первинної допомоги, проведення профілактичних і протиепідемічних заходів, акумулювали понад 80% загального обсягу бюджету охорони здоров'я. З метою економії видатків впродовж останніх десятиліть їх кількість неухильно зменшувалася. До сфери

відповідальності трастів первинної ланки належало: укладання угод з лікарями загальної практики і державними стоматологами про надання медичних послуг; оплата послуг клінік, які перебувають у юрисдикції інших трастів; проведення заходів профілактики, контроль за епідемічною ситуацією на підконтрольній території та ін. Розподіл бюджетних коштів на утримання медичних закладів здійснювався відповідно до чисельності населення і територіальної специфіки [85, с. 10-11]. З метою економії й підвищення ефективності використання коштів трастам первинної ланки надавалася можливість застосування аутсорсингу (замовлення послуг у приватних лікувальних закладів).

Близько 20% сукупного обсягу фінансових ресурсів Національної системи охорони здоров'я (NHS) надходило до трастів вторинної ланки (траст швидкої допомоги, траст охорони психічного здоров'я, траст соціального обслуговування та ін.), відповідальних за надання спеціалізованої допомоги, управління діяльністю лікарень та раціональність витрачання бюджетних коштів. За умови ефективного управління фінансовими ресурсами, а також високої якості надання послуг, трасти вторинної ланки одержували право на фінансову та управлінську автономію, що відкривало перед ними можливості залучення інвестиційних коштів.

Провідною ідеєю британської моделі фінансування охорони здоров'я є забезпечення доступності медичних послуг і відповідальність держави за їхнє надання. У якості альтернативи державної системи охорони здоров'я існує сфера недержавного медичного обслуговування. Однак в сучасних умовах для британської системи охорони здоров'я характерні дві основні тенденції:

– зростання фінансових проблем, зумовлених відставанням динаміки бюджетних видатків на медицину від темпів підвищення вартості медичних послуг. Не зважаючи на те, що бюджет NHS у 2000-2005 рр. зріс на 43 млрд. ф. ст., його дефіцит у 2006 р., за різними оцінками, становив від 0,7 до 1,0 млрд. ф. ст. На думку експертів, лише для підтримання наявного рівня медичного обслуговування, бюджет NHS до 2025 р. необхідно збільшити втричі [89], а без

впровадження змін дефіцит коштів системи до 2021/2022 фінансового року може сягнути від 45 до 55 млрд. ф. ст. [89].

Дефіцит фінансових ресурсів обмежує можливості щодо впровадження новітніх лікувальних технологій, оновлення обладнання. Низький рівень оплати праці провокує відтік кваліфікованого персоналу, внаслідок чого NHS постійно змушена залучати фахівців з-за кордону. Додатковим чинником дестабілізації фінансового стану державної системи охорони здоров'я виступає зростання у британському суспільстві популярності недержавного медичного страхування, що супроводжується втратою NHS платоспроможних пацієнтів;

– зниження доступності медичного обслуговування. В умовах недостачі бюджетного фінансування й швидкого зростання вартості медичних послуг все більшого поширення набувають такі негативні явища, як вибіркоче ставлення до пацієнтів при проведенні медичних обстежень чи оперативних втручань, виникнення черг на госпіталізацію чи надання послуг медичного характеру. Більше половини пацієнтів NHS змушені очікувати необхідної медичної допомоги понад 18 тижнів, а до 40% онкологічних хворих взагалі не мають можливості потрапити на прийом до спеціаліста. Поряд з цим, якщо через критичний стан хворого чи його похилий вік надання вартісних медичних процедур не «виправдовує» себе з фінансової точки зору, у більшості медичних закладів таким пацієнтам відмовляють в необхідному лікуванні [89].

Вказані недоліки не лише загрожують банкрутством NHS, але й ведуть до зниження впевненості суспільства у її здатності забезпечити доступність та якість медичної допомоги для усіх громадян. Майже 90% британців вказують на необхідність реформування існуючої моделі охорони здоров'я, а 2/3 жителів визнають за необхідне посилити особисту відповідальність людини за покриття витрат на медичну допомогу задля підвищення якості медичних послуг [89].

У 2002 р. у Великобританії було проведено ряд реформ, спрямованих на підвищення ефективності витрачання бюджетних коштів та впровадження ринкових елементів у державну систему охорони здоров'я. По-перше, частково введено «ваучерну» схему виділення коштів – вони почали надходити до

лікувальних закладів разом з пацієнтами. Таким чином, обсяги фінансування закладу стали залежати від кількості пацієнтів, що стимулювало підвищення якості послуг і надавало кращим медичним установам можливість поліпшити їх матеріальну базу. По-друге, завдяки введенню подушного фінансування було підвищено роль недержавних лікувальних установ у наданні медичних послуг населенню. Проте ключові принципи діяльності системи NHS від цих заходів не зазнали кардинальних змін, а проблеми дефіциту коштів та надмірних адміністративних витрат так і не були вирішені.

У 2010 р. урядом було оголошено про проведення найбільшої в історії країни реформи NHS, яка мала забезпечити її децентралізацію. Під дію реформ підпадала лише частина системи NHS в Англії, оскільки її підрозділи в Уельсі та Шотландії перебувають у підпорядкуванні місцевих органів влади. Суть реформи полягає у передачі контролю над бюджетним фінансуванням системи охорони здоров'я (107 млрд. ф. ст. щорічно) безпосередньо до лікарів. Згідно плану проведення реформи, закріпленого у The Health and Social Care Act 2012, з 2013 р. до 80% бюджету системи охорони здоров'я в Англії передано до 42 тис. лікарів загальної практики (GPs), об'єднаних у 212 клініко-експертних груп (CCGs) для прийняття рішень про використання коштів. При цьому система трастів первинної допомоги та стратегічних управлінь охорони здоров'я була ліквідована, натомість заснована Уповноважена рада з незалежним статусом (NHS Commissioning Board). Водночас, лікарі загальної практики отримали право на тендерних засадах замовляти спеціалізовані медичні послуги для пацієнтів у трастах вторинної ланки.

Ключове завдання реформи NHS полягає у зниженні адміністративних витрат системи і спрямуванні коштів безпосередньо на лікувальний процес. Для цього програмою реформи передбачено скоротити від 16 тис. до 26 тис. посад в системі управління охороною здоров'я, а також звільнити близько 10 тис. осіб медичного персоналу. Завдяки цим заходам уряд прогнозує отримати економію фінансування охорони здоров'я в обсязі до 15-20 млрд. ф. ст. щорічно.

Поряд зі стримуванням росту бюджетного фінансування системи охорони

здоров'я, реформа NHS спрямована на впровадження ринкових механізмів у її діяльність, а також розширення ролі приватного сектору в наданні медичних послуг. З цією метою в ході доопрацювання програми реформи було знято обмеження щодо можливості участі приватних лікувальних закладів у тендерах, організовуваних лікарями загальної практики; передбачено можливість доплати пацієнтами за отримання більш якісної медичної допомоги; впроваджено пільги з оподаткування для осіб, які звертаються за отриманням медичних послуг до закладів недержавної форми власності; усім трастам вторинної ланки NHS надана управлінська та фінансова автономія.

Важливим аспектом медичної реформи є також вдосконалення механізму фінансування догляду за перестарілими, що актуально в умовах росту питомої ваги непрацездатних у структурі населення країни. Відповідно до норм The Health and Social Care Act 2012, передбачене введення механізму персонального бюджету здоров'я (personal health budget) для осіб, які потребують тривалого лікування. При цьому пацієнтам надана можливість самостійно вести бюджет свого лікування (budget-holding), визначаючи обсяги й структуру медичних послуг. Втім, така ініціатива викликає дискусії серед фахівців, оскільки значна частина людей, які потребують довготривалого догляду, не володіє належними знаннями та досвідом, щоб самостійно управляти коштами для забезпечення ефективності лікувального процесу.

Не зважаючи на можливі позитивні наслідки від реалізації реформи NHS, вона була негативно сприйнята частиною британського суспільства та політикуму. На думку її противників, реформа зруйнує достатньо ефективну систему охорони здоров'я країни, яка, за експертними оцінками, функціонує значно краще, ніж охорона здоров'я у США, Канаді, Німеччині. Лібералізація процесу замовлення медичних послуг лікарями загальної практики і допущення до участі у тендерах приватних медичних закладів призведе до швидкого згорання мережі державних лікарень, які не володіють достатніми коштами і не зможуть витримати конкуренції [83]. З огляду на це, деякі фахівці називають

проведення реформи першим кроком до приватизації NHS та відмови від державної моделі фінансування охорони здоров'я [91].

На відміну від Великобританії, охорона здоров'я у США функціонує на ринкових засадах як звичайна галузь економіки, а бюджетне фінансування отримують лише цільові федеральні програми для окремих верств населення. Сукупні суспільні витрати на охорону здоров'я у США сягають 2,6 трлн. дол., або 17,6% ВВП. В розрахунку на одного мешканця країни ці витрати складають 8,3 тис. дол. в рік, що в 2,5 рази перевищує середні показники країн ОЕСР (3,3 тис. дол.). При цьому витрати держави на галузь охорони здоров'я у США в 1,4 вищі, ніж у «старих» країнах ЄС та в 1,7 рази вищі середнього значення для держав ОЕСР. Хоча основу американської моделі фінансування галузі складає система недержавного медичного страхування, державні програми Medicare та Medicaid покривають майже 45% сукупного обсягу видатків охорони здоров'я. Medicare – федеральна програма медичного страхування населення пенсійного віку та інвалідів, а Medicaid – це програма допомоги у придбанні медичної страховки для малозабезпечених осіб. Сукупні витрати федерального бюджету США на фінансування цих програм в сучасних умовах сягають понад 1,2 трлн. дол. щорічно.

Направляючи на фінансування охорони здоров'я безпрецедентний обсяг ресурсів, США мають порівняно з більшістю «старих» країн ЄС набагато гірші показники здоров'я населення. Поряд з недостатньою ефективністю, швидке зростання витрат системи охорони здоров'я загрожує їй неминучим банкрутством уже в недалекому майбутньому. За умови збереження наявної тенденції до щорічного приросту фінансування галузі в 0,5%, сумарні витрати на охорону здоров'я через 70 років мали б скласти 40% ВВП країни [90].

Поряд з поглибленням фінансових диспропорцій, можна виділити ряд інших причин проведення реформи системи охорони здоров'я у США:

– позбавлення значної частини населення доступу до медичних послуг. Через надмірно високі страхові внески, на початку XXI ст. близько 50 млн. осіб (16% населення) не були залучені до недержавного медичного страхування і,

водночас, не мали права на участь у федеральних медичних програмах. За оцінками фахівців, відсутність медичної страховки у США щорічно призводить до 20 тис. смертей;

– прискорене зростання вартості медичного обслуговування і тарифів на добровільне медичне страхування. Підвищення навантаження на фонд оплати праці спонукає працедавців шукати можливості для уникнення сплати внесків за завищеними тарифами шляхом неповного охоплення страховим планом своїх працівників, зниження заробітної плати та ін. Таким чином, витрати на медичне обслуговування напряду чи опосередковано перекладаються на працюючих. Водночас, звуження бази для сплати страхових внесків змушує страховиків постійно підвищувати тарифи, що створює умови для постійного росту вартості добровільного медичного страхування;

– високий ризик персональних банкрутств громадян через непередбачені видатки на охорону здоров'я. Зазвичай, через високу вартість медичних послуг страховка лише частково покриває повну вартість лікування, решту громадяни змушені відшкодувати за власний кошт. Для осіб, які не мають можливості придбати страховий поліс, втрата працездатності має катастрофічні наслідки;

– не виправдана дезінтеграція процесу надання медичної допомоги, яка пов'язана з вільними вибором громадянами не лише лікарів загальної практики, але й місць стаціонарного лікування; відсутність єдиних стандартів медичних послуг, що додатково утруднює ефективну організацію їхнього надання. Як наслідок, рівень неефективного використання коштів у галузі охорони здоров'я, за різними оцінками, складає до 1/3 сукупних витрат на медицину [90];

– дискримінація страховими компаніями населення за станом здоров'я як до, так і після укладання страхової угоди, відмови у виплатах [88].

Для вирішення цих проблем Адміністрацією Президента США Б. Обама у 2010 р. було розроблено план реформування системи охорони здоров'я, втілення якого мало забезпечити досягнення кількох стратегічних завдань: забезпечення доступності медичного обслуговування для тих, хто раніше його був позбавлений; підвищення якості медичної допомоги; стримування росту

суспільних витрат на систему охорони здоров'я. Згідно програми, медичну страховку мають отримати від 26 до 32 млн. осіб, яким вона була з фінансових причин недоступна. Водночас, від підвищення податків на осіб з великими доходами дефіцит федерального бюджету за 10 років передбачено знизити на 143 млрд. дол. і на 1,2 трлн. дол. – за наступні 10 років.

У березні 2011 р. в США вступив у дію ряд законодавчих актів (серед них «Акт про «Захист пацієнтів і доступну охорону здоров'я» (Patient protection and affordable care Act), закон «Про узгодження бюджету у сфері охорони здоров'я та освіти» та ін.), які засвідчили проведення реформи системи охорони здоров'я. Втім, через протидію представників республіканської партії США у Конгресі, ключова норма реформи – обов'язкова для усіх громадян наявність полісу медичного страхування – була введена у дію лише з 2013 р.

Основний закон («Senate bill») про проведення реформи Obamacare та доповнення до нього («reconciliation bill») передбачили виконання ключових завдань, які дали б змогу підвищити якість і ефективність охорони здоров'я без зниження її доступності:

– забезпечення повного охоплення населення медичним страхуванням за рахунок таких заходів: встановлення санкцій за ухилення від придбання полісу страхування (від 1 до 2,5% доходу, або від \$95 до \$695); надання субсидій для малозабезпечених (400% від межі бідності) та малого бізнесу (до 50 чол.) для придбання страховки; розширення дії програми Medicaid на осіб з доходом до 133% від межі бідності за рахунок федеральних субсидій; надання податкових знижок для домогосподарств з доходами нижче середнього (від 14,4 до 43,3 тис. дол. на особу в рік);

– регулювання страхових тарифів та рівня страхового покриття. З цією метою передбачено: заборону для страхових компаній відмовляти у виплатах та дискримінувати населення за статтю, станом здоров'я, рівнем доходу та ін.; встановлення норми про обов'язкове спрямування страховиками на виплати не менше 80–85% страхових премій з медичного страхування; обмеження розміру співплатежів застрахованих осіб при отриманні медичної допомоги; публічне

обґрунтування підвищення страхових премій; врегулювання рівня страхового покриття – поліс має передбачати відшкодування витрат з профілактики та ранньої діагностики захворювань, стаціонарного лікування та довготривалого догляду, а також оплату медпрепаратів;

– створення конкурентних умов та дієвих каналів для розповсюдження страхових полісів серед населення, а саме: організація загальнодержавної та регіональних бірж медичних страхових полісів; популяризація купівлі медичної страховки через мережу Інтернет. З цією метою було створено спеціальний сайт, де кожна особа має змогу підібрати страховий поліс з урахування своїх побажань. За розрахунками розробників програми медичної реформи, введення конкурентного механізму в розповсюдження страхових полісів дасть змогу зекономити для платників податків до 175 млрд. дол. за 10 років, а також досягти зниження страхових внесків;

– регулювання вартості медичних послуг та підвищення якості допомоги. Досягнення цього завдання передбачає реалізацію комплексу заходів, зокрема: зниження вартості медпрепаратів за рахунок посилення державного контролю за монопольними змовами на ринку ліків, лібералізації умов виходу на ринок непатентованих аналогів нових біологічних препаратів; покращення медичного супроводу після госпіталізації, застосування фінансових санкцій до медичних закладів з високим рівнем повторних госпіталізацій; перехід до оплати медичних послуг медичним закладам та окремим лікарям за принципом «плати за результат» (з цією метою ряд платежів у системі Medicare прив'язані до певних параметрів якості послуг); залучення медичних закладів до плану «Підзвітних медичних установ», який зобов'язує останніх звітувати перед державою за якість і результати діяльності, а також обсяг зекономлених коштів при наданні медичної допомоги.

Основне навантаження з фінансування медичної реформи покладене на федеральний бюджет США (понад 800 млрд. дол.), з бюджетів штатів буде спрямовано всього 1/10 коштів. Фінансові ресурси, які планується додатково мобілізувати для потреб системи охорони здоров'я від проведення реформи

складуть: 210 млрд. дол. – від додаткового податку 0,9% на зарплату і 3,8% – на інвестиційні доходи громадян (більше 200 тис. дол.); 156 млрд. дол. – за рахунок підвищення ефективності видатків на надання послуг і стримування росту вартості охорони здоров'я; 192 млрд. дол. – від скасування пільг для страховиків за участь у програмі Medicare та введення додаткового податку на доходи медичних страхових компаній; 70 млрд. дол. – за рахунок створення добровільного місцевого мікростраховання з тимчасової втрати працездатності; близько 190 млрд. дол. – з інших джерел (підвищення ефективності державних програм у рамках Medicare; впровадження 40%-го акцизу на страхові поліси з високим рівнем виплат; 2,3%-го акцизу на виробників та імпортерів медичного обладнання; введення податку на виробників та імпортерів медикаментів) [88].

Оцінюючи зміст медичних реформ у США і Великобританії, можна зауважити, що вони переслідують схожу мету – побудову змішаної моделі фінансування охорони здоров'я, яка поєднуватиме ринкові механізми формування і використання фінансових ресурсів при збереженні контролю з боку держави. Передумови реформування системи охорони здоров'я в обох країнах багато в чому подібні до тих, які спостерігаються нині в Україні: наростання дефіциту фінансових ресурсів галузі, деградація матеріальної бази медичних закладів, перекладання на громадян відповідальності за покриття витрат на лікувальний процес і, як наслідок, – зниження рівня доступності та якості медичної допомоги. У Великобританії медична реформа передбачала дебюрократизацію системи охорони здоров'я, посилення ролі недержавного сектору в наданні медичних послуг, збільшення внеску громадян у формуванні фінансових ресурсів галузі. Натомість, у США медична реформа покликана забезпечити перехід до регульованої державою моделі загальнообов'язкового медичного страхування за рахунок коштів роботодавців, працюючих і держави.

Однак запозичення іноземного досвіду проведення медичної реформи має враховувати вітчизняну специфіку – рівень розвитку економіки, менталітет населення, традиції. Так, зважаючи на низький рівень податкової культури в країні й дію принципу «економічної людини» (приймаючи економічні рішення,

людина діє як максимізатор власної корисності), основне навантаження зі сплати страхових внесків, на наш погляд, має бути покладене на найманих працівників. Це зменшить для роботодавців мотивацію до ухилення від сплати внесків і, водночас, сприятиме збільшенню відповідальності за рівень свого добробуту в самих працівників. Для уникнення негативного впливу додаткових фіскальних платежів на матеріальне становище працюючих доцільно ввести відповідні компенсаційні важелі, а саме: передбачити можливість вирахування внесків на обов'язкове медичне страхування з бази оподаткування податком на доходи фізичних осіб, а також забезпечити відповідне підвищення мінімальної зарплати на розмір страхових платежів.

Поряд із запровадженням загальнообов'язкового медичного страхування необхідно зберегти масштаби бюджетного фінансування охорони здоров'я. За прикладом США, основна частина бюджетних коштів має спрямовуватись на медичне страхування непрацездатних, а також осіб з низькими доходами. Втім, розвиток медичних закладів, зміцнення їхньої матеріальної бази також доцільно фінансувати за рахунок бюджетних коштів. Додатковими джерелами покриття цих видатків можуть стати надходження від оподаткування ринкових благ, які негативно впливають на стан здоров'я людини (акцизи на алкогольні напої й тютюнові вироби, снеки, енергетичні напої), екологічні платежі та ін. Також слід розглянути можливість впровадження у вітчизняну практику поширеного в інших країнах інституту «співплатежів» за кожен факт звернення за медичною допомогою. На наш погляд, це дасть змогу детінізувати неофіційні платежі населення медичним працівникам, утримуватиме громадян від «дріб'язкових» звернень до медичних закладів, стимулюватиме їх дбайливіше ставитись до власного здоров'я і займатися профілактикою захворювань.

Важливим пріоритетом медичної реформи в Україні має також стати формування конкурентних умов діяльності медичних закладів, регулювання вартості медичних послуг та підвищення якості медичного обслуговування населення. Обсяги фінансування закладів охорони здоров'я мають залежати від кількості пацієнтів й обсягу наданих їм медичних послуг. З цією метою мають

бути розроблені єдині тарифи на оплату медичних послуг, що усуватиме цінову конкуренцію між лікарями, однак стимулюватиме їх до збільшення кількісних і якісних показників роботи. Доцільність такого цінового регулювання широко обґрунтована у наукових колах [5; 19; 33], а його ефективність доведена практикою проведення реформи охорони здоров'я у провідних розвинутих країнах світу.

3.2. Удосконалення механізму формування фінансових ресурсів медичних закладів в Україні

Система охорони здоров'я відіграє винятково важливу роль у забезпеченні належного рівня життя. Здоров'я людини, як відомо, у світі визнається настільки значущим, що цей показник першим входить до індексу людського розвитку – універсального показника, з одного боку, рівня суспільного розвитку тієї чи іншої країни, а з другого – чутливого індикатора ефективності державного управління. Саме тому охорона здоров'я громадян є однією з найважливіших внутрішніх державних функцій сучасної України.

Значні соціально-економічні перетворення, що відбуваються в нашій молодій державі, включають і реформування сфери охорони здоров'я, передбачаючи зміну правових, економічних і організаційних основ збереження, зміцнення і відновлення здоров'я громадян [15, с. 7].

Як свідчить проведений нами аналіз, неодноразово українське суспільство стояло за крок до медичної реформи, проте реалізовані зміни в організації та фінансуванні галузі охорони здоров'я поки що дали мало позитивних результатів.

У 2016 році в Україні продовжує функціонувати успадкована від СРСР державна система охорони здоров'я, побудована на основі командно-адміністративної моделі управління, відома у світі як система Семашка. Однак більшість колишніх радянських республік все ж знайшли можливість успішно

реформувати галузь охорони здоров'я, і в сучасних умовах Україна вкотре стоїть на порозі реформ.

30 листопада 2016 року Кабінет Міністрів України ухвалив нормативно-правові акти, які закладають засади реформування системи охорони здоров'я в Україні з 2017 року.

Зокрема, затверджено 2 концепції – реформи фінансування системи охорони здоров'я та розвитку системи громадського здоров'я, – ухвалено постанову щодо утворення госпітальних округів, затверджено ліцензійні умови провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, постанову, що спрощує лікарням процес формування кошторисів.

Одним з ключових документів, який дає старт медичній реформі, є концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України. Вона закріплює модель національного солідарного медичного страхування з 100% покриттям громадян. Згідно з концепцією [56], збори страхових внесків здійснюватимуться через загальну систему оподаткування та збиратимуться у державному бюджеті. Страхові виплати за лікування окремої людини не будуть прив'язані до розміру її індивідуальних внесків. Регулюватиме стосунки між лікарем та пацієнтом створений єдиний національний замовник, який плануватиме та закуповуватиме медичні послуги для громадян, напряду контрактуватиме медичні заклади, оцінюватиме та контролюватиме якість послуг, підтримуватиме електронну систему збору та обміну медичною інформацією тощо. Держава впроваджує поняття гарантованого пакету медичної допомоги – визначений набір медичних послуг та ліків, право на отримання якого матимуть всі без винятку громадяни України. Гарантований пакет медичної допомоги щороку переглядатиметься та публікуватиметься. Проте, на сьогоднішній день склад гарантованого пакету медичної допомоги не визначено, відтак зазначене вважаємо дуже важливим завданням, яке стоїть перед урядом, з огляду на обмеженість бюджетного фінансування та необхідність реалізації окресленої реформи фінансування системи охорони здоров'я.

Процес переходу на нову модель фінансування галузі буде поступовим та розрахований на 3 роки з остаточним запровадженням у 2020 році.

Після скасування 2 вересня 2016 року наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про примірні штатні нормативи закладів охорони здоров'я» від 23.02.2000 р. № 33 керівники закладів охорони здоров'я отримали можливість на власний розсуд формувати штатний розпис, а постанова «Про внесення змін до Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ» від 30.11.2016 року № 875 надає всім медичним закладам України автономію фінансового планування вже з наступного року та по суті переводить медичні заклади на «глобальний бюджет». Відтепер кошториси складатимуться за спрощеною економічною класифікацією, яка містить лише два коди – поточні та капітальні видатки. Керівники закладів можуть оперативно здійснювати перерозподіл коштів між статтями, ухвалювати більш гнучкі та якісні управлінські рішення. Звітність по витратах буде подаватись за всіма кодами економічної класифікації.

Також із прийняттям постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження порядку утворення госпітальних округів» від 30.11.2016 року № 932 розпочато процес створення госпітальних округів – механізму співпраці між органами місцевої влади (районами, містами, ОТГ) з метою кращого управління медичною інфраструктурою. Зазначеним нормативно-правовим актом встановлено технічні критерії для визначення географічних меж госпітальних округів та порядок їх створення:

- наявність принаймні однієї лікарні інтенсивного лікування (першого чи другого рівня);
- охоплення території з населенням мінімум 200 тис. осіб у разі наявності лікарні 2-го рівня або 120 тис. осіб у разі наявності лікарні тільки 1-го рівня;
- можливість доїзду до лікарні інтенсивного лікування з будь-якої точки округу за 60 хвилин.

Госпітальний округ повинен плануватися з такими межами і набором закладів, щоб в перспективі на його основі можна було створити ефективну і сучасну медичну мережу.

Україна в рамках імплементації Угоди про асоціацію з ЄС має виконати низку зобов'язань в сфері охорони здоров'я. Створення ефективної системи громадського здоров'я – один з пріоритетів. Однак, ситуація із здоров'ям та благополуччям української нації не найкраща, і результати усіх тематичних досліджень це підтверджують. Відповідно до дослідження-рейтингу від медичного видання The Lancet на основі розроблених ООН у 2015 році Цілей сталого розвитку Україна посіла 118 місце зі 188 в рейтингу за показниками здоров'я і благополуччя нації. Український середній показник – 54 зі 100 можливих. Поруч з Україною – Сирія (117), Росія (119) та Білорусь (120). Найближча європейська країна – Молдова, яка посідає 80 місце. Гірші показники мають лише африканські, центрально-азіатські та деякі близькосхідні країни. У лідерів рейтингу – Ісландії, Сингапуру і Швеції – по 85 балів.

Згідно з даними рейтингу, в Україні найгірші такі показники як смертність від військових дій (3), вживання алкоголю (8), ВІЛ-інфекція (31), самогубства (34) та насильство (38) [1].

Ухвалена концепція розвитку системи громадського здоров'я в Україні № від 30.11.2016 року закладає засади переорієнтації фокусу системи охорони здоров'я від політики лікування до політики зміцнення та збереження здоров'я людини відповідно до пріоритетів європейської політики «Здоров'я – 2020: основи Європейської політики в підтримку дій держави і суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя» та в Угоді про асоціацію між Україною та ЄС. Вона передбачає запровадження процесу стратегічного планування розвитку системи із залученням зацікавлених сторін, планування заходів на національному, регіональному та місцевому рівнях [57].

Одним із ключових аспектів реформи охорони здоров'я та головною запорукою нормального функціонування цієї галузі в будь-якій країні є

забезпечення сталих та достатніх за обсягами фінансових ресурсів. Проте, як свідчить світовий досвід, будь-яка система охорони здоров'я і в будь-якій країні більшою чи меншою мірою стикається з проблемою дефіциту фінансових ресурсів. Грошей на забезпечення надання всіх без винятку медичних послуг всім без винятку громадянам ніколи не вистачає. Зважаючи на соціальну значущість системи медичного обслуговування і на відповідні зобов'язання держави перед своїми громадянами, уряди змушені шукати та застосовувати різноманітні заходи, спрямовані на поліпшення фінансування цієї галузі [67].

Увесь відомий арсенал цих заходів можна розподілити на такі групи стратегій [12; 19; 86]:

- збільшення коштів, які виділяються на охорону здоров'я, за рахунок перерозподілу видатків бюджетів різних рівнів, а також за рахунок підвищення податків або запровадження нових внесків у системі соціального страхування;
- стримування витрат (контроль за витратами шляхом впливу на попит і пропозицію медичних послуг);
- підвищення ефективності розподілу та використання ресурсів.

Пропонуємо до розгляду стратегії, спрямовані на безпосереднє збільшення обсягів фінансування. Умовно їх можна назвати стратегіями подолання фізичного (або кількісного) дефіциту ресурсів [19; 86]. Це завдання може бути вирішене або:

- за рахунок такого заходу як перерозподіл наявних ресурсів на користь системи охорони здоров'я шляхом зменшення фінансування інших секторів бюджетної сфери;
- за рахунок запровадження нового податку чи збору на соціальне страхування.

Нерідко обидві ці стратегії використовуються паралельно. Однак їх застосування в Україні не завжди є можливим через різні причини як соціально-політичного, так і макроекономічного характеру.

Наприклад, застосування першої із зазначених стратегій вимагає

прийняття дуже непростих з політичної точки зору рішень, наслідком яких, при збільшенні фінансування сектору медичного обслуговування, може стати погіршення фінансування інших бюджетних програм, зокрема у сфері освіти, культури, охорони громадського порядку, оборони тощо, яким теж не вистачає фінансування і які також мають величезне значення для суспільства.

Запровадження нових податків та зборів на соціальне страхування, так само може не знайти належної підтримки як серед політиків, так і серед різних верств населення, інтереси яких ці політики репрезентують. Зрештою, може мати місце й така макроекономічна ситуація, в умовах якої держава внаслідок недостатнього рівня економічного розвитку об'єктивно просто не зможе виділяти на фінансування галузі охорони здоров'я коштів значно більше, ніж це є на даному етапі.

З огляду на вищевикладене, вважаємо, що державна політика реформування системи фінансового забезпечення охорони здоров'я має бути спрямована на:

1) введення в дію багатоканальної системи формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я, її стійкості та прозорості, що гарантує доступність медичної допомоги;

2) впровадження інструментів фінансового планування і механізмів оплати медичних послуг, які стимулюють зростання ефективності використання ресурсів у сфері медицини;

3) в довгостроковій перспективі перехід до страхової форми мобілізації фінансових ресурсів для охорони здоров'я, що збільшить дієвість медико-профілактичної допомоги;

4) посилення державного регулювання платних медичних послуг, які надають державні лікувально-профілактичні установи; поступову легалізацію співучасті населення і роботодавців у здійсненні оплати медичної допомоги.

На наш погляд, одним із дієвих шляхів формування нової системи фінансового забезпечення охорони здоров'я має стати широке використання

можливостей страхового захисту населення та залучення додаткових (понад державні гарантії) фінансових ресурсів у медичний сектор.

Особливістю реалізації страхового захисту в цьому контексті є його орієнтація на охорону та покращення фізичного стану здорових людей, а також хворих у стані ремісії. Отже, завданням страхового захисту має стати вироблення стратегії підтримання хорошої форми здорових громадян. Така стратегія мусить передбачати створення механізмів: формування, активного збереження, відновлення і зміцнення здоров'я людей, реалізації потенціалу здоров'я для ведення активного виробничого, соціального й особистого життя. Вони мають спрямовуватися на зниження рівня передчасної смертності, захворюваності, інвалідизації населення, продовження середньої тривалості та поліпшення якості життя і демографічної ситуації.

Зрештою, розвиток такої системи має бути спрямовано на вирішення завдання, що передбачає поліпшення стану здоров'я населення: підвищення реальної доступності медичної допомоги для широких верств суспільства, особливо найменш соціально захищених; збільшення коштів, що інвестуються роботодавцями та населенням у поліпшення стану здоров'я; створення умов і стимулів для максимально можливого запобігання захворюванням людей [72].

Проте, враховуючи сучасні економічні та політичні реалії в Україні, вважаємо, що запроваджувати обов'язкове медичне страхування доцільно у довгостроковій перспективі. Для розвитку медичного страхування перехід від використання роботодавцями оподаткованого прибутку до системи внесків з видаткової частини бюджету є суттєвим і важливим першим кроком. Необхідно запровадити відповідне нормативне урегулювання та систему моніторингу, щоб не створювати іншу схему ухилення від оподаткування та не запровадити систему страхування з недосконалим або неповним охопленням. З часом, прибутки, отримані від приватних страхових компаній, повинні поліпшити фінансове становище закладів охорони здоров'я та зменшити навантаження на бюджети.

На сучасному етапі економічного розвитку гостро постає проблема співвідношення частки державного та приватного фінансування сфери охорони здоров'я. Досвід розвинутих країн свідчить: бюджет є необхідним джерелом фінансування охорони здоров'я, що пояснюється, насамперед, її соціально-економічною природою, а також тим, що державне регулювання і фінансування більш адекватне завданням установ соціальної сфери. Натомість вільні ринкові ціни на суспільні блага не можуть забезпечити належного розвитку сфери охорони здоров'я в інтересах людей.

Узагальнюючи докази на користь централізованого державного фінансування, можна відзначити, що безкоштовність надання медичних послуг для громадян виступає лише у вигляді особливої форми економічних відносин між виробником і безпосереднім споживачем цих послуг [52]. Головна перевага централізованого державного фінансування полягає в забезпеченні доступу до послуг галузі охорони здоров'я всім громадянам, незалежно від рівня індивідуальних сімейних доходів. Однак сучасна практика формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я висвітлила низку недоліків такого підходу, серед яких: недосконалий механізм розподілу бюджетних коштів; відсутність методики визначення обсягу медичної допомоги в кожному окремому випадку, низька ефективність витрачання бюджетних коштів на охорону здоров'я.

Багатоканальність фінансового забезпечення охорони здоров'я характеризується такими позитивними якостями: по-перше, навіть невелика плата за медичні послуги підвищує вимоги до їх якості, дає поштовх до раціоналізму; по-друге, збільшується внутрішня ефективність діяльності колективу медичної установи; по-третє, надання послуг на ринковій основі формує додаткові кошти, що дозволяє закладу охорони здоров'я виживати в умовах бюджетного дефіциту.

Систему багатоканального фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні, на наш погляд, доцільно організувати за рівнями:

- перший – кошти державного та місцевих бюджетів;

- другий – відрахування на обов'язкове державне медичне страхування;
- третій – власні надходження медичних закладів, в тому числі добровільне медичне страхування.

Зважаючи на поточну ситуацію в Україні з великим сектором неформальних платежів, доцільно в короткостроковій перспективі, щоб основна частина державного фінансування надходила за рахунок податкових надходжень з метою скорочення неформальних витрат домогосподарств. Цільові податки на алкоголь/тютюн повинні слугувати додатковим джерелом надходження коштів, виділених, в першу чергу, на відшкодування ліків та первинну медичну допомогу – ті сегменти галузі, де державні інвестиції найбільш затребувані.

Оскільки, основний обсяг державного фінансування охорони здоров'я надходить з джерел загального оподаткування, початкове об'єднання фінансових ресурсів доцільно здійснювати на центральному рівні. З метою підвищення ефективності та відповідно до принципів децентралізації, основну частину коштів державного бюджету варто передати на регіональний рівень з урахуванням зваженої подушної формули (території, на яких проживає населення з більшими потребами у медичних послугах повинні отримувати більше державного фінансування).

Таким чином, необхідно знайти баланс між неминучою консолідацією фінансів на центральному рівні для фінансування окремих національних лікарень та програм і можливістю економії на обсягах при закупівлі ліків та медичного обладнання, при цьому не забираючи кошти з місцевих бюджетів. Закупівля медичних послуг за державні кошти повинна проходити, в першу чергу, на місцевому рівні в межах встановлених нормативних умов.

Не викликає сумнівів те, що збільшення державних витрат без реструктуризації інфраструктури може бути лише тимчасовим рішенням. Необхідні зусилля, щоб перерозподілити наявні ресурси і підвищити продуктивність системи (подолати прірву між державними зобов'язаннями, фінансовими і людськими ресурсами та інфраструктурою, яку потрібно

фінансувати та утримувати, яка щороку вимагає збільшення видатків). Проте радикальні заходи зі скорочення видатків є неминучими у короткостроковій перспективі в рамках урядових реформ, але вони можуть бути прийняті лише після визначення результативності та ефективності видатків бюджетів з урахуванням існуючого економічного потенціалу.

Реформа фінансування охорони здоров'я, таким чином, зосередиться передусім на підвищенні ефективності витрат, зокрема, через реформування сектору закупівель.

Зважаючи на це, стратегічним підходом України до підвищення ефективності витрачання коштів у короткостроковій перспективі для держави може бути дистанціювання від фінансування безпосередньо медичних закладів, за механізмом укладання договору з виконавцем послуг на основі узгоджених схем відшкодування. З метою уникнення корупції під час тендерів, як свідчить міжнародний досвід, при закупівлі фармацевтичних засобів доцільно використовувати аутсорсинг міжнародних організацій, що займаються таким видом діяльності від імені країни. Це рішення приносить певні економічні переваги у зв'язку з обсягом закупівель, що проводять міжнародні організації (наприклад, ЮНІСЕФ є найбільшим у світі покупцем вакцин, а ВООЗ може забезпечити пільгові ціни на конкретні препарати).

Зважаючи на наявні проблеми у галузі охорони здоров'я (суттєві витрати бюджету на застарілу інфраструктуру та неефективну систему; застарілі технології та низька якість медичних послуг; неефективне управління на всіх рівнях; неефективна модель фінансування), ми поділяємо думку багатьох науковців і практиків, які вважають, що провідною ідеєю реформи у медичній сфері повинен бути перехід від фінансування ліжка-місця в закладах охорони здоров'я до фінансування отриманих пацієнтом медичних послуг. Іншими словами, доцільно відмовитися від фінансування пропозиції медичних послуг (як це є зараз) на користь фінансування попиту на них, створюючи механізм оплати, який забезпечить стимул для медичних працівників реагувати на потреби пацієнтів, при цьому досягаючи ефективності та економії витрат і не

залишаючи жодного пацієнта без відповідної допомоги. Як свідчить зарубіжний досвід, хорошим варіантом для оплати послуг на первинному рівні є зважені подушні платежі з поправкою на послуги і продуктивність (більш точно подушна оплата з урахуванням ризиків, тобто подушна змішана оплата + оплата за послуги + оплата за результат). В рамках вторинної та третинної допомоги «гроші повинні слідувати за пацієнтом».

Першим кроком в реформі платіжної системи на перехідний період вважаємо доцільність запровадження загального (у зарубіжній практиці використовують слово «глобального») бюджету для лікарень з подальшим переходом до системи оплат за послуги. Суттєвою перевагою введення спершу загального бюджету є також отримання достовірної базової інформації про видатки. Лікарням необхідно надати дозвіл самостійно використовувати свої заощадження, перепрофільовуючи їх для інших цілей або переносячи на наступні роки. Запровадження системи оплати за випадок у платіжну систему стимулюватиме лікарні до підвищення ефективності лікування медичних станів і хвороб, оскільки лікарня буде отримувати відшкодування у межах розрахунків, необхідних для лікування конкретної хвороби (що унеможливило б надання лікарнями непотрібних послуг або заохочення пацієнтів до тривалої госпіталізації). За умов чіткого нагляду використання таких інструментів як діагностично-споріднені групи (ДРГ), дозволяє порівняти продуктивність лікарень – клініки будуть фінансово мотивовані використовувати доказові (ефективні) методи лікування, видаляти непотрібні процедури, що в остаточному рахунку вирішить проблему з надмірною кількістю ліжок, розміром будівлі та/або кількістю відділень.

Отже, найголовнішою передумовою успішного реформування галузі охорони здоров'я є вироблення та затвердження єдиної стратегії її розвитку, серед важливих складових якої належить виділити запровадження нових механізмів фінансування медицини та підвищення ефективності системи охорони здоров'я. Введення обов'язкового державного медичного страхування принаймні частково вирішить проблему недофінансування медицини. За

рахунок залучення додаткових коштів будуть створені більш сприятливі умови для розвитку інфраструктури системи охорони здоров'я і підвищення рівня оплати праці медиків. Джерелом додаткових фінансових ресурсів можуть бути й платні послуги, зокрема, йдеться про додаткові послуги (за бажанням клієнта), які не входять до стандартного плану лікування чи профілактики хвороб.

Не заперечуючи важливості стратегії, спрямованої на безпосереднє збільшення обсягів фінансування, вважаємо, що першочергово необхідно впроваджувати у життя стратегії подолання якісного дефіциту фінансових ресурсів у галузі охорони здоров'я. Про окремі найбільш важливі складові цих стратегій мова уже велась, проте, резюмуючи, наведемо їх перелік на рис. 3.1.

Таким чином, пріоритетними заходами реформування фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні в контексті пошуку резервів зростання фінансових ресурсів медичних закладів, вважаємо:

- 1) підвищення реальної доступності медичної допомоги для широких верств населення. Для досягнення цієї мети державної політики доцільно: збалансувати державні гарантії щодо забезпечення населення медичною допомогою з фінансовими можливостями держави; забезпечити стійкість і прозорість багатоканальної системи фінансування охорони здоров'я; впровадити механізми фінансового планування й механізми оплати медичної допомоги, що стимулюють підвищення ефективності використання ресурсів в охороні здоров'я;



Рис. 3.1. Стратегії подолання якісного дефіциту ресурсів у галузі охорони здоров'я¹⁵

2) створення правових і економічних умов для надання населенню медичних послуг, види, якість й обсяги яких відповідають рівню захворюваності й запитам населення, сучасному рівню медичної науки й технології, а також ресурсам, розміщеним державою й громадянами. Досягнення цієї мети припускає: розвиток механізмів координації діяльності всіх ланок системи управління охороною здоров'я; реструктуризацію мережі закладів охорони здоров'я; реформування системи фінансування охорони здоров'я; удосконалення правових форм та економічних механізмів функціонування медичних організацій; створення раціональної системи державних гарантій лікарського забезпечення населення; розвиток наукових досліджень і технологічних розробок для поліпшення якості наданих медичних послуг і лікарських засобів; зміцнення інститутів захисту прав пацієнтів;

¹⁵ Побудовано на основі даних : [19; 64; 86]

3) створення умов для збільшення коштів, які інвестуються населенням, працівниками й роботодавцями, у формування суспільного здоров'я. Для цього необхідно: забезпечити високий пріоритет здоров'я в системі соціальних цінностей суспільства; створити можливості і стимули для розширення інвестицій роботодавців і працівників у поліпшення стану здоров'я населення;

4) поліпшення якісної сторони функціонування системи охорони здоров'я шляхом модернізації матеріально-технічної бази галузі. З цією метою доцільно розробити й впровадити процедуру планування забезпечення служб охорони здоров'я сучасним високотехнологічним устаткуванням; узгодити плани оснащення державних і муніципальних медичних закладів з медико-організаційною схемою надання медичної допомоги; розробити стандарти оснащення різних типів медичних організацій і лікарняних ліжок. Варто ввести обов'язковість узгодження рішень про інвестиції в охорону здоров'я (будівництво нових об'єктів охорони здоров'я й придбання дорогого устаткування) за рахунок коштів обласного бюджету й бюджетів місцевого самоврядування з вищими органами виконавчої влади.

Висновки до розділу 3

Результати дослідження перспектив росту фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я в умовах соціально-економічних трансформацій дають підстави зробити певні висновки.

Незважаючи на прийняття численних правових документів, досягнути відчутних позитивних результатів у галузі охорони здоров'я поки що не вдалося. Про це свідчить як незадовільний стан здоров'я населення, так і стан фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я, який визначається як критичний.

Однією з причин кризи в галузі охорони здоров'я України є відсутність системного стратегічного підходу до її реформування, що вимагає створення єдиного медичного простору України. Серед шляхів покращення ситуації –

проведення широкомасштабних, комплексних послідовних заходів, спрямованих на побудову такої системи охорони здоров'я, яка забезпечує доступність медичних послуг високої якості та безпечності, сприяє максимально можливому покращенню стану здоров'я населення.

Найважливішими шляхами удосконалення формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я вважаємо створенням прозорої, багатоканальної, регульованої державою системи фінансових потоків. У першу чергу, необхідне суттєве розширення недержавних джерел фінансування охорони здоров'я, серед яких чільне місце мають посідати: загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування, добровільне медичне страхування, кошти територіальних громад, благодійних фондів, добровільні внески та пожертвування юридичних і фізичних осіб, кошти, одержані за надання платних медичних послуг. І як доводить досвід багатьох країн, розширення участі громадян позитивно впливатиме на вирішення не тільки проблем щодо фінансування, але й управління, контролю якості та ефективності медичної допомоги.

ВИСНОВКИ

Дослідження концептуальних і практичних засад формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дало змогу виявити актуальні проблеми зазначеного процесу в Україні та сформулювати низку пропозицій щодо їх розв'язання в умовах соціально-економічних трансформацій.

Основною метою соціально-економічного розвитку кожної країни є збереження здоров'я людини, попередження розвитку хвороб та інвалідності, оскільки у системі людських цінностей здоров'я має виняткове значення.

Здоров'я громадян суттєво впливає на процеси і результати економічного, соціального, екологічного і культурного розвитку країни, демографічну ситуацію, стан національної безпеки.

У результаті дослідження теоретичних засад фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я встановлено, що реалізація функцій, покладених на них, неможлива без забезпечення адекватного потребам обсягу фінансових ресурсів та ефективного їх використання. Під фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я доцільно розуміти грошові кошти у фондovій формі, що створюються у результаті розподілу й перерозподілу ВВП, та спрямовуються на формування активів закладів охорони здоров'я для здійснення діяльності, пов'язаної з наданням медичних послуг населенню.

Узагальнення положень наукових досліджень з питань фінансового забезпечення дало змогу виокремити такі форми формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я: бюджетне фінансування, медичне страхування, самофінансування, благодійництво.

Обсяг ресурсів, які спрямовуються на охорону здоров'я, та спосіб фінансування часто визначаються рівнем розвитку країни: чим більш розвиненою є країна, тим більше засобів вона витрачає на фінансування медицини. За рахунок бюджетних коштів формуються фінансові ресурси закладів охорони здоров'я не тільки України, а й більшості розвинених держав світу (Японії, Італії, Норвегії, Фінляндії, Франції, Німеччини, Канади).

Моніторинг фінансового забезпечення охорони здоров'я дав змогу з'ясувати, що джерелами фінансового забезпечення зазначеної галузі в Україні були: державні (суспільні) кошти, які включали ресурси зведеного бюджету і соціального страхування, що становило 51,7% загальних витрат на охорону здоров'я (з них 76,8% коштів місцевих бюджетів, а 23,2% – державного); приватні кошти домашніх господарств, роботодавців, некомерційних організацій, що обслуговують домогосподарства, – 48,1%; кошти іншого світу (кошти міжнародних донорських організацій, спрямованих у систему охорони здоров'я України) – лише 0,2%. Таким чином, українці, які порівняно із своїми

європейськими сусідами мають значно нижчі рівні доходів та соціальних стандартів, водночас є менш захищеними у випадку хвороби, оскільки змушені платити за утримання системи охорони здоров'я з власної кишені значно більшу частку своїх доходів, ніж більш заможні жителі країн – членів ЄС. Як наслідок, близько 3,8% домогосподарств в Україні (640 тис. родин) потерпають від катастрофічних витрат на медицину, 92% населення боїться потрапити у фінансову скруту у випадку хвороби.

Формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я здійснюється за рахунок надходжень Державного бюджету та місцевих бюджетів – бюджетні кошти або суспільні ресурси; доходів фондів медичного страхування, благодійних фондів, доходів фізичних осіб, організацій, підприємств – небюджетні кошти або приватні ресурси.

Основним і найбільш потужним джерелом формування фінансових ресурсів державних і комунальних закладів охорони здоров'я України є ресурси державного та місцевих бюджетів. Результати моніторингу таких показників як частка видатків бюджетів України на охорону здоров'я у ВВП та ВНД упродовж 2011-2018 років дають підстави констатувати, що незважаючи на їх зростання з певними коливаннями у сторону зменшення, починаючи з 2016 року у зв'язку із нестабільною економічною, політичною та військовою ситуацією в Україні спостерігався спад зазначених показників до 3,63% та 3,59% у 2018 році відповідно.

Сучасна система охорони здоров'я з бюджетною моделлю фінансового забезпечення в Україні є неефективною та функціонує незадовільно. У вітчизняній структурі охорони здоров'я пріоритетним є надання послуг найдорожчими постачальниками – лікарнями та вузькими спеціалістами, а роль первинної ланки охорони здоров'я та сімейних лікарів залишається незначною, хоча повільно зростає. Водночас бюджетні асигнування між закладами охорони здоров'я розподіляються відповідно до потреб наявної інфраструктури, а не за результатами діяльності та наданими пацієнтам послугами.

З'ясовано, що проведення політичних та соціально-економічних реформ в

Україні в контексті переходу до ринкових відносин не призвело до адекватних новим умовам перетворень у галузі охорони здоров'я. Сучасна система надання медичної допомоги населенню характеризується обмеженим доступом пацієнтів до якісних медичних послуг в умовах зростаючої захворюваності населення, нераціональною фармацевтичною та кадровою політикою, зношеністю матеріально-технічної бази та майже повною відсутністю сучасного лікувально-діагностичного обладнання у закладах охорони здоров'я, соціальною незахищеністю медичних працівників, зростанням масштабів «тіньових» розрахунків за надані послуги, неефективністю управління фінансами медичних інституцій. Причиною зазначеної ситуації є відсутність єдиної виваженої стратегії реформування організаційно-економічних засад системи охорони здоров'я, спрямованої на покращення фінансового забезпечення галузі, що орієнтована на реальні потреби пацієнтів, шляхом більш ефективного розподілу та використання обмежених фінансових ресурсів.

Визначено комплекс заходів щодо удосконалення формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я: 1) встановити базовий пакет гарантованого державою обсягу медичних послуг населенню та забезпечити адекватний розмір фінансових ресурсів для організації їх надання; 2) запровадити контрактні закупівлі медичних послуг; 3) підвищити рівень фінансової та управлінської автономії медичних закладів; 4) диверсифікувати джерела фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я шляхом залученням бюджетних коштів, як основного джерела фінансування, коштів від медичного страхування, надання платних медичних і немедичних послуг, благодійних внесків та інших джерел, не заборонених законодавством. Додатковими джерелами бюджетних коштів можуть стати надходження від оподаткування ринкових благ, які негативно впливають на стан здоров'я людини, екологічні платежі та ін.; 5) змінити підхід у фінансуванні «утримання закладів охорони здоров'я» на користь підходу «оплата наданих медичних послуг»; 6) запровадити подушне фінансування – для оплати медичних послуг амбулаторно-поліклінічних закладів і фінансування за методом глобального

бюджету – для лікарняних закладів; 7) розширити перелік платних послуг, які можуть надаватися безпосередньо закладами охорони здоров'я, та розробити методику визначення їх вартості; 8) забезпечити формування конкурентних умов діяльності медичних закладів, регулювання вартості медичних послуг та підвищення якості медичного обслуговування населення. З цією метою мають бути розроблені єдині тарифи на оплату медичних послуг, що усуватиме цінову конкуренцію між лікарями, однак стимулюватиме їх до збільшення кількісних і якісних показників роботи; 9) запровадити змішану модель оплати праці для лікарів первинної ланки медико-санітарної допомоги, а в оплаті праці лікарів стаціонарного сектору медичної допомоги виокремити постійну і змінну частини; усунути міжпосадові диспропорції.

З метою усунення неофіційних розрахунків у закладах охорони здоров'я, забезпечення надання якісної медичної допомоги в умовах дефіциту фінансових ресурсів обґрунтовано необхідність залучення населення до участі в оплаті за медичну допомогу та розроблення алгоритму розрахунку величини часткової оплати населення за стаціонарну і амбулаторно-поліклінічну медичну допомогу населенню, засновану на відшкодуванні хворими частини витрат за лікування з урахуванням надходження фінансових ресурсів до закладу охорони здоров'я із бюджету та інших джерел. Такий захід сприятиме стримуванню громадян від «дріб'язкових» звернень до медичних закладів, стимулюватиме їх займатися профілактикою захворювань.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Акуленко Л. Бути здоровим по-європейськи. Що діється в системі громадського здоров'я? URL: <http://texty.org.ua/pg/blog/nartext/read/72864>
2. Баєва О. В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: навч. посібн. К.: Центр учбової літератури, 2008. 640 с.
3. Базилевич В. Д. Страхування: підруч. / ред. В. Д. Базилевич. К.: Знання, 2008. 1019 с.
4. Бетлій О. Ефективність видатків Міністерства охорони здоров'я

України : аналіз бюджетних запитів. URL: <http://www.ier.com.ua/ua/publications>

5. Богатирьова Р. В. Методика визначення вартості медичних послуг / Р. В. Богатирьова, О. К. Толстанов, В. П. Дуда та ін. *Український медичний часопис*. 2013. Вип. 5 (97) IX/X. URL: <http://www.umj.com.ua/article/67247>

6. Бюджетна система : навч.-метод. посіб. [для самот. вивч. дисц.] / В. М. Опарін, В. І. Малько, С. Я. Кондратюк, Г. Б. Коломієць.[2-ге вид., перероб. і доп.]. К. : КНЕУ, 2002. 336 с.

7. Бюджетна система: підруч. / за ред. С. І. Юрія, В. Г. Дем'янишина, О. П. Кириленко. Тернопіль : ТНЕУ, 2013. 624 с.

8. Бюджетна система: підручник / за наук. ред. В. М. Федосова, С. І. Юрія. К.: Центр учбов. літератури; Тернопіль : Екон. думка, 2012. 871 с.

9. Бюджетний кодекс України № 2456-VI від 08.07.2010 р. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/2456-17>.

10. Василик О. Д. Теорія фінансів: підруч. К. : НІОС, 2001. 416 с.

11. Головінов О. М. Людський капітал в системі виробничих відносин : монограф. Донецьк: ДонДУЕТ, 2004. 161 с.

12. Горин В. [Фінансові аспекти реформування охорони здоров'я у зарубіжних державах : висновки для України](#). *Світ фінансів*. 2014. Вип. 1. С. 168-179.

13. Горин В. П. Формування фінансових ресурсів охорони здоров'я в контексті виконання критеріїв економічної безпеки. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія»*. 2013 р. № 23. С. 216–222.

14. Дем'янишин В. Г. Теоретична концептуалізація і практична реалізація бюджетної доктрини України : монограф. Тернопіль: ТНЕУ, 2008. 496 с.

15. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні : навч.-наук. вид. / авт. кол. : М. М. Білинська, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова та ін. ; за заг. ред. проф. М. М. Білинської. К. ; Львів : НАДУ, 2012. 240 с.

16. Дивоняк М.Д. Планування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я України. Збірник тез всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки» Тернопіль. 2020. С.137-139.

17. Дивоняк М. Д. Зарубіжний досвід формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я та можливості його імплементації в українських реаліях. Актуальні проблеми економіки, підприємництва та управління на сучасному етапі: Матеріали доповідей V Ювілейної науково-практичної конференція студентів та молодих вчених з міжнародною участю. Тернопіль. 2020. С.93-96.

18. Загородній А. Фінансовий словник. [3-тє вид., випр. та доп.]. К. : Знання : КОО, 2000. 404 с.

19. Загорський В. С. Управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я : монограф. Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2010. 276 с.

20. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» № 2801-ХІІ від 19.11.1992 р. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws>

21. Закон України «Про Державний бюджет України на 2017 рік» від 21.12.2016 р. № 1801-VIII. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1801-19>.

22. Закон України «Про страхування» № 86/98 – ВР від 07.03.1996 р. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/85/96-вр>.

23. Звіти про виконання Державного та місцевих бюджетів України за 2011-2018 рр. Офіційний сайт Державної казначейської служби України. URL: <http://www.treasury.gov.ua>.

24. Звітність Головного управління Державної казначейської служби України у Тернопільській області про виконання місцевих бюджетів Тернопільської області у 2009-2015 рр.

25. Карпишин Н. Сутність, джерела та форми фінансового забезпечення охорони здоров'я . *Світ фінансів*. 2007. Вип. 2. С. 63-72.

26. Квартальний звіт Державної казначейської служби України про виконання Державного та місцевих бюджетів України за третій квартал 2016

року. URL: <http://www.treasury.gov.ua/main/uk/doccatalog/list?currDir>.

27. Кияшко А. Медицинское страхование. Как страховой компании выжить в кризис? URL: <http://forinsurer.com/public/15/04/09/4716>.

28. Козьменко С. М. Аналіз законодавчих ініціатив щодо обов'язкового медичного страхування в Україні URL: <https://docviewer.yandex.ua/?url>.

29. Конституція України : Закон України № 254к/96-ВР від 28.06.1996 р. URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>.

30. Крупка М. І. Фінансово-кредитний механізм інноваційного розвитку економіки. *Фінанси України*. 2001. №11. С. 86-98.

31. Лободіна З. Бюджетне забезпечення соціальної сфери в умовах побудови соціально-орієнтованої економіки в Україні. *Світ фінансів*. 2013. Випуск 4. С. 69-79.

32. Лободіна З. Правові засади управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я дітей. *Світ фінансів*. 2009. Випуск 4 (21). С.105-113.

33. Лободіна З. Реформування системи оплати медичних послуг закладів охорони здоров'я дітей: перспективи запровадження глобального бюджету. *Світ фінансів*. 2007. Вип. 4. С. 151-162.

34. Лободіна З. Фінансові ресурси закладів охорони здоров'я дітей: реалії формування та перспективи зростання. *Світ фінансів*. 2007. Вип. 2. С. 73-84.

35. Лободіна З. М. Проблеми та шляхи удосконалення планування видатків місцевих бюджетів в контексті реалізації бюджетної реформи. Збірник тез доповідей Дванадцятій Міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених «Економічний і соціальний розвиток України в ХХІ столітті : національна візія та виклики глобалізації» (Тернопіль, 26-27 березня 2015 р.). Тернопіль: Астон. 2015. С. 170-171.

36. Лободіна З. М. Удосконалення національної моделі фінансування охорони здоров'я . *Фінанси України*. 2010. № 4. С. 88-97.

37. Лопушняк Г. Фінансова політика інвестиційно-інноваційного

розвитку охорони здоров'я. *Формування ринкових відносин в Україні*. 2014. № 11 (162). С. 45-54.

38. Львовичкін С. В. Макрофінансова стабілізація в Україні у контексті економічного зростання: монограф. К.: КНЕУ, 2003. 431с.

39. Матеріали діяльності Комунального некомерційного підприємства «Тернопільська міська дитяча комунальна лікарня» URL: https://youcontrol.com.ua/catalog/company_details/04528442/

40. Методичні рекомендації щодо планування видатків та використання бюджетних коштів для надання медичної допомоги закладами охорони здоров'я Київ, 2011. 29 с. URL: http://moz.gov.ua/docfiles/Method_budget.pdf.

41. [Мокрицька А. Сучасні реалії, практика та проблеми бюджетного планування видатків на охорону здоров'я. *Світ фінансів*. 2009. № 4. С. 114-121.](#)

42. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2014 році: Статистичний бюлетень / Державна служба статистики України. Київ, 2016. – 132 с. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua>.

43. Ніколаєнко С. М. Основні тенденції розвитку ринку медичного страхування в Україні. *БізнесІнформ*. 2013. № 1. С. 281-287.

44. Огородник С. Я. Финансово-кредитные методы повышения эффективности промышленного производства / под общ. ред. С. Я. Огородника. К.: Техника, 1990. 238 с.

45. Опарін В. М. Фінанси (Загальна теорія): навч. посібник. 2-ге вид.; доп. і перероб. К.: КНЕУ, 2002. 240 с.

46. Павлюк К. Децентралізація в системі фінансування охорони здоров'я. *Фінанси України*. 2015. № 4. С. 67-85.

47. Павлюк К. Удосконалення механізмів фінансування медичних послуг в Україні. *Фінанси України*. 2016. № 2. С. 64-82.

48. Підсумки діяльності галузі охорони здоров'я за 2015 рік. Офіційний сайт Департаменту охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації. URL: <http://www.doz.te.gov.ua>.

49. Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання надання медичної субвенції з державного бюджету місцевим» № 11 від 23.01.2015 р. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/11-2015-п>.

50. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти» № 1138 від 17.09.1996 р. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1138-96-п>.

51. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження формули розподілу обсягу медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам» № 618 від 19.08.2015 р. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show>

52. Реформи охорони здоров'я в Республіці Грузія: від радянської руїни до охорони здоров'я на ринковій основі / Бендукідзе К., Редер Ф.С., Танер М., Урушадзе А. К.: Вид-во: ТОВ «НВП «Інтерсервіс», 2014. 52 с.

53. Річні звіти Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг за 2014 р. Офіційний сайт Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг . URL: [http://nfp.gov.ua/files/Додаток% 201.pdf](http://nfp.gov.ua/files/Додаток%201.pdf).

54. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 56 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення частини третьої статті 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» (справа про безоплатну медичну допомогу) № 10-рп/2002 від 29.05.2002 р. URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/v010p710-02/paran54#n54>.

55. Рішення Тернопільської обласної ради «Про обласний бюджет на 2016 рік» № 38 від 4.01.2016 р. . URL: <https://drive.google.com/drive/folders/0B5aq>

56. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я України» № 1013-р від 30.11.2016 р. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80>.

57. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення концепції розвитку системи громадського здоров'я в Україні» №1002-р від 30.11.2016 р. URL: <http://www.kmu.gov.ua/control/uk/cardnpd?docid=249618799>.

58. Розрахункові показники обсягів медичної субвенції з державного бюджету у розрізі рівнів місцевих бюджетів Тернопільської області на 2017 р. Міністерство фінансів України.

59. Романенко О. Р. Фінанси : підруч. К.: Центр Навчальної Літератури, 2003. 312 с.

60. Романченко М. І. Тенденції та перспективи розвитку добровільного страхування медичних витрат в Україні / М. Романченко // Ефективна економіка. 2014. № 5. URL: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=3050>.

61. Рубцова Н. М. Сучасний стан ринку медичного страхування в Україні : проблеми і перспективи розвитку. *Фінансовий простір*. 2015. № 4(20). С. 167-172.

62. Рудий В. Законодавчі проблеми автономізації постачальників та запровадження контрактних закупівель медичних послуг в Україні: посіб. К., 2006. 62 с.

63. Рудий В. Контроль над витратами і ефективне використання ресурсів як засоби покращення системи охорони здоров'я в Україні. URL: http://www.healthfin.kiev.ua/pages/review/res_6u.htm.

64. Рудий В. М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні : монограф. К. : Сфера, 2005. 272 с.

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

66. Скочиляс С.М. Моделювання в галузь охорони здоров'я на регіональному рівні. Медична інформатика та інженерія. Науково-практичний журнал. Київ, 2020. Випуск 1(49). С.71-77.

67. Солоненко І.М. Міжнародні тенденції державної політики та управління реформуванням у галузі охорони здоров'я. *Вісник української*

академії державного управління. 2001. № 1. С. 187-190.

68. Статистичний бюлетень «Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2013 році». Державна служба статистики України. Київ, 2015. 213 с. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua>.

69. Статистичний збірник «Бюджет України 2015». Міністерство фінансів України. Київ, 2016. 308 с. URL: <http://www.minfin.gov.ua>.

70. Стецюк Т. І. Суб'єктна складова медичного страхування. *Ринок цінних паперів України*. 2009. № 5-6. С. 9-13.

71. Стецюк Т. І. Сутність медичного страхування та його місце в системі соціального захисту населення. *Фінанси, облік і аудит: зб. наук. праць*. К. : КНЕУ, 2008. Вип. 11. С. 142-148.

72. Стратегія ВООЗ «Основи політики досягнення здоров'я для всіх в Європейському регіоні» («Здоров'я–21»). URL: : <http://www.euro.who.int>.

73. Ткачук Н. М. Фінансування бюджетних установ: теоретична сутність, форми і методи. *Наука й економіка*. 2010. № 2 (18). С. 99-105.

74. Тулай О. І. Фінансове забезпечення охорони репродуктивного здоров'я в умовах трансформаційної економічної системи: дис. кандидата екон. наук : 08.04.01 / Тулай Оксана Іванівна. Тернопіль, 2005. 179 с.

75. Фінанси: підруч. / за ред. С. І. Юрія, В. М. Федосова. – 2-ге вид. переробл. і доповн. К.: Знання, 2012. 687 с.

76. Фінансова політика інвестиційно-інноваційного розвитку України : монограф. / За ред. В. Г. Дем'янишина. Тернопіль: Економічна думка, 2014. 467 с.

77. Чкан І. О. Тенденції розвитку добровільного медичного страхування в Україні. *Фінансовий простір*. № 1 (17). 2015. С. 292-295.

78. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік. К., 2014. 438 с.

79. Акімова Т. В. Финансовые ресурсы системы здравоохранения в России : дис. кандидата экон. наук : 08.00.10. Саратов, 2004. 179 с.

80. Грязнова А. Финансово-кредитный энциклопедический словарь. М., 2002. 1168 с.
81. Экономика и управление здравоохранением: уч. пособ. / Л. Ю. Трушкина, Р. А. Тлепцеришев, А. Г. Трушкин, Л. М. Демьянова. 2-е изд. Ростов-на-Дону: Феникс, 2004. 384 с.
82. Залетов А. Страховой рынок Украины 2013: итоги и перспективы развития. *Insurance Top*. 2014. № 1 (45). С. 3-15.
83. Кокшаров А. Поздно поворачивать обратно. *Эксперт*. 2012. № 6(789). URL: <http://expert.ru/expert/2012/06/pozdno-povorachivat-obratno/>.
84. Кох Р. Менеджмент и финансы от А до Я / Р. Кох; [пер. с англ. В. Біленького]. СПб.: Питер, 1999. 496 с.
85. Нагребецкий А. Система здравоохранения Великобритании – «полвека на страже». *Здоровье Украины*. 2008. № 3. С. 10-11.
86. Салтман Р. Б. Реформы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. 432 с.
87. Семенов В. Ю. Экономика здравоохранения: уч. пособ. М.: МЦФЭР, 2004. 656 с.
88. США: краткий обзор реформы здравоохранения. *Обзор Центра макроэкономических исследований Сбербанка России*. 2010. март. URL: http://www.sbrf.ru/common/img/uploaded/files/pdf/press_center/Review.
89. Тэннер М. Сравнительный анализ систем здравоохранения в разных странах. URL: http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/m_03_A.html.
90. Улумбекова Г. Реформа здравоохранения США: уроки для России. *Социальные аспекты населения*. 2012. № 5. URL: <http://vestnik.mednet.ru>.
91. Хелм Т. Врачи протестуют против «тихой» приватизации здравоохранения Великобритании. *INFOфорум*. 2013. URL: <http://www.inoforum.ru/inostranna>.
92. Шкільняк М. М., Овсянюк-Бердадіна О.Ф., Крисько Ж.Л., Демків І.О. Менеджмент. навч. посіб. Тернопіль: КРОК, 2017. 252 с.