

Юзефович Сергій Богданович

студент гр. ДСПУАзм-12, ННПУ, ЗУНУ, м. Тернопіль

Науковий керівник: д.е.н., доцент Горин В. П.

ПРОБЛЕМИ ДИВЕРСИФІКАЦІЇ ДЖЕРЕЛ ФІНАНСОВИХ РЕСУРСІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

В умовах утвердження концепції сталого інклюзивного розвитку стан охорони здоров'я в країні є одним із головних показників, що свідчать про рівень суспільного добробуту й ставлення органів влади до громадян. Останні роки переконливо довели, що від належного функціонування охорони здоров'я залежить можливість функціонування інших сегментів національної економіки, адже в період розгортання епідемії коронавірусу мінімізувати суспільні втрати змогли найперше країни з розвинутою системою охорони здоров'я.

Останні роки позначені активним реформуванням вітчизняної системи охорони здоров'я з метою подолання багаторічної тенденції до її деградації. «Змінюється ідеологія здійснення медичної допомоги, фінансово-господарські та ринкові механізми в галузі охорони здоров'я та сама ця система загалом» [5]. У науковій літературі проблеми охорони зазвичай пов'язують із недостатнім фінансуванням. Незважаючи на щорічне зростання видатків на потреби галузі, вона відчуває значний дефіцит фінансування, який оцінюють до 1/3 від обсягу коштів, мінімально необхідного для її функціонування [2, с. 195]. Проблеми системної кризи в охороні здоров'я, на наш погляд, полягають не тільки у нестачі фінансових ресурсів, але й у багаторічній відсутності реформ щодо підходів та методів управління цими коштами, збереження успадкованої з радянських часів моделі фінансування галузі. Проблема диверсифікації джерел фінансування й ефективного управління ресурсами охорони здоров'я ще більше загострилася в умовах повномасштабної війни проти України, коли руйнується економічна основа формування бюджетних ресурсів (які є головним джерелом фінансування медичних закладів), в той час як охорона здоров'я потребує додаткових ресурсів для збереження своєї функціональності при зростанні потреби у медичних послугах.

Незважаючи на те, що у науковій літературі є достатньо багато визначень цього поняття, погоджуємось із науковою позицією З. Лободіної, яка розуміє під фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я «грошові кошти у фондovій формі, які 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» [4, с. 82]. Фінансові ресурси закладів охорони здоров'я формуються з багатьох джерел, проте у будь-якій країні структура фінансування галузі передбачає першість одного джерела. Відповідно до цього, в науковій літературі виділяють кілька моделей фінансового забезпечення охорони здоров'я: бюджетну модель, в основі якої лежить покриття витрат на надання медичних послуг населенню з бюджету; страхову модель, за якої переважають кошти медичного страхування;

ринкову модель, де провідну роль у фінансуванні охорони здоров'я відіграють власні кошти населення, а медичні заклади надають послуги на комерційних засадах. Проте, жодна із цих моделей на теперішній час у «чистому» вигляді не функціонує, в більшості держав фінансування охорони здоров'я передбачає комбінацію елементів різних моделей. Відтак, традиційний підхід до виділення моделей фінансового забезпечення галузі застарів. Більш об'єктивним, на наш погляд, є їхній розподіл за критерієм ролі суспільних фінансових ресурсів у фінансуванні медичних послуг. За ним, доцільно виокремлювати суспільну модель (як джерело фінансування медицини превалюють усупільнені кошти, зосереджені у бюджетах чи страхових фондах), ринкову модель (переважають кошти населення), змішану суспільно-ринкову модель (комбінація елементів двох попередніх у різних пропорціях).

Незважаючи на те, що за усіма формальними ознаками вітчизняну модель фінансування охорони здоров'я розглядають як бюджетну, понад половину сукупних ресурсів, які надходять у галузь, забезпечує населення. Для сфери медичних послуг актуальною проблемою є високий рівень тіньових платежів у вигляді неформальної плати чи «віддяки» лікареві. Причиною існування цих платежів є суспільний стереотип про необхідність здобути лояльність лікаря, щоб сподіватись на якісну медичну допомогу. Крім цього, населення майже в повному обсязі оплачує вартість медичних препаратів, процедур, діагностики та спеціальних обстежень тощо. Незважаючи на те, що частина цих платежів є офіційною, проблема високого рівня тінізації медичних витрат залишається. При підготовці законодавства щодо проведення медичної реформи положення щодо легалізації медичних «подяк» у формі співплатежів (офіційні платежі при зверненні за медичною допомогою) були передбачені, однак в процесі розгляду законопроекту вони були вилучені.

Проте, найбільші зміни впроваджуються щодо бюджетного фінансування охорони здоров'я, яке трансформується відповідно до принципу «гроші йдуть за пацієнтом». Він означає, що держава відмовляється від фінансування медичних закладів відповідно до кошторису, а переходить до оплати фактично наданих медичних послуг конкретним пацієнтам відповідно до визначених стандартів лікування. Реформована модель бюджетного фінансування охорони здоров'я в Україні містить елементи деконцентрації та централізації водночас. З одного боку, з її впровадженням ліквідовано механізм медичних субвенцій для місцевих бюджетів, а кошти бюджету концентруються в розпорядженні НСЗУ (Національної служби здоров'я України). З іншого боку, впроваджено нову схему оплати медичних послуг, яка відкриває можливість отримати бюджетне фінансування для лікарів приватної практики, приватних медичних закладів. Адже для держави важливо забезпечити надання медичних послуг відповідно до встановлених стандартів, а не утримання установ.

Впровадження нової моделі фінансування з бюджету медичних послуг очікувано має забезпечити єдині стандарти надання медичної допомоги та рівний доступ до медичних послуг для кожного громадянина, незалежно від місця реєстрації. Модель також передбачає справедливий підхід до розподілу

коштів, в основі якого – обсяги діяльності та ефективність. Перевагою нової схеми бюджетного фінансування охорони здоров'я, на наш погляд, є також її висока адаптивність до змін зовнішнього середовища, що дасть змогу зберегти високий рівень якості медичних послуг за умов ускладнення фінансового стану держави. У регіонах, які постраждали від бойових дій і медична інфраструктура пошкоджена чи зруйнована, нова модель розподілу бюджетного фінансування дасть змогу залучити кошти приватного сектору для організації надання для населення медичних послуг. За відсутності бюджетних коштів на ремонти чи відбудову медичних закладів, держава оплачуватиме тільки медичні послуги в межах визначених стандартів, а основне навантаження з їх надання візьмуть на себе приватні медичні заклади.

Іншим наслідком демократизації механізму бюджетного фінансування охорони здоров'я є фінансова автономізація медичних установ та перетворення їх з бюджетних закладів у некомерційні підприємства. Це відкриває можливості для залучення зовнішнього фінансування медичних послуг у формі грантів, благодійної допомоги, проєктного фінансування. Глобальним трендом розвитку бізнесу є посилення уваги до питань корпоративної соціальної відповідності, що виявляється у збільшенні масштабів фінансової участі бізнесу у втіленні проєктів соціального призначення. За цих умов, а також враховуючи високий рівень уваги та співчуття до України через безпрецедентні наслідки військових дій, залучення фінансових ресурсів для потреб охорони здоров'я за схемами фандрайзингу є одним із перспективних способів диверсифікації фінансування галузі. Автономізація медичних закладів, перехід на ринкові умови діяльності відкривають також перспективи впровадження фасиліті-менеджменту (facility management) як інструменту квазі-фінансування (вивільнення ресурсів через економію витрат). Він передбачає передачу непрофільних функцій закладів охорони здоров'я на аутсорсинг, що забезпечує підвищення якості таких послуг (прибирання, догляд за хворими, послуги харчування та ін.) за одночасної економії витрат.

Список використаних джерел:

1. Горин В. П. Соціальні гарантії в системі соціальної безпеки держави: теоретико-методологічний аспект. *Світ фінансів*. 2013. Вип. 2. С. 69-80.
2. Горин В. Фінансові аспекти реформування охорони здоров'я у зарубіжних державах: висновки для України. *Світ фінансів*. 2014. Вип. 1. С. 195-204.
3. Горин В. П. Формування фінансових ресурсів охорони здоров'я в контексті виконання критеріїв економічної безпеки. *Фінансова система України: збірник наукових праць НУ «Острозька академія»*. 2013. Вип. 23. С. 216-221.
4. Лободіна З. Фінансові ресурси закладів охорони здоров'я дітей: реалії формування та перспективи зростання. *Світ фінансів*. 2007. Вип. 2. С. 73-84.
5. Семчук І. В., Кукель Г. С., Роледерс В. В. Впровадження нових підходів до управління закладами охорони здоров'я в умовах ринку.

Ефективна економіка. 2020. № 5. URL:
<http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=7910>

6. Соціальне страхування: підруч. / за ред. О. П. Кириленко та В. С. Толуб'яка. Тернопіль: Екон. думка ТНЕУ, 2016. 516 с.