

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**Західноукраїнський національний університет**  
**Навчально-науковий інститут інноваційних освітніх технологій**  
Кафедра фінансів ім. С.І. Юрія

**БОРИС ВІКТОР СТЕПАНОВИЧ**

**Виклики та перспективи реформування  
фінансування охорони здоров'я в Україні /  
Challenges and prospects of health care financing  
reform in Ukraine**

спеціальність: 072 Фінанси, банківська справа та страхування  
освітньо-професійна програма – Фінанси

Кваліфікаційна робота

Виконав студент групи ФФзм-21  
Борис В. С.

---

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

---

Кваліфікаційну роботу  
Допущено до захисту:

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Завідувач кафедри  
\_\_\_\_\_ **А. І. Крисоватий**

**ТЕРНОПІЛЬ - 2023**

## **Анотація**

Борис В. С. Виклики та перспективи реформування фінансування охорони здоров'я в Україні. Рукопис.

Дослідження на здобуття освітнього ступеня «магістр» за спеціальністю 072 – Фінанси, банківська справа та страхування, освітньо-професійна програма «Фінанси» – Західноукраїнський національний університет, Тернопіль, 2023.

У кваліфікаційній роботі розкриті теоретичні засади фінансування охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи; проведено аналіз практики використання ресурсів бюджетної системи, обов'язкового і добровільного медичного страхування для фінансування медичних послуг; визначено пріоритетні напрями використання зовнішніх резервів і внутрішнього потенціалу для збільшення обсягів фінансових ресурсів охорони здоров'я.

## **Annotation**

Borys V. S. Challenges and prospects of health care financing reform in Ukraine. Manuscript.

Doctoral studies for the education level “Master’s Degree” with the title 072 – “Finance, Banking and Insurance”, Educational and vocational training program “Finance” – West-Ukrainian National University, Ternopil, 2023.

The qualification work reveals the theoretical basis of health care financing in the conditions of medical reform; the practice of the resources using of the budgetary system, mandatory and voluntary health insurance to medical services financing has analysed; priority directions of external reserves and internal potential using to increase of health care financial resources has determined.

## ЗМІСТ

<b>Вступ.....</b>	<b>4</b>
<b>Розділ 1. Теоретичні засади фінансування охорони здоров'я в умовах медичної реформи .....</b>	<b>8</b>
1.1. Сутність та джерела фінансування охорони здоров'я в період проведення медичної реформи в Україні.....	8
1.2. Характеристика переваг і недоліків основних світових моделей фінансування охорони здоров'я.....	16
<b>Висновки до розділу 1.....</b>	<b>24</b>
<b>Розділ 2. Практика фінансування охорони здоров'я в умовах медичної реформи.....</b>	<b>26</b>
2.1. Загальні тенденції формування обсягів та структури фінансування охорони здоров'я.....	26
2.2. Реалії та проблеми бюджетного фінансування охорони здоров'я...	34
2.3. Медичне страхування як джерело фінансування охорони здоров'я.....	43
<b>Висновки до розділу 2.....</b>	<b>48</b>
<b>Розділ 3. Напрями удосконалення фінансування охорони здоров'я в умовах продовження медичної реформи.....</b>	<b>51</b>
3.1. Проблемні питання залучення зовнішніх резервів збільшення фінансових ресурсів охорони здоров'я в період воєнного часу....	51
3.2. Внутрішній потенціал нарощування фінансових ресурсів охорони здоров'я.....	61
<b>Висновки до розділу 3.....</b>	<b>68</b>
<b>Висновки.....</b>	<b>71</b>
<b>Список використаних джерел.....</b>	<b>77</b>

## ВСТУП

Одним із складних та відповідальних завдань державної політики нашої країни в умовах сьогодення є продовження медичної реформи й адаптація системи охорони здоров'я до ефективного функціонування в період воєнного стану та післявоєнного відновлення. Ключовим моментом медичної реформи є зміна підходів до фінансування медичних послуг на основі імплементації принципів залежності між обсягами коштів та результатами діяльності. Разом з тим, новітні геополітичні ризики, економічні проблеми породжують загрози втрати фінансової стабільності системи охорони здоров'я, що може негативно вплинути на якість і доступність медичних послуг для населення. Вирішення цієї проблеми вимагає пошуку способів диверсифікації джерел фінансування галузі охорони здоров'я, цільового та ощадливого використання фінансових ресурсів медичних установ.

Питання розвитку системи охорони здоров'я, організації її фінансування в умовах проведення системних реформ в Україні є одним із важливих напрямів наукових досліджень, що пояснюється винятковим значенням, яке має ця галузь соціальної сфери у підтриманні економічного зростання, визначенні рівня та якості життя населення. Вони відображені у наукових працях таких вчених, як Р. Августин, О. Бойко, В. Горин, П. Гуржий, О. Демченко, Н. Карпишин, В. Лехан, Е. Лібанова, З. Лободіна, С. Онишко, Я. Радиш, Н. Прус, В. Рудий та ін. У них представлені теоретичні засади формування фінансових ресурсів системи охорони здоров'я та її окремих складових, методичні підходи до забезпечення ефективності управління фінансами медичних установ та інші аспекти розвитку галузі. Однак, обґрунтування управлінських рішень з питань продовження медичної реформи у частині вдосконалення фінансування охорони здоров'я не може опиратись тільки на наявну теоретичну і методологічну базу, а потребує подальших наукових розвідок цієї проблематики, з урахуванням нових чинників сьогодення. Це зумовлює актуальність теми роботи, визначає її мету і завдання.

**Мета і завдання дослідження.** Мета кваліфікаційної роботи передбачає поглиблення теоретичних підходів до реформування системи фінансування охорони здоров'я з урахуванням вітчизняної специфіки, оцінювання практики використання бюджетних ресурсів, добровільного та обов'язкового медичного страхування на надання медичних послуг, вироблення рекомендацій щодо адаптації вітчизняної моделі фінансування системи охорони здоров'я до нових суспільно-політичних, безпекових та економічних реалій.

Поставлена мета має комплексний характер, для її досягнення необхідно вирішити низку завдань:

- розкрити сутність та джерела фінансування охорони здоров'я в період проведення медичної реформи в Україні;
- охарактеризувати переваги і недоліки основних світових моделей фінансування охорони здоров'я;
- оцінити загальні тенденції формування обсягів та структури фінансування охорони здоров'я;
- проаналізувати реалії та проблеми бюджетного фінансування охорони здоров'я;
- оцінити внесок медичного страхування у фінансування охорони здоров'я;
- окреслити проблемні питання залучення зовнішніх резервів збільшення фінансових ресурсів охорони здоров'я в період воєнного часу;
- розкрити внутрішній потенціал нарощування фінансових ресурсів охорони здоров'я.

**Об'єктом** дослідження є система фінансування охорони здоров'я як сукупність джерел, форм та методів формування і використання фінансових ресурсів на надання медичних послуг.

**Предметом** дослідження є теоретичні засади та прикладні аспекти фінансування охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи.

**Методи дослідження.** Розроблення сформульованих у роботі мети і завдань потребувало застосування методологічних підходів та методів пізнання

загально- та конкретнонаукового рівня. При написанні підрозділів роботи були застосовані діалектичний, системний та історичний методологічні підходи, а також наступні наукові методи: узагальнення, порівняння, термінологічного і документального аналізу – при розкритті сутності та специфіки системи фінансування охорони здоров'я, виокремленні особливостей світових моделей фінансування медичних послуг; структурно-динамічного, компаративного, графічного і табличного аналізу, індукції і дедукції – при оцінюванні загальних тенденцій фінансування охорони здоров'я в Україні, проведенні аналізу практики спрямування бюджетних ресурсів та ресурсів медичного страхування на надання медичних послуг населенню; аналізу й синтезу, абстрагування, індукції, узагальнення, порівняння – при обґрунтуванні шляхів використання внутрішніх та зовнішніх резервів збільшення обсягів фінансування охорони здоров'я в Україні в умовах проведення медичної реформи.

**Теоретичну та інформаційну базу** написання кваліфікаційної роботи формують законодавство з питань проведення медичної реформи і фінансування охорони здоров'я, одноосібні та колективні праці вітчизняних і зарубіжних вчених, монографічна і навчальна література із тематики дослідження, звітні дані про виконання бюджетів різного рівня і підсумки діяльності страхових компаній, які є учасниками ринку медичного страхування, інтернет-ресурси та інші джерела.

**Наукова новизна одержаних результатів.** Висловлені у кваліфікаційній роботі наукові ідеї розвивають теоретичні засади розвитку системи фінансування охорони здоров'я в Україні у контексті продовження медичної реформи, з урахуванням сучасних реалій та майбутніх перспектив. Автор сформулював особливості вітчизняної системи охорони здоров'я, які зумовлюють параметри її фінансування, визначають завдання і напрями проведення медичної реформи. Напрацьовані рекомендації відображають власну позицію автора щодо перспектив продовження реформ системи фінансування охорони здоров'я у контексті використання внутрішніх і зовнішніх резервів збільшення обсягу фінансових ресурсів, які надходять на надання медичних послуг.

**Практичне значення одержаних результатів.** Отримані автором при розкритті заявлених завдань кваліфікаційної роботи наукові результати мають практичну цінність з позиції їх можливого використання при удосконаленні бюджетного фінансування охорони здоров'я, розвитку медичного страхування, підвищення ефективності управління фінансовими ресурсами медичних закладів. Водночас, теоретичні та аналітичні розробки автора, його висновки та рекомендації можуть бути корисними у навчальному процесі у вищій школі при викладанні навчальних дисциплін циклу професійної підготовки фінансистів.

**Структура роботи.** Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків та списку використаних джерел.

**Апробація результатів дослідження.** Окремі положення кваліфікаційної роботи відображені у наукових працях автора:

– Борис В. Необхідність та передумови розвитку медичного страхування в Україні. *Актуальні питання фінансової теорії та практики*: збірн. матер. Десятої заоч.-дистанц. конф. студентів і молодих вчених (м. Тернопіль, 26 квіт. 2023 р.). Ч. 2. Тернопіль: ЗУНУ, 2023.

– Горин В., Савчук С., Борис В. Характеристика основних світових моделей фінансування охорони здоров'я. *Фінансове забезпечення сталого розвитку*: збірн. наук. праць кафедри фінансів ім. С. І. Юрія Західноукраїнського національного університету. Вип. 3. Тернопіль: ЗУНУ, 2023.

Повний обсяг кваліфікаційної роботи становить 83 сторінки. Основний зміст роботи викладений на 76 сторінках. У роботі 4 рисунки, 9 таблиць. Список використаних джерел налічує 67 позицій.

## Розділ 1

# ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

### 1.1. Сутність та джерела фінансування охорони здоров'я в період проведення медичної реформи в Україні

Ефективність функціонування системи охорони здоров'я є одним із головних критеріїв суспільного добробуту, визначає якість життя населення та свідчить про успішність роботи органів влади. Від того, наскільки ефективно забезпечується потреба суспільства в захисті його здоров'я значною мірою залежать перспективи розвитку багатьох інших галузей економіки. Фізично й морально здорові люди можуть продуктивно працювати, генерувати нові ідеї, приймати нестандартні управлінські рішення, забезпечувати прогрес у різних сферах суспільного життя. В період глобальних потрясінь країни із розвиненою системою охорони здоров'я мають найбільші можливості, щоб мінімізувати суспільні втрати й відновити вийти на траєкторію сталого розвитку.

Характерними ознаками функціонування вітчизняної системи охорони здоров'я впродовж останніх десятиліть були постійний дефіцит фінансування, поступове старіння основних фондів, втрата кваліфікованих кадрів, нестача ліків та медичних препаратів, що мало негативний вплив на якісні показники надання медичних послуг, їхню доступність для широких верств населення. Не менш руйнівні наслідки для системи охорони здоров'я мало неефективне управління фінансовими ресурсами галузі через ігнорування сучасних методів їх розподілу і використання у процесі організації медичного обслуговування. Це зумовило потребу у проведенні системної медичної реформи, покликаної радикально змінити підхід до фінансування медичної допомоги, впровадити ринкові механізми розподілу фінансових ресурсів, в основі яких зв'язок між обсягом коштів та результатами роботи, конкуренція за пацієнта, якість послуг.



Як слушно зазначають І. Семчук та Г. Кукель, «змінюється ідеологія здійснення медичної допомоги, фінансово-господарські та ринкові механізми в галузі охорони здоров'я та сама ця система загалом» [58].

У наукових колах причину проблем у галузі охорони здоров'я вбачають у нестачі коштів на покриття потреб, пов'язаних із наданням медичних послуг. За оцінками В. Горина, «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» [21, с. 195]. Втім, проблеми охорони здоров'я криються не тільки у дефіциті фінансових ресурсів, але й у неефективному управлінні ними, використанні застарілих підходів до розподілу між напрямками надання медичних послуг. Повна залежність охорони здоров'я від бюджетного фінансування зумовлює фінансову нестабільність цієї системи, яка в періоди бюджетного дефіциту знижує свої можливості надавати якісні й доступні медичні послуги. В період війни проблема неефективності діючих підходів до фінансування охорони здоров'я проявилась особливо виразно, коли за наявності зростаючого дефіциту бюджетних ресурсів галузь потребує додаткових фінансових ресурсів для забезпечення функціональності й гарантування медичних послуг.

Розбудова ефективної вітчизняної моделі фінансування охорони здоров'я з урахуванням новітніх викликів та загроз потребує найперше перегляду її теоретичних основ, проведення ґрунтовного аналізу практики функціонування у нових економічних, соціальних та безпекових реаліях. Впродовж останніх років у галузі охорони здоров'я відбувались системні трансформації, покликані диверсифікувати джерела формування її ресурсів, змінити підхід до оплати медичних послуг. Адекватних змін мають зазнати теоретичні засади діяльності системи охорони здоров'я у контексті її фінансування.

Відповідно до норм Основного закону, заданням держави є гарантування кожному громадянину доступу до якісних медичних послуг. Такий підхід до реалізації базового права людини на медичну допомогу відповідає європейській традиції, свідчить про належність України до європейського цивілізаційного

простору. Вітчизняна система охорони здоров'я побудована на принципах доступності й безплатності медичних послуг, що відповідає державній моделі її організації. Проте, в умовах ринку та проблем розвитку нашої країни такий підхід до організації функціонування системи охорони здоров'я не відповідає можливостям економіки, перетворює конституційні норми у декларації, які не мають реального втілення у практичній дійсності. Це ставить питання про зміну підходів до побудови фінансової моделі функціонування охорони здоров'я.

Формування фінансової моделі охорони здоров'я в Україні відбувається під впливом багатьох чинників, які зумовлюють склад джерел її фінансування, методи оплати вартості медичних послуг, розподіл відповідальності між різними фінансовими агентами за покриття витрат на їх надання. До основних особливостей системи охорони здоров'я в Україні, які визначають параметри моделі її фінансування, належать такі:

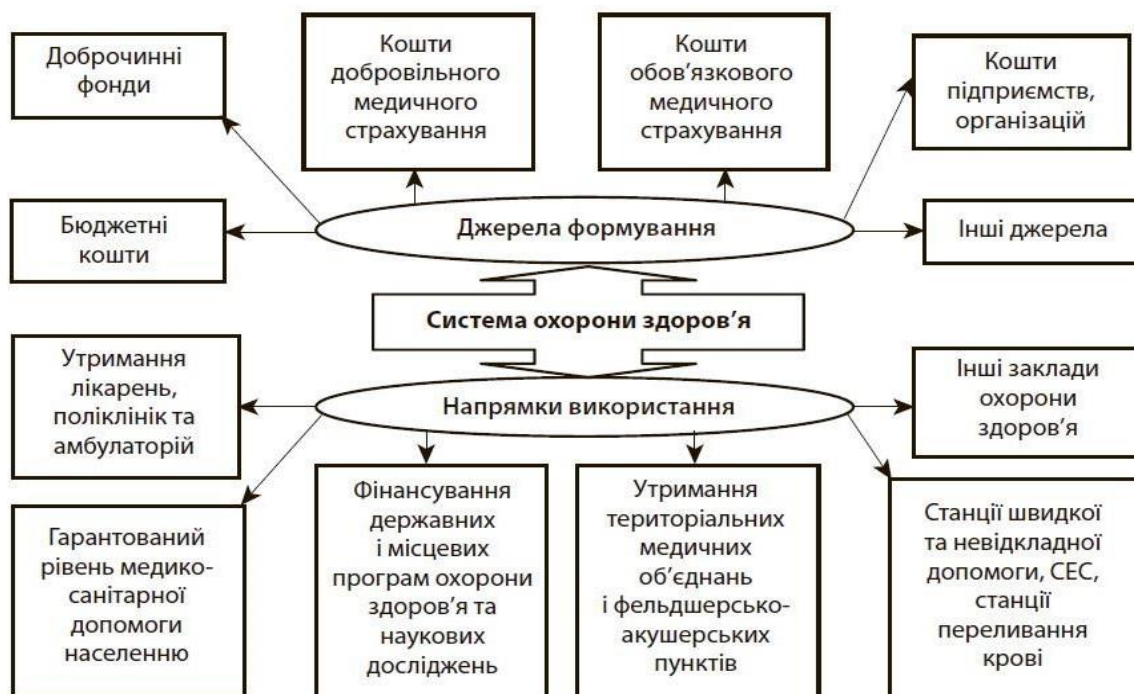
– соціальний характер медичних послуг, які забезпечують одну із базових потреб людини та є конституційно гарантованими. Відповідно, первинним у визначенні параметрів фінансування охорони здоров'я є потреба суспільства у медичних послугах, що спонукає органи влади вишукувати додаткові джерела фінансування галузі при нестачі бюджетних ресурсів. Окремі види медичних послуг, які отримує населення, без відсутності бюджетного фінансування, були б недоступними для абсолютної більшості громадян, однак статус держави як соціальної, визначає її зобов'язання щодо постачання ці медичні послуги на безкоштовній основі;

– абсолютне домінування медичних закладів державної та комунальної форм власності у наданні медичних послуг, попри створені умови для розвитку недержавного сегменту охорони здоров'я. В рамках медичної реформи значну частину медичних закладів було переведено у статус некомерційних суб'єктів господарювання, що розширило їхні можливості у самостійному управлінні фінансовими ресурсами відповідно до фінансового плану. Кошторисну форму фінансування збережено для невеликої частини закладів охорони здоров'я, які мають особливе значення для держави;

– превалювання бюджетних ресурсів серед джерел фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я. Автономізація медичних закладів дала їм додаткові можливості диверсифікувати джерела доходів, але провідну роль продовжують відігравати бюджетні ресурси, які надходять від єдиного фінансового оператора системи охорони здоров'я – Національної служби здоров'я України. Цей орган здійснює оплату закладам охорони здоров'я наданих ними медичних послуг за рахунок коштів державного бюджету;

– формування власних доходів закладів охорони здоров'я перебуває під контролем з боку державного регулятора, воно виявляється у регулюванні переліку платних медичних послуг, процесів ціноутворення на них, визначенні умов отримання надходжень від послуг за неосновним профілем діяльності. Через високий рівень регулювання джерела власних доходів закладів охорони здоров'я залишаються невідчутими у фінансовому плані.

Вітчизняне законодавство у сфері охорони здоров'я передбачає значний перелік джерел її фінансування, проте їх основу формують ресурси бюджетної системи та власні кошти населення (рис. 1.1).



**Рис. 1.1. Джерела фінансування та напрями використання коштів системи охорони здоров'я**

*Джерело: побудовано автором самостійно*

Для галузі охорони здоров'я притаманний високий рівень неофіційних платежів за медичні послуги, що дає підстави частині науковців стверджувати про провідну роль населення у формуванні фінансової бази галузі. Причини стійкості неформальних платежів лежать в усталених суспільних переконаннях, що для отримання належної уваги до свого захворювання і якісної медичної послуги слід додатково віддячити лікареві, праця якого належно не оплачена. Такий стереотип породжений багаторічною практикою недофінансування галузі охорони здоров'я та зокрема праці медичних працівників, на здобуття кваліфікації яких необхідно витратити багато коштів, фізичних і моральних сил. На відміну від зарубіжної практики, де лікарі належать до високооплачуваних категорій працівників, в Україні це кадри соціальної сфери, які мають заробітні плати нижче середнього.

На відміну від зарубіжних моделей охорони здоров'я, де бюджетні чи страхові механізми покривають повну вартість медичних послуг, в Україні при «безкоштовності» медичного обслуговування оплата вартості медикаментів та медичних засобів практично повністю перекладена на пацієнтів. Платними є також спеціальні обстеження, процедури та інші супутні до медичних послуги. Саме ці чинники зумовлюють вагоме значення ресурсів домогосподарств як джерела фінансування охорони здоров'я.

Старт медичної реформи припадає на 2016 рік, із початком реалізації Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 рр. [40] і розробленої на її виконання Концепції реформування фінансування системи охорони здоров'я. Останнім документом передбачено наступні новації: «запровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги; утворення єдиного національного замовника медичних послуг; забезпечення передумов для реалізації місцевою владою повноважень у сфері охорони здоров'я; автономізація провайдерів медичних послуг; запровадження принципу «гроші ідуть за пацієнтом»; розбудова сучасної системи управління медичною інформацією» [51].

Концептуальні положення медичної реформи набули свого правового визначення у Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Цим нормативно-правовим актом «визначено основні державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів населенню за кошти державного бюджету за програмою медичних гарантій; також регламентується порядок укладання договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій та порядок розрахунку тарифів для оплати медичних послуг і лікарських засобів» [50]. Крім впровадження Програми медичних гарантій населенню та створення органу з управління фінансовими ресурсами системи охорони здоров'я, Закон також передбачив цифровізацію діяльності галузі шляхом впровадження електронної системи охорони здоров'я. За Міністерством охорони здоров'я, яке до реформи виступало головним розпорядником коштів бюджету на медицину, у нових умовах закріплено повноваження з контролю за якістю медичних послуг, а також виробленням пріоритетів державної політики у сфері охорони здоров'я.

Провідна ідея медичної реформи полягає у зміні механізму бюджетного фінансування охорони здоров'я. Реалізуючи раніше апробований в інших сферах принцип «гроші ходять за людиною», держава відмовилась від моделі фінансування охорони здоров'я, яка передбачала покриття витрат медичних закладів відповідно до кошторису і впровадила схему оплати наданих закладом медичних послуг пацієнтам на основі затверджених протоколів лікування та розрахунку вартості конкретної медичної послуги.

З погляду управління, медична реформа має ознаки централізації фінансування та демократизації процесу надання послуг. З одного боку, зміна фінансової моделі охорони здоров'я призвела до відмови від використання медичної субвенції, оскільки медичні установи перейшли на прямі фінансові відносини із НСЗУ як головним замовником медичних послуг. Це призвело до вищого рівня централізації видатків на охорону здоров'я у державному бюджеті. З іншого боку, нова модель фінансування послуг, а не діяльності,

відкрила доступ до їх надання за рахунок бюджетних коштів приватними провайдерми, які мають для цього відповідні матеріальні, кадрові ресурси та ліцензію на право здійснення цього виду діяльності. Таким чином, можливість отримати оплату медичних послуг поширена на приватні медичні заклади, лікарів загальної практики, які надають медичні послуги в межах професійної діяльності (як підприємці).

Отож, реформована модель фінансування охорони здоров'я передбачає формування фінансових ресурсів галузі з таких джерел:

– державного та місцевих бюджетів, фондів соціального страхування, тобто складових системи публічних фінансів. Ресурси державного бюджету надходять на фінансування Програми медичних гарантій населенню, в рамках якої оплачується гарантований пакет медичних послуг. Оплата наданих послуг закладу охорони здоров'я здійснюється лише за наявності у нього ліцензії на провадження медичної практики. Подібні вимоги ставляться і до лікарів, які надають медичні послуги в межах індивідуальної професійної діяльності. Крім Програми медичних гарантій, кошти державного бюджету спрямовуються на реалізацію загальнодержавних програм громадського здоров'я та інші цілі. За рахунок ресурсів місцевих бюджетів можуть покриватись витрати на надання медичних гарантій населенню понад визначені законодавством обсяги, а також реалізуватись програми модернізації і розвитку матеріальної бази комунальних закладів охорони здоров'я, місцеві програми громадського здоров'я. Окремі громади в рамках цих програм передбачають різні схеми фінансової допомоги медичному персоналу, щоб привабити кваліфікованих лікарів для роботи у віддалених від урбаністичних центрів сільських закладах охорони здоров'я (табл. 1.1);

– коштів приватного сектору економіки, власних коштів населення та ресурсів інституцій громадянського суспільства. Бізнес-структури та населення можуть спрямовувати власні кошти на пряму оплату вартості медичних послуг, які не включені до встановленого державою пакету медичних гарантій. Ціни на такі медичні послуги не регламентовані у правовий спосіб, кожен медичний

заклад визначає їх самостійно. Участь приватних бізнес-структур і населення у фінансуванні охорони здоров'я реалізується також через системи обов'язкового та добровільного медичного страхування, а бізнес-структури також надають різного роду фінансову підтримку та беруть співучасть у реалізації проектів розвитку галузі охорони здоров'я в рамках програм корпоративної соціальної відповідальності. Впродовж останніх років помітним є зростання ролі інституцій громадянського сектору (благодійні фонди, каси взаємодопомоги, громадські рухи, релігійні громади) у фінансовій підтримці закладів та заходів у сфері охорони здоров'я.

Таблиця 1.1

### Розподіл видатків державного та місцевих бюджетів на охорону здоров'я

Норми Бюджетного кодексу	Перелік видаткових повноважень
<b>Стаття 87.</b> Видатки з Державного бюджету України	<ul style="list-style-type: none"> <li>– програми в галузі охорони здоров'я, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій;</li> <li>– програма державних гарантій медичного обслуговування населення;</li> <li>– державні програми громадського здоров'я та заходи боротьби з епідеміями;</li> <li>– державні програми розвитку та підтримки закладів охорони здоров'я, що перебувають у державній власності;</li> <li>– державні програми та заходи у сфері охорони здоров'я, що здійснюються державними установами, які не є учасниками програми державних гарантій медичного обслуговування населення</li> </ul>
<b>Стаття 89.</b> Видатки з бюджетів територіальних громад	<ul style="list-style-type: none"> <li>– місцеві програми громадського здоров'я;</li> <li>– оплата комунальних послуг та енергоносіїв комунальних закладів охорони здоров'я для забезпечення надання медичних послуг за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення;</li> <li>– місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, місцеві програми надання населенню медичних послуг понад обсяг, передбачений програмою державних гарантій медичного обслуговування населення</li> </ul>
<b>Стаття 90.</b> Видатки з обласних бюджетів	<ul style="list-style-type: none"> <li>– регіональні програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, регіональні програми надання медичних послуг понад обсяг, передбачений програмою державних гарантій медичного обслуговування;</li> <li>– оплата комунальних послуг та енергоносіїв комунальних закладів охорони здоров'я, які перебувають в управлінні обласних рад, для забезпечення надання медичних послуг за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення;</li> <li>– інші заклади та заходи у системі охорони здоров'я (будинки дитини, заклади служби крові, медико-соціальні експертні комісії);</li> <li>– регіональні програми громадського здоров'я.</li> </ul>

*Джерело:* побудовано автором за [13].

«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» [66, с. 148-149].

## **1.2. Характеристика переваг і недоліків основних світових моделей фінансування охорони здоров'я**

Реалізація конституційно визначеного права людини на доступ до якісної медичної допомоги зумовлює проведення державної політики, спрямованої на реформування чинної системи охорони здоров'я, розбудову спроможної моделі її фінансування. Наукові дослідження стверджують, що в сучасних умовах рівень суспільного фінансування охорони здоров'я значно нижчий за аналогі європейських країн, однак особливістю вітчизняної моделі є високий рівень тіньових платежів за надані медичні послуги. З урахуванням цих коштів рівень фінансування галузі охорони здоров'я наближається до середньоєвропейських параметрів, але відбувається порушення конституційно визначеного принципу рівності доступу до медичних послуг усіх верств населення. Вирішити ці



проблеми може допомогти ґрунтовне вивчення зарубіжного досвіду організації фінансування охорони здоров'я, що дасть можливість виправити недоліки вітчизняної практики. Накопичений досвід різних країн у царині фінансування охорони здоров'я свідчить, що головним моментом у розбудові успішної моделі фінансового забезпечення галузі є орієнтація на ефективне використання коштів, забезпечення зв'язку між обсягами ресурсів та результатами роботи.

Зарубіжна практика фінансування охорони здоров'я пройшла складний шлях еволюції впродовж багатьох століть, внаслідок чого розвинені країни змогли вибудувати національні моделі фінансування медичних послуг, які враховують національні традиції, особливості економічного розвитку та інші чинники. Головними завданнями при розбудові цих моделей фінансування були максимізація залучення населення до медичного обслуговування, поєднання різних джерел та каналів надходження фінансових ресурсів, раціоналізація механізмів їхнього розподілу та використання з метою якомога повнішого задоволення потреб суспільства у різних видах медичної допомоги. Відповідно, у розбудові національних моделей фінансування охорони здоров'я отримують застосування такі методи формування фінансових ресурсів:

– страховий метод, який може функціонувати у формах добровільного та обов'язкового медичного страхування. Добровільне страхування базується на основі страхових внесків, які сплачують фізичні та юридичні особи, які мають намір застрахувати своє здоров'я від дії ризиків різного характеру впливу та походження; особливість обов'язкового медичного страхування у тому, що страхові внески сплачують роботодавці та наймані працівники, не залежно від їхнього бажання брати участь у страховому захисті. Нерідко додаткові внески до системи обов'язкового медичного страхування здійснює держава. Одним із важливих моментів функціонування обов'язкового медичного страхування є пропорції розподілу відповідальності за сплату страхових внесків. В одних країнах фіскальне навантаження зміщене на користь роботодавців, однак в більшості держав встановлено паритет між фінансовим внеском роботодавців і найманих працівників. Медичне страхування відіграє роль провідного методу

фінансового забезпечення охорони здоров'я таких країн, як Німеччина, Франція, Бельгія, Австрія, Нідерланди та ін.;

– метод бюджетного фінансування, який передбачає покриття усіх витрат на надання медичної допомоги населенню за рахунок коштів бюджетів різного рівня. В залежності від пропорцій розподілу відповідальності за фінансування потреб галузі охорони здоров'я, розрізняють такі різновиди цього методу, як: з превалюванням державного фінансування, коли основу фінансових ресурсів охорони здоров'я складають кошти державного бюджету; муніципальна модель, де основне навантаження з фінансування медичних послуг покладене на бюджети низового рівня (муніципалітетів, громад); змішана модель, коли фінансування медичних послуг передбачає поєднання ресурсів державного та місцевих бюджетів у певній пропорції (відповідно до розподілу повноважень за покриття певних видів витрат). Бюджетне фінансування формує основу фінансової моделі охорони здоров'я у таких країнах, як Великобританія, Швеція, Італія, Данія та ін. У більшості випадків, провідну роль у фінансуванні охорони здоров'я відіграють ресурси державного бюджету, проте в окремих країнах (Алжир) основне навантаження покладене на муніципалітети [18; 29];

– прямі платежі населення за отримані медичні послуги та медикаменти. В більшості національних моделей фінансування охорони здоров'я певну частину витрат на медичні послуги населення покриває самостійно. Причиною цього є нестача фінансових ресурсів, які акумулюють страхові механізми, а також бюджетних витрат для повноцінного покриття усіх витрат на надання медичних послуг. Окремим різновидом методу прямої оплати є формування накопичувальних фондів на покриття медичних витрат, кошти яких надходять на оплату вартості медичних послуг за необхідності. Необхідно відмітити, що в сучасних умовах серед розвинених країн з ринковою економікою немає жодної, де б переконливо домінували прямі платежі населення у фінансуванні послуг охорони здоров'я. Навіть у США, де охорону здоров'я розглядають як звичайну галузь економіки, що функціонує на ринкових засадах, вагому роль у покритті витрат на надання медичних послуг населенню відіграють державні програми

медичного страхування Medicare та Medicaid, орієнтовані на певні категорії громадян.

Фінансова модель охорони здоров'я у кожній країні має свої особливості. Однак загалом відповідно до превалювання певного методу при формуванні фінансових ресурсів цієї галузі соціальної сфери у світовій практиці виділяють кілька основних моделей фінансування охорони здоров'я:

- бюджетна модель або модель Беверіджа (бюджетного фінансування охорони здоров'я), за якої головним джерелом коштів для надання медичних послуг є ресурси державного та місцевих бюджетів. Рівень суспільних витрат на охорону здоров'я у країнах цієї моделі складає від 7,5% до 10,5% від ВВП;

- страхова модель або модель Бісмарка (модель фінансування охорони здоров'я, базована на страхуванні), за якої основним джерелом коштів для надання медичних послуг є ресурси системи медичного страхування. Рівень суспільних витрат на охорону здоров'я в країнах цієї моделі складає від 10,5% до 11,5% від ВВП;

- приватна модель фінансування охорони здоров'я (модель переваги споживачів) передбачає кошти фізичних і юридичних осіб як провідне джерело фінансування медичних послуг. Для моделі неможливо визначити середній рівень суспільних витрат на охорону здоров'я, він коливається від 8% до 17% від ВВП в залежності від специфіки ринку медичних послуг.

Основні характеристики найважливіших моделей фінансування охорони здоров'я представлені у табл. 1.2. Однак, жодну із цих моделей не доцільно визначати як універсальну й таку, що найбільше підійде для впровадження у нашій країні. Більш того, немає країни, у якій була в представлена одна із цих моделей у «чистому» вигляд, без елементів інших моделей. Зокрема, навіть у країнах із переважно бюджетним фінансуванням медичних послуг розвивається добровільне медичне страхування, за рахунок якого громадяни покривають свої витрати на медичні послуги понад гарантований державою обсяг. Подібно до цього, при розвиненому обов'язковому медичному страхуванні держава часто субсидує галузь охорону здоров'я, надаючи бюджетні трансферти для покриття

певних видатків або реалізації проектів розвитку. І навіть у країнах з приватною охороною здоров'я все ж функціонують певні механізми забезпечення доступу до медичних послуг для тих громадян, які не мають можливості їх оплатити з власних коштів (табл. 1.2).

Таблиця 1.2

**Порівняльна характеристика основних моделей  
фінансування охорони здоров'я**

<b>Модель</b>	<b>Бюджетна або модель Беверіджа</b>	<b>Страхова або модель Бісмарка</b>	<b>Приватна модель</b>
Особливості	Система охорони здоров'я до 90% фінансується із бюджету за рахунок фіскальних платежів. Модель характеризується високою роллю держави, ринок відіграє другорядну роль і, як правило, жорстко контролюється державою	Медична галузь фінансується за рахунок цільових внесків підприємців, найманих працівників і державних субсидій. Дана модель поєднує ринок медичних послуг та розвинену систему державного регулювання і соціальних гарантій; медична допомога доступна для всіх верств населення	У даній моделі фінансування медичного обслуговування здійснюється здебільшого за рахунок власних коштів споживачів медичних послуг
Джерела фінансування	Кошти бюджету	Кошти обов'язкового медичного страхування (близько 60%), кошти добровільного медичного страхування (до 10%), кошти бюджету (до 15%), особисті кошти пацієнтів (до 15%)	Кошти приватних страхових фондів (близько 40%), власні кошти громадян (до 20%), кошти державних програм для літніх і незабезпечених громадян (до 40%)
Країни-представники	Великобританія, Данія, Ірландія, Португалія, Іспанія	Німеччина, Франція, Бельгія, Австрія, Японія	США, Ізраїль, Південна Корея

*Джерело:* побудовано на основі [12, с. 46].

В основу бюджетної моделі фінансування охорони здоров'я, або моделі Беверіджа, покладені наступні риси: загальна доступність медичних послуг для усіх громадян, незалежно від їхнього внеску у формування фінансових ресурсів на їхнє надання; бюджетні ресурси на надання медичних послуг формуються за рахунок цільових фіскальних платежів або загальних доходів бюджетів різного рівня (державного, регіональних та місцевих); особлива увага до планування витрат на надання медичних послуг, жорсткий контроль органів державного регулювання за розподілом коштів між провайдерами медичних послуг та їхнім

цільовим використанням; наявність кореспонденції між кількістю пацієнтів, яким надані медичні послуги та обсягами фінансування.

У державах з бюджетною моделлю фінансування охорони здоров'я на бюджетні ресурси припадає близько 80-85% усіх ресурсів галузі, решту коштів покривають системи добровільного медичного страхування (близько 1/10) та власних коштів реципієнтів медичних послуг. Відповідно до цієї структури фінансування, головне місце серед провайдерів медичних послуг займають заклади охорони здоров'я державної та комунальної власності, однак приватні медичні заклади забезпечують конкурентне середовище у галузі. Вони також мають можливість отримувати бюджетні компенсації за надані медичні послуги для населення.

Хоча модель Беверіджа забезпечує найвищий рівень доступності послуг охорони здоров'я для населення через відсутність фінансових чи будь-яких інших обмежень, її головними недоліками є: високий рівень залежності від можливостей бюджетної системи, що знижує фінансову стійкість цієї системи; високі втрати на адміністрування системи охорони здоров'я та ускладнений процес ухвалення рішень, що традиційно характерне для галузей публічного сектору; недостатня мотивація до підвищення якості медичних послуг, адже більшість закладів охорони здоров'я функціонують на неприбуткових засадах. Крім цього, через обмеженість бюджетних ресурсів, для цієї моделі охорони здоров'я характерні такі явища, як черги на отримання медичних послуг, які можуть сягати від кількох днів до тижнів і навіть місяців.

В основу страхової моделі фінансування охорони здоров'я (моделі Бісмарка) покладені принципи солідарності й страхування. Фінансові ресурси на надання медичних послуг формуються у формі страхових медичних фондів за рахунок страхових внесків від роботодавців і найманих працівників, розміри яких залежать від рівня оплати праці. Для тих осіб, які забезпечують себе роботою самостійно, страхові внески визначаються на підставі їхніх доходів від надання послуг чи здійснення інших видів професійної діяльності. В більшості країн з цією моделлю (зокрема, Німеччині, Бельгії та ін.) відповідальність за

сплату страхових внесків розділена паритетно між роботодавцем і працівником, однак у Франції на роботодавців покладено переважну частину навантаження.

Хоча основу фінансових ресурсів охорони здоров'я за моделі Бісмарка складають страхові накопичення, але держава надає додаткове фінансування галузі для підтримання її у стані фінансової стабільності. Кошти держави також призначені для того, щоб гарантувати доступ до мінімального пакету медичних послуг для усіх громадян, не залежно від їхньої участі у системі обов'язкового медичного страхування. Цей пакет «забезпечується державними стандартами медичного обслуговування, а також унормуванням механізму ціноутворення на медичні послуги і системою взаєморозрахунків між державними органами охорони здоров'я та фондами обов'язкового медичного страхування» [5, с. 22]. Відтак, за рахунок обов'язкового страхування забезпечується покриття 3/4 від загальної потреби у фінансових ресурсах на надання медичних послуг, решту покривають надходження з бюджету, від добровільного медичного страхування та з інших джерел.

Важливою перевагою страхової моделі фінансування охорони здоров'я є порівняно нижчі витрати на її адміністрування. Управління страховими фондами здійснюється на паритетних засадах державою та представниками учасників страхування, вони є незалежними від органів публічної влади. Для цієї моделі характерна організація і державне регулювання ринку медичного страхування, внаслідок чого задіяні елементи конкуренції між страховими організаціями, але вони не мають негативного впливу на рівень доступності страхового захисту для вразливих верств населення. Завдяки продуманій організації, медичним страхуванням охоплене майже все населення країн, де функціонує страхова модель охорони здоров'я. Виняток складають найбільш заможні громадяни, які мають право залишити систему обов'язкового медичного страхування при умові участі у добровільному медичному страхуванні на комерційних засадах. Такий підхід до розподілу учасників страхування працює у Нідерландах, тоді як у Німеччині заможні верстви населення на законодавчому рівні виключені із

системи обов'язкового медичного страхування (а для найманих працівників воно є обов'язковим) [37, с. 111].

В основу приватної моделі фінансування охорони здоров'я (модель переваги споживача) покладене медичне підприємництво, яке передбачає існування висококонкурентного ринку медичних послуг, які надають приватні провайдери. Джерелом покриття витрат на медичні послуги є власні кошти населення, а також ресурси добровільного медичного страхування. У цій моделі державне регулювання ринку медичних послуг має обмежений характер, що зумовлює постійне зростання вартості як самих послуг охорони здоров'я, так і витрат на адміністрування. Роль держави у цьому випадку обмежується лише забезпеченням медичним страхуванням окремих категорій населення, які не мають можливості самостійно оплачувати медичні послуги – безробітних осіб, малозабезпечених та ін. Особливістю цієї моделі є також висока питома вага фінансових ресурсів структур громадянського суспільства у сукупних витратах на охорону здоров'я, адже не рідкістю є медичні заклади, які утримуються за рахунок коштів благодійних фондів, релігійних общин, громадських організацій та інших структур. Проте, основне значення все ж мають приватні заклади охорони здоров'я, які функціонують на засадах комерційного розрахунку.

У наукових колах приватну модель фінансування охорони здоров'я визначають як контраверсійну, адже з одного боку, вона забезпечує високу якість медичних послуг, постійне оновлення медичних технологій, стимули для підвищення професійного рівня медичного персоналу, але з іншого боку, її вагомими недоліками є висока вартість медичного обслуговування і обмеження доступу до нього для значної частини населення. Функціонування медичного страхування на комерційних засадах призводить до того, що страхові компанії зацікавлені у здорових, молодих і заможних клієнтах, а бідні та схильні до захворювань особи не можуть отримати належного страхового захисту на випадок захворювання. Для приватної моделі характерна невиправдано висока вартість медичних послуг, що є наслідком практичної відсутності державного

регулювання цього сегменту економіки. Тому ця модель є дискримінаційною щодо значної частини громадян, позбавляючи їх доступу до медичних послуг.

Аналіз ключових характеристик світових моделей фінансування охорони здоров'я засвідчує, що в нашій країні після медичної реформи розвивається бюджетна модель (модель Беверіджа), однак добровільне медичне страхування, на відміну від інших країн з превалюванням бюджетного фінансування послуг охорони здоров'я, не має помітного впливу на формування ресурсів галузі. За оцінками експертів, навіть після реформування охорони здоров'я, покликаного посилити зв'язок між обсягами фінансування та показниками надання медичних послуг, вітчизняна медична система залишається вразливою до погіршення ситуації у сфері публічних фінансів. В умовах жорсткого дефіциту бюджетних ресурсів найкращим варіантом було б реформування системи охорони здоров'я у контексті переходу до страхової моделі її функціонування, а бюджетні кошти мають відігравати роль додаткового джерела ресурсів для реалізації цільових програм у галузі охорони здоров'я.

## **Висновки до розділу 1**

Характерними ознаками функціонування вітчизняної системи охорони здоров'я впродовж останніх десятиліть були постійний дефіцит фінансування, поступове старіння основних фондів, втрата кваліфікованих кадрів, нестача ліків та медичних препаратів, що мало негативний вплив на якісні показники надання медичних послуг, їхню доступність для широких верств населення. Це зумовило потребу у проведенні системної медичної реформи, покликаної радикально змінити підхід до фінансування медичної допомоги, впровадити ринкові механізми розподілу фінансових ресурсів, в основі яких зв'язок між обсягом коштів та результатами роботи, конкуренція за пацієнта, якість послуг.

Вітчизняна система охорони здоров'я побудована на принципах доступності й безплатності медичних послуг, що відповідає державній моделі її організації. Проте, в умовах ринку та проблем розвитку нашої країни такий



підхід до організації функціонування системи охорони здоров'я не відповідає можливостям економіки, перетворює конституційні норми у декларації, які не мають реального втілення у практичній дійсності.

Формування фінансової моделі охорони здоров'я в Україні відбувається під впливом багатьох чинників, які зумовлюють склад джерел її фінансування, методи оплати вартості медичних послуг, розподіл відповідальності між різними фінансовими агентами за покриття витрат на їх надання. До основних особливостей системи охорони здоров'я в Україні, які визначають параметри моделі її фінансування, належать такі: соціальний характер медичних послуг; абсолютне домінування медичних закладів державної та комунальної форм власності у наданні медичних послуг; превалювання бюджетних ресурсів серед джерел фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я; формування власних доходів закладів охорони здоров'я перебуває під контролем з боку державного регулятора. Для галузі охорони здоров'я притаманний високий рівень неофіційних платежів за медичні послуги.

З погляду управління, медична реформа має ознаки централізації фінансування та демократизації процесу надання послуг. З одного боку, зміна фінансової моделі охорони здоров'я призвела до вищого рівня централізації видатків на охорону здоров'я у державному бюджеті, оскільки медичні установи перейшли на прямі фінансові відносини із НСЗУ. З іншого боку, нова модель фінансування послуг, а не діяльності, відкрила доступ до їх надання за рахунок бюджетних коштів приватними провайдерами, які мають для цього відповідні матеріальні, кадрові ресурси та ліцензію на право такої діяльності.

Аналіз ключових характеристик світових моделей фінансування охорони здоров'я засвідчує, що в нашій країні після медичної реформи розвивається бюджетна модель (модель Беверіджа), однак добровільне медичне страхування, на відміну від інших країн з превалюванням бюджетного фінансування послуг охорони здоров'я, не має помітного впливу на формування ресурсів галузі. Навіть після реформування, вітчизняна медична система залишається вразливою до погіршення ситуації у сфері публічних фінансів.

## Розділ 2

# ПРАКТИКА ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

### 2.1. Загальні тенденції формування обсягів та структури фінансування охорони здоров'я

Основне призначення системи охорони здоров'я – забезпечити реалізацію визначеного у Конституції України права кожної людини на доступ до медичних послуг, гарантувати безпечні умови життєдіяльності. Формування фінансових ресурсів охорони здоров'я в сучасних умовах відзначається високим динамізмом зміни обсягів та структури джерел, адже воно відбувається під впливом двох системних реформ – медичної реформи, яка покликана змінити діючу модель фінансування галузі, а також реформи місцевого самоврядування, яка передбачає перерозподіл повноважень від уряду до органів місцевої влади. Важливими чинниками, які впливають на тенденції фінансування охорони здоров'я, є перехід до клієнтоорієнтованих принципів діяльності медичних закладів, імплементація ринкових підходів до організації функціонування публічного сектору. Завдяки цим процесам очікується впровадження в Україні кращих взірців європейського досвіду публічного управління, світових стандартів медичного обслуговування і піклування про життя і здоров'я кожного члена суспільства.

Одним із головних завдань медичної реформи в Україні є вдосконалення фінансових аспектів функціонування медичної галузі з позицій переходу від менеджменту витрат до цілеорієнтованого управління, зміцнення взаємозв'язку між обсягами фінансування певних напрямів охорони здоров'я та показниками результативності їхнього здійснення. Запровадження цих новацій продиктоване необхідністю вирішити системну проблему функціонування охорони здоров'я, коли зростання обсягів її фінансування з усіх джерел слабо відчувається на

показниках суспільного здоров'я, якості та доступності медичних послуг.

Впродовж ХХ ст. охорона здоров'я щодо її фінансування пройшла значну трансформацію, головною ознакою якої стало значне посилення ролі держави у фінансовому забезпеченні медичних послуг. В сучасних умовах у більшості країн з ринковою економікою фінансові ресурси держави є одним із провідних джерел фінансового забезпечення охорони здоров'я, не менш вагоме значення продовжують відігравати особисті кошти населення. Проте, в окремих країнах із ліберальною економікою (США, Канада та ін.) охорону здоров'я розглядають як звичайну галузь ринкової економіки, яка функціонує на принципах комерційної вигоди. Держава реалізує за рахунок власних ресурсів програми гарантування медичних послуг тільки для обмеженого контингенту громадян, які належать до певних категорій (малозабезпечені, пенсіонери, ветерани збройних сил та ін.).

Спрямування на охорону здоров'я фінансових ресурсів публічного сектору економіки є не тільки вираженням соціальної функції держави, але й має цілком раціональне обґрунтування. Відповідно до ідей концепції сталого людського розвитку, вкладання коштів в охорону здоров'я має вагому економічну віддачу, яку можна порівняти із ефектом від інвестування в основні активи [8, с. 62]. Цей ефект виявляється у зменшенні втрат робочого часу, який спостерігається при високих показниках захворюваності працездатного населення та додаткових вигодах від підвищення продуктивності працівників із відмінним здоров'ям. Хоча окремі вчені закликають не переоцінювати роль фінансування охорони здоров'я у визначенні рівня суспільного здоров'я, адже «здоров'я кожної людини залежить від багатьох чинників (способу життя, спадкової схильності до захворювань, характеру зайнятості, стану довкілля та ін.), і тільки частково від розвитку системи охорони здоров'я» [17, с. 46], але питанню розвитку ефективної фінансової моделі функціонування галузі необхідно приділяти значну увагу.

Вітчизняна модель фінансування галузі охорони здоров'я передбачає поєднання фінансових ресурсів з багатьох джерел: державного та місцевих

бюджетів, фондів соціального страхування, ресурсів недержавного медичного страхування, власних коштів населення та бізнес-структур, лікарняних кас та інших форм колективного фінансування, трансфертів від благодійних фондів, власних доходів медичних установ від використання майна, інших джерел. До тенденцій останнього часу належить зростання ролі фінансових ресурсів бізнес-структур, які реалізують проекти допомоги медичним установами в рамках програм корпоративної соціальної відповідальності, а також посилення значення коштів благодійних фондів та окремих меценатів у зміцненні матеріальної бази охорони здоров'я. Проте, такі фінансові «вливання» в охорону здоров'я не здатні суттєво вплинути на зміну структури джерел фінансових ресурсів галузі, основу яких складають кошти населення та ресурси бюджетної системи.

Питання про структуру фінансових ресурсів охорони здоров'я дискусійне. На думку окремих фахівців, які предметно займаються проблематикою розвитку охорони здоров'я, через високий рівень тіньового сегменту медичних послуг, толерування суспільством неофіційних платежів від пацієнтів для медичних працівників (так звана «подяка за увагу та якість») підчас кожного відвідування медичної установи, народження дитини, операцій чи інших випадків звернень за медичною допомогою, фінансові платежі домогосподарств перевищують 2/3 від загального фінансового ресурсу галузі. Обсяги тіньового обороту медичних послуг, за неофіційними даними, складають від 10 до 20 млрд дол. США та не потрапляють до статистичних оцінок [59]. Натомість, інші науковці (В. Лехан, В. Рудий, О. Виноградов та ін.) закликають не переоцінювати внесок населення у фінансування охорони здоров'я, оскільки уявлення про нього зумовлені більше медійним шумом та стереотипами, а не реальними показниками. Питому вагу домогосподарств у фінансуванні охорони здоров'я вони оцінюють на рівні від 20 до 40% сукупних обсягів [45, с. 36; 16, с. 28].

На нашу думку, при оцінюванні структури фінансових ресурсів охорони здоров'я не доцільно орієнтуватись на неофіційні опитування та чутки. Більш

наближеними до реальності є оцінки авторів аналітичної платформи VoxUkraine, які вказують на паритет населення і держави у формуванні фінансових ресурсів галузі [42]. Ці міркування підтверджують показники офіційної статистики, де на бюджетне фінансування припадає близько половини сукупних ресурсів галузі, практично ідентичним є внесок домогосподарств та приватного сектору [41].

За даними сателітного рахунку охорони здоров'я, який формує Державна служба статистики, у 2020 році з усіх джерел фінансування на потреби охорони здоров'я надійшло 329,3 млрд грн, з яких на ресурси держави, зосереджені у бюджетах різного рівня та фондах соціального страхування, припало 164,3 млрд грн, або 49,9% сукупних витрат. Домогосподарства спрямували на потреби галузі 152,8 млрд грн, або 46,4% сукупного обсягу, решту припало на внесок бізнес-структур, лікарняних кас, недержавного медичного страхування і трансфертів з-за кордону. Сумарно на ці джерела припало у 2020 році близько 12,3 млрд грн. Подібні показники спостерігались у попередні роки, з поступовим зміцненням ролі держави як провідного фінансового агента галузі охорони здоров'я. Отож, в Україні утвердилась змішана, державно-приватна модель фінансування охорони здоров'я на основі паритету державних та приватних ресурсів (табл. 2.1).

Відповідно до показників офіційної статистики, можна зробити висновок про поступальне зростання суспільних видатків на охорону здоров'я впродовж останнього десятиліття. За цей період вони зросли на 213,6 млрд грн в абсолютних обсягах, або в 2,8 рази. Проте, такі висновки не зовсім об'єктивні, адже під дією інфляційного чинника значна частина цього приросту нівельована. З врахуванням інфляції, найвищі темпи якої спостерігались у 2014-2017 рр., обсяг фінансових ресурсів, які надійшли в охорону здоров'я у 2020 році в цінах 2013 року склав всього 120,0 млрд грн. Таким чином, реальний приріст фінансування галузі за десятиріччя – всього лиш 3,7%.

Таблиця 2.1

**Загальні витрати на охорону здоров'я  
з усіх джерел фінансування в Україні у 2017-2020 рр.**

Показники	2017		2018		2019		2020	
	млрд грн	%	млрд грн	%	млрд грн	%	млрд грн	%
<b>Ресурси держави</b>	<b>111,06</b>	<b>49,6</b>	<b>125,63</b>	<b>47,6</b>	<b>137,06</b>	<b>46,8</b>	<b>164,34</b>	<b>49,9</b>
Державний бюджет	25,16	11,2	30,27	11,5	44,90	15,3	121,67	36,9
Місцеві бюджети	85,44	38,2	94,35	35,7	91,17	31,1	42,25	12,8
Фонди соціального страхування	0,46	0,2	1,01	0,4	0,99	0,3	0,42	0,1
<b>Ресурси недержавного сектору</b>	<b>110,65</b>	<b>49,5</b>	<b>136,48</b>	<b>51,7</b>	<b>153,85</b>	<b>52,5</b>	<b>163,50</b>	<b>49,6</b>
Ресурси суб'єктів господарювання	4,50	2,0	5,10	1,9	9,62	3,3	10,75	3,3
Витрати домогосподарств	106,15	47,4	131,38	49,7	144,23	49,2	152,76	46,4
<b>Трансферти з-за кордону</b>	<b>2,01</b>	<b>0,9</b>	<b>2,01</b>	<b>0,8</b>	<b>2,12</b>	<b>0,7</b>	<b>1,50</b>	<b>0,5</b>
<b>Загальні витрати на охорону здоров'я</b>	<b>223,73</b>	<b>100,0</b>	<b>264,12</b>	<b>100,0</b>	<b>293,02</b>	<b>100,0</b>	<b>329,34</b>	<b>100,0</b>

*Джерело:* побудовано автором за [56]

Ці висновки підтверджує динаміка іншого індикатора, а саме питомої ваги суспільних видатків на охорону здоров'я відносно ВВП, яка впродовж останніх десяти років не показує чітко вираженої траєкторії. Примітно, що у період високої інфляції 2015-2017 рр. спостерігалось поступальне зниження показника з 7,84% до 7,50%, яке продовжилось у наступні два роки, поки рівень суспільних витрат на охорону здоров'я не досяг мінімального за період значення у 7,37% в 2019 році. Проте, випереджальне зростання обсягів бюджетних видатків на потреби охорони здоров'я у 2020 році дало можливість підвищити цей показник до 7,85%, що відповідає рівню 2013 року (рис. 2.1).

Зважаючи на провідну роль державних фінансових ресурсів у фінансуванні охорони здоров'я, оцінимо їхню динаміку більш ґрунтовно. Зважаючи на те, що обсяги ресурсів, які надходять на потреби охорони здоров'я з фондів соціального страхування впродовж останніх років перебувають в межах 0,5-1,0 млрд грн на рік, або 0,1-0,4% від сукупних обсягів фінансування галузі, вони практично не помітні серед державних видатків на охорону здоров'я.

Натомість, бюджетні кошти надходять на потреби галузі кількома каналами: через пряме покриття з бюджету усіх витрат на функціонування закладу охорони здоров'я (збережене в Україні для мережі найважливіших медичних установ, які надають спеціалізовану медичну допомогу), через програму державних медичних гарантій, витрати на яку покриває Національна служба здоров'я України, субвенції місцевим бюджетам на різні бюджетні програми зі сфери охорони здоров'я, а також від власних доходів медичних установ. Зважаючи на те, що офіційні платежі населення за медичні послуги обліковуються як власні надходження бюджетних установ (які надалі використовуються на зміцнення матеріальної бази медичних закладів та інші потреби), то показники видатків бюджетів на охорону здоров'я більші, ніж ті, що відображені у сателітному рахунку галузі.



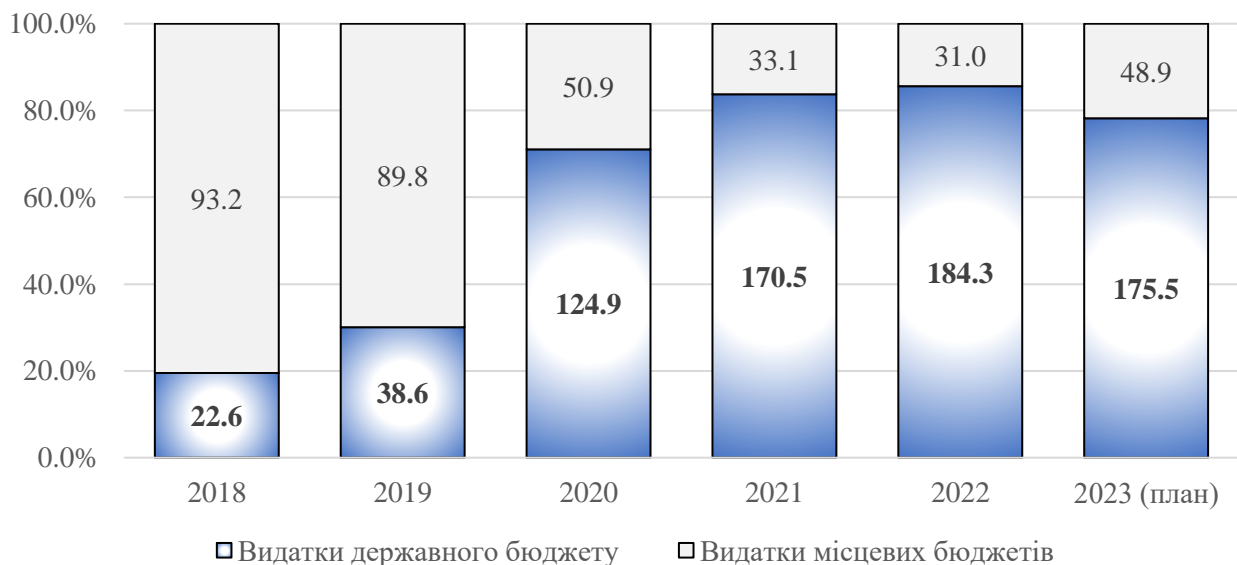
**Рис. 2.1. Динаміка суспільних витрат на охорону здоров'я з усіх джерел в Україні у 2013-2020 рр., млрд грн**

*Джерело:* побудовано автором за [15; 56]

Сукупний обсяг бюджетних ресурсів, які надійшли з бюджетів усіх рівнів на охорону здоров'я у 2023 році запланований у сумі 224,4 млрд грн, що на 9,1 млрд грн більше показників попереднього року. На відміну від періоду 2018-2020 рр., коли видатки бюджетів на надання медичних послуг зросли в 1,5 рази, через складну економічну ситуацію та початок повномасштабної війни у 2021-

2023 рр. таке зростання складе всього 10,2%. Примітно, що впродовж останніх років відбуваються системні зрушення у структурі бюджетного фінансування охорони здоров'я, зумовлені проведенням медичної реформи та зміною підходів до фінансування медичних послуг. Якщо у 2018-2019 рр. у цій структурі провідну роль відігравали ресурси місцевих бюджетів, то уже з 2020 року домінують саме видатки державного бюджету.

Проте, відповідно до запланованих показників на 2023 рік, внесок місцевих бюджетів в абсолютному та відносному вимірі знову зросте майже у 1,5 рази (з 31,0 до 48,9 млрд грн), що пояснюється вищою стійкістю дохідної бази місцевих бюджетів порівняно з державним та необхідністю на рівні державного бюджету перерозподілити кошти на користь фінансування оборони країни. Відповідно, видатки на охорону здоров'я з державного бюджету на 2023 рік заплановані в обсязі на 8,8 млрд грн меншому за фактичні видатки 2022 року (рис. 2.2).



**Рис. 2.2. Показники бюджетних видатків на охорону здоров'я у розрізі державного та місцевих бюджетів в Україні у 2018-2023 рр., млрд грн**

*Джерело:* побудовано автором за [15].

Паралельно із перерозподілом відповідальності між рівнями публічного управління за фінансування охорони здоров'я загалом, значні зміни відбуваються також у розподілі бюджетних ресурсів у розрізі напрямів надання



медичних послуг. Зокрема, впродовж останніх років значно зменшилось пряме бюджетне фінансування поліклінічної, амбулаторної, швидкої і невідкладної допомоги – з 15,9 млрд грн у 2019 році до 5,7 млрд грн у 2021-2022 рр. Проте, обсяги видатків на первинну медико-санітарну допомогу за цей період навіть збільшилися. Також у зазначеному періоді у 2,5 рази зменшилось фінансування діяльності лікарень загального профілю та санаторно-курортних закладів, на які у 2022 році було виділено 28,6 млрд грн. Натомість, стрімко зросли у цьому періоді видатки на проведення санітарно-епідеміологічних та протиепідемічних заходів – у 6,2 рази до 11,7 млрд грн, а також на інші медичні потреби – в 4,4 рази до 169,3 млрд грн (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

**Бюджетні видатки на охорону здоров'я (за видами послуг та рівнями бюджетів) у 2019-2022 рр., млрд грн**

Показники		2019		2020		2021		2022	
		млрд грн	%	млрд грн	%	млрд грн	%	млрд грн	%
Видатки на послуги охорони здоров'я, всього, в т. ч.:	<b>всього</b>	<b>128,4</b>	<b>100,0</b>	<b>175,8</b>	<b>100,0</b>	<b>203,6</b>	<b>100,0</b>	<b>215,3</b>	<b>100,0</b>
	держ. бюдж.	38,6	30,1	124,9	71,0	170,5	83,7	184,3	85,6
	місц. бюдж.	89,8	69,9	50,9	29,0	33,1	16,3	31,0	14,4
послуги поліклінічної, амбулаторної, швидкої та невідкладної допомоги, в т.ч.:	<b>всього</b>	<b>15,9</b>	<b>100,0</b>	<b>8,1</b>	<b>100,0</b>	<b>5,7</b>	<b>100,0</b>	<b>5,7</b>	<b>100,0</b>
	держ. бюдж.	0,2	1,3	0,1	1,2	0,3	5,3	0,3	5,3
	місц. бюдж.	15,7	98,7	8,0	98,8	5,4	94,7	5,4	94,7
<i>послуги первинної медико-санітарної допомоги</i>	<b>всього</b>	<b>2,3</b>	<b>100,0</b>	<b>2,4</b>	<b>100,0</b>	<b>2,9</b>	<b>100,0</b>	<b>2,9</b>	<b>100,0</b>
	держ. бюдж.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	місц. бюдж.	2,3	100,0	2,4	100,0	2,9	100,0	2,9	100,0
послуги загального профілю та санаторно-курортні послуги	<b>всього</b>	<b>72,2</b>	<b>100,0</b>	<b>38,6</b>	<b>100,0</b>	<b>28,8</b>	<b>100,0</b>	<b>28,6</b>	<b>100,0</b>
	держ. бюдж.	8,2	11,4	7,8	20,2	14,1	49,0	13,6	47,6
	місц. бюдж.	64,0	88,6	30,8	79,8	14,7	51,0	15,0	52,4
санітарно-профілактичні та протиепідемічні заходи	<b>всього</b>	<b>1,9</b>	<b>100,0</b>	<b>4,4</b>	<b>100,0</b>	<b>7,6</b>	<b>100,0</b>	<b>11,7</b>	<b>100,0</b>
	держ. бюдж.	1,7	89,5	4,2	95,5	7,4	97,4	11,6	99,1
	місц. бюдж.	0,2	10,5	0,2	4,5	0,2	2,6	0,1	0,9
інші видатки	<b>всього</b>	<b>38,4</b>	<b>100,0</b>	<b>124,7</b>	<b>100,0</b>	<b>161,5</b>	<b>100,0</b>	<b>169,3</b>	<b>100,0</b>
	держ. бюдж.	28,5	74,2	112,8	90,5	148,7	92,1	158,8	93,8
	місц. бюдж.	9,9	25,8	11,9	9,5	12,8	7,9	10,5	6,2

*Джерело:* побудовано автором за [15].

При цьому помітно результати розподілу повноважень між органами державної та місцевої влади за фінансування окремих напрямів медичних послуг. Фінансування за рахунок коштів місцевих бюджетів домінує у сфері первинної та невідкладної медичної допомоги, паритет між урядом та органами місцевого

самоврядування зберігається у фінансуванні послуг лікарень загального профілю та санаторно-курортних послуг, а в реалізації заходів з протидії епідеміям та здійсненні інших видатків першість належить державному бюджету. Вагома роль бюджетних ресурсів у фінансовому забезпеченні охорони здоров'я та значні трансформації, які переживає вітчизняна модель фінансування медичних послуг у зв'язку із проведенням медичної реформи, потребують більш детального аналізу у наступному питанні роботи.

## **2.2. Реалії та проблеми бюджетного фінансування охорони здоров'я**

Формування об'ємно-структурних показників бюджетних видатків на охорону здоров'я в останні роки відбувається під впливом непересічних викликів та загроз не тільки суспільній стабільності й безпеці, але й існуванню країни, її суверенітету й територіальній цілісності. Впродовж 2020-2021 рр. визначальний вплив на динаміку показників фінансування охорони здоров'я справляли темпи поширення глобальної епідемії коронавірусу та інтенсивність заходів держави для її подолання. Зокрема, зростання обсягів бюджетних видатків на санітарно-профілактичні заходи та заклади у 2020 році склало 2,2 рази, у 2021 році – 1,7 рази. Загалом лише за два роки ці видатки збільшились вчетверо й досягли 7,6 млрд грн. Підставою для такого зростання став суспільний запит на підвищену увагу уряду до забезпечення діяльності галузі охорони здоров'я й, зокрема, служб, покликаних забезпечувати стабільність епідеміологічної ситуації. У 2022 році, коли урядом було відмінено усі обмежувальні заходи з протидії епідемії COVID-19, видатки на санітарно-профілактичні й протиепідемічні заходи і заклади знову були збільшені в 1,5 рази. Проте, у цьому випадку, таке зростання було спричинене необхідністю подолання наслідків воєнних дій та ракетних атак на інфраструктуру України з боку російських агресорів.

Необхідно пригадати, що до 2019 року суспільство негативно оцінювало спрямування бюджетних ресурсів на санітарно-профілактичні заходи та заклади,

розглядаючи ці видатки як марнотратство. Такі міркування мали під собою певне підґрунтя, що пояснюється структурою цих видатків. До 2019 року головну роль у структурі цих видатків відігравало фінансування діяльності державних служб, санітарно-епідеміологічних станцій та інших контрольних структур, які мали забезпечувати боротьбу з такими явищами, як фальсифікація харчових продуктів, реалізація неякісної чи простроченої продукції, карантинні заходи при експорті та імпорті товарів. Однак, через значні масштаби присутності фальсифікату на продуктовому ринку України, непоодинокі випадки корупції в органах контролю за якістю продуктів чи товарів широкого вжитку, у суспільстві міцно утвердилось переконання щодо неефективності роботи відповідних структур та необхідності зменшення видатків на їх утримання. Реалізуючи політику поліпшення ділового клімату в Україні, уряд цілеспрямовано звужував повноваження контролюючих органів у галузі охорони здоров'я та зменшував обсяги їхнього фінансування.

Проте, більш вагомі структурні зміни у бюджетному фінансуванні охорони здоров'я пов'язані із реалізацією медичної реформи, основним завданням якої стала зміна моделі фінансування медичних послуг з утвердженням принципу залежності між обсягами видатків та результатами роботи. Відповідно до плану проведення медичної реформи, в Україні з 2020 року перейшли до реалізації Програми медичних гарантій, яка передбачає, що «з державного бюджету проводять оплату необхідних населенню медичних послуг і медичних препаратів у відповідності до визначених стандартів надання медичної допомоги» [25, с. 154]. Ці кошти акумулюються на рахунках Національної служби здоров'я України і спрямовуються на оплату медичних послуг, а саме: екстреної медичної допомоги; первинної медичної допомоги; спеціалізованої медичної допомоги; третинної медичної допомоги; медичної реабілітації; паліативної допомоги; допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами; педіатричної допомоги.

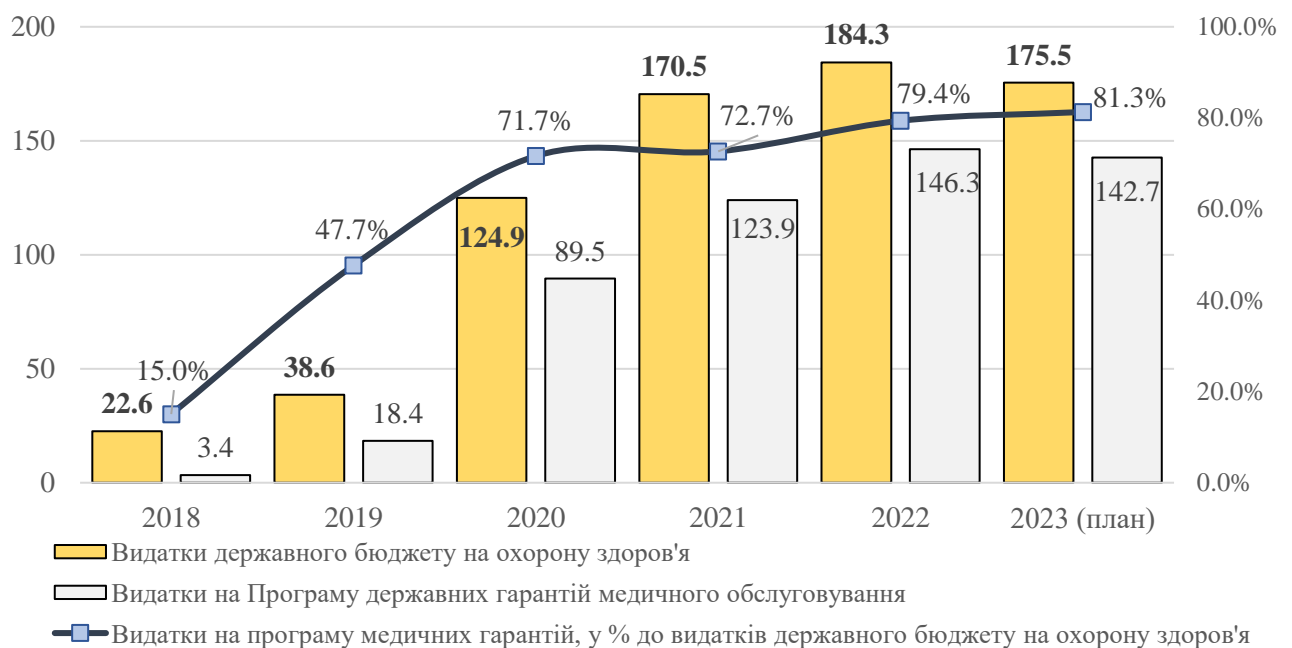
З 2021 року, коли Програма медичних гарантій запрацювала в повному обсязі, нею перебачено «надання 35 пакетів медичних послуг (в тому числі актуальний пакет вакцинації від COVID-19). Із 8 нових пакетів медичних послуг

5 пакетів медичних послуг виділено з уже існуючих, а 3 пакети – впроваджено додатково» [52]. За очікуваннями фахівців МОЗ України, які займалися реалізацію медичної реформи, така модель надання медичних послуг мала забезпечити краще розуміння населенням схем їхнього отримання. Важливим моментом медичної реформи стало заснування спеціального органу, який на сьогодні займається оперативним управлінням усією системою охорони здоров'я – Національної служби здоров'я України. Вона має повноцінно перебрати оперативні функції між Міністерство охорони здоров'я, яке залишиться органом, що виробляє пріоритети державної політики у цій сфері.

Законодавчу основу для проведення медичної реформи в Україні, зокрема й механізму її фінансування, заклав Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [50]. Нормами цього Закону передбачено впровадження Програми державних медичних гарантій населенню, джерелом фінансування яких має стати державний бюджет. Заслужує на увагу норма, що рівень фінансування цієї Програми повинен становити не менше 5% від ВВП України, оскільки видатки на її реалізацію належать до захищених, тобто таких, що не можуть бути зменшені при секвеструванні бюджету. Однак дотепер ця норма залишається декларативною, оскільки у довоєнному 2021 році показник видатків державного бюджету на Програму медичних гарантій становив всього 2,27% від ВВП, а в 2022 році підвищилась до 2,81%, що значно нижче за норму, визначену законодавчо як мінімально допустиму. На 2023 рік на реалізацію Програми медичних гарантій передбачено спрямувати 142,7 млрд грн, що менше показників попереднього року (рис. 2.3).

Програма медичних гарантій є найбільшою, проте не єдиною бюджетною програмою зі сфери охорони здоров'я, яка реалізується за рахунок державного бюджету. Крім цього, в рамках реалізації бюджетної політики в галузі охорони здоров'я виконують інші бюджетні програми, найбільшою за обсягом ресурсів з яких у 2022 році стала програма «Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями». На її виконання було спрямовано 11,6 млрд грн, що в 1,6 рази більше, ніж у попередньому році. Кошти за цією програмою надходять на

широкий спектр заходів, зокрема «на придбання лабораторного обладнання для проведення мікробіологічних, хімічних та фізичних досліджень, закупівлю послуг медико-психосоціального супроводу пацієнтів із чутливим та мультирезистентним туберкульозом та інші цілі» [63]. Це дає можливість охопити спеціалізованими медичними послугами пацієнтів із різними видами туберкульозу, що важливо в умовах, коли Україна перебуває фактично на епідемічному рівні захворюваності з цієї хвороби.



**Рис. 2.3. Видатки Державного бюджету України на охорону здоров'я та Програму медичних гарантій у 2018-2023 рр., млрд грн**

*Джерело:* побудовано автором за [14; 15]

Іншою вагомою за обсягом ресурсів бюджетною програмою сфери охорони здоров'я у складі державного бюджету є програма «Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру», на виконання якої у 2022 році було виділено 8,6 млрд грн. Примітно, що ця програма впродовж останніх років є однією з найбільших за фінансуванням. Основну частину коштів за програмою спрямовують на придбання медикаментів для окремих категорій пацієнтів, які не можуть придбати їх самостійно через високу вартість, або надання яких держава гарантує у безумовному порядку.

Поряд із «традиційними» бюджетними програмами, які реалізують у складі державного бюджету багатьох років, значний вплив на показники видатків на охорону здоров'я справило розгортання глобальної епідемії коронавірусу, яка в Україні проявилась особливо гостро. Для протидії поширенню захворювання та подолання її наслідків у складі державного бюджету було засновано Фонд боротьби з хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2. Кошти цього Фонду надходили на реалізацію низки бюджетних програм, які мали на меті поліпшити матеріальне забезпечення медичних закладів, фінансувати доплати медичним працівникам і фахівцям інших державних служб, задіяним у заходах з подолання коронавірусу. У 2020 році на реалізацію цих програм було спрямовано сумарно 10,9 млрд грн, однак уже в наступному році більшість цих витрат були припинені. У 2022 році кошти на ці потреби взагалі не передбачали через більш пріоритетні цілі (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

**Видатки Державного бюджету України на окремі бюджетні програми у галузі охорони здоров'я у 2020-2022 рр., млрд грн**

Показники	2020		2021		2022	
	план	факт	план	факт	план	факт
Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями	4,6	4,2	2,6	7,4	4,3	11,6
Спеціалізована та високоспеціалізована медична допомога, що надається загальнодержавними закладами охорони здоров'я	1,3	1,3	1,7	2,3	2,1	2,5
Діагностика і лікування захворювань із впровадженням експериментальних та нових медичних технологій	2,1	2,0	1,7	1,9	1,9	2,1
Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру	8,1	7,0	10,5	7,2	11,5	8,6
Розвиток системи екстреної медичної допомоги	0,9	0,7	3,28	2,0	0,0	0,0
Лікування громадян України за кордоном	1,1	1,1	0,7	0,6	0,6	0,0
Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей	0,9	0,7	2,5	2,4	1,4	1,2
Проведення вакцинації населення від гострої респіраторної хвороби COVID-19	0,0	0,0	2,6	9,9	2,6	0,0
Видатки з Фонду боротьби з хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, в т.ч.:						
<i>Придбання обладнання для приймальних відділень опорних закладів охорони здоров'я</i>	2,3	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Здійснення доплат медичним та іншим працівникам закладів охорони здоров'я</i>	5,5	5,3	0,0	0,1	0,0	0,0
<i>Забезпечення готовності та реагування системи громадського здоров'я на спалахи гострої респіраторної хвороби COVID-19</i>	5,4	3,3	6,6	0,0	0,0	0,0

*Джерело: побудовано автором за [15]*

Фінансування охорони здоров'я з державного бюджету не обмежується видатками на реалізацію бюджетних програм, воно виявляється також у рамках міжбюджетних відносин. В період до 2020 року провідну роль серед трансфертів місцевим бюджетам на охорону здоров'я відігравала медична субвенція, кошти якої надходили на оплату праці медичного персоналу і сплату єдиного страхового внеску. Інші витрати, пов'язані із наданням медичних послуг, органи місцевого самоврядування покривали за рахунок власних коштів. З переходом на нову модель фінансування, видатки на надання медичних послуг покриває Національна служба здоров'я України відповідно до протоколів лікування та розрахунків вартості медичних послуг. Внаслідок цього обсяги субвенцій місцевим бюджетам на охорону здоров'я різко зменшились.

Відповідно до даних офіційної статистики про виконання бюджетів, у 2021 році найбільшою за обсягом коштів субвенцією місцевим бюджетам з охорони здоров'я була субвенція на здійснення підтримки окремих закладів та заходів у системі охорони здоров'я в сумі 5,4 млрд грн. Порівняно з попереднім роком, видатки на її надання зросли в 1,5 рази. Кошти субвенції надходять на потреби будинків дитини, в тому числі функціонування у них центрів медичної реабілітації та паліативної допомоги, а також на діяльність закладів служби крові, медико-соціальних експертних комісій, бюро судової медичної експертизи, проведення експертизи водіїв на предмет виявлення стану алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або перебування під впливом лікарських препаратів (табл. 2.4).

На 2023 рік субвенція передбачена в обсязі 2,83 млрд грн, що майже вдвічі менше, ніж у 2022 році. скорочення пояснюється переведенням фінансування будинків дитини на інші статті видатків та необхідністю економії бюджетних коштів. Незначні кошти у державному бюджеті також передбачені на субвенцію місцевим бюджетам на реформування місцевих систем охорони здоров'я для здійснення заходів з виконання спільного з МБРР проекту

Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей. Всі інші трансферти у 2022 році були припинені.

Таблиця 2.4

**Субвенції з Державного бюджету України місцевим бюджетам на потреби охорони здоров'я у 2019-2021 рр., млрд грн**

Показники	2019		2020		2021	
	план	факт	план	факт	план	факт
<b>Субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на потреби охорони здоров'я, в т.ч.:</b>	<b>58,62</b>	<b>58,12</b>	<b>22,47</b>	<b>21,84</b>	<b>6,82</b>	<b>6,62</b>
Медична субвенція	56,11	56,11	14,58	14,55	–	–
Субвенція на здійснення підтримки окремих закладів та заходів у системі охорони здоров'я	н.д.	н.д.	3,61	3,55	5,45	5,41
Субвенція на реформування регіональних систем охорони здоров'я в рамках проекту «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей»	1,05	0,67	1,0	0,8	0,22	0,10
Субвенції з Фонду боротьби з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, в т.ч.:						
Субвенція на забезпечення подачею кисню ліжкового фонду закладів охорони здоров'я, які надають стаціонарну медичну допомогу	–	–	1,5	1,4	0,06	0,06
Субвенція для забезпечення опорних закладів охорони здоров'я у госпітальних округах медичним обладнанням	–	–	1,0	1,0	1,09	1,05

*Джерело:* побудовано автором за [15]

Внесок місцевих бюджетів у фінансування охорони здоров'я у зв'язку із започаткуванням медичної реформи помітно знизився. Перехід медичних закладів до прямих відносин з державним бюджетом через Національну службу здоров'я України спричинив зменшення офіційних трансфертів до місцевих бюджетів. Відповідно, видатки місцевих бюджетів на функціонування лікарень і санаторно-курортних закладів зменшились у 2022 році на 3/4 порівняно з 2019 роком, в тому числі на спеціалізовані лікарні та інші спеціалізовані заклади, пологові будинки – на понад 80%. На 2/3 зменшилось фінансування з місцевих бюджетів поліклінік та амбулаторій, закладів швидкої та невідкладної допомоги, а фінансування санітарно-епідеміологічних закладів та заходів – майже на 40%. В сукупності зменшення видатків на охорону здоров'я з місцевих бюджетів у 2022 році порівняно з показниками 2019 року в абсолютному вимірі склало понад 58,8 млрд грн (табл. 2.5).



Таблиця 2.5

**Видатки на охорону здоров'я з місцевих бюджетів  
в Україні у 2019-2023 рр., млрд грн**

Показник	2019	2020	2021	2022	2023 (план)	Відхилення за 2022/2019 рр.	
						млрд грн	%
<b>Обсяг видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я, в т. ч.:</b>	<b>89,82</b>	<b>50,87</b>	<b>33,11</b>	<b>31,01</b>	<b>39,97</b>	<b>-58,81</b>	<b>-65,5</b>
Поліклініки і амбулаторії, швидка та невідкладна допомога, в т.ч.:	15,74	7,96	5,42	5,33	7,07	-10,41	-66,1
<i>Центри первинної медичної допомоги</i>	2,33	2,42	2,88	2,88	4,01	0,55	23,6
Лікарні та санаторно-курортні заклади, в т.ч.:	64,00	30,81	14,72	14,99	20,82	-49,01	-76,6
<i>Спеціалізовані лікарні та інші спеціалізовані заклади</i>	14,92	7,01	3,11	2,84	4,62	-12,08	-81,0
<i>Пологові дубинки</i>	3,03	1,24	0,64	0,61	0,89	-2,42	-79,9
Санітарно-профілактичні та протиепідемічні заходи і заклади	0,18	0,22	0,20	0,11	0,16	-0,07	-38,9
Інша діяльність у сфері охорони здоров'я, в т.ч.:	9,90	11,88	12,77	10,58	11,92	0,68	6,9
<i>Будинки дитини</i>	0,87	0,91	1,03	1,01	1,02	0,14	16,1
<i>Станції переливання крові</i>	0,61	0,58	0,57	0,70	0,71	0,09	14,8

*Джерело: побудовано автором за [15]*

Однак, за окремими напрямками видатків спостерігалось зростання. Так, у 2022 році порівняно з даними 2019 року збільшилось фінансування з місцевих бюджетів діяльності центрів первинної медичної допомоги, а планом на 2023 рік передбачено зростання цих видатків в 1,4 рази додатково, вони мають сягнути 4,0 млрд грн. Таке зростання пояснюється необхідністю продовження реалізації заходів з медичної реформи, за якою органи місцевого самоврядування несуть відповідальність за розвиток первинної ланки охорони здоров'я.

Близько третини видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я припадає на напрямок «Інша діяльність у сфері охорони здоров'я», за яким обліковують видатки на забезпечення діяльності будинків дитини, центрів переливання крові та інших установ. Однак, найбільшим напрямом спрямування коштів за цією бюджетною програмою є фінансування цільової програми «Доступні ліки», яка полягає у частковому відшкодуванні з бюджету вартості

ліків і медичних засобів для окремих категорій населення. Загалом на виконання бюджетної програми «Інша діяльність у сфері охорони здоров'я» у 2022 році було спрямовано 10,6 млрд грн, а відповідно до планів на 2023 рік ці видатки мають скласти 11,9 млрд грн, показавши зростання на 12,7%.

Незважаючи на те, що загалом за усіма видатками бюджетів спостерігається збільшення обсягів фінансування охорони здоров'я, навіть в умовах війни в нашій країні, на думку значно частини науковців та практиків, цих коштів не вистачає для забезпечення належного функціонування системи. Бюджетні видатки на медичні послуги в Україні залишаються на значно нижчому рівні, ніж у країнах сусідах, а відмінність у фінансуванні охорони здоров'я з провідними розвиненими економіками – на порядок вища [60, с. 143]. Проте, як зазначає З. Лободіна, «коштів на охорону здоров'я не вистачатиме завжди, адже постійно підвищується вартість медичних препаратів і медичного обладнання, ускладнюються технології лікування хвороб, а також зростає вартість підготовки кваліфікованих фахівців для галузі» [39, с. 275]. Упродовж багатьох років в охороні здоров'я зберігались серйозні проблеми, пов'язані із організацією надання медичних послуг, оплатою медичного персоналу та іншими питаннями, які неможливо вирішити простим нарощуванням обсягів фінансування. Медична реформа започаткувала перші кроки до вирішення цих проблем, проте зважаючи на сферу її проведення, яка характеризується значним часовим лагом управлінських рішень, прогнозувати результати новацій можна буде через певний час. Однак, уже зараз за даними статистики, в Україні намітилась тенденція до зниження рівня захворюваності за значною кількістю хвороб, однак вона, на наш погляд, спричинена не стільки реформуванням охорони здоров'я, як загальною зміною ставлення суспільства до проблеми збереження здоров'я, підвищенням інтересу до здорового способу життя.

### 2.3. Медичне страхування як джерело фінансування охорони здоров'я

Здоров'я та життя громадян є невід'ємною цінністю будь-якої держави, один із важливих чинників ефективного та стабільного її розвитку. Відповідно до норм Конституції України, кожен громадянин має право на доступ до послуг охорони здоров'я, реалізацію якого забезпечує фінансування державою цільових медичних програм. У закладах державної та комунальної власності медичні послуги населенню в межах гарантованого пакету надаються безкоштовно. Втім, попри зміну в останні роки підходів до фінансування медичної допомоги, що дало можливість посилити зв'язок між обсягами надання послуг і фінансуванням їх з бюджету, питання обмеженості фінансового ресурсу для повноцінного та ефективного функціонування системи охорони здоров'я в Україні досі відкрите. У багатьох наукових працях перспективи вирішення цієї проблеми пов'язують із впровадженням медичного страхування.

Систему медичного страхування у науковій літературі часто розглядають як складову більш складної системи соціального захисту населення від різного роду соціальних ризиків, у даному контексті – від ризику тимчасової втрати працездатності через захворювання. Такий підхід до розуміння місця охорони здоров'я пояснює збереження в Україні впродовж тривалого часу успадкованої з радянських часів бюджетної моделі фінансування медицини, яка в ринкових умовах виявляє свою неефективність та є причиною деградації системи охорони здоров'я. Про це свідчить погіршення показників якості й доступності медичних послуг, збільшення особистих витрат громадян на їхнє отримання, а також високі показники смертності українців. Зокрема, у 2021 році рівень смертності у нашій країні становив 18,5 осіб/1 тис. населення, що у 2-2,5 рази перевищує показники розвинених європейських країн. Близько 2/3 усіх випадків смертності зумовлені серцево-судинними захворюваннями, кожне восьме – онкологічною хворобою, що свідчить про недостатню увагу населення до стану свого здоров'я, а також невідповідний потребам рівень якості медичного обслуговування [28].

Інтегральним індикатором, який свідчить про ефективність діяльності галузі охорони здоров'я є середня тривалість життя громадян, яка в Україні на 9 років нижча, ніж у країнах ЄС: середнє значення показника в Україні становить 72 роки, а в Євроспільноті – в середньому 81 рік [67]. Винятково гостро постає проблема смертності громадян у працездатному віці, що особливо характерне для чоловіків. Внаслідок цього, чоловіки в Україні живуть в середньому на 10 років менше, ніж жінки, а значна їх частина не доживає до настання пенсійного віку. Поряд із складними умовами праці, екологічними проблемами, а також поширенням таких деструктивних звичок, як надмірне вживання алкоголю та паління, ці показники смертності та дожиття є наслідком негативних процесів в охороні здоров'я, значною мірою зумовлених проблемами її фінансування.

Узагальнюючи причинно-наслідкові зв'язки складної ситуації в охороні здоров'я та способи її вирішення, вагома частина науковців безальтернативним варіантом цього розглядає розвиток системи страхової медицини та, зокрема, обов'язкового медичного страхування. За прогнозами, впровадження системи обов'язкового медичного страхування дасть можливість вирішити проблеми дефіциту ресурсів на діяльність охорони здоров'я, гарантованості медичних послуг, а також залучить до галузі фінансування для її модернізації обладнання та підвищення якості медичної допомоги.

Разом з тим, не варто думати, що медичного страхування в Україні немає взагалі, воно функціонує у його обов'язковій та добровільній формах. Медичне страхування у добровільній формі реалізують страхові компанії, які надають можливість участі у різних страхових програмах медичного спрямування, таких як безперервне страхування здоров'я, страхування на випадок хвороби, а також страхування медичних витрат. Показники функціонування добровільних видів медичного страхування впродовж останніх довоєнних років показували стійку тенденцію до зростання. Загальний обсяг валових страхових премій за видами страхування, пов'язаними з охороною здоров'я у 2021 році досяг 9,5 млрд грн, проте у рік початку повномасштабної війни з росією зменшився відразу на третину, до 6,7 млрд грн (табл. 2.6).

Таблиця 2.6

**Показники функціонування окремих видів добровільного страхування,  
пов'язаного із охороною здоров'я в Україні у 2020-2023 рр., млрд грн**

Показник	2019	2020	2021	2022	2023 (I півр.)	Відхилення 2022/2019 рр.	
						млрд грн	%
<b>Валові страхові премії</b>	<b>6,97</b>	<b>7,32</b>	<b>9,50</b>	<b>6,69</b>	<b>3,57</b>	<b>2,53</b>	<b>36,3</b>
Медичне страхування (безперервне страхування здоров'я)	4,47	5,30	6,40	4,88	2,92	1,93	43,2
Страхування на випадок хвороби	0,61	0,91	1,11	0,87	0,26	0,50	82,0
Страхування медичних витрат	1,89	1,11	1,99	0,94	0,39	0,10	5,3
<b>Валові страхові виплати/ відшкодування</b>	<b>3,02</b>	<b>3,16</b>	<b>4,06</b>	<b>2,98</b>	<b>1,52</b>	<b>1,04</b>	<b>34,4</b>
Медичне страхування (безперервне страхування здоров'я)	2,60	2,74	3,46	2,60	1,36	0,86	33,1
Страхування на випадок хвороби	0,07	0,16	0,31	0,14	0,05	0,24	342,9
Страхування медичних витрат	0,35	0,26	0,29	0,24	0,11	-0,06	-17,1

*Джерело: побудовано автором за [47]*

Показник валових страхових премій недостатньо об'єктивно характеризує внесок страхових механізмів у фінансування охорони здоров'я. Ці кошти являють собою платежі, які сплачують страхувальники за страховий захист. Вони надходять на оплату медичних послуг за умов настання страхового випадку та виплати страхового відшкодування. Загальний обсяг страхових виплат за видами добровільного страхування, пов'язаних з охороною здоров'я, у 2021 році досяг 4,1 млрд грн, або 42,7% від обсягу страхових премій. Подібні показники співвідношення страхових премій до виплат спостерігались і в попередні роки, що свідчило про стабільність цих видів страхування. У 2022 році страхові виплати зменшились адекватно скороченню страхових премій (на чверть, до 3,0 млрд грн), а в першому півріччі 2023 року динаміка страхових премій і виплат дає підстави очікувати незначного збільшення показників добровільних видів медично орієнтованого страхування.

Натомість, види обов'язкового особистого страхування окремих категорій працівників (медичних працівників, пожежників, спеціалістів ветеринарної медицини та ін.), продуктом страхування за якими є життя і здоров'я людини, за сучасних умов практично не розвиваються. Загальний обсяг страхових премій за

такими видами страхування у 2021 році становив всього 0,5 млн грн, у 2022 році він скоротився до 0,3 млн грн, а в першому півріччі 2023 року склав 0,2 млн грн. Страхові виплати за видами обов'язкового особистого страхування, пов'язаного з послугами охорони здоров'я, за аналізований період майже не здійснювались, лише у 2020 році обсяг таких виплат склав близько 0,3 млн грн (табл. 2.7).

Таблиця 2.7

**Показники окремих видів обов'язкового особистого страхування, пов'язаного із охороною здоров'я в Україні у 2020-2023 рр., млн грн**

Показник	2019	2020	2021	2022	2023 (I півр.)
<b>Валові страхові премії</b>	<b>0,3</b>	<b>0,9</b>	<b>0,5</b>	<b>0,3</b>	<b>0,2</b>
Медичне страхування	0,0	0,6	0,2	0,1	0,0
Особисте страхування медичних і фармацевтичних працівників на випадок інфікування ВІЛ	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Страхування життя і здоров'я спеціалістів ветеринарної медицини	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1
<b>Валові страхові виплати/ відшкодування</b>	<b>0,0</b>	<b>0,3</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
Медичне страхування	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0
Особисте страхування медичних і фармацевтичних працівників на випадок інфікування ВІЛ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Страхування життя і здоров'я спеціалістів ветеринарної медицини	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

*Джерело:* побудовано автором за [47]

Отож, можна констатувати, що на теперішній час медичне страхування в Україні розвивається фактично лише у добровільному варіанті, а показники фінансових ресурсів, які обертаються у цій сфері, незначні. Причини цього, по-перше, у високому ступені недовіри населення до інституцій системи медичного страхування (страхових компаній, лікарняних кас), а, по-друге, у недостатньому рівні особистих доходів у тих, хто найбільше потребує медичної допомоги (малозабезпечені, пенсіонери та ін.). Медичне страхування, як свідчить досвід інших країн, є вартісною моделлю фінансування медичної допомоги, а тому значна частина населення України не має фінансової можливості брати в ньому участь. Тому медичне страхування малопомітне як джерело фінансування медичних послуг та не може вплинути на загальну негативну ситуацію в охороні здоров'я [65].

Впровадження обов'язкового медичного страхування насамперед вимагає відповідного правового забезпечення. В Україні уже було кілька законопроектів, якими було передбачено впровадити обов'язкову страхову медицину, проте вони дотепер не реалізовані. Однією із причин відтермінування цього кроку є те, що поки немає розуміння моделі впровадження страхових внесків на обов'язкове медичне страхування. Якщо впроваджувати такі внески додатково до існуючого єдиного соціального внеску, це спричинить підвищення рівня фіскального навантаження на оплату праці, яке в Україні й так достатньо високе. Це може спонукати бізнес більш активно використовувати схеми мінімізації податкових зобов'язань і збільшуватиме рівень тінізації ринку праці. Якщо перерозподіляти на медичне страхування частину сплаченого ЄСВ, то необхідно прорахувати, чи не спричинить це поглиблення дефіциту коштів системи пенсійного страхування або нестачу ресурсу для інших виплат за соціальним страхуванням.

Дискусійним питанням є розподіл фіскального навантаження зі сплати страхових внесків на медичне страхування. Неприйнятно повністю перекладати такі зобов'язання на роботодавця, оскільки це знижує його мотивацію чесно сплачувати податки, а також мінімізує мотивацію застрахованої особи дбати про своє здоров'я. Тільки кооперативна модель, коли у певних частках страхові внески сплачують і роботодавець, і працівник, на наш погляд, може бути дієвою при впровадженні обов'язкового медичного страхування. Додаткову частку до цих внесків має вносити держава, адже на сьогодні в охороні здоров'я характерні такі проблеми, як старіння матеріальної бази, її руйнація внаслідок бойових дій, нестача коштів на сучасне обладнання тощо. Якщо усі ці проблеми «перекласти» на учасників обов'язкового медичного страхування, то рівень страхових внесків може виявитись надміру високим. Тому при впровадженні моделі обов'язкового медичного страхування необхідно також зберегти бюджетне фінансування охорони здоров'я.

Передумовою впровадження страхового фінансування охорони здоров'я є також розвиток інституційного забезпечення цієї моделі, тобто визначення суб'єктів цього страхування, їхніх прав та обов'язків, відповідальності. Важливо

передбачити економічні стимули для страхових компаній щодо участі у системі обов'язкового медичного страхування, яке характеризується нижчим рівнем дохідності та високою ризиковістю, а також визначити відповідальність за невиконання зобов'язань щодо покриття витрат на лікування. Відкритим є питання щодо доцільності створення окремого Фонду обов'язкового медичного страхування та його місця у системі інституцій соціального страхування. Наразі потребує врегулювання схема розподілу коштів, які будуть надходити в охорону здоров'я від обов'язкового медичного страхування, перспективи розвитку лікарняних кас та благодійних фондів територіальних громад на фінансування охорону здоров'я. Ці питання потребують подальшого дослідження і надання пропозицій щодо розвитку медичного страхування в Україні для ефективного забезпечення фінансування медицини та захисту прав громадян у сфері охорони здоров'я.

## **Висновки до розділу 2**

Формування фінансових ресурсів охорони здоров'я в сучасних умовах відзначається високим динамізмом зміни обсягів та структури джерел, адже воно відбувається під впливом двох системних реформ – медичної реформи, яка покликана змінити діючу модель фінансування галузі, а також реформи місцевого самоврядування, яка передбачає перерозподіл повноважень від уряду до місцевої влади. Вітчизняна модель фінансування галузі охорони здоров'я передбачає поєднання фінансових ресурсів з багатьох джерел. За даними офіційної статистики, на бюджетне фінансування припадає близько половини сукупних ресурсів галузі, майже ідентичним є внесок домогосподарств та приватного сектору. Отож, в Україні утвердилась змішана модель фінансування охорони здоров'я на основі паритету державних та приватних ресурсів.

Незважаючи на поступальне зростання суспільних видатків на охорону здоров'я впродовж останнього десятиліття, з врахуванням інфляції реальний



приріст фінансування галузі за десятиріччя – всього лиш 3,7%. Це підтверджує динаміка питомої ваги суспільних видатків на охорону здоров'я відносно ВВП, яка впродовж останніх десяти років не показує чітко вираженої траєкторії.

Бюджетні кошти надходять на потреби галузі кількома каналами: через пряме покриття з бюджету усіх витрат на функціонування закладу охорони здоров'я, через програму державних медичних гарантій, витрати на яку покриває Національна служба здоров'я України, субвенції місцевим бюджетам на різні бюджетні програми зі сфери охорони здоров'я, а також від власних доходів медичних установ. Впродовж останніх років відбуваються системні зрушення у структурі бюджетного фінансування охорони здоров'я, зумовлені проведенням медичної реформи та зміною підходів до фінансування медичних послуг. З 2020 року у бюджетному фінансуванні сфери охорони здоров'я домінують видатки державного бюджету. Значні зміни відбуваються також у розподілі бюджетних ресурсів у розрізі напрямів надання медичних послуг.

Відповідно до плану проведення медичної реформи, в Україні з 2020 року перейшли до реалізації Програми медичних гарантій. Рівень фінансування цієї Програми повинен становити не менше 5% від ВВП України, оскільки видатки на її реалізацію належать до захищених статей бюджету. Однак дотепер ця норма залишається декларативною, оскільки у довоєнному 2021 році показник видатків державного бюджету на Програму медичних гарантій становив всього 2,27% від ВВП, а в 2022 році підвищилась до 2,81%. На 2023 рік на реалізацію Програми медичних гарантій передбачено спрямувати 142,7 млрд грн, що менше показників попереднього року. Фінансування охорони здоров'я з державного бюджету виявляється також у рамках міжбюджетних відносин. З переходом на нову модель фінансування, видатки на надання медичних послуг покриває Національна служба здоров'я України відповідно до розрахунків вартості медичних послуг. Внаслідок цього обсяги субвенцій місцевим бюджетам на охорону здоров'я зменшились.

Медичне страхування в Україні функціонує в обов'язковій та добровільній формах. Страхування у добровільній формі реалізують страхові

компанії, які надають можливість участі у страхових програмах медичного спрямування, таких як безперервне страхування здоров'я, страхування на випадок хвороби, а також страхування медичних витрат. Показники функціонування добровільних видів медичного страхування впродовж останніх довоєнних років показували стійку тенденцію до зростання, однак з початком війни вони значно зменшились. Натомість, види обов'язкового особистого страхування окремих категорій працівників (медичних працівників, пожежників, спеціалістів ветеринарної медицини та ін.), продуктом страхування за якими є життя і здоров'я людини, за сучасних умов практично не розвиваються.

### Розділ 3

## НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ПРОДОВЖЕННЯ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

### 3.1. Проблемні питання залучення зовнішніх резервів збільшення фінансових ресурсів охорони здоров'я в період воєнного часу

В сучасний період державотворення охорона здоров'я є однією із тих галузей економіки, які будуть визначати перспективи розвитку України на десятиліття. Швидкий розвиток технологій, поглиблення наукоємності роботи, розширення попиту на інтелектуальний ресурс визначають місце людського капіталу як провідного чинника економічного зростання. Водночас, відповідно до концепції інклюзивного розвитку, людина є центром діяльності держави, її головною метою, а тому її життя і здоров'я є найвищою цінністю країни. Ці параметри враховуються у методиці визначення індексу людського розвитку – одного із найважливіших на сьогодні параметрів, за якими визначають прогрес країни у її розвитку. Він також вказує на ефективність функціонування галузей економіки, які продукують важливі для суспільства блага, що визначають якість життя. Одним із таких благ є медична допомога, доступ до якої гарантований Конституцією України. Тому важливим завданням держави є створення умов для повноцінного функціонування охорони здоров'я, забезпечення якості й доступності медичної допомоги для будь-якого індивіда.

Роль належного функціонування охорони здоров'я особливо посилюється в період війни та подальшого післявоєнного відновлення країни. Масштабне вторгнення з подальшою окупацією частини України призвели до небачених до цього часу проблем, пов'язаних із збільшенням кількості осіб з інвалідністю та поранених внаслідок бойових дій, погіршення фізичного та емоційного стану значної частини населення, психологічний травматизм дітей тощо. Це вимагає належної діяльності системи охорони здоров'я, яка неможлива без наявності

відповідного фінансування медичних послуг, втілення заходів для забезпечення їхньої доступності та якості.

Важливість вирішення цього завдання зумовлена також економічними причинами, адже через повномасштабну війну відбувається погіршення якості робочої сили. Понад 0,2 млн осіб зазнали важких травм від бойових дій, десятки тисяч громадян працездатного віку втратили кінцівки [36]. Повернення цих людей на ринок праці після завершення війни неможливе без участі системи охорони здоров'я, яка повинна забезпечити їх повноцінну фізичну та емоційну реабілітацію, включення до суспільних та економічних процесів у країні.

Вирішення проблем модернізації фінансової моделі охорони здоров'я в Україні слід розглядати в рамках продовження медичної реформи, покликаної змінити підходи до надання медичних послуг з пропозиції на попит, посилити зв'язок між виділеними коштами на охорону здоров'я та результатами її роботи. Одним із ключових завдань держави в рамках медичної реформи є також вирішення проблеми дефіциту фінансових ресурсів для покриття потреб галузі охорони здоров'я. Зауважимо, що тією чи іншою мірою, нестачу фінансування охорона здоров'я відчуває практично в усіх країнах з ринковою економікою, не залежно яка модель фінансового забезпечення галузі у них представлена.

Втім, масштаби цього дефіциту формуються під дією багатьох чинників, які крім власне фінансової моделі охорони здоров'я, охоплюють також рівень розвитку економіки, менталітет населення, історичні традиції співдопомоги, модель регулювання економіки та ступінь втручання держави у економічні процеси. Складність вирішення питання належного фінансового забезпечення охорони здоров'я визначається й тим, що медична допомога є одним з найбільш вагомих «соціальних» подразників, від кількісно-якісних показників надання якої залежить суспільна думка про результативність роботи усієї влади. За очікуваннями суспільства, держава має максимально розширити перелік послуг охорони здоров'я, які забезпечуватиме за власний кошт. Натомість, масштаби гарантування медичних послуг з боку держави найперше визначаються її фінансовими можливостями, які обмежені. За цих умов, обсяги фінансування

охорони здоров'я втілюють прийнятний для суспільства і держави консенсус щодо масштабів забезпечення медичних послуг та розподіл відповідальності за їхню оплату. Проте, держава все ж перебуває у постійному пошуку джерел додаткових ресурсів та розробки нових схем фінансування охорони здоров'я, щоб забезпечити її належне функціонування.

Важливим моментом медичної реформи в Україні стало вдосконалення інституційного забезпечення управління охороною здоров'я. Воно передбачало утворення Національної служби здоров'я України – структури, яка виконує роль єдиного замовника медичних послуг, оплачуючи їх вартість для медичних закладів, лікарів, які займаються індивідуальною практикою та ін. Поряд з цим, у 2018 році було створено ДП «Медичні закупівлі України», яке забезпечує постачання медикаментів та медичних препаратів у заклади охорони здоров'я за рахунок коштів державного бюджету. Відмова від корупційних схем купівлі ліків та медичних препаратів призвела до зменшення бюджетних втрат при організації надання медичних послуг.

Іншою технологічною новацією стало введення системи E-Health – «електронної системи охорони здоров'я, що дозволяє ефективно розподіляти бюджетні кошти на оплату медичних послуг. Система E-Health складається з центральної компоненти системи медичних даних (забезпечує адміністрування ДП «eZdorovyya») та медичних інформаційних систем (приватні компанії, які надають інтерфейси користувачам, зокрема медичним закладам та лікарям)» [26]. Цифровізація системи охорони здоров'я відкриває нові можливості для залучення додаткових фінансових ресурсів в охорону здоров'я у формі продажу корисних послуг, аналітичних даних та рекомендацій для бізнесу, який дотичний до сфери охорони здоров'я. Такі дані можуть бути корисними для бізнесу з метою таргетування реклами з орієнтацією на конкретну цільову групу, розробки нових продуктів та ін. Однак, така діяльність з продажу даних має не порушувати прав людини на конфіденційність особистої медичної інформації, тому на ринку медичних даних від ДП «eZdorovyya» має бути представлена максимально деперсоніфікована інформація.

Планом медичної реформи передбачено, що обсяги фінансових ресурсів, які надходять у розпорядження Національної служби здоров'я України, повинні поступово зростати, що дасть можливість розширювати пакет гарантованих медичних послуг. Однак, в умовах війни та руйнування економічної бази для формування доходів бюджету, високі ризики зменшення надходжень держави, що ставить під сумнів можливості нарощування фінансового ресурсу НСЗУ. Ці висновки попередньо підтверджують данні статистики, які прогнозують певне скорочення видатків на Програму медичних гарантій уже в 2023 році.

Дані про рівень витрат на охорону здоров'я щодо ВВП підтверджують, що впродовж останніх років розвиток цієї галузі соціальної сфери не належав до пріоритетів державної діяльності, а деяке зростання подушних витрат на охорону здоров'я за цей період пов'язане з реальним зростанням економіки. Тимчасове зростання суспільної уваги до проблем функціонування охорони здоров'я спостерігалось у 2020-2021 рр., в період активної фази глобальної епідемії коронавірусної інфекції, оскільки Україна була одним із європейських лідерів за темпами поширення хвороби. В цей час показово виявився плачевний стан галузі, яка мала обмежені можливості протидіяти поширенню COVID-19. Реакцією суспільства на високі темпи поширення захворювання став запит на збільшення обсягів бюджетного фінансування охорони здоров'я, що вилилось у зростання відповідних видатків. Однак, у зв'язку із розгортанням масштабної війни з росією, супутніми їй значними економічними втратами і зменшенням бюджетних доходів, охорона здоров'я знову поступово випадає із пріоритетів державної уваги, що загрожує зменшенням реальних обсягів її фінансування.

Стратегія вирішення проблеми обмеженості фінансування охорони здоров'я передбачає кілька варіантів дій, які змістовно об'єднані у два вектори: нарощування фінансового потенціалу охорони здоров'я за рахунок залучення зовнішніх резервів її фінансування; використання внутрішнього потенціалу зростання обсягів фінансових ресурсів охорони здоров'я через підвищення ефективності управління ними. У контексті реалізації першого вектору дій конкретними способами нарощування фінансування охорони здоров'я є:

– перерозподіл бюджетних видатків на користь охорони здоров'я при незмінних обсягах сукупних видатків бюджету. Він передбачає відмову або призупинення виконання окремих бюджетних програм, які в період воєнного часу можна визначити як непершочергові (в більшості, бюджетні програми інвестиційного спрямування, а також частина поточних програм молодіжної політики, соціального забезпечення, економічної діяльності та ін.).

– впровадження додаткових цільових фіскальних платежів, кошти від сплати яких будуть надходити на потреби охорони здоров'я, або ж загальне підвищення рівня податкового навантаження для мобілізації додаткових коштів для надання медичних послуг. Такий варіант дій має значні ризики, пов'язані із ймовірною негативною реакцією економіки на підвищення податкового тиску, що може не тільки послабити поствоєнне відновлення економіки, але й навіть сприяти збільшенню її тіньового сегменту;

– диверсифікація джерел фінансування системи охорони здоров'я через активізацію проектної і фандрайзингової діяльності, залучення фінансування у формі міжнародної технічної допомоги, від донорських програм вітчизняного та міжнародного рівня та ін. Як показує практика воєнних років, суспільство розвинених країн з усталеними демократичними традиціями відчуває значний інтерес та співчуття до нашої держави, яка зазнає іноземної агресії. Наслідком цього є збільшення обсягів донорської допомоги від іноземних благодійних фондів та організацій з різних питань. При належній організації проектної діяльності на рівні закладів охорони здоров'я чи громадських організацій, які предметно займаються питаннями медичного обслуговування в Україні, можна досягти збільшення обсягів донорської допомоги від іноземних партнерів для реалізації проектів розвитку в галузі охорони здоров'я.

Міркування щодо перспективності цього джерела нарощування ресурсів охорони здоров'я підтверджують прогнози Всесвітньої організації охорони здоров'я, яка передбачає збільшення обсягів міжнародної фінансової допомоги для реалізації заходів з відновлення сектору охорони здоров'я у післявоєнний період. Фінансування проектів у галузі охорони здоров'я є одним із пріоритетів

залучення благодійних ресурсів у межах виконання ініційованої Президентом програми United-24, покликаної стимулювати іноземних донорів до допомоги у відновленні України.

У контексті диверсифікації джерел фінансування охорони здоров'я не варто відкидати також можливості для збільшення внеску бізнес-структур у реалізацію проектів розвитку галузі. В сучасних умовах, коли новим бізнес-трендом є інвестування коштів у відповідності з концепцією імпаکت-діяльності (бізнес-проекти мають передбачати досягнення не тільки економічної вигоди, але й мати значущий соціальний та екологічний ефект), бізнес-структури активізують реалізацію програм корпоративної соціальної відповідальності для формування свого іміджу як соціально орієнтованого бізнесу.

Звісно, більшість компаній розглядає програму корпоративної соціальної відповідальності як таку, що орієнтована насамперед на власний персонал. До пріоритетів таких програм зазвичай належать заходи зі збереження і зміцнення здоров'я працівників компанії, пропагування серед них здорового способу життя, підвищення для колективу компанії доступності та якості медичних послуг через співпрацю з медичними закладами. Елементами корпоративної соціальної відповідальності у царині охорони здоров'я можуть бути: надання на безкоштовній основі медичних послуг працівникам компанії та членам їх сімей; профілактичні заходи для збереження працездатності працівників компанії (періодичні медичні огляди, вакцинопрофілактика, надання абонементів у заклади спортивного призначення та ін.); організація оздоровлення працівників компанії та членів їх сімей через надання на безкоштовній або пільговій основі можливості оздоровитись у санаторно-курортних закладах. Джерелом коштів для реалізації таких заходів є фінансові ресурси самої компанії, акумульовані нею в рамках розподілу чистого прибутку.

Проте, хибно було б вважати, що програми корпоративної соціальної відповідальності обмежуються виключно заходами для власного персоналу. Одним із принципів соціально-спрямованої діяльності є участь компанії у житті громади, де вона провадить господарську діяльність. Нерідко взаємодія між



бізнес-структурами та органами місцевої влади передбачає участь компаній у реалізації проектів зі сфери охорони здоров'я. Зокрема, відомим прикладом такої співпраці є реалізація програми «Лікар для села» за участю холдингу МХП, в межах якої компанія фінансувала проведення виїзних медичних оглядів сільських мешканців вузькопрофільними лікарями, придбавала обладнання та медикаменти для оснащення сільських амбулаторій [27]. Прихильність бізнес-структур до благодійництва на користь охорони здоров'я особливо виявилась у період охоплення України глобальною епідемією коронавірусу, коли приватні структури за рахунок власних коштів оновлювали обладнання медичних установ, придбавали медикаменти та інші препарати.

Окремою формою участі бізнесу у фінансуванні галузі охорони здоров'я у наукових колах розглядають створення цільових накопичувальних фондів на рівні територіальних громад та фондів благодійного спрямування за рахунок пожертв бізнес-структур і населення. Однак, таке джерело фінансових ресурсів для потреб охорони здоров'я, на наш погляд, можна розглядати лише умовно, адже реальні перспективи формування таких фондів доволі сумнівні. Бізнес-структури, які ухвалили рішення про фінансову участь у проектах, що мають суспільно значущу вагу, радше започаткують відповідний напрям у межах корпоративної соціальної відповідальності, ніж віддаватимуть власні кошти інституціям громадянського суспільства. Таке упереджене ставлення бізнесу до громадських організацій є наслідком непоодиноких випадків їх використання для відстоювання бізнесових чи політичних інтересів структур, що володіють неофіційною політичною владою.

На наш погляд, більш реальними є перспективи співпраці з бізнесом у питанні відновлення зруйнованої медичної інфраструктури через механізм державно-приватного партнерства. Економічною наукою напрацьовано кілька видів такого партнерства, які можуть бути задіяні при реалізації неприбуткових проектів. В рамках державно-приватної співпраці відбуватиметься об'єднання ресурсів держави (уряду чи територіальних громад) та приватного партнера для виконання конкретного проекту у сфері охорони здоров'я, з розподілом вигод,

ризиків та відповідальності. Проекти у сфері охорони здоров'я неприбуткові, тому механізм державно-приватного партнерства може передбачати різні схеми повернення коштів приватного партнера – від використання частини майна, надання суміжних послуг чи в інший спосіб.

Незважаючи на широкий вибір варіантів залучення зовнішніх ресурсів для потреб охорони здоров'я, їх об'єднує одна ознака – вони не можуть бути основним джерелом фінансування медичних послуг і замінити собою бюджетне фінансування галузі. Погоджуємось із думкою С. Бойко, що «зважаючи на епізодичний характер допомоги від таких джерел фінансування, потрібно їх розглядати як додаткові, незаплановані доходи, які можна використовувати зважаючи на конкретну ситуацію у певному медичному закладі» [10]. Загальним консенсусом є розуміння того, що бюджетні ресурси мають забезпечувати покриття базових та критичних компонент послуг охорони здоров'я, а зовнішні ресурси мають надходити на підвищення ефективності напрямів медичних послуг, які потребують фінансової підтримки з огляду на високі показники захворюваності, смертності чи ін. Важливим моментом залучення зовнішньої допомоги має стати координація її спрямування на критично важливі напрями охорони здоров'я.

Розглядаючи інші варіанти дій для вирішення проблеми дефіциту коштів системи охорони здоров'я в контексті задіяння зовнішніх резервів, сумнівною вбачається перспектива перерозподілу для цих цілей бюджетних ресурсів від інших бюджетних програм. На теперішній час більшість бюджетних програм інвестиційного спрямування припинені на невизначений період через воєнний стан в країні, а тому перерозподілу мали б підлягати поточні видатки програм з інших важливих напрямів діяльності держави. Це може спричинити проблеми із забезпеченням належного функціонування органів влади, галузей соціальної сфери, таких як освіта, культура або соціальний захист населення, позбавити і без того недостатньої підтримки програми стимулювання економіки. У період післявоєнного відновлення економіки, відволікання бюджетних ресурсів від інших напрямів державної діяльності на користь галузі охорони здоров'я також

малоймовірно, адже може позначитись негативно на темпах росту економіки чи належному функціонуванні соціальної сфери.

Дискусії викликає перспектива підвищення загального рівня податкового навантаження для покриття фінансових потреб охорони здоров'я. За воєнного стану в країні, коли через високі ризики фінансових і матеріальних збитків від ракетних атак, порушення роботи транспортних коридорів, енергетичної кризи та загальної невизначеності бізнес по усій країні змушений адаптовуватись до діяльності в таких складних умовах. Підвищення за цих обставин податкового тиску може підірвати прояви економічної стабілізації та спричинити загальну рецесію. У післявоєнний час перспективи підвищення загального податкового навантаження також сумнівні, оскільки це відволікатиме ресурси економіки від реалізації важливих проєктів відновлення, негативно впливатиме на темпи економічного зростання. Більш того, в умовах жорсткої конкуренції від країн сусідів за залучення інвестицій та локалізацію бізнесу, утримання на низькому рівні податкового тиску може бути важливою конкурентною перевагою країни для залучення зовнішніх ресурсів та стимулювання бізнес-процесів.

Проте, реальні перспективи має ініціатива щодо впровадження цільових фіскальних платежів на товари, які шкодять здоров'ю із спрямуванням коштів від їхньої сплати на реалізацію програм в охороні здоров'я. Відповідно до взятих Україною зобов'язань з розвитку охорони здоров'я, до 2030 року має відбуватись поступальне підвищення акцизного навантаження на алкогольні напої і тютюнові вироби, а також розширення переліку товарних позицій, які підпадають під дію акцизного податку. За останні роки кілька ініціатив із запровадження акцизного податку на цукор чи цукровмісні напої, енергетичні напої, товари, які містять у своєму складі трансжири уже були представлені у парламенті, однак з різних причин не були доведені до форми закону. Однак, практика оподаткування таких товарів набуває все більшого поширення як у європейських країнах, так і на інших континентах. На думку В. Макаренко, запровадження акцизного податку на цукровмісні безалкогольні напої «крім фіскального ефекту, забезпечить інтерналізацію екстерналій від надмірного

споживання, скоротить кількість хворих на цукровий діабет та осіб, які мають надлишкову вагу» [33, с. 10]. За орієнтовними розрахунками, запровадження акцизного податку на підсолоджені цукром напої забезпечить фіскальний ефект у розмірі 5-8 млрд грн додаткових надходжень до бюджету [6, с. 27], що співмірно із видатками на окремі бюджетні програми у галузі охорони здоров'я.

Між тим, впровадження додаткових фіскальних інструментів залучення додаткових ресурсів в систему охорони здоров'я все ж не спроможне вирішити проблему дефіциту її фінансування. Все більше фахівців галузі та науковців погоджуються із думкою, що за сучасних умов єдиним варіантом розв'язання завдання належного фінансового забезпечення охорони здоров'я є перехід до обов'язкового медичного страхування. На думку С. Бойко, «ефективне медичне страхування вимагає створення страхових пулів (об'єднань) коштів для того, щоб перерозподілити ризик витрат на лікування (ризик страхового випадку) між якомога більшою кількістю застрахованих осіб» [10]. Максимальний рівень охоплення обов'язковим медичним страхуванням населення країни забезпечить стійкість страхової системи, яка буде спроможною покрити непрогнозовані витрати на надання медичних послуг в будь-якій ситуації. Обов'язкове медичне страхування таким чином гарантуватиме високий рівень доступності медичних послуг з точки зору покриття додаткових витрат на їхнє надання.

Обов'язкове медичне страхування може реалізуватись у двох моделях:

– ринковій, яка передбачає, що кожен індивід в обов'язковому порядку має придбати поліс медичного страхування, що покриває витрати на отримання стандартизованого пакету медичних послуг (питання про вибір страховика не регламентоване, однак учасниками ринку медичного страхування можуть бути страхові компанії, які мають ліцензію на надання таких страхових послуг);

– суспільній, яка передбачає створення спеціальної інституції, на яку покладені обов'язки консолідувати страхові внески за медичним страхуванням і спрямовувати їх на оплату медичних послуг. Платниками страхових внесків виступають роботодавці і наймані працівники, додаткову фінансову підтримку може надавати також держава. В Україні функції такої інституції можуть бути

покладені на НСЗУ, яка сформувала необхідну статистичну базу про мережу медичних установ, контингент реципієнтів медичних послуг, має необхідні матеріальні та кадрові можливості.

Однак, принциповим питанням у контексті впровадження обов'язкового медичного страхування є розподіл фіскального навантаження між учасниками страхових відносин. За більшістю проектів введення цього виду страхування, платниками страхових внесків мають бути роботодавці, оскільки вони мають інтерес до збереження здоров'я та працездатності працівників. На наш погляд, ця норма може зруйнувати стратегічну ідею переходу до страхових механізмів у фінансуванні охорони здоров'я, адже покладає фінансову відповідальність не на того суб'єкта, який найбільш зацікавлений у її реалізації. Додатковий ефект від повного покладання зобов'язань зі сплати страхових внесків за медичним страхуванням на працедавців може полягати у збільшенні масштабів тіньової зайнятості, приховування фонду оплати праці, ухилення від сплати внесків. Це може стати додатковим чинником гальмування відновлення економіки.

### **3.2. Внутрішній потенціал нарощування фінансових ресурсів охорони здоров'я**

Важливим завданням медичної реформи, поряд із зміною підходів до фінансування охорони здоров'я на основі оплати медичних послуг, є посилення фінансової автономії медичних закладів, розширення їх прав на управління фінансовими ресурсами. Це розкрило перед установами охорони здоров'я нові можливості для отримання додаткових доходів від надання послуг за основним профілем діяльності, а також супутніх доходів. Така модель функціонування закладів охорони здоров'я радикальним чином відрізняється від радянської, в основу якої було покладено забезпечення пропозиції медичних послуг через утримання розгалуженої мережі медичних установ. Кошти бюджету за такої моделі надходили на покриття витрат діяльності закладів охорони здоров'я у

відповідності до наявних виробничих потужностей (ліжкомість) та показників їхнього використання (ліжкоднів). Це спонукало керівництво закладів охорони здоров'я до невиправданого збільшення строків госпіталізації хворих для того, щоб отримати додаткове фінансування або зберегти наявні його обсяги. Між тим, стимулів надавати більш якісні медичні послуги та розширювати доступ до них не було. Внаслідок такого підходу до фінансування, позбавленого ознак конкуренції за пацієнта та зв'язку між обсягами виділених коштів і результатом діяльності система охорони відчувала постійний дефіцит ресурсів і поступово деградувала.

Перехід до фінансування охорони здоров'я через Програму медичних гарантій має забезпечити, на думку О. Піхоцької та І. Хомякової, «кращий фінансовий захист громадян у випадку хвороби, ефективний та справедливий розподіл публічних коштів і скорочення неформальних платежів; створення стимулів до поліпшення якості надання медичної допомоги населенню державними і комунальними закладами охорони здоров'я» [46]. Разом з тим, реформування моделі фінансування охорони здоров'я не супроводжувалось автоматичним переглядом усталених стереотипів організації роботи медичних закладів. У розумінні значної частини керівників медичних установ, єдиним завданням, яке вони повинні належним чином виконати, є «достатньо підписати якнайбільше пакетів договорів із НСЗУ, поставити дороге обладнання – і потік пацієнтів гарантований» [23]. Звісно, збільшення кількості пацієнтів забезпечить збільшення надходжень від НСЗУ, проте це не звільняє менеджмент закладу охорони здоров'я від пошуку додаткових джерел фінансування, в тому числі за рахунок задіяння внутрішніх резервів.

Під внутрішніми резервами нарощування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я ми розуміємо отримання додаткових доходів від надання платних послуг і розширення контингенту пацієнтів, а також вивільнення коштів за рахунок ефективного контролю витрат на надання медичних послуг, стримування їхнього росту. Таким чином, внутрішні резерви збільшення обсягу фінансування охорони здоров'я базуються на регулюванні попиту-пропозиції

на медичні послуги.

Важливість належної уваги до таких резервів обумовлюється тим, що в умовах значного дефіциту бюджетних ресурсів та несприятливих тенденцій в економіці країни, уряд може свідомо провести звуження гарантованого пакету медичних послуг, які оплачуються за рахунок бюджетних коштів, а також відмовитись від виконання окремих цільових програм, орієнтованих на певні категорії реципієнтів медичних послуг (наприклад, програми реімбурсації, безкоштовного постачання певних видів медикаментів та ін.). Через нестачу фінансових можливостей, уряд уже поступово перекладає відповідальність за покриття окремих видів витрат закладів охорони здоров'я на місцеві бюджети. Відповідно, органи місцевого самоврядування змушені або шукати додаткові джерела покриття цих витрат за рахунок зовнішніх ресурсів, або відволікати на ці потреби власні доходи.

Внутрішній потенціал нарощування доходів закладів охорони здоров'я від господарської діяльності передбачає такі варіанти дій, як розширення переліку медичних послуг за рахунок впровадження передових технологій їх надання, ефективне управління витратами для вивільнення ресурсів, введення фінансових інструментів контролю за потоком пацієнтів (потребує погодження з боку органів центральної влади), використання вільних площ для здавання в оренду та інші. На думку К. Райян та Х. Дж. Ірвін, «джерелами додаткового фінансування діяльності закладів охорони можуть медичні послуги у формі:

- обов'язкового відшкодування витрат лікувально-профілактичного закладу на лікування і реабілітацію пацієнтів, які зазнали хвороби чи травми, за рахунок тих фізичних чи юридичних осіб, яких визнано винними у виникненні цієї хвороби або травми;

- повної компенсації витрат на лікування потерпілих при виробничих травмах чи професійних захворюваннях за рахунок роботодавця;

- відшкодування витрат медичного закладу на лікування та реабілітацію потерпілих у дорожньо-транспортних пригодах;

- надання лікувально-профілактичними закладами платних послуг (лікувально-діагностичних, оздоровчо-реабілітаційних, соціальних тощо);
- укладання договорів щодо медичного обслуговування працівників із підприємствами, установами й організаціями;
- здачі в оренду територій, будівель чи приміщень медичного закладу, передачі на умовах лізингу медичного устаткування, апаратури чи транспорту;
- надання маркетингових послуг» [1, с. 178].

Зазначені пропозиції вчених відображають особливості австралійської моделі організації охорони здоров'я, яка має багато спільних рис з українською, адже передбачає домінування фінансових ресурсів держави у покритті потреби в коштах на надання медичних послуг та провідну роль медичних закладів державної форми власності. Однак, особливістю австралійської моделі є те, що в її основу покладені страхові принципи, а в пропозиції медичних послуг є високий рівень конкуренції між державними і приватними лікувальними закладами [34]. Це спонукає керівництво закладів охорони здоров'я вишукувати додаткові можливості для надання медичних послуг, дбати про їхню якість. Але заслуговують на увагу та можуть бути реалізовані в Україні позиції науковиць щодо орієнтації медичного закладу на розширення спектру платних послуг, зокрема у межах рамкових угод з підприємницькими структурами.

Значні можливості щодо проведення експансивної політики розширення переліку платних медичних послуг та збільшення контингенту їх реципієнтів дає розвиток територіального співробітництва в рамках реформи місцевого самоврядування. Значна частина утворених територіальних громад не мають необхідної інфраструктури для надання медичних послуг і використовують механізм передачі бюджетних трансфертів до суміжних громад, у яких наявні заклади охорони здоров'я. Проте, в багатьох малонаселених громадах доступ населення до медичних послуг обмежений через відсутність транспортного сполучення між населеними пунктами.

Вирішити цю проблему покликане започаткування в Україні сегменту



телемедичних послуг, для чого створені необхідні правові підстави. Потреба у розвитку телемедицини особливо переконливо проявилась в період жорстких карантинних обмежень в Україні, на сьогодні вона забезпечує можливість доступу громадян до медичних послуг в регіонах з активними бойовими діями. «Телемедицина – це комплекс технологій та заходів, які застосовують для надання медичної допомоги з використанням дистанційного зв'язку у формі обміну електронними повідомленнями. Хоча організація надання телемедичних послуг потребує від закладу охорони здоров'я витрат на отримання ліцензії, облаштування спеціального кабінету телемедицини, технічне забезпечення (програмне та апаратне забезпечення для роботи порталу телемедицини, забезпечення відео- й аудіозв'язку; технічні прилади із засобами збереження та передачі даних і зображень у формі електронних повідомлень; засоби телеметрії; програмні продукти для передавання, збереження та інтерпретації знімків і цифрових зображень)» [22, с. 32], вона дає можливість вирішити два важливі завдання: з одного боку, реалізувати право громадян на доступ до медичної допомоги; з іншого боку, розширити контингент пацієнтів закладу охорони здоров'я, що збільшить його доходи від надання медичних послуг.

Одним із спірних моментів медичної реформи було обговорення питання щодо введення співоплат як способу вирішити проблему тіньових платежів при отриманні медичних послуг. Зауважимо, що така плата при кожному випадку звернення за медичними послугами не є вітчизняним ноу-хау, подібні платежі впровадженні у багатьох країнах. Проте, на думку спеціалістів Всесвітньої організації з охорони здоров'я ООН, у вітчизняних умовах побороти тіньові платежі за допомогою співоплат не вдасться. Вони зазначають, що «проблема, яку вдалося вирішити лише кільком країнам, полягає в тому, щоб розробити умови залучення цих приватних коштів так, щоб вони дійсно доповнювали державне фінансування гарантованого пакету послуг» [49].

Впровадження інструменту співоплати при зверненні особи за медичною послугою, на думку за рубіжних науковців, не здатне вирішити питання щодо зниження особистих витрат людини на охорону здоров'я. За спостереженнями

С. Томсон та А. Саган, така новація може мати додатковий негативний ефект у вигляді погіршення показників нерівності у доступі до медичних послуг [4]. Однак, на наш погляд, такий ефект буде виявлятися у тому випадку, коли розміри співоплати будуть досить високими. Це спонукатиме частину громадян відкладати рішення про звернення до лікаря в розрахунок заощадити кошти. Але, з іншого боку, це може підвищити популярність «народної» медицини, що може спричинити негативний вплив на показники захворюваності. Разом з тим, в окремих країнах ЄС (Франції, Хорватії, Словенії) співоплати виявились доволі ефективним інструментом, проте вони були впроваджені як додатковий компонент системи загальнообов'язкового медичного страхування. За словами С. Томсон і Дж. Сайлус, «рівність у доступі до медичних послуг забезпечена у цих країнах за рахунок обмеження ролі добровільного медичного страхування й додатково субсидування участі у ньому для певних категорій населення з низькими доходами» [3; 2].

Легалізація тіньових платежів в охороні здоров'я була лейтмотивом для ініціативи щодо впровадження співоплат в рамках формування законодавчої бази медичної реформи в Україні. Проте, у кінцевому варіанті реформи її не було прийнято. Причиною цього стали переконання фахівців ВООЗ про те, що такі платежі прийнятні тільки щодо медичних послуг за межами гарантованого пакету, а також з огляду на можливі негативні наслідки такої новації, про які йшла мова раніше. Однак, відмова від співоплат не вирішила проблеми наявності тіньових платежів при отриманні медичних послуг, хоча ця практика дещо зменшилась при переході до нової моделі надання медичних послуг із застосуванням принципів конкуренції за пацієнтів. Практично не відчули змін у контексті наявності тіньових платежів різні види спеціалізованої медичної допомоги (оперативні втручання, пологи та ін.), де вони широко практикуються навіть після всіх новацій в організації надання медичних послуг.

Причини стійкості існування тіньових платежів у вітчизняній практиці охорони здоров'я, за словами В. Горина і О. Квасниці, полягають «у специфіці медичних послуг (пацієнт не може самостійно оцінити рівень якості медичної

послуги, проте від цього залежить його власне здоров'я; тому пацієнти намагаються мотивувати лікаря належно виконувати функціональні обов'язки), а також у наявності усталених стереотипів суспільства, від яких значній частині людей складно відмовитись» [22, с. 32]. Дійсно, від якості надання медичних послуг залежить не тільки самопочуття, але й часто життя людини, тому пацієнти роблять усе, щоб мотивувати лікаря працювати добре, забезпечити собі медичні послуги належної якості.

Зважаючи на ці аргументи, вирішити проблему тіньових платежів у вітчизняному суспільстві без зміни стереотипів не вдасться. Відповідно, реальною пропозицією є трансформація цих платежів у медичну франшизу – одноразову плату у фінансово необтяжливому фіксованому розмірі (не залежно від вартості медичної послуги), яку пацієнти сплачуватимуть при кожному зверненні до медичного закладу за послугами. Формалізація таких платежів сприятиме перебудові свідомості людей, які не відчуватимуть морального боргу перед лікарем за те, що він надав медичну допомогу належної якості. До слова, певні прояви легалізації тіньових платежів уже працюють у вітчизняній системі охорони здоров'я, адже якщо пацієнт має намір звернутися до вузького спеціаліста без отримання направлення від сімейного лікаря, або поза межами свого госпітального округу, він може це зробити, сплативши до каси медичного закладу певну фіксовану суму.

Окрему увагу у питанні залучення внутрішніх резервів нарощування обсягів фінансування медичних послуг необхідно приділити проблемі дієвого управління супутніми витратами медичних установ. Значну частину коштів в рамках свого функціонування заклади охорони здоров'я витрачають на оплату послуг з утримання приміщень у належному санітарному стані, купівлю витратних матеріалів, організацію харчування хворих, ведення бухгалтерського обліку, обслуговування комп'ютерних мереж та ін. У світовій практиці такі послуги поза основним профілем діяльності медичного закладу передають на виконання іншим структурам, які мають відповідні матеріальні, кадрові та інші можливості для їх якісного надання. У сфері охорони здоров'я відносини з

приводу передачі непрофільних функцій на виконання підрядникам мають назву фасиліті-менеджмент.

«Фасиліті-менеджмент у закладі охорони здоров'я передбачає рекрутинг допоміжного немедичного персоналу, а також економію фінансових ресурсів за рахунок оптової закупівлі витратних матеріалів медичного призначення, продуктів харчування, будівельних матеріалів» [19]. На наш погляд, головними перевагами фасиліті-менеджменту як способу заощадити фінансові ресурси на організації діяльності закладу охорони здоров'я є те, що він дає можливість: по-перше, сконцентрувати всю увагу керівництва закладу охорони здоров'я на питанні забезпечення доступності та якості медичних послуг, а не проблемах господарського характеру; по-друге, впливати на кількісні, якісні та вартісні параметри непрофільних послуг переданих на виконання підрядникам (адже конкуренція між ними стимулюватиме зниження ціни послуг при збереженні їхніх якісних показників). Однак, вагомим ризиком впровадження фасиліті-менеджменту в діяльності закладів охорони здоров'я може бути ситуація, коли за наявності існуючих бюджетних обмежень на витрати медичної установи жоден постачальник не буде зацікавлений виконувати замовлення на послуги непрофільного характеру за виставлену плату. Ймовірність виникнення такої ситуації значною мірою залежить від стабільності фінансової ситуації в системі охорони здоров'я та фінансового становища Національної служби здоров'я України.

### **Висновки до розділу 3**

Вирішення проблем модернізації фінансової моделі охорони здоров'я в Україні слід розглядати в рамках продовження медичної реформи, покликаної змінити підходи до надання медичних послуг з пропозиції на попит, посилити зв'язок між виділеними коштами на охорону здоров'я та результатами її роботи. Одним із ключових завдань держави в рамках медичної реформи є також

вирішення проблеми дефіциту фінансових ресурсів для покриття потреб галузі охорони здоров'я.

Важливим моментом медичної реформи в Україні стало вдосконалення інституційного забезпечення управління охороною здоров'я. Воно передбачало утворення Національної служби здоров'я України – структури, яка виконує роль єдиного замовника медичних послуг, оплачуючи їх вартість для медичних закладів, E-Health – електронної системи, що дозволяє ефективно розподіляти бюджетні кошти на оплату медичних послуг. Цифровізація системи охорони здоров'я відкриває нові можливості для залучення додаткових фінансових ресурсів в охорону здоров'я у формі продажу корисних послуг, аналітичних даних та рекомендацій для бізнесу, який дотичний до сфери охорони здоров'я.

Стратегія вирішення проблеми обмеженості фінансування охорони здоров'я передбачає кілька варіантів дій, які змістовно об'єднані у два вектори: нарощування фінансового потенціалу охорони здоров'я за рахунок залучення зовнішніх резервів її фінансування; використання внутрішнього потенціалу зростання обсягів фінансових ресурсів охорони здоров'я через підвищення ефективності управління ними. У контексті реалізації першого вектору дій конкретними способами нарощування фінансування охорони здоров'я є: перерозподіл бюджетних видатків на користь охорони здоров'я при незмінних обсягах сукупних видатків бюджету; впровадження додаткових цільових фіскальних платежів, кошти від сплати яких будуть надходити на потреби охорони здоров'я; диверсифікація джерел фінансування системи охорони здоров'я через активізацію проектної і фандрайзингової діяльності, залучення фінансування у формі міжнародної технічної допомоги, від донорських програм вітчизняного та міжнародного рівня. Реальні перспективи впровадження має ініціатива щодо цільових фіскальних платежів на товари, які шкодять здоров'ю із спрямуванням коштів від їх сплати на реалізацію програм в охороні здоров'я.

Незважаючи на широкий вибір варіантів залучення зовнішніх ресурсів для потреб охорони здоров'я, їх об'єднує одна ознака – вони не можуть бути

основним джерелом фінансування медичних послуг і замінити собою бюджетне фінансування галузі. Все більше фахівців галузі та науковців погоджуються із думкою, що за сучасних умов єдиним варіантом розв'язання завдання належного фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я є перехід до обов'язкового медичного страхування.

Внутрішні резерви збільшення фінансових ресурсів охорони здоров'я пов'язані з отриманням додаткових доходів від надання платних послуг і розширення контингенту пацієнтів, а також вивільненням коштів за рахунок ефективного контролю витрат на медичні послуги, стримування їх росту. Значні перспективи у цьому плані має впровадження телемедичних послуг, легалізація неофіційних платежів за спеціалізовані медичні послуги у формі медичної франшизи, впровадження фасиліті-менеджменту при організації непрофільних послуг закладів охорони здоров'я.

## ВИСНОВКИ

Ефективність функціонування системи охорони здоров'я є одним із головних критеріїв суспільного добробуту, визначає якість життя населення та свідчить про успішність роботи органів влади. Від того, наскільки ефективно забезпечується потреба суспільства в захисті його здоров'я значною мірою залежать перспективи розвитку багатьох інших галузей економіки.

Характерними ознаками функціонування вітчизняної системи охорони здоров'я впродовж останніх десятиліть були постійний дефіцит фінансування, поступове старіння основних фондів, втрата кваліфікованих кадрів, нестача ліків та медичних препаратів, що мало негативний вплив на якісні показники надання медичних послуг, їхню доступність для широких верств населення. Це зумовило потребу у проведенні медичної реформи, покликаної радикально змінити підхід до фінансування медичної допомоги, впровадити ринкові механізми розподілу фінансових ресурсів, в основі яких зв'язок між обсягом коштів та результатами роботи, конкуренція за пацієнта, якість послуг.

Вітчизняна галузь охорони здоров'я побудована на принципах доступності й безплатності медичних послуг, які забезпечуються за рахунок бюджетних ресурсів. В умовах ринку та нестабільності розвитку нашої країни такий підхід до фінансування системи охорони здоров'я перевищує можливості економіки, перетворює конституційні норми у декларації, які не мають реального втілення у практичній дійсності.

Формування фінансової моделі охорони здоров'я в Україні відбувається під впливом багатьох чинників, які зумовлюють склад джерел її фінансування, методи оплати вартості медичних послуг, розподіл відповідальності між різними фінансовими агентами за покриття витрат на їх надання. До особливостей системи охорони здоров'я в Україні, які визначають специфіку її фінансування, належать такі: соціальний характер медичних послуг; абсолютне домінування медичних закладів державної та комунальної форм власності у наданні медичних послуг; превалювання бюджетних ресурсів серед джерел

фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я; формування власних доходів закладів охорони здоров'я перебуває під контролем державного регулятора. Для галузі охорони здоров'я притаманний високий рівень неофіційних платежів за медичні послуги.

Концептуальні положення медичної реформи набули свого правового визначення у Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Провідна ідея медичної реформи полягає у зміні механізму бюджетного фінансування охорони здоров'я. З погляду управління, медична реформа має ознаки централізації фінансування та демократизації процесу надання послуг. З одного боку, реформа здоров'я призвела до вищого рівня централізації видатків на охорону здоров'я у державному бюджеті, адже медичні установи перейшли на прямі фінансові відносини із НСЗУ. З іншого боку, нова модель фінансування послуг, а не діяльності, відкрила доступ до їх надання за рахунок бюджетних коштів приватними провайдерами, які мають для цього відповідні матеріальні, кадрові ресурси та ліцензію на право здійснення цього виду діяльності.

Аналіз ключових характеристик світових моделей фінансування охорони здоров'я засвідчує, що в нашій країні після медичної реформи розвивається бюджетна модель (модель Беверіджа), однак добровільне медичне страхування, на відміну від інших країн з превалюванням бюджетного фінансування послуг охорони здоров'я, не має помітного впливу на формування ресурсів галузі. Навіть після реформування, вітчизняна медична система залишається вразливою до погіршення ситуації у сфері публічних фінансів.

Формування фінансових ресурсів охорони здоров'я в сучасних умовах відзначається високим динамізмом зміни обсягів та структури джерел, адже воно відбувається під впливом двох системних реформ – медичної реформи, яка покликана змінити діючу модель фінансування галузі, а також реформи місцевого самоврядування, яка передбачає перерозподіл повноважень від уряду до органів місцевої влади. Важливими чинниками, які впливають на тенденції фінансування охорони здоров'я, є перехід до клієнтоорієнтованих принципів



діяльності медичних закладів, імплементація ринкових підходів до організації функціонування публічного сектору.

Вітчизняна модель фінансування охорони здоров'я передбачає поєднання фінансових ресурсів з багатьох джерел. За даними офіційної статистики, на бюджетне фінансування припадає близько половини сукупних ресурсів галузі, майже ідентичним є сукупний внесок домогосподарств та приватного сектору. Отож, в Україні утвердилась змішана модель фінансування охорони здоров'я на основі паритету державних та приватних ресурсів.

Незважаючи на поступальне зростання суспільних видатків на охорону здоров'я впродовж останнього десятиліття, з врахуванням інфляції реальний приріст фінансування галузі за десятиріччя – всього лиш 3,7%. Це підтверджує динаміка питомої ваги суспільних видатків на охорону здоров'я відносно ВВП, яка впродовж останніх десяти років не показує чітко вираженої траєкторії.

Бюджетні кошти надходять на потреби галузі кількома каналами: через пряме покриття з бюджету усіх витрат на функціонування закладу охорони здоров'я, через програму державних медичних гарантій, витрати на яку покриває Національна служба здоров'я України, субвенції місцевим бюджетам на різні бюджетні програми зі сфери охорони здоров'я, а також від власних доходів медичних установ. Впродовж останніх років відбуваються системні зрушення у структурі бюджетного фінансування охорони здоров'я, зумовлені проведенням медичної реформи. З 2020 року у бюджетному фінансуванні охорони здоров'я домінують видатки державного бюджету. Значні зміни відбуваються також у розподілі бюджетних ресурсів у розрізі напрямів надання медичних послуг.

Відповідно до плану проведення медичної реформи, в Україні з 2020 року перейшли до реалізації Програми медичних гарантій. Рівень фінансування цієї Програми повинен становити не менше 5% від ВВП України, оскільки видатки на її реалізацію належать до захищених статей бюджету. Однак дотепер ця норма залишається декларативною, оскільки у довоєнному 2021 році показник видатків державного бюджету на Програму медичних гарантій становив всього 2,27% від ВВП, а в 2022 році підвищилась до 2,81%. На 2023 рік на реалізацію Програми

медичних гарантій передбачено спрямувати 142,7 млрд грн, що менше показників попереднього року. В рамках реалізації бюджетної політики в охороні здоров'я виконують інші бюджетні програми, найбільшою за обсягом ресурсів з яких у 2022 році стала програма «Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями». Фінансування охорони здоров'я з державного бюджету виявляється також у рамках міжбюджетних відносин. З переходом на нову модель фінансування, видатки на надання медичних послуг покриває Національна служба здоров'я України відповідно до розрахунків вартості медичних послуг. Внаслідок цього обсяги субвенцій місцевим бюджетам на охорону здоров'я зменшились.

Медичне страхування в Україні функціонує в обов'язковій та добровільній формах. Страхування у добровільній формі реалізують страхові компанії, які надають можливість участі у страхових програмах медичного спрямування, таких як безперервне страхування здоров'я, страхування на випадок хвороби, а також страхування медичних витрат. Показники функціонування добровільних видів медичного страхування впродовж останніх довоєнних років показували стійку тенденцію до зростання, однак з початком війни вони значно зменшились. Види обов'язкового особистого страхування окремих категорій працівників (медичних працівників, пожежників, спеціалістів ветеринарної медицини та ін.), продуктом страхування за якими є життя і здоров'я людини, за сучасних умов не розвиваються. Перехід до загальнообов'язкового медичного страхування в нашій країні поки перебуває на етапі проектування. Однією із причин відтермінування цього кроку є те, що немає розуміння моделі впровадження страхових внесків на обов'язкове медичне страхування.

Подальшу модернізації фінансової моделі охорони здоров'я в Україні слід розглядати в рамках продовження медичної реформи. Одним із завдань медичної реформи є вирішення проблеми дефіциту фінансових ресурсів для покриття потреб галузі охорони здоров'я. Важливим моментом медичної реформи стало вдосконалення інституційного забезпечення управління

охороною здоров'я. Воно передбачало утворення НСЗУ – структури, яка є єдиним замовником медичних послуг, оплачуючи їх вартість для медичних закладів, E-Health – електронної системи, що дозволяє ефективно розподіляти бюджетні кошти на оплату медичних послуг. Цифровізація системи охорони здоров'я відкриває можливості для залучення додаткових фінансових ресурсів в охорону здоров'я у формі продажу корисних послуг, аналітичних даних та рекомендацій для бізнесу, який дотичний до сфери охорони здоров'я.

Стратегія вирішення проблеми дефіциту фінансування охорони здоров'я передбачає два варіанти дій: нарощування фінансового потенціалу охорони здоров'я за рахунок залучення зовнішніх резервів її фінансування; використання внутрішнього потенціалу збільшення фінансових ресурсів охорони здоров'я через підвищення ефективності управління ними. У першому випадку способами нарощування фінансування охорони здоров'я є: перерозподіл бюджетних видатків на користь охорони здоров'я при незмінних обсягах сукупних видатків бюджету; введення додаткових цільових фіскальних платежів; диверсифікація джерел фінансування системи охорони здоров'я через активізацію проектної і фандрайзингової діяльності, залучення коштів у формі міжнародної технічної допомоги, від донорських програм вітчизняного та міжнародного рівня. Реальні перспективи впровадження має ініціатива щодо цільових фіскальних платежів на товари, які шкодять здоров'ю із спрямуванням коштів від їх сплати на реалізацію програм в охороні здоров'я.

У контексті диверсифікації джерел фінансування охорони здоров'я слід розглянути можливості збільшення внеску бізнес-структур у реалізацію проектів розвитку галузі. Нерідко взаємодія між бізнес-структурами та органами місцевої влади передбачає участь компаній у реалізації проектів в охороні здоров'я. Реальними є також перспективи співпраці з бізнесом у питанні відновлення зруйнованої медичної інфраструктури через механізм державно-приватного партнерства.

Незважаючи на широкий вибір варіантів залучення зовнішніх ресурсів для потреб охорони здоров'я, їх об'єднує одна ознака – вони не можуть бути

основним джерелом фінансування медичних послуг і замінити собою бюджетне фінансування галузі. Все більше фахівців галузі та науковців погоджуються із думкою, що за сучасних умов єдиним варіантом розв'язання завдання належного фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я є перехід до обов'язкового медичного страхування. Принциповим питанням у контексті його впровадження є розподіл фіскального навантаження між учасниками страхових відносин. За більшістю проектів введення цього виду страхування, платниками страхових внесків мають бути роботодавці. Ця норма може зруйнувати стратегічну ідею переходу до страхових засад фінансування охорони здоров'я, адже покладає фінансову відповідальність не на того суб'єкта, який найбільш зацікавлений у її реалізації.

Внутрішні резерви збільшення фінансових ресурсів охорони здоров'я пов'язані з отриманням додаткових доходів від надання платних послуг і розширення контингенту пацієнтів, а також вивільненням коштів за рахунок ефективного контролю витрат на медичні послуги, стримування їх росту. Значні перспективи у цьому плані має впровадження телемедичних послуг, легалізація неофіційних платежів за спеціалізовані медичні послуги у формі медичної франшизи, впровадження фасиліті-менеджменту при організації непрофільних послуг закладів охорони здоров'я.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ryan C., Irvine H. J. Not-For-Profit Ratios for Financial Resilience and Internal Accountability: A Study of Australian International Aid Organizations. *Australian Accounting Review*. 2012. Т. 22, № 2. С. 177–194.
2. Sagan A., Thomson S. Voluntary health insurance in Europe: role and regulation. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326316>.
3. Thomson S., Cylus J., Evetovits T. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311654>.
4. Thomson S., Sagan A., Mossialos E. Private health insurance: history, politics and performance. Cambridge: Cambridge University Press; 2020.
5. Андрусів У. Я., Юрченко Н. Б. Зарубіжний досвід фінансування систем охорони здоров'я. *Економічний простір*. 2019. №150. С. 20-24.
6. Атаманчук Н., Монаєнко А. Оподаткування підсолоджених цукром напоїв: досвід Європейського Союзу та можливості для України. *Нове українське право*. 2022. Вип. 6. Т. 1. С. 23-29.
7. Баєва О. В. Використання європейського досвіду із запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні. *Соціально-гуманітарний вісник*. 2018. Вип. 22. С. 41-42.
8. Базилюк, О. П., Ласкова Л. П., Оспіщев В. І. Фінанси: навч. посіб.; за ред. В. І. Оспіщева. К.: Знання, 2006. 415 с.
9. Бойко О. О., Хижинська Г. Є. Апробація зарубіжного досвіду активізації медичного страхування в Україні. *Причорноморські економічні студії*. 2018. Вип. 27 (2). С. 93-97.
10. Бойко С. Г. Диверсифікація джерел фінансування охорони здоров'я. Аналітична записка. К.: НІСД, 2019. URL: <https://niss.gov.ua/doslidzhennya/socialna-politika/diversifikaciya-dzherel-finansuvannya-okhoroni-zdorovya>

11. Борис В. Необхідність та передумови розвитку медичного страхування в Україні. *Актуальні питання фінансової теорії та практики*: збірн. матер. Десятої заоч.-дистанц. конф. студентів і молодих вчених (м. Тернопіль, 26 квіт. 2023 р.). Ч. 2. Тернопіль: ЗУНУ, 2023.
12. Борисюк О. В. Розвиток медичного страхування в Україні із використанням зарубіжного досвіду. *Регіональна економіка та управління*. 2020. № 1 (27). С. 45-50.
13. Бюджетний кодекс України: Закон України від 08.07.2010 р. № 2456-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17#Text>
14. Валовий внутрішній продукт України у 2012-2023 рр. Інформаційно-аналітичний портал Minfin.com.ua. URL: <https://index.minfin.com.ua/ua/economy/gdp/>
15. Видатки державного та місцевих бюджетів України у 2018-2023 рр. Офіційний веб-портал відкритих даних OpenBudget.gov.ua. URL: <https://openbudget.gov.ua/national-budget/expenses?class=functional&view=table>
16. Виноградов О. В. Стан та проблеми фінансових ресурсів охорони здоров'я України. *Економіка та держава*. 2007. №12. С. 25-29.
17. Головінов О. М. Людський капітал в системі виробничих відносин: Монографія. Донецьк: ДонДУЕТ, 2004. 161 с.
18. Гончаренко І. В. Світовий досвід подолання проблем охорони здоров'я у формуванні людського капіталу сільських територій України. *Вісник аграрної науки Причорномор'я*. 2013. Вип. 1. С. 26–34.
19. Горин В. Підвищення ефективності управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я в контексті продовження медичної реформи. *Розвиток фінансів, аудиту, бухгалтерського обліку та оподаткування: реалії часу*: Матеріали II Міжнар. наук.-практ. Інтернет-конф. студ., асп. та молод. вч. пам'яті С. І. Юрія (м. Кам'янець-Подільський, 01 лют. 2023 р.). Кам'янець-Подільський: НРЗВО «Кам'янець-Подільський державний інститут», 2023. С. 226-230.

20. Горин В., Савчук С., Борис В. Характеристика основних світових моделей фінансування охорони здоров'я. *Фінансове забезпечення сталого розвитку*: збірн. наук. праць кафедри фінансів ім. С. І. Юрія Західноукраїнського національного університету. Вип. 3. Тернопіль: ЗУНУ, 2023.
21. Горин В. Фінансові аспекти реформування охорони здоров'я у зарубіжних державах: висновки для України. *Світ фінансів*. 2014. Вип. 1. С. 195-204.
22. Горин В. П., Квасниця О. В. Перспективи нарощування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я в умовах війни та поствоєнного відновлення України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2023. № 14. С. 27-33.
23. Гроші на медицину в громадах, Україна без тютюну, але з системою eHealth – експерти про Стратегію охорони здоров'я до 2030 року. URL: <https://rpr.org.ua/news/36476/>
24. Гуржий П. О. Концептуальні засади системи менеджменту в закладах охорони здоров'я. *Економічний вісник Дніпровського державного технічного університету*. 2022. № 1 (4). С. 30-37.
25. Демченко О. П., Науменко В. П. Етапи реалізації фінансових гарантій медичного обслуговування населення України та оцінка їх фінансування. *Інфраструктура ринку*. 2020. Вип. 47. С. 152-161.
26. Електронне здоров'я: з чого складається система E-Health в Україні. URL: <https://medstatdon.dn.ua/yelektronne-zdorov-ya-z-chogo-skladayetsya-sistema-ehealth-v-ukrayini/>
27. За підсумками першого півріччя МХП інвестував у КСВ-проекти близько 62 млн грн. URL: <https://mhp.com.ua/uk/novyny-ksv/za-pidsumkami-pershogo-pivrichchja-mkhp-investuvav-u-ksv-proekti-blizjko-62-mln-grn>
28. Загальні коефіцієнти природного руху населення за типом місцевості по регіонах у 2021 році. Державна служба статистики України. URL: [http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/menu/menu\\_u/oz.htm](http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/menu/menu_u/oz.htm).
29. Зюзін В. О. Зарубіжний досвід фінансування програм охорони здоров'я та українські реалії. *Науковий погляд: економіка та управління*. 2019. № 3 (65). С. 219-227.

30. Криничко Л., Мотайло О. Нові підходи до фінансування системи охорони здоров'я. *Аспекти публічного управління*. 2021. Т. 9. № 2. С. 86-100.
31. Кузьменко Г. О. Зарубіжний досвід публічного управління у сфері охорони здоров'я. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування. 2022. № 3. Т. 33 (72). С. 113-119.
32. Лісовська О. Теоретичні засади функціонування моделей фінансування системи охорони здоров'я. *Економічний вісник*. Серія: фінанси, облік, оподаткування. 2020. Вип. 4. С. 96-103.
33. Макаренко В. В. Податкове регулювання ринку підакцизних товарів в Україні: автореф. дис. канд. ек. наук: 08.00.08. Ірпінь, 2021. 20 с.
34. Мартинов А. Австралійська медична модель: доступна, якісна та ефективна. Аналітичний портал «Ціна держави». URL: <https://cost.ua/352-med-australia/>
35. Миронюк О. План відновлення системи охорони здоров'я: які цілі намічено для фармсектору? *Аптека*. 2022. № 20/21. URL: <https://www.apteka.ua/article/641760>
36. Михайлов Д. Близько 50 тисяч українців втратили кінцівки через війну — WSJ. URL: <https://suspilne.media/542023-blizko-50-tisac-ukrainciv-vtratili-kincivki-cerez-vijnu-wsj/>
37. Міщук І., Віннічук І. Сучасний стан обов'язкового медичного страхування в Україні та шляхи його розвитку. *Підприємництво, господарство і право*. 2019. № 2. С. 110–114.
38. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я: монографія / Р. Р. Августин та ін. Тернопіль: Крок, 2020. 560 с.
39. Модернізація місцевих фінансів України в умовах економічних і соціальних трансформацій. Монографія / О. П. Кириленко та ін.; за ред. О. П. Кириленко. Тернопіль: Економічна думка, 2008. 376 с.
40. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України. URL: [http:// moz.gov.ua/strategija](http://moz.gov.ua/strategija)



41. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2016 році. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
42. Неефективні аспекти охорони здоров'я в Україні: чи справді якість відповідає ціні? / Вахітова Г. та ін. VoxUkraine. 2017. 23 червня. URL: <https://voxukraine.org/uk/neefektivni-aspekti-ohoroni-zdorov-ya-v-ukrayini-chi-spravdi-yakist-vidpovidaye-tsini/>
43. Обрізан М. Як нам відновити українську медицину після перемоги? VoxUkraine.org. 09.09.2022. URL: <https://voxukraine.org/yak-nam-vidnovyty-ukrayinsku-medytsynu-pislya-peremogy/>
44. Онишко С. В. Особливості функціонування моделей фінансування медичного страхування. *Економічний вісник*. Серія: Фінанси, облік, оподаткування. 2019. Вип. 3. С. 171-179.
45. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я України / Під заг. ред. В.М. Лехан, В.М. Рудого. К.: Вид-во Раєвського, 2005. 168 с.
46. Піхоцька О. М., Хомякова І. С. Фінансування системи охорони здоров'я в умовах її реформування. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2021. № 12. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=2503>
47. Показники діяльності страхових компаній за 2020-2023 рр. Офіційний веб-портал Національного банку України. URL: <https://bank.gov.ua/ua/statistic/supervision-statist#6>
48. Прилипко Є. Яким має бути фінансування та управління закладами охорони здоров'я в умовах децентралізації. URL: <https://life.pravda.com.ua/columns/2021/07/20/245440/>
49. Принципи відновлення та трансформації системи охорони здоров'я в Україні. Копенгаген, Європейське регіональне бюро ВООЗ, 2022. 62 с. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/361136/WHO-EURO-2022-5750-45515-65487-ukr.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
50. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 р. №2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-viii>

51. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: Розпорядження КМУ від 30.11.2016 р. № 1013-р. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80/>
52. Програма медичних гарантій: впровадження в Україні. Міністерство охорони здоров'я. URL: [https://moz.gov.ua/uploads/0/3798-programa\\_medicnih\\_garantijvprovadzenna\\_v\\_ukraini.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/0/3798-programa_medicnih_garantijvprovadzenna_v_ukraini.pdf)
53. Прус Н., Савченко Н. Підходи до управління фінансовими ресурсами в контексті реформування системи охорони здоров'я. *Економіка та держава*. 2018. № 10. С. 27-32.
54. Рачинський А., Дарчин Б. Державна політика в галузі охорони здоров'я України: необхідність комплексності та системності реалізації. *Інвестиції: практика та досвід*. 2022. № 1. С. 67-72.
55. 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\\_bu.htm](http://www.healthfin.kiev.ua/pages/review/res_bu.htm).
56. Сателітний рахунок охорони здоров'я в Україні у 2020 році. Офіційна веб-сторінка Державної служби статистики України. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
57. Сафонов Ю., Борщ В. Стратегічний менеджмент закладів охорони здоров'я: загальні принципи та особливості застосування в галузі охорони здоров'я України. *Актуальні проблеми економіки*. 2019. № 8 (218). С. 62-69.
58. 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>
59. Скільки коштує «безкоштовна» медицина в Україні. URL: <http://finance.tochka.net/ua/12315-skolko-stoit-besplatnaya-meditsina-v-ukraine/>

60. Солдатенко О. Сучасний стан правового регулювання фінансування сфери охорони здоров'я України. *Підприємництво, господарство і право*. 2018. Вип. 2. С. 142-147.
61. Стахів О. Методичні засади та специфіка управління системним розвитком закладів охорони здоров'я. *Вісник Хмельницького національного університету*. 2022. Т. 1. № 2. С. 61-66.
62. Тернова С. Чи варто віддавати фінансування системи охорони здоров'я на самоплив децентралізації? URL: <https://www.vz.kiev.ua/chy-varto-viddavaty-finansuvannya-systemy-ohorony-zdorov-ya-na-samoplyv-detsentralizatsiyi/>
63. Уряд вніс зміни до порядку використання коштів бюджетної програми «Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями». URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/uryad-vnis-zmini-do-poryadku-vikoristannya-koshtiv-byudzhetnoyi-programi-gromadske-zdorovya-ta-zahodi-borotbi-z-epidemiymi>
64. Федорович І. Медичне страхування: досвід зарубіжних країн та можливості для України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2023. № 6. С. 72-76.
65. Шевчук С. В., Онишко Ю. В. Проблеми фінансування і перспективи розвитку медичного страхування в Україні. *Інтелект XXI*. 2016. № 5. С. 158-162.
66. Юзефович С. Б. Проблеми диверсифікації джерел фінансових ресурсів охорони здоров'я в Україні. *Актуальні питання фінансової теорії та практики*: збірн. матер. Дев'ятої заоч.-дистанц. конф. студентів і молодих вчених (м. Тернопіль, 15 квітня 2022 р.). Ч. 1. Тернопіль: ЗУНУ, 2022. С. 147-150.
67. Януль І. Є. Перспективи розвитку медичного страхування в Україні. *Економіка та держава*. 2021. № 4. С. 87-91.