

**Юрій Шаюк**

студент гр. ФФМ-21,

Західноукраїнський національний університет, м. Тернопіль

*Науковий керівник: к.е.н., доцент Ірина Круп'як*

## **СУТНІСТЬ ТА ДЖЕРЕЛА ФОРМУВАННЯ ФІНАНСОВИХ РЕСУРСІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

В будь-який період історичного розвитку сучасної цивілізації ситуацію у системі охорони здоров'я суспільство розглядає як індикатор ефективності дій влади, ставлення органів публічного управління до громадян. З утвердженням в науковому середовищі й на практиці ідейних засад концепції інклюзивного розвитку значення охорони здоров'я у суспільному розвитку ще більше зросло. Як свідчать події останніх років, від ефективності функціонування охорони здоров'я значною мірою залежить і стабільність діяльності інших секторів економіки. Зокрема, в період стрімкого поширення епідемії коронавірусу тільки країни із розвиненою охороною здоров'я змогли належним чином відреагувати на новий глобальний виклик і максимально зменшити негативні наслідки його впливу на рівень життя населення, його добробут, стабільність економіки. На теперішній час, коли Україна зазнала безпрецедентної агресії з боку росії, від ефективності функціонування галузі охорони здоров'я залежать перспективи збереження життя та відновлення усіх життєвих функцій тисяч військових, які захищають Україну від окупантів, а також утримання показників ментального здоров'я цілого суспільства в прийнятних рамках.

Проблеми деградації галузі охорони здоров'я в наукових працях зазвичай пов'язують із недостатніми обсягами її фінансування. Дійсно, за оцінками багатьох вчених, щорічне зростання обсягів бюджетних ресурсів, які надходять на потреби галузі, не здатне компенсувати дефіцит фінансування охорони здоров'я, який приблизно оцінюють у розмірі «1/3 від обсягу коштів, мінімально необхідного для її функціонування» [2, с. 195]. Однак, на думку значної частини наукової спільноти, проблема галузі полягає не лише у постійній нестачі коштів, але й у багаторічному «пробуксовуванні» реформ у царині підходів, методів та інструментів управління фінансовими ресурсами охорони здоров'я, відсутності стимулів для ефективного розпоряджання ними, збереження радянської моделі фінансування галузі, яка неадекватна сучасним реаліям України. Проблема нестачі фінансування охорони здоров'я в умовах воєнного часу стає ще більш актуальною, адже з одного боку, через воєнні дії та постійні повітряні атаки зазнає руйнації економіка України, а отже економічна основа формування доходів бюджету як провідного джерела фінансування галузі, а з іншого боку, війна ставить перед охороною здоров'я серйозні завдання, які також потребують значних обсягів фінансування. Завдання збереження функціональності охорони здоров'я в умовах воєнного часу вимагає пошуку додаткових джерел фінансових ресурсів для задоволення її потреб та забезпечення максимальної раціоналізації

використання наявних коштів, що мають забезпечити збереження рівня якості й доступності медичної допомоги для населення нашої країни.

Формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я із початком медичної реформи зазнало значних змін в організаційно-процедурному плані. Це визначає особливості управлінської діяльності щодо формування цих ресурсів, а також їхні особливості, що вирізняють їх з-поміж фінансових ресурсів інших сфер та галузей національної економіки. На підставі опрацювання літературних джерел, можна визначити такі характерні особливості управління фінансовими ресурсами на рівні закладів охорони здоров'я:

– обсяг потреби у фінансових ресурсах визначається специфікою медичних послуг, які мають переконливо виражений соціальний характер. В соціально орієнтованій державі медична допомога належить до конституційно закріплених соціальних зобов'язань держави, яке гарантоване кожному громадянину. А тому стандарт її надання визначає потребу в фінансових ресурсах на фінансування охорони здоров'я в цілому та на оплату медичних послуг конкретних медичних закладів. Вагома частина населення отримує доступ до медичних послуг, не беручи участі у створенні фінансового ресурсу для їхнього надання. Надання окремих видів медичних послуг безкоштовно нераціональне з точки зору відшкодування вартості їх надання. Однак, медичні послуги мають ознаки як персональних, так і колективних (суспільних) благ, а тому їх фінансування важливе для забезпечення важливого суспільного блага – здоров'я;

– зважаючи на провідну роль держави у фінансуванні медичних послуг та відсутність передумов для переходу до ринкової моделі фінансування галузі, основне навантаження з надання медичних послуг несуть заклади державної та комунальної форми власності, які отримують фінансування з бюджету. В рамках медичної реформи більшість медичних закладів реорганізовані у комунальні підприємства і формують фінансові ресурси відповідно до річного фінансового плану, який узгоджує засновник (місцева рада). Для окремих державних закладів охорони здоров'я збережено механізм кошторисного фінансування. Паралельно до цієї мережі закладів охорони здоров'я функціонує приватний сектор закладів з надання медичних послуг, які формують свої фінансові ресурси на комерційній основі;

– формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я перебуває під значним впливом їхніх засновників в особі органів публічного управління, останні мають головну роль в управлінні усіма аспектами фінансової діяльності медичних установ державної та комунальної власності. Відповідно до чинної моделі фінансування галузі охорони здоров'я, головне джерело доходів закладів охорони здоров'я державної та комунальної власності – це оплата наданих медичних послуг відповідно до державних медичних гарантій за рахунок коштів державного бюджету через Національну службу здоров'я України (НСЗУ). Вона є головним розпорядником коштів бюджету на виконання Програми державних медичних гарантій населенню;

– можливості для формування додаткових доходів закладами державної та комунальної форми власності обмежені через державне регулювання. На рівні

центральної влади для закладів охорони здоров'я, заснованих органами публічної влади визначені обмеження щодо надання медичних послуг на платній основі, а також регламентуванню підлягають тарифи на ці послуги. Тому обсяги доходів від надання супутніх медичних послуг (проведення профілактичних обстежень на замовлення та ін.) в публічних закладах охорони здоров'я дуже обмежений;

– внаслідок успадкованої радянської практики управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я у публічному секторі здійснюють головні лікарі, які за спеціальністю є медиками, а не управлінцями. Це значно впливає на якість управління фінансовою діяльністю медичних закладів і визначає потребу в підготовці фахівців з фінансового менеджменту в галузі охорони здоров'я.

Утворення фінансової бази функціонування закладів охорони здоров'я відбувається з багатьох джерел, які у кожній країні формують свою унікальну комбінацію відповідно до їхньої важливості. За цією ознакою у світовій практиці прийнято виділяти такі моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я: бюджетну модель, яка передбачає першість бюджетних ресурсів серед джерел фінансування закладів охорони здоров'я; страхову модель, в основі якої лежить страховий механізм формування фінансових ресурсів галузі; ринкову модель, за якої у фінансуванні медичних послуг превалюють кошти самого населення, а заклади охорони здоров'я функціонують як ринкові суб'єкти.

Такий підхід до виокремлення моделей фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я дещо втратив актуальність, оскільки в сучасному світі немає країни, де б була представлена котрась із цих моделей у первісному вигляді. Вважаємо більш раціональним розмежовувати моделі формування фінансових ресурсів охорони здоров'я не за методами їхнього утворення, а відповідно до ваги фінансових агентів у забезпеченні фінансової бази галузі. Відповідно, слід розрізняти: суспільну модель, за якої фінансову основу надання медичних послуг формують суспільні ресурси, сконцентровані у бюджетах та страхових фондах; приватну (ринкову) модель, яка передбачає абсолютне домінування власних коштів населення серед джерел фінансових ресурсів охорони здоров'я); змішану суспільно-приватну модель, яка передбачає відносний паритет усупільнених та приватних ресурсів у формуванні фінансової бази галузі охорони здоров'я.

Вітчизняна модель фінансування охорони здоров'я належить до змішаного різновиду, оскільки у формуванні фінансових ресурсів галузі лежить паритет між участю держави й населення. Крім оплати медичних послуг, які не входять до гарантованого державою пакету медичних гарантій, населення оплачує вартість медичних препаратів та ліків, а також платних медичних послуг в приватних закладах охорони здоров'я. Також до форми фінансової участі населення у формуванні фінансових ресурсів охорони здоров'я окремі науковці зараховують тіньові платежі, які впродовж багатьох років були звичним явищем у закладах з надання медичних послуг. Однак, з погляду конкретних закладів охорони здоров'я, засновниками яких виступають органи публічного управління і які надають основну частину медичних послуг населенню, то провідним джерелом їхніх фінансових ресурсів є кошти бюджету, які надходять від НСЗУ.

Впроваджена нова модель фінансування охорони здоров'я з бюджету на основі оплати вартості наданих медичних послуг містить ознаки деконцентрації та централізації повноважень з управління фінансовими ресурсами. З одного боку, з переходом на прямі бюджетні відносини держави із закладами охорони здоров'я, відпала потреба у наданні медичної субвенції місцевим бюджетам, а провідним джерелом фінансування медичних послуг є державний бюджет через Програму державних медичних гарантій населенню. З іншого боку, введення нової схеми фінансування охорони здоров'я, коли фінансують не заклади, а обсяг наданих медичних послуг, створює умови для демократизації надання медичної допомоги, коли оплату медичної допомоги з бюджету можуть отримати не тільки заклади охорони здоров'я державної та комунальної власності, але й приватні медичні заклади та окремі лікарі приватної практики, які мають ліцензію на відповідну діяльність.

Отже, з проведенням медичної реформи модель фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я передбачає формування їхніх фінансових ресурсів з таких джерел:

– державного та місцевих бюджетів, тобто централізованих грошових фондів. Кошти державного бюджету надходять до закладів охорони здоров'я в рамках оплати вартості наданих медичних послуг в межах визначеного пакету державних медичних гарантій населенню. Для участі у такій схемі фінансування заклади охорони здоров'я повинні отримати ліцензію на право здійснення такого виду діяльності (медична практика). За рахунок коштів місцевих бюджетів здійснюється фінансування розвитку комунальних закладів охорони здоров'я, зміцнення їх матеріальної бази, оплата праці допоміжного медичного персоналу, а також виконання місцевих цільових програм у галузі охорони здоров'я;

– кошти фізичних та юридичних осіб, їхніх об'єднань, тобто фінансові ресурси децентралізованого характеру. Населення самостійно оплачує вартість медичних послуг, які не входять до визначеного пакету медичних гарантій, а також оплачують вартість окремих видів діагностичних послуг. Ціни на медичні послуги заклади охорони здоров'я визначають самостійно, однак відповідно до вимог державного регулювання. На відміну від багатьох зарубіжних країн, в Україні практично не помітну роль відіграють фінансові ресурси обов'язкового та добровільного медичного страхування у формуванні фінансової бази закладів охорони здоров'я. Допоміжне значення у фінансуванні охорони здоров'я мають також ресурси благодійних організацій та інших форм об'єднань громадян, а також приватних структур, які можуть підтримувати медичні заклади в рамках виконання програм корпоративної соціальної відповідальності. Окрему роль у фінансуванні закладів охорони здоров'я мають кошти міжнародних донорів, які медичні заклади можуть залучати в рамках фандрайзингової діяльності.

Ключовою перевагою переходу до нової моделі фінансування охорони здоров'я на основі оплати вартості медичних послуг є створення прозорого механізму розподілу бюджетних коштів відповідно до показників діяльності медичних закладів. Вона також дає можливість забезпечити єдині стандарти надання медичної допомоги для усіх громадян в межах гарантованого пакету, а

також відкрити можливості доступу до якісних медичних послуг, які до нього не входять. Нова схема бюджетного фінансування охорони здоров'я відзначається, на наш погляд, високим ступенем адаптивності до змін у середовищі діяльності медичних закладів. Для прикладу, в регіонах та громадах з пошкодженою або зруйнованою медичною інфраструктурою прозора схема розподілу бюджетного фінансування дасть можливість залучити кошти приватного сектору до надання медичних послуг. Зважаючи на нестачу бюджетних ресурсів на відновлення медичних закладів, які постраждали від бойових дій, держава буде оплачувати тільки вартість наданих медичних послуг в межах гарантованого стандарту, а витрати з організації надання медичної допомоги візьмуть на себе приватні структури.

#### **Список використаних джерел:**

1. Горин В. П., Карпишин Н. І. Особливості фандрайзингу у публічному секторі економіки. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 16. С. 13–19.
2. Горин В. Фінансові аспекти реформування охорони здоров'я у зарубіжних державах: висновки для України. *Світ фінансів*. 2014. Вип. 1. С. 195-204.
3. Прус Н., Савченко Н. Підходи до управління фінансовими ресурсами в контексті реформування системи охорони здоров'я. *Економіка та держава*. 2018. № 10. С. 27-32.