

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**ЗАХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**  
**ФАКУЛЬТЕТ ЕКОНОМІКИ ТА УПРАВЛІННЯ**

Кафедра менеджменту,  
публічного управління та персоналу

**ГРЕЧКОВСЬКИЙ ОЛЕГ ОЛЕКСАНДРОВИЧ**

**ФІНАНСОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РОЗВИТКУ ОХОРОНИ**  
**ЗДОРОВ'Я РЕГІОНУ**

Спеціальність «Публічне управління та адміністрування»

Кваліфікаційна робота за освітнім ступенем «магістр»

Студент спеціальності  
«Публічне управління та  
адміністрування»  
Гrechkovskiy O.O.

---

(підпис)

Науковий керівник,  
к.е.н., доцент Круп'як Л.Б.

---

(підпис)

Кваліфікаційну роботу допущено до захисту  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 року  
Зав. кафедри, д.е.н., професор  
Шкільняк М.М.

---

Прізвище, ініціали

(підпис)

**Тернопіль – 2023**

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b> .....	3
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РОЗВИТКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я РЕГІОНУ</b> .....	7
1.1. Сутність та об'єктивна необхідність фінансового забезпечення розвитку охорони здоров'я регіону.....	7
1.2. Форми фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я регіону .....	12
Висновки до розділу 1.....	19
<b>РОЗДІЛ 2. СУЧАСНІ РЕАЛІЇ І ПРОБЛЕМАТИКА ВИКОРИСТАННЯ ФІНАНСОВИХ ІНСТРУМЕНТІВ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РОЗВИТКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я РЕГІОНУ</b> .....	19
2.1. Діюча практика планування фінансового забезпечення розвитку охорони здоров'я регіону.....	19
2.2. Оцінка ефективності фінансових інструментів розвитку охорони здоров'я в контексті забезпечення доступності населення до медичних послуг в регіоні..	27
2.3. Програмно-цільове фінансування розвитку охорони здоров'я регіону.....	33
Висновки до розділу 2.....	40
<b>РОЗДІЛ 3. ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМИ ВИКОРИСТАННЯ ФІНАНСОВИХ ІНСТРУМЕНТІВ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РОЗВИТКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я РЕГІОНУ</b> .....	42
3.1. Удосконалення системи фінансового забезпечення розвитку охорони здоров'я регіону.....	42
3.2. Зарубіжний досвід фінансового забезпечення розвитку охорони здоров'я регіону та можливості його імплементації в українських реаліях.....	49
Висновки до розділу 3.....	55
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	57
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	60

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Уряд України прагне покращити ситуацію в галузі охорони здоров'я, зосереджуючись на підвищенні загального стану здоров'я нації та поліпшенні її якості життя. Проте, доступ до медичної допомоги, особливо для мешканців сіл, залишається проблематичним, і є тенденція до погіршення ситуації.

Однією з головних труднощів є недостатність умов для надання якісної та доступної медичної допомоги. Ринкові трансформації вимагають значущих змін у системі охорони здоров'я. Бюджетне фінансування галузі обмежене, що в умовах кризи призводить до негативних наслідків для інфраструктури, рівня та якості медичних послуг.

Введення системи страхової медицини розглядається як альтернатива, яка може забезпечити нові джерела фінансування для охорони здоров'я. Це може створити передумови для покращення медичного обслуговування. Дослідження фінансового забезпечення охорони здоров'я та впровадження обов'язкового та добровільного медичного страхування стає актуальним в контексті нових економічних умов.

**Ступінь висвітлення в літературі.** Проблематику формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я та вплив фінансового забезпечення на доступ населення до медичних послуг досліджували у своїх працях українські науковці – О.Баєва, А.Барзилович, В. Загорський, Н. Карпишин, С. Кравченко, С.Марковський, З.Лободіна, В. Опарін, В.Федосов, О. Яремчук та ін.

При цьому, реформування галузі породжує нові проблеми у сфері дослідження фінансового забезпечення розвитку охорони здоров'я регіону. Все це і зумовило вибір теми кваліфікаційної роботи, її актуальність, теоретичну і практичну важливість.

**Мета і завдання дослідження.** Мета дослідження полягає у поглибленні теоретичних засад та оцінюванні практики фінансового забезпечення розвитку охорони здоров'я регіону, а також у розробці науково-обґрунтованих практичних рекомендацій щодо використання фінансових інструментів забезпечення розвитку охорони здоров'я регіону. Для досягнення поставленої мети необхідно вирішити такі завдання: Досягнення поставленої мети зумовило необхідність вирішення таких завдань:

- дослідити сутність та об'єктивну необхідність фінансового забезпечення розвитку охорони здоров'я регіону;
- охарактеризувати основні форми фінансового забезпечення охорони здоров'я регіону;
- оцінити діючу практику планування фінансового забезпечення розвитку охорони здоров'я регіону;
- здійснити оцінку ефективності фінансових інструментів розвитку охорони здоров'я в контексті забезпечення доступності населення до медичних послуг в регіоні;
- проаналізувати програмно-цільове фінансування розвитку охорони здоров'я регіону;
- окреслити пріоритетні напрями щодо вдосконалення системи фінансового забезпечення розвитку охорони здоров'я регіону
- впровадження зарубіжного досвіду в практику фінансового забезпечення розвитку охорони здоров'я регіону.

**Об'єктом дослідження** є фінансове забезпечення розвитку охорони здоров'я регіону.

**Предметом дослідження** є теоретичні та практичні засади використання фінансових інструментів забезпечення розвитку охорони здоров'я регіону.

**Теоретична новизна випускної кваліфікаційної роботи** полягає в дослідженні та обґрунтуванні теоретичних основ фінансового забезпечення розвитку охорони здоров'я регіону.

**Практичне значення одержаних результатів** кваліфікаційної роботи

полягає у тому, що сформульовані висновки та пропозиції можуть бути використані суб'єктами управління охороною здоров'я на регіональному рівні, зокрема, для вдосконалення механізму фінансового забезпечення розвитку охорони здоров'я Тернопільської області.

**Апробація результатів дослідження.** Результати роботи апробовані на IV Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю - «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів» (04 травня 2023 року) і опубліковані тези «Фінансове забезпечення розвитку охорони здоров'я регіону», Тернопіль: ЗУНУ, 2023. [278-281] та на інтернет-конференції «Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні» (листопад, 2023 року) та опубліковані тези доповіді «Особливості програмно-цільового фінансування розвитку охорони здоров'я Тернопільської області». Тернопіль, 2023р.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РОЗВИТКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я РЕГІОНУ

#### 1.1. Сутність, види та характеристика фінансових інструментів забезпечення розвитку охорони здоров'я регіону

Стан охорони здоров'я надзвичайно важливий для суспільства, він є одним із компонентів індексу людського розвитку. «Конституцією України право на здоров'я проголошується найвищою соціальною цінністю, а право на медичну допомогу гарантується кожному громадянину України. Держава зобов'язується створити умови для ефективного й доступного всім громадянам медичного обслуговування» [48]. Тобто, охорона здоров'я є важливою частиною нашого суспільства, адже вона забезпечує нам доступ до медичної допомоги. Сучасні виклики, які ставляться перед цією системою, включають фінансову стійкість та керованість в умовах зростання витрат і обмеження доступу до медичної допомоги для деяких груп людей. Ці проблеми стосуються багатьох країн світу і пов'язані з ростом потреб у нашому населенні у якісній та доступній медичній допомозі, швидким розвитком медичних технологій та збільшенням тривалості життя.

Унаслідок «світової фінансово-економічної кризи загострилися проблеми функціонування систем охорони здоров'я та постала нагальна потреба в пошуку оптимальних шляхів організації й джерел формування фінансових ресурсів зазначеної галузі. Найчастіше зазначене стає імпульсом до реформування системи охорони здоров'я» [49, с. 68].

В Україні ведуться роботи з розробки концепції реформування системи охорони здоров'я. Мета реформи - покращення якості медичної допомоги та створення ефективної системи охорони здоров'я. Це передбачає зміни у джерелах фінансування, розподілі ресурсів і повноважень між різними

частинами системи. Важливим аспектом є впровадження принципів децентралізації державного управління.

Виконуючи важливу економічну місію, охорона здоров'я також є «одним з головних чинників, які формують економічну безпеку країни та регіонів. Відповідно до концепції соціальної держави, жодна особа, не залежно від рівня її доходу, не може бути позбавлена доступу до медичної допомоги, а фінансова політика уряду у царині охорони здоров'я має передбачати гарантування її високої якості. І хоча за оцінками науковців, стан здоров'я на 9/10 визначається способом життя, спадковістю та соціоекологічним середовищем, а лише на 1/10 – рівнем розвитку системи його охорони, недостатня увага до питань належного фінансування галузі є одним із чинників, які визначають негативне ставлення суспільства до дій влади та джерелом генерування соціальних конфліктів. Зважаючи на це, збільшення обсягів та диверсифікація джерел формування фінансових ресурсів охорони здоров'я є на сьогодні не лише вимогою часу, а й питанням національної безпеки» [30].

Враховуючи дослідження вчених із різних країн та особливості медичних закладів, а також потребу у змінах у їх фінансово-господарській діяльності в умовах ринкового господарювання, ми підтримуємо ідею З. М. Лободіної про розгляд фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я як грошових коштів у фондовій формі. Ці ресурси, згідно з її пропозицією, формуються через розподіл ВВП і спрямовані на створення активів для медичних закладів, що надають послуги населенню. Це дозволяє матеріалізувати фінансові ресурси у вигляді суспільного блага охорони здоров'я, враховуючи, що ВВП представляє сукупну вартість вироблених товарів і послуг у країні.

Визначення фінансових ресурсів, що було подано, дозволяє пов'язати джерела створення цих ресурсів із їхніми різними формами вияву та спрямованістю у галузі охорони здоров'я. Це, в свою чергу, допомагає розглядати їхній склад і структуру.

При розгляді сутності визначення "фінансові ресурси закладів охорони здоров'я" з метою розширення інформаційної бази для ефективного управління

фінансами таких закладів є доцільним класифікувати їхні фінансові ресурси відповідно до характеристик, які наведені у таблиці 1.1.

Таблиця 1.1

### Класифікація фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я<sup>1</sup>

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

Примітка. Складено автором на основі [8; 18; 35]

Кошти з державного та місцевих бюджетів, призначені для охорони здоров'я в Україні, використовуються закладами охорони здоров'я для забезпечення населення медичною допомогою. Головні розпорядники цих бюджетних коштів спрямовують їх на фінансування державних і місцевих програм охорони здоров'я та наукових досліджень у цій галузі.

Але, якщо розглядати систему охорони здоров'я взагалі, враховуючи не лише бюджетні заклади, а й приватні медичні установи та фізичні особи, які надають медичні послуги, основні джерела фінансування включають державні (суспільні) кошти, фонди соціального страхування, а також приватні та міжнародні донорські кошти.

Залежно від джерел формування фінансових ресурсів і їхнього переважання виділяють моделі фінансування охорони здоров'я. Світовий та вітчизняний досвід дозволяють виділити три основні моделі фінансового забезпечення цієї галузі.





Рис. 1.1. Моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я

Примітка. Сформовано автором на основі [37]

1. Модель Бісмарка, яка базується на страховому принципі, використовується в країнах, де близько 35-45% економіки контролюється державним бюджетом.

2. Бюджетна (державна) модель, така як модель Беверіджа та модель Семашко, зазвичай використовується в країнах з високим рівнем державної контролю над економікою, близько 50-60%.

3. Приватна (платна) модель застосовується в країнах, де близько 25-30% економіки знаходиться під контролем бюджету.

Зараз жодна з цих моделей не є самостійною, і всі перераховані джерела фінансування комбінуються. Можна говорити лише про те, яка модель переважає в кожній конкретній країні, і можна розглядати різні типи фінансування для організації охорони здоров'я.

Важливий є підхід О. В. Баєвої у цьому контексті, яка «пропонує таку класифікацію моделей організації охорони здоров'я:

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

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

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

Національна система охорони здоров'я, як прийнято вважати, переважно фінансується за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів. Таке твердження ґрунтується на положенні статті 49 Конституції України, в якій «закріплено право кожної людини на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, яке забезпечується державним фінансуванням, та підтверджується звітністю про виконання бюджетів» [29].

Під час реформування системи охорони здоров'я основною метою в розвитку цих закладів повинна стати зміна того, як керують їх грошовими ресурсами. Ми вважаємо, що це можна зробити у два способи: знаходження нових джерел грошових ресурсів і впровадження багатоканального підходу до фінансування охорони здоров'я; покращення того, як ці заклади використовують свої фінансові засоби, щоб бути ефективнішими.

Побудова системи управління фінансовими ресурсами галузі охорони здоров'я, як зазначають В. Загорський, З. Лободіна, Г. Лопушняк, «має розпочинатися з побудови окремих її складових, а забезпечення гармонійного розвитку такої системи можливе лише за умови впровадження на локальному рівні сучасних медичних стандартів та відповідних інструментів управління на рівні головних розпорядників коштів або відповідальних виконавців бюджетних програм» [19].

Отже, управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я регіону є сукупністю дій органів законодавчої і виконавчої влади та фінансових інституцій відповідно до їх повноважень, пов'язаних із формуванням грошових коштів у фондів формі призначених для надання медичних послуг населенню

та використанням фінансових інструментів забезпечення розвитку охорони здоров'я регіону.

## 1.2. Форми фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я регіону

Заклади охорони здоров'я отримують гроші з різних джерел (табл. 1.2). Зазвичай, більшість з них отримує фінансування з місцевих бюджетів. З 2015 року, у рамках бюджетної реформи, державні кошти передаються на місця для фінансування охорони здоров'я. Це включає медичні субвенції для обласних, районних та міських бюджетів, субвенції на медикаменти для швидкої допомоги, кошти на матеріали для закладів охорони здоров'я та реформування регіональних систем охорони здоров'я.

Таблиця 1.2

### Наукові підходи до виокремлення форм фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я» вітчизняними науковцями <sup>1</sup>

<i>Автор</i>	<i>Форми фінансового забезпечення</i>
В. Федосов, В. Опарін, С. Огородник	«безповоротне фінансування з бюджету, кредитування, самофінансування»
В. Опарін	«безповоротне фінансування з бюджету, кредитування, самофінансування, кошти, які надходять від громадських та добродійних фондів, спонсорські внески, гранти та інші надходження»
С. Львовчкін	«самофінансування, залучення акціонерного капіталу, кредитування, безповоротне фінансування»
О. Романенко, С. Юрій	«бюджетне фінансування, кредитування, самофінансування, оренда, інвестування»
М. І. Крупка	«державне фінансування, кредитування, самофінансування»
В. Загорський, З. Лободіна та Г. Лопушняк	«бюджетне фінансування, некомерційне самофінансування, добровільне медичне страхування, благодійництво»
Н. Карпишин	«бюджетне фінансування, некомерційне самофінансування, добровільне медичне страхування, благодійництво, кредитування»

«Медична субвенція через головного розпорядника бюджетних коштів, Міністерство охорони здоров'я України, надається місцевим бюджетам для

здійснення поточних видатків закладів охорони здоров'я, а у 2017 р. – крім видатків на оплату комунальних послуг та енергоносіїв» [9; 49].

Концепцію медичної реформи фінансування системи охорони здоров'я схвалено Урядом України в листопаді 2016 року. «Мета реформи полягає у вирішенні проблем, які виникли у сфері охорони здоров'я – низькоякісні та малоефективні медичні послуги, неефективне використання бюджетних коштів великі витрати пацієнтів на охорону здоров'я» [58].

Таким чином, запроваджено нову модель фінансування системи охорони здоров'я, яка передбачає чіткі зрозумілі гарантії держави щодо медичної допомоги, кращий фінансовий захист для громадян у випадку хвороби, ефективний і справедливий розподіл ресурсів та скорочення платежів пацієнтів. «Основою реформи є пацієнт – центрична модель, коли пацієнт знаходиться в центрі уваги» [1]. Вона ґрунтується на таких принципах (рис. 1.2).

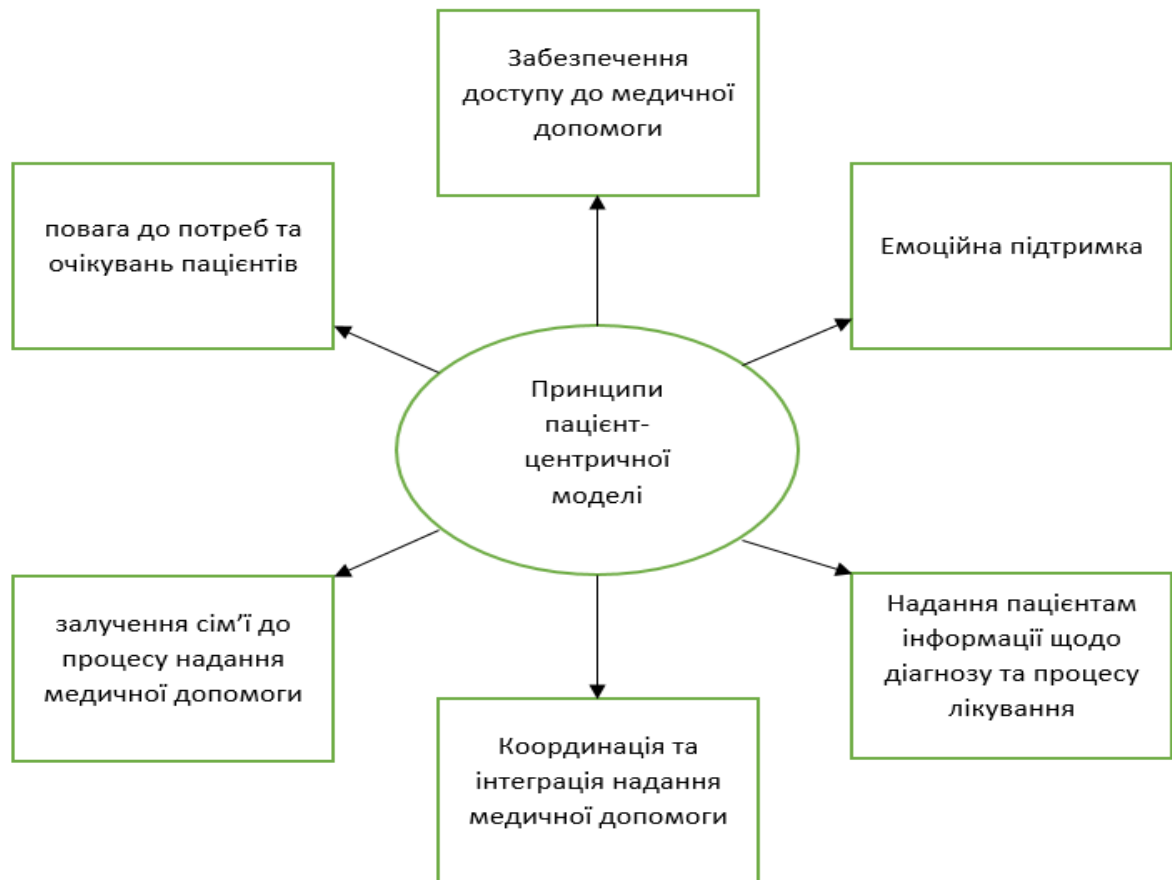


Рис. 1.2. Принципи пацієнт-центричної моделі

Примітка. Складено автором самостійно

Нова система спрямована на чітке визначення функцій та обов'язків Уряду, місцевого самоврядування та керівників закладів охорони здоров'я.

Відповідно до статті 32 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» до повноважень місцевого самоврядування належать «управління закладами охорони здоров'я, організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення, організація медичного обслуговування та харчування в комунальних оздоровчих закладах, забезпечення в межах наданих повноважень доступності та безоплатності медичного обслуговування на відповідній території, а також розвиток усіх видів медичного обслуговування, зокрема розвиток мережі закладів охорони здоров'я, сприяння підготовці та підвищенню кваліфікації спеціалістів» [57].

До реформи кошти місцевих бюджетів витрачалися на фінансування поточних видатків, а не на розвиток закладів охорони здоров'я та їхнього персоналу. Нова модель дає можливість органам місцевого самоврядування повноцінно виконувати свої обов'язки у сфері охорони здоров'я. Це досягнуто шляхом прозорого розмежування: з національного рівня фінансується програма медичних гарантій, і завдяки коштам з місцевих бюджетів покращується якість роботи закладів охорони здоров'я та впроваджуються місцеві програми.

Система фінансування проводиться в розрізі трьох основних функцій (табл.1.3). Сильною стороною української системи охорони здоров'я є фінансування за рахунок загальнодержавних податків, що відноситься до збору коштів. «Кожен громадянин сплачує податок до бюджету, і держава оплачує його лікування, якщо у нього виникне хвороба. Такий принцип має страховий характер, і ним можуть користуватися всі». Це забезпечує універсальність і рівність доступу громадян до медичної допомоги незалежно від матеріального забезпечення, виду зайнятості і стану здоров'я. Така система фінансування медицини є ще в багатьох європейських країнах. Зокрема, в Італії, Великобританії, Ірландії, Іспанії та у всіх Скандинавських країнах.

Кошти охорони здоров'я розподіляються на бюджети (так звані пулінги). Тобто більшість коштів розподіляється через бюджети на рівні міст, районів та

об'єднаних територіальних громад. Потім ці кошти фінансують на випадок хвороби. «Якщо багато людей сплачуватимуть податки у єдиний пул, то у страховика буде достатньо коштів, щоб профінансувати кожен випадок хвороби. В іншому випадку пул або потрапляє в дефіцит, або страховик буде недоплачувати за лікування пацієнтів, що й призведе до порушення зобов'язань».

Таблиця 1.3

### Функції системи фінансування

Функція фінансування	Значення функції
Збір коштів	Визначає, яким саме способом кошти надходять до системи охорони здоров'я. Основні джерела: загальні податки, кошти соціального (обов'язкового) або приватного (добровільного) страхування, особисті кошти домогосподарств, кошти донорів.
Акумуляція та <u>пулінг</u> коштів	Визначає, на якому рівні відбуваються об'єднання та розподіл зібраних коштів.
Замовлення медичних послуг	Завдяки коштам, які об'єднані у бюджети (пули) <u>закуповлюють</u> у медичних закладів, лікарів, аптек послуги та ліки.

Примітка. Сформовано автором самостійно

Слабкою стороною у розподілі бюджетних коштів є ситуація, коли платник податків не може розраховувати на якісне, вчасне і безкоштовне лікування в комунальних лікарнях та поліклініках. Це призводить до того, що вони змушені доплачувати кошти за медичну допомогу. Сьогодні пацієнти фінансують майже половину всіх видатків у цій галузі шляхом додаткової оплати за отримання послуги. І як наслідок, домогосподарства стикаються з катастрофічними фінансовими наслідками.

У рамках реформи всі заклади охорони здоров'я укладають договори з Національною службою здоров'я України та отримують кошти з державного

бюджету. Проте обсяг договорів, перелік медичних послуг, які мають бути надані пацієнтам, та умови фінансування чітко визначаються цими договорами.

Що стосується нововведень у фінансуванні охорони здоров'я в частині виділення медичної субвенції місцевим бюджетам, зазначимо, що відповідно до статті 94 Бюджетного кодексу України «загальний обсяг фінансових ресурсів за кожним видом міжбюджетних трансфертів, що враховується при визначенні фінансових нормативів бюджетної забезпеченості, розраховується на підставі державних соціальних стандартів і нормативів, які встановлюються законом та іншими нормативно-правовими актами»[8]. Проте норми та стандарти для громадського здоров'я, які повинні визначати, скільки коштів отримують лікарні та інші установи від державного бюджету, поки не схвалені. Це означає, що умови фінансування для закладів охорони здоров'я від місцевих бюджетів залежать від того, скільки грошей є у державному та місцевому бюджетах, особливо при обмежених фінансових ресурсах.

Отже, використання фінансових інструментів забезпечення охорони здоров'я регіону в умовах проведення медичної реформи забезпечує рівний доступ громадян до якісних медичних послуг і гарантує фінансову безпеку.

## **Висновки до розділу 1**

Дослідження теоретичних основ фінансового забезпечення розвитку охорони здоров'я регіону дало змогу виокремити такі висновки:

1. Грошові кошти для закладів охорони здоров'я створюються з розподілу ВВП і використовуються для надання медичних послуг. Заклади отримують гроші від Державного та місцевих бюджетів на гарантований рівень медичної допомоги та програми охорони здоров'я.

2. Фінансування системи охорони здоров'я забезпечується коштами з державного та місцевих бюджетів, що відповідає Конституції України. Це гарантує право кожної людини на охорону здоров'я і надає фінансову підтримку від держави.

3. Нова модель фінансування охорони здоров'я забезпечує чіткі гарантії медичної допомоги, фінансовий захист для громадян та ефективний розподіл ресурсів. Це дозволяє місцевим органам самоврядування повніше виконувати свої обов'язки у галузі охорони здоров'я.

4. Система фінансування проводиться в розрізі трьох основних функцій: збір коштів; акумуляція та пудлінг коштів; замовлення медичних коштів. Система охорони здоров'я фінансується за рахунок загальнодержавних податків, що відносяться до збору коштів. Обсяг видатків місцевих бюджетів на утримання бюджетних установ охорони здоров'я в умовах дефіциту бюджетних коштів залежить від фінансових можливостей державного та місцевих бюджетів.

5. Слабкою стороною У розподілі бюджетних коштів платник податків не завжди може розраховувати на якісне, вчасне і безкоштовне лікування в комунальних лікарнях та поліклініках. Відтак, вони змушені доплачувати кошти за медичну допомогу.



## РОЗДІЛ 2

### СУЧАСНІ РЕАЛІЇ І ПРОБЛЕМАТИКА ВИКОРИСТАННЯ ФІНАНСОВИХ ІНСТРУМЕНТІВ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РОЗВИТКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я РЕГІОНУ

#### **2.1. Діюча практика планування фінансового забезпечення розвитку охорони здоров'я регіону**

Важливість фінансування охорони здоров'я і її ефективність сильно залежать від того, наскільки обдумано планується використання фінансових ресурсів, які надходять у медичні заклади.

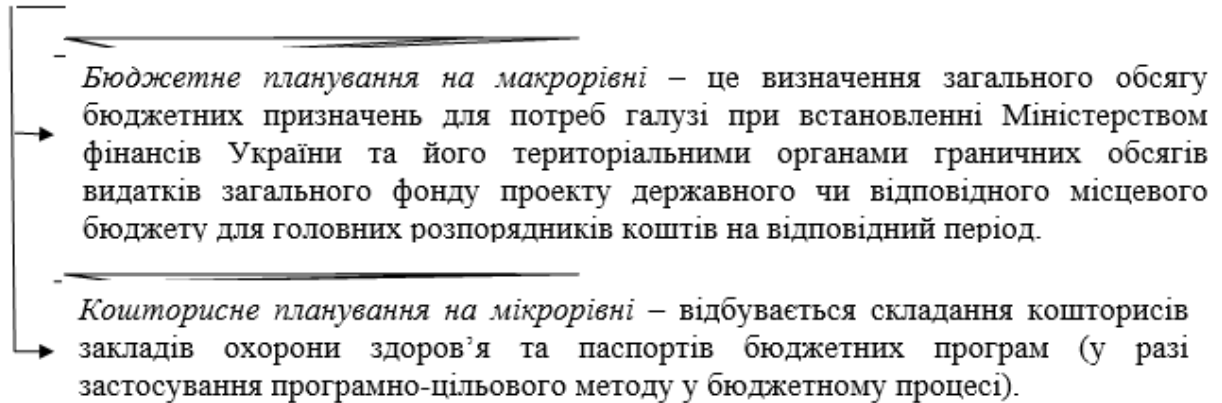
Планування фінансів здійснюється на основі показників, які відображають фінансову діяльність закладів охорони здоров'я. На цьому етапі визначаються обсяги фінансових ресурсів, які будуть залучені для виконання функцій системи охорони здоров'я з різних джерел, а також напрямки їх витрачання.

В Україні основні кошти для охорони здоров'я надходять з державного та місцевих бюджетів. Аналізуємо порядок планування витрат на охорону здоров'я з цих бюджетів.

У бюджеті визначаються кошториси, необхідні для реалізації політики в галузі охорони здоров'я. Для розпорядників бюджетних коштів ці витрати є доходами. Таким чином, планування фінансів закладів охорони здоров'я відбувається на двохрівнях.

Загальний обсяг витрат на охорону здоров'я визначається на основі динаміки витрат за останні роки, очікуваного збільшення обсягів витрат за рахунок нових законів і регулятив, а також прогнозується можливе зменшення витрат внаслідок оптимізації мережі установ та інших заходів.

## Планування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я



*Рис. 2.1.* Рівні планування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я

Примітка. Складено автором самостійно

«Остаточні обсяги асигнувань на охорону здоров'я на першому етапі формування проекту зведеного бюджету визначаються з урахуванням реальних обсягів надходжень до бюджету всіх рівнів, а також пріоритетності тих чи інших видатків у плановому період» [7, с. 598].

Планування витрат з Державного бюджету України та місцевих бюджетів на охорону здоров'я включає розробку бюджетних запитів головним розпорядником коштів в цій галузі – Міністерством охорони здоров'я України за державним бюджетом; територіальними органами Міністерства охорони здоров'я України (департаментами (управліннями) охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, центральними районними лікарнями, відділами охорони здоров'я районних державних адміністрацій, міськими радами), а у випадку їх відсутності – місцевими радами для відповідних місцевих бюджетів. Це виконується шляхом подання бюджетного запиту Міністерству фінансів України або його територіальним органам відповідно до вимог інструкції з підготовки бюджетних запитів у встановлені терміни та порядку, встановлені Міністерством фінансів України чи його територіальними органами. Це

робиться для подальшого ретельного аналізу та рішення про включення до проекту відповідного бюджету.

Відповідно до Закону України «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України», 2018-2019 років можна було проводити фінансування первинної медичної допомоги комунальним закладам охорони здоров'я, які не укладали договорів з Національною службою здоров'я України. Це відбувалося через надання місцевим бюджетам субвенцій з державного бюджету. Порядок надання субвенцій, строки та умови визначаються Кабінетом Міністрів України» [55].

В межах країни збереглися дві форми фінансування первинної медичної допомоги (рис. 2.2).



Рис. 2.2. Форми фінансування первинної медичної допомоги

Примітка. Складено автором самостійно

Форма фінансування за рахунок медичної субвенції означає, що з державного бюджету виділяються кошти у вигляді субвенцій до місцевих бюджетів, а вже органи місцевого самоврядування виділяють певну суму коштів закладам охорони здоров'я для задоволення їхніх потреб. Фінансування за капітаційною ставкою запровадилося з 1 липня 2018 року. Це означає, що органи місцевого самоврядування фінансують заклади первинної медичної допомоги по-новому – лише одночасно в рамках одного місцевого бюджету (міста, територіальної громади або району). Так відбувається, бо субвенцію з

державного бюджету перераховують місцевому бюджету і вона може бути виділена повністю для бюджету, а не окремого закладу.

Зазначимо, що у рамках цієї програми Національна служба здоров'я України стала головним розпорядником бюджетних коштів. Саме вона виконує функцію фінансування як державний орган. Відповідно до Закону України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості», держава виділяла у вигляді додаткової субвенції місцевим бюджетам 5 млрд. гривень на покращення інфраструктури закладів охорони здоров'я у сільській місцевості» [58] (рис. 2.3).

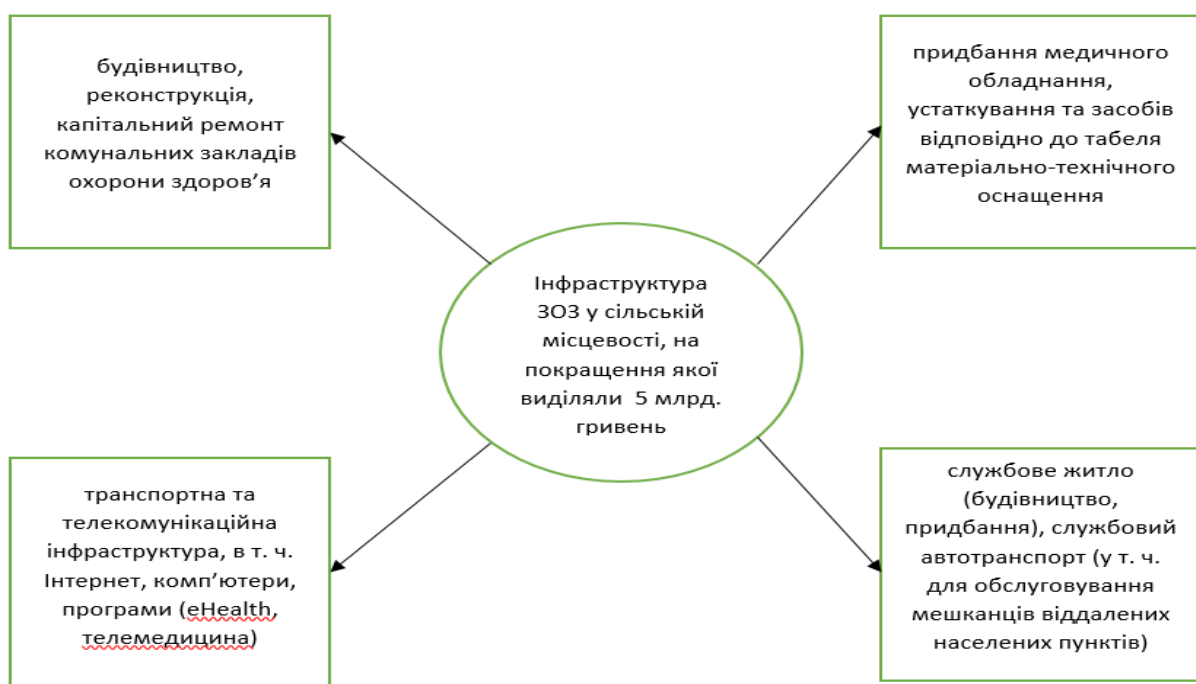


Рис. 2.3. Інфраструктура ЗОЗ у сільській місцевості

Примітка. Складено автором самостійно

Бюджетна програма «Надання первинної медичної допомоги населенню» була розроблена відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»[52]. Відповідно до нього тариф на медичні послуги, пов'язаний з наданням первинної медичної допомоги, складається з двох частин: ставки на оплату медичної послуги і ставки на оплату діагностичних послуг, у тому числі лабораторних досліджень.

Оплата медичної послуги на рівні первинної медичної допомоги враховує один з основних показників – капітаційну ставку з урахуванням коефіцієнтів. Тарифи за надання медичних послуг первинної медичної допомоги – це капітаційна ставка за обслуговування одного пацієнта протягом календарного року з відповідними коефіцієнтами. Вони регламентуються постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги» і переглядаються щорічно. На цьому етапі коефіцієнти відрізняються тільки для вікових категорій пацієнтів. Очікується, що згодом буде впроваджено більш комплексний підхід для визначення коефіцієнтів, у якому буде враховуватися стать пацієнта, показники його здоров'я тощо.

Відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» з 1 квітня 2020 р. стартував другий етап медичної реформи. Він полягає у впровадженні програм медичних гарантій, які містять в собі безоплатні медичні послуги. «Це надає громадянам право на безкоштовну медичну допомогу від держави, а також допомагає у боротьбі з коронавірусом» [52].

Національна служба здоров'я України з усіма комунальними медичними закладами, які надають весь спектр медичної допомоги, має укладені договори. Договір та механізм отримання коштів сприяє ефективному розподілу грошових ресурсів туди, де вони будуть потрібні найбільше.

Перевагою нової системи є наявність достовірних електронних даних. «Національна служба здоров'я України володіє електронною системою охорони здоров'я і завдяки їй вчасно приймає ефективні управлінські рішення».

У 2018 році запровадили нову форму фінансування закладів охорони здоров'я. Це оплата за пацієнта з використанням капітаційної ставки. Вона делегує закладу охорони здоров'я зобов'язання щодо надання первинної медичної допомоги населенню. Але при цьому сама капітаційна модель оплати не є основним стимулом для впровадження значних змін.

«Головним показником для розрахунку видатків лікарняних, санаторно-курортних закладів, будинків дитини є кількість лікарняних ліжок. Зазначений показник визначають, виходячи із соціально-економічних, демографічних та інших умов території» [42].

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

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

де:  $L_1$  – кількість ліжок на початок планового року;  $L_2$  – кількість ліжок, які вводяться в дію в плановому році;  $M$  – число місяців функціонування ліжок, які вводяться в дію в плановому році;  $L_3$  – кількість ліжок, які виводяться з експлуатації в плановому році;  $M_1$  – число місяців функціонування ліжок, які виводяться з експлуатації» [6].

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

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

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

Відповідно до економічної класифікації, видатки закладів охорони здоров'я поділяються на поточні (оплата праці персоналу та нарахування на неї, придбання різних предметів, матеріалів, обладнання, інвентарю, медикаментів, перев'язувальних матеріалів, продуктів харчування, оплата комунальних та транспортних послуг, поточний ремонт і таке інше) та капітальні (придбання обладнання і предметів довгострокового користування, капітальне будівництво,

капітальний ремонт і таке інше).

Однак у структурі всіх видатків закладів охорони здоров'я найбільший внесок складають витрати на оплату праці персоналу.

«Оплату праці працівників закладів охорони здоров'я встановлюють у розрізі груп персоналу за фактично відпрацьований час, і вона охоплює: основну заробітну плату, яку розраховують на основі кількості ставок та посадових окладів для певної групи персоналу; доплати за суміщення професій, роботу в нічний час, науковий ступінь та інші доплати, що встановлюють у відсотках від посадового окладу працівника; надбавки за тривалість безперервної роботи, почесні звання, знання та використання у роботі іноземної мови, за високі досягнення у праці, виконання особливо важливої роботи, складність, напруженість у роботі, інші надбавки, що визначають у відсотках від посадового окладу працівника» [44].

Встановлення окладів посад та розмірів доплат і надбавок для працівників закладів охорони здоров'я здійснюється за допомогою тарифікаційного списку, що базується на чинних правових актах. Планування витрат на оплату праці в установах охорони здоров'я є складним завданням через велику різноманітність факторів, які впливають на їхню діяльність.

Витрати на придбання матеріалів для господарювання, оплату послуг транспорту, комунальних та інших враховують обсяг, режим та умови роботи конкретного закладу охорони здоров'я, а також чинні норми витрат та ціни на товари та послуги.

Обсяг витрат на медикаменти та перев'язувальні матеріали визначається відповідно до встановлених норм, розрахованих на один ліжко-день у лікарнях, санаторіях, будинках дитини, або на одне лікарське відвідування в амбулаторно-поліклінічних закладах.

«Видатки на придбання продуктів харчування у закладах охорони здоров'я розраховують, виходячи з вартості встановленого на 1 хворого набору продуктів харчування, диференційованого за профілем відділень, віковими групами населення, та кількістю ліжко-днів» [44].

Обсяг грошових витрат на купівлю обладнання та інших засобів для короткострокового використання визначається з урахуванням того, скільки придатного до роботи обладнання вже є у медичних закладах. Також враховуються норми, визначені в таблицях, які показують, яке обладнання повинно бути у закладах охорони здоров'я. Ці таблиці затверджені Міністерством охорони здоров'я України.

Витрати на відрядження включають гроші, які витрачаються на оплату поїздки, проживання, харчування відряджених працівників. Ці витрати розраховуються на основі даних минулих років і правил, встановлених законами.

Гроші, які заклади охорони здоров'я витрачають на оплату комунальних послуг і енергоносіїв, розраховуються безпосередньо на основі діючих тарифів і правил розрахунку платежів за ці послуги. В той же час, великі витрати на будівництво і ремонт в закладах плануються шляхом безпосереднього розрахунку в межах виділених бюджетних коштів для цих цілей.

Підсумовуючи, виокремимо проблеми планування грошових ресурсів для охорони здоров'я: недосконалість бюджетного планування, яке передбачає планування виходячи з ієрархічної структури; відсутність єдиної стратегії планування; невідповідність між ростом потреб населення у якісній медичній допомозі та можливістю її фінансування з бюджету; непропорційний розподіл фінансових ресурсів між різними закладами охорони здоров'я на різних рівнях.

Отже, внаслідок динамічних суспільних трансформацій в державі, що ведуть до організаційних змін в органах управління та закладах охорони здоров'я, важлива роль відводиться ефективному та раціональному плануванню у галузі охорони здоров'я, що дозволить досягнути цілей: підвищення ефективності видатків на охорону здоров'я, покращення якості та доступності медичних послуг для населення.



## **2.2. Оцінка ефективності фінансових інструментів розвитку охорони здоров'я в контексті забезпечення доступності населення до медичних послуг**

У контексті забезпечення доступності медичних послуг для населення велике значення має оцінка ефективності фінансових інструментів розвитку системи охорони здоров'я. Якість медичних послуг для населення регіону в значній мірі залежить від вирішення складних економічних завдань, таких як визначення можливих та необхідних обсягів фінансових ресурсів, пошук альтернативних джерел фінансування, розвиток платних медичних послуг, підготовка кваліфікованих кадрів, впровадження нових медичних технологій, впровадження інновацій в галузі охорони здоров'я та інше.

«Обсяг витрат на охорону здоров'я на одну особу в Україні зросла в період з 2017 по 2021 рік (на 200,5%). Спостерігається тенденція, за якою темпи зростання витрат на одну особу перевищують темпи загальних витрат на охорону здоров'я, що обумовлено зменшенням загальної чисельності населення на 5,5%».

Отже, існуючі ресурси для фінансування охорони здоров'я не здатні задовольнити потреби громадян у отриманні належного рівня медичної допомоги. Це пояснюється впливом кризових явищ в національній економіці, зростанням рівня інфляції, неефективною валютною політикою, а також збільшенням вартості медичних послуг та ліків. Це підтверджують результати щорічного опитування населення, яке проводить Державна служба статистики України, щодо самооцінки стану здоров'я та доступності медичної допомоги.

Відповідно до цього, кількість домогосподарств, які потребують медичної допомоги, придбання ліків та медичних пристроїв, зменшилася протягом 2017–2021 років на 8,73%. Незважаючи на це зменшення, частка домогосподарств, які потребують медичної допомоги та ліків, зросла до 98,1%, досягнувши найвищого рівня за останні 7 років. Це свідчить про те, що майже всі домогосподарства стикалися з проблемами зі здоров'ям і потребували ліків та медичної допомоги.

За період з 2017 по 2021 роки збільшується як кількість, так і частка домогосподарств, які не могли задовольнити свої потреби в медичній допомозі, збільшившись на 136,8% і 150,7% відповідно. Великою проблемою є частка домогосподарств, для яких медична допомога стала недосяжною.

«Структура джерел фінансування охорони здоров'я змінюється нерівномірною динамікою впродовж 2017–2021 років. При цьому частка державних (суспільних) витрат на охорону здоров'я є найбільшою сягає – 57,2%» [43]. Проте, скорочення бюджетних ресурсів як основного джерела фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я, про що задекларовано у Конституції України, призводить до зниження рівня фінансової доступності медичної допомоги та якості надання невідкладної медицини, порушується право людини на безоплатність отримання медичних послуг, зокрема для найуразливіших, малозабезпечених верств населення.

Протягом 2010-2021 років ми стежили за показниками витрат бюджету України на охорону здоров'я щодо ВВП та ВНД. Ці показники зросли, але з 2015 року ми помічаємо їх коливання та зменшення, особливо у 2021 році, де частка становить 3,63% та 3,59% відповідно.

Зменшення фінансування охорони здоров'я бюджетом взагалі пояснюється зміною пріоритетів, зокрема, збільшенням фінансування освіти, соціального захисту та військової оборони. Це негативна тенденція, оскільки при зростанні ризиків екологічного забруднення, воєн та захворювань важливо мати достатньо фінансування для надання якісної медичної допомоги.

Наприклад, у 2017 році більше 77% витрат місцевих бюджетів на охорону здоров'я покривались трансфертами від державного бюджету, а в 2018 році цей показник становив 72,5%.

Зазначене вище дає підстави констатувати, що фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я достатньо лише для здійснення поточних видатків, при цьому їх практично не залишається для оновлення або придбання нового медичного обладнання довгострокового користування. Скорочення обсягів і частки суспільних коштів у джерелах формування фінансових ресурсів системи

охорони здоров'я призвело до зростання питомої ваги приватних ресурсів, призначених для задоволення потреб населення в отриманні медичної допомоги.

Таблиця 2.1

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

Види трансфертів	2017	2018	2019
Медична субвенція	46177023,6	44433709,8	55540108,4
Субвенція на придбання медикаментів та виробів медичного призначення для забезпечення швидкої медичної допомоги	135630	137992,3	137992,3
Субвенція на реформування регіональних систем охорони здоров'я для здійснення заходів з виконання спільного з Міжнародним банком реконструкції та розвитку проекту «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей»	6364,4	179715,4	500000
Субвенція з державного бюджету обласному бюджету Львівської області на завершення реконструкції Львівського обласного перинатального центру	45000	–	–
Субвенція з державного бюджету обласному бюджету Одеської області на будівництво лікувального корпусу Одеської обласної дитячої клінічної лікарні	19000	–	–
Субвенція на придбання витратних матеріалів для закладів охорони здоров'я та лікарських засобів для інгаляційної анестезії	18274,8	18972,6	18972,6
Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на придбання ангиографічного обладнання	–	–	150000
Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на відшкодування вартості лікарських засобів для лікування окремих захворювань	–	–	500000
Разом	46401292,8	44770390,1	56847073,3

Примітка. Складено автором на основі [23; 27]

У більшості країн Євросоюзу суспільні витрати становлять значну частку витрат на охорону здоров'я. Проте в Україні частка приватних витрат (48,1%) вища, ніж, наприклад, в Румунії (20,3%), Польщі (30,4%), Словаччині (30%), Чехії (36,4%), Німеччині (23,2%) та інших країнах. Це свідчить про зменшення державного фінансування охорони здоров'я в Україні, що може вплинути на громадян із низьким рівнем доходів.

У період 2017-2021 років спостерігалось невелике коливання розподілу фінансових ресурсів на охорону здоров'я за різними функціями. Важливим було зменшення витрат на стаціонарне і реабілітаційне лікування у 2020 році та

зростання витрат на медичні товари для амбулаторних хворих. Це пов'язано із збільшенням вартості фармацевтичних товарів та медичного обладнання, що може бути закордонного виробництва.

Загальний висновок з аналізу структури фінансування охорони здоров'я за цей період полягає в тому, що більшість функцій фінансуються за рахунок державних коштів. Серед них стаціонарне лікування, профілактика, громадське здоров'я та управління охороною здоров'я фінансуються державою, в той час як домогосподарства витрачають свої кошти на допоміжні медичні послуги, медичні товари та послуги.

З 24 лютого 2022 року на території України тривають воєнні дії. Попри війну Національна служба здоров'я України виділяє кошти на фінансування закладів охорони здоров'я. Відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України Рада міністрів Автономної Республіки Крим, обласні, Київська та Севастопольська міські державні адміністрації «розподіляють централізовано закуплені медичні вироби та ліки відповідно до обсягів, що відповідають оплаті згідно з програмою медичних гарантій у 2022 році. Для цього потрібно укласти договір з Національною службою здоров'я України». Згідно з цією Постановою Національна служба здоров'я України щомісяця отримуватиме від держави фіксовану суму коштів для розвитку закладів охорони здоров'я.

Попри те, що досі воєнні дії у 2023 році на території України тривають, цього року на фінансування охорони здоров'я з держбюджету виділено 206,8 млрд. грн. Зокрема 2020 року на фінансування охорони здоров'я було виділено 108 млрд грн, у 2021 році – 162,68 млрд. грн, у 2022 році – 192,5 млрд. грн. Ці кошти розподілено на пріоритетні напрями фінансування наступним чином (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Фінансування пріоритетних напрямків в охороні здоров'я на 2020-2023 рр.  
(у млрд грн)

Роки	2020	2021	2022	2023
Напрями				
Загальні видатки	108	162,68	192,5	206,8
Реалізація програми медичних гарантій	72,1	123,5	157,3	142,7
Централізована закупівля ліків, медичних виробів, сучасного обладнання	6,6	0,105	0,105	10
Вакцинація від COVID-19	-	2,6	2,6	-
Посилення епідемічного нагляду за інфекційними та неінфекційними хворобами	-	-	-	3,8

Примітка. Складено автором на основі [23; 27]

Протягом 2020-2023 років загальні видатки на фінансування пріоритетних напрямків в охороні здоров'я щороку збільшувалися. У 2023 році 50% коштів з державного бюджету виділено на Збройні Сили України.

Попри це, все ж таки цього року виділено видатки на охорону здоров'я, але на вакцинацію від COVID-19 коштів не виділено. Натомість у 2023 році вперше виділили з державного бюджету кошти на посилення епідемічного нагляду за інфекційними та неінфекційними хворобами у сумі 3,8 млрд грн.

Отже, запровадження нових інструментів фінансування дозволило знизити поточний рівень неформальних платежів за медичні послуги. У 2023 році на сферу охорони здоров'я Національна служба охорони здоров'я виділила більше коштів з державного бюджету, ніж у попередні роки. Це вказує на те, що сфера охорони здоров'я фінансово розвивається попри війну в Україні.

### **2.3. Програмно-цільове фінансування розвитку охорони здоров'я досліджуваного регіону**

У фінансуванні розвитку закладів охорони здоров'я досліджуваного регіону застосовується програмно-цільовий метод, в основу якого покладено механізм формування комплексу програм та підпрограм. На їх виконання виділяються з місцевих бюджетів кошти, необхідні для досягнення запланованих програмами результатів.

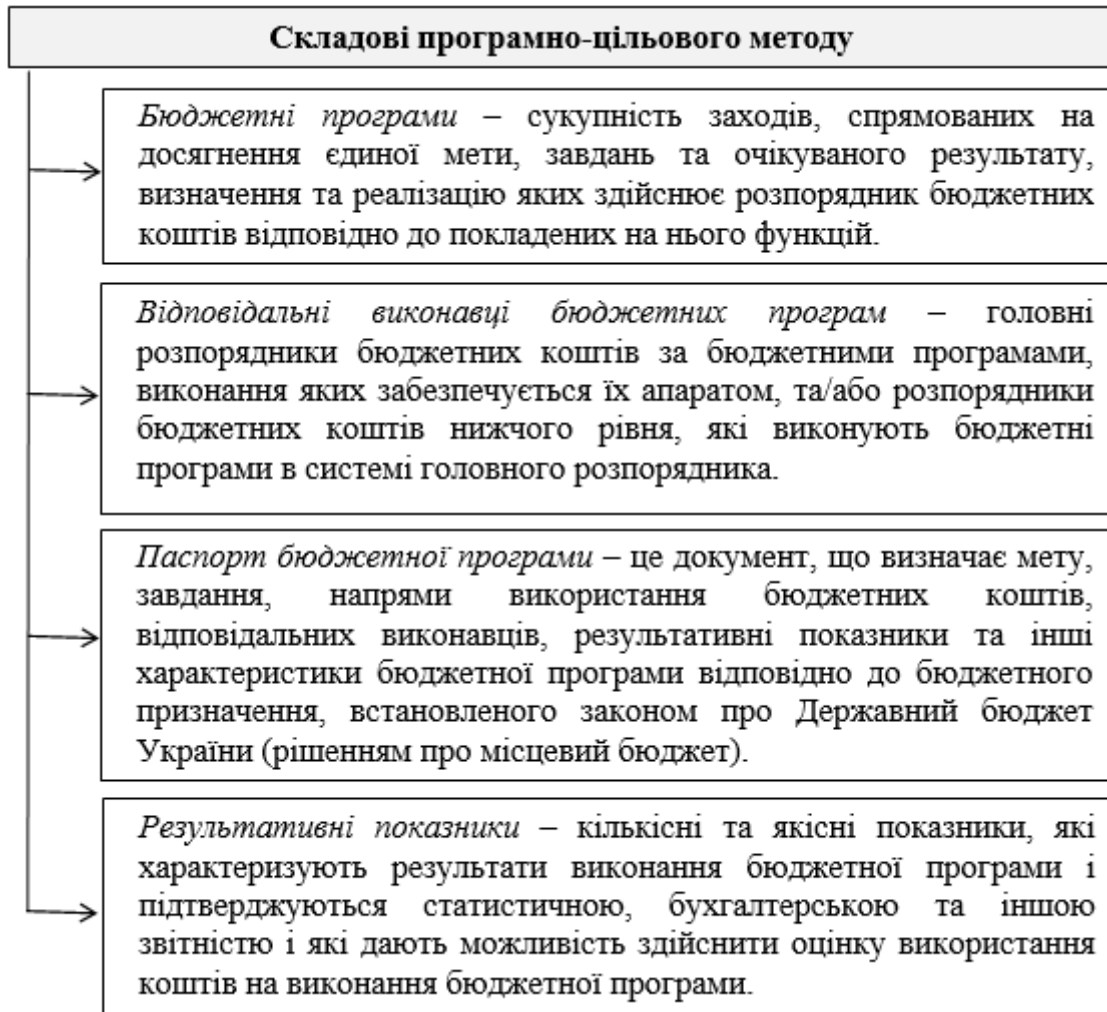
Програмно-цільовий метод – «це метод управління бюджетними коштами для досягнення конкретних результатів за рахунок коштів бюджету із застосуванням оцінки ефективності використання бюджетних коштів на всіх стадіях бюджетного процесу»[56]. Основні складові програмно-цільового методу у бюджетному процесі представлені на рис. 2.4. Відтак, складовою програмно-цільовий методу в бюджетному процесі охорони здоров'я досліджуваного регіону є бюджетні програми, які складаються для надання первинної, вторинної, третинної та екстреної медичної допомоги.

В контексті розвитку охорони здоров'я, бюджетні програми формуються на середньо- або довгострокову перспективу та повинні орієнтуватися на досягнення соціально важливого результату.

В Тернопільській області для надання первинної медико-санітарної допомоги в рамках виконання бюджетної програми замовниками медичних послуг є районні державні адміністрації та їх управління охорони здоров'я. При цьому Департамент охорони здоров'я Тернопільської ОДА є замовником послуг для надання вторинної, третинної та екстреної медичної допомоги.

Зазначимо, що на виконання бюджетної програми між замовником медичних послуг та відповідальним виконавцем укладається договір про її виконання. Фінансуються бюджетні програми головним розпорядником видатків. Разом з тим, відповідальні виконавці, зокрема, комунальні некомерційні підприємства складають плани використання бюджетних коштів

та паспорти бюджетної програми, а бюджетні установи - кошториси та паспорти бюджетних програм.



*Рис. 2.4.* Складові програмно-цільового методу у бюджетному процесі

Примітка. Складено автором самостійно

Фінансування бюджетних програм для надання первинної медико-санітарної допомоги здійснюється за подушним фінансовим нормативом бюджетної забезпеченості в обсязі до 25 % від загального обласного бюджету на охорону здоров'я, для надання вторинної та третинної медичної допомоги за глобальним бюджетом в обсязі до 64 % від загального обласного бюджету на охорону здоров'я, а для надання екстреної медичної допомоги в обсязі до 10 % від загального обласного бюджету.

На рівні Тернопільської області створюється резервний фонд в обсязі до 1 % від загального бюджету на охорону здоров'я, кошти якого покривають видатки у випадках перевищення обсягів надання медичних послуг, передбачених у договорах про виконання бюджетних програм. Зазначимо, що розпорядником бюджетних коштів щомісячно авансуються кошти відповідальному виконавцю бюджетної програми в розмірі до 95 % місячного фінансування.

Практичне впровадження програмно-цільового методу дав змогу визначити основний принцип формування бюджетних програм: надання лише тих послуг, що необхідні для досягнення цілей конкретної програми, що дасть змогу уникати дублювання однакових бюджетних послуг у різних програмах.

Зазначимо, що лише за умов своєчасної профілактики захворювання система профілактичної медицини здатна позитивно впливати на зменшення показників смертності та захворюваності. Відтак, в досліджуваному регіоні була складена обласна комплексна програма „Здоров'я населення Тернопільської області” на 2022-2026 роки, що «спрямовується на реалізацію пріоритетів у сфері охорони здоров'я щодо профілактики інфекційних і хронічних неінфекційних захворювань, мінімізації впливу факторів ризику розвитку хвороб, оптимізації організації і фінансування медичної галузі, в тому числі її інформатизації, зі створенням дієвої системи охорони громадського здоров'я, спроможної забезпечити задоволення медичних потреб населення на рівні чинних стандартів, у тому числі за найбільш значущими в соціально - економічному та медико-демографічному плані хронічними неінфекційними захворюваннями»[17]. «Реалізація програми дозволить:

- створити реальні передумови для покращення медико-демографічної ситуації в області, попередження смертності у всіх вікових групах, передусім у дитячому і працездатному віці, забезпечення задоволення потреб населення в доступній, якісній та ефективній медичній та паліативній допомозі і реабілітації;



- запровадити системний підхід до вирішення сучасних проблем у сфері охорони громадського здоров'я з використанням сучасних інформаційних систем та залученням до реалізації програмних заходів органів державної влади та органів місцевого самоврядування, громадських організацій і самого населення, зміцнити потенціал медичної галузі, підвищити її медичну, соціальну та економічну ефективність»[17].

Результуючим показником реалізації цієї програми буде задоволення потреби населення Тернопільської області в наданні ефективних, якісних, доступних медичних та санітарно-гігієнічних послуг та закладе основу для проведення реальних змін. У відповідності до завдань програми передбачено вирішення проблем в розвитку охорони здоров'я:

- зміцнення репродуктивного здоров'я та здоров'я дитячого населення;
- боротьба із захворюванням на туберкульоз;
- профілактика вірусних гепатитів, лікування, догляд та підтримка хворих; профілактика та лікування ендокринологічних хвороб;
- лікування хворих на хвороби крові і кровотворних органів, хронічні онкогематологічні злоякісні захворювання;
- профілактика імунодефіцитів та лікування хворих з імунодефіцитними порушеннями;
- забезпечення хворих програмним гемодіалізом, перитонеальним діалізом;
- покращення стану здоров'я та реабілітації хворих на хвороби вуха, горла, носа;
- забезпечення сучасних методів лікування хворих з травмами і ортопедичними захворюваннями;
- медична допомога хворим після трансплантації органів та паліативна допомога.

Реалізуватися програма „Здоров'я населення Тернопільської області” буде протягом 2022 – 2026 років. Загальний обсяг фінансування заходів програми

становить 649 295,16 тис. гривень за рахунок коштів державного і обласного бюджетів (табл.2.3).

Таблиця 2.3

**Фінансування обласної комплексної програми „Здоров’я населення  
Тернопільської області” на 2022-2026 роки**

тис. гривень

Обсяги коштів, які пропонується залучити на виконання програми	Роки					Усього витрат на виконання програми
	2022	2023	2024	2025	2026	
Обсяг ресурсів, всього, у тому числі:	130770,96	124038,60	123132,40	130491,00	140862,20	649295,16
державний фонд регіональний розвитку	8389,402	-	-	-	-	8389,402
коштів обласного бюджету	122381,558	124038,60	123132,40	130491,00	140862,20	640905,758
коштів районних, міських бюджетів	-	-	-	-	-	-
коштів бюджетів територіальних громад	-	-	-	-	-	-
коштів інших джерел	-	-	-	-	-	-

Примітка. Складено автором на основі [17]

В досліджуваному регіоні реалізується також «обласна програма підтримки та розвитку патронажної служби в Тернопільській області на 2022-2026 роки»[17].

Розробником програми є департамент охорони здоров’я облдержадміністрації та спів розробником є Тернопільська обласна організація Товариства Червоного Хреста України (за згодою). Метою програми є підтримка патронажної служби Тернопільської області, зміцнення

її потенціалу та створення відповідних організаційних, матеріальних умов для виконання своїх статутних обов'язків з надання допомоги малозахищеним верствам населення та її подальшого сталого розвитку. Мета програми відповідає пріоритетним напрямам розвитку області. Зазначимо, що допомога в області надається у 4-х медико-соціальних центрах та 4-х медико-соціальних кімнатах Червоного Хреста.

В «контексті реалізації за період 2017-2021 років обласної програми підтримки та розвитку патронажної служби в Тернопільській області, здійснено було такі заходи:

- забезпечено безоплатне надання соціальних та психо-соціальних послуг;
- здійснено закупівлю медикаментів, дезинфікуючих і гігієнічних засобів, канцтоварів, бланків та листів благодійних внесків;
- здійснено оплату комунальних послуг, проведено обслуговування та ремонт комп'ютерної техніки і автомобіля, що обслуговує патронажну службу;
- підготовлено друковану продукцію (щоденники для роботи патронажних медичних сестер);
- здійснено заходи щодо облаштування кабінету з навчання інструкторів з надання першої медичної допомоги» [17].

На обслуговуванні патронажної служби Тернопільської обласної організації Товариства Червоного Хреста України перебуває 90 одиноких осіб із малозахищених категорій населення.

На обслуговуванні організацій Товариства Червоного Хреста України перебуває 250 громадян із малозахищених категорій населення області. Відтак, у результаті реалізації програми важливим є забезпечення їх якісними, безоплатними медико-соціальними послугами. Разом з тим, у зв'язку із недостатнім фінансуванням, невирішеними залишаються питання створення центрів та кабінетів підготовки інструкторів з надання першої допомоги та догляду за хворими в домашніх умовах у Кременецькому, Чортківському, Тернопільському районах і Тернопільській міській територіальній громаді.

«Важливими для вирішення залишаються питання: розширення переліку медико-соціальних послуг, що надаються малозахищеним громадянам області при медико-соціальних центрах і кімнатах, палатах Червоного Хреста, громадських пунктах першої допомоги; покращення медикаментозного забезпечення медико-соціальних центрів і кімнат, пунктів першої допомоги; проведення занять у клубах за інтересами, що сприятиме самотнім людям похилого віку та особам, які постраждали в результаті збройних конфліктів, відчутти себе не самотніми; забезпечення роботи закріпленого автомобіля, для проведення в районах акцій та масових кампаній, виїзних мобільних консультпунктів з метою профілактики туберкульозу, СНІДу, транспортування підопічних для проведення флюорографії, онкопрофоглядів під час роботи виїзних флюорографів, здійснення виїзних перевірок якості надання медико-соціальної допомоги патронажними сестрами міськрайорганізацій» [17]

Результативний показник ефективності програми становить 2,0 тис. гривень на забезпечення безоплатними медико-соціальними послугами 1 громадянина, що перебуває на обслуговуванні в організації Товариства Червоного Хреста України.

Загальний обсяг коштів, які заплановано спрямувати на виконання програми - 13110,0 тис. гривень, з яких: 3110,0 тис. гривень – кошти обласного бюджету, 7000,0 тис. гривень – кошти бюджетів територіальних громад та 3000,0 тис. гривень – кошти небюджетних джерел (табл.2.5).

На реалізацію програми залучені кошти обласного бюджету. Така потреба зумовлена необхідністю оплати комунальних послуг, придбання медикаментів, матеріалів, обладнання, інвентаря та канцтоварів. Разом з тим, доцільно кошти отримані за розповсюдження благодійних квитків, та благодійні внески, відповідно до статутної діяльності направити на надання матеріальної допомоги незахищеним верствам населення.

**Фінансування обласної програми підтримки та розвитку патронажної  
служби в Тернопільській області на 2022-2026 роки**

тис. гривень

Обсяг коштів, які пропонується залучити на виконання програми	Роки виконання					Усього витрат на виконання програми
	2022	2023	2024	2025	2026	
Обсяг ресурсів, усього, у тому числі:	2234,0	2410,0	2622,0	2822,0	3022,0	13110,0
державний бюджет	-	-	-	-	-	-
обласний бюджет	534,0	560,0	622,0	672,0	722,0	3110,0
районні бюджети	-	-	-	-	-	-
бюджети територіальних громад	1200,0	1300,0	1400,0	1500,0	1600,0	7000,0
кошти небюджетних джерел	500,0	550,0	600,0	650,0	700,0	3000,0

Примітки. Складено автором на основі [17]

Отже, програмно-цільовий метод є перспективним методом фінансування розвитку охорони здоров'я і дає змогу більш раціонально й ефективно управляти бюджетними ресурсами та приймати виважені рішення в управлінні бюджетним процесом, зокрема щодо використання бюджетних коштів на всіх рівнях.

## **Висновки до розділу 2**

Дослідження сучасних реалій та проблематики використання фінансових інструментів забезпечення розвитку охорони здоров'я регіону дало змогу виокремити відповідні висновки:

1. Фінансування первинної медичної допомоги здійснюється у двох формах: за рахунок медичної субвенції, а саме, з державного бюджету виділяються кошти у вигляді субвенцій до місцевих бюджетів; за капітаційною

ставкою органи місцевого самоврядування фінансують заклади первинної медичної допомоги по-новому – лише одночасно в рамках одного місцевого бюджету (міста, територіальної громади або району).

2. Забезпеченість населення регіону якісними медичними послугами залежить від можливих та необхідних обсягів фінансових ресурсів, пошуку альтернативних джерел фінансування, розвитку платних медичних послуг, підготовки кваліфікованих кадрів, впровадження нових медичних технологій, забезпечення інноваційної політики у сфері охорони здоров'я тощо.

3. В регіоні фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я достатньо лише для здійснення поточних видатків, при цьому їх практично не залишається для оновлення або придбання нового медичного обладнання довгострокового користування. В досліджуваному регіоні управління бюджетними коштами здійснюється програмно-цільовим методом. За допомогою цього методу можна досягнути конкретних результатів за рахунок коштів бюджету із застосуванням оцінки ефективності використання бюджетних коштів на всіх стадіях бюджетного процесу.

## РОЗДІЛ 3

### ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМИ ВИКОРИСТАННЯ ФІНАНСОВИХ ІНСТРУМЕНТІВ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РОЗВИТКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я РЕГІОНУ

#### **3.1. Удосконалення системи фінансового забезпечення розвитку охорони здоров'я регіону**

Медична реформа в Україні повинна фокусуватися на створенні конкурентних умов для медичних закладів, регулюванні вартості медичних послуг і покращенні якості медичного обслуговування населення. Фінансування закладів охорони здоров'я повинно залежати від кількості пацієнтів та обсягу наданих медичних послуг. Для цього слід розробити єдині тарифи на медичні послуги, спрямовані на усунення цінової конкуренції між лікарями та стимулювання їхньої продуктивності.

Система охорони здоров'я має ключове значення для забезпечення належного рівня життя. Здоров'я людини є важливим елементом індексу людського розвитку, що відображає якість життя та ефективність державного управління. Тому охорона здоров'я громадян є однією з найважливіших функцій сучасної України.

Реформа охорони здоров'я включає значні зміни в правовому, економічному і організаційному аспектах. У листопаді 2016 року Кабінет Міністрів України затвердив нормативно-правові акти, що закладають основи цих змін, включаючи концепції фінансування та розвитку системи громадського здоров'я. Ухвалено також рішення про утворення госпітальних округів та спрощення формування кошторисів для лікарень.

Одним з ключових документів, який дав старт медичній реформі, є «концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України. Вона закріплює модель національного солідарного медичного страхування з 100% покриттям громадян. Згідно з концепцією, збори страхових внесків здійснюватимуться через загальну систему оподаткування та збиратимуться у

державному бюджеті. Страхові виплати за лікування окремої людини не будуть прив'язані до розміру її індивідуальних внесків. Регулюватиме стосунки між лікарем та пацієнтом створений єдиний національний замовник, який плануватиме та закуповуватиме медичні послуги для громадян, напряду контрактуватиме медичні заклади, оцінюватиме та контролюватиме якість послуг, підтримуватиме електронну систему збору та обміну медичною інформацією тощо. Держава впроваджує поняття гарантованого пакету медичної допомоги – визначений набір медичних послуг та ліків, право на отримання якого матимуть всі без винятку громадяни України. Гарантований пакет медичної допомоги щороку переглядатиметься та публікуватиметься. Проте, на сьогоднішній день склад гарантованого пакету медичної допомоги не визначено, відтак зазначене вважаємо дуже важливим завданням, яке стоїть перед урядом, з огляду на обмеженість бюджетного фінансування та необхідність реалізації окресленої реформи фінансування системи охорони здоров'я» [51].

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

Відтепер планування фінансів буде виконуватися за спрощеною економічною класифікацією, що включає всього лише два коди – поточні та капітальні видатки. Зміни дають керівникам закладів можливість швидко перерозподіляти кошти та приймати гнучкі та якісні управлінські рішення. Звітність щодо витрат буде представлятись за всіма кодами економічної класифікації. Одночасно з цим, уряд розпочав процес формування госпітальних округів, спрямований на поліпшення управління медичною інфраструктурою через співпрацю між органами місцевої влади.

Однією з ключових аспектів реформи охорони здоров'я є забезпечення стійких та достатніх фінансових ресурсів. Світовий досвід показує, що всі системи охорони здоров'я, незалежно від країни, стикаються з проблемою нестачі коштів для надання всіх необхідних медичних послуг. Уряди



вирішують цю проблему шляхом різних стратегій, спрямованих на збільшення фінансування цієї галузі.

Ми пропонуємо стратегії, спрямовані на безпосереднє збільшення фінансування, такі як перерозподіл існуючих ресурсів за рахунок зменшення фінансування інших секторів бюджету або введення нових податків чи зборів на соціальне страхування. Проте їх застосування може бути складним через політичні та економічні обмеження. Наприклад, перше може викликати конфлікти між секторами бюджету, а друге може не знайти підтримки серед політиків та громадян.

Таким чином, питання фінансування охорони здоров'я залишається складним завданням, яке вимагає уважного балансу між потребами різних секторів та можливостями уряду.

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

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

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

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

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

Ми вважаємо, що одним з ефективних шляхів створення нової системи фінансування охорони здоров'я є широке використання можливостей страхового захисту для населення та привертання додаткових фінансових

ресурсів до медичного сектору, окрім тих, що надаються державними гарантіями.

Особливістю впровадження страхового захисту в цьому випадку є його спрямованість на підтримку та поліпшення фізичного стану здорових людей, а також хворих у стані ремісії. Таким чином, головною метою страхового захисту повинна бути розробка стратегії для збереження хорошого здоров'я громадян. Ця стратегія повинна включати створення механізмів для формування, активного збереження, відновлення та зміцнення здоров'я людей, розвиток їхнього потенціалу для активного життя в суспільстві.

Основні завдання такої стратегії мають бути спрямовані на зниження рівня передчасної смертності, захворюваності та інвалідизації серед населення, а також на підвищення тривалості та якості життя, а також покращення демографічної ситуації. Узагальнено, розвиток такої системи повинен сприяти поліпшенню стану здоров'я населення, забезпеченню доступності медичної допомоги для всіх верств суспільства, зокрема для найбільш вразливих, а також збільшенню інвестицій у поліпшення здоров'я, які роботодавці та населення вкладають у цю галузь, та створенню умов для максимально можливого запобігання захворюванням.

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

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

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

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

– поліпшення якісної сторони функціонування системи охорони здоров'я шляхом модернізації матеріально-технічної бази галузі. З цією метою доцільно розробити й впровадити процедуру планування забезпечення служб охорони здоров'я сучасним високотехнологічним устаткуванням; узгодити плани оснащення державних і муніципальних медичних закладів з медико-організаційною схемою надання медичної допомоги; розробити стандарти оснащення різних типів медичних організацій і лікарняних ліжок» [12]. .

Одним із пріоритетних напрямків державного управління є забезпечення ефективної системи фінансування закладів охорони здоров'я, а також первинної медичної допомоги. Процес фінансування первинної медичної допомоги в умовах проведення медичної реформи повинен бути взаємопов'язаний з цілями розвитку України і відповідати їм. Це має привести

до поліпшення економічних результатів та ефективного фінансового розвитку медичної сфери.

Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» передбачає відносно чіткі функції Міністерства охорони здоров'я щодо формування політики та Національної служби здоров'я України як виконавчої агенції» [52]. Національна служба здоров'я України має належну організаційну структуру і почала розвивати свої основні функції у сфері стратегічних закупівель. Щоб побудувати тісні взаємовідносини з органами місцевого самоврядування, пацієнтами і надавачами послуг, варто встановити міжрегіональні територіальні органи Національної служби здоров'я України. Національна служба здоров'я України щороку опубліковує звіт своєї діяльності. Ця орієнтація на послугу та на результат є сильною стороною.

Ми виокремили пріоритетні напрями використання фінансових інструментів забезпечення розвитку охорони здоров'я регіону:

- встановлення міжрегіональних територіальних органів Національної служби здоров'я України, що дасть можливість побудувати тісні взаємовідносини з органами місцевого самоврядування, пацієнтами і надавачами послуг;

- зацікавленість приватного сектору фінансуванням закладів охорони здоров'я і сплата податків у повному обсязі, що вирішить проблему – нестачі державних коштів для фінансування медичної сфери і збільшить обсяги безоплатної медичної допомоги;

- формування чіткого механізму надання та фінансування гарантованих медичних послуг;

- розширення діяльності Національної служби охорони здоров'я України в регіонах, яке передбачатиме врахування регіональних особливостей і стан здоров'я населення в певних областях;

- врегулювання порядку використання місцевих бюджетних ресурсів на державному рівні;

- визначення спектру державного фінансування інноваційної діяльності закладами охорони здоров'я;
- розроблення комплексної методики оцінки ефективності фінансового забезпечення;
- врахування ефективності закладів охорони здоров'я під час їхнього фінансування, а також якість надання медичних послуг, що дасть можливість органам влади розробити методики, за допомогою яких можна буде аналітично оцінювати ефективність використання економічних ресурсів закладами охорони здоров'я.

### **3.2. Зарубіжний досвід фінансового забезпечення розвитку охорони здоров'я регіону та можливості його імплементації в українських реаліях**

В контексті формування ефективної системи фінансового забезпечення розвитку охорони здоров'я регіону важливе значення має зарубіжна практика. Так, як система охорони здоров'я регіонів України має багато недоліків, відстає від розвинутих країн за такими показниками, як смертність, використання різних методів боротьби з хронічними та інфекційними захворюваннями, тривалість життя. Відтак, потребує модернізації на основі використання зарубіжної практики, в якій сформовано приватну, бюджетну та страхову моделі організації та фінансового забезпечення розвитку охорони здоров'я. Їх основою є залучення всіх можливих фінансових ресурсів та використання багатоджерельного механізму фінансового забезпечення.

«Для приватної моделі фінансового забезпечення розвитку охорони здоров'я характерним є кошти, які можна використовувати безпосередньо на потреби охорони здоров'я або через приватні страхові фонди. Водночас, це кошти громадян, організацій, підприємств, а участь держави у фінансуванні є обмеженою та мінімальною. Так, наприклад «в США функціонують приватні заклади охорони здоров'я, які здійснюють медичне обслуговування за пряму оплату або за рахунок коштів приватного страхування здоров'я». Відтак, «обсяг

медичної допомоги в США надають на платній основі, й приватні кошти становлять більше 58% усіх витрат на охорону здоров'я, з яких близько 27% – пряма особиста оплата населення за медичні послуги, 32% оплати здійснюють через систему приватного страхування здоров'я» [25].

В основі страхової системи охорони здоров'я, яка фінансується за рахунок коштів страхових фондів лежить модель Бісмарка. Страхову модель охорони здоров'я застосовують у всьому світі, зокрема, страхова медицина функціонує в Німеччині, Нідерландах, Люксембурзі, Франції, Швейцарії та інших країнах. За даними «ВООЗ, страхуванням здоров'я охоплено понад 800 млн. осіб, і майже 74% витрат на лікування хворих компенсують із страхових фондів» [62].

«Заслуговує на увагу Німецька система управління охороною здоров'я, яка базується на добре структурованому медичному страхуванні, що складається з державного медичного страхування та приватного страхування. Державне страхування має близько 89% населення; приватне страхування – 9% німців; 2% населення отримують медичну допомогу за спеціальними державними програмами (військові, поліцейські). Фактичний внесок основного страхування до загальних витрат на охорону здоров'я то становить понад 60%. Крім того, кошти надходять з інших частин національної системи страхування (з пенсійних фондів, страхування від нещасних випадків на виробництві). Гроші також надходять з державної скарбниці. Внески на державне медичне страхування збираються лікарняними фондами (незалежними органами місцевого самоврядування), що стосується державного органу то він контролює та керує їх діяльність» [6].

Зазначимо, що в «Німеччині джерелом фінансування охорони здоров'я є регіональні та федеральні лікарняні фонди, що збирають внески та фінансують охорону здоров'я на рівні державного соціального забезпечення. Усі лікарні є неприбутковими організаціями, які зобов'язані сплачувати членські внески та мають право визначати розміри, необхідні для покриття витрат. До переваг німецької системи охорони здоров'я можна віднести високу

якість медичної допомоги, сучасне медичне обладнання в профілактичних закладах, відповідну кваліфікацію медичного персоналу і, головне, доступність медичної допомоги для всіх» [3]. Система медичного страхування надає населенню широкий спектр безкоштовних послуг, включаючи амбулаторне та стаціонарне лікування, надання ліків за рецептом, забезпечення медичним обладнанням, оплату проїзду до медичного закладу.

Медична практика Франції свідчить про існування в ній великих науково-дослідних установ, що лікують одночасно, а всі лікарні належать до муніципалітетів міст та підпорядковуються адміністративним радам під головуванням мерів.

Цікавим є впровадження в українську медичну систему досвіду фінансування охорони здоров'я Великобританії. Там основна частина грошей для медицини йде з державного бюджету і розподіляється зверху вниз по управлінській ланці. Такий спосіб фінансування допомагає стримувати зростання витрат на лікування. Але у цій системі є й недоліки, такі як схильність до монополізму та відсутність вибору лікаря чи лікарні для пацієнта.

Також у Великобританії існує система страхування, яка базується на принципах солідарності. Тут контроль за використанням страхових коштів здійснюють страхові компанії та страхувальники. Застраховані особи можуть вибирати свого лікаря та медичний заклад. Гроші для таких систем здійснюються з трьох джерел: страхові внески підприємців (за їхній дохід), страхові внески працівників (з їхньої зарплати) та державні кошти.

«Основним постачальником медичних послуг в Великобританії є Національна служба охорони здоров'я, яка забезпечує мешканців практично всіма необхідними медичними послугами, стаціонарними препаратами та іншими медичними витратами, на безоплатній основі. Також передбачено додаткові пільги для соціально незахищених та малозабезпечених верств населення. Наприклад, від оплати ліків повністю звільняються громадяни до 16 років, особи до 60 років, студенти до 19 років, хворі на особливі захворювання, військові пенсіонери та інваліди війни»[25].

Так, наприклад, витрати на охорону здоров'я в Канаді зростають швидше за рівень економіки. «Роль федерального уряду в галузі охорони здоров'я полягає у встановленні та моніторингу національних стандартів охорони здоров'я відповідно до Закону про охорону здоров'я Канади, у фінансуванні провінційних служб охорони здоров'я шляхом перерахування коштів та виконання функцій, за які вона відповідає. Однією з таких функцій є надання медичних послуг конкретному населенню, у тому числі ветеранам, військовослужбовцям, які перебувають у в'язницях Федеральної та Королівської гірничої поліції Канади. Решта функцій які виконує федеральний уряд пов'язані зі здоров'ям, до них відносять: охорону та зміцнення здоров'я, профілактику захворювань тощо» [62].

Зазначимо, що «система охорони здоров'я Канади залежить від лікарів первинної медико-санітарної допомоги, які становлять приблизно 51% усіх лікарів в цій країні. Вони утворюють своєрідну «ланку» між пацієнтом та системою механізмів державного управління закладами охорони здоров'я, які контролюють доступ до більшості фахівців, стаціонарної допомоги, діагностичних досліджень та рецептурних препаратів»[25].

Багато лікарів є незалежними та мають свою власну практику, а також є лікарі, що працюють у лікарнях чи місцевих медичних центрах. Разом з тим, держава оплачує з бюджету провінції, чи території послуги приватних лікарів залежно від допомоги, яку вони надають.

В багатьох економічно розвинутих країнах світу діє бюджетна модель охорони здоров'я (Великобританії, Данії, Ісландії, Ірландії, Норвегії, Фінляндії, Швеції тощо). «Завдяки збереженню у сфері охорони здоров'я ринкових механізмів, таких, як професійна незалежність лікарів загальної практики від органів державної охорони здоров'я і праця за контрактом, наявність дозволу в лікарів-фахівців, які працюють у державних медичних установах, займатися приватною практикою за сумісництвом, функціонування альтернативних інститутів медичного обслуговування тощо, урядам згаданих країн вдалося



протистояти монополістичним тенденціям у цій сфері й зберегти її економічну ефективність» [62].

Коли порівнюємо, як оплачують медичні послуги лікарів загальної практики в країнах з бюджетною системою охорони здоров'я, варто вказати, що їх можуть оплачувати двома способами. Перший - це гонорарний метод, коли лікар отримує оплату за кожен окрему послугу, таку як візит, виписка рецептів, діагностичні тестування, процедури і так далі. Другий - це подушовий метод, коли оплата розрахована на одного жителя. Також існують бюджетні субсидії (табл. 3.1).

Для ефективного фінансового забезпечення діяльності лікарів загальної практики (сімейних лікарів) в регіонах України доцільно використовувати комбінацію гонорарного, подушового і покладного (фіксованої заробітної плати) методів фінансування, зокрема, в таких співвідношеннях: 25-30% – фіксована заробітна плата, 55-60% – подушова оплата, 10-15% – гонорари.

Таблиця 3.1

**Основні методи фінансування первинної медичної допомоги у країнах з бюджетною системою охорони здоров'я**

Країна	Метод фінансування
<i>Лікарі – незалежні контактери</i>	
Великобританія	диференційований подушовий норматив; гонорарний метод; цільові субсидії
Данія	28% – подушовий норматив; 63% – гонорарний метод; 9% - субсидії
Італія	Диференційований подушовий норматив
Ірландія	Гонорарний метод
<i>Лікарі - наймані працівники</i>	
Норвегія	35% – зарплата; 65% – гонорарний метод
Фінляндія	Зарплата
Швеція	Зарплата

Примітка. Складено автором на основі [25]

Подушкове фінансування характеризується тим що витрати на первинну медико-санітарну допомогу залежать від кількості пацієнтів, що зареєстровані

на постійній основі у приватного сімейного лікаря чи групи лікарів загальної практики. Такий норматив можна диференціювати, наприклад, встановлювати вищим для дітей, літніх людей, малозабезпечених осіб та ін.. За даним способом фінансування обсягу витрат є передбачуваним і не зростає, оскільки лікарі не зацікавлені у збільшенні кількості відвідувань та приділяють більшого значення профілактиці. При цьому адміністративні витрати низькі, а вартість лікування не залежить від вартості медичних послуг.

Отже, у цивілізованих країнах ефективна первинна допомога, вільний вибір лікаря, гарантований пакет медичних послуг на рівні сімейної медицини є світовим стандартом якісної та доступної допомоги.

В регіонах України послуги первинної медичної допомоги виплачувалися за капітаційною ставкою та фінансуються з використанням глобального бюджету, виходячи з кількості пацієнтів, які обслуговувалися станом на 01.03. 2022 року. Проте, «Міністерство охорони здоров'я доручило закладам первинної медичної допомоги надавати безкоштовну медичну допомогу внутрішньо-переміщеним особам. Через обмеження глобального бюджету надавачі медичних послуг в регіонах із підвищеним попитом не отримують компенсації за збільшення обсягу роботи, що може створити бар'єри для внутрішньо-переміщених осіб у доступі до медичної допомоги. Враховуючи велику кількість внутрішньо-переміщених дітей (2,5 мільйона пацієнтів), які потребують медичних послуг доцільно надавати фінансові стимули закладам, у яких зростає кількість пацієнтів, щоб забезпечити доступ до медичної допомоги людям, які тікають від війни. Необхідно розглянути додаткові прямі стимули для надавачів для сприяння доступу до пріоритетних послуг, якими можуть бути: вакцинація дітей, вакцинація проти COVID-19 або виїзд мобільних бригад психіатричної допомоги. Застосування таких прямих стимулів має супроводжуватися застосуванням бюджетного контролю, встановленням обмежень на щомісячний обсяг послуг, коригуванням ставки виплат на випадок ризику нестачі у бюджеті через перевищення запланованої кількості послуг» [43].

Таким чином, в контексті імплементації в українські реалії кращих міжнародних практик у сфері фінансування розвитку охорони здоров'я регіону доцільним є: підвищення координації між стейкхолдерами (зацікавленими сторонами) у сфері фінансування охорони здоров'я, створення середовища для залучення приватного сектору до фінансування та надання послуг у сфері охорони здоров'я, збільшення обсягу фінансування системи охорони здоров'я за рахунок недержавних джерел.

### **Висновки до розділу 3**

Надання рекомендацій щодо пріоритетних напрямів використання фінансових інструментів забезпечення розвитку охорони здоров'я регіону дало змогу зробити такі висновки:

1. В країні проходить впровадження нової системи фінансування охорони здоров'я, яка базується на національному солідарному медичному страхуванні. Оплата внесків буде проводитися через загальну систему оподаткування та надходитиме у державний бюджет.

2. За концепцією соціальної держави, кожна людина, незалежно від доходу, повинна мати доступ до медичної допомоги. Фінансова політика уряду в охороні здоров'я має забезпечувати високу якість медичних послуг.

3. Доцільним є встановлення міжрегіональних територіальних органів Національної служби здоров'я України, що дасть можливість побудувати тісні взаємовідносини з органами місцевого самоврядування, пацієнтами і надавачами послуг; зацікавленість приватного сектору фінансуванням закладів охорони здоров'я і сплата податків у повному обсязі; формування чіткого механізму надання та фінансування гарантованих медичних послуг; розроблення комплексної методики оцінки ефективності фінансового забезпечення.

4. Доцільним є в контексті фінансового забезпечення розвитку охорони здоров'я регіону використання кращих міжнародних практик: підвищення

координації між стейкхолдерами; створення середовища для залучення приватного сектору до фінансування та надання послуг; збільшення обсягу фінансування системи охорони здоров'я за рахунок недержавних джерел.

## ВИСНОВКИ

Дослідження на тему «Фінансове забезпечення розвитку охорони здоров'я регіону» дало змогу виокремити такі висновки.

1. За останні роки більшість витрат на охорону здоров'я покривається державними коштами. Важливо відзначити, що видатки на стаціонарне лікування, профілактику та громадське здоров'я фінансуються державою, а домогосподарства витрачають кошти на інші медичні послуги та товари.

2. Для сфери фінансового забезпечення необхідним процесом було впровадження медичної реформи, що покращило фінансування закладів охорони здоров'я, допомогло вирішити проблеми, які виникли у медичній сфері. В цьому контексті заклади охорони здоров'я надають високоякісні та ефективні медичні послуги, ефективно використовують кошти з бюджету, пацієнти менше коштів витрачають на охорону здоров'я. Розпорядником бюджетних коштів є Національна служба здоров'я України, якій Міністерство фінансів України виділяє певну суму коштів, яку вона розподіляє між закладами охорони здоров'я для їх фінансування. Це сприяє тому, що Національна служба здоров'я України є самостійна у розпорядженні коштів.

3. В Тернопільській області використовується програмно-цільовий метод управління бюджетними коштами. Цей підхід дозволяє досягати конкретних результатів, використовуючи бюджетні кошти та оцінюючи їх ефективність на всіх етапах бюджетного процесу. Також в регіоні реалізуються обласні програми на підтримку здоров'я населення та розвитку патронажної служби на наступні кілька років.

4. Проведений нами аналіз за 2017–2021 роки структури джерел фінансування загальних функцій охорони здоров'я свідчить про те, що більшість функцій охорони здоров'я фінансуються за рахунок державних коштів. При цьому доцільно зазначити, що витрати на стаціонарне лікування, профілактику і громадське здоров'я, управління охороною здоров'я

здійснюються державою, тоді як домогосподарства витрачають кошти на допоміжні медичні послуги, медичні товари і послуги.

5. Система фінансування проводиться в розрізі трьох основних функцій: збір коштів, акумуляція коштів, замовлення медичних послуг. Зазначимо, що сильною стороною системи охорони здоров'я є фінансування за рахунок загальнодержавних податків, що відноситься до збору коштів. Кожен громадянин сплачує податок до бюджету, і держава оплачує його лікування, якщо у нього виникне хвороба. Такий принцип має страховий характер, і ним можуть користуватися всі, а це забезпечує універсальність і рівність доступу населення до медичної допомоги незалежно від матеріального забезпечення, виду зайнятості і стану здоров'я. Одночас, в Україні запроваджене добровільне медичне страхування, тому на фінансування закладів охорони здоров'я не вистачає коштів. На нашу думку, доцільно ввести обов'язкове медичне страхування для всіх без винятку громадян, що сприятиме накопиченню бюджету і в разі хвороб пацієнти не будуть змушені доплачувати власні кошти на лікування.

6. Проаналізовано, що в досліджуваній Тернопільській області застосовується програмно-цільовий метод управління бюджетними коштами. За допомогою якого можна досягнути конкретних результатів за рахунок коштів бюджету із застосуванням оцінки ефективності використання бюджетних коштів на всіх стадіях бюджетного процесу. В досліджуваному регіоні реалізуються: обласна комплексна програма „Здоров'я населення Тернопільської області” на 2022-2026 роки та обласна програма підтримки та розвитку патронажної служби в Тернопільській області на 2022-2026 роки.

7. Доцільно запровадити капітаційну модель оплати як основний стимул для впровадження значних змін. Це дасть можливість органам місцевого самоврядування самостійно фінансувати заклади первинної медичної допомоги. Приватний сектор повинен змінити своє ставлення до фінансування закладів охорони здоров'я і обов'язково сплачувати податки в повному обсязі.

8. Необхідно забезпечити загальну стабільність розподілу бюджету на охорону здоров'я. Це дасть змогу ефективно витратити кошти на медичну сферу та встановити міжрегіональні територіальні органи Національної служби здоров'я України. Це дасть можливість побудувати тісні взаємовідносини з органами місцевого самоврядування, пацієнтами і надавачами послуг. Також це покращить взаємодію між ними і підвищуватиме корпоративний дух.

9. Доцільно сформувати чіткий механізм надання та фінансування гарантованих медичних послуг. Це означатиме, що потрібно створити чіткий перелік медичних послуг, який гарантується державою. Це сприятиме тому, що пацієнти, які уклали декларації з сімейним лікарем, матимуть право отримати ліки із переліку безкоштовно. Ми вважаємо, що доцільно запровадити інноваційні інформаційно-комп'ютерні технології в управлінні фінансовим забезпеченням. Це дозволить перевести фінансування охорони здоров'я в електронний режим та покращить ефективність контролю за фінансовими ресурсами.

9. Пропонуємо виокремити пріоритетні напрями використання фінансових інструментів забезпечення розвитку охорони здоров'я регіону: встановити міжрегіональні територіальні органи НСЗУ, що дасть можливість побудувати тісні взаємовідносини з органами місцевого самоврядування, пацієнтами і надавачами послуг; приватний сектор повинен зацікавитися фінансуванням закладів охорони здоров'я і сплачувати податки у повному обсязі, що вирішить проблему – нестачі державних коштів для фінансування медичної сфери і збільшить обсяги безоплатної медичної допомоги; формування чіткого механізму надання та фінансування гарантованих медичних послуг; розширення діяльності НСЗУ в регіонах, яке передбачає врахування регіональних особливостей і стан здоров'я населення в певних областях; врегулювання порядку використання місцевих бюджетних ресурсів на державному рівні; визначення спектру державного фінансування інноваційної діяльності закладами охорони здоров'я; розроблення комплексної методики оцінки ефективності фінансового забезпечення; врахування

ефективності закладів охорони здоров'я під час їхнього фінансування, а також якість надання медичних послуг змушує органи влади розробити методики, за допомогою яких з'явиться можливість аналітично оцінювати ефективність використання економічних ресурсів закладами охорони здоров'я.



## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Акуленко Л. Бути здоровим по-європейськи. Що діється в системі громадського здоров'я? URL : [http://texty.org.ua/pg/blog/nartext/read/72864/Buty\\_zdorovym\\_pojevropejsky\\_Shho\\_dijetsa\\_v\\_systemi](http://texty.org.ua/pg/blog/nartext/read/72864/Buty_zdorovym_pojevropejsky_Shho_dijetsa_v_systemi).
2. Баєва О. В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: навч. посібн. К.: Центр учбової літератури, 2008. 640 с.
3. Барзилович А. Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 2. С. 134-140.
4. Бетлій О. Ефективність видатків Міністерства охорони здоров'я України: аналіз бюджетних запитів. URL : <http://www.ier.com.ua/ua/publications/comments?pid=5417>.
5. Богатирьова Р. В. Методика визначення вартості медичних послуг / *Український медичний часопис*. 2013. Вип. 5 (97) IX/X URL : <http://www.umj.com.ua/article/67247/metodika-viznachennya-vartosti-medichnix-poslug>.
6. Бюджетна система : підруч. / за ред. С. І. Юрія, В. Г. Дем'янишина, О. П. Кириленко. Тернопіль : ТНЕУ, 2013. 624 с.
7. Бюджетна система : підручник / за наук. ред. В. М. Федосова, С. І. Юрія. К.: Центр учбов. літератури; Тернопіль : Екон. думка, 2012. 871 с.
8. Бюджетний кодекс України від 8.07.2010 року № 2456-VI (зі змінами та доповненнями). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17#Text>
9. Василик О. Д. Теорія фінансів : підруч. К. : НІОС, 2001. 416 с.
10. Горин В. Фінансові аспекти реформування охорони здоров'я у зарубіжних державах : висновки для України. *Світ фінансів*. 2014. Вип. 1. С. 168-179.
11. Горин В. П. Формування фінансових ресурсів охорони здоров'я в контексті виконання критеріїв економічної безпеки. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія»*. 2013, № 23. С. 216-222.

(Серія «Економіка»).

12. Гречковський О.О. Фінансове забезпечення розвитку охорони здоров'я регіону. *«Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів»* (): матеріали доповідей II Всеукр. наук.-практ. конф. з міжн. участю, (Тернопіль, 04 травня 2023 року Ч. 1 / відп. за випуск М. М. Шкільняк. Тернопіль: ЗУНУ, 2023. С. 278-281.

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

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

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

16. Деякі питання створення госпітальних округів: Постанова КМУ від 27.11.2019р. № 1074. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2019-%D0%BF#n10>

17. Діючі обласні програми затверджені рішенням Тернопільської обласної ради. URL : <https://tor.gov.ua/?id=300>

18. Експрес-випуски Державного комітету статистики України «Валовий внутрішній продукт України» за 2017-2019 роки URL : <http://www.ukrstat.gov.ua>.

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

20. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2801-XII URL : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.

21. Закон України «Про Державний бюджет України на 2023 рік» від 03.11 2022 року № 2710-IX (із змінами, внесеними законами України від 24 лютого 2023 року № 2953-IX, від 21 березня 2023 року № 2992-IX та від 29 червня 2023 року № 3166-IX). URL :[http:// zakon.rada.gov.ua/laws/show/3415-20#n3](http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3415-20#n3)

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

23. Звіти про виконання Державного та місцевих бюджетів України за 2017-2021 рр. Офіційний сайт Державної казначейської служби України. URL : <http://www.treasury.gov.ua>.

24. Звітність Головного управління Державної казначейської служби України у Тернопільській області про виконання місцевих бюджетів Тернопільської області у 2017-2019 рр. URL: <https://ter.treasury.gov.ua/ua>

25. Камінська Т. Уроки зарубіжних країн для реформування охорони здоров'я в Україні. *Економічна теорія та право*. 2015. № 1(20). URL: <http://econtlaw.nlu.edu.ua/wp-content/uploads/2015/11/%E2%84%96-1-38-50.pdf>

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

27. Квартальний звіт Державної казначейської служби України про виконання Державного та місцевих бюджетів України за третій квартал 2019 року URL: <http://www.treasury.gov.ua/main/uk/doccatalog/list?currDir=341075>.

28. Козьменко С. М. Аналіз законодавчих ініціатив щодо обов'язкового медичного страхування в Україні. URL :<https://docviewer.yandex.ua/?url=http%3A%2F%2Flib.uabs.edu.ua>.

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

30. Кравченко С.О., Марковський С.С. Сутність фінансового забезпечення державної регіональної політики. URL: <http://www.academy.gov.ua/ej/ej13/txts/Kravchenko.pdf>

31. Криничко Л., Мотайло О. Нові підходи до фінансування системи

охорони здоров'я // *Аспекти публічного управління*. Том 9. № 2. 2021. С. 86-100.

32. Круп'як Л.Б. Кадрове забезпечення закладів охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. *Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи: матеріали доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю*. (Кам'янець-Подільський, 12-13 грудня 2018 року). 349 с. С. 118-121.

33. Круп'як Л.Б., Шкільняк М.М., Желюк Т.Л. та ін. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я. Монографія. Тернопіль, Крок. 2020. 560с.

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

35. Лободіна, З. Бюджетне забезпечення охорони здоров'я: детермінанти впливу на людський розвиток. *Світ фінансів*. 2013. Вип. 1. С. 75-86.

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

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

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

39. Лопушняк Г. Фінансова політика інвестиційно-інноваційного розвитку охорони здоров'я. *Формування ринкових відносин в Україні*. 2014. № 11 (162). С. 45-54.

40. Ляховченко Л. Розвиток добровільного медичного страхування як позабюджетного джерела фінансування галузі охорони здоров'я в Україні.

*Вісник Національної академії державного управління*. 2010. № 1. URL : <http://visnyk.academy.gov.ua/wp-content/uploads/2013/11/2010-1-36.pdf>.

41. Матеріали діяльності Департаменту охорони здоров'я Тернопільської ОДА. URL: <https://uozter.gov.ua/ua/2-pro-centr>

42. Методичні рекомендації щодо планування видатків та використання бюджетних коштів для надання медичної допомоги закладами охорони здоров'я Київ, 2011. 29 с. URL : [http://moz.gov.ua/docfiles/Metod\\_budget.pdf](http://moz.gov.ua/docfiles/Metod_budget.pdf).

43. Міністерство охорони здоров'я. URL: <https://www.rbc.ua/ukr/tag/ministerstvo-zdravoohraneniya-ukrain> 290820146

44. Мокрицька А. Сучасні реалії, практика та проблеми бюджетного планування видатків на охорону здоров'я. *Світ фінансів*. 2009. № 4. С. 114-121.

45. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2019 році: Статистичний бюлетень / *Державна служба статистики України*. Київ, 2019. 132 с. URL : <http://www.ukrstat.gov.ua>.

46. Національна служба здоров'я України. URL : <https://data.gov.ua/organization/natsionalna-sluzhba-zdorovia->

47. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ.

48. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи: спеціалізоване видання / В.В. Лазоришинець, Н.О. Лісневська, Л.Я. Ковальчук, Г.О. Слабкий, М.В. Голобчиков, Д.Д. Дячук, А.Ф. Шипко. К., 2014. 608 с.

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

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

51. Пояснювальна записка до проекту Закону України "Про фінансове забезпечення охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні" від 29.08.2019 № 1178. URL : <https://ips.ligazakon.net/document/GI00215A?an=2>

52. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/T172168?an=1>

53. Про затвердження Державної стратегії регіонального розвитку на 2021-2027 роки: Постанова КМУ від 5 серпня 2020 р. № 695. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/695-2020-%D0%BF#Text>

54. Програма національного стратегічного планування розвитку системи медичних стандартів в Україні. URL: [http://m.umj.com.ua/wp-content/uploads/archive/56/pdf/175\\_ukr.pdf](http://m.umj.com.ua/wp-content/uploads/archive/56/pdf/175_ukr.pdf)

55. Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо видатків на охорону здоров'я: Проект Закону України від 31.03.2015 № 2495. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/JH1XB00A?an=3>

56. Програмно-цільовий метод бюджетування: навчальний посібник для студ. другого (магістерського) рівня вищої освіти / Савчук С. В., Дем'янюк А. В., Лободіна З. М. Тернопіль, 2017. 180 с.

57. Про місцеве самоврядування в Україні: Закон України від 05.02.2015р. №157-VIII. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80>

58. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016-2019 : спільний звіт ВООЗ і Світового банку / Всесвітня організація охорони здоров'я. 2019. 98 с.

59. Федосов В., Опарін В. Бюджетний менеджмент: підручник Київ : КНЕУ, 2014. 864 с

60. Шкільняк М. М., Овсянюк-Бердадіна О.Ф., Крисько Ж.Л., Демків І.О. Менеджмент. Тернопіль : КРОК, 2017. 252 с.

61. Шкільняк М.М., Желюк Т.Л., Васіна А.Ю., Дудкіна О.П., Попович Т.М., Овсянюк-Бердадіна О.Ф. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. ТНЕУ. 2018. С.168-180.

62. Яремчук О. Кращі зарубіжні практики в сімейній медицині: досвід для України. *Державне управління: удосконалення та розвиток* : електрон. вид. 30.11.2018. № 11. URL: [http://www. dy. nayka. com. ua/ index. php?op=1&z=1337](http://www.dy.nayka.com.ua/index.php?op=1&z=1337)