

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Чортківський навчально-науковий інститут підприємництва і бізнесу
Кафедри фундаментальних та спеціальних дисциплін

Стефанчук Степан Стефанович

Фінансування закладів охорони здоров'я у територіальних громадах

Освітньо-професійна програма – Фінанси, банківська справа та
страхування

Кваліфікаційна робота

Виконав студент групи
ФМСзмч-21
Стефанчук С.С.

Науковий керівник:
К.е.н., доцент Дерманська Л.В.

Чортків – ЗУНУ
2023

ЗМІСТ

ВСТУП

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-НАУКОВІ ОСНОВИ ФІНАНСУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутнісна характеристика фінансування закладів охорони здоров'я

1.2. Реформування системи фінансування медичної сфери в Україні

Висновки до розділу 1

РОЗДІЛ 2. МОНІТОРИНГ ЕФЕКТИВНОСТІ ФІНАНСУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

2.1. Аналіз фінансування закладів охорони здоров'я Чортківської міської територіальної громади

2.2. Ефективність забезпечення сфери охорони здоров'я України в кризових умовах

Висновки до розділу 2

РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ФІНАНСУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАД

3.1. Державно-приватне партнерство як інструмент розширення фінансування медичної сфери у громадах

3.2. Перспективи збільшення фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я територіальних громад в умовах війни

Висновки до розділу 3

ВИСНОВКИ

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-НАУКОВІ ОСНОВИ ФІНАНСУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутнісна характеристика фінансування закладів охорони здоров'я

Однією з важливих умов забезпечення належної якості медичного обслуговування є належне фінансування, яке є ключовим чинником, впливаючим на розвиток системи охорони здоров'я та її соціально-економічну результативність. Унаслідок довгих років недостатнього фінансування у сфері охорони здоров'я, спричинених складною економічною та політичною ситуацією в Україні, спостерігається серйозне погіршення показників стану здоров'я населення. Зростання рівнів смертності, захворюваності та скорочення середньої тривалості життя є серйозними негативними тенденціями. Для наближення системи охорони здоров'я України до європейських стандартів необхідне реформування галузі та забезпечення належного фінансування.

Слово "фінансування" виникає від латинського слова "finis" (межа, кінець) та старофранцузького дієслова "finer" (довести до вдалого завершення, заплатити, сплатити). Таким чином, у сучасному розумінні "фінансування" вказує на збір необхідних коштів для успішного завершення певної операції або покриття потреб в ресурсах, грошах чи інших цінностях до завершення визначеного періоду [2, с. 739].

Проект, діяльність чи операція є економічними за своєю природою, коли їхня основна мета - забезпечення вигоди, створення товарів чи послуг, або поєднання цих елементів. Фінансування стає необхідним у випадках, коли реалізація проекту, здійснення конкретного виду діяльності чи операції вимагає залучення коштів. Звідси впливають основні характеристики фінансування, яке може також включати використання позикових коштів і їхнє асигнування. Оскільки успішне завершення проекту чи операції може відбутися лише в кінці певного періоду, фінансування передбачає використання методів, які

враховують плин часу та терміни (наприклад, заощадження, позики, кредити, інвестиції).

I. Бернар та Ж.-К. Коллі стверджують, що на рівні підприємства фінансування зазвичай розпочинається з об'єднання всіх сум коштів, які надаються на постійне використання компанії її власниками чи акціонерами, що відомо як створення акціонерного капіталу. Пасив балансу відображає сукупність джерел фінансових ресурсів підприємства за розділами (при цьому активи відображають їх використання). Загалом джерела фінансування підприємства можуть бути розподілені на дві основні групи:

1. Самофінансування виникає з фінансових можливостей самого підприємства, забезпечених його прибутком, запасами чи резервами.

2. Зовнішнє фінансування ґрунтується на всіх внесках, які підлягають або не підлягають поверненню, отриманих від інших осіб чи організацій. Це, в основному, включає збільшення розміру капіталу та отримання довготермінових та короткотермінових позик.

Щодо іншої класифікації, вона ґрунтується на різній тривалості функціонування джерел фінансування, які доступні підприємству і відображає практичний аспект справи, пов'язаний з різними способами впливу фінансування на управління. З цього погляду виділяються:

– постійний капітал або фонди, які перебувають в розпорядженні підприємства сталим чином чи на тривалий період часу (власний капітал, довгострокові або середньострокові позики).

– короткострокова заборгованість, яка може бути банківською або пов'язаною з діяльністю підприємства [2, с. 741].

В словнику сучасної економічної теорії Макміллана наводиться таке тлумачення терміну "фінансування": "у вузькому розумінні це слово вказує на грошовий капітал, який надається або позичається за допомогою фінансових ринків чи інститутів для здійснення капіталовкладень. У повсякденному використанні цей термін також визначає фонди із різних джерел, призначені для фінансування різних видатків" [39, с. 182].

Зовнішнє фінансування представляє собою отримання фірмою коштів через емісію акцій (акціонерний капітал) або за допомогою залучення позик (позикове фінансування, облігації) для забезпечення необхідних ресурсів для її діяльності. З іншого боку, внутрішнє фінансування означає використання фондів, які формуються за рахунок чистого прибутку фірми, з метою фінансування її операцій [39, с. 175].

Б. А. Райсберг, Л. М. Лозовський, Е. Б. Стародубцева визначають фінансування як "забезпечення необхідними фінансовими ресурсами всього господарства країни, регіонів, підприємств, підприємців, громадян, а також різноманітних економічних програм і економічної діяльності. Фінансування реалізується за рахунок власних, внутрішніх ресурсів, а також за допомогою зовнішніх джерел у вигляді асигнувань із бюджету, кредитних коштів, допомоги від інших держав, внесків інших осіб." [36, с. 360].

В уявленні вітчизняних економістів, таких як А. Г. Загородній, Г. Л. Вознюк, Т. С. Смовженко, зазначене поняття розглядається як "забезпечення фінансовими ресурсами економіки держави, задоволення соціальних потреб і реалізацію програм, виробництво продукції, проведення науково-технічних досліджень, будівництво та модернізацію підприємств, а також утримання бюджетних організацій і подібних завдань. Джерелами фінансування є власні грошові резерви підприємств (прибуток, амортизаційні відрахування) та кошти, виділені з державного бюджету." [15, с. 468].

О. О. Терещенко вказує, що головна мета фінансової діяльності підприємств полягає в залученні капіталу для фінансування їхніх операцій та інвестиційних проектів. Поняття "фінансування" охоплює всі заходи, спрямовані на задоволення потреб підприємства у капіталі. Це включає мобілізацію фінансових ресурсів (грошових коштів, їхніх еквівалентів та майнових активів), їх повернення, а також взаємовідносини між підприємством та капіталодавцями, такі як платіжні відносини, контроль та забезпечення [15, с. 24].

Окремі автори розглядають фінансування як процес надання капіталу та залучення інвестицій, що визначається як капіталовкладення, з метою реалізації

конкретного проекту [1, с. 213]; фінансування діяльності підприємства (фірми) через забезпечення грошовими ресурсами, які надходять з державного бюджету, а також з власних та привласнених джерел [42, с. 262].

Так, В. Опарін визначив фінансове забезпечення як систему джерел і форм фінансування розвитку економічної та соціальної сфер суспільства. Його визначення підкреслює комплексний підхід до фінансування, який охоплює різноманітні джерела та механізми забезпечення ресурсами для економічного та соціального зростання [8, с. 49].

Це визначення стисло висвітлює сутність досліджуваного терміну, а саме - фінансового забезпечення. Відомо, що ця система включає різноманітні джерела фінансування, такі як: державні та місцеві бюджети, страхові фонди, кредити, внески юридичних та фізичних осіб, а також інші кошти. Зазвичай, використання конкретного джерела фінансування визначає форму руху грошових коштів, таку як бюджетне фінансування для бюджетних коштів, кредитування для кредитів, страхування для коштів страхових фондів та самофінансування для власних коштів юридичних та фізичних осіб.

У фінансово-господарській діяльності суб'єктів ринку рідко використовують лише одну форму фінансового забезпечення; зазвичай вона полягає в оптимальному поєднанні різних форм. Кожен економічний суб'єкт створює власну модель фінансового забезпечення, визначаючи склад і структуру джерел фінансування, а також відповідні форми руху грошових коштів. В зазначеному визначенні фінансове забезпечення розглядається як складова макроекономічного механізму, при цьому упускається той факт, що воно є необхідним елементом у господарській діяльності всіх суб'єктів економічних відносин.

Традиційно, найзначущим джерелом фінансування установ державного сектору охорони здоров'я є кошти, виділені з державного та місцевих бюджетів. Кошти, отримані з інших джерел, вважаються лише додатковим фінансовим резервом. Таким чином, основною формою фінансування охорони здоров'я є бюджетне фінансування. Основна ідея бюджетного фінансування полягає в

установленні грошових відносин між державою, місцевим самоврядуванням і різними суб'єктами, такими як підприємства, організації, установи різних форм власності та фізичні особи. Ці відносини стосуються спрямування та використання грошових коштів з централізованих фондів для розширеного відтворення, підвищення рівня життя, задоволення суспільних потреб і забезпечення інших безпосередніх заходів держави [46, с. 197].

За думкою професора О. Василика, бюджетне фінансування є процесом, у якому юридичним особам надаються фінансові ресурси з державного бюджету у формі безповоротних безоплатних коштів та інвестицій. Ці ресурси призначені для сприяння розвитку економіки, здійснення соціально-культурних заходів, фінансування оборони та інших громадських потреб [9, с.380]

З погляду науковців С. Юрія та Й. Бескида, бюджетне фінансування можна визначити як надання безповоротних, безвідплатних коштів з бюджету. Це означає, що фінансові ресурси, які виділяються, не передбачають повернення або компенсації і становлять форму фінансової підтримки з боку держави [46, с. 197]. Отже, більшість вітчизняних вчених розглядає бюджетне фінансування як надання господарюючим суб'єктам грошових коштів із бюджету у безповоротному та безоплатному порядку з метою повноцінного функціонування держави та задоволення суспільних потреб.

Вітчизняні дослідники, такі як В. Опарін, В. Малько, С. Кондратюк, Г. Коломієць, пропонують трошки відмінне трактування суті бюджетного фінансування. Згідно з їхніми поглядами, це передбачає надання грошового забезпечення в безповоротному порядку для витрат, пов'язаних із здійсненням державних замовлень, виконанням державних програм, утриманням державних і комунальних установ та організацій [7, с. 303].

На нашу думку, така точка зору виявляється недостатньо обґрунтованою, оскільки сам термін "бюджетне фінансування" вказує на походження грошових коштів, призначених для виділення, і не виключає можливості використання інших джерел. Тому ми долучаємося до позиції групи вчених, яка акцентує на

бюджетному походженні коштів, які передбачається надавати через механізм бюджетного фінансування.

Під фінансуванням слід розуміти накопичення коштів з різних можливих джерел для реалізації конкретного проекту підприємства, проведення господарських операцій тощо.

1.2. Реформування системи фінансування медичної сфери в Україні

Розвиток сфери охорони здоров'я, управління лікувальними закладами та видатки держави на фінансування медичної допомоги набувають значущого соціально-економічного вагомості. Ці заходи, спрямовані на збереження здоров'я громадян, сприяють зменшенню рівня захворюваності, підвищенню тривалості життя, зростанню продуктивності праці та поліпшенню якості життя населення України. На сьогоднішній день стан вітчизняної системи охорони здоров'я характеризується відчутним дефіцитом коштів для модернізації матеріально-технічної бази, нестачею фінансових ресурсів та недостатнім рівнем якості медичних послуг. Ці фактори ускладнюють реалізацію конституційних прав громадян України з питань медичного обслуговування.

У покращенні якості та доступності медичних послуг для громадян вирішальну роль відіграють фінансові ресурси, які перебувають під контролем сфери охорони здоров'я України. Фінансові ресурси медичних установ можна визначити як суму коштів, формування якої визначено чинним законодавством та призначено для забезпечення функціонування цих установ у сфері надання медичної допомоги громадянам.

Для забезпечення ефективності та розвитку медичних закладів фінансування повинно мати конкретні характеристики, такі як:

- обсяги фінансових ресурсів повинні постійно утримуватися на належному рівні;
- відношення між державними та приватними фінансовими ресурсами має визначатися згідно законодавчо встановленими пропорціями; на етапі

перерозподілу ВВП це повинно матеріалізуватися у благо охорони здоров'я загалом;

- обсяги отриманих фінансових ресурсів медичними установами повинні повністю залежати від кількості пролікованих пацієнтів;
- ресурси можуть перетворюватися в інші види ресурсів, спрямованих на досягнення економічної вигоди та використовуватися для підтримання функціонування лікувального закладу без утворення грошових фондів;
- формування цих ресурсів відбувається під час надання медичної допомоги різного рівня складності, що ускладнює їх оцінку та прогнозування;
- ресурси піддані впливу всіх видів ризиків, пов'язаних із їхнім формуванням та використанням; оптимальні обсяги фінансування повинні забезпечуватися за допомогою методів управління ними;
- обсяги активів, власного капіталу та зобов'язань залежать від обігу фінансових ресурсів;
- існуючі фінансові відносини, характерні для конкретного етапу розвитку економіки, впливають на формування та використання фінансових ресурсів [11, с. 46].

Медична реформа, з огляду на фінансування, спрямована на створення нової моделі фінансування установ охорони здоров'я. Ця модель передбачає чіткі державні гарантії надання безкоштовної медичної допомоги громадянам, поліпшення фінансового захисту населення у випадку захворювання, ефективний та справедливий розподіл і використання публічних коштів, а також зменшення неформальних платежів. Одним з основних аспектів реформи є застосування стимулів для підвищення якості медичних послуг, які надаються установами різних форм власності.

Отже, у сучасних економічних умовах виділяються наступні джерела формування фінансових ресурсів медичних установ (рис. 1.1).



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

Основним джерелом утворення фінансових ресурсів для медичних установ є бюджетне фінансування. Асигнування здійснюються на підставі наданих медичних послуг, розрахованих як від планованого, так і від фактичного обсягу послуг з урахуванням установлених тарифів. Серед основних показників розрахунку можуть бути:

- фактична кількість наданих медичних послуг;
- реальна кількість відвідувань;
- обсяг завершених випадків амбулаторної допомоги;
- фінансування загального обсягу наданої медичної допомоги на кожного пацієнта;
- фінансування загального обсягу позамедичної допомоги та частини обсягу стаціонарної допомоги на кожного пацієнта.

Переломним удосконаленням у фінансуванні медичних установ є перехід від бюджетного фінансування до нового концептуального підходу, який включає трансформацію медичних закладів у самостійні підприємства та оплату за фактично надані медичні послуги пацієнтам. Згідно цього оновленого підходу,

органи місцевого самоврядування зберігають свої повноваження і створюються необхідні умови для їх виконання.

Ще одним джерелом фінансування медичних установ є кошти, отримані від страхової медицини. Проте, в Україні цей вид страхування менше популярний серед населення через відсутність державного медичного страхування та недостатній рівень досвіду його використання серед громадян.

Ключову роль у реформуванні системи охорони здоров'я визначила затверджена на законодавчому рівні в грудні 2017 року Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я. Згідно з положеннями цієї Концепції, з 2018 року розпочалася значуща перебудова системи фінансування закладів медичної сфери. З 1 квітня 2020 року всі медичні заклади уклали договори з Національною службою здоров'я України.

Медична реформа призвела до значних змін у галузі охорони здоров'я та надання медичних послуг, внаслідок чого були впроваджені нові підходи до фінансування. На сучасному етапі проведення реформ в медичній галузі України вимагає перетворень у механізмах управління. Однією з ключових проблем є удосконалення управління фінансуванням медичних закладів.

Основною метою управління фінансуванням в галузі охорони здоров'я є диверсифікація джерел формування фінансових ресурсів. Це необхідно для забезпечення ефективного фінансування медичних установ і забезпечення населення якісними медичними послугами [35, с.30].

Об'єктами управління фінансуванням в медичних установах є комплекс взаємопов'язаних фінансових ресурсів та фінансових відносин, спрямованих на раціональну мобілізацію та ефективне використання грошових коштів.

Реформа в медичній сфері дозволила розширити повноваження головного лікаря та наділити його управлінськими функціями. Іншими словами, кошти, які лікувальний заклад отримує за надані послуги від Національної служби здоров'я України, тепер можуть бути використані головним лікарем згідно з власним розсудом, в рамках чинного законодавства. Це відрізняється від медичної субвенції, яка призначалася для покриття запланованих витрат. Цей аспект

медичної реформи визнається як ключовий і спрямований на покращення якості та підвищення ефективності надання медичних послуг населенню [43].

Головний лікар володіє інформацією про потреби медичного закладу в обладнанні, медичному персоналі та фінансових ресурсах, і його відповідальність полягає в ефективному розподілі коштів для задоволення потреб установи. З ростом повноважень головного лікаря також зростає його рівень відповідальності. Орган місцевого самоврядування залишається власником лікувального закладу і відзначається контролем за діями головного лікаря.

У зв'язку з переходом України до системи ринкового господарювання, змінюються основні принципи управління фінансуванням. Зростає роль фінансового менеджменту як комплексу взаємопов'язаних прийомів та методів у прийнятті та реалізації управлінських рішень з фінансування діяльності та розвитку закладів медичної сфери. Ефективне управління фінансуванням в закладах медичної галузі прямо залежить від витрат, які плануються в залежності від потреб та обсягів медичних послуг (табл.1.1.).

Таблиця 1.1

Напрями використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я

Напрями використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я	
Капітальні видатки	Поточні видатки
Придбання обладнання	Оплата праці, нарахування на оплату праці
Придбання предметів довгострокового користування	Матеріали, обладнання та інвентар
Придбання нематеріальних активів	Медикаменти та перев'язувальні матеріали
Реконструкція та реставрація	Продукти харчування
Капітальне будівництво (придбання)	Оплата послуг (крім комунальних)
Капітальний ремонт	Відрядження та заходи спеціального призначення
Створення державних запасів і резервів	Обслуговування внутрішніх та зовнішніх боргових зобов'язань
Придбання землі	Оплата комунальних послуг та енергоносіїв

Відсутність показників для оцінки ефективності використання бюджетних коштів є головною трудностю в ефективному управлінні фінансуванням в українських медичних закладах. Введена медична реформа дозволила змінити систему фінансування шляхом визначення гарантованого пакету медичних послуг і укладення декларацій з сімейними лікарями. Для закладів охорони здоров'я кінцевим результатом реформи стає створення основи для впровадження моделі медичного страхування, що надасть можливість отримання додаткових фінансових ресурсів.

Позитивні виходи медичної реформи включають в себе застосування ринкових принципів функціонування медичних закладів, використання методів раціонального управління фінансовими потоками, підвищення автономії та можливості самоокупності і самофінансування медичних закладів, надання їм статусу підприємства. Також відзначається підвищення ефективності діяльності медичних установ за рахунок ринкової спрямованості, цілеспрямованості та відповідальності за свою діяльність, що призводить до збільшення конкурентних переваг закладу.

Отже, діяльність закладів охорони здоров'я націлена на досягнення поставлених цілей та здійснюється через виконання своїх функцій. Ця діяльність має об'єктивний характер і розвивається відповідно до певних законів, що вимагає керівництва як з боку державного управління, так і з боку органів місцевого самоврядування та самого керівництва медичних закладів. Для досягнення ефективності управління такими закладами важливо розуміти та практично застосовувати закони економічного розвитку.

Ефективність управління закладами медичної сфери повинна базуватися на повному покритті витрат за рахунок різних джерел формування фінансових ресурсів. Для реалізації стратегічних проектів у галузі медичних послуг потрібні додаткові обсяги фінансування.

У сучасних умовах раціональне і ефективне використання фінансових ресурсів визнається пріоритетним напрямком розвитку медичних закладів в Україні. Забезпечення збалансованих витрат для виконання зобов'язань держави

з надання якісної та необхідної медичної допомоги населенню є на сьогодні важливою проблемою.

Пошук нових джерел фінансування, використання методів для підвищення творчого потенціалу медичних працівників та впровадження стимулів для розвитку галузі є основним завданням для керівників на різних рівнях управління [37, с.120].

Відповідно до ухваленого фінансового плану, медичні заклади отримують доходи та здійснюють витрати, а також визначають обсяги та напрямки використання фінансових ресурсів для виконання функцій, визначених Статутом медичної установи протягом календарного року. Це є інструментом контролю та оцінки фінансового стану та ефективності фінансування їхньої діяльності. Фінансове планування орієнтоване на результати в процесі надання медичних послуг населенню.

Фінансовий план враховує планування отримання грошових коштів, з урахуванням всіх джерел формування фінансових ресурсів лікувального закладу.

Отже, для планування доходної частини фінансового плану медичної установи необхідно враховувати надходження коштів від НСЗУ за договорами про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій; кошти місцевих бюджетів, що надходять на виконання програми підтримки; надходження від благодійних внесків, платних послуг, грантів, доходів від розміщення тимчасово вільних коштів на банківських рахунках та інші джерела доходів.

Фінансовий план включає не лише доходну, але і видаткову частину, які не обов'язково повинні бути однаковими. Перевищення доходів над видатками може розглядатися як позитивне явище, оскільки це створює можливість використати залишки грошових коштів для розвитку медичної установи, спрямовуючи їх у резервний або інвестиційний фонди.

Планування видатків здійснюється відповідно до потреб закладу та враховує обсяги наданих медичних послуг в межах кожного з пакетів медичної

допомоги. Саме обсяг медичних послуг визначає потребу в медикаментах, виробках медичного призначення, продуктах харчування тощо [27, с. 44.].

Таблиця 1.2

Необхідні умови при складанні видаткової частини фінансового плану медичних закладів

Елементи витрат	Необхідні умови
Витрати на оплату праці	Необхідно враховувати всі виплати, що передбачені колективним договором та можливі зміни в системі оплати праці.
Витрати на навчання персоналу та відрядження.	Потрібно визначити кількість лікарського та середнього медичного персоналу, які потребують підвищення свого кваліфікаційного рівня.
Витрати на оплату енергоносіїв	Необхідно враховувати минулорічні обсяги споживання (для діючих відділень) або ж очікувані (якщо планується відкриття нових відділень) та обов'язково коефіцієнт на підвищення тарифів.
Витрати на придбання обладнання, предметів, матеріалів, оплату інших послуг, проведення поточних чи капітальних ремонтів	Необхідно враховувати власні потреби, а також, керуватися Табелем матеріально-технічного оснащення. Необхідно зібрати відповідні заявки від кожного структурного підрозділу та, проаналізувавши їх, визначитися з пріоритетами.

Для закладів вторинної медичної допомоги був створений електронний інструмент "InSight 4.0" у рамках співпраці експертів проекту USAID "Підтримка реформи охорони здоров'я" з МОЗ України та НСЗУ. Цей інструмент дозволяє керівникам закладу формувати фінансовий план на рік з квартальним розбиванням, вносити пропозиції щодо змін у фінансовий план протягом року та проводити економічний аналіз виробничо-господарської діяльності медичної установи [12, с. 120].

Програма "InSight 4.0" сприятиме готовності керівництва до переговорів з персоналом щодо умов та угоди про працю, зокрема щодо витрат на оплату праці, а також до переговорів з власником з метою привертання додаткових джерел фінансування.

Розроблена і затверджена "Програма забезпечення якості надання медичної допомоги та медичних послуг" та "Положення про систему критеріїв та індикаторів якості надання медичної допомоги та медичних послуг" в медичних закладах допомагають досягти об'єктивності та повноти контролю за

виконанням адміністративних управлінських рішень. Особи, відповідальні за управління та контроль якості лікувального процесу у медичному закладі, є:

- на першому рівні управління знаходиться експертна комісія під керівництвом директора;
- другий рівень управління представлений заступниками директора, які відповідають за медичну частину та поліклінічну роботу;
- третій рівень управління включає в себе керівників штатних структурних підрозділів (відділень, лабораторій, центрів) та головну медичну сестру.

Стратегію фінансування системи охорони здоров'я сформульовано в концептуальному документі, який отримав схвалення Кабінету Міністрів України у жовтні 2017 року - Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (далі - Закон № 2168), а також відповідних підзаконних актів. Цей комплекс документів встановив міцну правову та політичну основу для впровадження нових механізмів фінансування системи охорони здоров'я. Реалізація реформи передбачалася етапно: перша фаза концентрувалася на первинній медико-санітарній допомозі (ПМСД), а друга фаза спрямована на вторинну і третинну ланки. У 2018 році урядом України було створено новий орган - Національну службу здоров'я України (далі - НСЗУ), яка є національним страховим агентством і забезпечує покриття ряду пільг для населення в межах доступного фіскального простору. [31].

Національна служба здоров'я України була заснована для запуску стратегічних закупівель у постачальників медичних послуг, зокрема для послуг, передбачених у пакеті соціальних гарантій. Об'єднуючи фінансові ресурси через НСЗУ, уряд прагне зменшити фрагментацію розподілу коштів. З огляду на обмежену можливість істотного збільшення централізованих ресурсів, реформа націлена на місцеві органи влади з метою поліпшення надання медичних послуг. Однак без уважного моніторингу та своєчасних коригувальних заходів поточна політика бюджетної децентралізації, що розширює податкові повноваження та

автономію місцевих органів влади, може непередбачено призвести до менш справедливих та ефективних витрат на охорону здоров'я по всій країні.

Механізм фінансування системи охорони здоров'я зазнав змін з 2019 року під час періоду трансформації.

Також, ускладнення ситуацією з пандемією COVID-19 призвело до ускладнення процесу розробки нової Стратегії розвитку охорони здоров'я до 2030 року, що розпочалася у 2020 році. Для вирішення цих проблем, 18 серпня 2021 року, було видано Указ Президента України № 369/2021, який регулює рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30 липня 2021 року "Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою" [41].

Цим рішенням передбачалося розроблення та затвердження Стратегічного плану розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року до 1 грудня 2021 року. Цей план має гарантувати універсальний доступ до послуг у сфері охорони здоров'я за допомогою:

- вертикальної інтегрованої системи контролю якості медичної допомоги, введення ключових показників ефективності для керівників медичних закладів та розроблення правил поведінки працівників у сфері охорони здоров'я;
- впровадження нової моделі інтернатури і лікарської резидентури з урахуванням вимог Директиви 2005/36/ЄС та забезпеченням підготовки фахівців за окремими напрямками у закладах вищої освіти за державним замовленням;
- етапне включення вартості медикаментів і витратних матеріалів, які є необхідними для надання медичних послуг, до тарифів на медичні послуги в рамках програми медичних гарантій;
- розробка законопроектів, включаючи заборону реклами лікарських засобів, посилення відповідальності за підробку лікарських засобів та документів, в тому числі електронних, щодо вакцинації, та гармонізація законодавства України із законодавством Європейського Союзу у сфері обігу лікарських засобів.

Також було висловлено необхідність узгодження положень Стратегії-2030 року з Постановою Кабінету Міністрів України від 5 грудня 2018 року № 1022 «Про затвердження Державної стратегії реалізації державної політики забезпечення населення лікарськими засобами на період до 2025 року». Це мало на меті встановлення в Україні системи регулювання в сфері обігу лікарських засобів, визнаної на міжнародному рівні [44].

На жаль, заходи щодо розробки та прийняття Стратегії розвитку системи охорони здоров'я не були проведені у визначені строки. З початку січня 2022 року активно відбувається фаза розробки та обговорення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 року.

З огляду на пацієнто-орієнтований підхід, який є основною метою нової Стратегії-2030, у її розробці прийняли участь представники громадськості, включаючи тих, хто спеціалізується на конкретних темах, таких як онкологічні захворювання, а також були запрошені експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я та представники міжнародних проєктів технічної допомоги. Участь також взяли практикуючі лікарі та провідні експерти з Міністерства охорони здоров'я, Національної служби здоров'я, Держлікслужби, ДП «Медичні закупівлі», а також управлінці у галузі охорони здоров'я.

Проведено ряд консультацій щодо проєкту Стратегії-2030 з громадськістю та представниками медичного сектору за участю Національного Демократичного Інституту, Коаліції Реанімаційний Пакет Реформ та Інституту «Республіка». У результаті визначено основні пріоритети Стратегії-2030 [18]:

- ефективне управління;
- універсальне охоплення медичними послугами;
- громадське здоров'я та готовність реагувати на надзвичайні ситуації;
- залучення громади та громадян до системи;
- кадрові ресурси;

Основні очікування від реалізації Стратегії до 2030 року включають: зменшення власних витрат пацієнтів на медичні послуги; збільшення тривалості життя чоловіків та жінок на 3 роки (до 70 та 80 років відповідно); зниження

материнської та дитячої смертності до середнього рівня Європейського Союзу; зменшення передчасної смертності від неінфекційних захворювань на третину; зниження рівня інвалідності через захворювання, яким можна запобігти; зменшення захворюваності та інвалідності від туберкульозу, ВІЛ та гепатиту С; зменшення смертності від дорожньо-транспортного травматизму на третину; зменшення споживання тютюну, алкоголю та солі[41].

Висновки до розділу 1

Отже, основною метою управління фінансуванням в галузі охорони здоров'я є розширення джерел формування фінансових ресурсів, необхідних для ефективного фінансування медичних установ та надання якісних медичних послуг населенню. У контексті медичної реформи важливим залишається завдання вдосконалення управління фінансуванням діяльності медичних закладів. Головною трудностю в ефективному управлінні фінансовими ресурсами вітчизняних медичних закладів є відсутність критеріїв оцінки ефективності використання бюджетних коштів.

Для визначення ефективності управління фінансуванням необхідно встановити єдиний контрольний механізм, окрема структура якого виконує визначені функції забезпечення основних цілей і завдань. Тому виникає потреба в регулярному моніторингу якості управління формуванням та використанням фінансових ресурсів, спрямованому на підвищення ролі контролю за виконанням фінансового плану з метою поліпшення фінансування медичних установ.

РОЗДІЛ 2

МОНІТОРИНГ ЕФЕКТИВНОСТІ ФІНАНСУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

2.1. Аналіз фінансування закладів охорони здоров'я Чортківської міської територіальної громади

У країні активно ведуться дискусії щодо стратегічних напрямів та конкретних заходів для трансформації організації та фінансування системи охорони здоров'я. Однак у цих обговореннях відчувається недостатнє розуміння проблем, які вже існують у поточній системі та вимагають негайного вирішення. Тому великої ваги набуває системний аналіз поточної ситуації з фінансуванням охорони здоров'я. Цей аналіз є ключовим для визначення пріоритетів та розробки можливих сценаріїв реформ.

Важливим етапом у дослідженні даної проблематики є проведення аналізу видатків на заклади охорони здоров'я Чортківської міської територіальної громади за 2021-9міс.2023р (табл.2.1). Цей аналіз дозволить виявити ключові аспекти фінансування, визначити пріоритетні напрями ідентифікації можливих вдосконалень. Враховуючи результати цього аналізу, буде здійснено обґрунтоване визначення шляхів реформування системи охорони здоров'я на місцевому рівні.

Таблиця 2.1

Видатки на заклади охорони здоров'я у Чортківській МТГ за 2021-09міс.2023р.

Показник	Роки		
	2021	2022	9 міс2023
Всього видатків, млн грн	297,7	343,5	286,4
Видатки на заклади охорони здоров'я, млн грн	14,8	17,7	8,3
Частка у загальних видатках	4,98	5,0	2,91

Джерело: розроблено автором на основі [13]

Аналізуючи наведені дані, слід зазначити, що частка видатків на заклади охорони здоров'я у Чортківській МТГ становить незначну частку – 4,98%-5,0%. В абсолютному значенні спостерігається зростання фінансування від 14,8 млн грн у 2021 році до 17,7 млн грн у 2022 році.

Структуру видатків на заклади охорони здоров'я у Чортківській МТГ наведено у табл.2.2.

Таблиця 2.2

**Структура видатків на охорону здоров'я
Чортківській МТГ за 2021-09міс.2023р.**

	2021		2022		9 міс.2023	
	млн грн	%	млн грн	%	млн грн	%
Поліклініка та амбулаторія, швидка та невідкладна допомога	1,2	8,73	1,0	6,0	0,5	6,71
Лікарні та санаторно-курортні заклади	9,7	65,82	14,8	81,33	4,2	51,42
Інша діяльність у сфері охорони здоров'я	3,7	25,46	2,3	12,67	3,4	41,87

Джерело: розроблено автором на основі [13]

Вагому частку витрат у сфері охорони здоров'я Чортківській МТГ становить забезпечення функціонування лікарні, а саме у 2021 році – 9,7 млн грн або 65,82%, у 2022 році – 14,8 млн грн або 81,33%. За 9 міс.2023 року спостерігається незначне забезпечення у сумі 4,2 млн грн або 51,42%. Щодо поліклініки та амбулаторії, швидкої та невідкладної допомоги то видатки становлять у 2021 році – 1,2 млн грн., у 2022 році – 1,0 млн грн., 9 міс.2023 року – 0,5 млн грн.

Щодо витрат на функціонування первинної медичної допомоги (ПМД), то ситуація бажає бути кращою, що засвідчують наступні дані (ри.2.1.)

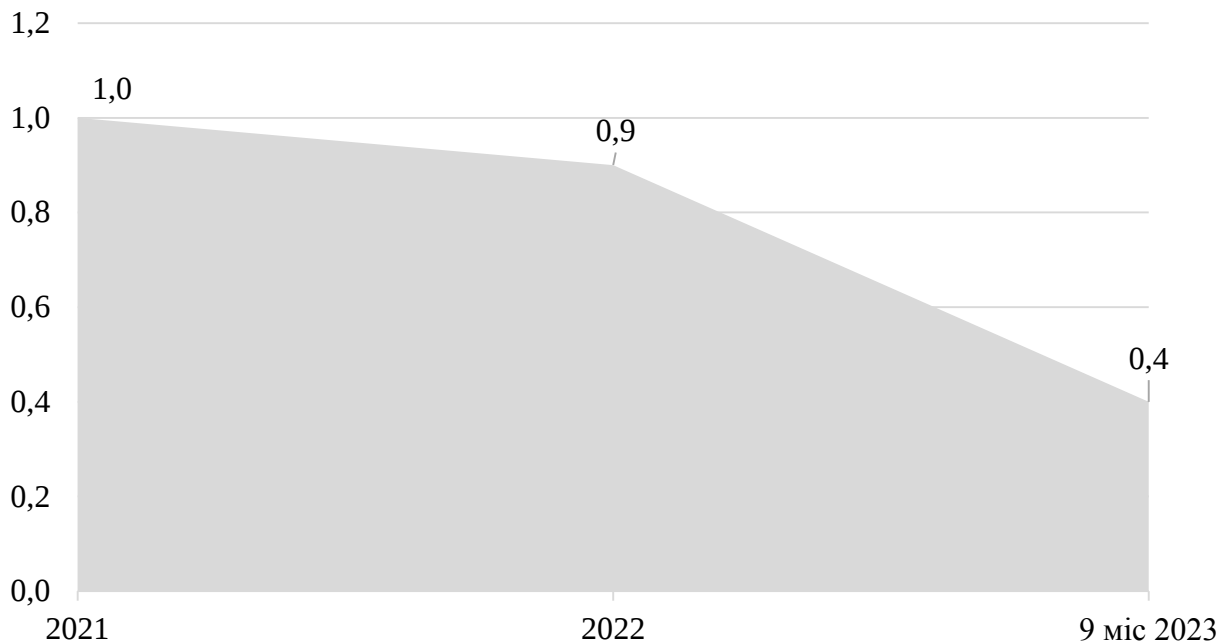


Рис.2.1. Обсяг видатків на ПМД у Чортківській МТГ, млн грн.

Джерело: розроблено автором на основі [13]

Фінансування первинної ланки медичної допомоги у Чортківській МТГ є незначною і становить у 2021 році- 1,0 млн грн., у 2022 році – 0,9млн грн., 9 міс 2023 року- 0,4 млн грн, що є недостатнім для належного забезпечення функціонування відповідної структури.

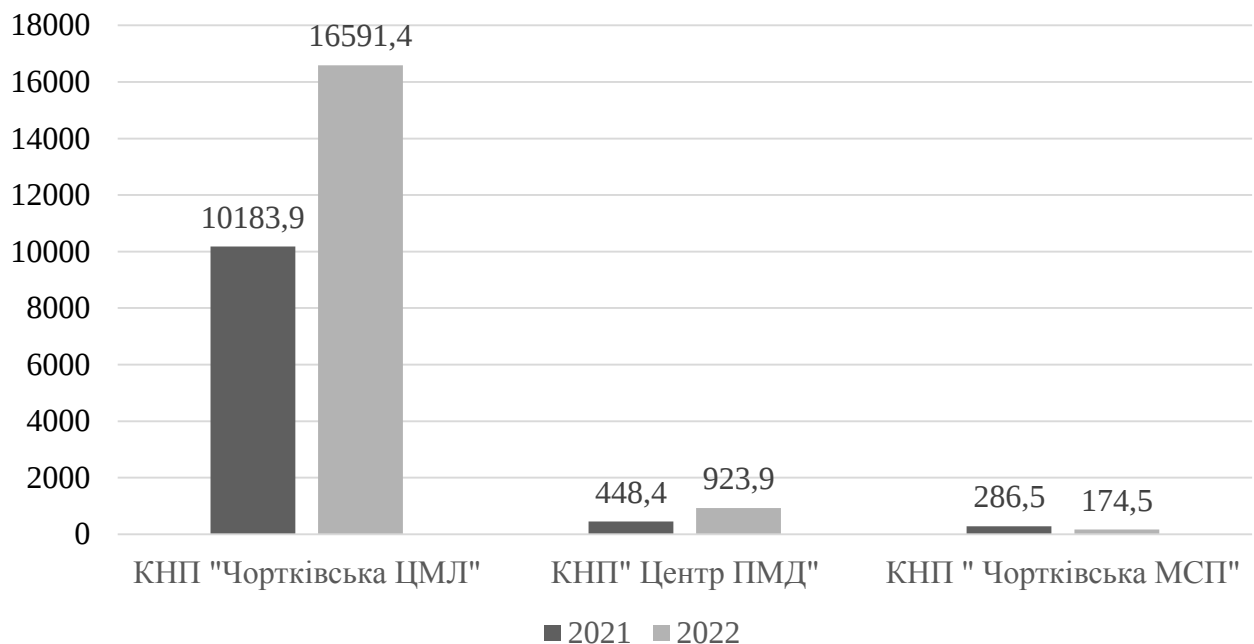


Рис.2.2. Видатки на заклади охорони здоров'я Чортківської МТГ за 2021-2022 роки, тис.грн.

Джерело: розроблено автором на основі [13]

Аналізуючи фінансування закладів охорони здоров'я Чортківської МТГ, доцільно відмітити значне зростання забезпечення функціонування КНП «Чортківська центральна міська лікарня» виділено від 10183,9 тис. грн. до 16591,4 тис.грн. у 2022 році.

Щодо КНП «Центр первинної медичної допомоги» то видатки становили 448,4 тис.грн у 2021 році, 923,9 тис.грн. у 2022 році. У структурі закладів охорони здоров'я ще є КНП «Чортківська міська стоматологічна поліклініка», на утримання якої виділяють 174,5 тис.грн до 286,5 тис.грн. через наступні джерела фінансування (рис.2.3)

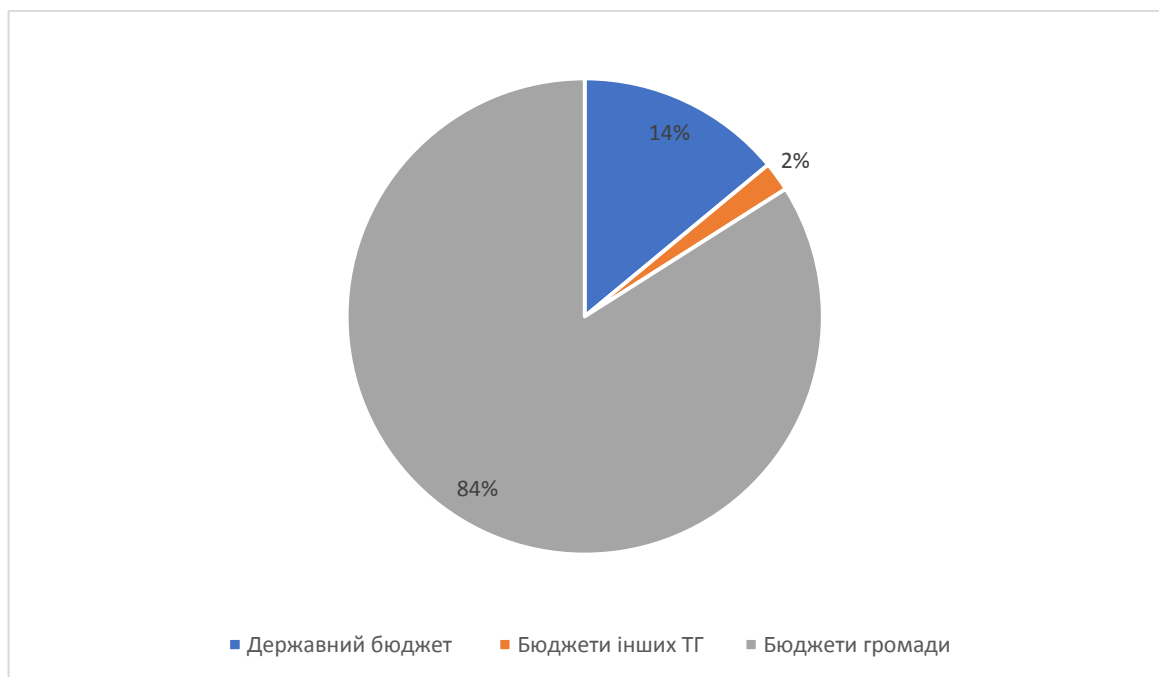


Рис. 2.3. Структура фінансування закладів охорони здоров'я Чортківської МТГ у 2022р, тис.грн.

Джерело: розроблено автором на основі [13]

Забезпечення функціонування системи охорони здоров'я у територіальній громаді здійснюється за допомогою різних джерел фінансування. За даними на даний момент, основний обсяг коштів, необхідних для реалізації програм та забезпечення якісних медичних послуг, надходить через бюджет громади – 14 961,6 тис. грн., що становить 84% від усіх фінансових ресурсів. Додатково, надходження коштів з державного бюджету складає 2 415,4 тис. грн. або 14%, а

через розподіл коштів з бюджетів інших територіальних громад — 312,8 тис. грн., що становить 2%.

Проектовано, що у 2024 році фінансування сфери охорони здоров'я у територіальних громадах буде розподілятися наступним чином. (рис.2.4).

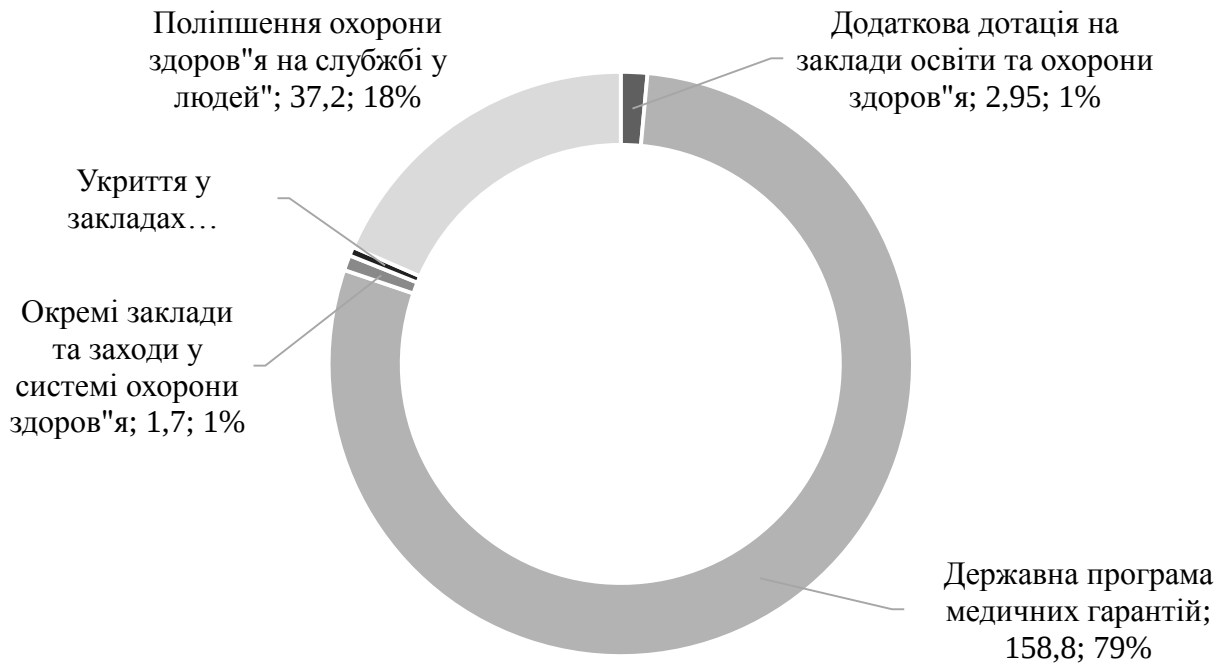


Рис.2.4. Фінансування сфери охорони здоров'я територіальних громад у 2024 році

Необхідно покласти основу політики в галузі охорони здоров'я на раціональне використання ресурсів, для чого слід вжити наступних заходів:

Активно розпочати формування ефективної мережі медичних закладів, об'єднуючи їх у містах через створення територіальних медичних об'єднань або інших форм співпраці.

Залучити міжнародні кошти за допомогою окремого механізму для покриття можливого дефіциту ліків у програмі державних закупівель, а також амбулаторних ліків у первинній медичній допомозі.

Впровадити політику раціональних закупівель та назначення ліків у стаціонарних медичних закладах, зокрема:

- Організувати об'єднані закупівлі ліків через Державне підприємство "Медичні закупівлі України";
- Застосовувати строгі вимоги щодо використання ліків з Національного переліку лікарських засобів.
- Впровадити стратегії раціонального використання людських ресурсів у галузі охорони здоров'я, включаючи:
 - Збільшення професійної мобільності медичних фахівців шляхом переходу до індивідуальних суб'єктів медичної практики (індивідуальне ліцензування).
 - Розширення ролі та функцій медичних сестер.
 - Спростити господарське ліцензування суб'єктів медичної практики, переведення його на декларативну модель.
- Продовжити процес автономізації національних закладів охорони здоров'я та їх перехід до надання послуг в межах першої медичної допомоги.

Розпочати реорганізацію паралельних систем охорони здоров'я (заклади Державної управлінської служби, Національної академії медичних наук, Міністерства внутрішніх справ, пенітенціарної служби) та інтеграцію їх медичних закладів у мережу надання послуг в рамках першої медичної допомоги[30]

2.2. Ефективність забезпечення сфери охорони здоров'я України в кризових умовах

У бюджеті України на 2023 рік значна частина ресурсів була спрямована на потреби оборони, і витрати на цю сферу становили майже половину від загальних витрат. Інші сектори були рівномірно зменшені, залучаючи міжнародну допомогу для їхнього фінансування.

Витрати на охорону здоров'я, хоча і зазнали суттєвого зменшення в доларовому вираженні, виявилися достатніми для забезпечення стабільної функціонування системи під час війни. Однак уряду довелося уважно

балансувати, щоб уникнути ризиків, основним із яких було можливе зменшення доступності лікарських засобів.

Реалізація та продовження політик раціонального використання ресурсів у сфері охорони здоров'я визначалося як ключове завдання уряду України у 2023 році. Загальні видатки на охорону здоров'я становили 176,9 млрд гривень (у порівнянні з 196,8 млрд гривень у 2022 році) або практично 4,2 млрд доларів США (у порівнянні з 6,9 млрд доларів США у 2022 році). Уряд скоротив загальні видатки на охорону здоров'я у гривні на 10%, що відповідало загальному зменшенню видатків, за винятком сфери оборони. Вартість послуг на душу населення у гривні навіть трошки зросла, враховуючи меншу кількість громадян, які перебували на території України у 2023 році [29].

У доларовому еквіваленті видатки на охорону здоров'я зазнали зменшення майже на 40%, що наочніше відображає труднощі в забезпеченні повноцінної медичної допомоги. Зріст споживчих цін вплинув на тарифи на медичні послуги, а також призвів до ризику зменшення надходження послуг, що ґрунтуються на імпорті ліків, медичних виробів та витратних матеріалів.

Загальні державні видатки на охорону здоров'я на душу населення скоротилися із 159 до 116 доларів США, а державні видатки на охорону здоров'я у відсотках до ВВП зменшилися з 4,2% до 2,8% (порівняно із медіаною в Європейських країнах, що становить 5%), відкидаючи Україну на рівень показників 2019 року.

Починаючи з 2019 року, частка видатків на охорону здоров'я у державному бюджеті стабільно зростала, однак на даний момент вона зменшилася з 13% до 6,9% через збільшення загальних видатків на сектор безпеки та оборони.

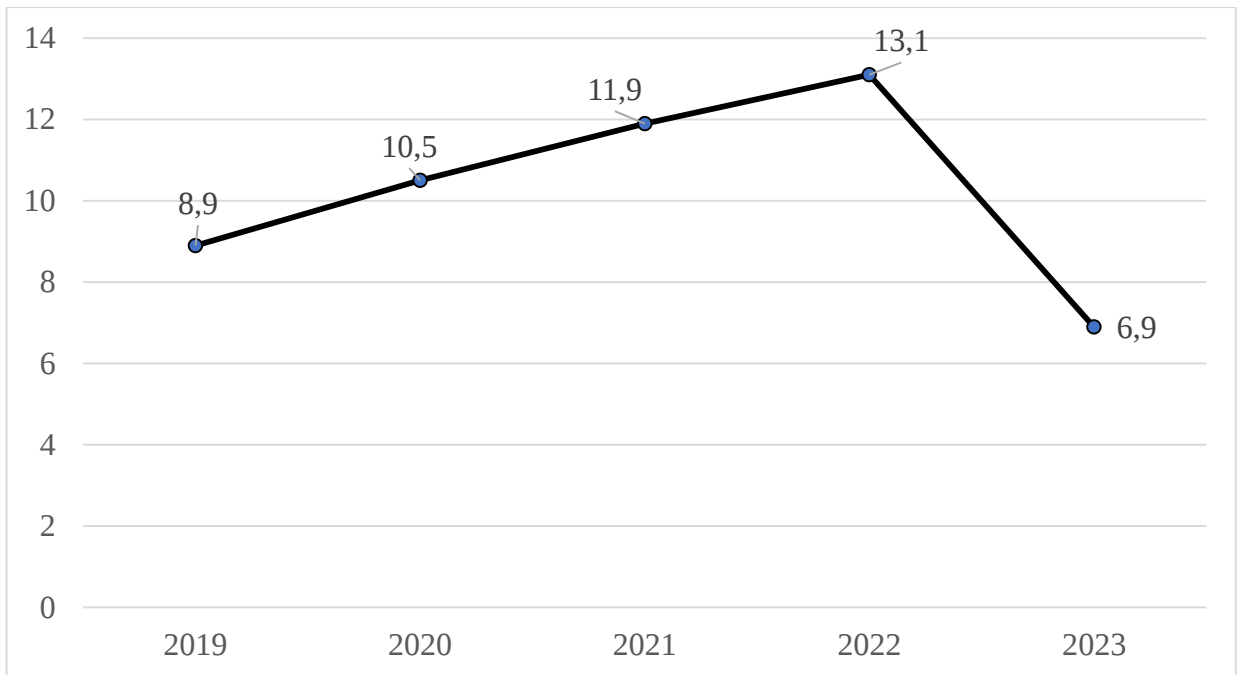


Рис.2.5. Державні видатки на охорону здоров'я, % від усіх державних видатків (2019-2023рр)

Джерело: розроблено автором на основі [23]

Фінансування програми медичних гарантій у 2023 році склало 142,7 млрд грн або 3,4 млрд доларів США, порівняно з 157 млрд гривень та 5,5 млрд доларів США у 2022 році. З урахуванням зменшення чисельності населення, витрати програми на одну особу у гривні збільшилися на 9%.

Проте декілька додаткових факторів створювали фіскальний тиск на програму медичних гарантій, такі як відновлення рівня споживання послуг, нові потреби у послугах, пов'язаних із війною, зростання споживчих цін та збільшення вартості імпортованих ліків, медичних виробів та витратних матеріалів.

У 2022 році споживання послуг програми медичних гарантій різко зменшилося через повномасштабне вторгнення, міграцію населення за кордон та зміну поведінки споживачів, які тимчасово переселилися в межах України. У 2023 році споживання послуг відновилося завдяки поверненню громадян додому з-за кордону, пересуванню в межах країни та відновленню звичного способу життя.

Згідно з даними УВКБ ООН, 73% всіх дорослих, що залишили Україну, є жінками віком до 59 років, тоді як 10% цієї категорії – чоловіки. Крім того, за інформацією ЮНІСЕФ, майже чверть дітей віком до 18 років також покинули межі України. Отже, відзначалося суттєве зменшення споживання послуг, пов'язаних із допомогою жінкам репродуктивного віку та дітям. У той же час значна кількість осіб, які найбільш інтенсивно використовують медичні послуги (зокрема люди з хронічними або іншими важкими захворюваннями, особи старше 60 років), залишаються в межах країни.

У 2023 році виразно виявився відтермінований попит на медичні послуги, пов'язані з війною або її наслідками, зокрема реабілітаційні та психічного здоров'я [29].

Тиск на тарифи програми медичних гарантій (ПМГ) зумовлено значним зростанням витрат лікарень. Витрати значно збільшилися, і це вразливо впливає на фонд оплати праці, який становить від $\frac{2}{3}$ до $\frac{3}{4}$ бюджетів медичних закладів. Зростання споживчих цін також вплинуло на цей фонд, що ставить під загрозу здатність медичних закладів виконувати свої функції.

Прийнята в кінці 2021 року постанова про обов'язковий рівень зарплат для лікарів та медсестер залишається чинною. Хоча й малоімовірно, що вона буде виконуватися у повному обсязі, ця постанова все ж вплинула на політику медичних закладів щодо зарплатного питання.

Медичні заклади можуть намагатися компенсувати дефіцит бюджету за рахунок ліків та медичних виробів, а витрати на ці матеріали можуть бути перекладені на пацієнтів. Однак з урахуванням зростання цін на ліки, медичні вироби та витратні матеріали, багатьом лікарням буде складно забезпечити закупівлю необхідного обсягу цих товарів.

Національна служба здоров'я України (НСЗУ), яка є ключовою інституцією у галузі охорони здоров'я та відповідає за стратегічні закупівлі медичних послуг для громадян, отримала найменше фінансування у своїй історії в 2023 році. Це поставило НСЗУ перед загрозою втрати здатності виконувати свої функції, що зменшує фінансовий захист громадян у випадку хвороби [34].

У 2023 році Національна служба здоров'я України (НСЗУ) отримала фінансування у розмірі 180 млн гривень. Навіть у своєму першому році функціонування бюджет цієї інституції був вищим і становив 211 млн гривень. У той час НСЗУ розпоряджалася коштами в сумі 8 млрд гривень, призначеними для надання послуг первинної медичної допомоги у кількох сотнях медичних закладів протягом трьох кварталів 2018 року. У 2023 році НСЗУ здійснювала закупівлю медичних послуг та ліків у понад 3 тисячах лікарень та 12 тисяч аптек на суму 142,7 мільярда гривень [29].

Фінансування НСЗУ стрімко скоротилося з 2021 року. Зменшення бюджету інституції на 2023 рік є значущим і становить -39% порівняно з 2022 роком і -47% порівняно з 2021 роком. Об'єктивних причин для такого зменшення фінансування НСЗУ немає. Навпаки, інституція нарощувала потребу в збільшенні своєї інституційної спроможності в останні роки. У 2023 році бюджет НСЗУ становив всього 0,13% від обсягу Програми медичних гарантій (ПМГ), яким вона управляла. Це вдесятеро менше, ніж європейський стандарт фінансування інституційно-стратегічних закупівельників, який передбачає 1-2% від загального бюджету на медичні послуги.

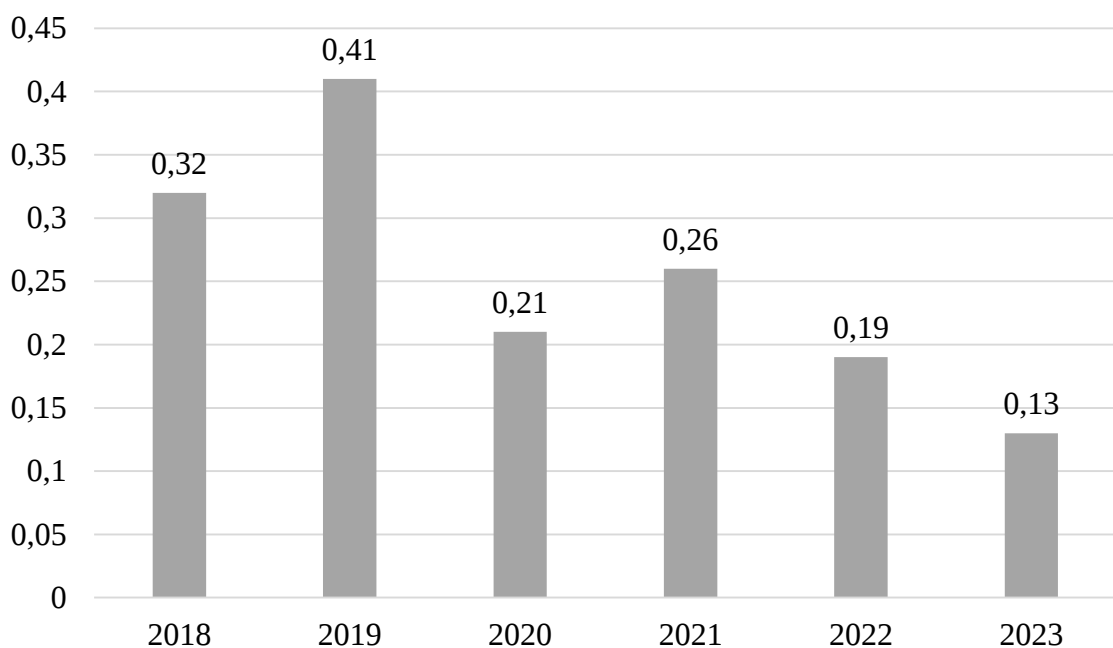


Рис.2.6.Бюджет НСЗУ, % від ПМГ

Джерело: розроблено автором на основі [23]

Фінансове скорочення в 2023 році відбулося в умовах втрати спроможності в основних функціях через значний відтік кваліфікованих кадрів з ключових посад. Критична функція управління програмою медичних гарантій втратила свої керівні посади протягом 2022 року: заступниця голови НСЗУ, виконуючий обов'язки директора профільного департаменту, її головний заступник та два керівники ключових відділів були звільнені. Друга за важливістю функція - моніторинг, втратила директора департаменту, а сам департамент був понижений у структурі до рівня управління.

Загальний обсяг фінансування охорони здоров'я на 2023 рік дозволив системі витримати труднощі ще одного року в умовах війни. Особлива увага у 2023 році була приділена забезпеченню ліками та медичними виробами, які традиційно є основними статтями прямих витрат громадян на охорону здоров'я. Однак зміна курсової різниці призвела до зростання цін на імпортовані ліки, що зменшило спроможність держави та сімей придбати необхідні медикаменти, що, в свою чергу, призвело до зростання рівня бідності через надмірне навантаження на бюджети сімей у 2023 році.

Не враховуючи військових подій, іншим загрозливим фактором для системи є втрата інституційної спроможності Національної служби здоров'я, що може призвести до катастрофічних наслідків для надання медичних послуг. З метою уникнення таких наслідків, уряду необхідно негайно вжити екстрених заходів для відновлення компетенцій та кадрового потенціалу НСЗУ в її ключових функціях і забезпечення додаткового фінансування, зокрема за рахунок міжнародної допомоги.

У 2024 році планується виділити майже 202 млрд гривень на сферу охорони здоров'я, що на 10 млрд гривень більше, ніж попередній рік, де було закладено 176,1 млрд гривень, враховуючи очікувану інфляцію Національного банку України на 2024 рік у розмірі 8,5% [30].

Зокрема, на фінансування Програми медичних гарантій на 2024 рік передбачено 159 млрд гривень. Представники Міністерства охорони здоров'я України пояснюють, що це надасть можливість надати пріоритет тарифам для

хірургічних та опікових пакетів, а також пакетам психологічної підтримки та психіатричної допомоги. Такі рішення стають необхідними внаслідок збільшення кількості пацієнтів у цих напрямках через повномасштабну війну, і Міністерство охорони здоров'я передбачає збереження такої ж динаміки.

Так, зокрема передбачає виділення майже 159 млрд гривень на фінансування Програми медичних гарантій, що становить збільшення на 16 млрд гривень порівняно з попереднім роком. Це дозволить надати пріоритет тарифам для хірургічних та опікових пакетів, а також пакетам психологічної підтримки та психіатричної допомоги. Зараз вже спостерігається зростання кількості пацієнтів у цих напрямках як наслідок повномасштабної війни, і передбачається, що ця тенденція буде збережена.

Програма реімбурсації для компенсації витрат на лікарські засоби для лікування розладів психіки та поведінки буде розширена на 90 млн гривень;

У програмі медичних гарантій вперше буде введений пакет допоміжних репродуктивних технологій, на який виділено понад 1,5 млрд гривень. Це сприятиме вирішенню проблеми безпліддя, яке значно зросло внаслідок повномасштабного вторгнення.

Ще одним важливим напрямом, який активно розвивається та потребує підтримки з боку держави, є трансплантація. Починаючи з 2024 року, фінансування трансплантації переходить з експериментального проєкту в програму медичних гарантій.

Міністерству виділено 749 млн гривень на запуск пілотного проєкту з пільгового зубопротезування для осіб, які взяли участь у захисті незалежності, суверенітету та територіальної цілісності України.

На централізовані закупівлі лікарських засобів та медичних виробів у 2024 році буде виділено 9,4 млрд гривень. Планується вперше здійснити централізовану закупівлю слухових апаратів з функцією налаштування з наближенням до місця проживання пацієнта на суму 32,1 млн гривень. Також передбачається закупівля медичних виробів для лікування травм, включаючи бойові (травматологічні пластини з гвинтами, стрижні, системи фіксації) на

загальну суму 599,1 млн гривень. Планується також збільшення видатків на ендопротези та набори для імплантації.

Передбачено майже 2,8 млрд гривень на закупівлю сучасного медичного обладнання. Один з пріоритетів – подальше удосконалення онкологічної допомоги в країні. У цьому році було здійснено закупівлю лінійних прискорювачів, а в наступному планується приділити увагу діагностиці за допомогою закупівлі циклотронів для виробництва радіо-фармпрепаратів. Ці препарати використовуються для проведення діагностики ПЕТ-КТ (позитронна-емісійна комп'ютерна томографія) – сучасного методу діагностики пухлин, що знаходить застосування в онкології для ранньої діагностики ракових захворювань, оцінки поширеності пухлинного процесу та ефективності хіміо- та променевої терапії.

Видатки на програму розширеного неонатального скринінгу збільшаться на 83,6 млн гривень. Ця ініціатива включає комплексне обстеження новонароджених для виявлення рідкісної генетичної та вродженої патології. Започаткована у жовтні 2022 року, програма стала безкоштовною для українських пацієнтів і показала свою потрібність та ефективність, проходячи обстеження вже більше 100 тис. новонароджених.

Враховуючи можливі терористичні акти ворога, МОЗ продовжує підвищувати готовність системи реагування на надзвичайні події у галузі громадського здоров'я, з відведенням майже 550 млн гривень.

Передбачено виділення 1,4 млрд гривень на реформу обласних бюро судово-медичної експертизи. Це фінансування сприятиме необхідній реорганізації, включаючи створення централізованої мережі судово-медичних установ у сфері управління МОЗ України. Наразі відбувається процес переведення регіональних підрозділів з комунальної форми власності до державної [30].

Серед намічених планів реформування Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) входить намір поліпшити інформаційні системи в галузі охорони здоров'я, прийняти національний план дій для подолання біологічних, хімічних та

екологічних загроз, а також розпочати реалізацію національного плану дій з питань стійкості до антибіотиків.

Перед обговоренням вступу в переговори, МОЗ відзначило досягнення певних попередніх успіхів у проведенні реформ в галузі охорони здоров'я. Ці успіхи включають ратифікацію Рамкової конвенції Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) щодо боротьби проти тютюну та впровадження системи епідеміологічного нагляду, згідно з принципами Європейського союзу.

Також, Міністерство оголосило про створення Дорадчої ради для утворення Українського медичного агентства – незалежного органу, який буде відповідальний за реєстрацію та моніторинг лікарських засобів, виробів медичного призначення, косметики та дієтичних добавок. Зазначається, що робота в кожному з цих напрямків продовжується, оскільки країна здійснює прогрес у виконанні усіх семи рекомендацій, висунутих Єврокомісією у своєму звіті.

Висновки до розділу 2

Фінансове скорочення в 2023 році відбулося в умовах втрати спроможності в основних функціях через значний відтік кваліфікованих кадрів з ключових посад. Критична функція управління програмою медичних гарантій втратила свої керівні посади протягом 2022 року: заступниця голови НСЗУ, виконуючий обов'язки директора профільного департаменту, її головний заступник та два керівники ключових відділів були звільнені.

Загальний обсяг фінансування охорони здоров'я на 2023 рік дозволив системі витримати труднощі ще одного року в умовах війни. Особлива увага у 2023 році була приділена забезпеченню ліками та медичними виробами, які традиційно є основними статтями прямих витрат громадян на охорону здоров'я. Однак зміна курсової різниці призвела до зростання цін на імпортовані ліки, що зменшило спроможність держави та сімей придбати необхідні медикаменти, що, в свою чергу, призвело до зростання рівня бідності через надмірне навантаження на бюджети сімей у 2023 році.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ФІНАСУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАД

3.1. Державно-приватне партнерство як інструмент розширення фінансування медичної сфери у громадах

Протягом двох років триває конфлікт на території України, що призводить до фінансового виснаження країни та потреби у пошуку додаткових фінансових ресурсів для підтримки всіх галузей державної діяльності. У таких умовах особливо важливі питання, що стосуються фінансування та подальшого розвитку соціальної сфери, зокрема у сфері охорони здоров'я. Залучення фінансових ресурсів приватного сектору через інструменти державно-приватного партнерства може сприяти вирішенню термінових фінансових проблем закладів охорони здоров'я та сприяти їхньому подальшому розвитку.

Державно-приватне партнерство має на меті підтримку соціально-економічного розвитку країни та покращення якості суспільних послуг через залучення додаткових ресурсів. Закон України "Про державно-приватне партнерство" регламентує реалізацію цього підходу, визначаючи його ознаки, сфери застосування та форми здійснення [32].

Аналіз проблематики державно-приватного партнерства підкреслює різноманіття підходів до тлумачення цього поняття. Наприклад, О. Сідуняк розглядає його як взаємовигідне співробітництво, що об'єднує зусилля держави, бізнесу та суспільства для розвитку соціальної сфери. Інші дослідники, такі як І. І. Килимник, А. В. Домбровська, Т. А. Коляда та А. М. Бровдій, розглядають державно-приватне партнерство як інструмент бюджетної політики для реалізації соціально значущих проектів [26, с. 10].

Багато вчених розглядають державно-приватне партнерство як взаємодію між державою і приватним сектором. Зокрема, за думкою С. Л. Пакуліна, Ю. А. Ципкіна та А. А. Пакуліної, державно-приватне партнерство виявляється у взаємодії держави і бізнесу при вирішенні суспільно важливих завдань на взаємовигідних умовах [21].

Особливу увагу заслуговують підходи, що розглядають державно-приватне партнерство як систему відносин. Наприклад, Н. М. Бондар та В. О. Кошарний розглядають це поняття як систему відносин між державними та приватними партнерами, під час якої їхні ресурси об'єднуються, а ризики та відповідальність розподіляються з метою забезпечення довгострокової взаємовигідної співпраці. Ця співпраця спрямована на створення нових або модернізацію існуючих об'єктів, які потребують інвестицій [4, с. 31].

Такий підхід до тлумачення державно-приватного партнерства включає у себе конкретизацію в умовах реалізації відносин між партнерами, таких як об'єднання ресурсів, розподіл ризиків, довгостроковість та визначення мети співпраці.

Ю.В. Шевчук розглядає державно-приватне партнерство не лише як інструмент, але і як метод фінансування розвитку медицини. За словами цього вченого, державно-приватне партнерство сприяє ефективному використанню фінансових ресурсів, при цьому зберігає контроль держави над діяльністю закладів охорони здоров'я [45, с. 425].

У контексті сфери охорони здоров'я, державно-приватне партнерство має на меті підвищення якості медичних послуг шляхом забезпечення результативності діяльності медичних закладів через залучення досвіду та компетенцій приватного партнера. Крім того, воно спрямоване на ефективне використання коштів бюджетів [21, с. 13].

Форми державно-приватного партнерства в системі охорони здоров'я включають концесійний договір, договір про спільну діяльність та договір управління майном, і ці форми регламентуються Законом України «Про державно-приватне партнерство» [32]. Проте, реалізація державно-приватного партнерства в системі охорони здоров'я включає специфічні особливості:

- заборона скорочення мережі державних та комунальних закладів охорони здоров'я;
- участь Міністерства охорони здоров'я або органу місцевого самоврядування як одного із суб'єктів відносин;

- здійснення збалансованого підходу до соціальної і комерційної складових проекту;
- врахування конституційних обмежень щодо надання платних послуг у закладах охорони здоров'я [21, с. 13].

В результаті дослідження особливостей державно-приватного партнерства у медичній галузі, Ю.В. Шевчук визначив можливі сфери застосування цього виду партнерства у системі охорони здоров'я (рис. 3.1).



Рис.3.1. Розподіл напрямків діяльності між державним і приватним бізнесом в межах ДПП у сфері охорони здоров'я [45, с. 425]

На думку В. І. Борщ, досягнути поставлених цілей у процесі застосування державно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я України можна лише при дотриманні державним та приватними партнерами наступних принципів:

- рівноправного розподілу ризиків між партнерами;
- єдності інтересів партнерів;
- взаємодоповнюючого та добровільного партнерства;
- забезпечення інноваційного розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я; – спрямованості на отримання соціального та економічного ефектів;
- досконалості нормативно-правової бази щодо регулювання відносин партнерів;
- інформаційне забезпечення суб'єктів державно-приватного партнерства;
- достатній рівень підготовки медичного та управлінського персоналу для успішної реалізації медико-соціальних проектів державно-приватного партнерства;
- ефективності використання бюджетних коштів [5, с.159].

Реалізація проектів у формі державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я приносить різноманітні вигоди всім зацікавленим сторонам, таким як держава, приватні партнери, медичний персонал та пацієнти. Для держави це означає прискорення інноваційного розвитку галузі охорони здоров'я, сприяння утворенню конкурентного середовища та створення рівних умов для закладів охорони здоров'я різної форми власності. Приватні партнери, з свого боку, можуть отримувати фінансову вигоду, а медичний персонал знаходить нові можливості для працевлаштування, підвищення заробітної плати та підвищення кваліфікації. Крім того, пацієнти можуть очікувати якісних медичних послуг.

Незважаючи на те, що державно-приватне партнерство є ефективним інструментом для привласнення інвестицій та забезпечення подальшого розвитку охорони здоров'я, його реалізація ускладнюється впливом ряду стримуючих факторів. До таких факторів відносяться недосконале

законодавство, відсутність гарантій виконання договорів та ризики корупції для приватних інвесторів [6].

Загально відомо, що більшість установ охорони здоров'я фінансується за рахунок бюджетних коштів та власних ресурсів, зокрема, отриманих за надання послуг. Сучасна ситуація характеризується обмеженістю бюджетних асигнувань для подальшого розвитку медичних закладів, що викликає потребу в активізації процесів державно-приватного партнерства. Вивчення підходів до розуміння терміну "державно-приватне партнерство" в українській фінансовій науці дозволило систематизувати їх та виділити ключові визначення:

- співробітництво (співпраця) між державою та бізнесом;
- інструмент співпраці держави та бізнесу;
- взаємодія між державою та приватним сектором;
- інструмент реалізації державної політики;
- система відносин між державним та приватними партнерами.

Враховуючи наукові висновки економістів та узагальнюючи основні характеристики, можна визначити державно-приватне партнерство як взаємовигідне та тривале співробітництво між державою та приватним сектором, що базується на комбінації їхніх фінансових та інших ресурсів для досягнення більшої ефективності у публічному секторі економіки.

У контексті вищевказаного, пропонуємо розглядати державно-приватне партнерство в галузі охорони здоров'я як інструмент фінансового забезпечення, що використовується у процесі співпраці між державою і приватним сектором, створюючи умови для залучення та ефективного використання альтернативних джерел фінансування діяльності установ охорони здоров'я та для підвищення якості медичних послуг. Підбиваючи підсумок, можна відзначити, що впровадження державно-приватного партнерства стає актуальною необхідністю для подальшого розвитку галузі охорони здоров'я. Здійснення механізму ДПП сприятиме залученню інвестиційних ресурсів з боку приватного бізнесу для втілення проектів, тим самим сприяючи поліпшенню рівня суспільно-значущих благ, які надаються у сфері охорони здоров'я.

3.2. Перспективи збільшення фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я територіальних громад в умовах війни

За зарубіжним досвідом видно, що в більшості країн з ринковою економікою галузь охорони здоров'я стикається із різним рівнем дефіциту фінансових ресурсів для власних потреб. Розміри цього дефіциту визначаються особливостями обраної моделі фінансування охорони здоров'я, рівнем економічного розвитку, суспільними очікуваннями і т. д.

Медичні послуги особливі тим, що вони є об'єктом протиріччя між суспільством та державою: населенню найбільш бажаною було б максимальне розширення спектру послуг, які держава гарантує для всіх громадян. З іншого боку, можливості надання цих послуг за кошти держави визначаються наявними фінансовими ресурсами, які, як правило, обмежені. У таких умовах уряди вимушені шукати нестандартні шляхи мобілізації фінансових ресурсів для забезпечення поліпшення фінансування галузі.

Однією з ключових ініціатив медичної реформи в Україні є утворення єдиного стратегічного закупівельника медичних послуг - Національної служби здоров'я України. Основна мета цієї інституції полягає в тому, щоб кожен громадянин країни мав можливість скористатися своїм правом на отримання якісних і доступних медичних послуг в рамках гарантованого державою пакету медичних гарантій. Розмір цього пакету в першу чергу залежить від фіскальних можливостей держави.

Згідно з стратегічними завданнями реформування системи охорони здоров'я, передбачалося поступове розширення обсягу гарантованих медичних послуг для населення, що фінансується за рахунок Національної служби здоров'я України (НСЗУ), на фоні зміцнення економічного зростання. Однак економічні та фіскальні наслідки війни в Україні вказують на те, що фіскальні доходи бюджету будуть обмеженими, що може негативно вплинути на фінансування НСЗУ. Дослідження фахівців Світової організації охорони здоров'я свідчать, що галузь охорони здоров'я в Україні не мала високого пріоритету у державному

фінансуванні, а видатки на неї у відношенні до ВВП стабільно зменшувалися протягом останнього десятиліття. При цьому приріст витрат на одного мешканця країни пов'язаний із реальним економічним зростанням.

Висвітлення галузі охорони здоров'я зазнало різкого збільшення уваги у 2020-2021 роках через протидію пандемії COVID-19. Тим не менше, негативний вплив військового конфлікту на зростання ВВП та доходи держави може відновити тенденцію до зменшення пріоритетності галузі, яка вже мала місце у минулому, і призвести до реального скорочення фінансування потреб медичних закладів.

В літературі висвітлюються декілька стратегій вирішення проблеми дефіциту фінансових ресурсів у галузі охорони здоров'я. Серед них варіанти стратегії визначаються такими:

Перерозподіл видатків усіх рівнів бюджетів в користь охорони здоров'я за рахунок відмови від фінансування пріоритетів, необхідних програм, збільшення обсягів фінансування за рахунок підвищення податків або впровадження спеціальних фіскальних платежів для системи охорони здоров'я. Ці стратегії розглядаються як кількісні, оскільки вони передбачають мобілізацію додаткових ресурсів за рахунок збільшення рівня фіскального навантаження.

Збільшення фінансового ресурсу медичних закладів за рахунок активізації їх залучення з альтернативних джерел, таких як програми міжнародної технічної допомоги, донорська допомога від міжнародних та вітчизняних організацій тощо. Деякі дослідники вважають, що у зв'язку з обмеженістю бюджетних ресурсів та зрослим інтересом до України як країни, що стала об'єктом невмотивованої агресії, можна очікувати збільшення фінансування з іноземних джерел для проєктів розвитку, зокрема в галузі охорони здоров'я.

Звільнення фінансових ресурсів через контроль та обмеження витрат, вплив на попит і пропозицію медичних послуг. У випадку відсутності необхідних фінансових ресурсів, держава може виявити необхідність обмеження гарантованого пакету медичних послуг, які фінансуються з бюджету, а також

відмовитись від виконання окремих цільових програм для конкретних категорій споживачів медичних послуг.

На сьогодні спостерігається тенденція до перекладання частини витрат на функціонування галузі охорони здоров'я на органи місцевого самоврядування. Територіальні громади активно розглядають можливості фінансування медичних установ у рамках місцевих цільових програм. На рівні конкретних закладів охорони здоров'я ця стратегія виявляється через використання інструментів, таких як аутсорсинг та фасиліті-менеджмент, що дозволяють зменшити витрати на організацію надання медичних послуг при збереженні їхнього обсягу.

Проаналізувавши перспективи впровадження обох стратегій для збільшення фінансових ресурсів у галузі охорони здоров'я (які впливають на доходи медичних закладів), варто відзначити, що перший підхід пов'язаний із прийняттям складних політичних рішень щодо перерозподілу бюджетних ресурсів з інших секторів економіки на користь медицини. У контексті того, що більшість програм розвитку призупинено на невизначений термін через потреби в фінансуванні оборони країни, додатковий розподіл коштів може призвести до погіршення фінансування інших соціально важливих галузей, таких як освіта, культура або соціальне забезпечення, або зменшити ресурси для програм підтримки економіки, що негативно вплине на її поствоєнне відновлення.

Існує обговорення щодо введення додаткових податків чи підвищення ставок існуючих для накопичення додаткових ресурсів у сфері охорони здоров'я. У період війни, коли бізнес пристосовується до функціонування в умовах постійної загрози ракетних ударів, порушення логістичних ланцюгів та енергетичної кризи, підвищення податкового тиску може стати катастрофічним для забезпечення стабільності економіки та стримування рецесії.

В період поствоєнного відновлення країни така стратегія збільшення фінансових ресурсів в галузі охорони здоров'я також є неприйнятною, оскільки в Україні важливо створити максимально комфортні умови для активізації

бізнес-процесів та залучення інвестицій з метою подолання наслідків війни, що виключає підвищення рівня фіскального тиску.

Проте вважаємо прийнятним часткове впровадження ідей цієї стратегії, зокрема, щодо підвищення податкового навантаження на товари, які шкодять здоров'ю та призводять до витрат на його відновлення.

Згідно зі стратегічними цілями розвитку охорони здоров'я до 2030 року, важливо продовжувати політику поступового збільшення акцизного навантаження на тютюнові вироби (згідно з євроінтеграційними зобов'язаннями України), розширювати оподаткування алкогольних напоїв, а також розширювати перелік товарів, які оподатковуються акцизним податком (за рахунок введення податку на цукор та підсолоджені напої, товари, які комплектують слабоалкогольні напої). За оцінками експертів, такі заходи можуть призвести до короткострокового фіскального ефекту у вигляді збільшення надходжень до бюджету, які можна спрямувати на підтримку галузі охорони здоров'я.

Натомість, у сучасних умовах значні перспективи має стратегія, яка передбачає збільшення фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я через використання альтернативних джерел фінансування, які не пов'язані з бюджетами. Фахівці ВООЗ вважають, що можна очікувати суттєвого зростання потоків міжнародної допомоги для підтримки процесу відновлення сектору охорони здоров'я у поствоєнний період. Проте важливо підкреслити, що зовнішні дотації повинні розглядатись як доповнення до бюджетного фінансування медичних послуг, а не як його альтернатива. Медична допомога є одним з пріоритетів в рамках ініціативи United-24, ініційованої Президентом України, що передбачає можливість залучення благодійних коштів до державного бюджету.

У науковому середовищі виокремлюють активізацію добровільного медичного страхування та легалізацію співоплати за отримані медичні послуги серед перспективних варіантів залучення коштів для охорони здоров'я. Однак світовий досвід підкреслює, що жоден із цих інструментів необхідно розглядати

однозначно позитивним з точки зору його наслідків для вирішення проблеми недостатнього фінансування охорони здоров'я. Проблема, яку досі вдалося вирішити лише кільком країнам, полягає в тому, щоб розробити умови залучення цих приватних коштів так, щоб вони дійсно доповнювали державне фінансування гарантованого пакету послуг [28].

Однак, впровадження добровільного медичного страхування та системи співоплати за медичні послуги, за висновками фахівців ВООЗ, не представляє собою ефективного інструменту для зменшення індивідуальних витрат на охорону здоров'я. За твердженням С. Томсона та А. Сагана, ці заходи можуть навіть погіршити показники нерівності у доступі до медичних послуг [49]. Їхню ефективність було підтверджено лише у декількох країнах (Франції, Хорватії та Словенії), де співоплати є складовою обов'язкового медичного страхування. Забезпечення рівного доступу до медичних послуг у цих країнах досягається завдяки обмеженню ролі добровільного медичного страхування та додатковому фінансовому сприянню для певних соціальних груп з низькими доходами [50].

Згідно з висловленням С. Томсона та А. Сагана, особливо негативним є впровадження податкових стимулів (пільг) для сприяння участі населення у добровільному медичному страхуванні, якщо воно не призначене для доповнення гарантованого державою пакету медичних послуг. В такому випадку податкові пільги мають негативний вплив на рівень нерівності, оскільки приносять більше вигоди громадянам з вищим рівнем доходів, які вже мають можливість скористатися таким благом, як добровільне медичне страхування. Таким чином, за висновками дослідників, перед впровадженням фіскальних заохочень для участі у такому страхуванні "необхідно створити умови для взаємодоповнюваності та рівноправ'я", враховуючи правове регулювання можливих ризиків [48].

План медичної реформи передбачає впровадження гарантованого пакету медичних послуг, який при збільшенні бюджетного ресурсу поступово розширюється за рахунок включення до нього додаткових послуг. Фахівці ВООЗ стверджують, що проблему неформальних платежів не вдасться вирішити через

впровадження співоплати. На їхню думку, "реальне впровадження гарантованих безоплатних послуг для населення критично залежить від скоординованих дій стосовно збільшення обсягів бюджетного фінансування мінімального пакету медичних послуг, поліпшення методів закупівлі послуг через НСЗУ таким чином, щоб стимулювати постачальників підвищувати ефективність діяльності, а також посилення моніторингу та управління задля визначення того, чи дійсно послуги, за які передбачено нульову співоплату, надаються безоплатно" [28].

Однак фахівці ВООЗ не відкидають ідею впровадження співоплат, але підкреслюють, що вона є обґрунтованою лише для послуг, які не включені до гарантованого державою пакету медичної допомоги. При цьому співоплати повинні відповідати певним критеріям: бути фіксованими, а не визначатися у відсотках від вартості послуги; встановлюватися на такому рівні, щоб не бути фінансово обтяжливими для пацієнтів; передбачати механізми захисту для окремих категорій населення з низькими доходами. Це гарантує дотримання принципів справедливості, рівності та транспарентності при впровадженні інновацій у процес управління фінансовими ресурсами охорони здоров'я [47].

Один із основних мотивів впровадження системи співоплати за медичні послуги в Україні, яка спочатку була врахована у початковому варіанті медичної реформи, полягав у намаганні легітимізувати неформальні платежі в закладах охорони здоров'я, так звану "віддяку лікареві". Навіть при введенні основних механізмів медичної реформи, неформальні платежі залишалися, хоча їх обсяг зменшився. Це може бути пояснено тим, що пацієнт не може самостійно оцінити якість медичної допомоги, але це безпосередньо впливає на його здоров'я. Внаслідок цього пацієнти намагаються стимулювати лікаря до належного виконання своїх обов'язків.

На наш погляд, причиною існування цього явища є особливості медичних послуг і усталені стереотипи суспільства, від яких важко відмовитись значній частині людей. Зважаючи на те, що боротьба з цим явищем виявляється важкою, можна розглядати легалізацію неформальних платежів за медичні послуги шляхом їх трансформації у медичну франшизу – фіксовану, помірну плату за

кожен випадок звернення за медичною допомогою. Важливо, щоб розміри цієї плати були адекватні середньому розміру неформальної "віддяки", щоб уникнути опору серед населення. Ми також вважаємо, що моральний аспект такої новації, а саме задоволення відчуття морального боргу реципієнта медичної послуги перед лікарем, буде більш помітним.

Реальною альтернативою до збільшення фінансових ресурсів охорони здоров'я шляхом введення додаткових фіскальних платежів або перерозподілу бюджетних видатків є реалізація заходів, спрямованих на ефективне управління експлуатаційними витратами медичних закладів, при цьому не впливаючи негативно на якість медичних послуг. Важливим напрямком є впровадження спеціалізованого фасиліті-менеджменту, який базується на повному або частковому аутсорсингу.

В рамках цього державно-приватного партнерства можна досягти зниження витрат на утримання об'єктів нерухомості, таких як будівлі медичних закладів, одночасно підвищуючи якість обслуговування. Співпраця зі спеціалізованими підприємствами може охоплювати різні сфери, такі як клінінгові послуги, охоронні послуги, організація харчування та інші.

Як стверджує Ю. Загуменна, у зарубіжній практиці аутсорсинг використовується для передачі різних видів послуг, які можна розмежувати на три групи. По-перше, це сервісні послуги, які не вимагають високого рівня кваліфікації виконавців та не пов'язані з основним профілем діяльності установи чи органу влади (клінінгові послуги, охоронні послуги, організація харчування та ін.). По-друге, це сервісні послуги, які вимагають високого рівня кваліфікації виконавців (ведення бухгалтерського обліку та звітності, обслуговування комп'ютерних мереж, юридичні послуги, послуги планування, рекрутингу та інші). Третя група охоплює послуги, які відображають основні функціональні повноваження закладу чи установи [16, с. 81].

Фасиліті-менеджмент у закладі охорони здоров'я охоплює рекрутинг допоміжного немедичного персоналу та раціоналізацію витрат за допомогою оптової закупівлі витратних матеріалів, продуктів харчування та будівельних

матеріалів. Впровадження цього підходу також сприяє тому, що завдяки аутсорсингу непрофільних функцій, медичні працівники та керівництво можуть зосередити свою увагу на основних професійних обов'язках – наданні якісних медичних послуг пацієнтам.

Ключовою перевагою аутсорсингу в закладі охорони здоров'я щодо непрофільних послуг є те, що менеджмент може встановлювати конкретні критерії якості та обсягу обслуговування. Конкуренція між надавачами немедичних послуг стимулює їх пропонувати оптимальні умови та зменшувати тарифи. Це дозволяє закладу забезпечити високий рівень якості непрофільних послуг і здійснювати ефективну економію витрат. Угода між закладом охорони здоров'я та підрядником також визначає якісні та кількісні параметри закупівлі, відповідальність за їх виконання та інші умови, що надає менеджменту контроль над якістю непрофільних послуг.

Незважаючи на те, що використання інноваційних методів для мобілізації фінансових ресурсів у сфері охорони здоров'я є реалістичним, воно може не забезпечити достатнього обсягу фінансування. З цього приводу багато фахівців і вчених вважають, що єдиним реальним варіантом вирішення цієї проблеми є впровадження системи обов'язкового медичного страхування.

Як відзначає С. Бойко, "для ефективного медичного страхування необхідно формувати страхові пули або об'єднання коштів з метою розподілу ризику витрат на лікування (ризик страхового випадку) між якнайбільшою кількістю застрахованих осіб" [3].

Потребу у введенні такого механізму пояснюється складністю передбачення індивідуальних витрат на лікування для кожного окремого громадянина, як з точки зору обсягу цих витрат, так і ймовірності їх виникнення. Відповідно, розширене охоплення обов'язковим медичним страхуванням більшої кількості осіб створює умови для стійкості страхової системи, забезпечуючи їй здатність покривати неочікувані витрати в будь-якій ситуації. Таким чином, обов'язкове медичне страхування може бути розглянуте як

ефективна система гарантування покриття додаткових витрат на медичні послуги, які не входять у пакет медичних гарантій.

Альтернативою ринковій моделі обов'язкового медичного страхування, де громадяни мають придбати поліс у будь-якого ліцензованого страховика, є впровадження системи, яка формує консолідовані бюджетні кошти через внески від роботодавців, працівників і держави. У цьому випадку єдиним замовником медичних послуг може виступати Національна служба здоров'я України (НСЗУ), яка має вичерпну інформацію про заклади охорони здоров'я, їхні ресурси та можливості. Прихильники цієї ініціативи висловлюють думку, що роботодавці мають брати на себе відповідальність за сплату внесків на медичне страхування, оскільки це важливо для збереження здоров'я працівників. Однак, згідно з практикою інших видів обов'язкового страхування, такий підхід може призвести до великого рівня ухилення від сплати внесків через втручання у принцип індивідуальної зацікавленості платника. Крім того, це може негативно вплинути на бізнес, особливо в умовах кризових ситуацій, таких як воєнні дії та інші кризові обставини.

На рівні конкретного закладу охорони здоров'я значні можливості для збільшення фінансових ресурсів можуть виникнути через розширення переліку медичних послуг та збільшення контингенту шляхом міжмуніципальної співпраці з суміжними територіальними громадами. В Україні, зокрема, створено сприятливі умови для розвитку телемедичних послуг, що є актуальним у контексті введення карантинних обмежень чи обмеженого сполучення між населеними пунктами громади.

Телемедицина представляє собою комплекс технологій та заходів, які використовуються для надання медичної допомоги за допомогою дистанційного зв'язку та обміну електронними повідомленнями. Щоб забезпечити надання телемедичних послуг, закладу охорони здоров'я необхідно витрачати ресурси на отримання ліцензії, облаштування спеціальних кабінетів телемедицини та технічне обладнання, таке як програмне та апаратне забезпечення для роботи телемедичного порталу, засоби відео- та аудіозв'язку, технічні прилади для

збереження та передачі даних і зображень у формі електронних повідомлень, а також засоби телеметрії та програмне забезпечення для передавання, збереження та інтерпретації знімків і цифрових зображень [25].

За думкою С. Бойка, заклади охорони здоров'я можуть отримувати фінансові ресурси з коштів накопичувальних фондів територіальних громад та благодійних фондів, а також шляхом благодійних пожертвувань та внесків від юридичних і фізичних осіб. Однак через епізодичний характер такої допомоги, ці джерела фінансування слід розглядати як додаткові, несподівані надходження, які можуть бути використані відповідно до конкретної ситуації в конкретному медичному закладі [3].

Висновки до розділу 3

У звітний період для нашої країни, коли система охорони здоров'я стає перед безпрецедентними викликами, виникає необхідність у додаткових фінансових ресурсах. Проведення медичної реформи, що включала, серед іншого, автономізацію закладів охорони здоров'я та перегляд схеми фінансування медичних послуг, відкрило нові можливості для медичних установ щодо розширення джерел фінансування та привертання додаткових коштів для їхнього розвитку.

Вирішення проблеми дефіциту фінансових ресурсів для охорони здоров'я може включати ряд стратегій: перерозподіл бюджетних видатків на користь охорони здоров'я за рахунок відмови від фінансування пріоритетних бюджетних програм; збільшення фінансування через підвищення податків або введення цільових фіскальних платежів для охорони здоров'я; активізацію залучення додаткових фінансових ресурсів з альтернативних джерел, зокрема від програм міжнародної технічної допомоги та міжнародних донорів; звільнення фінансових ресурсів через контроль та обмеження витрат.

Критичний аналіз цих стратегій вказує на те, що кожна з них має свої переваги та недоліки. Однак перерозподіл бюджетних коштів на користь охорони здоров'я викликає обговорення через можливий негативний вплив на

фінансування інших соціально важливих програм та зниження темпів економічного зростання. Підвищення фіскального тиску для накопичення додаткових ресурсів для охорони здоров'я є неприйнятним, оскільки це може пригнічувати економічну активність. Раціональним варіантом визнається підвищення податкового навантаження на товари, які негативно впливають на здоров'я та спричиняють витрати на його відновлення.

ВИСНОВКИ

Досліджуючи теоретичні засади та практичний досвід фінансування закладів охорони здоров'я територіальних громад, можна зробити наступні висновки:

1. У традиційному розумінні основним джерелом фінансування охорони здоров'я є кошти з державних та місцевих бюджетів, вважаючи отримання коштів з інших джерел лише допоміжним фінансовим ресурсом. Таким чином, бюджетне фінансування виступає основною формою фінансування охорони здоров'я.

2. Формулювання Стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні було обумовлено декількома ключовими чинниками: визначення стратегічних цілей державної політики в галузі охорони здоров'я; пошук правових рішень для подолання проблем надання низькоякісної медичної допомоги та захисту прав пацієнтів; боротьба з корупцією у сфері охорони здоров'я, зокрема в контексті державних закупівель; утворення єдиної трирівневої системи медичних закладів; регулювання фармацевтичного ринку; впровадження «е-медицини»; фінансування за принципом «гроші йдуть за пацієнтом».

Реалізація реформи системи охорони здоров'я до 2020 року включала в себе кілька ключових заходів, таких як: введення Програми медичних гарантій на рівні вторинної медичної допомоги за допомогою укладання договорів з Національним агентством здоров'я України (НСЗУ); впровадження системи укладення декларацій з лікарями первинної ланки; використання програми «Доступні ліки» для пацієнтів; забезпечення функціонування системи «eHealth» у режимі 24/7 та інші заходи.

3. Між пріоритетами та очікуваннями від реформування системи охорони здоров'я, що виражаються у практичному втіленні положень «Стратегії 2030», виділяються наступні аспекти: акцент на потребах пацієнтів (звернення уваги на права пацієнтів, підвищення якості життя та зменшення витрат пацієнтів на медичні послуги); покращення доступності та якості медичних послуг (введення

принципів безпеки медичних послуг, впровадження системи контролю за якістю, максимальне охоплення медичним обслуговуванням, удосконалення законодавства щодо обігу лікарських засобів); оптимізація структури медичних установ та захист персоналу (розробка норм поведінки працівників у сфері охорони здоров'я, впровадження нового підходу до інтернатури та лікарської резидентури).

4. Створення раціональної політики в охороні здоров'я, спрямованої на ефективне використання ресурсів, вимагає вжиття наступних заходів:

1. Розвивати мережу медичних закладів шляхом їх об'єднання в містах, включаючи створення територіальних медичних об'єднань чи інших форм співпраці.

2. Залучати міжнародну допомогу для компенсації можливого дефіциту ліків у програмі державних закупівель та амбулаторних ліків у первинній медичній допомозі.

3. Впроваджувати політики раціональних закупівель та призначення ліків для стаціонарних медичних закладів, включаючи: об'єднання закупівель ліків через ДП МЗУ; застосування строгих вимог НСЗУ до використання ліків з Національного переліку лікарських засобів.

4. Впроваджувати політики раціонального використання людських ресурсів в охороні здоров'я, включаючи: збільшення професійної мобільності медичних фахівців через індивідуальне ліцензування; збільшення ролі та розширення функцій медичних сестер.

5. Спрощувати господарське ліцензування суб'єктів медичної практики, переводячи його на декларативну модель.

6. Продовжувати автономізацію національних закладів охорони здоров'я та їх перехід до надання послуг в межах програми медичних гарантій.

7. Розпочинати реорганізацію паралельних систем охорони здоров'я (заклади ДУС, НАМН, НАН, МВС, пенітенціарної служби) та інтеграцію їх медичних закладів у мережу надання послуг за програмою медичних гарантій.

5. У 2023 році, Національна служба здоров'я України (НСЗУ), яка є ключовою інституцією у галузі охорони здоров'я та відповідальним закупівельником медичних послуг для громадян, стикнулася з найменшим фінансуванням за всю свою історію. Це призвело до серйозних обмежень в здатності виконувати свої функції та зменшило фінансовий захист громадян у випадку захворювань.

У 2023 році бюджет НСЗУ склав лише 180 млн гривень. Навіть у перший рік свого існування, у 2018 році, бюджет інституції був вищим — 211 млн гривень. Тоді НСЗУ мала ресурси у розмірі 8 млрд гривень, які використовувалися для надання послуг первинної медичної допомоги у обмеженій кількості закладів протягом трьох кварталів.

У 2023 році НСЗУ здійснювала закупівлю медичних послуг та ліків у понад 3 тисячах лікарень та 12 тисяч аптек на суму 142,7 мільярда гривень. Відзначимо, що Міністерство охорони здоров'я оголосило про створення Дорадчої ради для створення Українського медичного агентства — незалежного органу, відповідального за реєстрацію та моніторинг ринку лікарських засобів, виробів медичного призначення, косметики та дієтичних добавок.

6. Форми партнерства між державою та приватним сектором в системі охорони здоров'я відповідають тим, які існують в інших сферах і регулюються Законом України "Про державно-приватне партнерство". Ці форми включають концесійний договір, договір про спільну діяльність та договір управління майном. Проте важливо враховувати особливості реалізації державно-приватного партнерства у галузі охорони здоров'я, а саме: заборона зменшення мережі державних та комунальних закладів охорони здоров'я, участь Міністерства охорони здоров'я або органу місцевого самоврядування як одного з суб'єктів відносин, досягнення рівноваги між соціальною та комерційною складовою проекту, врахування конституційних обмежень щодо надання платних послуг закладами охорони здоров'я.

7. Вигоди для держави від використання державно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я включають прискорення інноваційного

розвитку, сприяння формуванню конкурентного середовища та створення рівних умов для закладів охорони здоров'я різних форм власності. Приватний сектор, співпрацюючи на засадах державно-приватного партнерства, отримує можливість фінансового зростання. Медичні працівники отримують нові можливості для працевлаштування, підвищення заробітної плати та підвищення кваліфікації. Пацієнти, у свою чергу, користуються якісними медичними послугами.

8. Протягом останнього десятиліття галузь охорони здоров'я не займала видатного місця серед пріоритетів державного фінансування, і витрати на неї відносно ВВП стійко зменшувались. Однак приріст витрат на одного мешканця країни був пов'язаний із реальним економічним зростанням.

Збільшення уваги до галузі охорони здоров'я відзначилося у 2020-2021 роках, обумовлене активними заходами у зв'язку з епідемією коронавірусу COVID-19. Однак негативний вплив військових подій на економічне зростання та доходи держави може спричинити відновлення тенденції депріоритетизації галузі, яка існувала у минулому, та призвести до фактичного скорочення обсягів фінансування потреб медичних установ.

9. На сьогодні спостерігаються ініціативи щодо перерозподілу частини витрат на функціонування системи охорони здоров'я на органи місцевого самоврядування. Територіальні громади активно шукають можливості фінансування медичних установ в межах реалізації місцевих цільових програм. На рівні конкретних закладів охорони здоров'я така стратегія реалізується через впровадження інструментів, таких як аутсорсинг та фасиліті-менеджмент, що сприяють зниженню витрат на організацію медичних послуг при збереженні їх обсягів.

Впровадження фасиліті-менеджменту у медичних закладах включає в себе найм допоміжного немедичного персоналу та раціоналізацію витрат на закупівлю матеріалів, продуктів харчування і будівельних матеріалів завдяки оптовим закупівлям. Переведення непрофільних функцій закладу на аутсорсинг також приносить позитивні результати, дозволяючи медичному персоналу та

управлінню повністю сконцентрувати увагу на основних професійних обов'язках — організації та наданні медичних послуг пацієнтам.

10. Незважаючи на те, що основним джерелом фінансування для закладів охорони здоров'я залишається оплата медичних послуг з бюджету, на сьогоднішній день актуальним стає питання впровадження обов'язкового медичного страхування як додаткового джерела фінансування для системи охорони здоров'я. Також важливо активізувати діяльність медичних закладів у використанні можливостей проєктного фінансування за рахунок коштів фізичних та юридичних осіб, а також міжнародних донорів.

Фахівці ВООЗ розглядають можливість впровадження співоплат за медичні послуги, але наголошують на тому, що це може бути обґрунтовано лише для послуг, які не включені до гарантованого державою пакету медичної допомоги. При цьому вони підкреслюють, що співоплати повинні відповідати певним критеріям: бути фіксованими, а не відсотковими від вартості послуги; установлюватися на такому рівні, щоб не бути фінансово важкими для пацієнтів; передбачати механізми захисту для окремих категорій населення з низькими доходами. Це гарантує виконання принципів справедливості, рівності і транспарентності при впровадженні інновацій у процес управління фінансовими ресурсами системи охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алексєєнко Л. М., Олексїєнко В. М., Юркевич А. І. Економічний словник: банківська справа, фондовий ринок (українсько-англійсько-російський тлумачний словник) К.: Максимум; Тернопіль: Економічна думка, 2000. 592 с.
2. Бернар И., Коллі Ж. К. Економічний та фінансовий словник. В 2-х томах. Т.1: Пер. з фр. 1997. –84 с.
3. Бойко С. Г. Диверсифікація джерел фінансування охорони здоров'я. Аналітична записка. К.: НІСД, 2019. URL: <https://niss.gov.ua/doslidzhennya/socialna-politika/diversifikaciya-dzherel-finansuvannya-okhoroni-zdorovya>
4. Бондар Н. М., Кошарний В. О. Сутність механізму державно-приватного партнерства та його місце у підтримці розвитку туризму в Україні. *Економіка та управління на транспорті*. 2015. Вип. 1. С. 30–34.
5. Борщ В. І. Державно-приватне партнерство як запорука інноваційного розвитку національної галузі охорони здоров'я. *Вісник Житомирського державного технологічного університету. Серія : Економіка, управління та адміністрування*. 2019. № 2. С. 156–161.
6. Бурцева О. Є. Державно-приватне партнерство як дієвий інструмент регулювання ринку медичних послуг. *Ефективна економіка*. 2020. № 7. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=8143>
7. Бюджетна система: Навч.-метод. посібник для самост. вивч. дисц. 2-е вид., перероб і доп. / В. М. Опарін, В. І. Малько, С. Я. Кондратюк, Г. Б. Коломієць. К.: КНЕУ, 2002. 336 с
8. Бюджетний менеджмент: Підручник / В. Федосов, В. Опарін, Л. Сафонова та ін.; за заг. ред. В. Федосова. К.: КНЕУ, 2004. 864 с
9. Василик О. Д. Теорія фінансів: Підручник. К.: НІОС. 2000. 416 с
10. Вовк С.М. Системні трансформації охорони здоров'я: монографія. Кривий Ріг : вид. Р. А. Козлов, 2017. 315 с.
11. Войтенко А. Б., Присяжнюк О. Ф., Плотнікова М. Ф. Адміністрування та проектування фінансово-економічної спроможності закладів

охорони здоров'я. *Ефективна економіка*. 2021. № 7.

12. Дадій Н. В. Особливості оцінки якості надання медичних послуг у системі охорони здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід*. № 4 2018. С. 105 – 125

13. Державний веб-портал бюджету для громадян URL:
:https://openbudget.gov.ua

14. Державна служба статистики України URL:
:https://www.ukrstat.gov.ua

15. Загородній А. Г., Вознюк Г. Л., Смовженко Т. С. Фінансовий словник. 4-те вид., випр. та доп. К.: Т-во „Знання”, КОО; Львів: вид-во Львів. банк. ін-ту НБУ, 2002. 566 с

16. Загуменна Ю. О. Аутсорсинг державних функцій у контексті завдань реформування державного управління: зарубіжний досвід. Правоохоронна функція держави: теоретико-методологічні та історико-правові проблеми: Збірн. матер. круглого столу. 2017. № 27. С. 79—82

17. Кошова С., Михальчук В., Радиш Я. Єдиний медичний простір України – нова парадигма розвитку національної системи охорони здоров'я. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2021. №9. URL:
http://www.dy.nayka.com.ua/index.php?op=1&z=2203

18. Кривошеєв Д. Стратегія охорони здоров'я 2030 дозволить громадянам отримувати якісні безкоштовні медпослуги по всій Україні. URL:
https://rpr.org.ua/news/stratetiia-okhorony-zdorov-ia- 2030-dozvolyt-hromadianam-otrymuvatyakisni-bezkoshtovni-medposluhy-po-vsiyukraini-kerivnytsia-dyrektoratu-moz/.

19. Левченко Я. С. Формування державно-приватного партнерства: від історії до сьогодення. *Проблеми і перспективи розвитку підприємництва*. 2019. № 1. С. 90–100

20. Лисяк Л.В., Качула С.В., Міщенко Л.О., Міщенко Д.А. Фінанси: навчальний посібник. Дніпро: ТОВ «Акцент ПП», 2017. 298 с.

21. Методичні рекомендації для державних та комунальних закладів

охорони здоров'я для працівників органів управління у сфері охорони здоров'я для впровадження проєктів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. 2018. URL : <https://moz.gov.ua/uploads/1/7840-1234567890.pdf>.

22. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/>.

23. [Міністерство Фінансів України](https://www.mof.gov.ua/uk) URL: <https://www.mof.gov.ua/uk>

24. Мокрицька А. Б. Функції та принципи управління фінансами охорони здоров'я. *Перші наукові читання пам'яті С.І. Юрія*: збірник наукових праць / за ред. д.е.н., проф. Кириленко О.П. Тернопіль: ТНЕУ, 2015. С.127-131.

25. Озерова О. Телемедичні послуги: як організувати, оподаткувати та відобразити в бухобліку. Головбух. URL: https://buhplatforma.com.ua/article/9412-yakorganizuvati-opodatkovati-ta-vdobraziti-v-buhoblkutelemedichn-poslugi?from=Rubrcontentblock_articles#anc_1

26. Перспективи розвитку державно-приватного партнерства в галузі житлово-комунального господарства : колективна монографія / І. І. Килимник, Т. А. Коляда, А. В. Домбровська, А. М. Бровдій ; Харків. нац. ун-т міськ. госп-ва ім. О. М. Бекетова. Харків : ХНУМГ ім. О. М. Бекетова, 2018. 139 с.,

27. Посилкіна О.В., Гладкова О.В. Актуальні проблеми фінансового забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я в Україні в умовах їх реформування. *Вчені записки ТНУ імені В.І.Вернадського. Серія: Економіка і управління*. 2021. № 2. Том 32 (71).

28. Принципи відновлення та трансформації системи охорони здоров'я в Україні / за ред. Я. Хабіхта. Копенгаген, Європейське регіональне бюро ВООЗ, 2022. 62 с. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/361136/WHO-EURO-2022-5750-45515-65487-ukr.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

29. Про Державний бюджет України на 2023 рік: Закон України від 22.10.2022 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2710-20#Text>

30. Про Державний бюджет України на 2024 рік: Закон України від 09.11.2023 № 3460-IX URL: https://mof.gov.ua/uk/budget_of_2024-698

31. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168- VIII / Верховна Рада

України. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>

32. Про державно-приватне партнерство: Закон України від 01.07.2010 № 2404-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2404-17#Text>

33. Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах: Постанова Кабінету Міністрів України від 17.09.1996р. №1138. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1138-96-%D0%BF>

34. Про утворення Національної служби здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017р. № 1101. Дата оновлення: 06.10.2021. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF>

35. Прус Н., Савченко Н. Підходи до управління фінансовими ресурсами в контексті реформування системи охорони здоров'я України. *Економіка та держава*. 2018. № 10. С. 27-32

36. Райсберг Б. А., Лозовський Л. Ш., Стародубцева Е. Б. Сучасний еконосічний словник 1996. 496 с

37. Сабецька, Т. Проблеми та перспективи фінансового забезпечення охорони здоров'я України. *Економіка та суспільство*. 2021. № 27. С.125-131

38. Сідуняк О. В. Державно-приватне партнерство у соціальній сфері: механізм узгодження інтересів держави, бізнесу і суспільства. *Вісник Чернівецького торговельно-економічного інституту. Економічні науки*. 2014. Вип. 4. С. 61–67

39. Словник сучасної економічної теорії Макміллана. 1997. 608 с.

40. Статистичний збірник: «Бюджет України 2020». URL: [https://mof.gov.ua/storage/files/2_Budget_of_Ukraine_2020_\(for_website\).pdf](https://mof.gov.ua/storage/files/2_Budget_of_Ukraine_2020_(for_website).pdf)

41. Стратегічний план розвитку системи охорони здоров'я населення до 2030 року буде затверджений цьогоріч. 2021 р. URL: <http://khocz.com.ua/strategichnijplan-rozvitku-sistemi-ohoroni-zdorovja-naselenja-do-2030-roku-bude-zatverdzhenij-cogorich/>.

42. Сухарський В. С. Економічний словник-довідник. Тернопіль:

Навчальна книга Богдан, 2002. 328

43. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016–2019. *Спільний звіт ВООЗ та Світового банку*. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/425340/WHO-WBJoint-Report_UKR_Full-report_Web.pdf

44. Центр долучився до обговорення проекту нової Стратегії розвитку системи охорони здоров'я України. Державний експертний центр МОЗ України. URL: <https://www.dec.gov.ua/news/czentrdoluchyvsvya-do-obgovorennnya-proektun o v o y i - s t r a t e g i y i - r o z v y t k u - s y s t e m y o h o r o n y - z d o r o v y a - u k r a y i n y /> .

45. Шевчук Ю. В. Розвиток державно-приватного партнерства у контексті вдосконалення фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я. *Економічний вісник університету*. 2017. Вип. 33(1). С. 416–428.

46. Юрій С. І., Бескид Й. М. Бюджетна система України: Навч. посібник. Київ: НІОС, 2000. 396 с.

47. Habicht, T, Thomson, S., Demeshko, O. Co-payment policy: considerations for Ukraine. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021. URL: <https://apps.-who.int/iris/handle/10665/341727>

48. Sagan A., Thomson S. Voluntary health insurance in Europe: role and regulation. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326316>.

49. Thomson S., Cylus J., Evetovits T. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311654>

50. Thomson S., Sagan A., Mossialos E. Private health insurance: history, politics and performance. Cambridge:Cambridge University Press, 2020

51. World Health Organization (WHO). URL: <https://www.who.int/>