

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ФІНАНСІВ ТА ОБЛІКУ**

Кафедра фінансів ім. С. І. Юрія

ЗЕЛІНСЬКИЙ АНДРІЙ ОЛЕГОВИЧ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

за освітньо-кваліфікаційним рівнем «Магістр»

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

Освітньо-наукова програма «Публічні фінанси»

Виконав:

студент групи ФПФм-22

Зелінський А.О.

Науковий керівник:

Квасниця О. В.

к.е.н., доцент,

доцент кафедри фінансів ім. С. І. Юрія

Тернопіль – 2024

ЗМІСТ

Вступ.....	3
Розділ 1. Теоретичні засади фінансування охорони здоров'я в умовах медичної реформи	6
1.1. Сутність та джерела фінансування охорони здоров'я в період проведення медичної реформи в Україні.....	6
1.2. Характерні ознаки світових моделей фінансування охорони здоров'я.....	12
Висновки до розділу 1.....	18
Розділ 2. Практика фінансування охорони здоров'я в умовах медичної реформи.....	20
2.1. Основні тенденції формування обсягів та оцінка структури фінансування охорони здоров'я.....	20
2.2. Реалії бюджетного фінансування охорони здоров'я.....	26
2.3. Медичне страхування як джерело фінансування охорони здоров'я.....	34
Висновки до розділу 2.....	38
Розділ 3. Вектори оптимізації фінансування охорони здоров'я в умовах продовження медичної реформи.....	40
3.1. Проблемні аспекти залучення зовнішніх резервів збільшення фінансових ресурсів охорони здоров'я в період воєнного часу....	40
3.2. Внутрішній потенціал нарощування фінансових ресурсів охорони здоров'я.....	45
Висновки до розділу 3.....	48
Висновки.....	51
Список використаних джерел.....	56

ВСТУП

Актуальність теми. У сучасних умовах одне з важливих завдань державної політики нашої країни - це продовження реформ у медичній сфері та адаптація системи охорони здоров'я до можливого введення воєнного стану і наступного відновлення після конфлікту. Одним із головних аспектів цих реформ є зміна принципів фінансування медичних послуг з урахуванням їх результативності. Однак економічні труднощі та геополітичні ризики можуть підірвати фінансову стабільність системи охорони здоров'я, що може негативно вплинути на якість та доступність послуг для громадян. Для вирішення цієї проблеми необхідно знаходити шляхи диверсифікації джерел фінансування охорони здоров'я та розумно використовувати фінансові ресурси.

Дослідження розвитку системи охорони здоров'я та організації її фінансування у контексті проведення системних реформ українською владою є одним з ключових напрямів наукових робіт. Це обумовлено важливістю цієї галузі для підтримки економічного зростання та покращення якості життя населення. Відомі вчені, такі як Р. Августин, О. Бойко, В. Горин, П. Гуржій, О. Демченко, Н. Карпишин, В. Лехан, Е. Лібанова, З. Лободіна, С. Онишко, Я. Радиш, Н. Прус, В. Рудий та інші, розглядають теоретичні основи формування фінансових ресурсів системи охорони здоров'я, методологічні підходи до управління фінансами медичних установ та інші аспекти розвитку галузі. Проте, для обґрунтування управлінських рішень щодо продовження медичної реформи та вдосконалення фінансування охорони здоров'я необхідно не лише використовувати існуючу теоретичну базу, але й проводити подальші наукові дослідження з урахуванням нових факторів, що актуальні у сучасних умовах.

Мета кваліфікаційної роботи полягає в розширенні теоретичних знань щодо реформування системи фінансування охорони здоров'я в Україні з урахуванням особливостей національного контексту. Це включає аналіз практики використання бюджетних коштів, добровільного та обов'язкового медичного страхування для надання медичних послуг, а також розробку

рекомендацій щодо пристосування внутрішньої моделі фінансування системи охорони здоров'я до сучасних соціально-політичних, безпекових і економічних реалій.

Для досягнення цієї мети необхідно розв'язати кілька **завдань**:

- розкрити сутність та джерела фінансування охорони здоров'я в період проведення медичних реформ в Україні;
- охарактеризувати особливості світових моделей фінансування охорони здоров'я;
- оцінити тенденції формування обсягів та структури фінансування охорони здоров'я;
- проаналізувати реалії бюджетного фінансування охорони здоров'я;
- оцінити внесок медичного страхування в фінансування охорони здоров'я;
- визначити проблеми та можливості залучення зовнішніх ресурсів для збільшення фінансових ресурсів у галузі охорони здоров'я під час воєнного часу;
- розкрити можливості внутрішнього нарощування фінансових ресурсів для охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження є система фінансування охорони здоров'я, а **предметом** – теоретичні основи та практичні аспекти фінансування охорони здоров'я під час медичних реформ.

Для досягнення поставленої мети використовувалися різноманітні **методи дослідження**, включаючи діалектичний, системний і історичний підходи, а також методи узагальнення, порівняння, аналізу та синтезу. Інформаційну базу дослідження складають законодавство, наукові праці вітчизняних та зарубіжних вчених, статистичні дані, інтернет-ресурси та інші джерела.

Новизна отриманих результатів полягає в розвитку теоретичних основ системи фінансування охорони здоров'я в Україні в контексті продовження медичної реформи, з урахуванням сучасних реалій та майбутніх перспектив.

Автор роботи проаналізував особливості вітчизняної системи охорони здоров'я, що впливають на параметри її фінансування, та визначив завдання та напрями реформування. Сформульовані рекомендації відображають авторську позицію щодо перспектив реформування системи фінансування охорони здоров'я, зокрема використання внутрішніх і зовнішніх резервів для збільшення фінансових ресурсів, що надходять на надання медичних послуг.

Отримані результати мають **практичне значення** для удосконалення бюджетного фінансування охорони здоров'я, розвитку медичного страхування та підвищення ефективності управління фінансовими ресурсами медичних закладів. Вони також можуть бути корисними для використання в навчальному процесі у вищих навчальних закладах при викладанні фінансових дисциплін.

Апробація результатів дослідження. Результати дослідження були представлені у наукових працях автора із зазначенням основних положень:

1. Зелінський А. «Проблеми бюджетного фінансування охорони здоров'я». Актуальні питання фінансової науки та практики: збірник наукових праць кафедри фінансів ім. С. І. Юрія ЗУНУ. Вип. 1. Тернопіль: ЗУНУ, 2024.
2. Зелінський А. «Джерела фінансування охорони здоров'я». Фінансове забезпечення сталого розвитку: збірник наукових праць кафедри фінансів ім. С. І. Юрія ЗУНУ. Вип. 3. Т. 2. Тернопіль: ЗУНУ, 2023.
3. Зелінський А. «Медичне страхування як джерело фінансування охорони здоров'я». Актуальні питання фінансової науки та практики: збірник наукових праць кафедри фінансів ім. С. І. Юрія ЗУНУ. Вип. 1. Тернопіль: ЗУНУ, 2024.

Структура роботи включає вступ, три розділи, висновки та список використаних джерел. Обсяг роботи складає 64 сторінки, з яких основний зміст розглядається на 55 сторінках. Робота також містить 4 рисунки, 8 таблиць та список літератури з 67 позицій.

Розділ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

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

Характерними ознаками функціонування вітчизняної системи охорони здоров'я впродовж останніх десятиліть були постійний дефіцит фінансування, поступове старіння основних фондів, втрата кваліфікованих кадрів, нестача ліків та медичних препаратів, що мало негативний вплив на якісні показники надання медичних послуг, їхню доступність для широких верств населення. Не менш руйнівні наслідки для системи охорони здоров'я мало неефективне управління фінансовими ресурсами галузі через ігнорування сучасних методів їх розподілу і використання у процесі організації медичного обслуговування. Це зумовило потребу у проведенні системної медичної реформи, покликаної радикально змінити підхід до фінансування медичної допомоги, впровадити ринкові механізми розподілу фінансових ресурсів, в основі яких зв'язок між обсягом коштів та результатами роботи, конкуренція за пацієнта, якість послуг. Як слушно зазначають І. Семчук та Г. Кукель, «змінюється ідеологія здійснення медичної допомоги, фінансово-господарські та ринкові механізми в галузі охорони здоров'я та сама ця система загалом» [58].

Збільшення доступності медичних послуг, оптимізація управління фінансовими ресурсами та забезпечення якості надання медичної допомоги стають ключовими завданнями у таких реформах. Ринкові механізми, впроваджені в систему охорони здоров'я, можуть стимулювати конкуренцію між медичними закладами та підвищувати їхню ефективність.

Однак, важливо забезпечити, щоб такі реформи не ставали причиною зростання соціальної нерівності в доступі до медичної допомоги. Реформи

мають бути спрямовані на забезпечення універсального доступу до якісних медичних послуг для всіх верств населення.

Підводячи підсумок, ефективність системи охорони здоров'я справді є важливим критерієм для суспільного добробуту та розвитку економіки. Інвестування у цю сферу та проведення реформ можуть мати значний позитивний вплив на якість життя населення та загальний розвиток країни.

Проблема фінансування охорони здоров'я дійсно має багатоаспектний характер. Нестача коштів може суттєво обмежувати можливості системи надавати якісні медичні послуги, особливо в умовах зростаючих вимог та викликів, таких як війна або пандемія.

Однак, як виправно зазначено, не тільки нестача фінансування є проблемою, але також його неефективне управління та застарілі підходи до розподілу ресурсів. Це може призводити до недооцінки деяких напрямів медичної допомоги або недостатнього фінансування ключових аспектів системи, таких як профілактика чи розвиток медичних технологій.

Відновлення фінансової стабільності та ефективного управління ресурсами може вимагати перегляду фінансових моделей, впровадження новітніх підходів до оплати медичних послуг та розвитку альтернативних джерел фінансування, таких як страхування здоров'я або партнерства з приватним сектором.

Дослідження та аналіз практик функціонування систем охорони здоров'я в нових умовах дозволять розробити більш адаптивні та ефективні стратегії фінансування, що відповідають сучасним викликам та потребам суспільства.

Проблема забезпечення доступу до якісних медичних послуг є однією з ключових у сучасній системі охорони здоров'я України. Стаття Основного закону, що гарантує кожному громадянину доступ до медичної допомоги, визначає соціальний характер медичних послуг та зобов'язує державу забезпечувати їх доступність. Проте, незважаючи на це, існують численні виклики у забезпеченні ефективного фінансування та управління системою охорони здоров'я:

1. Нестача фінансових ресурсів: Навіть при зростанні видатків на охорону здоров'я, існує значний дефіцит фінансування, що обмежує можливості системи надавати якісні послуги.
2. Домінування державних та комунальних медичних закладів: Хоча реформи спрямовані на автономізацію медичних закладів, бюджетні ресурси все ще переважають, а це може обмежувати їхню фінансову стійкість та можливості.
3. Високий рівень регулювання: Регулювання у сфері медичної послуги може обмежувати можливості медичних закладів у формуванні власних доходів та розвитку альтернативних джерел фінансування.

Розбудова ефективної фінансової моделі охорони здоров'я в Україні вимагає комплексного підходу та перегляду наявних підходів:

1. Диверсифікація джерел фінансування: Розвиток альтернативних джерел фінансування, таких як страхування здоров'я або партнерства з приватним сектором, може зменшити залежність від державного бюджету.
2. Збільшення ефективності управління ресурсами: Оптимізація управління фінансовими ресурсами та впровадження сучасних підходів до розподілу коштів може покращити ефективність системи.
3. Сприяння розвитку недержавного сектору: Стимулювання розвитку приватного та некомерційного секторів охорони здоров'я може зробити систему більш гнучкою та конкурентоспроможною.

Перегляд фінансової моделі охорони здоров'я має бути націлено на забезпечення ефективного та стабільного фінансування системи, яке відповідало б сучасним викликам та потребам суспільства.

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

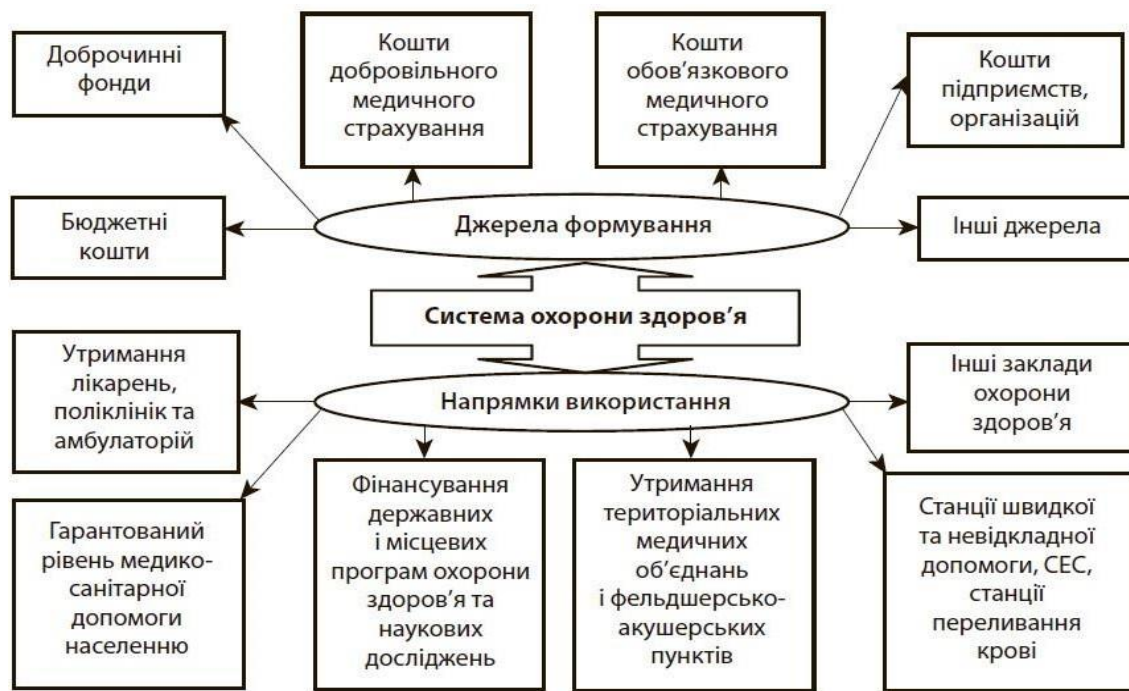


Рис. 1.1. Джерела фінансування та напрями використання коштів системи охорони здоров'я

Джерело: побудовано автором самостійно

Неофіційні платежі за медичні послуги є поширеною практикою в Україні і мають значний вплив на формування фінансової бази галузі охорони здоров'я. Ця ситуація обумовлена кількома факторами:

1. Соціальні переконання та практика недофінансування. Довготривала практика недофінансування медичної галузі та низькі заробітні плати медичних працівників сприяли утвердженню ідеї про необхідність неофіційних платежів як компенсації за якісні медичні послуги.
2. Відмінності у системі фінансування. У порівнянні з іншими країнами, де бюджетні або страхові механізми покривають більшість витрат на медичні послуги, в Україні пацієнти часто змушені самостійно оплачувати багато послуг та медикаментів.
3. Медична реформа та новації. Початок медичної реформи та запровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги, формування єдиного національного замовника медичних послуг та інші

новації мають на меті змінити систему фінансування охорони здоров'я в Україні.

Однак, для успішної реалізації реформ необхідно забезпечити ефективну реалізацію запропонованих заходів та контроль за їхнім впровадженням. Важливо створити умови для забезпечення якісних та доступних медичних послуг для всього населення без потреби у неофіційних платежах.

Медична реформа в Україні призвела до зміни способу фінансування системи охорони здоров'я та підштовхнула до централізації фінансів та демократизації надання медичних послуг. Тепер медичні заклади прямо отримують кошти від Національної служби здоров'я як головного замовника послуг. Це призвело до більшої централізації витрат на охорону здоров'я у державному бюджеті, а також до розширення можливостей для приватних провайдерів медичних послуг отримувати оплату за свої послуги за рахунок бюджетних коштів.

Реформована модель фінансування охорони здоров'я в Україні враховує різноманітні джерела формування фінансових ресурсів для галузі. Основними з них є:

1. Державні та місцеві бюджети та фонди соціального страхування. Кошти з державного бюджету спрямовуються на фінансування Програми медичних гарантій населенню, яка охоплює гарантований пакет медичних послуг. Це передбачає оплату послуг лише у закладах з ліцензією на медичну практику. Місцеві бюджети також можуть покривати додаткові витрати на охорону здоров'я та реалізовувати програми розвитку медичної інфраструктури.
2. Кошти приватного сектору, власні кошти населення та ресурси громадського суспільства. Приватні бізнеси та населення можуть спрямовувати свої кошти на пряму оплату медичних послуг, які не входять до пакету медичних гарантій держави. Ці послуги можуть бути надані за цінами, визначеними медичними закладами. Також існують системи обов'язкового та добровільного медичного страхування, через

які приватний сектор та населення забезпечуються медичним обслуговуванням. Інституції громадянського суспільства, такі як благодійні фонди та релігійні громади, також вносять значний внесок у фінансування медичних закладів та програм у галузі охорони здоров'я.

Таблиця 1.1

Розподіл видатків державного та місцевих бюджетів на охорону здоров'я

Норми Бюджетного кодексу	Перелік видаткових повноважень
Стаття 87. Видатки з Державного бюджету України	– програми в галузі охорони здоров'я, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій; – програма державних гарантій медичного обслуговування населення; – державні програми громадського здоров'я та заходи боротьби з епідеміями; – державні програми розвитку та підтримки закладів охорони здоров'я, що перебувають у державній власності; – державні програми та заходи у сфері охорони здоров'я, що здійснюються державними установами, які не є учасниками програми державних гарантій медичного обслуговування населення
Стаття 89. Видатки з бюджетів територіальних громад	– місцеві програми громадського здоров'я; – оплата комунальних послуг та енергоносіїв комунальних закладів охорони здоров'я для забезпечення надання медичних послуг за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення; – місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, місцеві програми надання населенню медичних послуг понад обсяг, передбачений програмою державних гарантій медичного обслуговування населення
Стаття 90. Видатки з обласних бюджетів	– регіональні програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, регіональні програми надання медичних послуг понад обсяг, передбачений програмою державних гарантій медичного обслуговування; – оплата комунальних послуг та енергоносіїв комунальних закладів охорони здоров'я, які перебувають в управлінні обласних рад, для забезпечення надання медичних послуг за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення; – інші заклади та заходи у системі охорони здоров'я (будинки дитини, заклади служби крові, медико-соціальні експертні комісії); – регіональні програми громадського здоров'я.

Джерело: побудовано автором за [13].

Отже, реформована модель фінансування охорони здоров'я має на меті забезпечити єдність стандартів медичної допомоги та однаковий доступ до послуг для всіх громадян, незалежно від їх місця проживання. Ця модель передбачає справедливий розподіл коштів, який базується на обсягах діяльності та її ефективності. Нова схема фінансування охорони здоров'я

відзначається високою адаптивністю до змін зовнішнього середовища, що дозволяє зберігати якість медичних послуг навіть за умов фінансових труднощів у державі. Наприклад, у регіонах, що постраждали від конфліктів, нова модель розподілу бюджетного фінансування зможе залучити приватний сектор для надання медичної допомоги населенню. Також, у випадку відсутності коштів на відновлення медичних закладів, держава буде оплачувати лише медичні послуги в рамках встановлених стандартів, передаючи основне навантаження на приватні медичні установи.

1.2. Характерні ознаки світових моделей фінансування охорони здоров'я

Щодо світового досвіду, конституційне право людини на доступ до якісної медичної допомоги вимагає від держави проведення політики, спрямованої на реформування системи охорони здоров'я та розробку ефективної моделі фінансування. Хоча рівень фінансування охорони здоров'я в Україні значно нижчий, ніж у багатьох європейських країнах, але високий рівень тіньових платежів дозволяє наблизити його до середньоєвропейських показників. Проте це порушує принцип рівного доступу до медичних послуг. Для вирішення цих проблем важливе вивчення зарубіжного досвіду, який показує, що ефективне використання коштів та зв'язок між ресурсами та результатами роботи є ключовими факторами успіху в побудові моделі фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я.

Зарубіжний досвід фінансування систем охорони здоров'я пройшов складний шлях еволюції, внаслідок чого розвинені країни створили національні моделі фінансування медичних послуг, які враховують національні особливості, економічний розвиток та інші фактори. Основними завданнями при формуванні цих моделей були максимізація доступу населення до медичного обслуговування, поєднання різних джерел та каналів

фінансування, раціоналізація механізмів їхнього розподілу та використання з метою задоволення потреб суспільства у медичній допомозі.

У процесі створення національних моделей фінансування охорони здоров'я застосовуються такі методи формування фінансових ресурсів:

1. Страховий метод: цей метод може бути реалізований у формі добровільного та обов'язкового медичного страхування. Добровільне страхування базується на страхових внесках, які сплачують фізичні та юридичні особи з метою страхування свого здоров'я від різних ризиків. Обов'язкове медичне страхування передбачає, що страхові внески сплачують роботодавці та наймані працівники. Держава часто також надає додаткові внески до системи обов'язкового медичного страхування. Цей метод є провідним у країнах, таких як Німеччина, Франція, Бельгія, Австрія, Нідерланди тощо.
2. Бюджетний метод фінансування: цей метод передбачає покриття всіх витрат на медичну допомогу за рахунок коштів державних та місцевих бюджетів. Цей метод може мати різні варіації, такі як державне, муніципальне та змішане фінансування. У більшості країн, таких як Великобританія, Швеція, Італія, Данія тощо, провідну роль у фінансуванні галузі здоров'я відіграють кошти з державного бюджету, хоча деякі країни, як наприклад Алжир, покладають основне навантаження на муніципальні бюджети.

У багатьох національних моделях фінансування охорони здоров'я важливим є елемент прямих платежів населення за медичні послуги та медикаменти. Це може бути зумовлено нестачею фінансових ресурсів у страхових системах або бюджетах для повного покриття всіх медичних витрат. Окремим варіантом цього методу є формування накопичувальних фондів для медичних витрат, які використовуються для оплати послуг у разі потреби.

Проте варто зауважити, що в сучасних умовах немає жодної розвиненої країни з ринковою економікою, де б прямі платежі населення переважали у

фінансуванні послуг охорони здоров'я. Навіть у США, де система охорони здоров'я функціонує на ринкових засадах, державні програми медичного страхування, такі як Medicare та Medicaid, відіграють значну роль у покритті медичних витрат населення.

У світовій практиці виділяють кілька основних моделей фінансування охорони здоров'я (табл. 1.2):

Таблиця 1.2

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

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

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

Бюджетна модель (модель Беверіджа): головним джерелом коштів для надання медичних послуг є ресурси державного та місцевих бюджетів. Суспільні витрати на охорону здоров'я у цій моделі становлять від 7,5% до 10,5% від ВВП.

Страхова модель (модель Бісмарка): основним джерелом коштів є ресурси системи медичного страхування. Суспільні витрати на охорону здоров'я в цій моделі становлять від 10,5% до 11,5% від ВВП.

Приватна модель фінансування охорони здоров'я: кошти фізичних та юридичних осіб є провідним джерелом фінансування медичних послуг. Середні суспільні витрати на охорону здоров'я у цій моделі коливаються від 8% до 17% від ВВП, залежно від ринкових умов та специфіки країни.

Кожна з цих моделей має свої особливості, але у більшості країн елементи однієї моделі можуть співіснувати з елементами інших. Наприклад, навіть у країнах з бюджетним фінансуванням медичних послуг можуть існувати системи добровільного медичного страхування для додаткового покриття витрат. Також немає універсальної моделі, яка б підходила для всіх країн, і кожна країна має свої власні унікальні рішення щодо фінансування охорони здоров'я.

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

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

мають можливість отримувати бюджетні компенсації за надані медичні послуги для населення.

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

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

Модель Бісмарка, яка базується на страхових накопиченнях, має деякі особливості, що роблять її ефективною для фінансування охорони здоров'я:

Додаткове фінансування державою. Держава надає додаткове фінансування для забезпечення фінансової стабільності галузі та гарантування доступу до мінімального пакету медичних послуг для всіх громадян, незалежно від участі у системі обов'язкового медичного страхування.

Розподіл витрат. Обов'язкове страхування забезпечує покриття близько 3/4 загальної потреби у фінансових ресурсах на надання медичних послуг, решту коштів покривають надходження з бюджету, добровільного медичного страхування та інших джерел.

Управління страховими фондами. Управління страховими фондами здійснюється на паритетних засадах державою та представниками учасників страхування, що забезпечує незалежність цих фондів від органів публічної влади.

Організація ринку медичного страхування. Державне регулювання ринку медичного страхування забезпечує організацію та управління системою, що сприяє конкуренції між страховими організаціями, але не має негативного впливу на доступність страхового захисту для вразливих верств населення.

Покриття практично всього населення. Діяльність медичного страхування охоплює майже всю населення країн, де функціонує ця модель.

Приватна модель фінансування охорони здоров'я, яка базується на медичному підприємстві, має такі особливості:

Власні кошти населення та добровільне медичне страхування. Джерелами покриття витрат на медичні послуги є власні кошти населення та ресурси добровільного медичного страхування.

Обмежене державне регулювання. У цій моделі державне регулювання ринку медичних послуг має обмежений характер, що призводить до постійного зростання вартості послуг та витрат на їх адміністрування.

Участь громадянського суспільства. Медичні заклади можуть утримуватися за рахунок коштів благодійних фондів, релігійних общин, громадських організацій та інших структур громадянського суспільства.

Приватні заклади як основні провайдери послуг. Основну роль у цій моделі відіграють приватні заклади охорони здоров'я, які функціонують на комерційних засадах.

Кожна з цих моделей має свої переваги та недоліки, і їх вибір залежить від конкретних умов країни та її цінностей щодо охорони здоров'я.

Розуміння приватної моделі фінансування охорони здоров'я як контраверсійної в наукових колах відображає складність цього підходу. Деякі з його переваг, як висока якість медичних послуг та стимулювання до постійного оновлення медичних технологій, дійсно визнаються. Однак ці переваги часто супроводжуються значними недоліками, такими як обмеження доступу для менш заможних верств населення та високі вартості медичного обслуговування.

Один із ключових недоліків приватної моделі полягає в тому, що страхові компанії мають інтерес у привабленні здорових, молодих та заможних клієнтів, що призводить до відсутності або недостатнього покриття для менш здорових або бідних осіб. Це може призвести до дискримінації та обмеженого доступу до медичної допомоги для тих, хто найбільше потребує цих послуг.

Крім того, висока вартість медичного обслуговування у приватній моделі може викликати серйозні економічні обмеження для значної частини населення, особливо тих, хто не має стабільних доходів або доступу до страхового захисту.

У контексті України, де бюджетна модель фінансування охорони здоров'я переважає, важливо зрозуміти, що відсутність помітного впливу добровільного медичного страхування на формування ресурсів галузі може свідчити про необхідність перегляду стратегії фінансування. Реформування системи в контексті переходу до страхової моделі може сприяти покращенню доступу до медичної допомоги та забезпеченню фінансової стійкості системи охорони здоров'я в умовах обмежених бюджетних ресурсів.

Проте, важливо розглядати перехід до страхової моделі як складний процес, який потребує виваження і ретельного аналізу впливу на всі верстви населення.

Висновки до розділу 1

З висловленнями про проблеми в українській системі охорони здоров'я можна погодитися, особливо з тими, що стосуються постійного дефіциту фінансування, старіння основних фондів, втрати кваліфікованих кадрів та нестачі ліків. Ці проблеми справді мають негативний вплив на доступність та якість медичних послуг для населення.

Зазначене вами про неофіційні платежі за медичні послуги також відображає дійсність української системи охорони здоров'я, де пацієнти часто вимушені додатково платити за отримані послуги через недостатність державного фінансування.

Щодо впровадження ринкових механізмів у систему охорони здоров'я, варто розглядати це як двоєдиність. З одного боку, це може стимулювати конкуренцію, яка могла б підвищити якість та ефективність послуг. З іншого боку, необхідно бути обережним з ринковими підходами, щоб уникнути ситуацій, де головною метою стає прибуток, а не забезпечення якісної медичної допомоги.

Щодо бюджетної моделі, яка виокремлюється як основна після медичної реформи, важливо зрозуміти, що вона може мати свої переваги, але також потребує ефективного управління та контролю над використанням бюджетних коштів.

Усі ці аспекти свідчать про складність та потребу у комплексному підході до реформування системи охорони здоров'я в Україні, де баланс між доступністю, якістю та фінансовою стійкістю грає вирішальну роль.

Розділ 2

ПРАКТИКА ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

2.1. Основні тенденції формування обсягів та оцінка структури фінансування охорони здоров'я

Одним із найважливіших аспектів є забезпечення доступності медичних послуг для всіх громадян, що є головним призначенням системи охорони здоров'я. Фінансові ресурси мають бути спрямовані на забезпечення не лише кількісного, а й якісного доступу до послуг.

Також важливою є роль держави у фінансовому забезпеченні системи охорони здоров'я. В сучасних умовах держава має відігравати активну роль у забезпеченні медичних послуг, особливо для тих, хто не може собі їх дозволити. Однак ринковий підхід також може бути ефективним, якщо правильно регулюється, щоб уникнути дискримінації та забезпечити доступність медичних послуг для всіх верств населення.

Дуже цікавим є впровадження нових підходів у фінансуванні охорони здоров'я, таких як перехід від менеджменту витрат до цілеорієнтованого управління. Це дозволить більш ефективно розподіляти фінансові ресурси і покращити результативність системи охорони здоров'я.

Загалом, ваша стаття надає глибокий інсайт у складнощі фінансування охорони здоров'я та важливість розробки ефективних стратегій для подолання проблем у цій сфері.

Спрямування фінансових ресурсів на охорону здоров'я має велике економічне значення, оскільки воно призводить до зменшення втрат робочого часу, підвищення продуктивності працівників та забезпечення загального економічного зростання. Такий підхід відповідає концепції сталого людського розвитку, де охорона здоров'я визнається ключовим фактором.

Українська модель фінансування охорони здоров'я відображає реалії сучасного світу, де ресурси надходять з різних джерел, включаючи державні та місцеві бюджети, соціальні страхові фонди, а також приватні кошти та благодійні внески. Важливою проблемою є тіньовий сектор, який може становити значну частину фінансових потоків у сфері охорони здоров'я, але його точний обсяг складно оцінити через його характер неофіційності.

Зусилля з розкриттям та розумінням реального внеску різних джерел фінансування охорони здоров'я є важливими для покращення системи і забезпечення. Ці дані прекрасно ілюструють складність аналізу структури фінансування охорони здоров'я та важливість використання об'єктивних джерел інформації для розуміння ситуації в цій галузі.

Інформація, представлена VoxUkraine та Державною службою статистики, надає більш деталізоване уявлення про те, як різні джерела впливають на фінансування системи охорони здоров'я. Зокрема, важливою є роль державного сектору, який відіграє ключову роль у фінансуванні, проте також важливими є внески домогосподарств та приватного сектору.

Зазначені статистичні дані демонструють, що в Україні утвердилась змішана модель фінансування охорони здоров'я, де державні та приватні ресурси мають паритетне значення. Це відображається у зростанні суспільних видатків на охорону здоров'я та підтримується реальними цифрами.

Однак, важливою є інтерпретація цих даних, враховуючи інфляційні процеси. Дані показують, що, незважаючи на зростання суспільних видатків на охорону здоров'я в абсолютних значеннях, реальний приріст фінансування галузі за останнє десятиріччя був дуже обмеженим. Це може вказувати на необхідність більш ефективного використання фінансових ресурсів в цій сфері.

Отже, аналіз структури фінансування охорони здоров'я потребує комплексного підходу та уваги до різних аспектів, щоб забезпечити стає та населення ефективне фінансування цієї важливої галузі.

Таблиця 2.1

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

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

Джерело: побудовано автором за [56]

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

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

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



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

Джерело: побудовано автором за [15; 56]

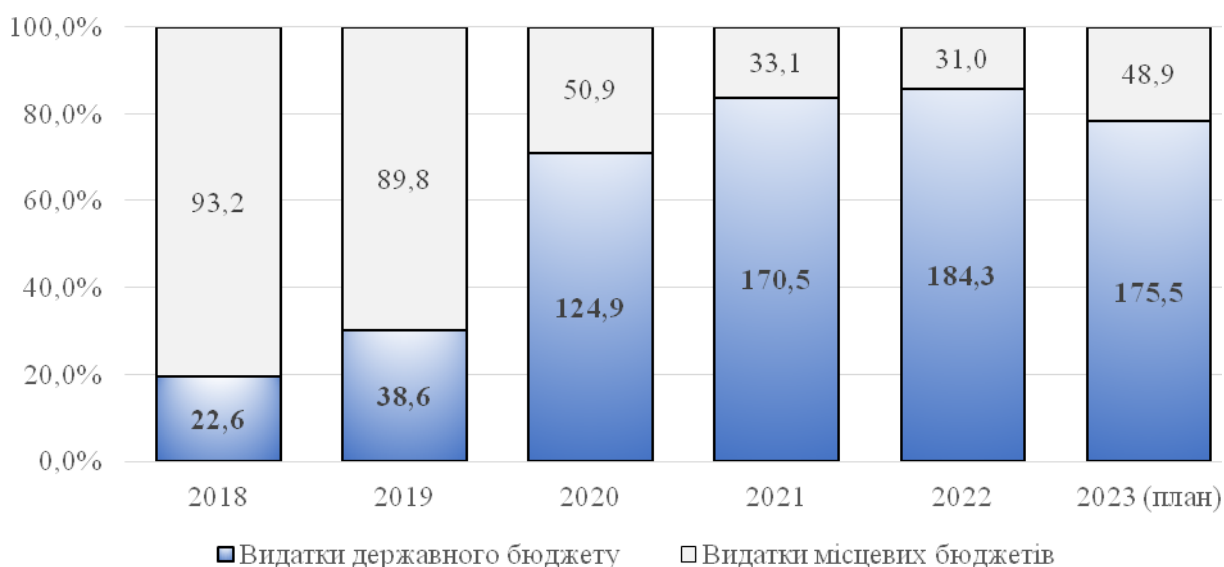


Рис. 2.2. Показники бюджетних видатків на охорону здоров'я у розрізі державного та місцевих бюджетів в Україні у 2018-2023 рр., млрд грн

Джерело: побудовано автором за [15].

У 2023 році загальний обсяг бюджетних ресурсів, призначених для охорони здоров'я, планується скласти 224,4 млрд грн, що на 9,1 млрд грн більше, ніж у попередньому році. На відміну від періоду 2018-2020 років, коли видатки на медичні послуги зросли в 1,5 рази, у 2021-2023 роках зростання становитиме лише 10,2% через складну економічну ситуацію та війну. Системні зміни у структурі бюджетного фінансування охорони здоров'я, спричинені медичною реформою та новими підходами до фінансування, були помітні в останні роки. Якщо у 2018-2019 роках провідну роль відігравали місцеві бюджети, то з 2020 року домінують видатки державного бюджету. Проте, за прогнозами на 2023 рік, внесок місцевих бюджетів майже в 1,5 рази збільшиться, зростаючи з 31,0 до 48,9 млрд грн, що пояснюється стійкістю їх доходів та необхідністю перерозподілу коштів державного бюджету на оборону. Таким чином, видатки на охорону здоров'я з державного бюджету на 2023 рік заплановані в обсязі на 8,8 млрд грн меншому, ніж у 2022 році.

Паралельно з перерозподілом відповідальності між рівнями публічного управління за фінансування охорони здоров'я загалом, відбуваються значні зміни у розподілі бюджетних ресурсів за напрямками надання медичних послуг.

Наприклад, пряме бюджетне фінансування поліклінічної, амбулаторної, швидкої та невідкладної допомоги значно зменшилося з 15,9 млрд грн у 2019 році до 5,7 млрд грн у 2021-2022 роках. Проте, обсяги видатків на первинну медико-санітарну допомогу за цей період навіть збільшилися. Також за вказаний період у 2,5 рази зменшилося фінансування діяльності лікарень загального профілю та санаторно-курортних закладів, на які у 2022 році було виділено 28,6 млрд грн. Замість цього, значно зросли видатки на проведення санітарно-епідеміологічних та протиепідемічних заходів – у 6,2 рази до 11,7 млрд грн, а також на інші медичні потреби – в 4,4 рази до 169,3 млрд грн.

Таблиця 2.2

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

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

Джерело: побудовано автором за [15].

Цікаво спостерігати результати розподілу повноважень між органами державної та місцевої влади за фінансування окремих напрямів медичних послуг. Фінансування за рахунок коштів місцевих бюджетів домінує у сфері первинної та невідкладної медичної допомоги, паритет між урядом та органами місцевого самоврядування зберігається у фінансуванні послуг лікарень

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

2.2. Реалії бюджетного фінансування охорони здоров'я

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

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

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

З 2021 року, коли Програма медичних гарантій запрацювала в повному обсязі, нею передбачено «надання 35 пакетів медичних послуг (в тому числі актуальний пакет вакцинації від COVID-19). Із 8 нових пакетів медичних послуг 5 пакетів медичних послуг виділено з уже існуючих, а 3 пакети – впроваджено додатково» [52]. За очікуваннями фахівців МОЗ України, які займалися реалізацією медичної реформи, така модель надання медичних послуг мала забезпечити краще розуміння населенням схем їхнього отримання. Важливим моментом медичної реформи стало заснування спеціального органу, який на сьогодні займається оперативним управлінням усією системою охорони здоров'я – Національної служби здоров'я України. Вона має повноцінно перебрати оперативні функції між Міністерством охорони здоров'я, яке залишиться органом, що виробляє пріоритети державної політики у цій сфері.

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

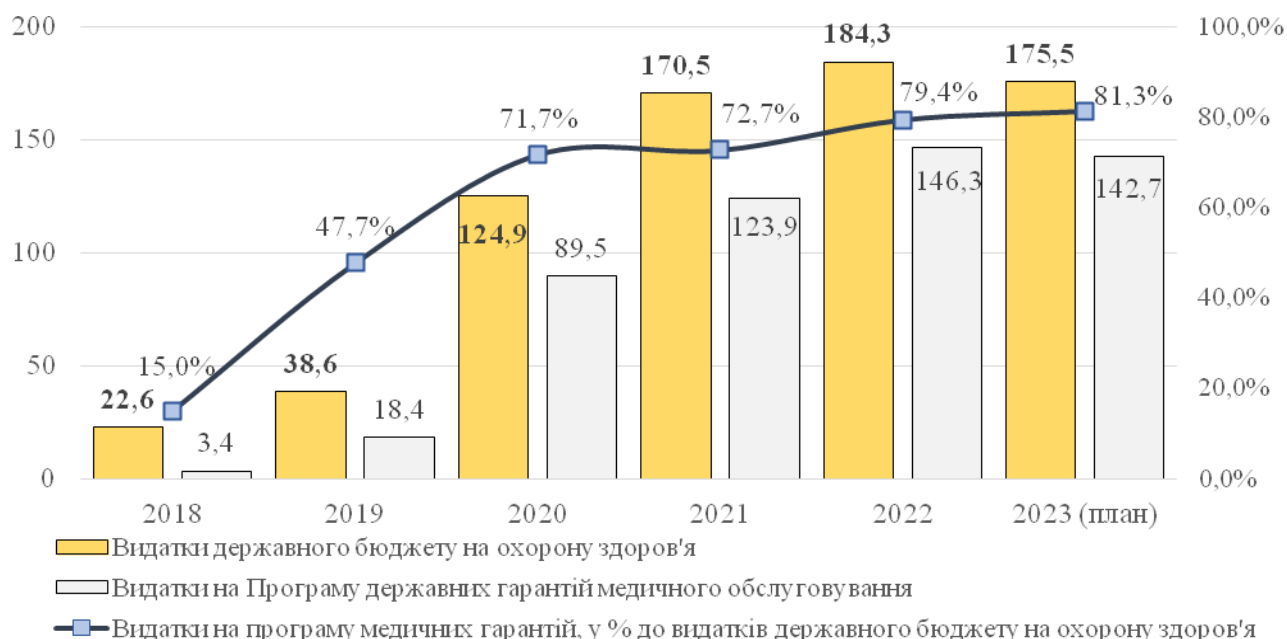


Рис. 2.3. Видатки Державного бюджету України на охорону здоров'я та Програму медичних гарантій у 2018-2023 рр., млрд грн

Джерело: побудовано автором за [14; 15]

Програма медичних гарантій є найбільшою, проте не єдиною бюджетною програмою зі сфери охорони здоров'я, яка реалізується за рахунок державного бюджету. Крім цього, в рамках реалізації бюджетної політики в галузі охорони здоров'я виконують інші бюджетні програми, найбільшою за обсягом ресурсів з яких у 2022 році стала програма «Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями». На її виконання було спрямовано 11,6 млрд грн, що в 1,6 рази більше, ніж у попередньому році. Кошти за цією програмою надходять на широкий спектр заходів, зокрема «на придбання лабораторного обладнання для проведення мікробіологічних, хімічних та фізичних досліджень, закупівлю послуг медико-психосоціального супроводу пацієнтів із чутливим та мультирезистентним туберкульозом та інші цілі» [63]. Це дає можливість охопити спеціалізованими медичними послугами пацієнтів із різними видами туберкульозу, що важливо в умовах, коли Україна перебуває фактично на епідемічному рівні захворюваності з цієї хвороби.

Іншою вагомою за обсягом ресурсів бюджетною програмою у сфері охорони здоров'я є програма «Забезпечення медичних заходів окремих

державних програм та комплексних заходів програмного характеру». У 2022 році на її виконання було виділено 8,6 млрд грн. Ця програма вже протягом останніх років є однією з найбільших за фінансуванням. Основну частину коштів цієї програми спрямовують на придбання медикаментів для окремих категорій пацієнтів, які не можуть придбати їх самостійно через високу вартість, або надання яких держава гарантує у безумовному порядку.

Поряд із «традиційними» бюджетними програмами, значний вплив на показники видатків на охорону здоров'я справило розгортання глобальної епідемії коронавірусу, особливо гостро проявилась в Україні. Для протидії поширенню захворювання та подолання її наслідків у складі державного бюджету було засновано Фонд боротьби з хворобою COVID-19. Кошти цього Фонду спрямовувалися на реалізацію бюджетних програм, спрямованих на поліпшення матеріального забезпечення медичних закладів, фінансування доплат медичним працівникам та фахівцям інших державних служб, які брали участь у заходах з подолання коронавірусу. У 2020 році на ці програми було спрямовано 10,9 млрд грн, проте в наступному році більшість цих витрат були припинені. У 2022 році кошти на ці потреби взагалі не передбачалися через більш пріоритетні цілі.

Таблиця 2.3

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

Показники	2020		2021		2022	
	план	факт	план	факт	план	факт
Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями	4,6	4,2	2,6	7,4	4,3	11,6
Спеціалізована та високоспеціалізована медична допомога, що надається загальнодержавними закладами охорони здоров'я	1,3	1,3	1,7	2,3	2,1	2,5
Діагностика і лікування захворювань із впровадженням експериментальних та нових медичних технологій	2,1	2,0	1,7	1,9	1,9	2,1
Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру	8,1	7,0	10,5	7,2	11,5	8,6
Розвиток системи екстреної медичної допомоги	0,9	0,7	3,28	2,0	0,0	0,0
Лікування громадян України за кордоном	1,1	1,1	0,7	0,6	0,6	0,0
Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей	0,9	0,7	2,5	2,4	1,4	1,2
Проведення вакцинації населення від гострої респіраторної хвороби COVID-19	0,0	0,0	2,6	9,9	2,6	0,0

Видатки з Фонду боротьби з хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, в т.ч.:						
<i>Придбання обладнання для приймальних відділень опорних закладів охорони здоров'я</i>	2,3	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Здійснення доплат медичним та іншим працівникам закладів охорони здоров'я</i>	5,5	5,3	0,0	0,1	0,0	0,0
<i>Забезпечення готовності та реагування системи громадського здоров'я на спалахи гострої респіраторної хвороби COVID-19</i>	5,4	3,3	6,6	0,0	0,0	0,0

Джерело: побудовано автором за [15]

Фінансування охорони здоров'я з державного бюджету включає не лише видатки на реалізацію бюджетних програм, а також міжбюджетні відносини. До 2020 року медична субвенція відігравала провідну роль серед трансфертів місцевим бюджетам на охорону здоров'я. Ці кошти спрямовувалися на оплату праці медичного персоналу та сплату єдиного страхового внеску. Інші витрати пов'язані з наданням медичних послуг місцеві органи самоврядування покривали за власні кошти. Проте з переходом на нову модель фінансування, Національна служба здоров'я України оплачує витрати на медичні послуги відповідно до протоколів лікування та розрахунків вартості. Це призвело до різкого зменшення обсягів медичної субвенції місцевим бюджетам.

У 2021 році найбільшою за обсягом коштів субвенцією місцевим бюджетам з охорони здоров'я була субвенція на підтримку окремих закладів та заходів у системі охорони здоров'я. Її обсяг склав 5,4 млрд грн, що в 1,5 рази більше, ніж у попередньому році. Ці кошти направлялися на будинки дитини, центри медичної реабілітації та паліативної допомоги, а також на діяльність закладів служби крові, медико-соціальних експертних комісій та інших. На 2023 рік передбачено зменшення субвенції до 2,83 млрд грн через переведення фінансування будинків дитини на інші статті видатків і необхідність економії. Також у державному бюджеті передбачено невеликі кошти на субвенцію для реформування місцевих систем охорони здоров'я.

Таблиця 2.4

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

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

Джерело: побудовано автором за [15]

Зниження внеску місцевих бюджетів у фінансування охорони здоров'я, викликане переходом медичних закладів до прямих відносин з державним бюджетом через Національну службу здоров'я України, має помітний вплив на систему охорони здоров'я. У результаті цього зменшення офіційних трансфертів до місцевих бюджетів, видатки на функціонування лікарень і санаторно-курортних закладів значно скоротилися у 2022 році. На конкретній рівні це означає, що фінансування спеціалізованих лікарень, пологових будинків та інших спеціалізованих закладів скоротилося більш ніж на 80%. Крім того, зменшилися і видатки на поліклініки, амбулаторії, заклади швидкої та невідкладної допомоги, а також на санітарно-епідеміологічні заклади та заходи, що майже на 40%. У сукупності, зменшення видатків на охорону здоров'я з місцевих бюджетів у 2022 році порівняно з показниками 2019 року склало понад 58,8 млрд грн.

Таблиця 2.5

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

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

Джерело: побудовано автором за [15]

За останні роки спостерігається зміна обсягів фінансування охорони здоров'я з місцевих бюджетів. Одним з напрямків, де відбувається збільшення видатків, є діяльність центрів первинної медичної допомоги. Це пов'язано з продовженням реалізації медичної реформи, за якою місцеві органи самоврядування беруть на себе відповідальність за розвиток первинної ланки охорони здоров'я. За планами на 2023 рік передбачено подальше зростання цих видатків.

Третина видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я припадає на напрямок "Інша діяльність у сфері охорони здоров'я". Сюди входить фінансування цільової програми "Доступні ліки", яка передбачає часткове відшкодування вартості ліків і медичних засобів для окремих категорій населення. У 2022 році на цю програму було спрямовано значні кошти, а планується подальше зростання видатків на цей напрям у 2023 році.

Незважаючи на загальне збільшення обсягів фінансування охорони здоров'я, багато науковців і практиків вважають, що цих коштів недостатньо для забезпечення належного функціонування системи. Фінансування медичних послуг в Україні залишається на нижчому рівні, ніж у країнах-сусідах, і відмінність у фінансуванні охорони здоров'я з провідними розвиненими економіками є значною. Навіть умови війни не змінюють цієї ситуації.

Медична реформа започаткувала перші кроки до вирішення цих проблем, але її результати буде можна оцінити лише через певний час. У цілому, зазначена тенденція до зниження рівня захворюваності може бути спричинена не лише реформуванням охорони здоров'я, але й загальним змінам у ставленні суспільства до проблеми збереження здоров'я і підвищенню інтересу до здорового способу життя.

2.3. Медичне страхування як джерело фінансування охорони здоров'я

Здоров'я та життя громадян – це одна з головних цінностей будь-якої держави. Конституція України гарантує кожному громадянину доступ до медичної допомоги, яку фінансує держава через цільові медичні програми. Медичні послуги у державних та комунальних закладах надаються безкоштовно в рамках гарантованого пакету послуг.

Незважаючи на зміни в останні роки в підходах до фінансування медичної допомоги, питання обмеженості фінансових ресурсів для повноцінного та ефективного функціонування системи охорони здоров'я в Україні залишається відкритим. У науковій літературі розглядають медичне страхування як можливий шлях вирішення цієї проблеми. Медичне страхування розглядають як складову більш складної системи соціального захисту населення від різних соціальних ризиків, таких як тимчасова втрата працездатності через захворювання.

Проте, Україна продовжує залишатися прикладом країни, де існуюча бюджетна модель фінансування медицини, успадкована з радянських часів, виявляє свою неефективність. Це призводить до погіршення якості та доступності медичних послуг, а також до збільшення особистих витрат громадян на отримання медичної допомоги.

Високий рівень смертності українців, особливо в працездатному віці, та низька середня тривалість життя громадян – це відображення негативних наслідків деградації системи охорони здоров'я. Проблеми з фінансуванням медицини є однією з причин цих показників.

У зв'язку зі складною ситуацією в охороні здоров'я, багато науковців вважають, що розвиток системи страхової медицини, зокрема обов'язкового медичного страхування, є найбільш обіцяним шляхом вирішення проблем. Це дозволить забезпечити достатні ресурси для функціонування системи охорони здоров'я, гарантувати доступність медичних послуг та залучити фінансування для модернізації устаткування та підвищення якості медичної допомоги.

Україна вже має досвід медичного страхування в обов'язковій та добровільній формах. У добровільній формі медичне страхування реалізується через страхові компанії, які пропонують різні програми, такі як безперервне страхування здоров'я, страхування на випадок хвороби та інші. За останні роки добровільне медичне страхування демонструвало стійку тенденцію до зростання. Однак, початок повномасштабної війни з Росією суттєво вплинув на обсяги медичних страхових премій, зменшивши їх на третину.

Отже, розвиток медичного страхування може стати ключовим фактором у поліпшенні ситуації в охороні здоров'я, забезпечивши стабільне та ефективне фінансування системи, а також зробивши медичні послуги більш доступними та якісними для населення (табл. 2.6).

Таблиця 2.6

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

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

Джерело: побудовано автором за [47]

Показники валових страхових премій можуть бути недостатньо об'єктивними для оцінки внеску страхових механізмів у фінансування охорони здоров'я. Ці кошти, отримані від страхувальників, призначені для оплати медичних послуг у разі настання страхового випадку та виплати страхового відшкодування. У 2021 році страхові виплати за добровільними видами страхування, пов'язаними з охороною здоров'я, склали 4,1 млрд грн, що становить 42,7% від обсягу страхових премій. Ці показники свідчать про стабільність цих видів страхування.

Проте обов'язкове особисте страхування окремих категорій працівників, таких як медичні працівники, пожежники, спеціалісти ветеринарної медицини та інші, практично не розвивається зараз. Обсяг страхових премій за такими видами страхування є незначним, а страхові виплати майже не здійснювались. Наприклад, у 2021 році загальний обсяг страхових премій за цими видами страхування становив всього 0,5 млн грн, а у 2022 році він скоротився до 0,3 млн грн. Така ситуація вказує на низький рівень зацікавленості працівників у цьому виді страхування та можливу потребу у змінах у цій сфері (табл. 2.7).

Таблиця 2.7

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

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

Джерело: побудовано автором за [47]

Отже, для повного розуміння внеску страхових механізмів у фінансування охорони здоров'я потрібно уважно аналізувати не лише обсяги страхових премій, а й страхові виплати за різними видами страхування, зокрема обов'язкового особистого страхування.

Зараз медичне страхування в Україні майже виключно функціонує у добровільній формі, а обсяги фінансових ресурсів, що обертаються у цій сфері, є незначними. Це пояснюється декількома причинами. По-перше, високий рівень недовіри населення до інституцій медичного страхування, таких як страхові компанії та лікарняні каси. По-друге, багато хто, хто найбільше потребує медичної допомоги, має недостатні особисті доходи, що ускладнює їх участь у добровільних програмах страхування.

Медичне страхування, як показує досвід інших країн, може бути ефективною моделлю фінансування медичної допомоги. Проте в Україні впровадження обов'язкового медичного страхування потребує належного правового забезпечення. Наразі не існує чіткої моделі впровадження страхових внесків на обов'язкове медичне страхування, і це одна з причин затримки в цьому питанні.

Важливо зазначити, що перекладання повного фінансового навантаження обов'язкового медичного страхування на роботодавців або учасників страхування може мати негативні наслідки, такі як збільшення тіньової економіки. Тому потрібно розробити балансований підхід до розподілу фінансових зобов'язань між роботодавцями, учасниками страхування та державою.

Для успішного впровадження обов'язкового медичного страхування необхідно також розвивати відповідну інституційну базу, визначити суб'єктів страхування та їхні права та обов'язки, а також створити ефективні економічні стимули для страхових компаній. Додатково, потрібно уважно розглянути розподіл фінансових ресурсів, що надходять від обов'язкового медичного страхування, для забезпечення ефективного фінансування медичної системи та захисту прав громадян у сфері охорони здоров'я.

Висновки до розділу 2

Фінансування системи охорони здоров'я в Україні є складним процесом, який зазнає значних змін через проведення медичної та реформи місцевого самоврядування. Відзначається високий динамізм зміни обсягів та структури джерел фінансування, адаптуючись під нові умови. Формується змішана модель фінансування, яка базується на паритеті державних та приватних ресурсів.

За офіційною статистикою, близько половини фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я надходить з бюджетного фінансування, що розподіляється через різні канали, такі як державні медичні гарантії, субвенції місцевим бюджетам та власні доходи медичних установ. Проте, реальний приріст фінансування галузі за останні десятиліття склав лише 3,7%, що свідчить про нестабільність та відсутність чіткої траєкторії у питомій вазі суспільних видатків на охорону здоров'я відносно ВВП.

З моменту початку медичної реформи у 2020 році спостерігається системний зміни в структурі бюджетного фінансування охорони здоров'я, зокрема, переважання видатків державного бюджету. Це відбувається за рахунок нових моделей фінансування медичних послуг, що передбачають перехід до Програми медичних гарантій. На жаль, показники фінансування Програми не відповідають встановленим нормам, що може ускладнити реалізацію медичної реформи та негативно вплинути на якість медичної допомоги.

Щодо медичного страхування, в Україні воно функціонує як у добровільній, так і в обов'язковій формі. Добровільне страхування набуває популярності, але обов'язкове особисте страхування окремих категорій працівників майже не розвивається. Це може свідчити про недоліки у впровадженні страхових механізмів та низьку платоспроможність певних груп населення.

Розділ 3

ВЕКТОРИ ОПТИМІЗАЦІЇ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ПРОДОВЖЕННЯ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

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

Складними викликами, перед якими стоїть система охорони здоров'я в сучасних умовах, є зменшення якості робочої сили особливо у контексті війни та післявоєнного відновлення. Такі ситуації вимагають не лише медичної реабілітації, але й соціальної та економічної підтримки для тих, хто постраждав внаслідок конфлікту.

Досягнення відповідності стандартам медичної допомоги є ключовим аспектом створення стабільної та прогресивної суспільної системи. Національна стратегія забезпечення якості медичних послуг та їх доступності є невід'ємною частиною цього процесу.

Додатково, важливо враховувати, що розвиток системи охорони здоров'я вимагає інтегрованого підходу, що охоплює не лише лікування, але й профілактику захворювань та підтримку громадського здоров'я. Тільки такий комплексний підхід дозволить забезпечити стабільний та сталій розвиток у сфері охорони здоров'я, що, у свою чергу, позитивно впливає на соціально-економічний розвиток країни.

Проблема модернізації фінансової моделі охорони здоров'я в Україні вимагає комплексного підходу, який би охоплював різні аспекти, починаючи від методів надання медичних послуг і закінчуючи забезпеченням необхідними ресурсами. Одним з ключових напрямків в цьому процесі є продовження медичної реформи, спрямованої на перехід від системи пропозиції до системи попиту, що дозволить ефективніше розподіляти ресурси та забезпечити покращення результатів роботи системи охорони здоров'я. Крім того, важливо підвищити зв'язок між виділеними коштами на

охорону здоров'я та її результатами, щоб гарантувати ефективне використання фінансових ресурсів.

Проблема дефіциту фінансових ресурсів для охорони здоров'я є загальною для багатьох країн, проте в Україні вона набуває особливої актуальності через ряд факторів, включаючи економічний розвиток, менталітет суспільства та інші. Вирішення цієї проблеми потребує комплексного аналізу та підходу, який би враховував різні аспекти суспільного життя.

Значна увага також приділяється вдосконаленню інституційного забезпечення управління охороною здоров'я в Україні. Створення Національної служби здоров'я України та ДП «Медичні закупівлі України» спрямоване на покращення системи управління та забезпечення необхідними медичними ресурсами. Важливо, щоб ці інституції ефективно працювали та сприяли оптимізації фінансових процесів у галузі охорони здоров'я.

У цілому, вирішення проблем модернізації фінансової моделі охорони здоров'я в Україні потребує комплексного підходу та системних змін, які б враховували індивідуальні особливості країни та потреби суспільства.

Введення системи E-Health є значною технологічною новацією в сфері охорони здоров'я, оскільки вона дозволяє ефективно використовувати бюджетні кошти на оплату медичних послуг і забезпечує електронне адміністрування медичних даних. Ця система відкриває нові можливості для залучення додаткових фінансових ресурсів у галузь охорони здоров'я, продаючи корисні послуги, аналітичні дані та рекомендації для бізнесу, пов'язаного з медичною сферою. Проте важливо забезпечити конфіденційність особистих медичних даних, інакше це може порушити права людини.

Щодо плану медичної реформи, передбачено, що обсяги фінансових ресурсів для Національної служби здоров'я України повинні поступово зростати, щоб розширювати пакет гарантованих медичних послуг. Однак, умови війни та руйнування економічної бази можуть призвести до зменшення бюджетних надходжень, що ускладнить нарощування фінансових ресурсів для

охорони здоров'я.

Дані про рівень витрат на охорону здоров'я вказують на те, що розвиток цієї галузі не є пріоритетом держави, і зростання витрат пов'язане з реальним зростанням економіки. Проте, вибух війни з росією призводить до значних економічних втрат і може призвести до скорочення фінансування охорони здоров'я. У таких умовах важливо забезпечити стабільне фінансування охорони здоров'я, а також звернути увагу на розробку стратегій, спрямованих на забезпечення фінансової стійкості та ефективного використання ресурсів у цій галузі.

Стратегія вирішення проблеми обмеженості фінансування охорони здоров'я включає кілька варіантів дій, які об'єднані у два вектори: нарощування фінансового потенціалу охорони здоров'я за рахунок залучення зовнішніх резервів та використання внутрішнього потенціалу зростання обсягів фінансових ресурсів охорони здоров'я через підвищення ефективності управління ними.

У контексті реалізації першого вектору дій, конкретні способи нарощування фінансування охорони здоров'я включають:

1. Перерозподіл бюджетних видатків. Це може включати призупинення виконання окремих бюджетних програм, які в період воєнного часу можна визначити як менш пріоритетні. Цей підхід дозволяє звільнити кошти для охорони здоров'я без загального збільшення бюджету.
2. Впровадження додаткових цільових фіскальних платежів. Це може включати нові податки або підвищення рівня існуючих податків для збільшення фінансування охорони здоров'я. Проте цей підхід пов'язаний із ризиками, пов'язаними з негативною реакцією економіки на підвищення податкового навантаження.
3. Диверсифікація джерел фінансування. Це означає активізацію проектною та фандрайзинговою діяльністю, залучення фінансування від міжнародних донорів та благодійних організацій. Збільшення обсягів донорської допомоги може бути досягнуте завдяки зацікавленості іноземних

партнерів у допомозі Україні через донорські програми.

Ці стратегії можуть бути ефективними в збільшенні фінансових ресурсів для охорони здоров'я, проте вимагають уважного планування та ретельного моніторингу, щоб уникнути негативних наслідків, таких як економічні збої або порушення прав людини. Ваш підхід до залучення бізнес-структур у реалізацію проектів розвитку галузі охорони здоров'я відображає важливість співпраці між державою та приватним сектором для покращення ситуації в цій сфері. Така співпраця може мати значний вплив на підвищення доступності та якості медичних послуг для населення.

1. Корпоративна соціальна відповідальність (CSR). Ваша заява про те, що програми CSR можуть включати заходи для підтримки здоров'я працівників, їх сімей та громадськості, демонструє важливість підтримки здоров'я в контексті корпоративної діяльності. Програми такого роду можуть сприяти покращенню загального стану здоров'я та благополуччя співробітників, що в свою чергу може позитивно позначитися на їх продуктивності та задоволеності роботою.
2. Державно-приватне партнерство (PPP). Ваша ідея щодо використання механізму державно-приватного партнерства для відновлення зруйнованої медичної інфраструктури є дієвим підходом. PPP може забезпечити швидке відновлення медичних закладів та постачання необхідного обладнання, що допоможе підтримати медичну допомогу для населення в умовах кризи.
3. Цільові накопичувальні фонди та благодійні внески. Ця ідея також має потенціал для залучення фінансування в охорону здоров'я. Якщо бізнес-структури та громадяни мають можливість спрямовувати свої благодійні внески на підтримку медичних закладів та програм, це може стати значним джерелом фінансування для конкретних проектів та ініціатив.

Загалом, ваш підхід враховує різноманітність можливостей для залучення бізнесу у вирішення проблем охорони здоров'я та підтримки медичної сфери в умовах кризи. Такий комплексний підхід може сприяти

створенню стійких та ефективних механізмів підтримки системи охорони здоров'я.

овнішні ресурси, такі як благодійні внески, додаткові податкові навантаження та інші форми допомоги, не можуть замінити бюджетне фінансування системи охорони здоров'я. Вони можуть використовуватися як додаткові, незаплановані доходи для покриття конкретних потреб, а не як основне джерело фінансування.

1. Цільові фіскальні платежі. Ваша ідея щодо впровадження акцизного податку на товари, які шкодять здоров'ю, є дієвим способом збільшення фінансування для охорони здоров'я. Це не лише приносить додаткові надходження до бюджету, а й може сприяти зменшенню споживання шкідливих продуктів, таких як цукор та алкоголь, що в свою чергу може зменшити рівень захворюваності на такі хвороби, як цукровий діабет та серцево-судинні захворювання.
2. Координація та ефективне використання ресурсів. Дуже важливою є координація та ефективне використання зовнішніх ресурсів для спрямування їх на критично важливі напрями охорони здоров'я. Це дозволяє максимізувати вплив таких ресурсів і забезпечити їхню оптимальну ефективність.
3. Підвищення фіскальної відповідальності. Важливо також забезпечити, щоб додаткові надходження від податків і інших джерел були витрачені з максимальною ефективністю та прозорістю. Це вимагає підвищеної фіскальної відповідальності та контролю з боку уряду та інших зацікавлених сторін.

Загалом, ваш підхід до вирішення проблеми дефіциту коштів у системі охорони здоров'я враховує різноманітність можливих рішень та необхідність комплексного підходу до цього питання.

Ваша аналіз виявляє ключові питання, пов'язані з впровадженням обов'язкового медичного страхування як можливого рішення для фінансування системи охорони здоров'я. Ось деякі додаткові роздуми щодо

обох запропонованих моделей:

Ринкова модель: У цій моделі кожен індивідуально придбає поліс медичного страхування. Однак цей підхід може викликати проблеми з доступністю для тих, хто не має фінансових можливостей оплатити страховку. Також може виникнути проблема вибору страховика та якості медичних послуг, що покриваються страховим пакетом.

Суспільна модель: В цій моделі створюється спеціальна інституція, яка збирає страхові внески та спрямовує їх на оплату медичних послуг. Однак ця модель також має свої виклики, зокрема, необхідність ефективного управління та забезпечення прозорості та недопущення корупції в системі.

На додаток до цього, обов'язкове медичне страхування може також стати проблемою, якщо не буде ретельно сплановано розподіл фіскального навантаження. Наприклад, якщо усю фінансову відповідальність покладено на роботодавців, це може призвести до того, що деякі компанії будуть уникати сплати страхових внесків, що погіршить фінансове забезпечення системи. Потрібно розглянути альтернативні моделі розподілу відповідальності, такі як комбінована система, де страхові внески діляться між роботодавцями, працівниками та державою.

Незважаючи на це, перехід до обов'язкового медичного страхування все ще може бути важливим кроком для забезпечення належного фінансового забезпечення системи охорони здоров'я, але він має бути впроваджений з урахуванням усіх цих складнощів та викликів.

3.2. Внутрішній потенціал нарощування фінансових ресурсів охорони здоров'я

При переході до нових моделей фінансування охорони здоров'я можуть виникнути проблеми посилення фінансової автономії медичних закладів та зміни їх фінансування.

Посилення фінансової автономії медичних закладів є критичним для забезпечення їх ефективної діяльності та розвитку. Однак, цей процес потребує комплексного підходу та уважного регулювання, щоб уникнути можливих негативних наслідків, таких як зростання вартості медичних послуг для пацієнтів та нерівномірний доступ до них.

При переході до нових моделей фінансування, таких як програма медичних гарантій, важливо враховувати потреби та інтереси всіх зацікавлених сторін, забезпечуючи справедливий розподіл ресурсів та доступ до медичних послуг для всього населення. Одним із ключових завдань в таких реформах є забезпечення, щоб пацієнти не втрачали доступ до необхідних послуг через фінансові обмеження.

Крім того, важливо розвивати механізми контролю за використанням фінансових ресурсів у медичних закладах, щоб забезпечити ефективне та економне використання коштів. Це може включати в себе впровадження систем внутрішнього контролю та аудиту, а також стимулювання ефективного управління фінансами та ресурсами.

Узгоджений підхід та співпраця між усіма зацікавленими сторонами є ключовими для успішної реалізації таких реформ. Тільки шляхом спільних зусиль можна забезпечити стабільну та ефективну систему охорони здоров'я, що відповідає потребам сучасного суспільства.

Важливість уваги до внутрішніх резервів фінансування медичних закладів в умовах значного дефіциту бюджетних ресурсів та несприятливих тенденцій в економіці є актуальною. Зазначена ситуація може призвести до звуження гарантованого пакету медичних послуг, оплачуваних за рахунок державних коштів, та відмови від виконання окремих цільових програм. Це ставить перед медичними закладами та органами місцевого самоврядування завдання знаходження додаткових джерел фінансування.

Розширення переліку медичних послуг та ефективне управління витратами можуть стати ключовими стратегіями для збільшення фінансових ресурсів медичних закладів. Запропоновані можливості, такі як обов'язкове

відшкодування витрат, реалізація платних послуг, укладання договорів з підприємствами та інші, можуть сприяти збільшенню доходів та покращенню фінансової стабільності медичних установ.

Розвиток телемедицини є ще одним обіцяним напрямом для забезпечення доступу населення до медичних послуг, особливо у важкодоступних регіонах. Це може сприяти як полегшенню навантаження на загальні медичні заклади, так і збільшенню доходів за рахунок надання телемедичних консультацій та послуг.

Щодо питання співоплати, важливо ретельно аналізувати його вплив на доступність медичної допомоги та соціальну справедливість. Співоплата може стати ефективним механізмом лише в разі, якщо вона доповнює, а не заміщує державне фінансування, і якщо враховується фінансова здатність громадян.

В цілому, реалізація цих стратегій може сприяти забезпеченню фінансової стабільності медичних закладів та покращенню доступу населення до якісних медичних послуг. Однак необхідно уважно враховувати індивідуальні особливості та потреби кожного регіону або специфічного закладу, щоб забезпечити оптимальну реалізацію запропонованих стратегій.

Введення співоплати при зверненні за медичною допомогою, за дослідженнями зарубіжних вчених, не має потенціалу зменшити особисті витрати на охорону здоров'я. Згідно з С. Томсоном та А. Саганом, це може навіть погіршити нерівність у доступі до медичних послуг. Проте, якщо розміри співоплати залишаться помірними, це може сприяти зменшенню навантаження на медичну систему. У деяких країнах ЄС співоплати були ефективним інструментом, але як додатковий елемент до загальнообов'язкового медичного страхування. Тому в Україні відмовилися від цієї ініціативи під час медичної реформи. Хоча це зменшило тіньові платежі, проблему їх існування не вирішено. Тіньові платежі в охороні здоров'я існують через специфіку медичних послуг та стереотипи суспільства. Реальним рішенням може бути перетворення цих платежів у медичну франшизу - фіксовану суму при кожному зверненні до лікаря. Це може

сприяти зміні свідомості людей та зменшенню тіньових платежів.

Одним із варіантів збільшення фінансування сектору охорони здоров'я є ширше використання співфінансування (cost sharing) за місцем надання послуг. Нерідко воно пропонується як метод збільшення коштів на медичну допомогу, але також може застосовуватися для зменшення кількості звернень.

Особливу увагу щодо використання внутрішніх резервів для збільшення фінансування медичних послуг слід приділити управлінню супутніми витратами медичних закладів. Велика частина коштів, виділених на функціонування, витрачається на послуги, що не стосуються медичної діяльності, такі як підтримка приміщень у належному санітарному стані, закупівля матеріалів, організація харчування, бухгалтерський облік, обслуговування комп'ютерних мереж та інше. У світовій практиці такі функції, що не стосуються медичної сфери, зазвичай делегуються іншим структурам, які мають відповідні ресурси для їх якісного виконання. Ця практика в охороні здоров'я відома як фасиліті-менеджмент.

Фасиліті-менеджмент у медичних закладах передбачає найм допоміжного персоналу та економію фінансових ресурсів через оптимізацію закупівель матеріалів, харчування та будівельних матеріалів [19]. З нашої точки зору, головні переваги фасиліті-менеджменту включають можливість концентрації уваги керівництва медичного закладу на покращенні доступності та якості медичних послуг, а також можливість впливу на якісні та вартісні показники непрофільних послуг, що надаються підрядниками. Однак існує ризик, що при обмежених бюджетних ресурсах жоден постачальник не буде зацікавлений у виконанні замовлень на непрофільні послуги за виставлену оплату. Ймовірність такої ситуації залежить від стабільності фінансової ситуації в системі охорони здоров'я та фінансового стану Національної служби здоров'я України.

Висновки до розділу 3

Розв'язання проблем модернізації фінансової моделі охорони здоров'я в Україні повинно бути в рамках подальшої реалізації медичної реформи, спрямованої на перехід від підходу "пропозиція" до "попиту" у наданні медичних послуг і на підвищення зв'язку між фінансуванням охорони здоров'я та її результатами. Крім того, одним з ключових завдань держави в рамках цієї реформи є вирішення проблеми нестачі фінансових ресурсів для задоволення потреб у галузі охорони здоров'я.

Важливим аспектом медичної реформи в Україні є вдосконалення інституційного забезпечення управління системою охорони здоров'я. Це передбачає створення Національної служби здоров'я України, яка виступає єдиним замовником медичних послуг та оплачує їх для медичних закладів, а також впровадження системи E-Health, що дозволяє ефективно розподіляти бюджетні кошти на оплату медичних послуг. Цифровізація системи охорони здоров'я створює нові можливості для залучення додаткових фінансових ресурсів через продаж корисних послуг, аналітичних даних та рекомендацій для бізнесу, що пов'язаний з охороною здоров'я.

Стратегія розв'язання проблеми обмеженості фінансування охорони здоров'я включає кілька напрямків дій, які можна умовно об'єднати у два вектори: нарощування фінансових ресурсів за рахунок залучення зовнішніх джерел фінансування та використання внутрішніх резервів збільшення фінансових ресурсів охорони здоров'я через підвищення ефективності управління ними.

Щодо першого вектора, нарощування фінансування охорони здоров'я може бути досягнуте шляхом перерозподілу бюджетних видатків на користь охорони здоров'я, впровадження додаткових цільових фіскальних платежів, диверсифікації джерел фінансування через активізацію проектної та фандрайзингової діяльності та залучення міжнародної технічної допомоги.

Незважаючи на широкий спектр варіантів залучення зовнішніх ресурсів, важливо пам'ятати, що вони не можуть стати основним джерелом фінансування медичних послуг та замінити бюджетне фінансування охорони здоров'я. Тому перехід до обов'язкового медичного страхування є необхідним.

Щодо внутрішніх резервів збільшення фінансових ресурсів охорони здоров'я, вони пов'язані з отриманням додаткових доходів від платних послуг, розширенням контингенту пацієнтів, ефективним контролем витрат та впровадженням нових методів управління. Зокрема, тут можна зазначити телемедицину, легалізацію плати за спеціалізовані медичні послуги у формі медичної франшизи та впровадження фасиліті-менеджменту в непрофільних послугах закладів охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ

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

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

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

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

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

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

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

Формування фінансових ресурсів охорони здоров'я в сучасних умовах супроводжується високим рівнем динаміки змін обсягів та структури джерел. Це зумовлено двома системними реформами: медичною реформою, спрямованою на зміну моделі фінансування галузі, та реформою місцевого самоврядування, що передбачає перерозподіл повноважень від центрального уряду до органів місцевої влади. Важливими факторами, що впливають на

тенденції фінансування охорони здоров'я, є перехід до клієнтоорієнтованих принципів діяльності медичних закладів та впровадження ринкових підходів до управління публічним сектором.

Українська модель фінансування охорони здоров'я базується на комбінації ресурсів з різних джерел. Згідно з офіційною статистикою, близько половини всіх ресурсів галузі становить бюджетне фінансування, майже така ж сама частка припадає на внесок домогосподарств та приватного сектору. Отже, в Україні сформувалася змішана модель фінансування охорони здоров'я на основі паритету державних та приватних ресурсів.

Незважаючи на зростання суспільних видатків на охорону здоров'я протягом останнього десятиліття, реальне збільшення фінансування галузі за цей період склало всього лише 3,7% з урахуванням інфляції. Це свідчить про те, що питома вага суспільних видатків на охорону здоров'я відносно ВВП за останні десять років не показує чітко вираженої тенденції.

Бюджетні кошти надходять для галузі охорони здоров'я кількома каналами, включаючи пряме фінансування всіх витрат закладів охорони здоров'я, програму державних медичних гарантій, субвенції місцевим бюджетам на різні бюджетні програми та власні доходи медичних установ. Останнім часом відбуваються значні зміни у структурі бюджетного фінансування охорони здоров'я внаслідок медичної реформи, зокрема, домінуючу роль у видатках на галузь почали відігравати кошти з державного бюджету.

Проведення медичної реформи в Україні, відповідно до запланованих заходів, передбачає реалізацію Програми медичних гарантій з 2020 року. Однак рівень фінансування цієї Програми поки що залишається нижчим, ніж заплановано, і не досягає 5% від ВВП України. Видатки на Програму у 2021 році становили лише 2,27% ВВП, а в 2022 році підвищились до 2,81%.

У бюджетній політиці охорони здоров'я виділяються також ресурси на інші програми, найбільшим з яких є програма "Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями". Фінансування охорони здоров'я з державного

бюджету також здійснюється через міжбюджетні відносини, проте обсяги субвенцій місцевим бюджетам зменшилися внаслідок переходу до нової моделі фінансування.

У сфері медичного страхування в Україні діє як обов'язкова, так і добровільна форми. Добровільне страхування забезпечується страховими компаніями, але його обсяги зменшилися з початком війни. Обов'язкове особисте страхування поки залишається на етапі проектування, через відсутність чіткої моделі його впровадження.

Для подальшої модернізації фінансової моделі охорони здоров'я в Україні важливо продовжувати медичну реформу. Це включає в себе вдосконалення управління системою охорони здоров'я через створення Національної служби здоров'я та впровадження електронної системи E-Health. Цифровізація також може відкрити можливості для залучення додаткових фінансових ресурсів у галузь, наприклад, через продаж аналітичних даних та рекомендацій для бізнесу.

Стратегія вирішення проблеми дефіциту фінансування охорони здоров'я включає два основних напрямки дій. Перший напрямок - це залучення зовнішніх ресурсів для збільшення фінансового потенціалу системи охорони здоров'я. Це може бути досягнуто за допомогою перерозподілу бюджетних видатків, введення додаткових цільових фіскальних платежів, розвитку проектної і фандрайзингової діяльності, залучення міжнародної технічної допомоги та донорських програм. Наприклад, ініціатива щодо цільових фіскальних платежів на товари, які шкодять здоров'ю, може стати ефективним способом збільшення фінансування охорони здоров'я.

Другий напрямок - це використання внутрішніх ресурсів для збільшення фінансових ресурсів системи охорони здоров'я через підвищення ефективності управління ними. Це може бути досягнуто через отримання додаткових доходів від надання платних послуг, розширення контингенту пацієнтів, ефективний контроль витрат на медичні послуги і стримування їх росту. Наприклад, впровадження телемедичних послуг, легалізація неофіційних

платежів за спеціалізовані медичні послуги у формі медичної франшизи та впровадження фасиліті-менеджменту можуть стати ефективними інструментами збільшення фінансових ресурсів.

Важливо враховувати, що хоча зовнішні ресурси можуть стати значним доповненням до фінансування охорони здоров'я, вони не можуть замінити бюджетне фінансування повністю. Тому ефективне управління внутрішніми ресурсами та реалізація потенціалу збільшення фінансових ресурсів є невід'ємною частиною стратегії вирішення цієї проблеми.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

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

<https://niss.gov.ua/doslidzhennya/socialna-politika/diversifikaciya-dzherel-finansuvannya-okhoroni-zdorovya>

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

- Кам'янець-Подільський: НРЗВО «Кам'янець-Подільський державний інститут», 2023. С. 226-230.
20. Горин В., Савчук С., Борис В. Характеристика основних світових моделей фінансування охорони здоров'я. *Фінансове забезпечення сталого розвитку: збірн. наук. праць кафедри фінансів ім. С. І. Юрія Західноукраїнського національного університету. Вип. 3. Тернопіль: ЗУНУ, 2023.*
 21. Горин В. Фінансові аспекти реформування охорони здоров'я у зарубіжних державах: висновки для України. *Світ фінансів. 2014. Вип. 1. С. 195-204.*
 22. Горин В. П., Квасниця О. В. Перспективи нарощування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я в умовах війни та поствоєнного відновлення України. *Інвестиції: практика та досвід. 2023. № 14. С. 27-33.*
 23. Гроші на медицину в громадах, Україна без тютюну, але з системою eHealth – експерти про Стратегію охорони здоров'я до 2030 року. URL: <https://rpr.org.ua/news/36476/>
 24. Гуржий П. О. Концептуальні засади системи менеджменту в закладах охорони здоров'я. *Економічний вісник Дніпровського державного технічного університету. 2022. № 1 (4). С. 30-37.*
 25. Демченко О. П., Науменко В. П. Етапи реалізації фінансових гарантій медичного обслуговування населення України та оцінка їх фінансування. *Інфраструктура ринку. 2020. Вип. 47. С. 152-161.*
 26. Електронне здоров'я: з чого складається система E-Health в Україні. URL: <https://medstatdon.dn.ua/yelektronne-zdorov-ya-z-chogo-skladayetsya-sistema-ehealth-v-ukrayini/>
 27. За підсумками першого півріччя МХП інвестував у КСВ-проекти близько 62 млн грн. URL: <https://mhp.com.ua/uk/novyny-ksv/za-pidsumkami-pershogo-pivrichchja-mkhp-investuvav-u-ksv-proekti-blizjko-62-mln-grn>

28. Загальні коефіцієнти природного руху населення за типом місцевості по регіонах у 2021 році. Державна служба статистики України. URL: http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/menu/menu_u/oz.htm.
29. Зелінський А. Проблеми бюджетного фінансування охорони здоров'я. *Актуальні питання фінансової науки та практики: збірник наукових праць кафедри фінансів ім. С. І. Юрія Західноукраїнського національного університету*. Вип. 1. Тернопіль: ЗУНУ, 2024.
30. Зелінський А. Джерела фінансування охорони здоров'я. *Фінансове забезпечення сталого розвитку: збірник наукових праць кафедри фінансів ім. С. І. Юрія Західноукраїнського національного університету*. Вип. 3. Т. 2. Тернопіль: ЗУНУ, 2023.
31. Зелінський А. Медичне страхування як джерело фінансування охорони здоров'я. *Актуальні питання фінансової науки та практики: збірник наукових праць кафедри фінансів ім. С. І. Юрія Західноукраїнського національного університету*. Вип. 1. Тернопіль: ЗУНУ, 2024.
32. Кузьменко Г. О. Зарубіжний досвід публічного управління у сфері охорони здоров'я. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування. 2022. № 3. Т. 33 (72). С. 113-119.
33. Макаренко В. В. Податкове регулювання ринку підакцизних товарів в Україні: автореф. дис. канд. ек. наук: 08.00.08. Ірпінь, 2021. 20 с.
34. Мартинов А. Австралійська медична модель: доступна, якісна та ефективна. Аналітичний портал «Ціна держави». URL: <https://cost.ua/352-med-australia/>
35. Миронюк О. План відновлення системи охорони здоров'я: які цілі намічено для фармсектору? *Аптека*. 2022. № 20/21. URL: <https://www.apteka.ua/article/641760>
36. Михайлов Д. Близько 50 тисяч українців втратили кінцівки через війну — WSJ. URL: <https://suspilne.media/542023-blizko-50-tisac-ukrainciv-vtratili-kincivki-cerez-vijnu-wsj/>

37. Міщук І., Віннічук І. Сучасний стан обов'язкового медичного страхування в Україні та шляхи його розвитку. *Підприємництво, господарство і право*. 2019. № 2. С. 110–114.
38. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я: монографія / Р. Р. Августин та ін. Тернопіль: Крок, 2020. 560 с.
39. Модернізація місцевих фінансів України в умовах економічних і соціальних трансформацій. Монографія / О. П. Кириленко та ін.; за ред. О. П. Кириленко. Тернопіль: Економічна думка, 2008. 376 с.
40. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України. URL: [http:// moz.gov.ua/strategija](http://moz.gov.ua/strategija)
41. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2016 році. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
42. Неефективні аспекти охорони здоров'я в Україні: чи справді якість відповідає ціні? / Вахітова Г. та ін. VoxUkraine. 2017. 23 червня. URL: <https://voxukraine.org/uk/neefektivni-aspekti-ohoroni-zdorov-ya-v-ukrayini-chi-spravdi-yakist-vidpovidaye-tsini/>
43. Обрізан М. Як нам відновити українську медицину після перемоги? VoxUkraine.org. 09.09.2022. URL: <https://voxukraine.org/yak-nam-vidnovyty-ukrayinsku-medytsynu-pislya-peremogy/>
44. Онишко С. В. Особливості функціонування моделей фінансування медичного страхування. *Економічний вісник*. Серія: Фінанси, облік, оподаткування. 2019. Вип. 3. С. 171-179.
45. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я України / Під заг. ред. В.М. Лехан, В.М. Рудого. К.: Вид-во Раєвського, 2005. 168 с.
46. Піхоцька О. М., Хомякова І. С. Фінансування системи охорони здоров'я в умовах її реформування. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2021. № 12. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=2503>

47. Показники діяльності страхових компаній за 2020-2023 рр. Офіційний веб-портал Національного банку України. URL: <https://bank.gov.ua/ua/statistic/supervision-statist#6>
48. Прилипко Є. Яким має бути фінансування та управління закладами охорони здоров'я в умовах децентралізації. URL: <https://life.pravda.com.ua/columns/2021/07/20/245440/>
49. Принципи відновлення та трансформації системи охорони здоров'я в Україні. Копенгаген, Європейське регіональне бюро ВООЗ, 2022. 62 с. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/361136/WHO-EURO-2022-5750-45515-65487-ukr.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
50. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 р. №2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-viii>
51. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: Розпорядження КМУ від 30.11.2016 р. № 1013-р. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80/>
52. Програма медичних гарантій: впровадження в Україні. Міністерство охорони здоров'я. URL: https://moz.gov.ua/uploads/0/3798-programa_medicnih_garantijvprovadzenna_v_ukraini.pdf
53. Прус Н., Савченко Н. Підходи до управління фінансовими ресурсами в контексті реформування системи охорони здоров'я. *Економіка та держава*. 2018. № 10. С. 27-32.
54. Рачинський А., Дарчин Б. Державна політика в галузі охорони здоров'я України: необхідність комплексності та системності реалізації. *Інвестиції: практика та досвід*. 2022. № 1. С. 67-72.
55. Рудий В. Контроль над витратами і ефективне використання ресурсів як засоби покращення системи охорони здоров'я в Україні. URL: http://www.healthfin.kiev.ua/pages/review/res_6u.htm.

56. Сателітний рахунок охорони здоров'я в Україні у 2020 році. Офіційна веб-сторінка Державної служби статистики України. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
57. Сафонов Ю., Борщ В. Стратегічний менеджмент закладів охорони здоров'я: загальні принципи та особливості застосування в галузі охорони здоров'я України. *Актуальні проблеми економіки*. 2019. № 8 (218). С. 62-69.
58. Семчук І. В., Кукель Г. С., Роледерс В. В. Впровадження нових підходів до управління закладами охорони здоров'я в умовах ринку. *Ефективна економіка*. 2020. № 5. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=7910>
59. Скільки коштує «безкоштовна» медицина в Україні. URL: <http://finance.tochka.net/ua/12315-skolko-stoit-besplatnaya-meditsina-v-ukraine/>
60. Солдатенко О. Сучасний стан правового регулювання фінансування сфери охорони здоров'я України. *Підприємництво, господарство і право*. 2018. Вип. 2. С. 142-147.
61. Стахів О. Методичні засади та специфіка управління системним розвитком закладів охорони здоров'я. *Вісник Хмельницького національного університету*. 2022. Т. 1. № 2. С. 61-66.
62. Тернова С. Чи варто віддавати фінансування системи охорони здоров'я на самоплив децентралізації? URL: <https://www.vz.kiev.ua/chy-varto-viddavaty-finansuvannya-systemy-ohorony-zdorov-ya-na-samoplyv-detsentralizatsiyi/>
63. Уряд вніс зміни до порядку використання коштів бюджетної програми «Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями». URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/uryad-vnis-zmini-do-poryadku-vikoristannya-koshtiv-byudzhetnoyi-programi-gromadske-zdorovya-ta-zahodi-borotbi-z-epidemiyami>

64. Федорович І. Медичне страхування: досвід зарубіжних країн та можливості для України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2023. № 6. С. 72-76.
65. Шевчук С. В., Онишко Ю. В. Проблеми фінансування і перспективи розвитку медичного страхування в Україні. *Інтелект XXI*. 2016. № 5. С. 158-162.
66. Юзефович С. Б. Проблеми диверсифікації джерел фінансових ресурсів охорони здоров'я в Україні. *Актуальні питання фінансової теорії та практики*: збірн. матер. Дев'ятої заоч.-дистанц. конф. студентів і молодих вчених (м. Тернопіль, 15 квітня 2022 р.). Ч. 1. Тернопіль: ЗУНУ, 2022. С. 147-150.
67. Януль І. Є. Перспективи розвитку медичного страхування в Україні. *Економіка та держава*. 2021. № 4. С. 87-91.