

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТУСА

**ЗОЗУЛЯ ЮЛІЯ ОЛЕКСАНДРІВНА**

Допускається до захисту:  
в.о. завідувача кафедри фінансів та  
банківської справи,  
канд. екон. наук, доцент  
\_\_\_\_\_ Л. В. Юрчишена  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

**МЕХАНІЗМ ФІНАНСУВАННЯ ЗАКЛАДІВ СИСТЕМИ ОХОРОНИ  
ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ**

Спеціальність 072 Фінанси, банківська справа, страхування та фондовий  
ринок

ОП «Фінанси, банківська справа та страхування»

Кваліфікаційна (магістерська) робота

Науковий керівник:  
В. П. Козлов, доцент кафедри  
фінансів і банківської справи,  
канд. екон. наук, доцент

\_\_\_\_\_  
(підпис)

Оцінка: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(бали / за шкалою ЄКТС / за національною шкалою)

Голова ЕК: \_\_\_\_\_

(підпис)

Вінниця 2024

## АНОТАЦІЯ

**Зозуля Ю. О.** Механізм фінансування закладів системи охорони здоров'я в Україні. Спеціальність 072 Фінанси, банківська справа та страхування. Освітня програма «Фінанси, банківська справа та страхування». Донецький національний університет імені Василя Стуса, Вінниця, 2024.

У кваліфікаційній роботі розкрито теоретичні та методологічні основи механізму фінансування закладів системи охорони здоров'я в Україні. Проведено аналіз механізму фінансування закладів системи охорони здоров'я в Україні. Проведено аналіз фінансового стану КНП «Томашпільська центральна районна лікарня» за 2020-2021 рр.

Основним науковим результатом дослідження є розроблена концепція удосконалення механізму фінансування закладів системи охорони здоров'я в Україні.

*Ключові слова:* фінансування, система охорони здоров'я, методи фінансування, програма медичних гарантій, страхова медицина.

72 с., 8 табл., 6 рис., бібліограф.: 57 джерел.

## SUMMARY

**Zozulia Y. O.** Mechanism of financing health care institution in Ukraine. Specialty 072 Finance, banking and insurance. Educational program "Finance, Banking and Insurance". Vasyl' Stus Donetsk National University, Vinnytsia, 2024.

The qualification work reveals the theoretical and methodological foundations of the financing mechanism of health care institutions in Ukraine. An analysis of the financing mechanism of health care institutions in Ukraine was carried out. An analysis of the financial condition of the Tomashpil Central District Hospital for 2020-2022 was carried out.

The main scientific result of the study is the developed concept of improving the financing mechanism of health care institutions in Ukraine.

*Key words:* financing, health care system, financing methods, medical guarantee program, insurance medicine.

72 p., 8 tabl., 6 fig., bibliography: 57 items.

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ МЕХАНІЗМУ ФІНАНСУВАННЯ ЗАКЛАДІВ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	7
1.1 Економічна сутність механізму фінансування закладів системи охорони здоров'я.....	7
1.2 Методологічні засади механізму фінансування закладів системи охорони здоров'я.....	16
РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ МЕХАНІЗМУ ФІНАНСУВАННЯ ЗАКЛАДІВ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....	23
2.1 Реформування механізму фінансування закладів системи охорони здоров'я в Україні.....	23
2.2 Аналіз фінансового стану КНП «Томашпільська центральна районна лікарня» за 2020-2022 рр.....	33
2.3 Оцінка ефективності фінансування закладів системи охорони здоров'я.....	41
РОЗДІЛ 3 ПРАКТИЧНА РЕАЛІЗАЦІЯ КОНЦЕПЦІЇ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМУ ФІНАНСУВАННЯ ЗАКЛАДІВ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	47
3.1 Концепція удосконалення механізму фінансування закладів системи охорони здоров'я в Україні.....	47
3.2 Апробація моделі програми лояльності у медичних закладах	57
3.3 Альтернативні способи фінансування закладів системи охорони здоров'я.....	62
ВИСНОВКИ.....	70
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	73

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** В сучасних умовах в Україні система фінансування охорони здоров'я потребує удосконалення, оскільки здоров'я населення виступає основним показником, що характеризує рівень соціально - економічного розвитку суспільства, ресурсний потенціал країни, якість робочої сили. Крім того, стан здоров'я громадян безпосередньо пов'язаний з безпекою країни, а також якістю та ефективністю трудової діяльності.

Показники здоров'я населення України в останні роки погіршуються, що може призвести до серйозних соціальних та економічних проблем. Існують проблеми доступності для населення медичної допомоги, забезпечення її якості. Великою мірою якість та гарантованість медичних послуг, наявність у медичних установ сучасною технікою, підвищення кваліфікованих кадрів визначаються фінансовими можливостями системи охорони здоров'я, механізмами фінансування медичних послуг.

В останні десятиліття в Україні проводяться радикальні ринкові перетворень всієї соціально-економічної системи, включаючи систему охорони здоров'я, що визначає напрямки реформування цієї сфери. Дуже важливим в сучасних умовах є вирішення питання фінансового забезпечення медичної сфери, що потребує пошуку напрямів удосконалення механізму фінансування закладів охорони здоров'я. В цих умовах розробка концепції удосконалення механізму фінансування системи охорони здоров'я в Україні буде сприяти ефективному реформуванню медичної сфери.

Питання розвитку фінансового механізму системи охорони здоров'я розглядалися в працях вітчизняних та зарубіжних вчених: Н. Авраменко, М. Білинська, У. Беверидж, Ю. Вороненко, В. Войцехівський А. Григоренко, М. Філд. Вченими визначено напрями розвитку фінансування системи охорони здоров'я та ідентифіковано ключові проблеми. Проте, в умовах реформування системи охорони здоров'я в цілому є потреба у трансформації фінансового механізму для відповідності цілям реформи.

**Мета дослідження.** Розробити на основі системного підходу концепцію удосконалення механізму фінансування закладів системи охорони здоров'я в Україні, яка дозволить розширити фінансові можливості для подальшого розвитку медичної галузі.

**Об'єкт дослідження** – процес фінансування закладів системи охорони здоров'я.

**Предмет дослідження** – економічні відносини, які виникають в процесі фінансування закладів системи охорони здоров'я.

**Завдання дослідження:**

- визначити економічну сутність механізму фінансування закладів системи охорони здоров'я;
- визначити методологічні засади механізму фінансування закладів системи охорони здоров'я;
- визначити особливості реформування механізму фінансування закладів системи охорони здоров'я в Україні;
- провести аналіз фінансового стану Комунального некомерційного підприємства «Томашпільська центральна районна лікарня» за 2020-2021 рр.;
- розробити концепцію удосконалення механізму фінансування закладів системи охорони здоров'я в Україні;
- провести апробацію моделі програми лояльності у медичних закладах.

**Методи дослідження:** методи порівняльного та статистичного аналізу, економічного аналізу, економіко-математичні методи, системний підхід, інструменти інтелектуального текстового аналізу.

**Наукова новизна дослідження:** розроблено концепцію удосконалення механізму фінансування закладів системи охорони здоров'я в Україні на основі сучасних методів і моделей.

**Практичне значення отриманих результатів** полягає в тому, що розроблені пропозиції, методи удосконалення механізму фінансування системи охорони здоров'я в Україні, які розглянуті в рамках розробленої концепції, дозволять керівникам організацій охорони здоров'я більш

ефективно керувати фінансовою діяльністю, яка направлена на покращення здоров'я населення.

**Апробація результатів дослідження.** За результатами дослідження опубліковано тези:

- Особливості фінансування системи охорони здоров'я в Україні в умовах воєнного стану. *Збірник матеріалів I Всеукраїнської науково-практичної конференції, присвяченої 55-річчю кафедри фінансів і банківської справи «Актуальні проблеми розвитку фінансів в умовах цифровізації економіки України»*. Вінниця: ДонНУ імені Василя Стуса, 2023. С. 48-50.

- Аналіз загальних витрат на охорону здоров'я фінансуючими організаціями (фінансовими агентами) в Україні. *Стратегічні пріоритети розвитку науки, освіти, технологій і суспільства: збірник тез доповідей міжнародної науково-практичної конференції* (Полтава, 9 листопада 2023 р.): у 2 ч. Полтава: ЦФЕНД, 2023. Ч. 2. С. 18-20.

**Положення, що виносяться на захист:**

- визначення економічну сутність механізму фінансування закладів системи охорони здоров'я;
- методологічні засади механізму фінансування закладів системи охорони здоров'я;
- особливості реформування механізму фінансування закладів системи охорони здоров'я в Україні;
- результати аналізу фінансового стану Комунального некомерційного підприємства «Томашпільська центральна районна лікарня» за 2020-2021 рр.;
- розроблена концепція удосконалення механізму фінансування закладів системи охорони здоров'я в Україні;
- результати апробації моделі програми лояльності у медичних закладах.

**Кваліфікаційна робота складається** зі вступу, 3 розділів, висновків, списку використаних джерел із 54 найменувань. Загальний обсяг роботи становить 79 сторінок та містить 22 таблиць та 25 рисунків.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ МЕХАНІЗМУ ФІНАНСУВАННЯ ЗАКЛАДІВ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

#### **1.1 Економічна сутність механізму фінансування закладів системи охорони здоров'я**

На збільшення тривалості життя та зниження смертності впливає рівень доступності медичної допомоги та стан охорони здоров'я в країні. Щоб медична допомога стала доступною для людей у всіх без винятку населених пунктах країни, незалежно від того, де людина проживає, потрібне збільшення кількості медичних установ та достатній обсяг фінансування охорони здоров'я.

Управління фінансами є комплексним поняттям, яке впливає на процес суспільного відтворення та відображає використання фінансів як важеля впливу на нього. Такий вплив може бути кількісним і якісним.

Кількісний відбувається за допомогою використання фінансового механізму.

Якісний полягає в наростаючому попиті на збільшенні фінансових ресурсів у кінцевих результатах діяльності суб'єктів фінансових відносин [4].

Взаємозалежність між управлінням фінансами, фінансовою політикою, фінансовим механізмом та стратегією фінансового забезпечення розвитку сфери охорони здоров'я представлено на рис. 1.1, де управління фінансами охорони здоров'я розглядається як складова Національної економічної стратегії на період до 2030 року [23].

Стратегія розвитку охорони здоров'я в Україні визначає державну фінансову політику, складовою якої виступає фінансова політика у сфері охорони здоров'я. Досягнення цілей і завдань фінансової політики здійснюється в процесі управління фінансами сфери охорони здоров'я шляхом формування фінансового механізму підтримки та розвитку сфери охорони здоров'я.

Національна стратегія електронної охорони здоров'я необхідна для впровадження нових технологій з метою підвищення якості надання медичних послуг. Стратегія удосконалення фінансового забезпечення розвитку сфери охорони здоров'я, в свою чергу, сприятиме удосконаленню державної фінансової політики, управління фінансами та фінансового механізму.

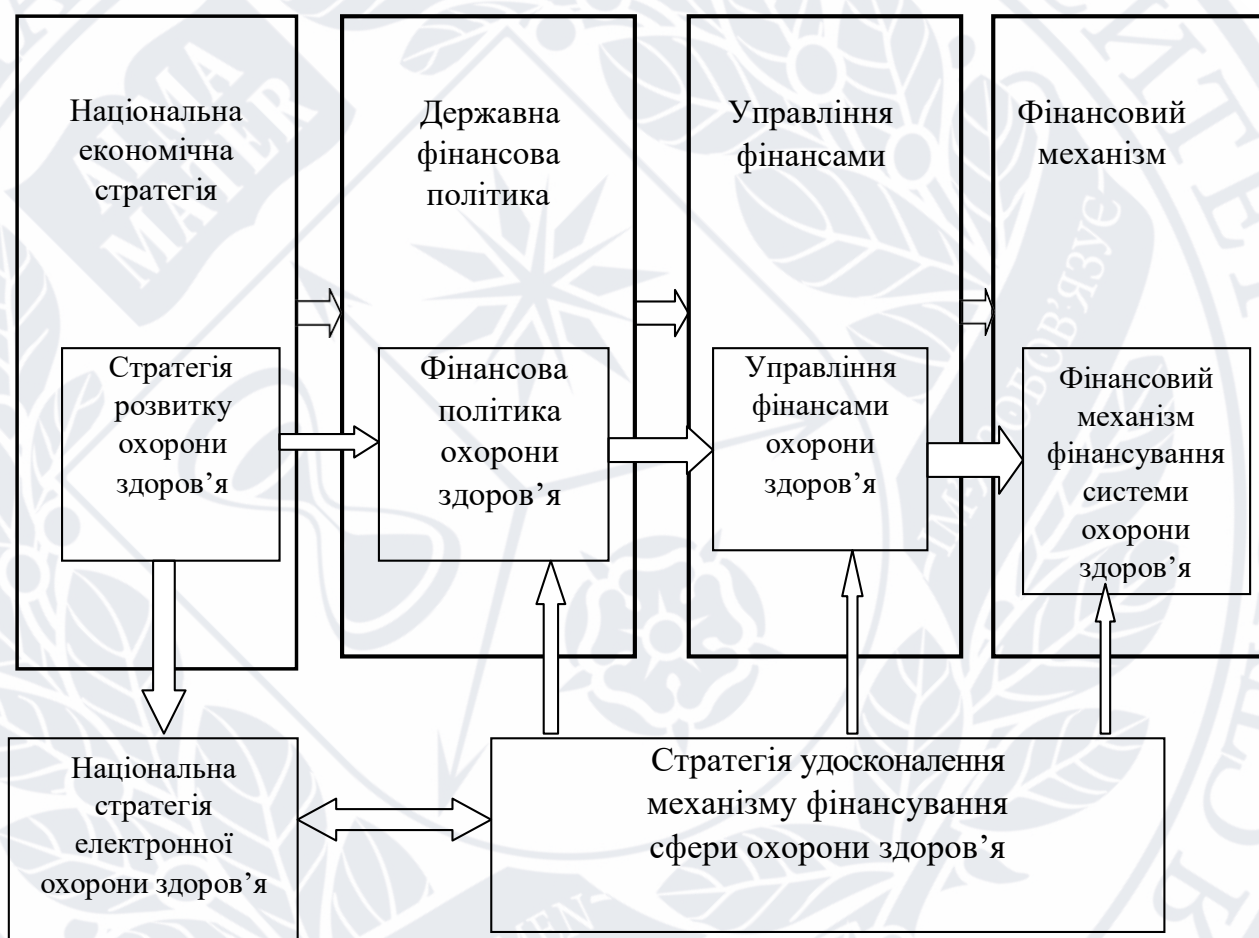


Рисунок 1.1 - Взаємозв'язок фінансової політики, управління фінансами та фінансового механізму при реалізації стратегії удосконалення механізму фінансування сфери охорони здоров'я.

Джерело: Складено автором на основі [31].

Особливості механізму фінансування сфери охорони здоров'я розглядаються в роботах багатьох вітчизняних та зарубіжних учених-економістів. Механізм формування фінансових ресурсів більшість авторів (С. Юрій, В. Федосов) визначають як механізм, який забезпечує формування



ресурсів в достатньому розмірі і їх подальше ефективне використання [51]. О. Романенко визначає сутність механізму фінансування як джерело покриття затрат за рахунок фінансових ресурсів, які акумулюються державою і суб'єктами господарювання [38]. В той же час фінансові ресурси не тільки використовуються за призначенням, а також велике значення має те, як вони формуються. Тобто у приведеному визначенні відображено не всі аспекти явища, що розглядається.

Науковці В. Опарін та В. Федосов під механізмом фінансування бачать систему джерел фінансування розвитку економічної та соціальної сфер суспільства, а також систему форм такого фінансування [51]. У цьому визначенні достатньо повно і лаконічно відображено сутність механізму фінансування.

Більш розгорнуте визначення механізму фінансування надають С. Кравченко С. та Марковський С. у визначенні механізму фінансування виділяють, що це структурна діяльність, яка включає дві складові системні частини: основну діяльність, яка направлена на реалізацію головного стратегічного завдання підприємства (виробництво та реалізація робіт, товарів та послуг) і для забезпечення виконання цього завдання здійснює мобілізацію, накопичення, перетворення та розподіл фінансових ресурсів з метою отримання прибутку, а також менеджерську діяльність, яка забезпечує надійну та ефективну фінансову діяльність підприємства. [21].

Таким чином, здебільшого сутність механізму фінансування визначається залежно від того, який аспект фінансової діяльності на макро- або мікрорівні розглядає науковець. Аналізуючи трактування механізму фінансування вітчизняними ученими-економістами, можна зробити висновок, що механізм фінансування представляє собою механізм, який заснований на відповідних принципах, включає необхідні джерела та форми фінансування розвитку соціально-економічної сфер господарства, в тому числі – системи охорони здоров'я.

Що стосується механізму фінансування діяльності закладів охорони

здоров'я, то в сучасній економічній теорії немає чіткого визначення цього поняття.

Разом з тим на необхідності розв'язання глобальних проблем у сфері стратегічного фінансового планування та реформування політики фінансування охорони здоров'я наголошує і Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). Проте ВООЗ до фінансових аспектів діяльності систем охорони здоров'я не включає оцінку її фінансового забезпечення і фінансової стабільності [16]. А це, в свою чергу зумовлює відсутність єдиного розуміння цих категорій в охороні здоров'я і вказує на відсутність достатньої уваги в наукових роботах питанням формування сучасної моделі фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в Україні в умовах її реформування.

Дослідивши існуючі погляди на визначення поняття «механізм фінансування» вважаємо, що під «механізмом фінансування закладів охорони здоров'я» слід розуміти принципи, джерела та форми залучення та використання фінансових ресурсів у закладах охорони, з метою забезпечення збереження, зміцнення та відновлення здоров'я населення. При цьому ефективність механізму фінансування суттєво впливає на фінансову стабільність та загальні показники діяльності закладів охорони здоров'я і в кінцевому підсумку на стан його фінансової безпеки (рис. 1.2).

Одним із ключових завдань соціальної політики держави є побудова ефективної системи охорони здоров'я, яка забезпечує населення доступною медичною допомогою необхідної якості. Рівень розвитку системи охорони здоров'я характеризує рівень соціально-економічного розвитку країни. Медична система України, яка залишилася у спадок від Радянського Союзу, характеризується такими негативними характеристиками, як незбалансованість та низька ефективність. Ілюстрацією такого стану є міжнародні рейтинги, які дозволяють порівняти рівень розвитку системи охорони здоров'я різних країн Європи та всього світу. У більшості цих рейтингів Україна із року в рік займає останні позиції.



Рисунок 1.2 - Результати впливу фінансового забезпечення на діяльність закладу охорони здоров'я.

Джерело: Складено автором на основі [18].

Результати дослідження, яке проводилося медичним виданням The Lancet у 2016 р. і змістом якого було порівняння рівня здоров'я населення країн, що аналізувалися, Україна посіла 119 місце серед 188 держав [11]. Цей рейтинг було складено на основі аналізу показників здоров'я населення країн за період 1990 - 2015 рр. за 33 параметрами. У рейтингу процвітання, який щороку розраховується The Legatum Institute, Україна займає лише 112 місце (2021 р.). Рейтинг The Legatum Institute має важливу складову - рівень охорони здоров'я в країні і за цією складовою Україна у 2021 р. займала одне з останніх місць - 135 місце. Якщо дослідити цей рейтинг за останні роки, то помітна негативну динаміку розвитку системи охорони здоров'я в Україні: у 2013 р. Україна займала 86 місце у рейтингу, у 2017 р. становище з охороною здоров'я дещо покращилося і Україна перейшла у рейтингу на 79 місце, однак у 2021 р. рейтингова позиція України погіршилася і склала 111 місце [12].

Дослідження Всесвітньої організації охорони здоров'я показують, що між рівнем витрат на охорону здоров'я (на душу населення) та середньою тривалістю життя людини існує залежність (пряма). Україна має незадовільні показники: за рівнем смертності в 2017 році країна займала 5 місце, а за середньою тривалістю життя – 150 місце у світовому рейтингу [23]. Такі показники свідчать про недостатній рівень фінансового забезпечення медичної системи у країні.

Система охорони здоров'я України довгий час фінансувалася за бюджетною моделлю, яка є високоефективною тільки при наявності достатнього фінансового забезпечення. Однак в Україні рівень бюджетних витрат на забезпечення функціонування системи охорони здоров'я є не достатнім для фінансування необхідних видатків медичної сфери. Так, аналіз статистичної інформації свідчить, що реальні видатки на охорону здоров'я в Україні за період 2016 - 2021 рр. збільшилися на 17,25% (з 71 млрд грн у 2016 р. до 83,2 млрд грн у 2021 р.) (табл. 1.1). Витрати на охорону здоров'я збільшилися на 20,2% (у розрахунку на душу населення).

Таблиця 1.1 - Показники фінансування охорони здоров'я України у 2016 - 2021 рр.

Показник	2016 р.	2017 р.	2018 р.	2019 р.	2020 р.	2021 р.	2021 / 2016
1. Видатки на охорону здоров'я у цінах 2016 р., (на душу населення), грн	1657	1553	1850	1897	1959	1988	20,2
2. Видатки на охорону здоров'я у цінах 2016 р., млрд грн)	71,0	66,3	78,6	80,2	82,3	83,2	17,2
3. Видатки на охорону здоров'я (у % до ВВП країни)	3,6	3,2	3,4	3,3	3,2	3,0	-16,6
4. Видатки на охорону здоров'я (% у зведених видатках)	10,4	9,0	9,7	9,3	9,4	9,2	-11,5
5. Чисельність населення (млн ос.)	42,8	42,7	42,5	42,3	42,0	41,8	-2,3

Джерело: Складено автором на основі [23].

Головним чинником такого зростання виступив процес скороченням чисельності населення країни (на 2,3% за період 2016-2021 рр.).

Аналіз витрат на охорону здоров'я шляхом розрахунку частки таких витрат у ВВП країни (у %), то питома вага цих витрат скоротилася на 17%, а частка витрат зведеного бюджету на охорону здоров'я скоротилася з 10,4% у 2016 році до 9,2% у 2021 році. Це свідчить, що суми, які виділяються з державного бюджету на фінансування сфери охорони здоров'я України поступово зростають. Однак у порівнянні з темпами зростання економіки таке зростання здійснюється більш повільними темпами.

Однією з ключових функцій системи фінансування охорони здоров'я є так званий пулінг — збирання та консолідація коштів на оплату медичної допомоги населенню. З точки зору соціальної солідарності та об'єднання ризиків при зовнішньому різноманітті підходів до пулінгу в різних країнах принциповим питанням є вибір між двома основними моделями: між одноканальною моделлю єдиного платника (системою єдиного пулу) та багатоканальною моделлю за участю конкуруючих страховиків та/або використанням кількох різних каналів (пулів) бюджетного фінансування для різних груп населення.

Одноканальна система єдиного платника (державного чи загально національного страховика) може мати дві форми. Перший (неринковий) варіант передбачає концентрацію основної частини фінансових ресурсів у бюджеті національного Міністерства охорони здоров'я, яке фінансує підпорядковану державну медичну інфраструктуру, тобто немає явного поділу між покупцем та провайдером медичних послуг. На сьогодні таку систему мають не лише країни з комуністичним бекграундом (наприклад, Куба та Білорусь), а й країни з ринковою економікою та невеликою компактною територією - наприклад, Мальта, Есватині, Шрі-Ланка [4].

Другий (ринковий) варіант одноканальної системи єдиного платника передбачає делегування функції фінансування загальнодоступної медичної допомоги всьому населенню уповноваженій некомерційній організації або

державному агентству, яке консолідує надходження від усіх джерел доходів (страхові внески, асигнування з бюджету тощо) та здійснює всі розрахунки по оплаті населенню медичної допомоги.

При цьому споживачі вільні у виборі лікувальних закладів, які конкурують один з одним. Тим самим збереження ринкових відносин у поєднанні з ринковою силою (монопсонією) єдиного платника дозволяє домогтися від медичних установ високої якості обслуговування при стримуванні цін. Знижуються адміністративні та транзакційні витрати, вирішується проблема черг та стимулюється зростання якості та зниження витрат [45]. Системи єдиного платника зазвичай є більш прогресивними та ефективними, оскільки об'єднують ризики, пропонуючи уряду більш високий рівень контролю над витратами на здоров'я. Вони забезпечують ефективніший перерозподіл коштів: від молодих – літнім, від багатих – бідним, від бездітних – багатодітним [16].

Навпаки, багатоканальні системи з кількома платниками не мають можливості здійснювати такий контроль, тому є менш ефективними. Крім того, багатоканальні системи функціонують значною мірою заради інтересів своїх бенефіціарів, якими можуть виступати, наприклад, власники страхових компаній, топ-менеджери регіональних, відомчих та корпоративних каналів, а також привілейовані групи споживачів. При цьому спостерігається процес, протилежний об'єднанню ризиків, - фрагментація пулів (каналів), яка є ключовою перешкодою для загального охоплення населення послугами охорони здоров'я. Фрагментація сприяє неефективності системи охорони здоров'я. Зазвичай вона пов'язана з дублюванням (або множенням) кількості агентств, необхідних для управління пулами та закупівлями послуг, зростанням адміністративних витрат. Зростають загальносистемні видатки безліч інформаційних систем, збільшується кількість адміністративного персоналу з дублюванням його обов'язків. Неминучим стає зростання витрат через селекцію «поганих» ризиків - наприклад, при добровільному медичному страхуванні [11].

На перший погляд, ефективність багатоканальних та одноканальних моделей приблизно однакова. Так, за даними агентства Bloomberg, яке регулярно публікує індекс The Most Efficient Health Care, що розраховується за співвідношенням національних витрат на медицину та досягнутою тривалістю життя, серед 15 країн, що займають верхні рядки цього рейтингу, кількість країн з одноканальною та багатоканальною моделями приблизно однакова.

Більш уважно спробував розглянути проблему порівняння різних моделей фінансування 1996 р. J. Elola. Він порівняв показники здоров'я (смертність немовлят, очікувана тривалість життя, потенційні втрачені роки життя, витрати на охорону здоров'я у відсотках до ВВП та на душу населення) та показники задоволеності населення деяких європейських країн їхньою системою охорони здоров'я за 1992 р. [20]. Автор не знайшов значної різниці в показниках здоров'я при менших витратах систем «єдиного платника» і вищих показниках суб'єктивної задоволеності населення медичними послугами в країнах із моделлю конкуруючих страховиків. Отримані дані дали автору підстави зробити висновок, що метою реформ європейської охорони здоров'я має бути взаємне зближення різних моделей у пошуку компромісу між задоволеністю споживачів та стримуванням витрат.

Після цього R. V. Saltman, R. Busse та J. Figueras зробили ще одну спробу порівняти ефективність різних моделей фінансування охорони здоров'я [21] за більш широким колом показників - не лише витрат, тривалості життя та задоволеності користувачів, а й списків (черг) очікування, справедливості фінансування та рейтингів якості. Як і J. Elola, автори відмітили більш високу задоволеність населення моделлю конкуруючих страховиків, не знайшли відчутної різниці у показниках здоров'я та вищої ефективності моделі «єдиного платника» щодо стримування витрат. Свою роботу вони закінчили, що в оцінці ефективності слід орієнтуватися на те, що вважається більш важливим: або чинник зниження витрат (фінансової доступності медичної допомоги), або суб'єктивна задоволеність пацієнтів.

## 1.2 Методологічні засади механізму фінансування закладів системи охорони здоров'я

Метою функціонування медичної сфери є здійснення якісного медичного обслуговування населення, забезпечення вільного доступу до послуг та створення умов (правових, організаційних, економічних) для надання таких послуг, які будуть задовольняти медичні потреби населення виходячи з їх виду, якості та доступності. Якість медичних послуг повинна відповідати рівню розвитку технологій та матеріально-технічного забезпечення. Важливим є також відповідність плати за медичні послуги можливостям населення. Досвід управління фінансовим забезпеченням медичної сфери свідчить, що досягнення поставленої мети неможливо, якщо не приділяється увага досягненню високого рівня економічній ефективності системи. Таким чином удосконалення фінансового забезпечення та планування є актуальним напрямком реформування медичної системи країни [25].

Ефективне управління фінансовим забезпеченням медичної сфери потребує визначення та обґрунтування мети управління, визначення якої залежить від впливу наступних чинників:

- напрямки підвищення ефективності фінансового забезпечення медичної сфери,
- оцінка якості фінансового забезпечення,
- визначення ефективності оплати праці працівників медичної сфери тощо.

Для збільшення ефективності управління використовуються адаптивні методи та інструменти фінансового забезпечення. Важливим є також включення управління фінансами до загальної системи управління. При цьому необхідно врахувати два напрямки фінансування:

- поточне фінансування медичних закладів,
- забезпечення довгострокового фінансування медичних закладів на основі розробки та прийняття відповідних рішень.



У зв'язку з необхідністю підвищення якості послуг системи охорони здоров'я постає питання про впровадження ефективних методів управління фінансами, які передбачають підвищення результативності від використання ресурсного потенціалу.

Під управлінням фінансами (англ. financial management) ми розуміємо свідомий вплив органів управління на фінанси установ та на фінансові процеси, фінансову діяльність, що здійснюється з метою досягнення та підтримання збалансованості, фінансової стійкості установи, отримання доходів для фінансового забезпечення розв'язуваних економічних та соціальних завдань установи [46].

Головними суб'єктами системи управління фінансовим забезпеченням сфери охорони здоров'я, які напряду впливають на формування, використання та розподіл фінансових ресурсів, належну організацію ефективної фінансової діяльності, в першу чергу відносять: державу; надавачів медичних послуг (державні заклади охорону здоров'я, комерційні неприбуткові підприємства, приватні клініки, а також лікарі-фізичні особи-підприємці, які займаються приватною практикою лікування); замовники медичних послуг (головний замовник – Національна служба здоров'я України, страхові компанії); користувачі медичних послуг – все населення країни [35].

Державна політика у сфері охорони здоров'я формується на основі врахування наступних чинників: розробка обґрунтованої концепції (на основі аналізу ситуації, вимог економічних законів, потреб населення), визначення основних напрямів використання ресурсів, визначення переліку дій для реалізації мети (з урахуванням економічної політики, міжнародних вимог), врахування наслідків військових дій. Також держава виконує стратегічне та тактичне планування. Як надавачі так і замовники медичних послуг беруть участь в розробці та прийнятті фінансових рішень. Участь держави в управлінні фінансами охорони здоров'я пов'язана з упередженням можливого спричинення шкоди отримувачам медичних послуг, контролем якості та доступності медичних послуг всім категоріям населення, формуванням

інститутів захисту прав пацієнтів та медичних працівників, удосконаленню нормативно-правового забезпечення, сприяння впровадження в практику нових форм та методів лікування [53].

Учасниками системи управління фінансовим забезпеченням сфери охорони здоров'я виступають головні лікарі різних закладів охорони здоров'я, які проводять організацію фінансової діяльності закладу та є виконавцями адміністративних та організаційних функцій. Керівник у сфері охорони здоров'я формує фінансову службу, забезпечує організацію планування, управління, координацію та оцінювання надання медичних послуг та послуг з охорони громадського здоров'я у лікарнях, клініках, органах охорони здоров'я та інших подібних організаціях, розробку та управління бюджетів, контроль за видатками та ефективним використанням ресурсів, у тому числі фінансових.

Співробітники, які зайняті в установі фінансової діяльності, здійснюють планування, управління та координацію структурних підрозділів установи; проводять оцінку фінансового стану установи, складають звіти та проводять контрольні заходи за фінансовими операціями.

Управління фінансами установи здійснюється у трьох напрямках:

- 1) визначення цілей фінансової політики медичної установи та їх досягнення;
- 2) поточне управління грошовими потоками, відносинами у фінансовій сфері;
- 3) управління джерелами коштів.

Фінансові відносини установи можна згрупувати у 4 групи:

- з іншими підприємствами та установами;
- усередині установи;
- із фінансово-кредитною системою;
- органами державної влади та органами місцевого самоврядування.

Найбільш поширеними методами управління фінансами є:

- фінансове планування;

- прогнозування;
- програмування;
- регулювання;
- контроль.

Об'єктом фінансового планування в установі є створення та розподіл доходів, формування та використання фондів коштів. Усі учасники фінансового планування впливають на якість управління фінансами.

На різних рівнях управління фінансами охорони здоров'я можна виділити такі етапи:

- 1) розробка фінансової та облікової політики установи;
- 2) складання плану фінансово-господарської діяльності: вибір фінансових методів та інструментів; визначення співвідношення джерел фінансування;
- 3) прогнозування фінансових результатів: за обсягом медичних послуг, за доходами, витратами, витратами та ефективності використання ресурсів;
- 4) виконання плану фінансово-господарської діяльності: мобілізація ресурсів; витрачання фінансових коштів;
- 5) контроль виконання плану фінансово-господарської діяльності.

До основних принципів управління фінансовим забезпеченням розвитку сфери охорони здоров'я, вважаємо доцільним віднести наступні:

- принцип субсидіарності - фінансування розвитку сфери охорони здоров'я на основі визначення потреб та необхідності надання медичних послуг різних рівнів;
- принцип соціальної справедливості - базується на доступності та якості медичних послуг, бажанні громадян зберігати та підтримувати стан свого здоров'я, укріпляти його фізичний та духовний стан, забезпеченні доступу до новітніх медичних досягнень, забезпеченні профілактичних заходів, дієвого соціального страхування;

- вигода-витрата - лікування є вигідним, при ефективному лікуванні відбувається запобігання зайвим витратам на реабілітацію, діагностику, купівлю лікарських засобів тощо;

- принцип системності - базується на розробці та прийнятті управлінських рішень, які корелюють державній економічній стратегії, враховують особливості її реалізації, упорядкованості та послідовності дій всіх елементів системи;

- принцип збалансованості - необхідність забезпечення фінансовими ресурсами гарантованого мінімуму медичних послуг;

- принцип диверсифікованості фінансового забезпечення - залучення додаткових джерел фінансування сфери охорони здоров'я (активізація добровільного медичного страхування, впровадження обов'язкового медичного страхування, донорські фонди, благодійні фонди, гранти тощо), що в свою чергу знижує навантаження на державний бюджет та мінімізує фінансові ризики;

- принцип відповідальності - відповідальність всіх учасників сфери охорони здоров'я в залежності від виконуваних функцій та повноважень;

- принцип ефективності - отримання медичного та соціального ефектів шляхом оптимального залучення, розподілу та раціонального використання ресурсів;

- принцип законності - якісне нормативно-правове забезпечення, дотримання норм та прав фінансового контролю;

- принцип гласності - передбачає відкритість та доступність кожному громадянину інформації щодо розподілу та використання фінансових ресурсів на забезпечення гарантованого державою рівня надання медичних послуг;

- принцип результативності - означає визначення чітких цілей, обґрунтованого алгоритму дій щодо їх досягнення, забезпеченості всіма необхідними ресурсами, які сприятимуть отриманню відповідного задовільного результату від управління фінансовим забезпеченням сфери охорони здоров'я;

- принцип поєднання централізованих та децентралізованих підходів, передбачає перерозподіл фінансових коштів на різних рівнях в межах єдиної фінансової політики держави з урахуванням потреб закладів охорони здоров'я;

- принцип безперервності передбачає постійний взаємозв'язок плануванням на поточний та майбутні періоди.

Враховуючи специфіку охорони здоров'я, варто зазначити, що організація фінансового забезпечення потребує особливого підходу, оскільки окрім економічної ефективності необхідним є дотримання принципу соціальної справедливості.

Економічну ефективність визначають раціональністю використання фінансових, трудових, матеріальних ресурсів.

Соціальний ефект оцінюється покращенням здоров'я населення, подовженням тривалості життя, мінімізацією кількості важких захворювань, зміною демографічних показників, зменшенням випадків передчасної смерті та в цілому рівнем задоволеності населення від отриманої медичної допомоги.

### **Висновки до розділу 1.**

Дослідивши існуючі погляди на визначення поняття «механізм фінансування» вважаємо, що під «механізмом фінансування закладів охорони здоров'я» слід розуміти принципи, джерела та форми залучення та використання фінансових ресурсів у закладах охорони, з метою забезпечення збереження, зміцнення та відновлення здоров'я населення. При цьому ефективність механізму фінансування суттєво впливає на фінансову стабільність та загальні показники діяльності закладів охорони здоров'я і в кінцевому підсумку на стан його фінансової безпеки.

Система охорони здоров'я України довгий час фінансувалася за бюджетною моделлю, яка є високоефективною тільки при наявності достатнього фінансового забезпечення. Однак в Україні рівень бюджетних витрат на забезпечення функціонування системи охорони здоров'я є низьким і не дозволяє покрити усіх потреб медичної сфери.

У зв'язку з необхідністю підвищення якості послуг системи охорони здоров'я постає питання про впровадження ефективних методів управління фінансами, які передбачають підвищення результативності від використання ресурсного потенціалу.

Головними суб'єктами системи управління фінансовим забезпеченням сфери охорони здоров'я, які напряму впливають на формування, використання та розподіл фінансових ресурсів, належну організацію ефективної фінансової діяльності, відносять: державу; надавачів медичних послуг; замовників медичних послуг (головний замовник – Національна служба здоров'я України, страхові компанії); користувачі медичних послуг – все населення країни.

## РОЗДІЛ 2

### АНАЛІЗ МЕХАНІЗМУ ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

#### 2.1 Реформування механізму фінансування системи охорони здоров'я в Україні

Системи охорони здоров'я створюються і функціонують в будь якій країні з метою забезпечення населенню якісної і доступної медичної допомоги, якісних медичних послуг та кваліфікованого медичного обслуговування. При створенні таких систем важливим є чинник побудови ефективно діючої моделі системи охорони здоров'я, яка потребує для свого створення і функціонування мінімальну кількість ресурсів.

Рівень доходів Державного бюджету та рівень доходів населення визначають ті суми, які держава може направити у систему охорони здоров'я, щоб забезпечити покращення показників стану здоров'я населення та збільшення тривалості його життя. Ефективно функціонуюча система охорони здоров'я з економічної точки зору сприяє підвищенню якості людського капіталу і відповідно, збільшує продуктивність праці людини. З метою покращення ефективності медичного обслуговування, Перед урядом України стоїть завдання пошуку додаткових фінансово-економічних резервів для підвищення якості існуючої системи охорони здоров'я, так як вона на сьогоднішній день фінансується значно менше за потребою.

Система охорони здоров'я в країні представляє собою систему заходів у політичній, соціальній, економічній сферах, які мають медичний характер і здійснюються органами державної виконавчої влади, місцевої влади, організаціями, громадянами. Ці заходи мають за мету профілактику захворювань населення, збереження та зміцнення здоров'я людей, забезпечення на довгі роки активного способу життя, надання людині необхідної медичної допомоги.

Модель системи охорони здоров'я в країні залежить від цілей,

принципів та співвідношення складових системи, а також від політичних, соціальних, економічних чинників, а також традицій, культури, історії, релігії, що є характерними для кожної країни. До функцій системи охорони здоров'я належать: управління системою, порядок формування ресурсів, система фінансування та надання медичних послуг. До цілей системи охорони здоров'я належать: збереження та зміцнення здоров'я населення, чутливість системи, справедливий характер участі у фінансуванні заходів [39].

Виділяється 3 групи видів систем охорони здоров'я в залежності від джерел фінансування:

1. Система, заснована на державному фінансуванні (Україна, Велика Британія, скандинавські країни), ефективність якої залежить від достатності коштів з Державного бюджету країни, що виділяються на потреби фінансування медичної сфери. Коли в країні спостерігається бюджетний дефіцит, то повністю забезпечити виконання державних функцій у сфері охорони здоров'я неможливо. Така ситуація призводить до недостатнього фінансування системи охорони здоров'я і вимагає її реформування.

2. Система, заснована на фінансуванні охорони здоров'я за рахунок страхової медицини. Така система дозволяє здійснювати адресне залучення грошових коштів і формувати на їх основі страхові фонди. Гарантії отримання медичних послуг залежать від наявності у пацієнта страхового полісу медичного страхування. Модель страхової медицини функціонує в більшості країн світу і відрізняється високою ефективністю. При цьому необхідно постійно сплачувати страхові внески і в разі настання страхового випадку отримати відповідні медичні послуги.

3. Система з переважаючою комерційною часткою в структурі системи охорони здоров'я. Недоліком такої системи є те, що вона ефективно працює тільки при обслуговуванні верств населення, які мають кошти для оплати медичних послуг. [32].

Розвиток системи охорони здоров'я характеризується такими критеріями, як доступність, своєчасність медичної допомоги для населення, її



якість. У свою чергу від цих показників залежать показники як громадського так і індивідуального здоров'я людей, якість життя та рівень благополуччя суспільства. Крім того, від стану громадського здоров'я, ефективності системи охорона здоров'я залежить національна безпека держави [7].

Фінансування охорони здоров'я в Україні до 2015 р. було на низькому рівні і складало 1,5 - 4 % ВВП, що є дуже низьким значенням для загального функціонування цієї галузі. До початку медичної реформи в Україні не приділялося належної уваги фінансуванню охорони здоров'я, найбільший відсоток йшов на міжбюджетний трансфер, соціальний захист та соціальне забезпечення, загально державні функції, найменше на охорону здоров'я, духовний та фізичний розвиток.



Рисунок 2.1 - Видатки державного бюджету України (функціональна класифікація) в 2022 р.

Джерело: [44].

Отже, рисунок 2.1 свідчить, що система охорони здоров'я в 2022 р. стала отримувати більше фінансування з державного бюджету, сума надходжень збільшилася майже в 8 разів у порівнянні з 2015 р.

Нормативно-правове регулювання системи охорони здоров'я забезпечується Конституцією України, Основами законодавства України про охорону здоров'я, Законами України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», «Про захист населення від інфекційних хвороб», «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення», «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз», «Про психіатричну допомогу», «Про лікарські засоби» та іншими законодавчими актами, що прийняті відповідно до них.

Законодавчі акти, що стосуються регулювання системи охорони здоров'я в Україні направлені на визначення правових та організаційних засад охорони здоров'я населення, регулюють відносини, які виникають між суб'єктами цієї галузі для того, щоб забезпечити високу працездатність громадян, збільшення періоду їх активного життя, нейтралізувати фактори, які здійснюють шкідливий вплив на здоров'я людей, знизити рівень захворюваності, інвалідності та смертності.

7.12.2000 р. Президент України своїм указом затвердив Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України, яка спроектована на реалізацію вимог Конституції та вищевказаних законів України з метою забезпечення кваліфікованої та доступної медичної допомоги всім без виключення громадянам України, впровадження в практичну діяльність новітніх раціональних та ефективних інструментів та механізмів фінансування галузі, оптимізація управління у сфері охорони здоров'я, створення належних умов для здійснення здорового способу життя. Але, вона так і не була втілена в життя, а заплановані заходи щодо реформи галузі залишились лише закличками [48].

Якість медичних послуг, які люди можуть отримати в медичних закладах не завжди знаходиться на високому рівні, тому немала частина населення користується спеціалізованою та високоспеціалізованою медичною допомогою в приватних медичних закладах, що діють на комерційній основі,

вони краще технічно оснащені, мають нове сучасне обладнання, що дає їм можливість підвищувати якість медичних послуг.

Отже, проведений аналіз дозволяє зробити висновок, що система охорони здоров'я, яка існувала в Україні до початку реформування, не спроможна задовільнити потреби населення в якісних медичних послугах.

Основою для реформування медичної сфери стало прийняття важливих законодавчих актів:

- «Про затвердження Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я», розпорядження Кабінету міністрів України від 30.11.2016 р. № 1013-р;
- «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» (від 19.10.2017 р.);
- «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» (від 6.04.2017 р.), який передбачає автономізацію державних і комунальних закладів охорони здоров'я.

Ці законодавчі акти було прийнято з метою впровадження системи охорони здоров'я, яка фінансується на основі моделі державного солідарного медичного страхування громадян, на основі бюджетних коштів [9].

В Україні до основних джерел фінансування системи охорони здоров'я належать:

- 1) державний і місцеві бюджети;
- 2) внески юридичних і фізичних осіб, в тому числі добровільні;
- 3) плата клієнтів за медичні послуги;
- 4) гонорари за послуги безпосередньо працівникам медичних закладів;
- 5) кошти фондів медичного страхування (добровільного);
- 6) Фонд обов'язкового медичного страхування.

В ході реформи було проведено ліквідація та реорганізація неефективних установ з метою встановлення оптимальної структури системи охорони здоров'я («оптимізація» системи охорони здоров'я).

На першому етапі реформування галузі охорони здоров'я відбувається здійснення змін на рівні первинного надання медичних послуг. Змінюється механізм взаємовідносин між суб'єктами: державою, працівниками лікарень, пацієнтами. В першу чергу впроваджуються зміни в механізмі бюджетного фінансування і впроваджується оплата з бюджету медичних послуг, які надаються споживачам, а не здійснюється повне бюджетне фінансування закладів охорони здоров'я.

Замість фінансування закладу охорони здоров'я з бюджету, буде здійснюватися закупівля у такого закладу послуги за кошти державного бюджету. За цей напрям роботи відповідає спеціально створена структура - Національна служба здоров'я України.

Послуги медичних закладів першого рівня будуть повністю забезпечені та гарантовані коштами з державного бюджету, тобто для населення вони будуть безоплатними.

На другому етапі реформи відбуваються зміни механізму фінансування вторинної і третинної ланок медичного обслуговування і поступовий перехід на безпосередню закупівлю медичних послуг у відповідних медичних закладів.

Для розрахунку вартості гарантованого державою асортименту медичних послуг, тобто визначення об'єму послуг, що його може купити держава для забезпечення прав громадян не виходячи за рамки наявних коштів на потреби медицини в державному бюджеті необхідно враховувати такі фактори:

- загальна сума коштів, що передбачена державним бюджетом на фінансування потреб системи охорони здоров'я;
- розрахунок вартості послуг, що їх за наявні в бюджеті кошти держава буде купувати;
- потреба населення у тих чи інших медичних послугах.

Щороку парламент буде затверджувати перелік медичних послуг, що будуть гарантовані державою, та перелік послуг, за які будуть платити

пацієнти. Цей перелік безоплатних та платних послуг буде єдиним по всій країні. Передбачається дія єдиної тарифної сітки, незалежно від місця, де ця послуга надається.

Основне завдання реформування галузі охорони здоров'я України полягає в підвищенні віддачі економічного потенціалу галузі не лише за рахунок покращення її ресурсного забезпечення, а, перш за все, підвищенні ефективності використання ресурсів, які є в розпорядженні медичних установ, на основі зміни структури системи охорони здоров'я, впровадження сучасних технологій як медичних, так і управлінських, в тому числі впровадження елементів ринкового механізму.

На сьогоднішній день до особливостей галузі охорони здоров'я України можна віднести: зниження якості медичної допомоги населенню, збільшення кількості захворювань соціально небезпечного характеру, зростання смертності та зниження народжуваності, негативний природний приріст населення, недостатнє фінансування галузі та декларативний характер розроблених програм державних гарантій надання населенню медичних послуг [48].

На сучасному етапі медична галузь України розвивається в умовах її реформування, що породжує труднощі в управлінні закладами охорони здоров'я, тому процес розвитку сфери охорони здоров'я в період здійснення реформи можемо розглядати як процес гармонійно поєднаних концептуальних, економічних, правових, організаційних, технологічних та інших системних перетворень.

До початку реформи системи охорони здоров'я в Україні витрати бюджету на медичну сферу склали біля 51% від загального обсягу (або 4% від валового внутрішнього продукту).

Бюджетні кошти витрачалися в основному на утримання медичних закладів (на заробітну плату, оплату комунальних послуг). Ці витрати склали близько 75% від усіх витрат на галузь. В таких умовах фінансових можливостей для фактичного надання медичних послуг практично не було

і грошей на безпосереднє лікування пацієнтів, закупівлю медикаментів та витратних матеріалів, оновлення обладнання не було.

Таблиця 2.1 - Динаміка фінансування соціальних галузей України, (млрд грн).

Галузі	2018	2019	2020	2021	2022
1. Міністерство охорони здоров'я	55,58	54,01	70,23	80,91	91,69
2. Міністерство освіти і науки	66,29	62,39	76,06	85,82	101,85
3. Міністерство соціальної політики	105,78	151,95	145,22	162,86	234,40
4. Пенсійний фонд	94,81	143,01	133,69	149,97	166,51

Джерело: розраховано за даними [43].

Показники таблиці 2.1 свідчать, що видатки Міністерства охорони здоров'я у 2,5 рази менші за видатки Міністерства соціальної політики. Дві третини видатків Міністерства соціальної політики складають видатки на забезпечення виплат пенсіонерам. Видатки Міністерства освіти і науки України також є більшими ніж видатки Міністерства охорони здоров'я.

У 2018 році у ході реформування медичної сфери в Україні було створено гнучке та спроможне агентство закупівель – Національна служба здоров'я України та відбулася зміна ідеології фінансування система охорони здоров'я на основі запровадження нової моделі державного солідарного медичного страхування.

Кошти Державного бюджету України, які залишаються основним джерелом фінансування системи охорони здоров'я, розподіляються з використанням нового, сучасного механізму стратегічних закупівель медичних послуг.

Методи фінансування постатейних кошторисів бюджетних закладів охорони здоров'я, які використовувалися раніше, були замінені методами виділення коштів закладам охорони здоров'я у зв'язку з результатами їх роботи, тобто запроваджено принцип «гроші ходять за пацієнтом» [33].

Для ефективної роботи реформованої системи фінансування медичних закладів було створено електронну систему, яка дозволяє накопичувати, аналізувати та передавати медичну та фінансову інформацію в електронному вигляді - систему електронної охорони здоров'я (eHealth).

Створена електронна система провадить акумуляцію та аналіз інформації про стан здоров'я населення, дозволяє проводити планування закупівлі медичних послуг і сприяє ефективному та економному використанню коштів.

Проведення реформи в галузі медицини створює можливості для зміни закладів охорони здоров'я, але, при цьому, не змінює самі заклади. Тому, вирішити наявні проблеми, змінити ситуацію до кращого заклади охорони здоров'я повинні самостійно, за рахунок впровадження інноваційних методів управління закладом охорони здоров'я.

Станом на кінець 2022 р. в Україні було зареєстровано 2,2 тис. закладів, які спеціалізуються на наданні медичних послуг населенню. Більшість таких закладів має комунальну форму власності (1284 закладів). 297 закладів – це приватні суб'єкти господарювання. Фізичних осіб - підприємців нараховувалося 667. 2 медичні установи мають державну форму власності.

Станом на 1 січня 2023 р. у сфері охорони здоров'я працювало більше ніж 325 тис. осіб медпрацівників.

З початком війни 30 тис. медичних працівників приєдналися до лав Збройних Сил України або стали волонтерами, 2,3 тис. працівників медичної сфери виїхали за кордон; 4,4 тис. стали внутрішньо переміщеними особами, 106 осіб загинуло. 4436 внутрішньо переміщених медиків (2040 лікарів, 1569 фахівців (медичних сестер, акушерів, фельдшерів тощо), 827 технічних працівників) працюють в медичних закладах іншого регіону України, куди вони були переміщені.

Повномасштабне вторгнення російської федерації у лютому 2022 року викликало необхідність коригування фінансування системи охорони здоров'я.

В ході військових дій значні втрати має медична інфраструктура України, так 1218 об'єктів охорони здоров'я зазнали пошкодження, у тому числі 540 лікарень. В цілому сфера охорони здоров'я зазнала втрат на суму понад 1 млрд дол. США.

З урахуванням утраченого потенціалу та інвестицій, за оцінками Світового банку збитки цієї сфери можуть становити 24 млрд дол. США. Однак, незважаючи на воєнний стан, протягом 2022 р. було здійснено відновлення 113 медичних об'єктів [14].

З метою забезпечення постійних і передбачуваних виплат медичним закладам було замінено виплати за капітаційною ставкою на рівні первинної медичної допомоги та виплати за ставкою за пролікований випадок на рівні стаціонару на глобальні бюджети.

Глобальний бюджет розраховується як одна дванадцята запланованого бюджету за договором між Національною службою здоров'я України та надавачами медичних послуг. Плановий бюджет визначається виходячи з історичної кількості послуг, наданих для більшості видів медичної допомоги [2].

Проведене коригування фінансування медичних закладів дозволило у 2022 році своєчасно виплачувати кошти цим закладам. Водночас зміна потреб в охороні здоров'я у зв'язку зі значним внутрішнім переміщенням населення, переміщенням медичних працівників показала невідповідність розрахованих сум на основі однієї дванадцятої запланованого бюджету реальній потребі у фінансуванні.

В цих умовах Національна служба здоров'я України повинна відігравати більш активну роль у фінансуванні медичних закладів. Планувати закупівлі медичних послуг необхідно на основі місцевих потреб і глобальний бюджет зменшити в регіонах, де значна частина населення і медичних працівників виїхала.

В регіонах, де спостерігається велика кількість внутрішньо переміщених осіб, необхідно збільшувати глобальний бюджет, додатково використовувати



методи фінансування, які орієнтовані на результат. При розподілі коштів необхідно врахувати також регіональні особливості, стан здоров'я населення в певних областях [43].

## **2.2 Аналіз фінансового стану КНП «Томашпільська центральна районна лікарня» за 2020-2022 рр.**

Суттєві зміни в результаті реформи відбулися у фінансуванні закладів охорони здоров'я первинної ланки: поліклінік, амбулаторій, центрів первинної медико-санітарної допомоги, які в сукупності формують система сімейної медицини європейського зразка.

Кожен громадянин України повинен обрати сімейного лікаря та заключити з ним договір з переліком відповідних гарантованих медичних послуг. Держава виділяє кошти на оплату медичних послуг, які отримав громадянин, конкретному лікарю і конкретній лікарні.

Оплата праці медика залежить від кількості укладених лікарем договорів та положень медичних протоколів лікування чи діагностики.

Крім цього, враховуючи негативну ситуацію з фінансуванням у вітчизняній системі охорони здоров'я, в межах урядової програми «Доступні ліки» (відповідно до положення про Національну службу здоров'я України) впроваджуються нові правила фінансування в системі охорони здоров'я, пов'язані з припиненням договорів про медичне обслуговування населення та договорів про реімбурсацію і запровадженням нових та єдиних правил фінансування системи охорони здоров'я України відповідно до яких:

- пацієнти матимуть право отримати гарантований державою безоплатний пакет медичних послуг та лікарських засобів;
- НСЗУ виступає єдиним замовником та платником за програмою медичних гарантій;
- пацієнтам гарантується цільове використання державних коштів за принципом оплати якісно наданих послуг, а не на утримання медичних закладів;

- застосування прозорих методів фінансування на основі капітаційної ставки, оплати за послугу;
- збереження та посилення конкуренції та рівності надавачів послуг незалежно від форм власності;
- забезпечення прозорості на основі функціонування Електронної системи охорони здоров'я та публікації всіх звітів на сайті НСЗУ.

Крім гарантованого переліку безкоштовних медичних послуг, усі інші обстеження та необхідну медичну допомогу громадянин повинен оплатити сам. Договір з НСЗУ підписують не тільки комунальні медичні установи. Така можливість є і у приватних медичних закладів. Щоб співпрацювати за укладеним договором з НСЗУ, медичні заклади незалежно від форми власності повинні виконати низку умов:

- 1) автономізуватися;
- 2) підключитися до Електронної системи охорони здоров'я;
- 3) володіти необхідним оснащенням;
- 4) направити заяву до НСЗУ;
- 5) укласти відповідні договори з медичними та фармацевтичними закладами.

Співпраця з Національною службою здоров'я сприятиме відкриттю медичним закладам нових можливостей для розвитку.

Трансформація системи охорони здоров'я загалом спрямована на покращення медичного обслуговування в Україні. У підсумку лікарі зможуть отримати гідну оплату праці, а пацієнти – якісні послуги, сервіс та увагу. Необхідною умовою отримання медичним закладом фінансування від Національної служби здоров'я є те, що він має бути автономізований (перетворений на комунальне некомерційне підприємство), мати чинну ліцензію, бути підключеним до системи e-Health і підписати договір з НСЗУ.

Водночас вважаємо за необхідне виокремити альтернативні варіанти фінансування медичних закладів, які зареєстровано у формі комунальних некомерційних підприємств, але ще не уклали договір з Національною

службою здоров'я України.

Як альтернативні варіанти фінансування охорони здоров'я в межах бюджетного законодавства можливі такі варіанти:

- на основі укладення відповідним розпорядником бюджетних коштів договорів про медичне обслуговування населення;
- на основі фінансування з відповідного бюджету з використанням програмно- цільового методу (за бюджетною програмою);
- на основі фінансової підтримки з місцевого бюджету.

З урахуванням цих змін комунальне некомерційне підприємство як одержувач бюджетних коштів використовує бюджетні кошти на підставі фінансового плану, в якому приводиться розподіл бюджетних коштів, у відповідності з затвердженим кошторисом розпорядника бюджетних коштів.

У разі фінансування медичної допомоги за кошти місцевого бюджету відповідний місцевий орган управління охороною здоров'я у своєму кошторисі повинен відобразити відповідну суму, яка необхідна для закупівлі медичних послуг, і яку виділила місцева рада у відповідності до бюджетної програми.

Ці кошти передаються комунальному некомерційному підприємству на безповоротній основі лише за цільовим призначенням, і повинні використовуватися для досягнення результатів, затверджених у бюджетній програмі.

Фінансування комунального некомерційного підприємства за бюджетною програмою передбачає можливість прогнозування на два наступні бюджетні періоди (ст. 21 Бюджетного кодексу України).

Тому кожного року ухвалювати відповідну бюджетну програму не потрібно. Обсяги та правила фінансування за такою програмою можуть корегуватися кожного року – під час ухвалення нового бюджету.

У випадку фінансування медичного закладу за рахунок місцевого бюджету (надання фінансової підтримки) місцева рада під час прийняття місцевого бюджету має передбачити бюджетні кошти на фінансову підтримку

комунальному некомерційному підприємству, які можуть надаватися для виконання заходів програми соціально-економічного розвитку відповідної територіальної громади; для покриття збитків, пов'язаних із господарською діяльністю комунального некомерційного підприємства, через недостатнє фінансування; для здійснення капітальних видатків на оновлення чи закупівлю основних засобів, здійснення капітального ремонту тощо.

З іншого боку, необхідно враховувати, що фінансування комунального некомерційного підприємства здійснюється за скороченою класифікацією видатків бюджету, як цільове використання бюджетних коштів, і не може бути порушене [9].

Але «перекладання видатків на утримання закладів охорони здоров'я на місцеві бюджети може зумовити двоякий ефект: або відбудеться скорочення мережі (що може мати як позитивний (скорочення зайвих установ), так і негативний (ускладнення доступу до медичної допомоги певних верств населення, наприклад, осіб, які не мають змоги добиратися до лікарень чи амбулаторій в іншій громаді) наслідок), або відбуватиметься залучення кваліфікованих лікарів до медичних установ у сільській місцевості для того, щоб можна було покрити витрати на їхнє утримання (бо гроші «йтимуть» за пацієнтом)» [14].

Фінансування реорганізованого закладу охорони здоров'я за бюджетні кошти може також відбуватися за механізмом, який поєднує фінансування за бюджетною програмою та фінансову підтримку та/або укладення договору про медичне обслуговування пацієнтів.

В Законі України «Про державну допомогу суб'єктам господарювання» [10], передбачені наступні форми державної допомоги: гранти, субсидії, дотації, податкові пільги, списання боргів.

Комунальне некомерційне підприємство «Томашпільська центральна районна лікарня» є лікарняним закладом охорони здоров'я, що надає медичні послуги (вторинної та спеціалізованої медичної допомоги) населенню. Засновником, власником та органом управління майном підприємства є

територіальні громади Томашпільського району в особі Томашпільської районної ради.

КНП підпорядковується Томашпільській районній раді. Місцева рада також здійснює контроль за діяльністю лікарні.

Відносно розподілу та фінансуванню видатків районного бюджету лікарня підпорядковується Томашпільській районній державній адміністрації. Статутний капітал лікарні становить 0,0 грн.

Підприємство може здійснювати некомерційну господарську діяльність. Діяльність підприємства організується у відповідності до фінансового плану, який затверджується засновником.

Надання медичних послуг лікарня організує самостійно та реалізує послуги за затвердженими тарифами.

Так, лікарня КНП «Томашпільська центральна районна лікарня» фінансується більш ніж на 90% за рахунок коштів засновника та бюджету держави, це дозволяє лікарні не вдаватися до позикових джерел фінансування та не віддавати частину власних коштів на виплату відсотків по кредитах.

У таблиці 2.2 проведемо розрахунок основних фінансово-економічних показників діяльності КНП «Томашпільська центральна районна лікарня» за 2022 рік.

Тим самим усі засоби організації спрямовуються на потреби організації та дозволяють максимально сфокусуватися на реалізації поставлених цілей.

Держава підтримує галузь охорони здоров'я, в рамках цієї організації це простежується переважно у податковій політиці. У закладах охорони здоров'я, з якими укладені договори про надання медичних послуг населенню, медична допомога надається безоплатно за кошти бюджету [7].

Лікарня звільнена від сплати податків на прибуток. Це позитивно впливає на підтримку розвитку лікарні.

Найзначнішим показником діяльності лікарні є її кінцевий результат, а саме чистий дохід.

Таблиця 2.2 - Основні фінансово-економічні показники діяльності КНП  
«Томашпільська центральна районна лікарня» за 2020 - 2022 рр., тис. грн.

Показник	2020 р.	2021 р.	2022 р.	Відхилення (+, -) показника 2021 р. порівняно з 2020 р.		Відхилення (+, -) показника 2022 р. порівняно з 2021 р.	
				абсолют- не	віднос- не	абсолют- не	віднос- не
1. Дохід (виручка) від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг)	24078,60	64333,72	47775,53	40255,12	37,43	-16558,19	-25,74
2. Собівартість реалізованої продукції (товарів, робіт, послуг)	17060,10	14362,50	15914,04	-2697,6	-15,81	1551,54	10,8
3. Операційні витрати	24078,6	64333,72	47775,53	40255,12	37,43	-16558,19	-25,74
3.1. Матеріальні затрати	5581,80	29613,68	4359,25	24031,88	530,5	-25254,43	85,3
3.2. Витрати на оплату праці	14773,45	24885,40	32688,80	10111,95	68,45	7803,4	31,36
3.3. Відрахування на соціальні заходи	3082,29	5400,13	6327,30	2317,84	75,20	927,17	17,17
3.4. Амортизація	0,531	0,117	0,117	-0,414	-22,03	0	-
3.5. Інші оперативні витрати	0,110	4316,80	4400,06	4316,69	39236	83,25	1,92
4. Чисельність працівників, осіб	249	244	244	-5	2,0	0	-
5. Первісна вартість основних засобів	14765,9	17002,2	17002,2	-2236,3	15,14	0	-
6. Оборотні активи	23790,8	24454,3	24454,3	663,5	2,78	0	-

Аналізуючи результати діяльності КНП «Томашпільська центральна районна лікарня», можна зробити висновки, що по чистому доходу від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг) спостерігається позитивна динаміка, яка визначається тим, що за період, що аналізується, відбувалися зміни у фінансуванні медичних закладів (рис. 2.2).

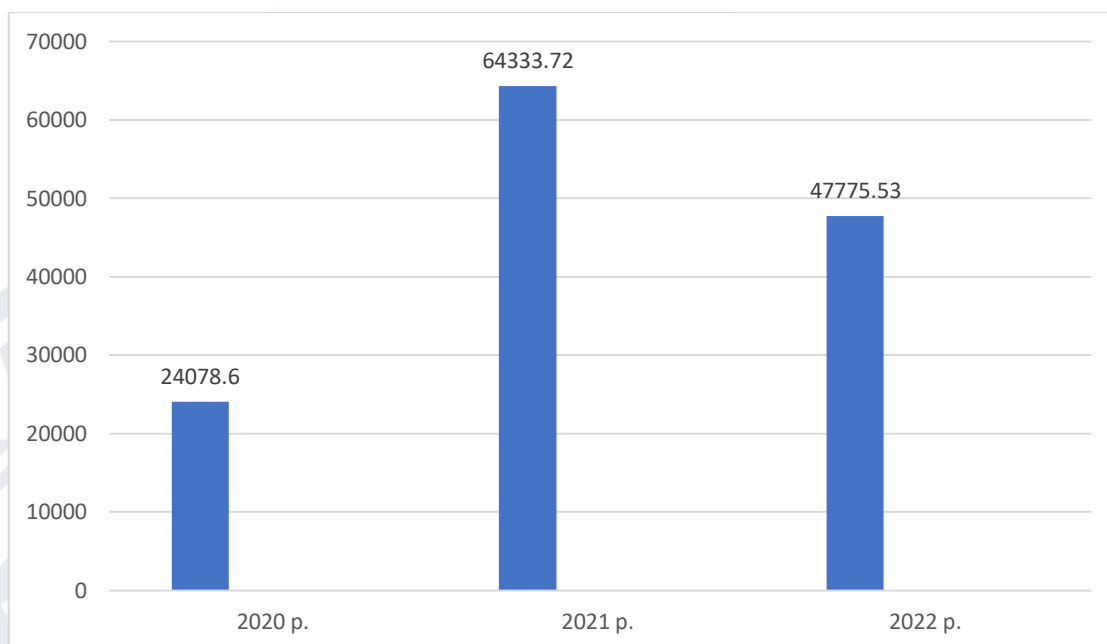


Рисунок 2.2 – Динаміка чистого доходу КНП «Томашпільська центральна районна лікарня» за 2020 – 2022 рр., тис. грн.

За період з 2020 р. по 2022 р. чистий дохід збільшився у 2,25 разів. Найбільше зростання відбулося у 2021 р., коли чистий дохід виріс у 3,02 рази у порівнянні з 2020 роком. Таке зростання пояснюється тим, що у складі доходів лікарні у 2021 році наряду з медичною субвенцією з'явилися ще додаткові джерела – доходи від платних послуг (ф4-1) та доходи від інших джерел надходжень (ф4-2). До інших джерел надходжень належать добровільні внески, кошти, призначені для виконання відповідних цільових заходів, дарунки тощо [3].

Скорочення чистого доходу у 2022 р. відбулося тому, що фінансування почало здійснюватися з НСОЗ на нових умовах. Кошти місцевого бюджету у складі чистих доходів лікарні склали відповідно у 2020 р. – 11,53 %, у 2021 р. – 6,53 %, у 2022 р. – 8,98 %.

Собівартість реалізованої продукції (товарів, робіт, послуг) за період, що аналізувався, незначно змінювалася в межах 14362,50 - 14362,50 тис. грн.

Операційні витрати відповідають за розміром доходу. Найбільшу частку у витратах складають витрати на оплату праці - відповідно у 2020 р. – 61%, у 2021 р. – 38%, у 2022 р. – 68%.

Майно КНП представлено оборотними активами, які незначно зросли у 2021 р. (на 2,78%), а у 2022 р. змін не спостерігалось. Оборотні активи у 2021 р. зросли на 663,5,00 тис. грн. так як необхідно було закупити будівельні матеріали та комплектуючі, необхідні для обладнання інфекційно-боксового відділення для лікування хворих на Covid-19.

Аналіз економічних показників діяльності КНП «Томашпільська центральна районна лікарня» свідчить про збільшення чистого доходу (виручки) від реалізації продукції та послуг у 2021 р. тис. грн. та одночасного збільшення собівартості на даних медичних послуг, що можна пояснити зростанням кількості пацієнтів в умовах епідемії Covid-19.

Аналіз трудових ресурсів, свідчить про постійне збільшення фонду оплати праці до 32688,80 тис. грн. та розміру середньомісячної заробітної плати до 13,794 тис. грн. у 2022 р. Така тенденція має місце завдяки підвищенню оплати праці працівників закладів охорони праці.

За період дослідження зросли показники чистого доходу та, одночасно, собівартості медичних послуг, що їх надано КНП «Томашпільська центральна районна лікарня» в 2020 - 2022 рр. Виявлена тенденція дозволяє зробити висновок, що на показники чистого доходу і собівартості медичних послуг суттєво вплинуло збільшення кількості наданих медичних послуг, що напряду пов'язано із збільшенням кількості звернень по медичну допомогу пацієнтів.

Аналіз показників фінансової стійкості свідчить про негативну тенденцію, так як коефіцієнт автономії знизився на 0,7 з 0,96 до 0,26, тим самим залишивши межі нормативного значення, котре становить  $\geq 0,5$ . Крім того, збільшилися значення коефіцієнту фінансового ризику, який також перевищив вимоги нормативу, який становить  $\leq 0,5$ . В закладі охорони здоров'я, що досліджується, цей показник зріс із 0,04 до 0,88. До негативних змін в значеннях цих коефіцієнтів призвели зміни у порядку фінансування лікарні.

Значення коефіцієнту абсолютної ліквідності відповідає 1,02, його значення зросло від 0,74. При вимогах нормативу значення в межах від 0,1 до



0,2, значення показника, що є вищим нормативного вказує на проблеми та свідчить про те, що на формування не досить продуктивних активів відволікається та приймає участь в їх формуванні значна частина капіталу.

Коефіцієнт покриття знизився з 6,99 до 1,55, що свідчить про позитивну тенденцію, адже значення ввійшло в межі норми, нормативним є значення в рамках 1-3 та свідчить про те, що оборотних активів достатньо для того, щоб виконувати всі поточні зобов'язаннями КНП «Томашпільська центральна районна лікарня»

Коефіцієнт маневреності власного капіталу знаходиться в межах норми, вимоги якої  $> 0$ , та має позитивну тенденцію, оскільки збільшився від 0,19 до 0,26. На збільшення показника позитивно вплинуло збільшення вартості власного капіталу у вигляді збільшення вартості основних засобів.

Таким чином, проведені розрахунки показали, що на фінансовий стан КНП «Томашпільська центральна районна лікарня», стан його оборотних активів, економічних та фінансових показників важливий вплив здійснено необхідністю підвищувати вартість послуг та необхідністю фінансування для введення в дію інфекційно-боксового відділення для лікування хворих на ковід.

### **2.3 Оцінка ефективності фінансування системи охорони здоров'я**

Питання ефективності фінансування системи охорони здоров'я розглядається нерозривно з питанням щодо її фінансової стійкості. Одними з основних компонентів підвищення результативності фінансової політики у сфері охорони здоров'я виділено «фінансову стійкість» та «ефективність використання ресурсів», яка найчастіше позначається як «економічна ефективність».

Для ефективного функціонування системи охорони здоров'я необхідно проводити ефективну фінансову політику (таблиця 2.3).

Таблиця 2.3 - Напрямки фінансової політики у сфері охорони здоров'я

Компонент	Мета	Напрямки фінансової політики
1. Фінансова стійкість	Акумуляція достатніх коштів	Прогнозування необхідного обсягу коштів за рахунок зовнішніх та внутрішніх джерел, зіставлення з потребами та ризиками зростання потреб
2.Ефективність використання ресурсів	Розумне використання ресурсів	Розробка методів оплати надання медичної допомоги, що сприяють підвищенню ефективності використання коштів
		Проведення моніторингу результатів від використання ресурсів

Джерело: складено автором [47].

Під фінансовою стійкістю фінансування системи охорони здоров'я розуміють такий стан, при якому відсутній дисбаланс між зобов'язаннями, які система охорони здоров'я має по відношенню до послуг і встановлених прав, а також її здатність безперерійно виконувати ці зобов'язання.

Система охорона здоров'я має високий рівень ефективності, якщо:

- вона забезпечує збереження та покращення стану здоров'я населення;
- сприяє зменшенню збитків для економіки від тимчасової непрацездатності робітників, втрати працездатності від нещасних випадків на виробництві;
- наявні матеріальні, технічні та трудові ресурси системи охорони здоров'я є у достатній кількості та розподіляються оптимально органами управління.

В даний час категорія «ефективність» є однією з ключових у сфері охорони здоров'я, оскільки сучасний стан галузі залежить від постійного оновлення медичних технологій, появи нових ліків, змін у структурі захворюваності населення (пандемія, старіння населення). Перелічені чинники призводять до необхідності збільшувати фінансування системи охорони здоров'я в усьому світі.

ВООЗ виділяє заходи, спрямовані на підвищення ефективності та фінансової стійкості фінансування системи охорони здоров'я:

- включення методів передоплати фінансового внеску на медико-санітарну допомогу для об'єднання фінансових ризиків держави та населення;
- забезпечення оптимального розподілення медичних організацій різних рівнів надання медичної допомоги та кадрових ресурсів для справедливого страхового покриття;
- забезпечення переходу до загального охоплення страхуванням громадян з метою задоволення потреб населення в медичній допомозі та поліпшення її якості [11].

Також ВООЗ визначає рекомендації, спрямовані на підвищення результативності управління фінансовою політикою у сфері охорони здоров'я (таблиця 2.4).

Розглянемо сутність фінансової стійкості у сфері охорони здоров'я: у науковій літературі виокремлюється проблема фінансової стійкості як на рівні держави (фінансова стійкість системи охорони здоров'я), так і на локальному рівні окремих медичних організацій [35].

Під фінансовою стійкістю фінансування системи охорони здоров'я розуміють такий стан, при якому відсутній дисбаланс між зобов'язаннями, які система охорони здоров'я має по відношенню до послуг і встановлених прав, а також її здатністю безперебійно виконувати ці зобов'язання.

Категорія «ефективність фінансування» у сфері охорони здоров'я в даний час є однією з найбільш дискусійних, оскільки в дослідженнях зустрічається підхід, при якому результати використання фінансових ресурсів у охороні здоров'я розглядаються через поняття «ефективна система охорони здоров'я» та окремі види ефективності (наприклад, структурна ефективність, медична, соціальна ефективність).

Наведені вище визначення свідчать про те, що основний підхід до оцінки ефективності у сфері охорони здоров'я полягає у порівнянні понесених витрат і отриманих результатів. Слід зазначити, що найчастіше під проведенням оцінки ефективності фінансування чи економічної ефективності охорони здоров'я мається на увазі підхід, у якому зіставляються показники стану

здоров'я чи демографічного розвитку із витраченими фінансовими ресурсами, виробленими витратами; автори вважають за краще зазначати, що ефективне фінансування охорони здоров'я досягається тоді, коли отримано позитивний соціальний чи медичний ефект.

ВООЗ визначає такі резерви підвищення ефективності фінансування у охороні здоров'я [43]:

- підвищення віддачі від технологій надання медико-санітарних послуг;
- підвищення мотивації медичного персоналу;
- підвищення ефективності роботи медичних організацій як майнових комплексів;
- критичне визначення набору послуг для справедливого розподілу медичної допомоги;
- зниження втрат, корупційних ризиків;
- зниження рівня лікарських помилок.

Виходячи з запропонованих ВООЗ методичних аспектів проведення оцінки ефективності систем охорони здоров'я, виділимо кілька ключових показників, які можна використовувати при оцінці ефективності фінансування (використання коштів) охорони здоров'я:

- співвідношення між джерелами оплати медичних послуг: бюджетне фінансування; добровільне медичне страхування; страхове покриття у системі обов'язкового медичного страхування; оплата послуг із власних коштів пацієнтів;
- механізми здійснення витрат та компенсаційних виплат;
- задоволеність пацієнтів;
- акредитація, реєстри якості та залучення до заходів підвищення якості медичного персоналу як інструмент мінімізації фінансових втрат.

На мікрорівні проведення оцінки фінансової ефективності у сфері охорони здоров'я необхідно базувати на оцінці діяльності постачальників медичних послуг.

У дослідженні оцінки ефективності механізмів управління

функціонуванням та розвитком закладів охорони здоров'я необхідно розраховувати коефіцієнт економічної ефективності, що дозволяє провести оцінку ефективності використання матеріально-технічної бази та безпосередньо поточних витрат за надання медичної допомоги [36] (формула (2.1)):

$$K_{ек} = K_{евп} \times K_{епв} \quad (2.1)$$

де  $K_{евп}$  – коефіцієнт економії виробничого потенціалу;

$K_{епв}$  – коефіцієнт економії поточних витрат.

Використовуючи підходи, запропоновані в оцінці ефективності використання фінансування на рівні окремих медичних організацій, можна говорити про оцінку ефективності фінансування охорони здоров'я в цілому, виходячи з припущення, що якщо постачальники послуг ефективно використовують кошти, що виділяються, то вся система функціонує ефективно.

## Висновки до розділу 2

В ході реформи системи охорони здоров'я в Україні, яка почалася у 2015 р., було проведено ліквідацію та реорганізацію неефективних установ з метою встановлення оптимальної структури системи охорони здоров'я («оптимізація» системи охорони здоров'я). На першому етапі реформування галузі охорони здоров'я відбувається здійснення змін на рівні первинного надання медичних послуг. Змінюється механізм взаємовідносин між суб'єктами: державою, працівниками лікарень, пацієнтами. Впроваджується оплата з бюджету медичних послуг, які надаються споживачам, а не здійснюється повне бюджетне фінансування закладів охорони здоров'я.

Закупівля послуг у медичних закладів за кошти державного бюджету здійснюється спеціально створеною структурою - Національною службою здоров'я України. На другому етапі реформи змінюється механізм фінансування інших ланок медичного обслуговування і здійснюється перехід

на безпосередню закупівлю медичних послуг у відповідних медичних закладів.

Проведений аналіз КНП «Томашпільська центральна районна лікарня» показав, що на фінансовий стан лікарні, її оборотні активи, економічні та фінансові показники важливий вплив було здійснено необхідністю підвищувати вартість послуг та необхідністю фінансування обладнання інфекційно-боксового відділення для лікування хворих на ковід.

У дослідженні оцінки ефективності механізмів управління функціонуванням та розвитком закладів охорони здоров'я необхідно розраховувати коефіцієнт економічної ефективності, що дозволяє провести оцінку ефективності використання матеріально-технічної бази та безпосередньо поточних витрат за надання медичної допомоги.

Суттєві зміни в результаті реформи відбулися у фінансуванні закладів охорони здоров'я первинної ланки: поліклінік, амбулаторій, центрів первинної медико-санітарної допомоги, які в сукупності формують система сімейної медицини європейського зразка.

## РОЗДІЛ 3

### ПРАКТИЧНА РЕАЛІЗАЦІЯ КОНЦЕПЦІЇ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМУ ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

#### **3.1 Концепція удосконалення механізму фінансування системи охорони здоров'я в Україні**

Система охорони здоров'я як галузь відрізняється складністю та багатогранністю. Її діяльність заснована на функціонування в країні системи лікувально-профілактичних, санітарно - епідеміологічних, оздоровчих закладів, в яких працюють висококваліфіковані фахівці. Вона пов'язана з впровадженням нових технологій, досягнень сучасної науки. Тобто без значних інвестицій забезпечити ефективне функціонування і розвиток медичної сфери неможливо.

Важливу роль у підвищенні якості та доступності послуг медичних установ для населення, виконанні гарантій держави стосовно медичного забезпечення, відіграють фінансові ресурси, які акумулюються системою охорони здоров'я за допомогою відповідного механізму.

В ході дослідження було розроблено концепцію удосконалення механізму фінансування системи охорони здоров'я в Україні, яка має за мету підвищення ефективності фінансового забезпечення цієї системи для покращення якості і доступності медичної допомоги.

Для того, щоб механізм фінансування задовольняв поставлені цілі, необхідно у процесі її розробки дотримуватись певних принципів:

- принцип інноваційності;
- принцип системного комплексного розвитку та інтегрованості;
- принцип доказовості і безпеки.



Рисунок 3.1 - Концепція удосконалення механізму фінансування системи охорони здоров'я в Україні



Принцип інноваційності, згідно з яким механізм фінансування системи охорони здоров'я слід розуміти як складну соціальну інновацію, впровадження якої зумовить довгострокові радикальні перетворення традиційного механізму фінансування у масштабах України у разі використання комплексу сучасних методів і моделей.

Принцип системного комплексного розвитку та інтегрованості, згідно з яким необхідно розуміти комплексність нового механізму фінансування на етапах формування і реалізації. На першому етапі необхідно комплексно поєднати головну інноваційну ідею і другорядні ідеї, які забезпечать цілісне і належне функціонування всього механізму. На другому етапі питання комплексності також постане, оскільки обов'язково відбудеться пристосування нового механізму до традиційних умов;

Принцип доказовості і безпеки, згідно з яким слід розуміти необхідність використання сучасного комплексу наукових методів, практичних експериментів, які доведуть доцільність запропонованого механізму і способів його впровадження.

До завдань удосконалення механізму фінансування системи охорони здоров'я належать наступні завдання:

- забезпечення адекватності фінансових ресурсів державним гарантіям у сфері охорони здоров'я;
- підвищення частки бюджетних коштів, що спрямовуються на фінансування охорони здоров'я;
- пошук альтернативних джерел фінансування охорони здоров'я;
- створення умов для справедливого розподілу тягаря витрат на медичну допомогу між верствами населення.

У концепції виділено запропоновані методи удосконалення механізму фінансування системи охорони здоров'я в Україні, до яких належать методи і моделі:

- модель програми лояльності у медичних закладах;

- методи забезпечення збалансованості державних гарантій та їх фінансування;

- індексний метод оцінки ефективності використання ресурсів медичною установою;

- обов'язкове медичне страхування.

Щоб вирішити проблему фінансових незахищених державних гарантій медичних послуг населення, можна використовувати такі методи:

- збільшення фінансування охорони здоров'я;
- реструктуризація системи медичної служби, яка забезпечить підвищення ефективності використання загального потенціалу ресурсів існуючої мережі медичних установ;

- зменшення державних гарантій щодо обсягу медичних послуг населення;
- зменшення державних гарантій з точки зору переліку видів медичної допомоги, що надається населенням безкоштовно;

- звуження кола осіб, до яких застосовуються гарантії держави;
- легалізація співучасті населення у фінансуванні допомоги міді;
- розробка форм комбінації добровільного та обов'язкового медичного страхування.

Покращення ефективності фінансування охорони здоров'я можливе лише тоді, коли всі учасники системи, які приймають фінансові рішення ефективно використовують необхідні ресурси.

Для оцінки пропонується використовувати п'ять ресурсних блоків:

- 1) надання медичного персоналу та витрати на його утримання;
- 2) соціальний розвиток населення;
- 3) рівень капітальних інвестицій;
- 4) фінансування;
- 5) забезпечення матеріалами.

Пропонується проводити оцінку ефективності за допомогою індексного методу: кожен із блоків (компоненти оцінки) аналізується через систему окремих індексів.

Кожен із перелічених блоків ресурсів включає такі показники (табл. 3.1):

Таблиця 3.1 – Показники оцінки якості системи охорони здоров'я

Найменування блоку	Показники
Забезпеченість медичним персоналом і витрати на його утримання	Кількість лікарів та середнього медичного персоналу для кількості застрахованих осіб; Співвідношення середньої щомісячної нарахованої заробітної плати медичних працівників за категоріями до середньої в регіоні
Соціальний розвиток населення	Рівень дитячої смертності; Рівень народжуваності; Рівень смертності
Рівень капітальних вкладень	Обсяг фінансування будівництва медичних організацій; Обсяг фінансування для придбання обладнання
Фінансування	Валовий регіональний продукт на душу населення; Витрати бюджету суб'єкта для охорони здоров'я; Витрати додаткового бюджетного фонду для охорони здоров'я;
Забезпеченість матеріальними запасами	Кількість ліжок у денному, цілодобовому стаціонарі; Кількість коштів, спрямованих на придбання матеріальних резервів

Блок «Забезпечення медичного персоналу та витрат на його утримання» представлений 3 індексами:

- 1) індекс забезпеченості регіону лікарським персоналом (формула (3.1))

$$KZ_1 = \frac{3L_i}{3L_j}, \quad (3.1)$$

де  $3L_i$  – забезпеченість лікарями на 10 тис. застрахованих осіб  $i$ -регіона ;

$3L_j$  – забезпеченість лікарями на 10 тис. застрахованих осіб по Україні.

- 2) індекс забезпеченості регіону середнім медичним персоналом (формула (3.2)):

$$KZ_2 = \frac{3C_i}{3C_j}, \quad (3.2)$$

де  $3C_i$  - забезпеченість середнім медичним персоналом на 10 тис. застрахованих осіб  $i$ -регіону;

$3C_j$  – забезпеченість середнім медичним персоналом на 10 тис. застрахованих осіб в Україні.

- 3) індекс витрат на оплату праці медичного персоналу (формула (3.3)):

$$KZ_3 = \frac{3пл_i}{3пл_j}, \quad (3.3)$$

де  $3пл_i$  - середня заробітна плата у сфері охорони здоров'я  $i$ -регіону;

$Z_{плj}$  – середня заробітна плата у сфері охорони здоров'я України.

Блок «Соціальний розвиток населення» представлений 3 індексами:

1) індекс дитячої смертності (формула (3.4)):

$$КСР_1 = \frac{D_{mi}}{D_{mj}}, \quad (3.4)$$

де  $D_{mi}$  – дитяча смертність на 100 000 осіб населення і-регіону;

$D_{mj}$  – дитяча смертність на 100 000 осіб населення України;

2) індекс народжуваності (формула (3.5)):

$$КСР_2 = \frac{H_i}{H_j}, \quad (3.5)$$

де  $H_i$  – рівень народжуваності на 100 000 осіб населення і-регіону;

$H_j$  – рівень народжуваності на 100 000 осіб населення України;

3) індекс смертності (формула (3.6)):

$$КСР_3 = \frac{C_{mi}}{C_{mj}}, \quad (3.6)$$

де  $C_{mi}$  – загальна смертність на 100 000 осіб населення і-регіону;

$C_{mj}$  – загальна смертність на 100 000 осіб населення України.

Блок «Рівень капітальних вкладень» представлений 3 індексами:

1) індекс капітальних вкладень у будівництво (формула (3.7)):

$$KB_1 = \frac{KB_i}{KB_j}, \quad (3.7)$$

де  $KB_i$  – сума інвестицій на будівництво нових об'єктів-медичних організацій на душу населення і-регіону, грн.

$KB_j$  – сума інвестицій на будівництво нових об'єктів-медичних організацій на душу населення України, грн.;

2) індекс витрат на придбання обладнання (формула (3.8)):

$$KB_2 = \frac{PO_i}{PO_j}, \quad (3.8)$$

де  $PO_i$  – сума інвестицій на придбання обладнання на душу населення і-регіону;

$PO_j$  – сума інвестицій на придбання обладнання на душу населення України.

3) індекс незавершеного будівництва (формула (3.9)):

$$\text{КНБ}_3 = \frac{\text{НБ}_i}{\text{НБ}_j}, \quad (3.9)$$

де  $\text{НБ}_i$  – сума витрат на будівництво об'єктів у сфері охорони здоров'я, які не були завершені, на душу населення  $i$ -регіону;

$\text{НБ}_j$  – сума витрат на будівництво об'єктів у сфері охорони здоров'я, які не були завершені, на душу населення України;

Блок «Фінансування» представлено двома індексами:

1) індекс Валового регіонального продукту (формула (3.10)):

$$\text{ВРП}_1 = \frac{\text{ВРП}_i}{\text{ВРП}_j}, \quad (2.10)$$

де  $\text{ВРП}_i$  – ВРП на одну людину  $i$ -регіону, грн;

$\text{ВРП}_j$  – ВВП України на одну людину, грн;

2) індекс витрат на охорону здоров'я за рахунок бюджету (формула (3.11)):

$$\text{КВБ}_2 = \frac{\text{ВБ}_i}{\text{ВБ}_j}, \quad (3.11)$$

де  $\text{ВБ}_i$  – частка витрат на реалізацію програми державних гарантій за рахунок коштів бюджету  $i$ -регіону;

$\text{ВБ}_j$  – частка витрат на реалізацію програми державних гарантій за рахунок коштів Державного бюджету;

Блок «Забезпеченість матеріалами» розраховується за двома індексами:

1) індекс фонду ліжок (формула (3.12)):

$$\text{КФЛ}_1 = \frac{\text{Кл}_i}{\text{Кл}_j}, \quad (3.12)$$

де  $\text{Кл}_i$  – кількість ліжок на 100 000 осіб населення  $i$ -регіону;

$\text{Кл}_j$  – кількість ліжок на 100 000 осіб населення в Україні;

2) індекс витрат на матеріальні запаси (формула (3.13)):

$$\text{КМЗ}_2 = \frac{\text{МЗ}_i}{\text{МЗ}_j}, \quad (3.13)$$

де  $\text{МЗ}_i$  – сума витрат на придбання матеріальних запасів на медичні організації  $i$ -регіону;

$\text{МЗ}_j$  – сума витрат на придбання матеріальних запасів на медичні

організації України;

Інтегральний показник розраховується з застосуванням індексів по кожному з розглянутих вище блоків.

1. Індекс по блоку «Забезпеченість медичним персоналом і витрати на його утримання» формула (3.14):

$$I_1 = \sqrt[3]{KЗ_1 \times KЗ_2 \times KЗ_3}, \quad (3.14)$$

2. Індекс по блоку «Соціальний розвиток населення» формула (3.15):

$$I_2 = \sqrt[3]{KCP_1 \times KCP_2 \times KCP_3}, \quad (3.15)$$

3. Індекс по блоку «Рівень капітальних вкладень» - формула (3.16):

$$I_3 = \sqrt[3]{KB_1 \times KB_2 \times KНБ_3}, \quad (3.16)$$

4. Індекс «Фінансування» - формула (3.17):

$$I_4 = \sqrt[2]{ВРП_1 \times KBБ_2}, \quad (3.17)$$

5. Індекс «Обеспеченность материальными запасами» - формула (3.18):

$$I_5 = \sqrt[2]{KФл_1 \times KMЗ_2}, \quad (3.18)$$

Виходячи з вищезазначеного, розраховується інтегральний показник оцінки ефективності фінансування системи охорони здоров'я - формула (3.19):

$$I_{\text{заг}} = I_1 \times I_2 \times I_3 \times I_4 \times I_5 \quad (3.19)$$

Пропонується інтерпретація результатів оцінки для проведення наступних інтервалів:

- $I_{\text{заг}} < 0,200$  – низький рівень;
- $0,200 < I_{\text{заг}} < 0,300$  – середній рівень;
- $0,300 < I_{\text{заг}} < 0,600$  – рівень вище середнього;
- $I_{\text{заг}} > 0,600$  – високий рівень.

Метод, описаний вище, може бути використаний для оцінки ефективності на рівні регіону або окремої медичної установи.

Нині одним із суттєвих джерел фінансування медичної допомоги населенню є страхові внески, які обов'язково сплачують різні категорії страхувальників. Страхувальниками працюючого населення виступають самі працюючі та/або їхні роботодавці. Держава зобов'язує платників податків

проводити внески на обов'язкове медичне страхування, яке встановлюється у вигляді фіксованого відсотка до фонду оплати праці. У більшості країн, які мають систему обов'язкового медичного страхування, внески сплачуються роботодавцями разом із працівниками, зазвичай приблизно у рівній пропорції.

Страховиками у системі обов'язкового соціального страхування (далі ЗМС) виступають спеціалізовані страхові організації. Функції страховиків у системі ЗМС виконують одночасно недержавні комерційні страхові організації та державні фонди ЗМС.

Перелік видів та обсяги медичної допомоги, отримання яких гарантується застрахованою у системі ЗМС, визначаються державою у національній програмі ЗМС. Ці зобов'язання пов'язуються із розмірами страхових внесків, які зазвичай встановлюються законодавчим шляхом.

В обов'язковому медичному страхуванні розміри внесків не пов'язані безпосередньо з оцінкою індивідуального ризику захворюваності та обсягом медичної допомоги, яку застрахований може отримати. Розміри страхових внесків узгоджуються з величиною прогнозованих витрат у загальнодержавному масштабі – для всіх категорій застрахованого населення. При цьому постає проблема нерівності можливостей фінансування медичної допомоги застрахованим у різних страхових фондах.

Страховик у системі ЗМС зобов'язаний страхувати всіх осіб, які живуть на цій території або мають певну професію незалежно від віку та здоров'я. Однак розподіл осіб за ризиком захворюваності нерівномірний територією країни та сферами діяльності. Тому неминучі розбіжності у сумі ЗМС, що залежить від вікової структури та стан здоров'я застрахованого контингенту.

Система бюджетного фінансування та система обов'язкового медичного страхування є основними засобами організації фінансування охорони здоров'я.

У табл. 3.1 наведено опис специфіки джерел фінансування, де відображені переваги та недоліки кожного джерела. Таким чином, на практиці застосовується комплексний підхід системи фінансового забезпечення охорони здоров'я, що дозволяє оптимізувати недоліки кожної.

Оцінка ефективності розробленої концепції здійснюється на основі показників:

- збільшення доступності медичної допомоги, зокрема: скорочення часу очікування прийому лікаря від моменту звернення до моменту прийому; збільшення частку бригад швидкої медичної допомоги; скорочення часу очікування планових операцій.

Таблиця 3.2 - Порівняльна характеристика бюджетного фінансування та системи обов'язкового медичного страхування

Джерело фінансування	Переваги	Недоліки
Бюджетне фінансування	– Незначна кількість задіяних в адмініструванні, низькі витрати на утримання органів управління охороною здоров'я	– Велика залежність фінансування охорони здоров'я від мінливих політичних пріоритетів
	– Високий ступінь контролю за діяльністю виробників медичних послуг за найменших витрат	- Розміри бюджетних асигнувань на охорона здоров'я визначаються структурою всіх бюджетних витрат.
	– Високий ступінь відповідальності за результати медичного обслуговування та стан мережі підвідомчих державних медичних установ	– Інтереси медичних закладів більш пріоритетні, ніж інтереси пацієнтів
Обов'язкове медичне страхування	– Чітко закріплені джерела фінансування і відповідно менший ступінь залежності від політичної кон'юнктури	– Низький ступінь контролю
	– Точніше ув'язування гарантій медичного обслуговування застрахованих із розмірами фінансових надходжень	– Великий діапазон суб'єктів управління – це і самі страховики, і державні органи управління охороною здоров'я, що збільшує витрати на утримання
	- Поділ функцій та відповідальності між суб'єктами фінансування медичних послуг та їх виробниками. Страховики несуть відповідальність за надання медичної допомоги та її оплату	– Вузька фінансова база – страхові внески встановлюються у % до ФОП. При скороченні ФОП розміри внесків скорочуються і коштів на оплату медичної допомоги недостатньо, в результаті необхідні додаткові субсидії держави або обмеження доступності медичних послуг
Самофінансування (платні медичні послуги)	- Швидкість залучення фінансових ресурсів; - Високий ступінь контролю – Зацікавленість медичної організації у збільшенні обсягу надання медичних послуг	– Обмеженість ринкової кон'юнктури (конкуренція, платоспроможність клієнтів, спеціалізація медичної організації та ін.); - Додаткове зростання витрат (вищі вимоги попиту)



- підвищення якості та безпеки медичної допомоги: зниження показників внутрішньо лікарняної летальності пацієнтів; зниження показників інфекційних ускладнень; зниження невідповідності лікування встановленим клінічним рекомендаціям професійних товариств.

### **3.2 Апробація моделі програми лояльності у медичних закладах**

При розробці моделі програми лояльності у медичних закладах слід фокусуватись на трьох різних аспектах [3]: персоналізація; типи винагород; додаткові послуги.

Завдяки персоналізації медичні заклади можуть використовувати інформацію, яку вони вже мають про своїх пацієнтів, щоб адаптувати пропозиції, які вважають актуальними і привабливими [4].

Що стосується структури винагород, то програми лояльності можуть передбачати подарунки клієнтам, які є унікальними та важко імітованими, та використовувати всю наявну у них інформацію для надання винагород, що відповідають індивідуальній ситуації або перевагам кожного клієнта.

Нарешті, конкурентоспроможні моделі програми лояльності мають дивитися далі за пропозиції та винагороди. На додаток до придбання послуг програма може передбачати винагороду учасників за інші передбачувані досягнення; вони також можуть надавати додаткові послуги, які накладають мінімальні витрати на організацію, але користуються клієнтами [4].

Виходячи з цілей цінової політики лікувальні заклади можуть дотримуватися стратегії управління цими тарифами для отримання більших прибутків. Для цього слід впроваджувати систему знижок (програму лояльності) з метою підвищення доступності послуг та залучення більшої кількості пацієнтів.

Зробимо розрахунок фінансової моделі програми лояльності для КНП «Томашпільська центральна районна лікарня».

Для розвитку підприємницької діяльності КНП «Томашпільська

центральної районної лікарні» пропонується модель програми лояльності пацієнтам. Оскільки обраний тип програми лояльності відповідає моделі, коли знижка зростає залежно від суми, на яку було придбано послуг, модель має вигляд (рис. 3.2).

Дана діаграма ілюструє, що з метою розподілу системи знижок її поділено на 4 категорії: 0%, 10%, 15% та 20%.

Для отримання кожної вищезгаданої категорії знижок слід досягти певного рівня накопиченої суми від придбаних послуг: 0 грн., 5 000 грн., 12 000 грн., 25 000 грн. відповідно.

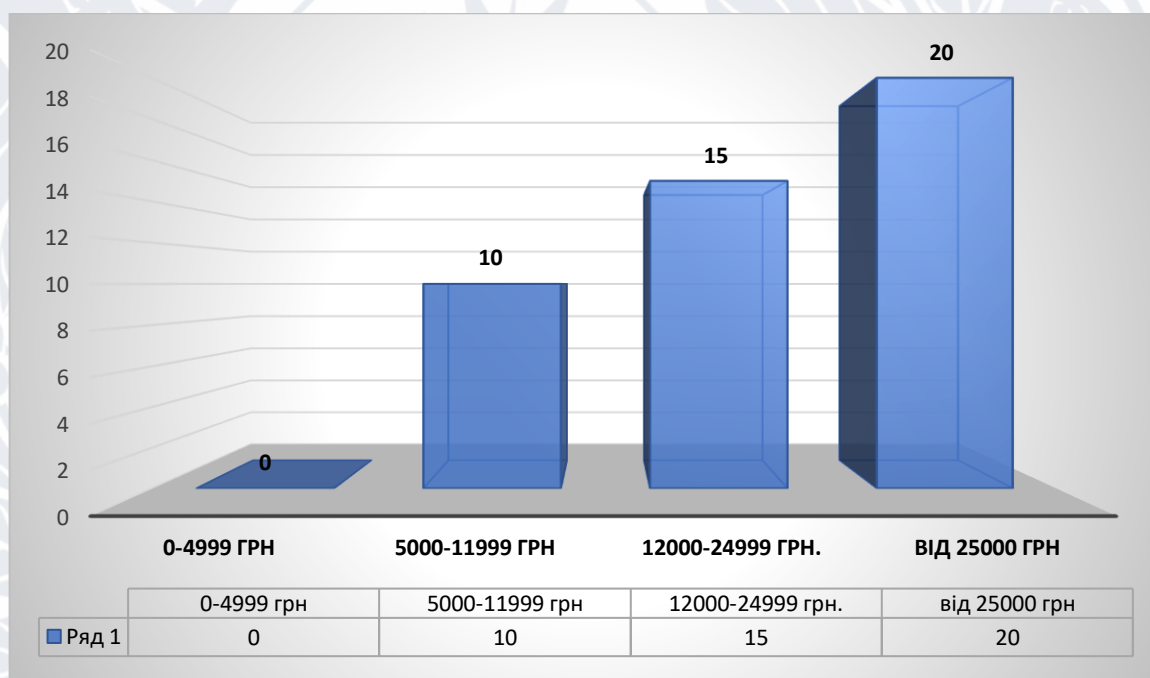


Рисунок 3.2 – Схема моделі програми лояльності

При подальшому проведенні розрахунків програми лояльності слід розрахувати, скільки пацієнтів вже перебувають на передбачуваних статусах програми лояльності.

Проведемо обчислення кількості пацієнтів, які проходили лікування та процедури протягом 12 місяців, по відділеннях у КНП, відсоткове співвідношення клієнтів на різних статусах передбачуваної програми лояльності від загальної кількості громадян, які входять до потенційної програми. Ми зробимо розрахунок за такими категоріями: до 3 000 грн.; від 3 000 до 4 999 грн.; від 5 000 до 11 999 грн., від 12 000 до 24 999 грн.: понад 25 000 грн. Категорії

пацієнтів, які набувають послуги до 3 000 грн, також будуть враховуватися, оскільки досягаючи межі 3 000 грн за програмою лояльності пацієнт зможе отримати додаткову послугу, представлену в установі, у подарунок.

Виходячи з сукупності зібраних та проаналізованих даних, можна зробити такі висновки. Найбільша кількість пацієнтів у відсотковому співвідношенні припадає на категорію громадян, які набувають послуги до 3 000 грн. (80,59% або 7 284 пацієнти). Отже, відсоток громадян, які купують дорогі послуги за власні кошти, невеликий. Виходячи з цього, накопичені суми за придбані послуги у пацієнтів здебільшого перебувають у діапазоні до 3 000 грн. Тому передбачені подарунки при досягненні суми 3 000 грн – це необхідний захід стимулювання попиту на послуги в установі.

Внаслідок цього факту проаналізуємо кількість пацієнтів, сума придбаних послуг яких наближається до прикордонного значення: до отримання подарунка у вигляді додаткової послуги або переходу на новий статус програми лояльності. Для різних статусів зробимо розрахунок різних приграничних значень. Отримані результати ранжування пацієнтів представлені в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3 - Ранжування пацієнтів за граничними значеннями запропонованої програми лояльності

Покупки	Група до 2999 грн	Група від 3000 грн до 4999 грн				Група від 5000 грн до 25000 грн		Всього пацієнтів, які можуть взяти участь у програмі лояльності
		3000 - 4999 грн	3500 - 3999 грн	4 000 - 4 499 грн	4 500 - 4999 грн	5 000 - 11999 грн	12 000 - 24999 грн	
Кількість пацієнтів								
Всього, осіб	2334	261	272	275	277	21	8	3448
% пацієнтів, %	32,04	24,06	25,07	25,35	25,53	31,34	11,94	38,49

Дані таблиці 3.3 показують відсоток пацієнтів з семи граничних меж, який розрахований, виходячи з показників статусу, до якого входять дані значення.

Найбільша частка пацієнтів (32,04%, 2334 особи) належить до межі від 2500 до 3000 грн. Найменший відсоток становить група пацієнтів, які мають накопичену суму від придбаних послуг у межах від 12 000 до 24 999 грн. (11,94%, 8 чол.).

Отримані дані в розрахункових таблицях за первинними та постійними клієнтами установи констатують факт того, що частка первинних пацієнтів залишається на рівні 18-20% від загальної кількості громадян, що знаходяться в приграничних областях програми лояльності, що розглядаються. Найбільша частка первинних пацієнтів від загальної кількості громадян, які скористалися послугами медичної установи, припадає на межу грошових сум від 2500 до 3000 грн (6,41%). Найменша частка в групі пацієнтів, що розглядається, припадає на грошовий відрізок від 10 000 до 11 999 грн (2%). Ця тенденція обумовлена нечисленністю представлених послуг у цьому ціновому сегменті.

Щодо «лояльної» підгрупи пацієнтів, то ситуація зумовлена аналогічним чином із табличними значеннями первинних пацієнтів установи.

25,63% припадає на громадян, які купують послуги від 2500 до 3000 грн накопичувальним підсумком. 8% – це пацієнти, які придбали послуги у ціновому сегменті від 10 000 грн до 11 999 грн.

З аналізу отриманих даних спрогнозуємо прибутковість впровадження програми лояльності в заклад, що розглядається.

Слід уточнити, що програма лояльності передбачає подарунок (послуга відділення лікувальної фізкультури або масажу залежно від характеру захворювання пацієнта) у розмірі 10% від чека до продажу всім первинним пацієнтам.

Зробимо розрахунок середнього чека допродажу для досягнення нового статусу в програмі лояльності, витрат на виплати по пацієнтам, що належать, знижкам або подарункам у відсотках від середнього чека допродажу; чека з урахуванням усіх витрат, конверсії та сум додаткових коштів, які будуть отримані від допродажу послуг як первинним, так і групі «лояльних» пацієнтів.

Середній чек до продажу завжди менше, ніж середній чек у межі приграничних значень. Для розрахунку додаткового доходу КНП від застосування системи знижок важливо, скільки пацієнт вклав додаткових коштів для переходу в новий статус. У середньому, чек допродажу - це величина, що дорівнює 80% від загального середнього чека за приграничними значеннями в певному ціновому

сегменті.

При розрахунку витрат, які несе установа при наданні знижок або подарунків первинним пацієнтам, слід врахувати, що кожному первинному пацієнту, який отримує платну послугу, належить подарунок у розмірі 10% від середнього чека до продажу.

Якщо розглядати знижки та подарунки для «лояльних» пацієнтів, то це відсоткове співвідношення витрат залежить від статусу в програмі лояльності.

Слід розробити систему подарунків у закладі. Послуги, які будуть вноситись у перелік подарункових, будуть мати оздоровчий характер, тобто для реалізації даної системи будуть задіяні відділення лікувальної фізкультури, масажні кабінети та фізіотерапевтичне відділення. Середня вартість послуг у цих відділеннях ранжується та становить у межах 300 грн. Отже, цю систему подарунків можна вважати оптимальною.

Залежно від наближення до нового статусу знижок розраховується приблизна конверсія, розрахована досвідченим шляхом, тобто передбачуваний відсоток громадян, які здійснять перехід у новий статус.

Таким чином, із наведених розрахунків можна констатувати факт наявності додаткових витрат, витрат на запуск програми лояльності, а також слід зважити на показник середньої собівартості від наданих послуг. Наведемо розрахунки прибутковості моделі програми знижок з урахуванням усіх витрат, представлені у таблиці 3.4.

Таблиця 3.4 - Прибуток від запровадження програми лояльності у діяльність КНП «Томашпільська центральна районна лікарня»

Показники	Значення (грн)
1. Додаткові грошові кошти	7 621 284,83
2. Сумарна собівартість по відділенням	1 759 371,35
3. Витрати на випуск карт	80000
4. Витрати на інформаційні матеріали	818080
5. Всього прибуток	4 963 833,48

Підсумкова сума прибутку, отримана КНП при впровадженні програми лояльності склала 4963833,48 грн.

Слід уточнити, що ця програма лояльності передбачає, що у різних груп пацієнтів немає виключного права на знижку, оскільки знижку можуть отримати різні пацієнти, враховуючи ті групи пацієнтів, які є первинними. Відповідно, додаткових обов'язків до виконання у КНП не виникає, виручка ж відображається за вирахуванням наданої знижки.

### **3.3 Альтернативні способи фінансування системи охорони здоров'я**

Крім традиційних способів фінансування, можуть бути використані інші способи фінансування системи охорони здоров'я:

- лізинг;
- концесія;
- розвиток приватного сектору медичних послуг;
- державно-приватне партнерство.

Одним із способів такого фінансування є лізинг. В даний час законодавча база з лізингу включає традиційне визначення фінансової оренди, яке відповідає класифікаційним ознаками, встановленим міжнародними стандартами фінансової звітності.

Однозначно можна виділити незаперечні переваги лізингу, а саме:

- з обороту не відволікаються значні обсяги коштів (загалом перший авансовий платіж становить від 15 до 30% вартості устаткування чи іншого предмета лізингу);
- лізингоодержувач не несе ризики, пов'язані з умовами виконання міжнародного договору.

У разі, якщо намічений проект включено до списку пріоритетних секторів економіки для залучення прямих вітчизняних та іноземних інвестицій, можливе отримання податкових пільг та преференцій, так як поняття інвестиції включає у собі предмети лізингу, з укладення договору лізингу. Розмір платежів з лізингу, на відміну виплат за кредитами, повністю підлягає виключенню з оподаткованого доходу в лізингодавця, що дозволяє лізинговим компаніям пропонувати нижчі відсоткові ставки з фінансового лізингу, ніж у кредитах.

Таким чином, лізинг є унікальним інвестиційним інструментом, який дає змогу закладам охорони здоров'я придбати необхідне обладнання за рахунок зовнішнього довгострокового фінансування. При цьому забезпеченням по договору для лізингової компанії застава, і на передане в лізинг обладнання право власності залишається за лізинговою компанією. Після закінчення терміну лізингу за умови виплати всіх лізингових платежів, лізингоодержувач має можливість отримати право власності на лізингове майно.

Відповідно до закону, концесія – це передача за договором об'єктів державної власності у тимчасове володіння та користування з метою покращення та ефективної експлуатації. Також концесіонер має право на будівництво нових об'єктів за рахунок своїх коштів або на умовах співфінансування державою з подальшою передачею таких об'єктів державі з наданням концесіонеру прав володіння, користування для подальшої експлуатації.

При цьому держава надає такі види підтримки концесіонера:

- 1) поруки держави щодо інфраструктурних облігацій у рамках договорів концесії,
- 2) державні гарантії щодо позик, що залучаються для фінансування концесійних проектів,
- 3) передача виняткових прав, пов'язаних з експлуатацією об'єкта концесії,
- 4) надання натурних грантів відповідно до законодавства,
- 5) співфінансування концесійних проектів,
- 6) гарантії споживання державою певного обсягу товарів (робіт, послуг) у разі, якщо основним споживачем товарів (робіт, послуг), вироблених концесіонером, є держава,
- 7) компенсація певного обсягу інвестиційних витрат концесіонера у встановлені договором концесії строки та у визначених ним обсягах у період дії договору концесії.

У системі охорони здоров'я України на сьогоднішній день таких проектів немає, що цілком пояснюється новизною інституту концесії та відсутністю позитивного вітчизняного досвіду, а також високою витратністю та

відстроченою окупністю проектів з будівництва лікарень.

Приватний сектор медичних послуг відіграє дуже важливу роль для всієї системи охорони здоров'я, створюючи конкуренцію та демонструючи можливості підвищення якості послуг та покращення сервісу. Визначальним фактором ефективного розвитку приватного сектору в охороні здоров'я є попит на послуги та їх достатня окупність. Головні причини недостатньої конкуренції на ринку медичних послуг пов'язані з високою капіталомісткістю проектів зі створення нових медичних організацій, великими комерційними ризиками, відстроченою окупністю та необхідністю постійного компромісу щодо вартості послуг. Крім того, будь-які суб'єкти охорони здоров'я, навіть приватні, знаходяться у зоні підвищеної уваги з боку державних контролюючих органів. Перелічені обставини визначають практичну відсутність над ринком таких видів приватних послуг, як педіатрична, терапевтична, первинна медична допомога, хоча є явний недолік обсягів послуг за цими видами допомоги.

Приватний медичний сектор не часто надає такі послуги, в основному, весь ринок комерційних послуг за цими видами допомоги представлений платними послугами бюджетних організацій.

При цьому існують профілі медичних спеціальностей, в яких явно лідирує ринок приватних послуг: за статистикою найбільш затребуваною платною медичною послугою (40% ринку) є стоматологія, слідує урологія, гінекологія та проведення лабораторних аналізів для встановлення діагнозу. [XX].

Об'єднуючою ознакою даних видів послуг є прибутковість бізнесу при порівняно незначних вкладеннях і мінімальній професійній відповідальності. Участь у цьому секторі послуг приватних організацій стане фактором посилення конкуренції та покращення рівня сервісу та якості медичних послуг.

Єдиною умовою для здійснення цих надій є всебічна підтримка держави. Необхідно за підтримки держави відпрацювати механізм створення та функціонування приватних організацій в умовах бізнес-інкубатора з подальшим тиражуванням досвіду на інші регіони. Розробити галузеву програму з розвитку приватного сектора у первинній ланці медичної допомоги та сфері медико-



соціальної допомоги (лікарні тривалого догляду, центри реабілітації тощо).

Активне залучення підприємців до сектору охорони здоров'я, що надає низькоприбуткові соціально-значущі послуги, при реалізації комплексу заходів державної підтримки створить умови для вирішення цілої низки питань: розвиток проблемних для системи охорони здоров'я напрямків, реалізація принципу соціальної відповідальності бізнесу перед суспільством, покращення якості та доступності медичної допомоги населення загалом.

Однією з нових форм залучення та використання інвестицій є практика державно-приватного партнерства – взаємодія державного та приватного секторів, що передбачає повну або часткову передачу суб'єктам приватного сектору відповідальності за надання послуг, що традиційно належать до сфери відповідальності державного сектору, на умовах адекватного розподілу між його учасниками ризиків, відповідальності та вигод, а також за збереження контролю з боку держави.

Форми державно-приватного партнерства умовно можна розділити на три великі групи: контракти управління; контракти на експлуатацію та утримання; контракти на проектування, будівництво, фінансування та експлуатацію (у тому числі концесії). Ця класифікація лише умовна, оскільки практично кожна країна самостійно і незалежно визначає державно-приватне партнерство та його види. Світовий досвід державно-приватного партнерства у проектах соціальної інфраструктури свідчить, що державно-приватне партнерство має низку переваг, які можуть сприяти розвитку інфраструктури охорони здоров'я (табл. 3.5).

Таким чином, очевидні переваги державно-приватного партнерства:

- для держави: вивільнення бюджетних коштів; використання коштів приватного сектора на будівництво нових державних об'єктів охорони здоров'я; забезпечення розвитку інфраструктури більш прискореними темпами та можливість надання якісніших послуг; залучення як коштів, а й досвіду приватного сектора у сфері інвестиційного менеджменту; переваги управління об'єктами охорони здоров'я професійними приватними компаніями; передача ризику/відповідальності приватній компанії; підтримка технічного стану

будівель та обладнання на належному рівні;

Таблиця 3.5 – Переваги впровадження державно-приватного партнерства у системі охорони здоров'я

Характеристика	Переваги
1. Державно-приватне партнерство – це ефективний метод залучення приватних інвестицій. Надає можливість поетапного (відстроченого платежу) погашення позики протягом 5-15 років.	1. Дозволяє зняти навантаження на бюджет країни та оптимізувати державні витрати.
2. Залучаються носії передових технологій, що спеціалізуються на будівництві та управлінні об'єктів охорони здоров'я	2. Сприяє якісному виконанню проєктувальних та будівельних робіт на стратегічно важливих об'єктах охорони здоров'я.
3. Компанія виконує повний цикл робіт із проєкту	3. Повністю інтегровані системи будівельної архітектури, медичного обладнання та інформаційних систем лікарні
4. Наступна передача у довгострокове управління об'єкта компанії	4. Створюється стимул для постановки найбільш ефективних бізнес-процесів на новому об'єкті.

- для приватного сектора: нові інвестиційні можливості та відповідно нові джерела доходу; зростання іміджу над ринком; нові ринки та розвиток бізнесу; державна часткова фінансова та адміністративна підтримка для зниження капітальних витрат;

- для населення (бенефіціарів послуг): забезпечення оптимального співвідношення «ціна – якість»; розвиток інфраструктури та вищу якість послуг; позитивний мультиплікативний ефект.

До можливих ризиків державно – приватного партнерства належать: слабка законодавча та інституційна система; невідповідність учасників державно – приватного партнерства; складність процедур; недостатнє розуміння особливостей державно – приватного партнерства та необхідного обсягу роботи; політичні ризики; ризики неплатоспроможності; асиметричність знань та ресурсів.

У багатьох країнах в останні роки розвивається такий інноваційний метод забезпечення ліками пацієнтів медичних закладів - угода про розподіл ризиків

(RSA, Risk sharing agreement) [52].

Цей метод дозволяє відшкодувати вартість ліків та оптимізувати ціноутворення по новим лікам, які створюються на основі інноваційних технологій. При цьому можливо урахування наукових даних про клінічну та економічну ефективність нових ліків. Концепція «поділу ризиків» є одним із нових інноваційних підходів до організації лікарського забезпечення пацієнтів з різними захворюваннями. Світовий досвід застосування угод свідчить про те, що зацікавленість у цьому методі існує зі сторони виробників інноваційних ліків, які бачать в угодах про розподіл ризиків спосіб розширення продажів нових дорогих препаратів. Існує також зацікавленість у цьому методі і державних органів, які регулюють сферу охорони здоров'я, так як досягається економія бюджетних коштів, які витрачаються на закупівлю ліків. Лікарі, які відповідають за лікування пацієнтів, зацікавлені у цьому методі, так як більше пацієнтів отримують можливість використовувати у лікуванні дорогі інноваційні препарати. Застосування угод про розподіл ризиків у країнах Європи та Америки має свої особливості, розрізняються правила регулювання та адміністрування таких угод, механізми відшкодування витрат та встановлення цін на препарати, які охоплюються такими угодами.

Позитивні риси угод про розподіл ризиків:

- ці угоди сприяють поліпшенню стійкості системи охорони здоров'я при збереженні доступу пацієнтів до потрібних лікарських засобів;
- знижують рівень невизначеності щодо ефективності лікування;
- забезпечують більш швидкий доступ до нових лікарських засобів;
- є інструментом зниження цін на дорогі лікарські засоби, якщо інші альтернативні способи не доступні або не застосовуються;
- дозволяють приймати рішення про компенсацію, коли недостатньо інформації про клінічну ефективність та наслідки для здоров'я;
- допомагають скорочувати бюджетні витрати на лікарські засоби;
- забезпечують можливість збору даних щодо використання препарату в умовах реальної практики.

Незважаючи на різноманітність угод про розподіл ризиків, що застосовуються у світі, ці угоди використовуються з метою вирішення наступних загальних завдань:

- по-перше, зниження навантаження на бюджет;
- по-друге, зменшення невизначеності щодо клінічної ефективності та рентабельності нових лікарських засобів;
- по-третє, ефективного управління з використанням нової медичної технології та оптимізації існуючих терапевтичних стандартів.

Фінансові угоди, такі як досягнення домовленостей про знижки та поступки з ціни, вже стали повсюдною практикою в розвинених країнах [53].

### **Висновки до розділу 3**

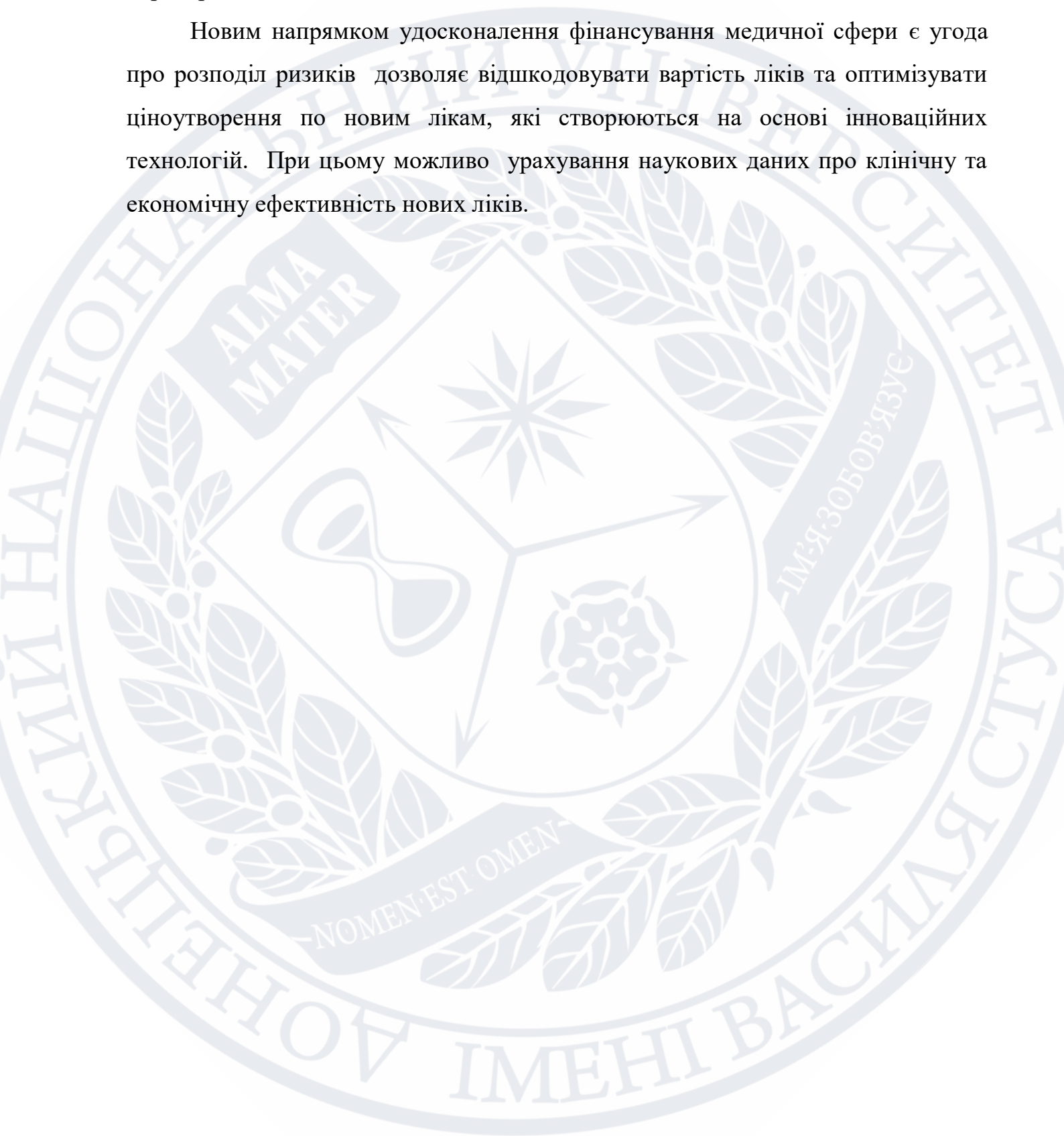
В ході дослідження було розроблено концепцію удосконалення механізму фінансування системи охорони здоров'я в Україні, яка має за мету підвищення ефективності фінансового забезпечення цієї системи для покращення якості і доступності медичної допомоги. У концепції виділено запропоновані методи удосконалення механізму фінансування системи охорони здоров'я в Україні, до яких належать методи і моделі: модель програми лояльності у медичних закладах; методи забезпечення збалансованості державних гарантій та їх фінансування; індексний метод оцінки ефективності використання ресурсів медичною установою; обов'язкове медичне страхування.

Для розвитку підприємницької діяльності КНП «Томашпільська центральна районна лікарня» пропонується модель програми лояльності пацієнтів, коли знижка на медичні послуги лікарні зростає залежно від суми, на яку було придбано послуг. Для стимулювання переходу пацієнтів у групи, на які розповсюджується знижка, пропонується використовувати подарунки. В результаті кількість пацієнтів, які витрачають значні суми на послуги лікарні, буде зростати, що призведе до зростання прибутку.

При фінансуванні системи охорони здоров'я крім традиційних способів фінансування, можуть бути використовуватися такі способи, як: лізинг;

концесія; розвиток приватного сектору медичних послуг; державно-приватне партнерство.

Новим напрямком удосконалення фінансування медичної сфери є угода про розподіл ризиків дозволяє відшкодувати вартість ліків та оптимізувати ціноутворення по новим лікам, які створюються на основі інноваційних технологій. При цьому можливо урахування наукових даних про клінічну та економічну ефективність нових ліків.



## ВИСНОВКИ

Дослідивши існуючі погляди на визначення поняття «механізм фінансування» вважаємо, що під «механізмом фінансування закладів охорони здоров'я» слід розуміти принципи, джерела та форми залучення та використання фінансових ресурсів у закладах охорони здоров'я, з метою забезпечення збереження, зміцнення та відновлення здоров'я населення. При цьому ефективність механізму фінансування суттєво впливає на фінансову стабільність та загальні показники діяльності закладів охорони здоров'я і в кінцевому підсумку на стан його фінансової безпеки.

Система охорони здоров'я України довгий час фінансувалася за бюджетною моделлю, яка є високоефективною тільки при наявності достатнього фінансового забезпечення. Однак в Україні рівень бюджетних витрат на забезпечення функціонування системи охорони здоров'я є низьким і не дозволяє покрити усі потреби медичної сфери.

У зв'язку з необхідністю підвищення якості послуг системи охорони здоров'я постає питання про впровадження ефективних методів управління фінансами, які передбачають підвищення результативності від використання ресурсного потенціалу.

Головними суб'єктами системи управління фінансовим забезпеченням сфери охорони здоров'я, які напряду впливають на формування, використання та розподіл фінансових ресурсів, належну організацію ефективної фінансової діяльності, є: держава; надавачі медичних послуг; замовники медичних послуг (головний замовник – Національна служба здоров'я України, страхові компанії); користувачі медичних послуг – все населення країни.

В ході реформи системи охорони здоров'я в Україні, яка почалася у 2015 р., було проведено ліквідацію та реорганізацію неефективних установ з метою встановлення оптимальної структури системи охорони здоров'я («оптимізація» системи охорони здоров'я). Змінюється механізм взаємовідносин між суб'єктами: державою, працівниками лікарень, пацієнтами. Впроваджується оплата з бюджету медичних послуг, які надаються споживачам.

Проведений аналіз КНП «Томашпільська центральна районна лікарня» показав, що на фінансовий стан лікарні, її оборотні активи, економічні та фінансові показники важливий вплив було здійснено необхідністю підвищувати вартість послуг та необхідністю фінансування обладнання інфекційно-боксового відділення для лікування хворих на ковід.

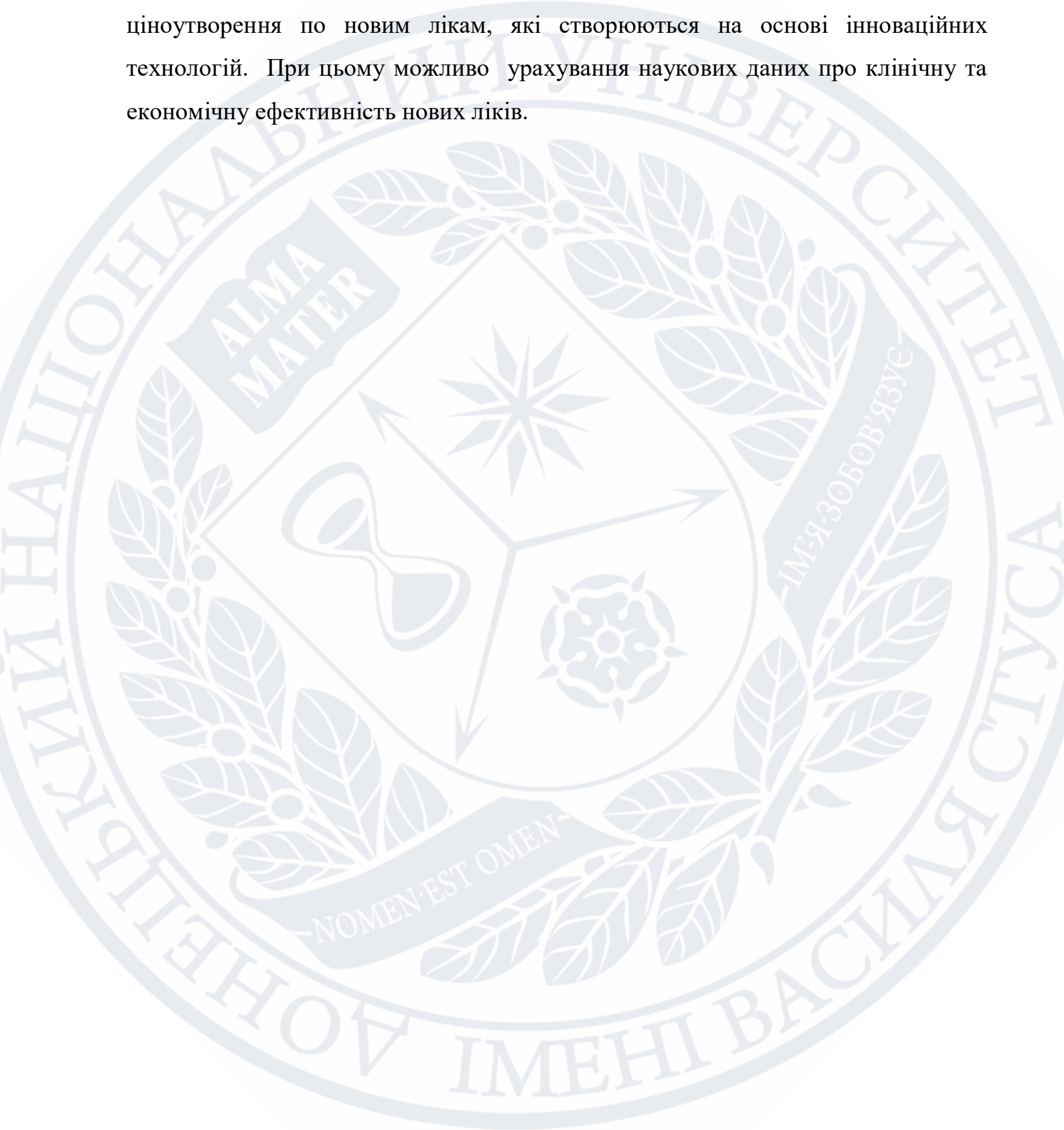
У дослідженні оцінки ефективності механізмів управління функціонуванням та розвитком закладів охорони здоров'я необхідно розраховувати коефіцієнт економічної ефективності, що дозволяє провести оцінку ефективності використання матеріально-технічної бази та безпосередньо поточних витрат за надання медичної допомоги.

В ході дослідження було розроблено концепцію удосконалення механізму фінансування системи охорони здоров'я в Україні, яка має за мету підвищення ефективності фінансового забезпечення цієї системи для покращення якості і доступності медичної допомоги. У концепції виділено запропоновані методи удосконалення механізму фінансування системи охорони здоров'я в Україні, до яких належать методи і моделі: модель програми лояльності у медичних закладах; методи забезпечення збалансованості державних гарантій та їх фінансування; індексний метод оцінки ефективності використання ресурсів медичною установою; обов'язкове медичне страхування.

Для розвитку підприємницької діяльності КНП «Томашпільська центральна районна лікарня» пропонується модель програми лояльності пацієнтів, коли знижка на медичні послуги лікарні зростає залежно від суми, на яку було придбано послуг. Для стимулювання переходу пацієнтів у групи, на які розповсюджується знижка, пропонується використовувати подарунки. В результаті кількість пацієнтів, які витрачають значні суми на послуги лікарні, буде зростати, що призведе до зростання прибутку.

При фінансуванні системи охорони здоров'я крім традиційних способів фінансування, можуть бути використовуватися такі способи, як: лізинг; концесія; розвиток приватного сектору медичних послуг; державно-приватне партнерство. У багатьох країнах в останні роки розвивається такий інноваційний

метод забезпечення ліками пацієнтів медичних закладів - угода про розподіл ризиків, яка дозволяє відшкодувати вартість ліків та оптимізувати ціноутворення по новим лікам, які створюються на основі інноваційних технологій. При цьому можливо урахування наукових даних про клінічну та економічну ефективність нових ліків.





## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аналіз джерел та інструментів залучення фінансових ресурсів для фінансування Цілей сталого розвитку в Україні. ТОВ «Ернст енд Янг». Київ, 2022. 83 с.
2. Андрусів У.Я., Юрченко Н.Б. Зарубіжний досвід фінансування систем охорони здоров'я. *Економічний простір*. 2019. № 150. С. 20 - 24.
3. Бакуменко В. Д., Попов С. А., Вошко І. В. Медична політика держави як об'єкт публічного управління та адміністрування. Актуальні проблеми державного управління : зб. наук. праць. Харків: Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2021. № 1 (59).
4. Барзилович А. Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. *Інвестиції: практика та досвід*. № 2/2020. URL: <http://www.investplan.com.ua/?op=1&z=7011&i=20>.
5. Бюджетний простір для системи охорони здоров'я в Україні. Програмний документ для підтримки діалогу щодо підготовки бюджету на 2021 рік. 27 с. URL: [https://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0003/463872/UKR-Budgetary-space-for-health-ukr.pdf](https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/463872/UKR-Budgetary-space-for-health-ukr.pdf) (дата звернення: 20.09.2023).
6. Видатки на охорону здоров'я у 2021 р.: коли очікування розбиваються об жорстоку реальність. Щотижневик «Аптека». № 1(1272). URL: <https://www.apteka.ua/article/579552> (дата звернення: 18.09.2023).
7. Вошко І. В. Сучасні засади державної медичної політики: стратегічний підхід. *Право та державне управління*. 2020. № 2. С. 326 – 334.
8. Диверсифікація джерел фінансування охорони здоров'я. Національний інститут стратегічних досліджень: сайт. 18.06.2019. URL: <https://niss.gov.ua/doslidzhennya/socialna-politika/diversifikaciya-dzherel-finansuvannya-okhoroni-zdorovya> (дата звернення: 10.12.2023)
9. Етапи впровадження реформи фінансування системи охорони здоров'я закладами ПМД у 2018 році. URL: <http://healthreform.in.ua/wp-content/uploads/2018/08/USAID> (дата звернення: 28.10.2023).
10. Зюзін В. О. Зарубіжний досвід фінансування програм охорони здоров'я

та українські реалії. *Науковий погляд: економіка та управління*. 2019. № 3(65). С. 219 - 227.

11. Іваненко Є. Фінансове забезпечення охорони здоров'я в умовах соціально-економічних трансформацій. *Світ фінансів*. 2015. № 3. С. 71–81.

12. Карамишев Д. В. Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоров'я: (державно-управлінські аспекти). Харків: Вид-во ХарРІ НАДУ «Магістр», 2004. 304 с.

13. Карпишин Н. І. Фінансове забезпечення охорони здоров'я в реалізації державних функцій на ринку медичних послуг: дис. канд. екон. наук: 08.04.01. Тернопіль: ТДЕУ, 2006. 187 с. URL: <http://dspace.tneu.edu.ua/handle/316497/895> (дата звернення: 14.10.2023).

14. Карпишин Н. Сутність, джерела та форми фінансового забезпечення охорони здоров'я. *Світ фінансів*. 2007. № 2. С. 63–72.

15. Клименко М. О. Світовий досвід організації фінансування у сфері медичного обслуговування. *Чернігівський науковий часопис Чернігівського державного інституту економіки і управління*. Сер. 1: Економіка і управління. 2017. № 1. С. 104 -112.

16. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013

17. Конституція України від 28 червня 1996 року № 254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>. (дата звернення: 29.10.2023).

18. Кринична І. П. Обґрунтування необхідності проведення реформування системи охорони здоров'я в Україні: історичний аспект. *Аспекти публічного управління*. 2015. № 3. С. 19 - 26. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/aplup\\_2015\\_3\\_5](http://nbuv.gov.ua/UJRN/aplup_2015_3_5). (дата звернення: 21.10.2023).

19. Кринична І. Державне регулювання реформування галузі охорони здоров'я в Україні: аналіз очікуваних результатів реалізації реформ. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2015. Вип. 2. С. 137–147. URL:

[http://nbuv.gov.ua/UJRN/dums\\_2015\\_2\\_16](http://nbuv.gov.ua/UJRN/dums_2015_2_16). (дата звернення: 21.10.2023).

20. Лехан В. М., Крячкова Л. В., Заярський М. І. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. Україна. *Здоров'я нації*. 2018. № 4 (52). С. 5–11.

21. Марковський С. С. Моделювання механізму фінансового забезпечення державної регіональної політики *Науковий вісник Академії муніципального управління. Серія : Управління*. 2011. Вип. 4. С. 439-447.

22. Медицина для людей: як ВООЗ рекомендує відновлювати українську систему охорони здоров'я. URL: <https://suspihne.media/244774-medicina-dla-ludej-ak-vooz-rekomendue-vidnovlupati-ukrainsku-sistemu-ohoroni-zdorova/> (дата звернення: 14.09.2023).

23. Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства. Оновлена версія. Київ: МОЗ України, 2018. 84 с.

24. Міністерство фінансів України інформує про видатки на охорону здоров'я в 2020 році. URL: <http://amnu.gov.ua/ministerstvo-finansiv-ukrayiny-informuye-pro-vydatky-na-ohoronu-zdorov-ya-v-2020-roczy/> (дата звернення: 20.11.2023).

25. Мокрицька А. Б. Управління фінансами охорони здоров'я : дис. на здоб. наук. ступеня канд. екон. наук: спец. 08.00.08 – гроші, фінанси і кредит. Тернопіль : ТНЕУ, 2013. 234 с.

26. Москаленко В. Актуальні проблеми здоров'я та охорони здоров'я у III тисячолітті. <http://amnu.gov.ua/aktualni-problemy-zdorov-ya-ta-ohorony-zdorov-ya-u-iii-tysyacholitti/> (дата звернення: 20.09.2023).

27. Назарко С. О. Ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я. *Електронний журнал «Ефективна економіка»* №4, 2021, URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/index.php?op=1&z=7574> (дата звернення: 22.09.2023).

28. Надутий К. А., Лехан В. М., Найда І. В. Обґрунтування концепції

безперервного вдосконалення національної системи охорони здоров'я України. Український медичний часопис. № 1(2) (129)–І/П. 2019. URL: <https://www.umj.com.ua/article/138238/obgruntuvannya-k-ontseptsiyi-bezperernogo-vdoskonalennya-natsionalnoyi-sistemi-ohoroni-zdorov-ya-ukrayini>. (дата звернення: 20.11.2023).

29. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016 – 2019. Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. URL: [https://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report\\_UKR\\_Full\\_report\\_Web.pdf](https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report_UKR_Full_report_Web.pdf). (дата звернення: 25.11.2023).

30. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-ХІІ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>. (дата звернення: 25.11.2023).

31. Офіційний сайт Державного комітету статистики. URL: [www.ukrstat.gov.ua](http://www.ukrstat.gov.ua) (дата звернення: 18.09.2023).

32. Пашков В. М. Правове забезпечення реформування сфери охорони здоров'я. *Український медичний часопис*. 2017. № 2. С. 1 - 6.

33. Про затвердження Національної економічної стратегії на період до 2030 року: Постанова Кабінету міністрів України від 3 березня 2021 р. № 179. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/179-2021-%D0%BF#Text>. (дата звернення: 25.09.2023).

34. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-19. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>. (дата звернення: 21.11.2023).

35. Про суть автономізації / Підтримка у впровадженні реформи первинної медичної допомоги. URL: <http://healthreform.in.ua/автономізація-полягає-в-тому-щоб-дозв/> (дата звернення: 09.12.2023).

36. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я: Закон України від 06.04.2017 № 2002-VIII. Відомості Верховної Ради України . 2017. № 6.

37. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017-№ 2168-VIII. Відомості Верховної Ради України . 2017. № 9.

38. Посилкіна О. В., Гладкова О. В. Актуальні проблеми фінансового забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я в Україні в умовах їх реформування. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія : Економіка і управління*. 2021. № 2. Том 32(71). С. 43 - 49.

39. Романенко О. Р., Даниленко Л. П., Гладченко Л. П., Славкова А. А. Фінанси (для студентів спеціальності «Фінанси і кредит»): навч.-метод. посіб. для самот. вивч. дисципліни— 2-ге вид. (зі змінами та доповненнями) Київ: КНЕУ, 2013. 136 с.

40. Руських К. Реформи первинної медичної допомоги в країнах Центральної та Східної Європи. Уроки для України. *Проект «Популярна економіка: моніторинг реформ»*. № 8. 12.12.2012 року. Місячний звіт. URL: [https://eba.com.ua/static/members\\_reviews/Case\\_Study\\_1\\_2013\\_ukr.pdf](https://eba.com.ua/static/members_reviews/Case_Study_1_2013_ukr.pdf). (дата звернення: 19.11.2023).

41. Сенюк Ю. І., Надюк З. О. Сучасна державна політика у сфері охорони здоров'я: аналіз реформування системи. *Право та державне управління*. 2020 р., № 2. URL: [http://pdu-journal.kpu.zp.ua/archive/2\\_2020/34.pdf](http://pdu-journal.kpu.zp.ua/archive/2_2020/34.pdf). (дата звернення: 09.12.2023).

42. Сіташ Т. Медичне страхування та фінансове забезпечення охорони здоров'я: вітчизняний та зарубіжний досвід. *Науковий вісник Одеського національного економічного університету*. 2014. № 10. С. 149-162. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nv\\_2014\\_10\\_16](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nv_2014_10_16). (дата звернення: 09.11.2023).

43. Сидоренко Т. Правові засади реформування галузі охорони здоров'я: стан, проблеми, перспективи розвитку. URL: [https://minjust.gov.ua/m/str\\_6764](https://minjust.gov.ua/m/str_6764) (дата звернення: 29.11.2023).

44. Солдатенко О. В. Правове регулювання видатків на охорону здоров'я в Україні та державах Центральної Європи : монографія. Київ : Алерта, 2010. 278 с.

45. Солдатенко О. Сучасний стан правового регулювання фінансування сфери охорони здоров'я України. *Підприємництво, господарство і право*. 2018. №2. С. 142-147.

46. Співак М. В. Державна політика здоров'язбереження: світовий досвід і Україна : монографія. Київ: Ін-т держави і права ім. В.М. Корецького НАН України; Видавництво «Логос», 2016. 536 с.

47. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016-2019. Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. URL: [https://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report\\_UKR\\_Full-report\\_Web.pdf](https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report_UKR_Full-report_Web.pdf) (дата звернення: 20.09.2023).

48. Федорова Н. О. Стан фінансування системи медичного страхування в Україні. *Держава та регіони. Серія : Державне управління*. 2019. № 1(65). С. 110–115.

49. Фінансовий план надавача ПМД / Підтримка у впровадженні реформи первинної медичної допомоги. URL: [http://healthreform.in.ua/finace\\_phc/](http://healthreform.in.ua/finace_phc/). (дата звернення: 30.09.2023).

50. Фінансування охорони здоров'я в Україні: стійкість в умовах війни. Копенгаген. Європейське регіональне бюро ВООЗ. 2022. 32 с. URL: <https://www.who.int/ukraine/uk/publications/WHO-EURO-2022-5882-45647-65535> (дата звернення: 02.12.2023).

51. Філіпова Н. В. Фінансування розвитку сфери охорони здоров'я в Україні: теорія, методологія та практика: монографія. Мена: Домінант, 2021. 320 с.

52. Юрій С. І., Федосов В. М., Алексеєнко Л. М. Фінанси: підручник; за ред. С. І. Юрія., В. М. Федосова. 2-ге вид., переробл. і доповн. Київ : Знання, 2012. 688 с.

53. Barroy H., Gupta S. (2020). From overall fiscal space to budgetary space for health: connecting public financial management to resource mobilization. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я. URL:

<https://www.cgdev.org/event/overall-fiscal-spacebudgetary-space-health> (дата звернення: 20.09.2023).

54. Kimberley J. The Globalization of Managerial Innovation in Health Care // J. Kimberley, G. de Pourville, T. d'Aunno. New York: Cambridge university Press, 2008. 394 p.

55. Moisson J.- C. Une histoire de la T2A. *Journal de gestion et d'économie médicales*. 2013. № 2. P. 107–120.

56. Or Z. Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A). Paris: IRDES, 2009. 29 p.

57. Rimler S. B. Diagnosis-related Groups and Hospital Inpatient Federal Reimbursement. *RadioGraphics*. 2015. № 35:6. P. 1825–1834.