

Київський національний торговельно-економічний університет

Кафедра фінансів

ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему:

«Формування видатків бюджету на охорону здоров'я»

Студентки 2 курсу, 4м групи,
спеціальності 072
«Фінанси, банківська справа та страхування»
спеціалізації «Державні фінанси»

Величенко Марини
Андріївни

Науковий керівник
к.е.н., доцент

Прус Наталія
Володимирівна

Гарант освітньої програми
завідувач кафедри фінансів,
заслужений діяч науки і техніки України
д.е.н., професор

Чугунов Ігор
Якович

Київ 2018

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ВИДАТКІВ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я	6
1.1 Видатки на охорону здоров'я: сутність та нормативно-правова база їх формування	6
1.2 Зарубіжний досвід формування видатків на охорону здоров'я	10
РОЗДІЛ 2 ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ФІНАНСУВАННЯ ВИДАТКІВ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	17
2.1 Аналіз обсягів та динаміки видатків на охорону здоров'я	17
2.2 Аналіз структури видатків системи охорони здоров'я за джерелами фінасування	21
РОЗДІЛ 3 НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОЦЕСУ ФОРМУВАННЯ ВИДАТКІВ БЮДЖЕТУ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я	30
3.1 Пріоритетні напрями реформування системи фінансування охорони здоров'я в Україні	30
3.2 Сучасні методи оплати постачальників медичних послуг як інструмент удосконалення процесу формування бюджетних видатків на охорону здоров'я	37
ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ	47
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	50

ВСТУП

Актуальність теми. Сучасна соціально-економічна та демографічна ситуації в економіці України визначають необхідність постановки перед державою нових завдань, які можливо вирішити за умови розробки нових організаційно-методичних засад фінансового забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я. Визначальним чинником забезпечення доступними та якісними медичними послугами населення є необхідний для надання таких послуг обсяг фінансових ресурсів. Запровадження нової моделі фінансування системи охорони здоров'я, яка передбачає перехід до оплати діяльності постачальників медичної допомоги на основі конкретних результатів їх роботи, потребує принципової зміни характеру відносин між постачальником послуг та їх замовником. Обов'язковою умовою запровадження орієнтованих на результат договорів стратегічної закупівлі медичних послуг, а разом з ними і орієнтованих на результат методів оплати діяльності постачальників є надання останнім достатнього рівня управлінської та фінансової автономії, необхідної для отримання права укладати контракти та гнучко і незалежно від інших сторін організовувати свою власну діяльність з досягнення встановлених цими договорами результатів [6]. Все це зумовлює необхідність перегляду характеру фінансових відносин та визначає нові вимоги до управління фінансовими ресурсами в закладах охорони здоров'я. Особливого значення набуває проблематика формування видатків бюджету на охорону здоров'я.

Аналіз останніх досліджень і публікацій показав, що в умовах обмеженості фінансових ресурсів проблема фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в Україні є надзвичайно актуальною. Серед науковців та практиків, які внесли значний вклад у дослідження організаційних аспектів фінансування системи охорони здоров'я можна виділити Горина В.П. [15], Загорського В. С. [16], Камінську Т.М. [21], Лопушняк Г.С. [26], Мальованого М.І. [27], Москаленко В.Ф. [28], Смірнову Т.М. [38]. Проте, незважаючи на численність публікацій з цього приводу, особливості фінансового забезпечення

системи охорони здоров'я в Україні на сучасному етапі залишаються недостатньо дослідженими.

Метою дослідження є розкриття теоретичних та методологічних засад формування видатків бюджету на охорону здоров'я в Україні та обґрунтування напрямів його удосконалення.

Досягнення поставленої мети зумовило необхідність вирішення таких **завдань**:

- розкрити сутність процесу формування видатків бюджету на охорону здоров'я;
- дослідити зарубіжний досвід фінансування охорони здоров'я ;
- проаналізувати обсяги та динаміку видатків на охорону здоров'я;
- провести аналіз структури видатків системи охорони здоров'я за джерелами фінансування;
- визначити пріоритетні напрями реформування системи фінансування охорони здоров'я в Україні;
- окреслити шляхи удосконалення процесу формування видатків бюджету на охорону здоров'я.

Об'єктом дослідження є процес формування видатків бюджету.

Предметом дослідження є теоретичні та практичні питання формування видатків бюджету на охорону здоров'я

Методи дослідження. З метою досягнення поставленої мети в дослідженні використано загальнонаукові і спеціальні методи пізнання явищ і процесів у сфері формування видатків бюджету на охорону здоров'я. Системний та структурний методи використано при розкритті сутності процесу формування видатків бюджету на охорону здоров'я. За допомогою порівняльного методу узагальнено зарубіжний досвід фінансування охорони здоров'я. На основі системного підходу, синтезу, наукового абстрагування обґрунтовані напрями удосконалення формування видатків бюджету на охорону здоров'я в Україні.

Інформаційною базою дослідження є законодавчі, нормативно-правові

акти з питання формування видатків на охорону здоров'я, наукові праці українських і зарубіжних учених з теорії, методології, методики та планування та фінансування видатків на охорону здоров'я, інструктивно-методичні документи, матеріали науково-практичних конференцій. Звітні, інформаційно-аналітичні та статистичні матеріали Рахункової палати України, Міністерства фінансів України, Державної казначейської служби України, інших центральних органів виконавчої влади, інтернет-джерела.

Наукова новизна полягає у комплексному дослідженні питань щодо формування видатків бюджету на охорону здоров'я та обґрунтуванні пропозицій з удосконалення системи фінансування охорони здоров'я в Україні шляхом створення системи «єдиного платника» та впровадження нових методів оплати постачальників медичних послуг.

Практичне значення одержаних результатів. Основні положення та результати випускної кваліфікаційної роботи розкриті у статті за темою «Формування видатків бюджету на охорону здоров'я» та опубліковані у збірнику наукових праць студентів денної форми навчання «Фінансова система України» (частина II) Київського національного торговельно-економічного університету.

Обсяг та структура роботи. Випускна кваліфікаційна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків та пропозицій, списку використаних джерел, додатків

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ВИДАТКІВ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я

1.1 Видатки на охорону здоров'я: сутність та нормативно-правова база їх формування

В Україні сучасний стан громадського здоров'я та якість надання медичних послуг є незадовільними, що обумовлено, в першу чергу, недостатнім фінансовим забезпеченням та нераціональним використанням бюджетних коштів. Забезпечення населення країни якісною медичною допомогою в умовах інтеграції України у світову економічну спільноту значно залежить від рішень таких складних економічних задач, як визначення можливих та необхідних обсягів бюджетного фінансування, розвиток платних медичних послуг, підготовка кваліфікованих кадрів, впровадження нових медичних технологій, забезпечення інноваційної політики у сфері охорони здоров'я. Успішна реалізація відповідних задач можлива тільки при створенні ефективної моделі фінансування системи охорони здоров'я.

Унікальність української системи охорони здоров'я, що відрізняє її чи не від усіх інших країн сучасного світу, полягає в тому, що [Конституція України](#) формально передбачає безмежні гарантії забезпечення всіх громадян безоплатною медичною допомогою у державних та комунальних закладах охорони здоров'я. Концептуальні підходи до управління фінансовими ресурсами у системі охорони здоров'я визначено Конституцією України та Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Так, статтею 49 Конституції України закріплено право кожної людини на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, яке забезпечується державним фінансуванням: «Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і

комунальних закладах охорони здоров'я медичну допомогу надають безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена [22]”.

Поряд із закріпленням гарантії на надання безоплатної медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я стаття 49 Конституції України визначає право кожного на медичне страхування, тобто цією статтею регламентовані можливі додаткові джерела фінансування галузі охорони здоров'я. За роз'ясненням Конституційного Суду України, безоплатність медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я не унеможливорює фінансування цієї галузі за рахунок розвитку позабюджетних механізмів залучення додаткових коштів, у т. ч. і шляхом створення лікарняних кас, діяльність яких має бути врегульована законом [22].

Одним із недоліків національного законодавства є суперечність між задекларованим у статті 49 Конституції правом на безоплатну медичну допомогу та нормою статті 95 Конституції, згідно з якою видатки на загальносуспільні потреби, їх розмір та цільове спрямування визначаються виключно законом про державний бюджет, тобто враховуючи фінансові можливості держави на певний час щодо забезпечення безкоштовного медичного обслуговування населення.

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» визначає основні принципи державної політики у зазначеній сфері та створює правові засади, спрямовані на розбудову системи охорони здоров'я. Зокрема, задекларовано можливість багатоканального фінансування галузі (статті 4 та 18) за рахунок коштів Державного бюджету України та місцевих бюджетів, коштів юридичних та фізичних осіб, а також з інших джерел, не заборонених законом.

У статті 12 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» зазначено, що державна політика охорони здоров'я забезпечується бюджетними асигнуваннями в розмірі, що відповідає її науково обґрунтованим потребам, але не менше десяти відсотків національного доходу [17].

Законодавче закріплення чіткої ставки національного доходу для фінансування системи охорони здоров'я суперечить статті 95 Конституції України.

Отже, важливою особливістю фінансового забезпечення системи охорони здоров'я України є неузгодженість нормативно-правової бази, що визначає обсяги та організацію фінансування системи охорони здоров'я.

Доцільно зазначити, що обсяги видатків на охорону здоров'я визначені також у Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та Закон України «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України» від 7 грудня 2017 року № 2233-VIII.

У статті 4 Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» визначено, що обсяг коштів Державного бюджету України, що спрямовуються на реалізацію програми медичних гарантій, щорічно визначається в Законі України про Державний бюджет України як частка валового внутрішнього продукту (у відсотках) у розмірі не менше 5 відсотків валового внутрішнього продукту України. Видатки на програму медичних гарантій є захищеними статтями видатків бюджету [20].

Порядок розподілу видатків між бюджетами різних рівнів визначено в Бюджетному кодексі України. Відповідно до Закону України «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України» від 7 грудня 2017 року № 2233-VIII було внесено зміни щодо розподілу видатків на охорону здоров'я між рівнями бюджетів.

До видатків на охорону здоров'я, що здійснюються з Державного бюджету України, належать видатки на:

- первинну медичну допомогу, крім видатків на оплату комунальних послуг та енергоносіїв комунальними закладами охорони здоров'я;
- державні програми громадського здоров'я та заходи боротьби з епідеміями;
- державні програми розвитку та підтримки закладів охорони здоров'я, що перебувають у державній власності, згідно з переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України;

- програму державних гарантій медичного обслуговування населення" [19].

До видатків, що здійснюються з бюджетів міст республіканського Автономної Республіки Крим та обласного значення, районних бюджетів, бюджетів об'єднаних територіальних громад належать видатки на:

- амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (лікарні широкого профілю, спеціалізовані медико-санітарні частини, пологові будинки, поліклініки і амбулаторії, загальні стоматологічні поліклініки, дільничні лікарні)";

- первинну медичну допомогу (медичні амбулаторії, фельдшерсько-акушерські і фельдшерські пункти, центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та інші заклади охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу)";

- оплату комунальних послуг та енергоносіїв комунальними закладами охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу, місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу, та місцеві програми надання населенню медичних послуг з первинної медичної допомоги населенню;

- співфінансування оплати медичних послуг, що надаються в рамках програми державних гарантій медичного обслуговування населення, для покриття вартості комунальних послуг та енергоносіїв комунальних закладів охорони здоров'я, які належать відповідним територіальним громадам або є об'єктами права спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст, що перебувають в управлінні районних рад;

- місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, які належать відповідним територіальним громадам або є об'єктами права спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст, що перебувають в управлінні районних рад, і місцеві програми надання населенню медичних послуг понад обсяг, передбачений програмою державних гарантій медичного обслуговування населення [19].

До видатків, що здійснюються з бюджету Автономної Республіки Крим і обласних бюджетів, належать видатки на:

- співфінансування оплати медичних послуг, що надаються в рамках програми державних гарантій медичного обслуговування населення, для покриття вартості комунальних послуг та енергоносіїв комунальних закладів охорони здоров'я, які є об'єктами права спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст, що перебувають в управлінні обласних рад;
- регіональні програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, які є об'єктами права спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст, що перебувають в управлінні обласних рад, і регіональні програми надання населенню медичних послуг понад обсяг, передбачений програмою державних гарантій медичного обслуговування населення;
- регіональні програми громадського здоров'я [19].

Отже, однією з особливостей системи фінансування охорони здоров'я в Україні в сучасних умовах є неузгодженість нормативно-правової бази, що визначає обсяги та організацію фінансування системи охорони здоров'я; що негативно позначається на ефективності використання вкрай обмежених ресурсів.

1.2 Зарубіжний досвід формування видатків на охорону здоров'я

Охорона здоров'я є невід'ємним елементом суспільного життя та соціальної політики держави. Такі чинники, як складна політична ситуація, економічна криза, а також брак та неефективне використання фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я, негативно вплинули на загальний стан здоров'я населення України.

Недостатність виділених державою коштів на галузь спричиняє зменшення обсягу безоплатного медичного обслуговування, не дозволяє провести своєчасно капітальний ремонт приміщень медичних закладів, оновлення

обладнання, порівняно низьку заробітну плату медичного персоналу. Необхідно зазначити, що, крім обсягу фінансового забезпечення, вагомий вплив на якість медичного обслуговування має і раціональне його використання.

Для пошуку шляхів вирішення численних проблем фінансування сфери охорони здоров'я України варто звернутися до досвіду зарубіжних країн.

У Фінляндії медична допомога надається як через громадську систему охорони здоров'я, так і через систему медичного страхування. Обидві вони є універсальними і фінансуються головним чином за рахунок податків (внески на медичне страхування від роботодавців і працівників збираються через податки). Крім того, приблизно половина роботодавців добровільно організовують надання додаткових медичних послуг для своїх працівників.

Охорона здоров'я, як і соціальна допомога, фінансується в основному за рахунок державних коштів. При цьому муніципалітети надають приблизно 35% загального обсягу фондів. Приблизно 25% надходжень - це державні субсидії, що збираються за рахунок загальних податків. Фінансування за рахунок програми медичного страхування складає 15%. Решта коштів надходить з приватних джерел, а також за рахунок співоплати з боку пацієнтів. Приватне страхування забезпечує приблизно 2% загального обсягу фінансування [44].

Внесок на медичне страхування (з якого виплачується також грошова допомога по непрацездатності, і з приводу вагітності і пологів) - це процент заробітої плати, що виплачується робітником (1,5%) та роботодавцем (приватними - 1,6% та державними - 2,85%). Внески на медичне страхування є рівними для всього населення. Але оскільки ця програма передбачає відшкодування вартості приватних послуг, які не використовуються населенням у рівній мірі, це спричинило деяке занепокоєння щодо рівноправності (особливо сільські жителі мало користуються приватними послугами). Співоплата, в основному, пов'язана з відшкодуваннями витрат на період хвороби, але муніципалітети також можуть вимагати співоплату за стаціонарні та амбулаторні послуги. Як правило, один день перебування в лікарні коштує для пацієнта 135 марок (приблизно 22,5 євро). Хоча рівень

співоплати не повинен виходити за межі, встановлені законом, її частка в загальному обсязі фінансування системи охорони здоров'я за останні роки збільшується [44].

Нижче подано загальний опис систем охорони здоров'я деяких європейських країн та США. Ці країни було обрано, по-перше, за типом їх систем охорони здоров'я для того, щоб можна було бачити різні рішення окремих проблем, і, по-друге, були взяті країни з великою територією для того, щоб їх можна було порівняти з умовами України.

Франція має складне поєднання приватного і державного секторів як у фінансуванні, так і в наданні медичної допомоги. Система базується на обов'язковій державній програмі охорони здоров'я, яка в значній мірі доповнюється добровільним страхуванням. Однак, в цілому система охоплює майже все населення країни. Загальна програма страхування фінансується шляхом збору податків з роботодавців та працівників - 12,8% видатків на заробітну плату з роботодавця та 0,75% з працівника. (Внески йдуть також на покриття грошової допомоги по непрацездатності, вагітності та пологам, а також за інвалідністю та смертю). На даний час НМС покриває 74% всіх витрат на охорону здоров'я. Останнім часом ця цифра зменшується. Спільні товариства покривають приблизно 7%, а приватні страховики - 5% витрат на охорону здоров'я. Менше ніж 3% надходять зі зборів загальних податків, а решта - більше, ніж 13%, - надходить за рахунок співоплати з боку пацієнта [2].

Організація і фінансування системи охорони здоров'я в Німеччині базується на традиційних принципах соціальної солідарності, децентралізації та саморегуляції. Роль центрального уряду обмежена розробкою законодавчої бази, в рамках якої відбувається надання медичних послуг, в той час як основні виконавчі функції належать адміністраціям окремих земель. Федеральне міністерство охорони здоров'я є основною установою на федеральному рівні, якому підпорядковані органи наукової експертизи. На місцевому рівні існують загальні місцеві лікарняні каси (Allgemeine Ortskrankenkassen), лікарняні каси

компаній (Betriebskrankenkassen) та спеціальні каси для окремих професійних груп населення (моряків, фермерів, шахтарів та інших).

Програма фінансується за рахунок внесків працівників та роботодавців. Розмір усіх внесків у середньому складає 13,52% (у східних землях 13,92%). Працівник завжди платить 6,76% (на Сході - 6,96%) своєї заробітної плати, роботодавець в середньому платить той же процент, але ця ставка є різною для різних земель та фондів і коливається в межах 4,75 - 7,5%. Приблизно 60% фінансування надходить від обов'язкових або добровільних внесків, 21% - від загальних податків, 7% - за рахунок приватного страхування, а решта 12% покриваються прямими платежами з боку пацієнтів. Покупці медичної допомоги (лікарняні каси) і надавачі послуг відділені один від одного. Тарифи на послуги встановлюються в процесі переговорів, що проходять між основними учасниками системи надання послуг [12].

Система охорони здоров'я Голандії фінансується в більшій частині за рахунок поєднання соціального та приватного страхування, при цьому соціальним страхуванням покривається 64% населення, а приватним - 31%. Національна програма страхування (НПС), яка є обов'язковою для всього населення, передбачає страхування у разі нещасних випадків, хронічних захворювань, інвалідності, психіатричної та довгострокової допомоги. Приватний некомерційний сектор, а також громадяни, що забезпечують себе роботою самостійно, відіграють значну роль в наданні медичної допомоги.

Соціальне страхування є домінуючою формою фінансування системи охорони здоров'я в Нідерландах, покриваючи приблизно 70% витрат на охорону здоров'я. Приватне страхування покриває приблизно 13% всіх витрат. Фінансування доповнюється прямою співоплатою пацієнтами та урядовими субсидіями. Міністерство подає до схвалення Парламентом загальний бюджет витрат на охорону здоров'я. Крім того, для деяких секторів системи охорони здоров'я встановлені планові показники витрат, наприклад, для стаціонарної і амбулаторної допомоги [33].

Внески до лікарняних кас базуються на розмірі доходу і сплачуються, в основному, роботодавцем (5,6% фонду оплати праці); розмір внеску працівника є значно нижчим (1,55% валового доходу). Існує верхня межа доходу для внесків, що складає 29,314 євро на рік. Управління та розподіл внесків здійснюється через центральний фонд, і відбувається за принципом подушного фінансування з часковим урахуванням ризиків. Крім того, члени каси сплачують незначну фіксовану суму, яка встановлюється кожною лікарняною касою окремо (в середньому - 180 євро). Цей фіксований внесок покриває приблизно 10% всіх витрат на охорону здоров'я [33].

Національна служба охорони здоров'я (НСОЗ) Великій Британії є найбільш відомою універсальною системою медичної допомоги (охоплене все населення країни) з 1948 року, коли вона була запроваджена. Це державна система, яка фінансується в основному за рахунок податків. Послуги надаються всім верствам населення і, в основному, на безоплатній основі. Не існує оплати за послуги, які надаються в межах НСОЗ, за винятком лікарень у тих випадках, коли пацієнт потребує особливих умов або додаткового лікування, яке не є необхідним з клінічної точки зору. НСОЗ фінансується за рахунок системи загального оподаткування (95%) та інших платежів (5%) в рамках загального бюджету, який розробляється Міністерством і ухвалюється Парламентом. Обсяги додаткового приватного страхування збільшилися в 90-х роках, але їх частка складає лише деякий відсоток від загальних витрат [39].

Національна служба охорони здоров'я Італії (НСОЗ) була заснована в 1978 році з метою забезпечення універсального доступу до медичних послуг, які, в основному, надаються безоплатно. Фінансування системи охорони здоров'я носить переважно державний характер - за рахунок загального оподаткування та соціального страхування. Надання послуг змішане - послуги надаються як державними, так і приватними закладами. Система охорони здоров'я Італії є вкрай децентралізованою у порівнянні з її прототипом, англійською НСОЗ. Парламент встановлює мінімальний гарантований обсяг послуг для всієї країни, і визначає умови, за якими населення може отримувати

послуги від приватного сектору. Реалізація, планування, фінансування та моніторинг системи охорони здоров'я здійснюються 21 регіонами. Система є дуже фрагментованою внаслідок частих змін уряду та недостатньої координації на центральному рівні [34].

Система переважно фінансується державою, при цьому соціальне страхування покриває 46,5%, а загальні податки - 52% всього обсягу фінансування. Решта 1,5% фінансується за рахунок приватного сектору, в основному, це спільна оплата за послуги Національної служби охорони здоров'я. Додаткове страхування було введено під час реформи 1993 року. Теоретично роботодавці сплачують 9,6% внесок, а працівники сплачують 0,9% від валової заробітної плати, але фактичні розміри внесків можуть бути різними. Збір загальних податків та розподіл бюджету здійснюються на національному рівні, але регіони мають достатню автономію для того, щоб використовувати кошти, що може спричиняти надлишок коштів для повторного інвестування, а також дефіцити, які необхідно покрити [34].

У США немає загальної системи надання медичної допомоги для працюючого населення. Програма "Медікер" надає послуги лише людям віком старше 65 років, деяким людям з інвалідністю та людям, що мають постійну ниркову недостатність. Інші громадяни мають страхуватися в програмах приватного страхування. Програма "Медікер" фінансується за рахунок внесків, які сплачують працівники та роботодавці у розмірі 1,45% заробітної плати. Приватне страхування є різним, і роботодавці можуть сплачувати частину страхового внеску або весь його розмір, або працівник (чи інша особа) може сплачувати всю вартість страхового внеску [44].

Системи охорони здоров'я у розвинених країнах виконують важливу функцію соціального захисту. Вони знижують як ризики в області здоров'я, так і фінансові ризики, роблять істотний внесок у соціальний і економічний добробут. В умовах фінансових труднощів основним завданням країн, яке сформулювала Рада ЄС, є забезпечення фінансової стійкості системи охорони здоров'я, не наражаючи на небезпеку загальні цінності країн ЄС: повне

охоплення населення медичним обслуговуванням, солідарність у фінансуванні, рівність доступу до медичної допомоги і висока якість медичного обслуговування.

Отже, доцільно адаптувати зарубіжний досвід фінансування охорони здоров'я з метою проведення трансформації галузі охорони здоров'я України у якіснішу та продуктивнішу. Для цього необхідно сформувати ефективну систему фінансування охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 2

ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ФІНАНСУВАННЯ ВИДАТКІВ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

2.1 Аналіз обсягів та динаміки видатків на охорону здоров'я

Експертами ВООЗ доведена прямо пропорційна залежність здоров'я населення від інвестицій в охорону здоров'я. Так, якщо держава витрачає в середньому на одного громадянина \$ 10 в рік, то біологічні можливості громадянина реалізуються не більше ніж на 50%, а якщо близько тисячі доларів, то громадяни такої країни можуть розраховувати на 75-відсоткову реалізацію [44].

З метою визначення стану фінансування охорони здоров'я в Україні та його відповідності нормативам, зазначених у законодавчій базі України, проведемо аналіз динаміки фінансування системи охорони здоров'я за 2015–2017 рр. (табл.2.1).

Таблиця 2.1

Динаміка фінансування системи охорони здоров'я України за 2015–2017рр.

Показники	2015	2016	2017
Валовий внутрішній продукт (ВВП) у фактичних цінах, млн. грн.	1988544,0	2383182,0	2908233,0
Валовий національний дохід (ВНД), млн. грн.	1956939,0	2361510,0	2959460,0
Видатки Зведеного бюджету на охорону здоров'я, млн.грн.	71001, 1	75503,4	102392,4
Темп росту (ланцюговий),%	-	106,3	135,6
Видатки Державного бюджету на охорону здоров'я, млн. грн.	11450,4	12464,6	16729,4
Темп росту (ланцюговий),%	-	108,9	134,2
Видатки Зведеного бюджету на охорону здоров'я у % від ВВП	3,6	3,2	3,5

Видатки Державного бюджету на охорону здоров'я у % від ВВП	0,6	0,5	0,6
Видатки Зведеного бюджету на охорону здоров'я у % від ВНД	3,7	3,2	3,6

Джерело: складено автором на основі даних [7,8, 9,10,11]

За даними табл. 2.1 видно, що намітилась тенденція до зростання обсягу видатків на охорону здоров'я в Україні. Так, в 2015 році видатки Зведеного бюджету склали 71001, 1млн. грн і щорічно зростали, у 2016-2017рр., відповідно, становили 75503,4 та 102392,4 млн. грн., що відповідно на 6,3% та 35,6% більше, ніж у попередніх роках.

Міжнародний досвід визначає, що оптимальний рівень витрат на охорону здоров'я становить 8–10% ВВП і дані по країнах-членах ЄС це підтверджують. В Україні цей показник протягом досліджуваного періоду коливався у межах 3,2-3,6% ВВП, тобто майже в 3 рази нижче ніж в країнах ЄС.

За результатами аналізу встановлено, що протягом досліджуваного періоду в фактичні видатки Зведеного бюджету на охорону здоров'я складали 3,2 - 3,7 % від ВНД, тобто майже в 2,5 рази менше нижньої межі норми, встановленої статтею 12 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», відповідно, загальні витрати на охорону здоров'я в Україні за рахунок державних джерел покриваються лише частково.

У статті 4 Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» визначено, що обсяг коштів Державного бюджету України, що спрямовуються на реалізацію програми медичних гарантій, щорічно визначається в Законі України про Державний бюджет України як частка валового внутрішнього продукту (у відсотках) у розмірі не менше 5 відсотків валового внутрішнього продукту України. Однак, слід констатувати, що фактичні видатки Державного бюджету України на охорону здоров'я складали за 2015-2017рр. коливались у межах 0,5 - 0,6 % від ВВП, тобто в 10 разів нижче зазначеної в законі норми.

Таблиця 2.2

**Виконання плану по фінансуванню видатків на охорону здоров'я
Державного бюджету України за видами бюджетів, млн.грн.**

Показники	2015 рік, виконано	2016 рік, виконано	2017 рік			Відхилення показників 2017 р. від 2016 р.	
			план	виконано	% виконан ня	+; -	%.
Всього видатків, з них:	576,9	684,9	870,5	839,5	96,5	154,6	22,6
Охорона здоров'я	11,5	12,5	17,3	16,7	96,5	4,2	33,6
Питома вага видатків на охорону здоров'я в загальних видатках державного бюджету, %	2,0	1,8	2,0	2,0	-	-	-

Джерело: складено автором на основі даних [7,8, 9,10,11]

За даними табл.2.2 видно, що протягом досліджуваного періоду видатки на охорону здоров'я зростали, так порівняно з 2016 роком видатки зросли на 154, 6 млн. грн. або на 22,6%, з 2015 роком відповідно на 271, 6 млн. грн. Проте, слід відзначити, що в 2017 році план по фінансуванню видатків на охорону здоров'я недовиконано на 3,5%. Основною причиною стало те, що за наявності планових призначень і відкритих Державною казначейською службою України асигнувань не розпочато проведення видатків, зокрема, за бюджетними програмами Міністерства охорони здоров'я України - за відсутності паспорта бюджетної програми на реконструкцію і розширення Національного інституту раку не використано 38,7 млн гривень.

Таблиця 2.3

**Структура видатків Зведеного бюджету України на фінансування
охорони здоров'я за економічною бюджетною класифікацією**

Показники	2015	2016	2017
Всього видатків у тому числі:	100	100	100
Поточні видатки	90,1	91,5	91,0
Оплата праці і нарахування на заробітну плату	50,3	53,3	7,1

Продовження табл.2.3.

Оплата праці	37,1	43,8	5,8
Нарахування на оплату праці	13,2	9,5	1,3
Використання товарів і послуг	36,8	33,5	79,9
Предмети, матеріали, обладнання та інвентар	2,4	2,9	0,3
Медикаменти та перев'язувальні матеріали	16,1	18,3	8,4
Продукти харчування	1,9	2,1	0,4
Оплата послуг (крім комунальних)	1,8	2,3	0,4
Видатки на відрядження	0,1	0,1	0,01
Оплата комунальних послуг та енергоносіїв	7,0	7,3	0,8
Дослідження і розробки, окремі заходи по реалізації державних (регіональних) програм	7,5	0,6	69,6
Поточні трансферти	1,5	2,7	2,7
Субсидії та поточні трансферти підприємствам (установам, організаціям)	1,5	2,7	2,7
Соціальне забезпечення	1,2	1,8	1,2
Виплата пенсій і допомоги	0,4	0,4	0,03
Інші виплати населенню	0,9	1,5	1,2
Інші поточні видатки	0,2	0,2	0,2
Капітальні видатки	9,9	8,5	9,0
Придбання основного капіталу	9,0	7,6	2,1
Придбання обладнання і предметів довгострокового користування	2,8	4,6	1,4
Капітальне будівництво (придбання)	4,8	0,1	0,1
Капітальний ремонт	0,9	1,7	0,4
Реконструкція та реставрація	0,2	0,3	0,2
Придбання землі та нематеріальних активів	0,2	0,9	0,01
Капітальні трансферти	0,9	0,9	6,9
Капітальні трансферти підприємствам (установам, організаціям)	0,9	0,9	6,9

Джерело: складено автором на основі даних [7,8, 9,10,11]

За даними табл.2.3. видно, що в структурі видатків на охорону здоров'я в Україні переважають поточні видатки, за 2015-2017рр. вони коливались в

межах 90,1-91,5%. Капітальні видатки в структурі видатків на охорону здоров'я в Україні протягом досліджуваного періоду склали 8,5 – 9,9%.

Аналіз структури поточних видатків показав, що протягом 2015-2016 років структура практично не змінювалась. Найбільшу питому вагу займали видатки на оплату праці і нарахування: відповідно, в 2015 р.-50,3%, в 2016р. – 53,3%, стаття видатків «Використання товарів і послуг» в структурі складала 36,8% (2015р.) та 33,5% (2016р.). Слід відмітити, що в 2017 році структура поточних видатків на охорону здоров'я значно змінилась. Доля видатків на оплату праці і нарахування різко зменшилась і склала 7,1%, тобто в 7 разів зменшилась порівняно з даними 2016 року. Також слід відмітити, що в 2017 році доля видатків за статтею «Використання товарів і послуг» в структурі зросла 2,4 рази порівняно з даними 2016 року та складала 79,9%, таке зростання відбулося за рахунок збільшення видатків за кодом «Дослідження і розробки, окремі заходи по реалізації державних (регіональних) програм».

Отже, за результатами аналізу обсягів видатків на охорону здоров'я встановлено, що протягом досліджуваного періоду в фактичні видатки Зведеного бюджету та державного бюджету на охорону були значно нижче норми, встановленої статтею 12 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», відповідно, можна зробити висновок, що загальні витрати на охорону здоров'я в Україні за рахунок державних джерел покриваються лише частково. Тому існує необхідність провести аналіз структури видатків на охорону здоров'я за джерелами фінансування.

2.2 Аналіз структури видатків системи охорони здоров'я за джерелами фінансування

Відповідно до статті 18 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» фінансове забезпечення охорони здоров'я може здійснюватися за рахунок коштів Державного бюджету України та місцевих бюджетів, коштів юридичних та фізичних осіб, а також з інших джерел, не

заборонених законом [2]. Розглянемо розподіл видатків між бюджетами різних рівнів (табл.2.4).

Таблиця 2.4

Розподіл видатків на охорону здоров'я Зведеного бюджету України за видами бюджетів, млн. грн.

Вид бюджету	Зведений бюджет	державний	обласні, міські (м. Київ та Севастополя)	у тому числі:			селищні	сільські	об'єднаних територіальних громад
				республіканського (АРК) обласного значення	районні	міст обласного значення			
2015	71001,1	11450,4	29107,	15759,8	14672,9	0,9	5,9	4,3	-
Питома вага у Зведеному бюджеті, %	X	16,13	41,00	22,20	20,67	0,000	0,01	0,01	
2016	75503,4	12464,6	29876,	17099,2	15726,3	0,2	6,0	4,5	326,7
Питома вага у Зведеному бюджеті, %	X	16,51	39,57	22,65	20,83	0,000	0,01	0,01	0,43
2017	102392,4	16729,4	39405,	23318,8	22073,6	1,7	6,0	6,2	851,7
Питома вага у Зведеному бюджеті, %	X	16,34	38,48	22,77	21,56	0,000	0,01	0,01	0,83

Джерело: складено автором на основі даних [7,8, 9,10,11]

Аналіз розподілу видатків між бюджетами різних рівнів показав, що протягом 2015 – 2017 років частка видатків, що здійснюється з державного бюджету коштів коливалась у межах 16,-16,5%. Основна частина видатків на охорону здоров'я здійснювалась з місцевих бюджетів, що складає відповідно 83,5-83,9%, в тому числі доля видатків з обласних бюджетів та бюджету м. Києва складала в 2017 році 38,5%, а в 2015 та 2016 роках, відповідно 41,0% і 39,6%.; 22% складає доля фінансування з міст обласного значення і 20% з міст районного значення.

Одночасно з кошторисною формою бюджетного фінансування видатків на охорону здоров'я застосовується така форма, як бюджетні трансферти. Відповідно до статті 103⁴ Бюджетного кодексу України, медична субвенція

спрямовується на видатки місцевих бюджетів для оплати поточних видатків, крім видатків на оплату комунальних послуг та енергоносіїв. Розглянемо динаміку фінансування видатків на охорону здоров'я в формі субвенції (табл.2.5).

Таблиця 2.5

Динаміка трансфертів, що передаються з державного місцевим бюджетам на фінансування охорони здоров'я, млн. грн.

Показники	Роки			Відхилення 2017р. від	
	2015	2016	2017	2015	2016
Міністерство охорони здоров'я України (загальнодержавні витрати)	46382,3	44767,0	57969,3	11586,9	13201,2
Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на придбання витратних матеріалів для закладів охорони здоров'я та лікарських засобів для інгаляційної анестезії	0,0	18435,1	18605,4	18605,4	170,3
Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на придбання медикаментів та виробів медичного призначення для забезпечення швидкої медичної допомоги	135630,0	136142,7	136219,0	589,0	76,3
Медична субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам	46177,0	44433,7	56220,1	10043,1	11786,4
Субвенція з державного бюджету обласному бюджету Львівської області на завершення реконструкції Львівського обласного перинатального центру	45,0	0,0	0,0	-45,0	0,0
Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на придбання ангиографічного обладнання	0,0	0,0	134,5	134,5	134,5
Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на відшкодування вартості лікарських засобів для лікування окремих захворювань	0,0	0,0	627,2	627,2	627,2

Продовження табл.2.5

Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на реформування регіональних систем охорони здоров'я для здійснення заходів з виконання спільного з Міжнародним банком реконструкції та розвитку проекту "Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей"	6,4	179,7	832,6	826,3	652,9
---	-----	-------	-------	-------	-------

Джерело: складено автором на основі даних [7,8, 9,10,11]

За даними табл.2.5 видно, що обсяги трансфертів, що передаються з державного місцевим бюджетам на фінансування охорони здоров'я протягом 2015-2017 року збільшувались. Так в 2017 році було спрямовано субвенції близько 58,0 млрд. грн., що порівняно з 2016 роком більше на 13,2 млрд. грн. тобто на 29,4%.

Для забезпечення видатків установ медичної сфери, які належать до повноважень місцевих бюджетів, в 2017 році було спрямовано субвенції в сумі близько 58,0 млрд. грн., що становить практично 100,0% передбаченого на рік обсягу. При цьому медична субвенція профінансована в сумі 56,2 млрд. грн., що становить практично 100,0% запланованого на рік обсягу

Окремі визначені у законі про державний бюджет на 2017рік субвенції місцевим бюджетам використані у менших, ніж планувалося, обсягах, а саме:

- реформування регіональних систем охорони здоров'я для здійснення заходів з виконання спільного з Міжнародним банком реконструкції та розвитку проекту „Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей” - 55,5 відс. плану, що за інформацією Міністерства охорони здоров'я України, отриманою на запит Рахункової палати, зокрема спричинено необхідністю внесення змін до нормативно-правових актів, які регламентують порядок реалізації проекту, для усунення розбіжностей між положеннями національного законодавства і процедур Світового банку;

Загальний обсяг наданих з державного бюджету трансфертів місцевим

бюджетам на здійснення видатків на охорону здоров'я й освіту, збільшився, порівняно з попереднім роком, на 44,1 відс., зокрема, внаслідок підвищення мінімальної заробітної плати і надання трансфертів, які у 2016 році не надавалися.

На охорону здоров'я використано сім субвенцій з державного бюджету в сумі 61 млрд 969,3 млн грн, або 98,8 відс. плану, що на 38,4 відс. більше, порівняно з попереднім роком, зокрема:

- медичну - 56 млрд 220,1 млн грн, або 100,0 відс. плану, що на 26,5 відс. більше, ніж у попередньому році;
- на реалізацію заходів, спрямованих на розвиток системи охорони здоров'я у сільській місцевості, - 4,0 млрд грн, або 100,0 відс. плану, яка у попередньому році не надавалася;
- на придбання ангіографічного обладнання - 134,5 млн грн, або 89,7 % плану, яка у попередньому році не надавалася.

У 2017 році на придбання витратних матеріалів для закладів охорони здоров'я та лікарських засобів для інгаляційної анестезії, як і у попередньому році, перераховано субвенцію в сумі 19,0 млн грн, або 100,0 відс. плану, з яких використано 18,6 млн гривень. Проведеним Рахунковою палатою аудитом встановлено, що потреба в лікарських засобах для інгаляційної анестезії не забезпечується, частка операційних втручань з її застосуванням у загальній кількості операцій з анестезією становила, наприклад у Харківській області - 8,0 відс., у Житомирській області - 20,0 відс., а в деяких комунальних закладах охорони здоров'я взагалі не перевищувала 1,5 відсотка. Для порівняння: у Великобританії та Німеччині з інгаляційною анестезією здійснюється 60,0 відс. операційних втручань.

Крім того, з державного бюджету місцевим бюджетам надано додаткову дотацію на утримання закладів освіти й охорони здоров'я у сумі 14 млрд 900,0 млн грн, або 100,0% плану. У попередньому році така дотація не надавалася.

Надходження фінансових ресурсів до системи охорони здоров'я протягом 2010-2017 років здійснювалось із трьох основних джерел: державні кошти, які

включають Зведений бюджет і соціальне страхування; приватні кошти домашніх господарств, роботодавців, некомерційних організацій, що обслуговують домогосподарства; кошти міжнародних донорських організацій.



Джерело: складено автором на основі даних [29,30]

Рис. 2.1. Структура надходжень до системи охорони здоров'я за джерелами фінансування

Слід зазначити, що протягом 2010 – 2011 років частка державних коштів у фінансуванні охорони здоров'я зменшувалася від 56,3% у 2010р. до 55,3% у 2011р. Однак, у 2012р. вона [37] майже на 2% у порівнянні з показниками 2011 р. Протягом 2013 – 2014 років відбулося зменшення частки державних коштів у фінансуванні охорони здоров'я з 56,2% до найнижчого рівня за останні шість років 48,7% у 2015р. В основному, це відбулося за рахунок подальшого зменшення обсягів фінансування, що направлялися на охорону здоров'я з державного бюджету з 15% у 2013р до, відповідно, 12% у 2014р. та 10,3% у 2015р. Також слід відмітити зменшення загальних обсягів фінансування, що направлялися на охорону здоров'я з місцевих бюджетів. В середньому в країнах - членах ЄС частка державних видатків у структурі загальних витрат на охорону здоров'я становила 76%, в Україні у 2015 році державні видатки в цій сфері становили лише 48,7% [29].

Слід відмітити, що частка фінансування видатків охорони здоров'я за рахунок приватних джерел поступово збільшувалась упродовж 2010–2015 рр. з 43,2% до 50,9%. У 2015 році зазначені витрати досягли найвищого рівня (50,9%) за останні шість років, причому 97% з них становили витрати на охорону здоров'я домогосподарств. Витрати на охорону здоров'я роботодавців та некомерційних організацій, що обслуговують домогосподарства упродовж 2010-2015 років становили відповідно 3-6% та 0,02-0,07%. Частка фінансування видатків охорони здоров'я донорами незначна й складає менше одного відсотка [29].

Отже, результати аналізу структури надходжень до системи охорони здоров'я за джерелами фінансування дають можливість встановити важливу особливість сучасної системи фінансування охорони здоров'я в Україні, яка полягає у значній залежності фінансового забезпечення від приватних джерел фінансування (майже 50% від загальних надходжень).

Основною формою бюджетного фінансування видатків системи охорони здоров'я є кошторисне фінансування. Нормативи витрачання коштів, затверджені Міністерством здоров'я України, чітко визначають структуру фінансування окремих поліклінік та лікарень. Особливістю такої форми фінансування є відсутність стимулів щодо підвищення ефективності використання ресурсів, оскільки обсяги державного фінансування не залежать від результатів діяльності закладу охорони здоров'я.

Основні напрями реформування системи фінансування охорони здоров'я в Україні визначені Розпорядженням КМУ «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» від 30 листопада 2016 р. № 1013-р [3]. Відповідно до зазначеного нормативно-правового акту, для запровадження в Україні пропонується модель державного солідарного медичного страхування. Основним джерелом фінансування оновленої системи охорони здоров'я залишаться кошти Державного бюджету України, отримані із загальнодержавних податків. Виплати для лікування окремої людини не будуть прив'язані до розміру її індивідуальних внесків.

Доцільно зазначити, що з метою пошуку оптимальної структури джерел фінансування видатків на охорони здоров'я в 2017 році прийнято Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та Закон України «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України» від 7 грудня 2017 року № 2233-VIII. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» регламентує застосування нового механізму фінансування закладів охорони здоров'я. Цим Законом визначено державні фінансові гарантії надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслуговування (медичних послуг) та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій. Новий механізм фінансування буде впроваджено поступово, на первинному рівні – з 2018 року, на інших рівнях – до 2020 року [20]. Кошти для впровадження нового механізму фінансування закладів охорону здоров'я передбачено Законом «Про Державний бюджет України на 2018 рік». (табл.2.6).

Таблиця 2.6

Розподіл видатків Державного бюджету на охорону здоров'я

КПКВ	КФКВ	Найменування згідно з відомчою і програмною класифікаціями видатків та кредитування державного бюджету	2017 рік	2018 рік план	Відхилення, тис.грн..
230000 0		Міністерство охорони здоров'я України	16446488,2	26543770,0	10097281,8
230100 0		Апарат Міністерства охорони здоров'я України	16367949,0	18168580,8	1800631,8
230700 0		Державна служба з лікарських засобів та контролю за наркотиками	78539,2	109 670,7	31131,5
230701 0	0763	Керівництво та управління у сфері лікарських засобів та контролю за наркотиками	-	109 670,7	109 670,7
230800 0		Національна служба здоров'я України	-	8 265 518,5	8 265 518,5
230801 0	0763	Керівництво та управління у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення	-	211 000,9	211 000,9
230802 0	0763	Надання первинної медичної допомоги населенню	-	8 054 517,6	8 054 517,6
231000 0		Міністерство охорони здоров'я України (загальнодержавні видатки та кредитування)	58727073,3	60 419 481,9	1692408,6

Джерело: складено автором на основі даних [9, 18]

Видатки Державного бюджету на охорону здоров'я у 2018 р. відповідно до Закону України «Про Державний бюджет на 2017 рік» заплановані в обсязі 86 млрд грн., що становить 9,1% від державного бюджету та 2,6% від ВВП. Водночас бюджет 2018 р. буде орієнтований на проведення реформ.

Лікарі первинної медичної допомоги у 2018 р. переходять на новий принцип оплати - за кожного реального пацієнта держава компенсуватиме справедливий тариф. Щоб забезпечити ці тарифи, видатки Державного бюджету на первинну ланку зростуть у 2018 році на 36,9% та становитимуть 13,28 млрд грн. Додатковий 1 млрд грн. буде спрямовано на розвиток сільської медицини. Фінансування вторинної, третинної та екстреної медичної допомоги зросте на 10,8% та становитиме 53,9 млрд грн. Ліків та вакцин держава закупить через міжнародні організації на 5,95 млрд грн. Програма лікування громадян за кордоном буде профінансована в обсязі 389,9 млн грн. Також буде виділено 929619900 грн. на будівництво нового корпусу Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ» [18].

Отже, особливостями сучасної системи фінансування охорони здоров'я в Україні в сучасних умовах є неузгодженість нормативно-правової бази, що визначає обсяги та організацію фінансування системи охорони здоров'я; високий ступінь залежності фінансового забезпечення від приватних джерел фінансування.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОЦЕСУ ФОРМУВАННЯ ВИДАТКІВ БЮДЖЕТУ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я

3.1 Пріоритетні напрями реформування системи фінансування охорони здоров'я в Україні

Реформа системи охорони здоров'я має передбачати кардинальні якісні зміни всіх функцій системи охорони здоров'я - управління цією системою, забезпечення її відповідними ресурсами, фінансування та надання вироблених цією системою послуг.

Разом з тим ВООЗ та інші міжнародні організації вважають основною функцією системи охорони здоров'я у будь-якій державі світу функцію фінансування. Адже відсутність у країні ефективної моделі фінансування системи охорони здоров'я означає відсутність у держави важелів для забезпечення ефективного управління нею та для поліпшення здоров'я населення, що є основною метою діяльності цієї системи; відсутність ефективного планування та використання її ресурсів.

Тому реформа системи фінансування охорони здоров'я є одним з головних завдань держави і має стати головним пусковим механізмом для започаткування комплексних реформ у цій життєво важливій сфері та забезпечити створення в Україні сучасної, гідної великої європейської держави медицини.

Філософією реформи в охороні здоров'я є створення більш чесної та ефективної її системи. Сьогодні в Україні держава здатна відносно ефективно збирати на охорону здоров'я лише близько 4% від ВВП. Все для того, щоб потім неефективно витратити їх через розпорошення між сотнями розпорядників на чотирьох рівнях – національному, обласному, міському та районному та кошторисний метод фінансування, який покладає на розпорядників (національний, обласні, міські та районні органи влади)

обов'язок утримувати наявну у них медичну інфраструктуру та надавати населенню весь обсяг допомоги безоплатно. Це призводить до того, що додаткові 3,8% від ВВП громадяни сплачують зі своїх кишень за те, що їм дійсно потрібно – медичні послуги. Оплата послуг, таким чином, знаходиться в Україні поза будь-якою системою об'єднання коштів, що робить українців одною з найбільш фінансово незахищених в сфері охорони здоров'я націй Європи.

Зміна конфігурації у рівнях витрачання коштів (створення замість районного – «повітового» та рівня громад) чи перерозподіл відповідальності між ними (розмежування рівнів допомоги та передача кожного у відповідальність одного рівня) за найбільш оптимістичного сценарію призведуть лише до інкрементального покращення (що продемонстрував експеримент в пілотних областях в 2011-2014 роках), а в реальності – скоріше законсервують існуючі проблеми.

Рішенням проблеми є радикальна модернізація системи фінансування охорони здоров'я, яку пройшли більшість пострадянських країн. Вона передбачає три компоненти:

1. Розмежування замовника та постачальника послуг – орган влади, який володіє закладом, не може фінансувати його, створюючи конфлікт інтересів; заклади припиняють перебувати «на балансі» у органів влади, стають автономними, і відповідальність за їх утримання покладається на їх керівництво.

2. Перехід від фінансування потужностей до фінансування результатів. На практиці це означає перехід від кошторисного утримання закладу органом влади до контрагування закладу замовником послуг (який не є власником закладу).

3. Створення системи «єдиного платника», яка полягає у мінімізації кількості замовників послуг та рівнів їх розташування. Практичним рішенням в Україні може стати створення єдиної Національної агенції з фінансування охорони здоров'я, яка буде мати відділення в регіонах [35].

З трьох названих складових реформи фінансування найбільш важливим для реформи децентралізації є рішення щодо створення системи «єдиного платника» - національного пулу публічних коштів. Існує три мотиви для запровадження такої системи:

- забезпечення сильної закупівельної функції, коли замовник послуг може провадити активні стратегічні закупівлі комплексно та у великих обсягах;
- досягнення ефективності у витрачанні публічних коштів через прості процедури контролю та конкуренцію – можливість обирати між постачальниками ;
- забезпечення справедливості через здатність гарантувати надання однакового набору послуг однакової якості для кожного громадянина України, де б він не знаходився.

З метою кращого управління єдиний замовник (Національна агенція) може мати відділення на субнаціональному рівні. Цей рівень повинен бути таким, що дозволить не втрачати у ключових вигодах єдиного платника – сильній закупівельній спроможності, ефективності, справедливості, таким чином буде дотримано принципу субсидіарності. Рівнем, який дозволяє це в Україні, є рівень регіону. Важливо розуміти, що розташування офісу національного замовника послуг в регіоні не дорівнює наданню повноважень регіональній владі фінансувати охорону здоров'я у тому сенсі, до якого ми звикли у діючій системі.

Системи фінансування та організації послуг в розвинених країнах відповідають описаним вище принципам. Вони відрізняються залежно від моделі системи охорони здоров'я, а також традицій політичного та адміністративного устрою. Однак більшість розвинених країн об'єднує кілька спільних рис:

- фінансування відбувається за контрактами з медичними закладами,
- замовник та постачальник послуг розмежовані – суб'єкт, який контракує заклади (орган влади, орган охорони здоров'я, страховий фонд, агенція з фінансування тощо) не володіє лікарнями, -

- замовник послуг (незалежно від форми) як правило знаходиться на регіональному рівні.(табл.3.1.).

Таблиця 3.1

Рівні здійснення функцій охорони здоров'я в країнах з різними моделями охорони здоров'я

Рівень	Функції в охороні здоров'я			
	Збирають публічні кошти на о.з.	Контрактують заклади	Володіють лікарнями II рівня	Володіють закладами I рівня
Німеччина (страхова модель)				
Центральний				
Регіони (Länder)			X	
Райони (Regierungsbezirke, Kreisfreie Städte, Landkreise Ämter, Gemeindeverbände)			X	
Громади (Gemeinden, Städte)			X	
Страховий фонд (регіональні відділення)	X	X		
Приватні			X	X
Угорщина (бюджетна модель)				
Центральний	X		X	
Регіони (регіональні органи охорони здоров'я)	X	X		
Райони (Megye, Megyei Jogú Város)			X	
Громади			X	X
Страховий фонд				
Приватні				
Польща (бюджетно-страхова модель)				
Центральний	X			
Регіони (Województwa)	X	X	X	
Райони (Powiaty)			X	X
Громади (Gminy)				
Страховий фонд	X	X		
Приватні				
Росія (страхова модель зі збереженням елементів радянської системи)				
Центральний	X	X		
Регіони (Облаті, республіки)	X	X		
Місцевий уряд (Муніципалітети)	X	X	X	X
Страховий фонд	X	X		
Приватні				

Джерело: складено автором на основі даних [35]

Інформація наведена в табл. 3.1 яскраво демонструє, що справжні відмінності в системах фінансування та організації охорони здоров'я існують не між різними моделями розвинених країн (страховою, бюджетною, бюджетно-страховою), а між ними усіма та радянською системою, елементи якої, попри прогрес у впровадженні страхової моделі, досі зберігає Росія та ще в більшій мірі Україна, яка з часів розпаду СРСР одна на пострадянському просторі не провела істотних реформ в системі фінансування охорони здоров'я.

Таблиця 3.2

Рівні здійснення функції в охороні здоров'я в Україні

Рівень	Функції в охороні здоров'я			
	Збирають публічні кошти на о.з.	Контрактують заклади	Володіють лікарнями II рівня	Володіють закладами I рівня
Україна (діюча пострадянська модель)				
Центральний	X	X	X	
Регіони (Області)	X	X	X	
Міста (Муніципалітети)	X	X	X	X
Райони	X	X	X	X
Громади (Села)				
Страховий фонд				
Приватні				
Україна (після реформи децентралізації без реформи фінансування)				
Центральний	X	X	X	
Регіони (Області)	X	X	X	
Райони	X	X	X	
Громади	X	X		X
Страховий фонд				
Приватні				
Україна (після реформи фінансування)				
Центральний	X	X	X	
Регіони (Області)			X	
Райони (Районні ради)			X	
Громади				X
Національна агенція (на рівні областей)		X		
Приватні			X	X

Джерело: складено автором на основі даних [35]

Ключовим завданням уряду України є разом з реформою децентралізації здійснити докорінну реформу фінансування охорони здоров'я, з якою Україна запізнилася на два десятиліття років. Під час децентралізації державні функції в охороні здоров'я у їх нинішньому розумінні не повинні передаватися на місця. Натомість, децентралізацію слід використати для створення нових функцій та нових інституцій в системі фінансування та надання послуг в охороні здоров'я.

Розпорядженням Кабінету міністрів України від 15 листопада 2017 року № 821-р «Про затвердження плану заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 року» передбачено створення правових основ для нової системи фінансування охорони здоров'я та єдиного національного замовника послуг з медичного обслуговування населення (медичних послуг). Постановою Кабінету міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101 «Про утворення Національної служби здоров'я України» затверджено Положення Національну службу здоров'я України, яким визначено основні функції та повноваження новоствореного органу.

Відповідно до Положення, Національна служба здоров'я України (НСЗУ) є центральним органом виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення.

Основними завданнями НСЗУ є:

- 1) реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій);
- 2) виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій;
- 3) внесення на розгляд Міністра охорони здоров'я пропозицій щодо забезпечення формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення.

НСЗУ з метою організації своєї діяльності [32]:

- 1) забезпечує в межах повноважень, передбачених законом, здійснення заходів щодо запобігання корупції і контроль за їх здійсненням в апараті НСЗУ, її територіальних органах, на підприємствах, в установах та організаціях, що належать до сфери її управління;
- 2) забезпечує організацію внутрішнього контролю та внутрішнього аудиту;
- 3) забезпечує ефективне і цільове використання бюджетних коштів;
- 4) організовує планово-фінансову роботу в апараті НСЗУ, здійснює контроль за використанням фінансових і матеріальних ресурсів, забезпечує організацію та вдосконалення бухгалтерського обліку в установленому законодавством порядку;
- 5) забезпечує в межах повноважень, передбачених законом, реалізацію державної політики щодо державної таємниці, її збереження в апараті НСЗУ;
- 6) забезпечує в межах повноважень, передбачених законом, захист інформації з обмеженим доступом, а також технічний захист інформації, здійснення контролю за її збереженням в апараті НСЗУ;
- 7) забезпечує в межах повноважень, передбачених законом, виконання завдань з мобілізаційної підготовки та мобілізаційної готовності держави;
- 8) забезпечує в межах повноважень, передбачених законом, виконання завдань у сфері цивільного захисту, охорони праці, пожежної та техногенної безпеки, здійснення заходів щодо захисту населення і територій під час надзвичайних ситуацій, контроль за їх виконанням в апараті НСЗУ;
- 9) забезпечує в межах повноважень, передбачених законом, залучення громадян до участі в управлінні державними справами, ефективну взаємодію з інститутами громадянського суспільства, здійснення громадського контролю за діяльністю НСЗУ, врахування громадської думки під час реалізації державної політики у сфері, що належить до компетенції НСЗУ;
- 10) здійснює в установленому порядку добір кадрів до апарату НСЗУ, організовує роботу з підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації працівників НСЗУ та її територіальних органів;

11) одержує від закладів охорони здоров'я незалежно від форми власності та фізичних осіб - підприємців, що провадять господарську діяльність з медичної практики, які уклали договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій або звертаються до НЗСУ з метою укладення такого договору, документи та інформацію з питань, що належать до компетенції НЗСУ;

12) організовує ведення діловодства та архівне зберігання документів відповідно до встановлених правил [32].

Проте існують певні складнощі реформування, експерти пов'язують їх з низкою взаємозумовлених проблем, а саме:

- реформування відбувається в умовах загальноекономічної кризи;
- відсутній системний аналіз причин неадекватності української системи охорони здоров'я суспільним очікуванням. Ці причини слід чітко розмежувати на такі, що зумовлені корупцією, некомпетентністю та фінансовою безвідповідальністю уповноважених посадових осіб та структур і мають бути подолані в процесі загальних реформ державного управління, й такі, що можуть бути усунені лише внаслідок кардинальної зміни національної моделі охорони здоров'я;
- немає чіткого бачення та суспільного консенсусу щодо моделі системи охорони здоров'я, яку буде збудовано в результаті реформи;
- програма реформування сфери охорони здоров'я не має цілісного підходу щодо забезпечення здоров'я нації, а стосується лише змін механізму функціонування медичної галузі та практично зорієнтована не на суспільні, а на корпоративні інтереси.

3.3 Сучасні методи оплати постачальників медичних послуг як інструмент удосконалення процесу формування видатків на охорону здоров'я

Протягом багатьох років основною формою бюджетного фінансування видатків системи охорони здоров'я в Україні було кошторисне фінансування. Нормативи витрачання коштів, затверджені Міністерством охорони здоров'я України, чітко визначали структуру фінансування окремих поліклінік та лікарень. Особливість такої форми фінансування полягає у відсутності стимулів щодо підвищення ефективності використання ресурсів, оскільки обсяги державного фінансування не залежать від результатів діяльності закладу охорони здоров'я.

Нова модель фінансування системи охорон здоров'я передбачає перехід від фінансування кошторисів закладів охорони здоров'я, розрахованих виходячи з необхідності утримання наявної інфраструктури цих закладів, до оплати результатів діяльності цих закладів як автономних суб'єктів господарської діяльності

Основні напрями реформування системи фінансування охорони здоров'я в Україні визначені Розпорядженням КМУ «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» від 30 листопада 2016 р. № 1013-р [37]. Відповідно до зазначеного нормативно-правового акту, для запровадження в Україні пропонується модель державного солідарного медичного страхування. Основним джерелом фінансування оновленої системи охорони здоров'я залишаються кошти Державного бюджету України, отримані із загальнодержавних податків. Виплати для лікування окремої людини не прив'язані до розміру її індивідуальних внесків.

Першим найважливішим напрямом Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я є зміна механізму формування видатків на охорону здоров'я. Бюджетні кошти на фінансування медицини мають розподілятися через механізм стратегічної закупівлі медичних послуг. Таким чином відбувається перехід від фінансування постатейних кошторисів закладів охорони здоров'я - бюджетних установ, розрахованих відповідно до їх існуючої інфраструктури (кількості ліжок, персоналу тощо), до оплати результату (тобто фактично пролікованих випадків або приписаного населення) закладам, які

перетворюються на автономних постачальників цих послуг, а також аптекам як постачальникам призначених лікарями лікарських засобів. Таким чином, запроваджується принцип «гроші ходять за пацієнтом», а не за інфраструктурою закладів охорони здоров'я та іншими надавачами послуг.

Предметом закупівлі є державний гарантований пакет медичної допомоги - прозоро визначений обсяг первинної, вторинної, третинної, екстреної медичної допомоги та лікарських засобів, право на отримання якого у разі потреби матимуть всі без винятку громадяни України. Вартість цих послуг покриватиметься системою страхування повністю або частково. [37].

Державні гарантії в сфері надання медичних послуг мають бути приведені у відповідність з економічними можливостями суспільства шляхом визначення державного гарантованого пакета медичної допомоги, що базується на пріоритетах охорони здоров'я, враховує поточний економічний стан і можливості держави та фінансується з урахуванням положень [статті 95](#) Конституції України.

Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» визначено основні засади оплати надання медичних послуг програмою медичних гарантій. Відповідно до Закону, для оплати діяльності (відшкодування пов'язаних з нею витрат) постачальників застосовуватися різні методи оплати, а саме: глобальний бюджет, змішаний метод оплати, оплата за послугу, оплати за пролікований випадок за методом розподілу на діагностично-споріднені групи [20].

Для всієї території України встановлюються єдині тарифи оплати надання медичних послуг, лікарських засобів та медичних виробів, розміри реімбурсації лікарських засобів, які надаються пацієнтам за програмою медичних гарантій. Оплата згідно з тарифом гарантована всім надавачам медичних послуг відповідно до укладених з ними договорів про медичне обслуговування населення.

До тарифів можуть застосовуватися коригувальні коефіцієнти, розміри та підстави застосування яких є єдиними для всієї території України.

Тарифи можуть встановлюватися, зокрема, як: глобальні ставки, що передбачають сплату надавачам медичних послуг фіксованої суми за визначену кількість послуг чи визначений період; капітаційні ставки, які встановлюються у вигляді фіксованої суми за кожного пацієнта; ставки на пролікований випадок; ставки на медичну послугу; ставки за результатами виконання договорів про медичне обслуговування населення надавачем медичних послуг. Зазначені ставки можуть використовуватися як разом, так і окремо одна від одної.

Такий підхід до фінансування закладів охорони здоров'я дозволяє врахувати специфіку та ресурсоемність різних видів медичної допомоги. Так, для відшкодування витрат постачальників первинної медичної допомоги запроваджується змішаний метод оплати. Такий метод оплати включає оплату на основі капітаційної ставки, корегованої з урахуванням ризиків, зумовлених статевовіковою структурою списку пацієнтів конкретного лікаря, та бонусні доплати за досягнення певних встановлених договором про надання первинної медичної допомоги результатів. Застосування змішаного методу оплати сприятиме максимально можливому формуванню у постачальників медичних послуг позитивних для суспільства стимулів, що спонукають до підвищення якості, доступності та економічної ефективності послуг первинної медичної допомоги [24].

При подушному фінансуванні надавачам медичної допомоги періодично виплачується фіксована сума грошей на одну зареєстровану у них особу для забезпечення ними узгодженого переліку послуг. Надавачі приймають на себе фінансовий ризик надання цих послуг і, фактично, являються страховиками. Звідси витікає їх мотивація контролювати видатки і забезпечувати ефективні в затратному сенсі послуги. Подушне фінансування робить легше передбачуваними і контрольованими загальні видатки на охорону здоров'я. Запроваджувати подушне фінансування можна як в умовах конкуренції між надавачами послуг, так і без неї. Навіть за відсутності конкуренції подушне

фінансування, як і глобальний бюджет, сприяє ефективному використанню ресурсів і забезпечує рівний і справедливий розподіл ресурсів.

При фінансуванні первинної медико-санітарної допомоги за подушним нормативом розмір фінансування розраховується на основі оцінки очікуваного обсягу діяльності. Метод подушного фінансування на обсяг діяльності ланки первинної медико-санітарної допомоги створює певні стимули для більш ефективного використання ресурсів в системі первинної допомоги. Однак ця модель фінансування не формує зацікавленості у лікаря в тому, щоб взяти на себе основну частину медичної допомоги, не перекладаючи її на спеціалістів і стаціонари. Використання різних компенсаторних механізмів спроможне дещо знівелювати, але не усунути цей недолік.

Модифікацією класичного подушного методу є подушне фінансування первинної ланки на весь обсяг позалікарняної допомоги і частку обсягу стаціонарної допомоги (часткове фондотримання) або подушне фінансування на загальний обсяг медичної допомоги (повне фондотримання). Основна ідея фінансування за схемою фондотримання – мотивувати лікарів первинної ланки взяти на себе відповідальність за організацію всіх видів медичної допомоги населенню, що прикріпилося, і на цій основі підвищити ефективність використання ресурсів і забезпечити реальний захист інтересів населення.

Фондотримання створює принципові можливості для ефективного функціонування первинної ланки і інтеграції системи медичної допомоги різних рівнів в зв'язку з фінансовою відповідальністю ланки ПМСД не тільки за свою безпосередню роботу, але і за ефективність виконання організаційно-диспетчерської функції. У рамках моделі фондотримання формуються умови для управління структурою медичної допомоги з акцентом на вибір адекватних гостроті і складності захворювання видів медичної допомоги і медичних технологій з найбільшою витратною ефективністю. З іншого боку, при передачі секторів ПМСД широких фінансових повноважень в рамках повного фондотримання існує ризик недопостачання спеціалізованої допомоги через намагання закладів ПМСД заощадити і залишити у своєму розпорядженні

якомога більше коштів. Вирішення цієї проблеми вимагає розробки і запровадження дієвих механізмів контролю якості надання послуг [24].

Постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 407 затверджено «Порядок реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік», відповідно до якого тарифи на надання медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, встановлюються як капітаційна ставка за обслуговування одного пацієнта протягом календарного року та становлять: за одного пацієнта, включеного до зеленого списку, - 370 гривень на рік; за одного пацієнта, включеного до червоного списку (для комунальних закладів охорони здоров'я - 240 гривень на рік.

З огляду на приведені характеристики різних методів оплати, потенційно найбільш перспективним з точки зору досягнення поставлених перед системою охорони здоров'я цілей, є фінансування первинної медико-санітарної допомоги в Україні методом подушного фінансування за моделлю часткового фондотримання. При цьому потрібно врахувати, що децентралізація фінансової діяльності, як умова введення фондотримання, призводить до певного збільшення витрат на управлінську діяльність. Однак, існує виграш в зв'язку з підвищенням ефективності використання ресурсів і керованості впливу на кінцеві показники здоров'я.

Фінансування постачальників спеціалізованої та високоспеціалізованої амбулаторної допомоги залежно від виду послуг з 1 січня 2020 року здійснюватиметься на основі оплати з розрахунку на одного громадянина, оплати за послугу чи оплати за пролікований випадок. Для оплати діяльності постачальників стаціонарної медичної допомоги у перспективі застосовуватиметься метод фінансування на основі оплати за пролікований випадок за методом розподілу на діагностично-споріднені групи. Сутність системи фінансування за методом розподілу на діагностично-споріднені групи полягає в тому, що оплата послуг закладу охорони здоров'я здійснюється на

основі діагнозу пацієнта. Розрахунок рівня оплати для діагностично-спорідненої групи здійснюється на основі історичних даних, які включають витрати, надане лікування та діагноз, за вибіркою закладів охорони здоров'я. Здійснені розрахунки оприлюднюються і беруться до уваги як рівень оплати послуг всіх закладів охорони здоров'я у наступному періоді. Для кожної групи оцінюється обсяг використаних ресурсів, який відповідає фіксованій сумі оплати закладів охорони здоров'я.

Як свідчить досвід США і європейських країн, використання методу діагностично-споріднених групи сприяє інтенсифікації діяльності стаціонарів, використанню ресурсозберігаючих технологій. Лікарні намагаються скоротити терміни лікування, для чого організують догоспітальне обстеження і підготовку до оперативних втручань в амбулаторних умовах, прагнуть перенести заключний етап лікування і реабілітацію хворих в амбулаторний сектор або в домашні умови. Однак, скорочення витрат на одну госпіталізацію компенсується зростанням числа госпіталізацій. Застосовуваний сам по собі, метод розподілу на діагностично-споріднені групи не забезпечує підвищення ефективності використання ресурсів і не сприяє подоланню структурних диспропорцій.

Оплата за медико-економічними стандартами (МЕС) – модифікація методу розподілу на діагностично-споріднені групи, запропонована російськими дослідниками. Основна відмінність МЕС від методу розподілу на діагностично-споріднені групи полягає у вихідних даних для нормування витрат на лікування схожих захворювань. Якщо тарифи за методом розподілу на діагностично-споріднені групи розробляються на основі реальних витрат, то тарифи МЕС враховують витрати на виконання комплексу стандартизованих втручань. Медичний стандарт включає мінімальний набір лікувально-діагностичних заходів, необхідних, на думку розробників, для досягнення результату лікування. У стандарти закладаються види обстежень без зазначення їх числа і рекомендоване лікування як правило з позначенням групи препаратів без назви конкретних лікарських засобів. На основі цих стандартів

розраховуються тарифи на стаціонарну допомогу і проводиться експертиза якості лікування.

Оплата послуг по системі МЕС не забезпечує підвищення ефективності використання ресурсів і не сприяє подоланню структурних диспропорцій в системі надання медичних послуг. Як і при системі КСГ, стаціонари намагаються скоротити терміни лікування і збільшити число госпіталізацій, передусім за рахунок легких випадків захворювань. При відсутності контролю з боку амбулаторних фахівців медико-економічна експертиза обґрунтованості госпіталізацій мало ефективна. Навіть використання принципу «воротаря» не в змозі стримати надмірну госпіталізацію при наявності мотивації у стаціонару. У результаті відбувається зростання загальних витрат на надання стаціонарної допомоги.

Таким чином, використання для оплати стаціонарної допомоги ретроспективних методів здатне лише посилити проблему структурних диспропорцій. Стаціонари отримують могутні економічні стимули до нарощування обсягу робіт, що може вилитись у величезні бюджетні дефіцити і кризи неплатежів.

До методів попередньої оплати стаціонарної допомоги відноситься метод глобального бюджету. Суть цього методу полягає в тому, що лікарня в результаті переговорів з фінансуючою стороною отримує фіксований річний бюджет під узгоджений обсяг робіт.

Обсяг фінансування, що надається лікарні, не залежить від кількості штату, ліжок і інших ресурсних показників. Одержувач бюджету несе основний фінансовий ризик за перевищення фактичних обсягів над запланованими. Встановлюються умови розрахунків у разі перевищення або недовиконання узгоджених обсягів послуг. Фінансування стаціонарів по методу глобального бюджету – єдиний метод, який створює у стаціонарів певні стимули для оптимізації обсягів і структури стаціонарної допомоги. Жорсткість вимог фінансуючої сторони до обґрунтованості госпіталізацій сприяє формуванню у стаціонарів мотивації до об'єктивної оцінки напрямлень поліклінік, відмові від

випадків, що не потребують госпіталізації, створенню стаціонарозамінюючих форм медичної допомоги (денних стаціонарів, амбулаторної хірургії), пошуку форм кооперації з поліклінічними службами аж до створення власних підрозділів амбулаторного прийому.

Така свобода менеджменту та організаційних рішень дозволяє лікарням переспрямовувати ресурси в рамках виробничих процесів в діяльність, в якій вони вважатимуть їх використання ефективнішим. Однак такий підхід вимагає запровадження сучасного обліку на рівні лікарень. Цей метод повинен супроводжуватись постійним моніторингом якості, що здійснюватиметься сторонніми організаціями, та домовленостями про постійне її покращення. Рівень оплати не залежить від кількості ліжок та/чи наявної потужності та інфраструктури лікарень, а лише від результату діяльності. Значний попит призведе до зниження якості послуг, а пацієнтам навіть можуть відмовити у лікуванні через “переповнення”. Крім того, метод глобального бюджету дозволяє політикам контролювати видатки та не потребує високого рівня бюрократії, хоча вимагає більшого менеджерського таланту від керівництва лікарень.

Підвищення обґрунтованості госпіталізацій створює умови для підвищення ресурсного наповнення складних випадків стаціонарного лікування. Внаслідок переходу на метод глобального бюджету відбувається зменшення кількості випадків госпіталізації, збільшення вартості одного випадку стаціонарної допомоги при одночасному зростанні навантаження на амбулаторну ланку, тобто спостерігаються структурні перетворення.

Іншим важливим наслідком використання такого методу фінансування стаціонару є оцінка фінансуючою стороною необхідності утримання існуючої мережі стаціонарних установ. Виходячи з розглянутих характеристик методу глобального бюджету, його можна вважати найбільш ефективним інструментом стимулювання лікарень до оптимізації обсягу і структури стаціонарної допомоги. Зважаючи на порівняно низькі адміністративні видатки, властиві

даному методу оплати послуг, його доцільно було б застосувати при реформуванні системи фінансування стаціонарної медичної допомоги в Україні.

По мірі розвитку інформаційно-технологічної інфраструктури галузі охорони здоров'я в Україні, метод глобального бюджету можна було б доповнити методом розподілу за діагностично-спорідненими групами для оцінки і узгодження загального обсягу допомоги, що надається в рамках глобального бюджету.

Ідеальна система оплати послуг закладів охорони здоров'я надасть стимули для ефективного та справедливого надання медичних послуг без неправильної мотивації та з мінімальними трансакційними витратами. Однак на практиці така система не існує, а всі механізми не відповідають одному чи більше принципам. Отже, уряду слід зробити вибір зважаючи на компроміс між обсягом, якістю та витратами охорони здоров'я, а також необхідною бюрократичною роботою. В табл.3.3 узагальнено ці наслідки.

Таблиця 3.3

Вплив методу оплати на обсяг медичних послуг, якість, вартість та бюджетні видатки

Метод оплати	Обсяг	Якість лікування	Вартість окремого випадку	Видатки	Бюрократія
Оплата кожного лікування	++	-/--	++	++	+ / ++
Дні госпіталізації	++	о	++	++	+
Діагностичні групи (ДГ)	+	+	--	+/-	++
Глобальний бюджет	-	-	+	о	+/-

++ значний стимул до збільшення
 - помірний стимул до зменшення
 о немає явних стимулів

+ помірний стимул до збільшення
 -- значний стимул до зменшення

Джерело: складено автором на основі даних [47]

Таким чином, запровадження сучасних методів фінансування закладів охорони здоров'я має забезпечувати збалансування системи доходів та витрат і формувати у постачальників стимули, щодо поліпшення якості та економічної ефективності медичних послуг. Проте впровадження такої методології оплати є

складним і тривалим процесом, його реалізація може потребувати багато часу, у тому числі для забезпечення відповідної підготовки різних категорій працівників галузі охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ

Здоров'я населення є одним із визначальних чинників розвитку економіки будь-якої країни, показником її благополуччя, індикатором результативності та ефективності соціальних реформ. Ступінь орієнтованості держави на покращення здоров'я громадян, вдосконалення діяльності сфери охорони здоров'я є своєрідним тестом на подальшу гуманізацію національного розвитку. Реальний стан вітчизняної сфери охорони здоров'я не можна вважати прийнятним. Забезпечення населення країни якісною медичною допомогою в умовах інтеграції України у світову економічну спільноту значно залежить від рішень таких складних економічних задач, як визначення можливих та необхідних обсягів бюджетного фінансування, розвиток платних медичних послуг, підготовка кваліфікованих кадрів, впровадження нових медичних технологій, забезпечення інноваційної політики у сфері охорони здоров'я. Успішна реалізація відповідних задач можлива тільки при створенні ефективної моделі фінансування системи охорони здоров'я.

Нормативно-правова база, що регламентує процес формування та обсяги видатків на охорону здоров'я включає: Конституції України, Бюджетний кодекс України, Закон України «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України», Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». В законодавчих актах задекларовано можливість багатоканального фінансування охорони здоров'я за рахунок коштів Державного бюджету України та місцевих бюджетів, коштів юридичних та фізичних осіб, а також з інших джерел, не заборонених законом. Проте, слід відмітити, що однією з особливостей системи фінансування охорони здоров'я в Україні в сучасних умовах є неузгодженість нормативно-правової бази, що визначає обсяги та організацію фінансування системи охорони здоров'я; що негативно позначається на ефективності використання вкрай обмежених ресурсів.

Системи охорони здоров'я у розвинених країнах виконують важливу функцію соціального захисту. Вони знижують як ризики в області здоров'я, так і фінансові ризики, роблять істотний внесок у соціальний і економічний добробут. В умовах фінансових труднощів основним завданням країн, яке сформулювала Рада ЄС, є забезпечення фінансової стійкості системи охорони здоров'я, не наражаючи на небезпеку загальні цінності країн ЄС: повне охоплення населення медичним обслуговуванням, солідарність у фінансуванні, рівність доступу до медичної допомоги і висока якість медичного обслуговування. Отже, доцільно адаптувати зарубіжний досвід фінансування охорони здоров'я з метою проведення трансформації галузі охорони здоров'я України у якіснішу та продуктивнішу. Для цього необхідно сформувати ефективну систему фінансування охорони здоров'я.

За результатами аналізу обсягів видатків на охорону здоров'я встановлено, що протягом досліджуваного періоду в фактичні видатки Зведеного бюджету та державного бюджету на охорону були значно нижче норми, встановленої статтею 12 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», відповідно, можна зробити висновок, що загальні витрати на охорону здоров'я в Україні за рахунок державних джерел покриваються лише частково.

Результати аналізу структури надходжень до системи охорони здоров'я за джерелами фінансування дають можливість встановити важливу особливість сучасної системи фінансування охорони здоров'я в Україні, яка полягає у значній залежності фінансового забезпечення від приватних джерел фінансування (майже 50% від загальних надходжень).

Рішенням проблеми є радикальна модернізація системи фінансування охорони здоров'я, яку пройшли більшість пострадянських країн. Вона передбачає три компоненти:

1. Розмежування замовника та постачальника послуг – орган влади, який володіє закладом, не може фінансувати його, створюючи конфлікт інтересів; заклади припиняють перебувати «на балансі» у органів влади, стають

автономними, і відповідальність за їх утримання покладається на їх керівництво.

2. Перехід від фінансування потужностей до фінансування результатів. На практиці це означає перехід від кошторисного утримання закладу органом влади до контрагування закладу замовником послуг (який не є власником закладу).

3. Створення системи «єдиного платника», яка полягає у мінімізації кількості замовників послуг та рівнів їх розташування.

З метою удосконалення процесу формування бюджетних видатків на охорону здоров'я та їх оптимізації запропоновано:

- створення єдиної Національної агенції з фінансування охорони здоров'я (Національна служба здоров'я України), яка буде мати відділення в регіонах
- впровадження для оплати діяльності (відшкодування пов'язаних з нею витрат) постачальників медичних послуг нових методів оплати, а саме: глобальний бюджет, змішаний метод оплати, оплата за послугу, оплати за пролікований випадок за методом розподілу на діагностично-споріднені групи.

Потенційно найбільш перспективним з точки зору досягнення поставлених перед системою охорони здоров'я цілей, є фінансування первинної медико-санітарної допомоги в Україні методом подушного фінансування за моделлю часткового фондотримання. Для оплати діяльності постачальників стаціонарної медичної допомоги у перспективі найбільш дієвим є метод фінансування на основі оплати за пролікований випадок за методом розподілу на діагностично-споріднені групи.

Таким чином, запровадження сучасних методів фінансування закладів охорони здоров'я має забезпечувати збалансування системи доходів та витрат і формувати у постачальників стимули, щодо поліпшення якості та економічної ефективності медичних послуг. Проте впровадження такої методології оплати є складним і тривалим процесом, його реалізація може потребувати багато часу, у тому числі для забезпечення відповідної підготовки різних категорій працівників галузі охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алексеев В.О. Про підсумки міжнародної практики реформування охорони здоров'я та рекомендації ВООЗ / В.О. Алексеев, М.Ю. Сафонова // Управління закладом охорони здоров'я. - 2011. - N 11. - С. 40-45.
2. Алексеев В.О. Система охорони здоров'я Німеччини / В.О. Алексеев, О.Л. Задворна // Управління закладом охорони здоров'я. - 2011. - N 1. - С. 52-62.
3. Бахтеева Т.Д. Реформирование системы здравоохранения и медицинского образования / Т.Д. Бахтеева // Проблемы сучасної медичної науки та освіти. - Харків, 2010. - N1. - С. 4-8
4. Бьеркман Дж. В. Реформы системы здравоохранения - меры, проблемы и застой / Дж. В. Бьеркман // Главный врач. - Днепропетровск, 2007. - N2. - С. 77-80.
5. Бюджетний кодекс України станом на 08.07.2010 № 2456-VI. зі змінами та доповненнями – [Електронний ресурс] – Режим доступу: Режим доступу:<http://zakon2.rada.gov.ua/>.
6. Вдовяк Л. Процесс реформирования системы здравоохранения в Польше / Л. Вдовяк, Ю. Дятчик, Л. Капка // Україна. Здоров'я нації. - Киев, 2010. - N2. - С. 116-120.
7. Виконання Державного бюджету України за 2015 рік. [Електронний ресурс] / Державна казначейська служба України. Офіційний веб-сайт. - Режим доступу: <http://www.treasury.gov.ua/main/uk/doccatalog/list7currDiF212666>
8. Виконання Державного бюджету України за 2016 рік. [Електронний ресурс] / Державна казначейська служба України. Офіційний веб-сайт. - Режим доступу: <http://www.treasury.gov.ua/main/uk/doccatalog/list7currDiF257806>
9. Виконання Державного бюджету України за 2017 рік. [Електронний ресурс] / Державна казначейська служба України. Офіційний веб-сайт. - Режим доступу: <http://www.treasury.gov.ua/main/uk/doccatalog/list7currDiF257806>

10. Висновки про виконання Закону України «Про Державний бюджет України за 2016 рік» [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.ac-rada.gov.ua/doccatalog/document/16753245/Bul_vyk_DBU_2016.pdf?subportal=ma
11. Висновки про виконання Закону України «Про Державний бюджет України за 2017 рік» [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.ac-rada.gov.ua/doccatalog/document/16753245/Bul_vyk_DBU_2017.pdf?subportal=ma
12. Голованова І.А Економічне обґрунтування реформи сфери охорони здоров'я: досвід постсоціалістичних країн та доцільність його впровадження в Україні / І.А. Голованова, О.І. Краснова // Економічний часопис ХХІ. - 2014. - № 3-4(2). - С. 19-22.
13. Голяченко О.М. Економічний аспект реформування охорони здоров'я в Україні / О.М. Голяченко // Інфекційні хвороби. - 2007. - №1. - С. 78-82.
14. Голяченко О.М. Нові підходи до реформування стаціонарної допомоги / О.М. Голяченко, Н.Я. Панчишин, В.Л. Смірнова // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - К., 2010. - N 1. - С. 34-37.
15. Горин В.П. Формування фінансових ресурсів охорони здоров'я в контексті виконання критеріїв економічної безпеки / В.П. Горин // Наукові записки. Серія «Економіка». – 2015. – № 23. – С. 216–221.
16. Загорський В. С. Управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я: монографія / В. С. Загорський, З. М. Лободіна, Г. С. Лопушняк. – Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2010. – 276 с.
17. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
18. Закон України «Про Державний бюджет України на 2018 рік» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/>
19. Закону України «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України» від 7 грудня 2017 року № 2233-VIII [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/>

20. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/>
21. Камінська Т.М. Децентралізація як умова ефективного фінансування лікувальних закладів / Т.М. Камінська // Вектори розвитку фінансового потенціалу суб'єктів господарювання : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (Харків, 1–5 лютого 2014 р.). – Харків, 2014.– С. 235–239.
22. Конституція України – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>
23. Корнійчук О.П. Трансформація системи охорони здоров'я України: стан та перспективи / О.П Корнійчук // Український мед. часопис. - 2013. - №4.
24. Ларс Хандріх, Олександра Бетлій Як сплачуєте, так і отримуєте! Реформування принципів фінансування лікарень в Україні // Інститут економічних досліджень та політичних консультацій. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.ier.com.ua/ua/publications/policy_briefing_sepid=1278
25. Лисак В.П. Витрати на надання стаціонарної допомоги в різних типах закладів охорони здоров'я Полтавської області / В.П. Лисак // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2011. - №1.
26. Лопушняк Г.С. Фінансове забезпечення державної політики у сфері охорони здоров'я / Г.С. Лопушняк // Менеджер. Вісник Донецького державного університету управління. – 2011. – № 3(57). – С. 112–123.
27. Мальований М.І. Стан та проблеми державного фінансування охорони здоров'я в Україні / М.І. Мальований // Проблеми економіки. – 2013. – № 4. – С. 116–124.
28. Москаленко В.Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст : [монографія] / В.Ф. Москаленко. – К.: Книга плюс, 2008. – 320 с.
29. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2015 році: Статистичний бюлетень / Державна служба статистики України. - К., 2017. -

[Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/publzdorov_u.htm

30. Офіційний сайт Державної служби статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://ukrstat.org/uk>.

31. Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 407 затверджено «Порядок реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік». – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/407-2018-%D0%BF>

32. Постанова Кабінету міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101 «Про утворення Національної служби здоров'я України» – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/407-2018-%D0%BF>

33. Реформы финансирования здравоохранения. Опыт стран с переходной экономикой. Часть 2. Реформы финансирования здравоохранения по выполняемым функциям. Глава 5. Реформы в сфере объединения средств // Главный врач. - 2012. - N 8. - С. 16-37.

34. Реформы финансирования здравоохранения. Опыт стран с переходной экономикой. Ч. 2. Реформы финансирования здравоохранения по выполняемым функциям. Глава 6. Закупка медицинских услуг // Главный врач. - 2012. - №9. - С. 12-30.

35. Реформы финансирования здравоохранения. Опыт стран с переходной экономикой. Ч. 2. Реформы финансирования здравоохранения по выполняемым функциям. Глава 7. Охват на получение медицинской помощи и соучастие пациентов в ее оплате // Главный врач. - 2012. - №9. - С. 31-49.

36. Реформы финансирования здравоохранения. Опыт стран с переходной экономикой. Часть 2. Реформы финансирования здравоохранения по выполняемым функциям // Главный врач. - 2012. - №10. - С. 17-31.

37. Розпорядження КМУ «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» від 30.11.2016 р. № 1013-р

[Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80>

38. Смірнова Т.М. Формування державної політики з охорони здоров'я в Україні / Т.М. Смірнова, О.Р. Ситенко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я в Україні. – 2014. – № 2(60). – С. 5–9.

39. Симон Сандье, Валери Пари, Доминик Полтон Системы здравоохранения: время перемен// Европейская обсерватория по системам здравоохранения, 2004– [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://libed.ru/knigi-nauka/361363-1-sistemi-zdravooohraneniya-vremya-peremen-avtori-simon-sande-valeri-pari-dominik-polton-redaktori-sara-toms.php>

40. Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние : оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения/ Josep Figueras, Martin McKee, Suszy Lessof [et al.]. - Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2008.

41. Устінов О. Реалізація реформи охорони здоров'я: пілотні проекти / О. Устінов // Український медичний часопис. - К., 2011. - N 1. - С. 18-19.

42. Устінов О. Реформа в медичній галузі - це, перш за все, зміна фінансування / О. Устінов // Український медичний часопис. - 2011. - № 5. - С. 13-14.

43. Устінов О. Реформа первинної медичної допомоги - 2013: сучасний стан, проблеми, шляхи вирішення / О. Устінов // Український медичний часопис. - 2013. - N 5. - С. 24-27.

44. Шевченко М.В. Системы здравоохранения 10 стран мира / М.В. Шевченко // Главный врач. - Днепропетровск, 2008. - N 12. - С. 37-41.

45. Шекера О.Г. Стан реформування системи охорони здоров'я в Україні (аналітичний огляд) / О.Г. Шекера // Здоровье мужчины. - 2013. - №3(46). -С. 25-30.

46. Шекера О.Г. Фінансово-економічні аспекти реформування системи охорони здоров'я України / О. Г. Шекера // Сімейна медицина. - 2013. - № 5. - С. 35-37.

47. Neubauer G. Criteria for assessment and selection of hospital reimbursement systems in “das Krankenhaus” - 1998. - № 10. - p. 579
48. Decentralization in Health Care: Strategies and outcomes. of European Observatory on Health Systems and Policies of World Health Organization, 2007