

Міністерство освіти і науки України
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
Навчально-науковий інститут «Українська інженерно-педагогічна
академія»
Кафедра педагогіки, методики та менеджменту освіти

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

магістра

на тему

«Управління системою фінансового забезпечення КЗОЗ
ХОІАЦМС»
(тема кваліфікаційної роботи)

Виконала: здобувачка освіти 2 курсу,
групи ЗЗОЗ-24мг
спеціальності: 073 Менеджмент
(код і найменування спеціальності)

_____ Єлизавет /ЄМЕЛЬЯНЕНКО
(підпис) (ім'я та прізвище)
Керівник _____ / Тетяна КАЛІНІЧЕНКО
(підпис) (ім'я та прізвище)
Рецензент _____ / Тетяна ОБИДЕННЄВА
(підпис) (ім'я та прізвище)

«До захисту допущено»

В.о. завідувачки кафедри / Наталія
БРЮХАНОВА
(підпис) (ім'я та прізвище)
Нормоконтроль _____ / Влада МАРКОВА
(підпис) (ім'я та прізвище)
Секретар ЕК _____ / Валентина БУРБИГА
(підпис) (ім'я та прізвище)

Харків – 2025 рік

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКА ІНЖЕНЕРНО-ПЕДАГОГІЧНА АКАДЕМІЯ

Інститут: навчально-науковий інститут педагогіки, психології, менеджменту та освіти дорослих

Кафедра: педагогіки, методики та менеджменту освіти

Спеціальність: 073 «Менеджмент»

Освітньо-професійна програма: «Менеджмент закладів охорони здоров'я»

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри
д.пед.н., проф.
Наталія БРЮХАНОВА

_____ (підпис)

«___» _____ 2025 р.

ЗАВДАННЯ
на кваліфікаційну роботу (дипломну роботу)
другого (магістерського) рівня вищої освіти
здобувачці Єлизаветі ЄМЕЛЬЯНЕНКО

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема: Управління системою фінансового забезпечення КЗОЗ ХОІАЦМС, затверджена наказом по академії № _____ від «__» _____ 2025 р.

2. Термін здачі закінченої роботи: «__» _____ 2025 р.

3. Вихідні дані до роботи: Закони України, Постанови Верховної Ради, Постанови Кабінету Міністрів, теоретичні та практичні розробки вітчизняних та зарубіжних авторів за темою роботи, періодичні видання, статистичні дані.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) Розділ 1. Теоретичні засади фінансового забезпечення функціонування системи охорони здоров'я. Розділ 2. Аналіз сучасного стану фінансування охорони здоров'я в Україні (на прикладі КЗОЗ ХОІАЦМС). Розділ 3. Вдосконалення системи фінансового забезпечення системи охорони здоров'я України (на прикладі КЗОЗ ХОІАЦМС).

5. Перелік графічного (ілюстративного) матеріалу: 14 рис., 7 табл., 84 джерел, презентаційний матеріал

6. Консультант:

Розділ	Консультант	Підпис, дата		Оцінка (бали)
		Завдання видав	Завдання прийняв	
-	Не передбачено	-	-	-

7. Дата видачі завдання: «01» жовтня 2025 р.

Керівник:

_____ Тетяна
(підпис) КАЛІНІЧЕНКО

Завдання прийняла до виконання:

_____ Єлизавета
(підпис) СМЕЛЬЯНЕНКО

**КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН-ГРАФІК
виконання кваліфікаційної роботи
(дипломної роботи)**

№ з/п	Назва етапів роботи та питань, які мають бути розроблені відповідно до завдання	Термін виконання	Позначки керівника про виконання завдань
1	Систематизація матеріалів про діяльність об'єкту дослідження	04.10.2025	
2	Вивчення теоретичного матеріалу, написання першого розділу роботи	16.10.2025	
3	Аналіз діяльності об'єкту дослідження, написання другого розділу	30.10.2025	
4	Розробка та написання рекомендаційної частини роботи	15.11.2025	
5	Завершення висновків, формування анотації, впорядкування списку літератури	25.11.2025	
6	Оформлення дипломної роботи та представлення її на кафедрі	30.11.2025	

Здобувачка

_____ Єлизавета
(підпис) СМЕЛЬЯНЕНКО

Нормоконтроль:

_____ Влада МАРКОВА

АНОТАЦІЯ

Тема: Управління системою фінансового забезпечення КЗОЗ ХОІАЦМС

Робота містить 111 с., 14 рис., 7 табл., 84 джерел.

Об'єкт дослідження магістерської роботи - система економічних відносин, що формується з приводу фінансового забезпечення функціонування системи охорони здоров'я в Україні.

Предмет дослідження магістерської роботи - бюджетно-кошторисне фінансування охорони здоров'я в Україні.

Метою випускної кваліфікаційної роботи є узагальнення організаційно-правових та практичних аспектів фінансування охорони здоров'я в Україні та обґрунтування необхідності реформування механізму фінансового забезпечення медичної галузі.

Завдання дослідження: висвітлити теоретичні засади фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я та розкрити основний механізм державного та недержавного фінансування закладів охорони здоров'я ; визначити особливості фінансування закладів охорони здоров'я м. Харкова (на прикладі КЗОЗ ХОІАЦМС); визначити основні напрямки вдосконалення фінансування закладів охорони здоров'я України (на прикладі КЗОЗ ХОІАЦМС).

Методи дослідження: *теоретичні*: аналіз державних нормативних документів; аналіз наукових робіт з проблеми управління організаційною культурою; порівняльний аналіз, синтез, узагальнення дозволили провести систематизацію теоретичного та практичного матеріалу з досліджуваної проблеми;

емпіричні: опитування, спостереження, метод експертних оцінок, вивчення практичного досвіду роботи з управління рекламною діяльністю в закладі охорони здоров'я.

Наукова новизна дослідження: знайшли подальшого розвитку питання удосконалення фінансування закладів охорони здоров'я.

Практичне значення полягає у тому, що розроблені заходи з удосконалення управління фінансування закладів охорони здоров'я.

Ключові слова: заклад охорони здоров'я, фінансування, удосконалення, видатки.

ANNOTATION

Topic: Management of the system of financial support of KZOZ KHOIATSMS

The work contains 111 pages, 10 figures, 7 tables, 86 sources.

The purpose of the study: to analyze the theoretical foundations of management in a health care institution, to analyze the components of health care management and to improve it.

Object of research: the process of governing the health care institution.

Subject of research: improvement of the management process of KZOZ KHOIATSMS.

Objectives of the study: to highlight the theoretical foundations of financial support of health care institutions and to reveal the main mechanism of state and non-state funding of health care institutions; to determine the features of financing of health care institutions of Kharkiv (on the example of KZOZ KHOIATSMS); to determine the main directions of improving the financing of health care institutions of Ukraine (on the example of KZOZ KHOIATSMS) .

Research methods: theoretical: analysis of state regulations; analysis of scientific works on the problem of organizational culture management; comparative analysis, synthesis, generalization allowed to systematize theoretical and practical material on the researched problem;

empirical: surveys, observations, the method of expert evaluations, the study of practical experience in the management of advertising in a health care institution.

Scientific novelty of the research: the issues of improving the organizational culture of the health care institution have been further developed.

The practical significance lies in the fact that the developed measures to improve the management of the health care facility were implemented in the work of the KZOZ KHOIATSMS.

Key words: health care institution, innovative work, improvement, management.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	12
1.1.Форми та методи фінансування закладів охорони здоров'я в Україні.....	12
1.2.Механізм кошторисно-бюджетного фінансування закладів охорони здоров'я.....	24
1.3.Основні системи фінансування охорони здоров'я різних країн Світу.....	33
Висновки до розділу 1.....	42
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ (НА ПРИКЛАДІ КЗОЗ ХОІАЦМС).	44
2.1. Аналіз видаткової частини бюджету м. Харкова.....	44
2.2.Особливості фінансування закладів охорони здоров'я м.Харкова (на прикладі КЗОЗ ХОІАЦМС).....	54
2.3.Фінансування охорони здоров'я в Україні.....	67
Висновки до розділу 2.....	77
РОЗДІЛ 3. ВДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ (НА ПРИКЛАДІ КЗОЗ ХОІАЦМС).....	79
3.1. Застосування економіко-математичних методів для оптимізації видатків на охорону здоров'я України (на прикладі КЗОЗ ХОІАЦМС).....	79
3.2. Впровадження міжнародних концепцій фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я.....	89
Висновки до розділу 3.....	97
ВИСНОВКИ.....	99
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.....	103

ВСТУП

Охорона здоров'я населення є важливою сферою суспільного життя, частиною соціальної політики держави. Проте, за роки незалежності України показники стану охорони здоров'я були надзвичайно низькими. Це зумовлено складною економічною та політичною ситуацією, гострою екологічною кризою та недостатнім фінансуванням. Відповідно до ст. 12 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», охорона здоров'я є пріоритетним напрямом державної діяльності. Держава формує політику у цій сфері та забезпечує її реалізацію.

Охорона здоров'я – ключова складова соціальних послуг, що визначає добробут населення. Якість медичного обслуговування залежить від забезпеченості галузі матеріально-технічними, трудовими та фінансовими ресурсами, а також від їх ефективного використання. Водночас українська система охорони здоров'я характеризується постійним недофінансуванням. Через це зменшується обсяг безоплатного медичного обслуговування, відтермінуються ремонти приміщень та оновлення обладнання, а заробітна плата медичного персоналу залишається низькою.

Сучасна система охорони здоров'я потребує державної політики, яка забезпечить достатнє фінансування медичних послуг, охоплення населення профілактикою, лікуванням та реабілітацією, підвищення ефективності роботи та мінімізацію фінансових ризиків.

Актуальність теми обумовлена наявними проблемами фінансування галузі. Дослідження проблем і перспектив розвитку системи охорони здоров'я здійснюють такі вітчизняні вчені, як О. І. Величко, А. А. Гриценко, А. І. Даниленко, О. О. Заглада, І. Ю. Кондрат, О. Г. Слабкий, М. В. Шевченко та інші.

Сучасні економічні умови потребують створення системи фінансування охорони здоров'я, яка передбачає збір, об'єднання та розподіл коштів, забезпечуючи соціальний захист населення та враховуючи можливі

ризиками. Дослідники Л. Пирінг, В. Пономаренко та інші зазначають, що українська охорона здоров'я не відповідає сучасним вимогам через проблеми фінансування:

- недостатнє фінансування з бюджету;
- нераціональне використання ресурсів;
- диспропорції у фінансуванні різних рівнів медичної допомоги;
- відсутність механізмів оптимального використання видатків;
- відсутність економічних стимулів для реформування державного сектору;
- застарілі технології профілактики, діагностики та лікування;
- занепад основних фондів;
- просте фінансування окремих медичних установ замість забезпечення пріоритетів держави у сфері охорони здоров'я.

Теоретична значущість роботи полягає у дослідженні механізму бюджетно-кошторисного фінансування медичних закладів та критичному аналізі нової Концепції реформування галузі. Практична значущість – у аналізі видатків на охорону здоров'я із Зведеного, Державного та місцевих бюджетів та розробці пропозицій щодо реформування галузі шляхом впровадження лікарняних кас.

Об'єкт дослідження магістерської роботи - система економічних відносин, що формується з приводу фінансового забезпечення функціонування системи охорони здоров'я в Україні.

Предмет дослідження магістерської роботи - бюджетно-кошторисне фінансування охорони здоров'я в Україні.

Метою випускної кваліфікаційної роботи є узагальнення організаційно-правових та практичних аспектів фінансування охорони здоров'я в Україні та обґрунтування необхідності реформування механізму фінансового забезпечення медичної галузі.

Мета випускної кваліфікаційної роботи передбачає виконання таких завдань:

1) висвітлити теоретичні засади фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я та розкрити основний механізм державного та недержавного фінансування закладів охорони здоров'я;

2) визначити особливості фінансування закладів охорони здоров'я м. Харкова (на прикладі КЗОЗ ХОІАЦМС);

3) визначити основні напрямки вдосконалення фінансування закладів охорони здоров'я України (на прикладі КЗОЗ ХОІАЦМС).

Під час написання випускної кваліфікаційної роботи використовувались такі методи дослідження, як аналіз та синтез, порівняння, узагальнення, абстрагування, економіко-математичні методи тощо.

При дослідженні теми було використано інформацію таких установ: Державна Казначейська служба України, Міністерство фінансів України, Державна статистична служба України, Міністерство охорони здоров'я України та інші.

Основними інформаційними джерелами були наукові праці (статті, монографії) з тематики охорони здоров'я, нормативно-правові акти, звіти про виконання бюджетів різних рівнів, статистичні дані щодо бюджетного моніторингу в Україні.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 **Форми та методи фінансування закладів охорони здоров'я в Україні**

Фінансове забезпечення є одним із ключових чинників, що впливають на розвиток охорони здоров'я та соціально-економічну ефективність галузі. Кожна країна прагне вдосконалити систему охорони здоров'я через реформи, які спрямовані на збереження та зміцнення здоров'я населення і підвищення ефективності роботи лікувально-профілактичних закладів.

Забезпечення населення медичною допомогою у достатньому обсязі та високої якості залежить від матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я, професіоналізму і кваліфікації лікарів, компетентності керівників та психологічної готовності населення піклуватися про власне здоров'я. Водночас фінансове забезпечення є обов'язковою умовою для надання якісних медичних послуг, доступності охорони здоров'я та досягнення максимальних результатів на популяційному рівні.

Фінансове забезпечення виступає як метод фінансового механізму, що визначає принципи, джерела та форми фінансування суб'єктів господарювання, діяльність яких спрямована на охорону, збереження та зміцнення здоров'я населення. Фінансування охорони здоров'я є складовою механізму державного управління, що дозволяє органам влади впливати на галузь для досягнення поставлених цілей.

Процес фінансування включає формування сукупного бюджету охорони здоров'я, мобілізацію ресурсів та забезпечення діяльності галузі. У науковій літературі термін «фінансовий механізм» трактується по-різному:

1. Процес формування і використання фінансових ресурсів для підтримки функціонування системи заходів, спрямованих на збереження та розвиток фізіологічних і психологічних функцій людини [13].

2. Сукупність спеціально розроблених і законодавчо закріплених форм та методів створення й використання фінансових ресурсів для забезпечення економічного розвитку та соціальних потреб громадян [16].

3. Комплекс форм, методів і важелів фінансового впливу на соціально-економічний розвиток суспільства [84].

Деякі дослідники відзначають, що фінансування охорони здоров'я охоплює всі процеси та структури, що мобілізують грошові ресурси (податки, страхові внески тощо), необхідні для функціонування галузі.

Політика фінансування охорони здоров'я передбачає реалізацію таких завдань:

- захист від фінансових ризиків;
- забезпечення справедливого фінансування системи;
- раціональний розподіл ресурсів;
- підвищення прозорості та підзвітності системи перед населенням;
- покращення якості медичних послуг та економічної ефективності;
- підвищення ефективності управління фінансуванням.

Основні вимоги до системи фінансування: збалансованість доходів і витрат, передбачуваність витрат.

Згідно з Указом Президента України «Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України», основними джерелами фінансування є:

1. Державні та місцеві бюджети;
2. Приватне фінансування;
3. Безпосередні платежі населення;
4. Міжнародні програми технічної допомоги;
5. Кошти громадських, релігійних та благодійних організацій;

6. Страхові фонди [71].

Особливу увагу приділяють бюджетному фінансуванню, оскільки воно визначає спрямованість коштів, їх ефективність та відповідність функціям держави. А. Берлач виділяє два основні види бюджетного фінансування:

1. Фінансування бюджетних установ, що повністю утримуються за рахунок державного або місцевого бюджету;

2. Фінансування державних і муніципальних підприємств та організацій, економічно самостійних, які використовують власні основні та оборотні кошти, кредити банків і, за потреби, бюджетні асигнування [6].

Таким чином, фінансове забезпечення є фундаментальним механізмом, що визначає ефективність функціонування системи охорони здоров'я та впливає на соціально-економічні результати діяльності галузі.

О. Башняк визначає бюджетне фінансування як безповоротний і безоплатний відпуск коштів із державного та місцевих бюджетів для виконання загальнодержавних і муніципальних функцій та забезпечення діяльності бюджетних установ і організацій [5].

О. Василик трактує бюджетне фінансування як надання юридичним особам із державного бюджету фінансових ресурсів у вигляді безповоротних та безоплатних коштів і інвестицій на розвиток економіки, соціально-культурні заходи, оборону та інші громадські потреби [14].

С. Юрій визначає бюджетне фінансування як безповоротне та безвідплатне виділення коштів із бюджету [13].

Основні форми бюджетного фінансування включають:

- кошторисне фінансування;
- бюджетні інвестиції;
- бюджетні кредити;
- державні трансферти.

Схематично форми та методи фінансового забезпечення державних та комунальних закладів охорони здоров'я наведено на рис. 1.1.

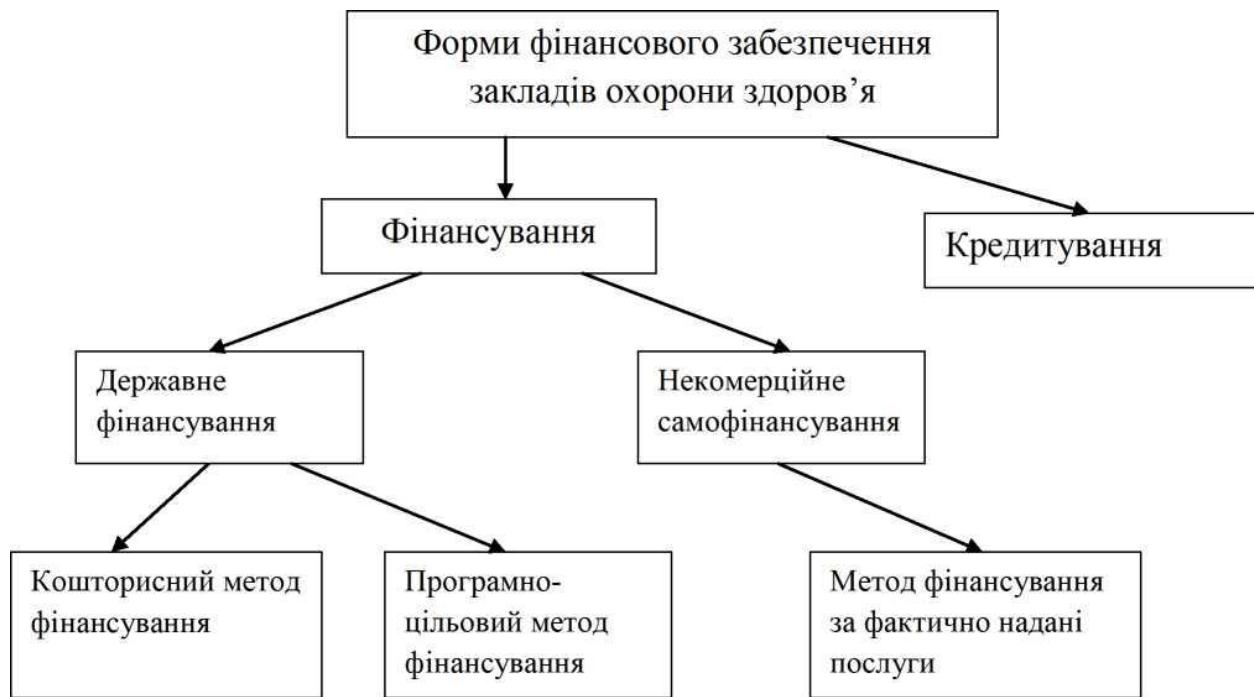


Рис. 1.1. Форми і методи фінансового забезпечення державних закладів охорони здоров'я [80]

Функціонування механізму бюджетного фінансування в системі охорони здоров'я України нерозривно пов'язане з використанням різних форм і методів забезпечення ресурсами, які спрямовуються на підтримання діяльності відповідних установ та програм. У цьому контексті ключове місце посідає державне фінансування, що інтерпретується як безвідплатне і безповоротне надання грошових коштів у встановлених формах для реалізації певних функцій і видів діяльності. Оскільки таке фінансування здійснюється за рахунок ресурсів державного та місцевих бюджетів, у науковій та практичній літературі поняття державного фінансування досить часто ототожнюють із поняттям бюджетного фінансування. Даний вид фінансового забезпечення ґрунтується на низці принципів, до яких належать цільовий характер використання коштів, безповоротність та безкоштовність наданих ресурсів, а також обов'язкове дотримання режиму економії у процесі витрачання бюджетних сум.

Для кращого розуміння ролі бюджетних потоків розглянемо матрицю бюджетного фінансування охорони здоров'я України, що охоплює різні складові системи та види бюджетів, як це подано в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1

Матриця бюджетного фінансування охорони здоров'я в Україні

Складова системи охорони здоров'я	Назва бюджету		
	державний бюджет	обласні бюджети	районні бюджети та бюджети міст обласного значення, об'єднаних територіальних
Первинна медико-санітарна, амбулаторно-поліклінічна та стаціонарна допомога	+	-	+
Консультативна амбулаторно-поліклінічна та стаціонарна допомога	-	+	-
Спеціалізована, високоспеціалізована амбулаторно-поліклінічна та стаціонарна допомога	+	+	-
Санаторно-реабілітаційна	+	+	-
Санітарно-епідеміологічний нагляд	+	-	-
Інші програми в галузі охорони здоров'я	+	+	+

Видатки державного бюджету, спрямовані на охорону здоров'я, охоплюють широкий спектр напрямів, які забезпечують виконання функцій загальнодержавного значення. Зокрема, до них належать:

1. фінансування первинної медико-санітарної, амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги, що надається багатoproфільними лікарнями та поліклініками, котрі виконують специфічні загальнодержавні функції відповідно до переліку, затвердженого Кабінетом Міністрів України;
2. забезпечення спеціалізованої та високоспеціалізованої амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної допомоги, яку здійснюють клініки

науково-дослідних інститутів, спеціалізовані лікарні, медичні центри, лепрозорії, госпіталі для інвалідів Великої Вітчизняної війни, спеціалізовані медико-санітарні частини, спеціалізовані поліклініки та спеціалізовані стоматологічні поліклініки відповідно до переліку, затвердженого Кабінетом Міністрів України;

3. фінансування санаторно-реабілітаційної допомоги, зокрема діяльності загальнодержавних санаторіїв для дітей і підлітків, а також спеціалізованих санаторіїв для ветеранів Великої Вітчизняної війни;

4. забезпечення санітарно-епідеміологічного нагляду, що включає фінансування санітарно-епідеміологічних станцій, дезінфекційних станцій та комплекс заходів із боротьби з епідеміями;

5. підтримка інших закладів охорони здоров'я, які забезпечують виконання загальнодержавних функцій, визначених у затвердженому Кабінетом Міністрів України переліку [11].

На рівні обласних бюджетів видатки на охорону здоров'я мають іншу специфіку, оскільки спрямовуються на забезпечення медичних потреб регіонального рівня та виконання спеціалізованих функцій, які не покриваються державним бюджетом. До таких видатків належать:

1. забезпечення консультативної амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги, включаючи діяльність центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, а також станцій екстреної допомоги;

2. фінансування спеціалізованої та високоспеціалізованої амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної медичної допомоги на обласному рівні;

3. утримання та розвиток санаторно-реабілітаційної інфраструктури, зокрема санаторіїв для хворих на туберкульоз, дитячих і підліткових санаторіїв, а також санаторіїв медичної реабілітації;

4. реалізація інших програм у сфері охорони здоров'я, які включають діяльність медико-соціальних експертних комісій, бюро судово-медичної експертизи, центрів медичної статистики та інших установ, що

забезпечують функціонування системи охорони здоров'я на регіональному рівні.

Фінансування охорони здоров'я з районних бюджетів, бюджетів міст обласного значення та бюджетів об'єднаних територіальних громад забезпечує функціонування установ, які надають переважно базові медичні послуги, найбільш наближені до населення. До таких видатків належать:

1. фінансування первинної медико-санітарної, амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги, що надається лікарнями широкого профілю, медико-санітарними частинами, пологовими будинками, поліклініками, амбулаторіями, а також загальними стоматологічними поліклініками;

2. забезпечення функціонування інших місцевих програм у галузі охорони здоров'я, включаючи програми медико-санітарної освіти населення, діяльність територіальних медичних об'єднань, центрів медичної статистики та автопідприємств санітарного транспорту.

Поряд із бюджетними надходженнями важливе значення має механізм самофінансування, який ґрунтується на використанні власних фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я. Ця форма фінансування традиційно є основною для приватних медичних закладів, що функціонують на комерційній основі. Водночас нинішнє українське законодавство передбачає можливість для більшості бюджетних установ охорони здоров'я формувати власні надходження за рахунок надання платних послуг або здійснення іншої некомерційної діяльності, дозволеної законодавством. Такі кошти включаються до спеціального фонду кошторису та використовуються винятково в межах затверджених цільових напрямів. Некомерційна діяльність бюджетних установ не передбачає отримання прибутку, а її призначенням є залучення додаткових ресурсів для задоволення загальнодержавних потреб. Запровадження механізмів некомерційного самофінансування стало вимушеним інструментом державної політики у

зв'язку з дефіцитом бюджетних ресурсів та обмеженими можливостями держави забезпечувати повне утримання сектору охорони здоров'я [82].

Окрім бюджетного фінансування та самофінансування, чинне законодавство України передбачає ще одну форму забезпечення ресурсами — кредитування закладів охорони здоров'я. Проте, на відміну від практики розвинених західних країн, де кредитні інструменти є звичним елементом фінансового менеджменту медичної сфери, у вітчизняній практиці кредитування використовується вкрай рідко. Це обумовлено як обмеженнями нормативно-правової бази, так і недостатнім рівнем фінансової автономії більшості медичних установ.

У процесі фінансування закладів охорони здоров'я можуть застосовуватися різні методи, серед яких найбільш поширеними є: кошторисне фінансування, програмно-цільове фінансування, а також фінансування за надані медичні послуги. Кожен метод має свої суттєві переваги й недоліки, які наведено у таблиці 1.2. Найбільш традиційним в Україні є кошторисний метод, що передбачає виділення коштів на утримання установ, виконання програм та реалізацію заходів на підставі спеціального фінансового документа — кошторису.

Таблиця 1.2

Переваги та недоліки методів фінансування

Методи фінансуванн	Переваги	Недоліки
Кошторисне	1) можливість достатньо чіткого прогнозування видатків; 2) контроль за цільовим витрачанням коштів.	не дозволяє: 1) оперативно змінювати розміри коштів; 2) оперативно маневрувати коштами; 3) виконання певного обсягу робіт

Програмно-цільове	<ol style="list-style-type: none"> 1) зосередженість на результатах; 2) можливість оцінки наслідків бюджетних рішень у процесі їх прийняття; 3) забезпечення прозорості бюджетного процесу; 4) можливість проведення 	<ol style="list-style-type: none"> 1) здійснюється за залишковим принципом, при нестачі бюджетних коштів призупиняється в першу чергу фінансування цільових програм.
За надані медичні послуги	<ol style="list-style-type: none"> 1) гнучкість цінової політики. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) часто потрібно переглядати плату за послуги в умовах інфляції; 2) відсутність єдиного методичного підходу до формування цін; 3) відсутність єдиної точки зору відносно вибору одиниці виміру обсягу наданих медичних послуг.

Примітка. Зведено автором за джерелом [59].

До переваг кошторисного фінансування традиційно відносять можливість достатньо точного прогнозування обсягів видатків (за умов відсутності суттєвих інфляційних коливань), а також забезпечення ефективного контролю за цільовим використанням бюджетних ресурсів і встановлення жорстких меж їх абсолютного розміру. Разом із тим, необхідно наголосити, що за обставин, коли потрібно сформувавши ефективний стимулюючий механізм, який забезпечував би безпосередній зв'язок між обсягами фінансування та фактично досягнутими результатами, зазначені переваги кошторисного підходу перетворюються на його недоліки. Зокрема, кошторисне фінансування не надає можливості оперативного коригування виділених коштів відповідно до змін обсягу робіт, не забезпечує достатньої гнучкості у перерозподілі ресурсів між окремими статтями видатків та унеможливорює швидке маневрування фінансовими потоками.

На відміну від кошторисного, програмно-цільове фінансування ґрунтується на попередньому визначенні об'єктів, чітко сформульованих

цілей та необхідних ресурсів, а тому забезпечує вищу результативність і дозволяє уникнути нецільового використання бюджетних коштів. Його застосування орієнтоване на підвищення ефективності витрачання фінансових ресурсів та передбачає індивідуальну відповідальність керівників закладів охорони здоров'я за досягнення соціальних результатів відповідних бюджетних програм. Значення програмно-цільового фінансування полягає у тому, що воно дає змогу підходити до реалізації програмних завдань комплексно, враховуючи взаємозв'язок цілей, ресурсів і очікуваних результатів. Як зазначають Юрій С. І., Стоян В. І., Даневич О. С., характерними ознаками програмно-цільового методу є: орієнтація на результати, яких необхідно досягти внаслідок реалізації програм; можливість оцінювання наслідків бюджетних рішень ще на етапі їх прийняття; посилення відповідальності за використання бюджетних коштів; можливість проведення ґрунтовного аналізу бюджетних витрат на основі показників результативності; забезпечення прозорості бюджетного процесу [84].

Застосування результативних показників суттєво підвищує якість як кількісного, так і якісного аналізу стану виконання бюджетної програми в частині належного фінансового забезпечення її заходів та визначення рівня ефективності виконання. Саме тому у Державному бюджеті України на 2019 рік особливу увагу було зосереджено на програмно-цільовому підході. Програмно-цільовий метод також широко використовується у процесі планування видатків на галузь охорони здоров'я. До прикладів можна віднести передбачене Державним бюджетом на 2019 рік фінансування будівництва сучасного лікувально-діагностичного комплексу Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит», на що було виділено 395 млн грн. Водночас однією з негативних особливостей програмно-цільового підходу є те, що він застосовується за залишковим принципом: у разі браку бюджетних ресурсів фінансування програм скорочується або призупиняється насамперед у сфері цільових програм.

Забезпечення відповідності між наявними ресурсами та

результативністю їх використання дозволяє коректно визначати першочергові програми, важливі для населення. Застосування системи кількісних і якісних результативних показників у рамках бюджетних програм галузі охорони здоров'я створює можливість підвищити ефективність фінансового забезпечення та реалізації заходів, передбачених цими програмами.

Найновішим і концептуально найточнішим методом визначення обсягів витрат у сфері охорони здоров'я є фінансування за надані медичні послуги. Воно базується як на планованому, так і на фактичному обсязі наданих послуг, що потребує чіткого розрахунку цін (тарифів). Формування механізму ціноутворення на медичні послуги виступає однією з ключових проблем функціонування ринку медичних послуг в Україні. З одного боку, оцінювання вартості медичної допомоги стало необхідним у зв'язку з переходом системи охорони здоров'я до нових форм господарювання; з іншого боку, запровадження медичного страхування можливе лише за умов наявності достовірних показників вартості медичних послуг, які визначають розмір страхових внесків. Однак нині проблеми ціноутворення залишаються невирішеними. Найважливішими методичними аспектами є: відсутність єдиного підходу до формування цін; дискусії щодо того, який вид витрат має бути покладений в основу ціноутворення (фактичні витрати чи витрати, що забезпечують дотримання встановлених стандартів лікування); відсутність єдиної точки зору щодо визначення одиниці виміру обсягів медичних послуг, необхідної для фінансування закладів; невизначеність щодо того, чи повинні тарифи бути єдиними для однакових видів послуг або ж диференційованими залежно від рівня надання допомоги та економічних умов; а також питання врахування різної матеріально-технічної бази закладів при визначенні ціни послуги.

Загальна реформа фінансування системи охорони здоров'я України передбачає поступовий перехід від утримання медичних закладів за кошторисом до моделі оплати фактично наданих послуг конкретному

пацієнту. Принцип «гроші йдуть за пацієнтом» означає, що громадянин звертається до конкретного лікаря, а держава перераховує відповідні кошти до того медичного закладу, у якому працює лікар, або безпосередньо лікарю, якщо він здійснює діяльність як фізична особа-підприємець. Таким чином, система фінансування переходить від моделі утримання інфраструктури до моделі оплати обсягів медичних послуг, фактично наданих пацієнтам.

У 2018 році нову модель фінансування було запроваджено на первинному рівні медичної допомоги — серед сімейних лікарів, терапевтів та педіатрів. На вторинному (спеціалізованому) та третинному (високоспеціалізованому) рівнях її впровадження планувалося здійснити поступово до 2020 року. Для реалізації нової моделі було створено Національну службу здоров'я України (НСЗУ), яка здійснює перерахування бюджетних коштів медичним закладам і лікарям-ФОПам за фактичне надання медичної допомоги населенню. НСЗУ укладає угоди з усіма закладами охорони здоров'я та гарантує фінансування відповідно до кількості пацієнтів, яким у цих закладах буде надано допомогу, застосовуючи механізм попередньої оплати.

Передбачається, що фінансування через НСЗУ забезпечуватиме єдині стандарти надання медичної допомоги та рівний доступ громадян до медичних послуг незалежно від місця проживання чи реєстрації. Держава гарантує отримання первинної медичної допомоги безкоштовно кожному громадянину, який звернувся до сімейного лікаря, а лікар — незалежно від місцевих умов — отримує оплату своєї роботи за встановленим тарифом. Фінансування медичного закладу або лікаря-ФОПа здійснюється із державного бюджету на основі кількості громадян, що уклали декларації з відповідними лікарями. На перехідний період частково зберігалася і попередня модель фінансування — через медичну субвенцію місцевим бюджетам для вторинного та третинного рівнів медичної допомоги.

До недавнього часу медичні заклади отримували фінансування від НСЗУ за двома категоріями пацієнтів: за «зеленим списком» — для осіб, які

уклали декларації з лікарями закладу, та за «червоним списком» — для пацієнтів, які проживали на території обслуговування закладу, але ще не подали декларації. У 2018 році тариф становив 370 грн на рік для громадян, які підписали декларацію, і 240 грн — для пацієнтів другої категорії.

З квітня 2019 р. Міністерство охорони здоров'я України остаточно відмовляється від механізму фінансування первинної ланки за так званим «червоним списком» і переходить до повномасштабної реалізації принципу «гроші йдуть за пацієнтом». Оплата медичних послуг здійснюється виключно за тарифом у розмірі 370 грн на одну особу на рік із застосуванням відповідних вікових коефіцієнтів. За цих умов фінансування медичної допомоги тим пацієнтам, які не уклали декларації з лікарем, окремо не передбачене. Водночас професійні стандарти діяльності медичних працівників зобов'язують їх надавати допомогу всім зверненим особам незалежно від наявності декларації, що створює ризики для погіршення умов оплати праці лікарів та загального зниження рівня їх матеріального стимулювання.

Очікується, що ухвалені законодавчі зміни сприятимуть підвищенню результативності та ефективності бюджетного фінансування системи охорони здоров'я в Україні. Проте у низці випадків — зокрема, під час забезпечення окремих видів послуг на вторинному та третинному рівнях, надання медичної допомоги соціально незахищеним групам населення, фінансування інноваційних або високотехнологічних методів лікування, а також при лікуванні тяжких чи хронічних захворювань — повноцінне забезпечення якісної та достатньої за обсягом медичної допомоги потребує розширення та диверсифікації фінансових джерел у галузі.

Серед недоліків методу фінансування за фактично надані медичні послуги, на нашу думку, ключовим є те, що в умовах інфляційних коливань виникає необхідність постійного коригування цін (тарифів). Незважаючи на це, така модель видається більш раціональною, ніж традиційне кошторисне планування доходів і видатків на початку бюджетного року, коли реальна

динаміка вартості ресурсів залишається невідомою.

Отже, в умовах недостатнього обсягу бюджетних ресурсів, що спрямовуються на охорону здоров'я в Україні, особливого значення набуває розвиток і залучення додаткових, альтернативних та змішаних джерел фінансового забезпечення галузі. На сьогодні основними інструментами фінансування системи охорони здоров'я є кошторисне фінансування, програмно-цільовий підхід і фінансування за фактично надані медичні послуги. Кожен із цих методів вирізняється власними перевагами та обмеженнями. Разом із тим найбільш усталеним і традиційним у практиці фінансування закладів охорони здоров'я в Україні продовжує залишатися метод кошторисного фінансування.

1.2 Механізм кошторисно-бюджетного фінансування закладів охорони здоров'я

Традиційно ключовим і найбільш вагомим джерелом фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в Україні залишаються кошти державного та місцевих бюджетів, тоді як надходження з інших джерел розглядаються переважно як допоміжний і додатковий фінансовий ресурс. Саме тому бюджетне фінансування виступає основною формою матеріального забезпечення функціонування галузі охорони здоров'я. Бюджетні асигнування з Державного бюджету України та місцевих бюджетів спрямовуються на гарантування населенню визначеного обсягом рівня медичної допомоги, покриття видатків, пов'язаних із реалізацією державних цільових і місцевих програм у сфері охорони здоров'я, а також на фінансування фундаментальних наукових досліджень, що мають безпосереднє відношення до проблематики збереження здоров'я населення.

На сучасному етапі бюджетне фінансування здійснюється у двох основних формах: у вигляді прямої оплати державою фактично наданих медичних послуг та у формі кошторисно-бюджетного фінансування.

Оскільки процес переходу до повномасштабних прямих розрахунків у медичній сфері ще триває, доцільним є розгляд базових принципів функціонування кошторисно-бюджетного механізму як традиційного та довгостроково усталеного способу фінансування діяльності медичних закладів.

Відповідно до положень бюджетного законодавства України, кошторисно-бюджетне фінансування визначається як безповоротне і безвідплатне надання грошових коштів із бюджетів різних рівнів для забезпечення повного утримання органів, установ та організацій, передбачених Конституцією України, а також тих інституцій, що створені органами державної влади або органами місцевого самоврядування у встановленому порядку. Іншими словами, кошторисно-бюджетне фінансування являє собою метод надання з відповідного бюджету безповоротних і безвідплатних коштів для підтримки діяльності державних і муніципальних органів та установ, які утримуються за рахунок держави чи місцевих громад. Такий порядок фінансування здійснюється на основі спеціальних фінансових планів — кошторисів витрат, які визначають напрям і обсяг використання бюджетних ресурсів.

На принципах кошторисно-бюджетного фінансування функціонують установи соціальної сфери державної та комунальної форми власності: навчальні заклади — школи, середні спеціальні та вищі навчальні установи; заклади охорони здоров'я — лікарні, поліклініки, дошкільні установи; інституції культури — бібліотеки, будинки культури, дитячі театри, об'єкти фізкультурно-спортивного призначення; а також установи Міністерства оборони, Прикордонних військ, Служби безпеки України, Міністерства внутрішніх справ України; органи законодавчої та виконавчої влади, судові та прокурорські органи [13].

Фінансування таких установ здійснюється відповідно до кошторисного принципу, згідно з яким кожній установі затверджується кошторис витрат, що підлягають покриттю за рахунок виділених бюджетних коштів.

Планування та розподіл фінансових ресурсів відбуваються відповідно до статей економічної класифікації бюджетних витрат. Механізм фінансування закладів охорони здоров'я в Україні схематично подано на рис. 1.2.

Сутність кошторисного фінансування полягає у виділенні бюджетних асигнувань на підставі спеціального розрахункового документа — кошторису. Формування обсягів бюджетного фінансування ґрунтується на двох ключових компонентах:

- оперативно-сітьових показниках;
- нормативах видатків, розрахованих на певний кількісний показник.

Оперативно-сітьові показники поділяються на дві основні групи. Перша група включає виробничі показники, що характеризують профільну діяльність відповідної установи (наприклад, кількість учнів у навчальному закладі). Друга група охоплює загальні показники, які відображають фізичні параметри та особливості будівлі бюджетної установи (площа приміщень, кубатура будівлі, особливості санітарно-технічного устрою тощо).



Рис. 1.2. Механізм фінансування закладів охорони здоров'я в Україні [4]

Оперативно-сітьові показники, які застосовуються при кошторисному фінансуванні, традиційно поділяються на дві основні групи. Перша група охоплює виробничі показники, що безпосередньо характеризують профільну діяльність конкретної установи (наприклад, кількість учнів у школі чи інший показник, що відображає специфіку її функціонування). Друга група складається із загальних показників, які описують суто фізичні та технічні параметри будівлі бюджетної установи, серед яких площа приміщень, кубатура споруди, особливості санітарно-технічного устрою тощо. Норми витрат, які використовуються у фінансових розрахунках, визначають обсяг необхідних витрат на одну розрахункову одиницю. Залежно від того, яка база береться за основу, виділяють узагальнені та постатейні нормативи, кожен з яких виконує свою функцію при формуванні кошторисів.

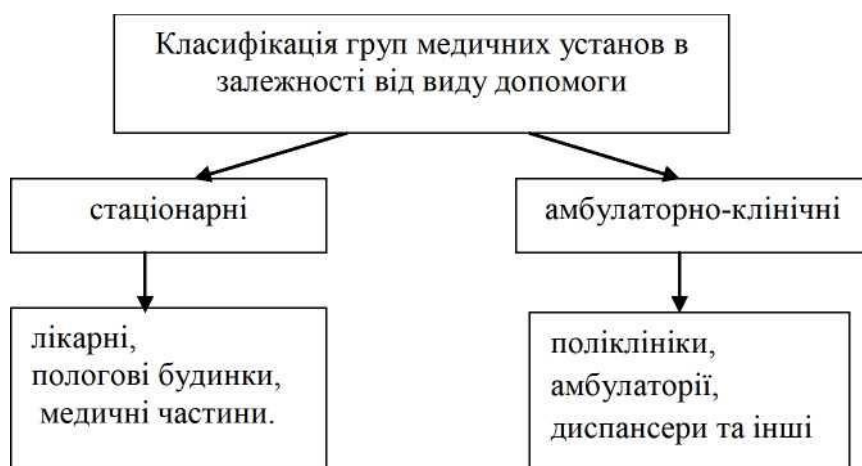


Рис. 1.3. Класифікація груп медичних установ в залежності від виду допомоги [4]

Кількість ліжко-днів розраховується як множенням середньорічної кількості ліжок на дні функціонування одного ліжка протягом року (середній

показник). Середньорічна кількість ліжок розраховується за формулою 1.1 [13].

$$\text{СЕРЕДНЬОРІЧНА КІЛЬКІСТЬ ЛІЖОК} = \ddot{\text{і}}_{\text{Міс}} \frac{\text{К}_{\text{введ}} \text{М} \text{К}_{\text{виб}} \text{М}}{\text{міс}}, \quad (1.1)$$

де К - кількість ліжок на початок планового року;

$\text{К}_{\text{введ}}$, $\text{К}_{\text{виб}}$ - кількість ліжок, що планується до введення або вибуття в плановому році;

М , М - кількість повних місяців з моменту введення або вибуття ліжок до кінця планового року.

Групування медичних установ відповідно до виду медичної допомоги, яку вони надають населенню, представлено на рис. 1.3, що дає можливість простежити внутрішню структурну диференціацію медичної мережі. Кошторисне фінансування установ охорони здоров'я здійснюється на підставі окремих розрахункових параметрів, серед яких для стаціонару ключовими є кількість ліжок та кількість ліжко-днів, тоді як для поліклінічних закладів базовим показником виступає кількість лікарських відвідувань.

Кількість ліжок у стаціонарі відображає кількість лікарняних місць, що можуть бути задіяні у процесі лікування. У цьому контексті розрізняють нормативну потребу в ліжках та фактичну їх наявність. Нормативна потреба визначається з урахуванням чисельності населення, що проживає на певній території, та показника госпіталізації на рік. Фактична наявність ліжок, натомість, демонструє реальну матеріально-технічну забезпеченість медичного закладу. Показник ліжко-днів обчислюється як добуток кількості ліжок на кількість днів функціонування одного ліжка протягом року. Під час складання зведеного кошторису для стаціонарних установ, а також під час

планування видаткової частини бюджету, визначають фактичну потребу території у ліжковому фонді (див. рис. 1.4).



Рис. 1.4. Алгоритм розрахунку потреби в ліжковому фонді по стаціонарним установам [13]

У випадку амбулаторно-поліклінічних та інших установ, у яких здійснюються лікарські прийоми (самостійні амбулаторії, поліклініки, станції швидкої медичної допомоги, бюро судово-медичної експертизи тощо), основними розрахунковими параметрами є кількість лікарських посад, кількість відвідувань та річна завантаженість лікаря. Загальна кількість лікарських відвідувань визначається за формулою множення чисельності жителів у районі обслуговування на середній показник річної кількості відвідувань одного лікаря, що орієнтовно становить приблизно 30 візитів на особу. Після цього загальна кількість відвідувань розподіляється між спеціалістами різного профілю — хірургами, терапевтами та іншими фахівцями. Добова норма відвідувань одного лікаря конкретного спеціального профілю визначається на основі трьох складових:

1. Часу, відведеного на прийом хворих у поліклініці;
2. Тривалості обслуговування пацієнтів на дому;
3. Часу, передбаченого для проведення профілактичних оглядів у стаціонарні або виїзні години.

Система оплати праці медичних працівників формується диференційовано, у розрізі таких категорій, як лікарі, середній та молодший медичний персонал, а також адміністративно-управлінський та обслуговуючий персонал. Крім посадових окладів, розмір заробітної плати може включати підвищення та надбавки, що залежать, зокрема, від місцезнаходження медичної установи (міська чи сільська місцевість), а також від специфічних умов праці, які можуть бути шкідливими або небезпечними (робота в інфекційних лікарнях, рентген-кабінетах тощо). Додаткові надбавки передбачені за роботу у святкові та вихідні дні, а також за роботу в нічний час.

Щодо системи оплати праці лікарів, то вона базується на визначенні посадової ставки, а також нарахуванні низки підвищень і надбавок. Розмір ставки залежить від типу посади — лікар-хірург, лікар-інтерн або лікар іншої спеціальності — та від кваліфікаційної категорії (див. рис. 1.5). Ставки заробітної плати середнього медичного персоналу залежать від посади (медична сестра, акушерка, фельдшер, зубний лікар), спеціальної категорії та тривалості стажу роботи. Для молодшого медичного персоналу ставки визначаються відповідно до специфіки посади (сестра операційна, сестра-господиня, сестра-ванниця). На працівників середнього та молодшого персоналу поширюються ті ж надбавки, що й на лікарів, включно з доплатами за роботу в особливих умовах та у неробочий час. Розмір заробітної плати визначається також залежно від обсягів виконуваної роботи—0,25; 0,5; 0,75; 1,0; 1,25; 1,5 ставки. Дозволяється суміщувати обов'язки медичної сестри та санітарки. Фонд заробітної плати обчислюється множенням кількості посад на середню ставку, яка встановлюється відповідно до тарифікаційного списку. Посадові оклади визначаються з урахуванням тарифних коефіцієнтів та ставок працівників відповідного тарифного розряду.

Адміністративно-управлінському та обслуговуючому персоналу встановлюються тверді ставки заробітної плати. Кількість лікарських посад

розраховується окремо для стаціонару та поліклініки.

У стаціонарі цей показник визначається із застосуванням нормативу кількості ліжок на одного лікаря (у межах 15–30 ліжок), який диференціюється за типами відділень (хірургічне, терапевтичне тощо). При цьому враховуються також ставки завідувачів відділень, лікарів-інтернів і лікарів-спеціалістів.

У поліклініці кількість лікарських посад визначається через співвідношення загальної кількості відвідувань до нормативів прийому на одного лікаря певного профілю. Також передбачаються посади завідувачів відділень, якщо кількісний склад спеціалістів досягає встановленого рівня.

Кількість посад середнього медичного персоналу для стаціонару визначається на основі кількості цілодобових постів. Число постів, у свою чергу, встановлюється за нормативами, які визначають співвідношення кількості ліжок на один пост у денні та нічні години, диференційовано для різних відділень. Кількість посад на один пост розраховується через ділення річного балансу часу (365×24 години) на річну кількість годин роботи однієї медичної сестри. Додатково враховуються посади старших медичних сестер, медсестер для індивідуального догляду за тяжкохворими та медсестер лікувально-діагностичних кабінетів. У поліклінічних установах кількість посад медсестер визначається за нормативом співвідношення до посад лікарів (зазвичай 1:1 або більше).

Кількість посад молодшого персоналу розраховується аналогічно, з тією відмінністю, що норматив ліжок на один пост для цієї категорії є дещо більшим. Посади обслуговуючого персоналу визначаються відповідно до типових штатних розписів. Фонд оплати праці загальнолікарняного та адміністративно-господарського персоналу відображається в кошторисних розрахунках за назвами посад з наступним розподілом по структурних підрозділах і допоміжних службах.

До кошторису медичних установ також включаються видатки на придбання медикаментів та витрати на харчування. Сума витрат на

медикаменти у стаціонарі визначається множенням грошової норми витрат на одне ліжко-день на показник загальної кількості ліжко-днів. У разі амбулаторно-поліклінічних установ сума витрат на медикаменти визначається шляхом множення норми витрат на одне відвідування на загальну кількість відвідувань за рік. Витрати на харчування у стаціонарі формуються на підставі нормативів, диференційованих за профілями відділень та визначених чинним законодавством. Сума витрат обчислюється множенням кількості ліжок у відділенні на кількість днів їх функціонування та на відповідну грошову норму. Витрати на медикаменти та перев'язувальні матеріали у стаціонарі плануються згідно з грошовими нормативами на один ліжко-день, затвердженими в установленому порядку та диференційованими за відділеннями. Для амбулаторно-поліклінічних закладів фінансове планування здійснюється за нормативами витрат на одне лікарське відвідування. Відповідно, загальна сума витрат дорівнює добутку кількості лікарських відвідувань на грошову норму на одне відвідування.

Отже, на сучасному етапі основною формою фінансування переважної більшості установ охорони здоров'я залишається кошторисний метод. Кошторисне фінансування медичних закладів ґрунтується, зокрема, на двох ключових групах показників: для стаціонарних установ — на кількості ліжок та показнику ліжко-днів, а для поліклінік — на кількості лікарських відвідувань, що мають специфічні підходи до розрахунку. Щодо організації системи оплати праці медичних працівників, то вона визначається посадою та кваліфікаційною категорією фахівця.

Таким чином, незважаючи на те, що найважливішим джерелом фінансування галузі охорони здоров'я залишаються державний і місцеві бюджети, їх обсяг виявляється недостатнім для повного забезпечення потреб медичної сфери. У зв'язку з цим усе більшої актуальності набувають додаткові фінансові ресурси, серед яких добровільне медичне страхування та благодійні надходження. Поряд із бюджетним фінансуванням медичні установи активно розвивають альтернативні джерела фінансування,

включаючи страхові та благодійні платежі, внески лікарняних кас, надходження від платних послуг, компенсаторні оплати, а також упроваджують дозволені форми госпрозрахункової діяльності. Паралельно з цим у загальній структурі фінансового забезпечення галузі зміцнюється приватний сектор медичних послуг, а також широко застосовується програмно-цільовий метод фінансування.

1.3 Основні системи фінансування охорони здоров'я різних країн світу

Спосіб фінансування системи охорони здоров'я безпосередньо визначає і загальну архітектуру її організації, а також принципи функціонування інституцій, що забезпечують надання медичних послуг. Проте в різних країнах світу конкретна модель фінансування формувалася протягом тривалого історичного періоду й перебувала під впливом великої кількості чинників. Передусім це специфіка накопиченого досвіду розвитку національних систем охорони здоров'я та історичні умови становлення державності. Саме тому в реальній практиці практично не існує країн, де модель фінансування галузі існувала б у «чистій» формі; навпаки, такі моделі є динамічними, мобільними, вони видозмінюються, адаптуються і постійно еволюціонують.

Принципи регулювання бюджетних видатків на охорону здоров'я також перебувають у процесі постійної модифікації й удосконалення у всіх без винятку державах. Основні існуючі моделі організації охорони здоров'я наведені на рис. 1.6.

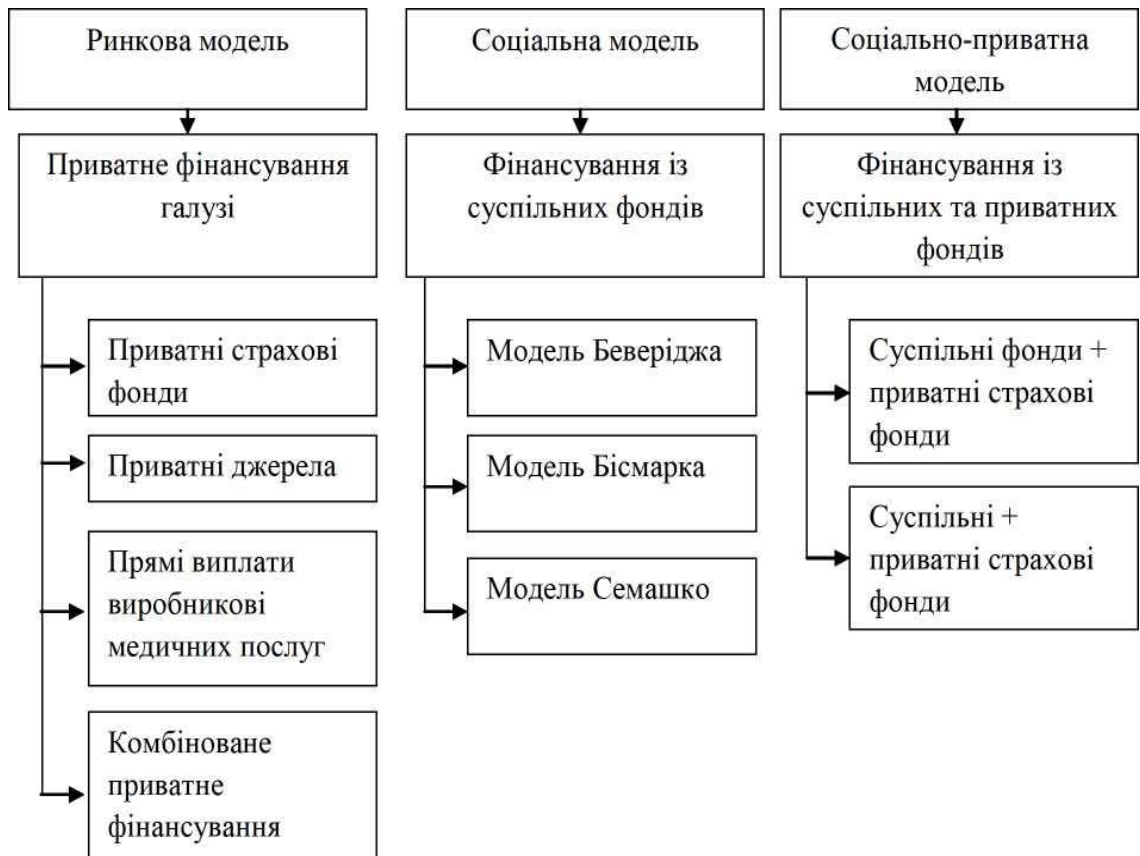


Рис. 1.6. Моделі організації та фінансування галузі охорони здоров'я [41]

У країнах, де система медичного забезпечення вважається розвинутою, організація охорони здоров'я традиційно базується на низці ключових принципів, до яких належать:

1. замороження обсягів фінансування на вже досягнутому рівні;
2. стабілізація видатків на охорону здоров'я у відсотковому співвідношенні до валового внутрішнього продукту або національного доходу;
3. утримання загального темпу зростання витрат на рівні, наближеному до темпу інфляції;
4. орієнтація на ситуації, коли темпи приросту витрат мають від'ємні значення;
5. забезпечення підвищення витрат у суворо визначених межах;

б. ув'язування обсягів фінансування з реальними надходженнями податків або страхових внесків [47].

Для сучасних систем охорони здоров'я в цілому характерне одночасне функціонування процесів як централізації, так і децентралізації управління. У державах, де традиційно домінувала провідна роль державних інституцій у сфері медичного забезпечення, спостерігається тенденція до передачі окремих функцій регіональним і муніципальним органам влади. Децентралізацію розглядають як інструмент підвищення ефективності медичних послуг і спосіб залучення широких груп населення до визначення пріоритетів охорони здоров'я. Натомість у країнах, де участь держави історично була слабкою, поширюється зворотний процес — посилення централізації, що компенсує фрагментацію управління та забезпечує уніфікацію стандартів. Надмірна децентралізація може спричинити дроблення управлінських структур, послаблення координації, недостатню професіоналізацію в забезпеченні лікарським обладнанням і медикаментами, а також нерівність у доступі до медичних послуг та зростання ризиків політичних маніпуляцій з боку окремих груп чи регіонів. Разом із тим сучасні європейські системи медичного страхування здебільшого мають децентралізований характер.

В Україні, згідно з адміністративно-територіальною реформою (реформою місцевого самоврядування і просторової організації влади, яка почала реалізовуватися з 2018 р.), активно формується децентралізована модель управління фінансуванням охорони здоров'я. Перегляд структури мережі закладів охорони здоров'я спричинив і зміну порядку їх утримання коштом місцевих бюджетів. Замість понад 11 тисяч місцевих рад передбачається створення 1500–2000 спроможних територіальних громад, у межах яких формуватимуться госпітальні округи. Ці округи включатимуть:

1. багатопрофільну (клінічну) лікарню інтенсивного лікування;
2. багатопрофільну дитячу лікарню інтенсивного лікування;
3. лікарню відновного (реабілітаційного) лікування;

4. лікарню (клінічну лікарню) планового лікування.

Незалежно від конкретної моделі фінансування чи форми організації для високорозвинених систем охорони здоров'я характерні спільні риси:

1. фінансування здійснюється за рахунок трьох основних джерел — внесків підприємців, державного бюджету та страхових внесків населення;

2. оплата медичної допомоги працівникам, службовцям і членам їхніх родин покладається виключно на підприємства;

3. застраховані громадяни мають вільний вибір лікаря та лікувально-профілактичного закладу, що стимулює конкуренцію й покращує якість медичної допомоги;

4. сформована розвинута система добровільного медичного страхування.

Усі моделі, наведені на рис. 1.6, ґрунтуються на ідеологічних підходах солідарності або лібертаризму. В останні десятиліття держави дедалі частіше прагнуть знайти збалансоване поєднання цих двох ідеологічних основ. Кожна з них має свої переваги й обмеження. Солідарна ідеологія передбачає рівний доступ громадян до базового набору найважливіших медичних послуг, особливо у випадках критичних станів. При цьому витрати на лікування покриваються не безпосередньо пацієнтом, а за рахунок централізованих бюджетних коштів, що надходять через податкову систему. Соціально вразливі групи звільняються від оплати, але їх право поширюється саме на обґрунтовано необхідний мінімум послуг. Принцип суспільної солідарності передбачає, що «багатий платить за бідного, здоровий — за хворого».

Таблиця 1.3

Назва системи	Система Беверіджа	Система Бісмарка	Система Семашко
Форма фінансування	бюджетна форма	страхування	бюджетно- централізована форма

Країна, якій дана система притаманна	Великобританія, Данія, Швеція, Фінляндія, Ірландія, Греція, Італія, Канада, Норвегія, Португалія	Німеччина, Австрія, Бельгія, США, Франція, Нідерланди	Республіки колишнього СРСР Україна
Джерело коштів	державний бюджет	обов'язкові страхові внески	державний бюджет
Механізм отримання коштів	загальна податкова система	накопичення неурядовими фондами	система централізованого планування
Оплата праці лікарів	подушна основа, гонорарна система	договірні стосунки	фіксована зарплата
Доступ громадян до медичної допомоги	вільний для всіх громадян	обумовлений умовами страхового поліса	вільний для всіх громадян
Контроль	Державний	фонди, громадськість	Державний
Якість	Висока	висока	Невисока

Лібертарна ідеологія, навпаки, трактує медичні послуги як звичайний ринковий товар: людина, яка має більше фінансових ресурсів, здатна придбати ширший перелік послуг та доступ до якіснішого медичного сервісу. Ця модель повністю узгоджується з підходом добровільного медичного страхування, у рамках якого якість і обсяг послуг безпосередньо залежать від розміру страхового полісу.

Більшість національних європейських систем охорони здоров'я еволюціонують у напрямі поступового зменшення прямої державної участі, водночас розвиваючи нові соціальні інститути, які відповідають за організацію та координацію процесів споживання медичної допомоги. До класичних моделей таких систем належать моделі Бісмарка, Беверіджа та Семашка.

Система Бісмарка (соціально орієнтована модель) базується переважно на обов'язковому соціальному страхуванні для всіх жителів держави, де визначальним критерієм виступає рівень доходів. Фінансування здійснюється через цільові внески роботодавців і працівників, а також через державні субсидії з бюджетів різних рівнів. Розміри внесків встановлюються з урахуванням реальної здатності населення їх сплачувати, тоді як доступ до

послуг визначається фактичною потребою. Головною перевагою моделі є інституційна незалежність страхових фондів, що функціонують як самоврядні організації з автономним управлінням і власним бюджетом. У деяких країнах (наприклад, Франція) відповідні організації є приватними, але перебувають під суворим урядовим контролем, залишаючись переважно некомерційними структурами. Принципи цієї моделі — соціальна солідарність і субсидіарність, що означає перерозподіл ризиків між усім населенням. Соціальне страхування передбачає детально структурований перелік компенсованих послуг, тоді як внески встановлюються на доступному рівні [76].

До країн, де системи охорони здоров'я функціонують за моделлю Бісмарка, належать Австрія, Бельгія, Франція, Німеччина, Нідерланди та Швейцарія. Попри спільну основу, конкретні системи цих держав суттєво відрізняються з огляду на історичні, соціально-економічні та організаційні відмінності. Соціально орієнтована модель забезпечує:

- високу ефективність надання медичних послуг;
- стабільність у фінансуванні сектору охорони здоров'я;
- чітке регулювання прав пацієнтів як споживачів;
- механізми об'єднання ризиків та взаємної підтримки;
- надання послуг відповідно до реальних потреб та розподіл фінансового навантаження відповідно до можливостей громадян;
- реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я за одночасного збереження автономії відповідних інститутів.

Недоліки цієї моделі пов'язані з труднощами стримування витрат, потенційним зростанням вартості медичних послуг та високими адміністративними витратами.

Модель Беверіджа (державна система) фінансується переважно з державного бюджету за рахунок загальних податків, що справляються на різних рівнях влади. Застосовуються як традиційні методи адміністрування, так і сучасні інструменти публічного менеджменту. Загальний обсяг

фінансування визначається в процесі бюджетного планування [76]. Хоча страхові фонди в межах цієї моделі є нецільовими, усі громадяни охоплюються уніфікованою системою забезпечення стандартного набору медичних послуг. Регіональні органи охорони здоров'я відповідають за справедливий географічний розподіл коштів.

Модель Беверіджа характерна для Скандинавських країн, Ірландії, Великої Британії, а також країн Південної Європи — Греції, Португалії та Іспанії. Попри подібність механізмів фінансування, системи мають специфічні риси. Наприклад, в Ірландії та Данії повний обсяг допомоги без додаткової оплати надається лише найменш забезпеченим громадянам, тоді як інші оплачують певні послуги самостійно. У Фінляндії та Великій Британії фінансування має змішаний характер: основна частина коштів надходить із податків, інші — із фондів соціального страхування. У Фінляндії внески соціального страхування спрямовуються переважно на приватний сектор, тоді як у Великій Британії зберігається розподіл страхових платежів між роботодавцями та працівниками.

Найчастіше критикують цю модель за бюрократичність управління та значну залежність від бюджетних обмежень. Водночас за належного адміністрування вона здатна ефективно контролювати загальні витрати й забезпечувати нижчі адміністративні видатки, ніж страхові системи.

Модель Семашка, що діяла в СРСР і була успадкована країнами Центральної й Східної Європи (зокрема Україною), ґрунтується на повному фінансуванні з державного бюджету, централізованому плануванні й відсутності приватного сектора. Її недоліки пов'язані з адміністративно-командними методами управління та відсутністю економічних стимулів. Сьогодні більшість країн, які використовували цю модель, перебувають у процесі переходу до систем соціального страхування або комбінованих моделей.

У період переходу України до ринкової економіки національна система охорони здоров'я зазнала значних трансформацій та суттєвого ослаблення.

Реформування цієї сфери потребує глибокого аналізу наявних механізмів і чіткої концепції майбутнього розвитку з урахуванням реалій економічного, політичного й культурного контекстів країни. Важливо також інтегрувати позитивний міжнародний досвід та зберегти ті елементи існуючої системи, які мають потенціал для ефективного функціонування [83].

Висновки до розділу 1

Підсумовуючи стислий огляд основних моделей охорони здоров'я, що функціонують у світовій практиці, можна виокремити низку характеристик, властивих найрозвинутішим системам медичного забезпечення. Передусім йдеться про те, що:

- вони фінансуються з трьох базових джерел, а саме – відрахувань від доходів підприємців, надходжень із державного бюджету та страхових внесків населення;
- фінансування медичної допомоги працівникам, службовцям і членам їхніх сімей здійснюється виключно за рахунок підприємців;
- забезпечується свобода вибору застрахованою особою лікаря та лікувально-профілактичного закладу, що стимулює конкуренцію, сприяє підвищенню якості медичних послуг і зумовлює зростання індивідуальної уваги до кожного громадянина;
- формується розвинена система добровільного медичного страхування.

У цьому контексті доцільно підкреслити, що одним із ключових стратегічних напрямів реформування української системи охорони здоров'я має стати запровадження обов'язкового державного медичного страхування. Обґрунтування цього курсу пов'язане з необхідністю виведення галузі зі стану системної кризи та визначення основних перспектив формування національної моделі розвитку охорони здоров'я в Україні. Введення механізмів медичного страхування покликане започаткувати реформу

охорони здоров'я як цілеспрямований, динамічний і довготривалий процес, що сприятиме структурним змінам, орієнтованим на реальне задоволення потреб населення в медичній допомозі. З огляду на це, перспективним напрямом подальших наукових досліджень постає аналіз можливостей і механізмів упровадження обов'язкового державного медичного страхування.

Відповідно до положень чинного законодавства України про охорону здоров'я, фінансування цієї сфери забезпечується за рахунок Державного бюджету України, місцевих бюджетів, фондів медичного страхування, благодійних фондів, а також інших дозволених законом джерел. Найсуттєвішим джерелом фінансування системи охорони здоров'я залишаються видатки державного бюджету. У практиці застосовуються три основні методи фінансування: кошторисне фінансування, програмно-цільовий метод та фінансування за фактично надані послуги. Окрему групу становлять додаткові фінансові надходження – кошти добровільного медичного страхування, благодійництва, страхові й благодійні платежі, надходження через лікарняні каси, доходи від надання платних послуг, а також компенсаторні оплати.

Якщо розглядати моделі організації та фінансування галузі охорони здоров'я, то їх традиційно поділяють на три типи: ринкову модель (що характеризується перевагою приватного фінансування), соціальну модель (фінансування через суспільні фонди) та соціально-приватну модель (комбінація суспільних і приватних фондів). У практичній площині жодна з цих моделей не існує в «чистому» вигляді; система фінансування завжди є мобільною, тобто перебуває в процесі розвитку та змін.

Класичними моделями організації охорони здоров'я прийнято вважати моделі Беверіджа, Бісмарка та Семашка. Зокрема, система Бісмарка, що має соціально орієнтований характер, базується переважно на обов'язковому соціальному страхуванні населення відповідно до рівня доходів. Модель Беверіджа передбачає фінансування охорони здоров'я переважно за рахунок державного бюджету, тобто шляхом акумулювання внесків через загальну

податкову систему на всіх рівнях – центральному, регіональному та місцевому. Система Семашка ґрунтується на виключному фінансуванні з державного бюджету, опирається на загальні податкові надходження, функціонує через механізми централізованого планування та характеризується відсутністю приватного сектора в охороні здоров'я.

З огляду на спектр моделей охорони здоров'я, що застосовуються у світі, можна узагальнити певні спільні риси, характерні для найбільш розвинених систем. Вони передбачають багатоканальне фінансування, участь роботодавців у забезпеченні медичної допомоги працівникам і членам їхніх сімей, свободу вибору лікаря та медичного закладу, що сприяє конкуренції та підвищенню стандартів якості, а також наявність розвинених механізмів добровільного медичного страхування. Саме ці характеристики можуть стати методологічною та практичною основою для побудови ефективної системи фінансування охорони здоров'я в Україні, що потребує адаптації найкращих міжнародних підходів до національних умов.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ (НА ПРИКЛАДІ КЗОЗ ХОІАЦМС)

2.1 Аналіз видаткової частини бюджету м. Харкова

Видатки місцевих бюджетів посідають вагомe місце у забезпеченні соціально-економічного розвитку суспільства, оскільки саме органи місцевого самоврядування уповноважені вирішувати локальні проблеми, безпосередньо пов'язані з виконанням суспільних функцій, зокрема у частині надання соціальних послуг та створення умов для підвищення рівня життя населення. Видаткова частина місцевих бюджетів відображає результати економічних і соціальних процесів у державі, адже вона безпосередньо стосується інтересів широких верств населення й істотно впливає на загальний соціальний стан у країні, зокрема на рівень добробуту громадян, доступність освіти та забезпеченість медичними послугами [4].

У ході проходження практики в Управлінні фінансів Московського району Департаменту бюджету і фінансів Харківської міської ради було здійснено аналіз звітів щодо виконання видаткової частини бюджету м. Харкова за 2018–2020 роки (додаток А). З огляду на це проаналізуємо виконання планових видатків міського бюджету за функціональною класифікацією за 2018–2020 роки, що наведено у таблиці 2.1.

Зіставлення даних таблиці 2.1 дає підстави стверджувати, що у 2020 році видаткову частину бюджету профінансовано на 96,5 %, тобто фактичне бюджетне забезпечення становило 14967,3 млн грн. У порівнянні з 2018 роком ця величина збільшилася на 5074,69 млн грн. Крім того, у 2020 році рівень виконання видаткової частини бюджету зріс на 0,24 % порівняно з 2018 роком, коли цей показник становив 96,26 %. Водночас слід зазначити, що найвищий рівень фінансування планових призначень за аналізований період було досягнуто у 2019 році — 96,65 %. Зростання рівня виконання

бюджетних призначень у 2020 році значною мірою зумовлене повним фінансуванням статті видатків «соціальний захист та соціальне забезпечення».

Таблиця 2.1

Виконання планових показників видатків бюджету м. Харкова

Вид видатків відповідно до бюджетної класифікації видатків	2018 рік			2019 рік			2020 рік		
	план, млн. грн	факт, млн. грн.	рівень виконання, %	план, млн. грн	факт, млн. грн	рівень виконання, %	план, млн. грн	факт, млн. грн	рівень виконання, %
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Державне управління	412,04	403,62	97,96	620,35	611,73	98,61	738,15	726,36	98,40
Освіта	1917,8	1919,0	100,06	2613,4	2614,0	100,02	3268,4	3237,2	99,04
Охорона здоров'я	1322,4	1319,3	99,77	1641,1	1690,8	103,03	1889,9	1783,3	94,36
Соціальний захист та соц.	2426,3	2417,2		3533,0	3478,1		3729,8	3730,8	
	3	9	99,63	1	4	98,45	8	7	100,03
Житлово-комунальне господарство	1131,1	1121,3		1660,1	1554,0		1916,9	1879,2	
	8	7	99,13	6	0	93,61	3	7	98,04
Культура і мистецтво	400,02	339,99	84,99	597,30	552,77	92,54	346,69	344,79	99,45
Засоби масової інформації	7,94	7,92	99,82	12,35	12,34	99,93	15,20	15,20	99,99
Фізична культура і спорт	133,09	133,07	99,98	226,17	284,47	125,78	308,08	295,34	95,87
Будівництво	796,42	641,47	80,54	945,60	759,26	80,29	870,60	790,60	90,81
Транспорт, дорожнє господарство,	1270,9	1175,9		1925,8	1755,1		1736,5	1684,8	
	5	9	92,53	0	6	91,14	3	4	97,02
Інші послуги, пов'язані з економ. дія-тю	390,25	386,16	98,95	585,75	575,39	98,23	613,17	463,34	75,57
Запобігання та ліквідація надзвичайних ситуацій	3,12	3,11	99,55	4,33	4,31	99,56	4,40	4,38	99,75
Обслуговування боргу	0,01	0,00	14,29	0,01	0,00	14,29	0,00	0,00	0,00
Цільові фонди	6,85	5,69	83,15	7,99	6,36	79,58	48,69	0,00	0,00

Видатки, не віднесені до основних груп	58,73	18,50	31,50	40,24	31,86	79,17	22,71	11,81	52,02
Разом видатків	10277,	9892,6	96,26	14413,	13930,	96,65	15509,	14967,	96,50

Високі показники виконання спостерігаються також за такими напрямками: освіта (99,04 %), культура і мистецтво (99,45 %), засоби масової інформації (99,99 %), запобігання та ліквідація надзвичайних ситуацій (99,75 %). Натомість найбільш вагомими чинниками недофінансування у 2020 році стали низькі показники рівня виконання видатків на інші послуги, пов'язані з економічною діяльністю, а також видатків, не віднесених до основних груп та цільових фондів.

У середньому рівень виконання планових видатків бюджету м. Харкова за 2018–2020 роки становив 96,47 %. Найкращі результати фінансування упродовж досліджуваного періоду демонструють видатки на фізичну культуру і спорт, середній рівень виконання плану за якими становив 107,41 %. Майже повне виконання планових призначень (понад 99 %) спостерігалось за статтями «Освіта», «Охорона здоров'я», «Соціальний захист та соціальне забезпечення», «Засоби масової інформації». Водночас найнижчі середні рівні виконання планових видатків припадають на «Цільові фонди» (54,24 %), «Видатки, не віднесені до основних груп» (54,23 %), а також на «Обслуговування боргу» (9,52 %).

Подальший аналіз вимагає оцінки динаміки видатків міського бюджету, зокрема темпів приросту видаткової частини бюджету за загальним і спеціальним фондами у 2018–2020 роках, що наведено у таблиці 2.2. На рисунку 2.1 представлено графічне відображення динаміки обсягів зазначених фондів. Результати аналізу таблиці 2.2 та рисунка 2.1 свідчать, що темп приросту видатків міського бюджету у 2019/2020 роках становив 7,44 %, що на 33,38 % менше порівняно з темпами приросту у 2018/2019 роках. Причиною високих темпів приросту у 2019 році стала відсутність проведення Казначейською службою розрахунків за незахищеними статтями видатків у

2018 році. Опосередкований вплив на зростання видаткової частини також мало внесення змін до Бюджетного кодексу України, внаслідок чого збільшився обсяг доходів місцевих бюджетів та, відповідно, розширився обсяг повноважень місцевих органів влади.

Переважна частина видатків фінансується за рахунок загального фонду міського бюджету, який демонструє стабільну тенденцію до зростання. Так, у 2019 році темп приросту видатків за загальним фондом становив 41,56 % порівняно з 2018 роком, а у 2020 році — 11,87 % відносно рівня 2019 року. Натомість динаміка спеціального фонду є менш рівномірною: у 2019 році видатки збільшилися на 38,85 % порівняно з 2018 роком, тоді як у 2020 році спостерігалось їх зменшення на 4,58 %.

Таблиця 2.2

Темпи приросту видаткової частини бюджету м. Харкова у розрізі загального та спеціального фондів за 2018 - 2020 рр.

Видатки бюджету м. Харкова	Роки			Темпи приросту, %	
	2018	2019	2020	2018/2019	2019/2020
Видатки всього, млн грн	9892,623	13930,7	14967,32	40,82	7,44
Видатки загального фонду, млн грн	7192,408	10181,5	11389,73	41,56	11,87
Видатки спеціального фонду, млн грн	2700,215	3749,2	3577,587	38,85	-4,58



Рис. 2.1. Динаміка видатків бюджету м. Харкова в розрізі джерел фінансування у 2018-2020 рр., млн грн

Для більш всебічної оцінки видаткової частини бюджету доцільно проаналізувати тенденції розвитку її окремих складових. З цією метою здійснено аналіз динаміки та структури видатків бюджету м. Харкова (таблиця 2.3). На основі наведених даних можна стверджувати, що у 2020 році бюджет за видатками виконано на суму 14967,3 млн грн, тобто саме на цю величину були профінансовані бюджетні установи міста. Дана сума перевищує відповідний показник 2018 року на 5074,69 млн грн, тобто на 51,30 %, що свідчить про розширення ресурсної бази бюджету, зміцнення матеріально-фінансового забезпечення бюджетних установ і можливість надання ними більш якісних послуг.

Зростання видаткової частини бюджету м. Харкова відбулося передусім за рахунок збільшення видатків на соціальний захист та соціальне забезпечення (на 1313,582 млн грн), освіту (на 1318,154 млн грн), охорону здоров'я (на 463,906 млн грн), державне управління (на 322,734 млн грн), житлово-комунальне господарство (на 757,908 млн грн), транспорт та

розвиток інфраструктури (на 508,853 млн грн). Порівняно невеликі збільшення спостерігалися у видатках на засоби масової інформації (7,275 млн грн), запобігання та ліквідацію надзвичайних ситуацій (1,278 млн грн), культуру і мистецтво (4,796 млн грн). Сукупність цих змін істотно вплинула на загальний обсяг видатків бюджету.

Водночас певне стримування загального приросту видатків зумовлене зменшенням фінансування за такими статтями, як обслуговування боргу (на 0,01 млн грн), цільові фонди (на 5,693 млн грн), видатки, не віднесені до основних груп (на 6,689 млн грн), що свідчить про скорочення відповідних напрямів фінансування протягом останніх двох років.

Таблиця 2.3

Видатки бюджету м. Харкова за функціональною класифікацією

Вид видатків відповідно до бюджетної класифікації видатків бюджету	2018 рік		2019 рік		2020 рік		Динаміка показників за 2018/2020 рр.	
	сума, млн грн	питома вага, %	сума, млн грн	питома вага, %	сума, млн грн	питома вага, %	абсолютна, млн грн	відносна, %
Державне управління	403,624	4,08	611,729	4,39	726,358	4,85	322,734	179,96
Освіта	1919,06	19,40	2614,06	18,76	3237,21	21,63	1318,154	168,69
Охорона здоров'я	1319,38	13,34	1690,84	12,14	1783,29	11,91	463,906	135,16
Соціальний захист та соц. забезпечення	2417,28	24,44	3478,13	24,97	3730,86	24,93	1313,582	154,34
Житлово-комунальне господарство	1121,36	11,34	1554,00	11,16	1879,27	12,56	757,908	167,59
Культура і мистецтво	339,990	3,44	552,773	3,97	344,786	2,30	4,796	101,41
Засоби масової інформації	7,923	0,08	12,339	0,09	15,198	0,10	7,275	191,82
Фізична культура і спорт	133,065	1,35	284,466	2,04	295,343	1,97	162,278	221,95
Будівництво	641,474	6,48	759,264	5,45	790,599	5,28	149,125	123,25
Транспорт, дорожнє господарство, зв'язок	1175,98	11,89	1755,16	12,60	1684,84	11,26	508,853	143,27

Інші послуги, пов'язані з економ. дія-тю	386,155	3,90	575,394	4,13	463,343	3,10	77,188	119,99
Запобігання та ліквідація надзвичайних ситуацій	3,106	0,03	4,311	0,03	4,384	0,03	1,278	141,15
Обслуговування боргу	0,001	0,00	0,001	0,00	0,000	0,00	-0,001	0,00
Цільові фонди	5,693	0,06	6,355	0,05	0,000	0,00	-5,693	0,00
Видатки, не віднесені до основних груп	18,501	0,19	31,855	0,23	11,812	0,08	-6,689	63,85
Всього	9892,62	100,00	13930,7	100,00	14967,3	100,00	5074,694	151,30

Структуру фактичних видатків бюджету м. Харкова за 2018–2020 роки представлено на рисунку 2.2. З аналізу рисунка випливає, що найбільшу частку в загальному обсязі видатків займають видатки на соціальний захист та соціальне забезпечення — 24,78 %, на освіту — 19,93 %, а також на охорону здоров'я — 12,46 %. Така структура відповідає особливостям соціально орієнтованого характеру економіки України, у межах якої забезпечення доступності зазначених послуг для всіх громадян є важливим пріоритетом державної політики.

Порівняно менша частка загального обсягу видатків бюджету м. Харкова зафіксована у сферах житлово-комунального господарства — 11,68 % та транспорту і дорожнього господарства — 11,91 %. Найменші частки видатків припадають на будівництво (5,74 %), державне управління (4,44 %), культуру і мистецтво (3,24 %), а також на інші послуги, пов'язані з економічною діяльністю (3,71 %). Решта статей видатків у сукупності становить 2,11 % загального обсягу фінансування.

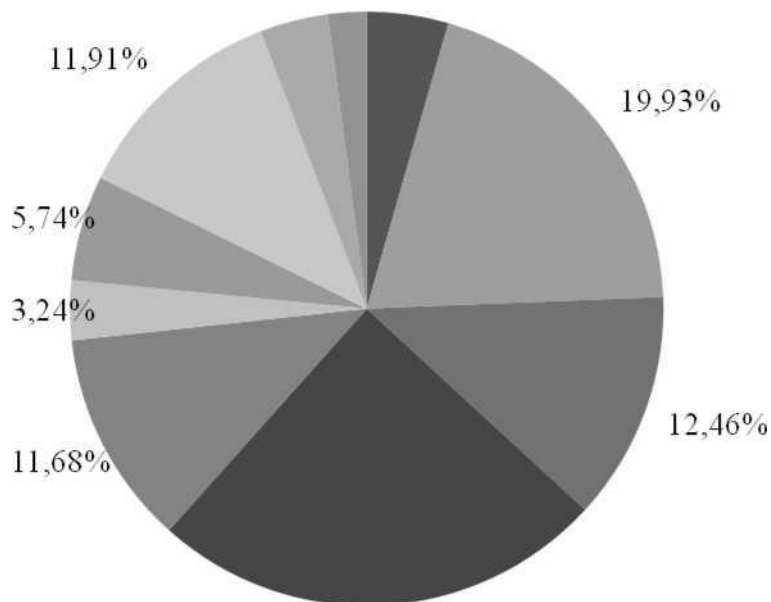
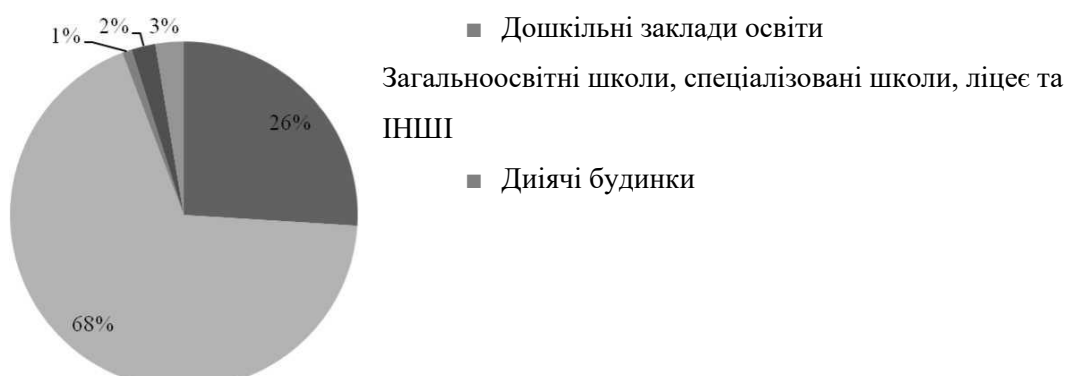


Рис. 2.2. Усереднена структура видаткової частини бюджету м. Харкова за функціональною класифікацією

Оскільки найбільшу питому вагу у структурі видатків міського бюджету становлять видатки на освіту та на соціальне забезпечення і соціальний захист, доцільним є детальніший розгляд їх внутрішньої будови. Структуру видатків на освіту бюджету м. Харкова за 2018–2020 роки (середнє значення) подано на рисунку 2.3. Аналіз рисунка 2.3 свідчить, що найбільшу частку становлять видатки на загальноосвітні школи, спеціалізовані школи, ліцеї, гімназії та колегіуми — у сукупності 68 % від загального обсягу видатків на освіту. Це пояснюється тим, що саме ці заклади формують основу освітньої мережі міста й обслуговують найбільшу кількість здобувачів освіти. Наступною за значенням групою є видатки на позашкільні заклади та заходи з позашкільної роботи з дітьми, частка яких становить 26 %. Найменші питомі ваги притаманні фінансуванню дошкільних закладів освіти (2 %), дитячих будинків (1 %), а також іншим видаткам у сфері освіти (3 %).



- Позашкільні заклади освіти та заходи
- Інші видатки на освіту

Рис. 2.3. Структура видатків на освіту бюджету м. Харкова за 2018–2020 рр. (середнє значення), %

Усереднену структуру видатків на соціальне забезпечення та соціальний захист міського бюджету за 2018–2020 роки наведено в таблиці 2.4. Узагальнення даних таблиці дає можливість констатувати, що значна частина видатків у цій сфері спрямовується на допомогу у зв'язку з доглядом за дитиною, пологами, на виплати самотнім матерям та інші аналогічні види соціальної підтримки. Питома вага цієї групи становить 37,25 %, що включає допомогу у зв'язку з вагітністю і пологами, допомогу на догляд за дитиною віком до трьох років, допомогу при народженні дитини, допомогу на дітей, над якими встановлено опіку чи піклування, допомогу самотнім матерям, тимчасову державну допомогу дітям, допомогу при усиновленні. Вагому частку також становлять видатки на державну соціальну допомогу малозабезпеченим сім'ям, інвалідам, дітям та інші видатки на соціальний захист населення. Їх питома вага дорівнює 37,91 % і включає субсидії на відшкодування витрат з оплати житлово-комунальних послуг, субсидії на придбання твердого чи рідкого пального палива і скрапленого газу, інші видатки на соціальний захист, допомогу на догляд за інвалідом I або II групи внаслідок психічного розладу, утримання закладів соціального спрямування для дітей у складних життєвих обставинах, компенсації особам, які мають право на безоплатне отримання вугілля, але проживають у будинках із центральним опаленням. У порівнянні з 2018 роком у 2020 році видатки на пільги громадянам, що потребують соціального захисту, зросли на 3,6 млн грн; видатки на допомогу у зв'язку з доглядом за дитиною, пологами та інші категорії — на 2,8 млн грн; видатки на державну соціальну допомогу малозабезпеченим сім'ям, інвалідам та іншим — на 38,2 млн грн.

Таблиця 2.4

Структура видатків на соціальне забезпечення та соціальний захист з бюджету м. Харкова

Видатки згідно з бюджетною класифікацією	Питома вага, %
Пільги громадянам, які потребують соціального захисту	11,85
Допомога у зв'язку з доглядом за дитиною, пологами, самотніми матерями тощо	37,25
Державна соціальна допомога малозабезпеченим сім'ям, інвалідам, дітям та інші видатки на соц.захист населення	37,91
Утримання закладів, що надають соціальні послуги дітям, які опинились в складних життєвих обставинах	1,01
Утримання центрів та основні заходи соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді	0,70
Видатки на територіальні центри соціального обслуговування, громадські організації, фіз.особам, які надають соц. допомогу	4,09
Державна соціальна допомога інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам	7,19
Всього видатків на соціальний захист та соціальне забезпечення	100,00

Найнижча частка серед видатків на соціальний захист припадає на утримання центрів і проведення основних заходів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (0,7 %), а також на утримання закладів, що надають соціальні послуги дітям у складних життєвих обставинах (1,01 %). Крім того, незначною є частка фінансування територіальних центрів соціального обслуговування, громадських організацій та фізичних осіб, що надають соціальну допомогу (4,09 %).

Узагальнюючи результати аналізу видаткової частини бюджету м. Харкова, можна сформулювати такі висновки:

1. у 2021 році видаткову частину бюджету профінансовано на 96,5 %, що відповідає фактичному обсягу у 14967,3 млн грн;

2. темпи приросту видаткової частини бюджету м. Харкова у 2025 році становлять 40,82 %, що значно перевищує показник 2024 року;

3. упродовж досліджуваного періоду видаткова частина бюджету зросла на 5074,694 млн грн, що свідчить про розширення ресурсної бази міста та збільшення можливостей бюджетних установ;

4. найбільші питомі ваги у структурі видатків належать фінансуванню освіти, соціального захисту й соціального забезпечення, а також охорони здоров'я.

2.2. Особливості фінансування закладів охорони здоров'я м. Харкова (на прикладі КЗОЗ ХОІАЦМС)

В українській системі громадської охорони здоров'я однією з ключових проблем виступає відсутність належної кореляції між фінансовим забезпеченням лікувальних закладів і підсумковими результатами їх функціонування. Установи бюджетного підпорядкування фактично мають «вроджене» право на фінансування з бюджету, що зумовлює їхню низьку мотивацію до підвищення ефективності та оптимізації витрат. Водночас оцінювання раціональності використання ресурсів у галузі потребує порівняння витрат і кінцевих результатів для декількох можливих варіантів розподілу фінансових потоків. У наявній моделі фінансування охорони здоров'я така форма оцінки не здійснюється: сам принцип кошторисного забезпечення за статтями бюджетної класифікації позбавляє систему необхідності аналізувати співвідношення між витратами та результатами, що суттєво обмежує можливості для удосконалення управління.

У структурі фінансування охорони здоров'я міста Харкова кошти міського бюджету спрямовуються на утримання 71 комунального закладу. До цієї мережі входять, зокрема, 23 лікарні, 25 поліклінік, 5 пологових будинків, міський перинатальний центр, 9 стоматологічних поліклінік, 6 диспансерів, а також «Харківський центр здоров'я» і «Харківський інформаційно-

аналітичний центр медичної статистики». Окремим блоком фінансуються шість комунальних підприємств охорони здоров'я: «Міська молочна фабрика-кухня дитячого харчування», «Автобаза швидкої медичної допомоги міста Харкова», «Міжлікарняна аптека № 271», «Муніципальна аптека міста Харкова», «Інкоммедсервіс» та «Санепідсервіс».

Трудовий потенціал комунального сектору охорони здоров'я міста представлений понад 4900 лікарями, серед яких 1 917 фахівців мають вищу кваліфікаційну категорію. Додатково у закладах працюють 208 осіб зі ступенем кандидата медичних наук і 11 докторів медичних наук. Поряд із цим у системі зайняті 7 304 середні медичні працівники, з яких 3 577 осіб (тобто 49 %) також віднесено до найвищої кваліфікаційної категорії. Важливим елементом професійної інфраструктури є 46 кафедр Харківської медичної академії післядипломної освіти та Харківського національного медичного університету, розміщених на базах комунальних медичних установ, а також близько 20 функціональних медичних центрів, що підсилюють науково-практичний потенціал міської системи охорони здоров'я.

На 01.01.2021 року мережа денних стаціонарів, що функціонують в амбулаторно-поліклінічних умовах, налічувала 1111 ліжок денного перебування, а рівень забезпеченості становив 7,9 ліжка на 10 000 населення. У стаціонарах цілодобового перебування кількість ліжок становила 712 500, при цьому показник забезпеченості досягав 50 ліжок на 10 000 жителів. Для комплексної характеристики розвитку інфраструктури медичних послуг у місті доцільно проаналізувати мережу, кадровий склад і контингенти пацієнтів закладів охорони здоров'я Харкова за 2021–2025 роки, узагальнені в таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

Мережа, штати і контингенти установ охорони здоров'я м. Харкова

Показник	2023 рік	2024 рік	2025 рік
Динаміка фактично зайнятих посад, штатні одиниці	зменшились на 101,5	збільшилися на 19	не змінилися
Планові витрати на харчування 1 хворого, грн.	3,61	4,9	7,85
Фактичні витрати на харчування 1 хворого, грн.	4,53	5,04	8,87
Витрати на забезпечення медикаментами 1 хворого, грн.	5,75	5,5	8,85

Аналіз інформації, наведеної в таблиці 2.5, дає змогу констатувати, що кількість фактично зайнятих посад на кінець 2023 року зменшилася порівняно з початком року на 101,5 штатних одиниць. Така тенденція свідчить про певне скорочення кадрового ресурсу протягом цього періоду. Водночас на кінець 2024 року зафіксовано протилежну динаміку: чисельність персоналу збільшилася на 19 штатних одиниць, що було зумовлено прийняттям інтернів із Донецької та Луганської областей і, відповідно, розширенням кадрової структури закладів.

У 2025 році показники витрат на харчування одного хворого становили 8,87 грн за планового значення 7,85 грн. Відхилення фактичних витрат від планових пояснюється насамперед підвищенням вартості продовольчих товарів, що позначилося на зростанні бюджетного навантаження на харчування пацієнтів. Разом із тим витрати на забезпечення медикаментами одного хворого у 2020 році досягли 8,85 грн, тобто на 3,1 грн перевищили аналогічний показник 2018 року; така різниця свідчить про поступове збільшення фінансових потреб у медикаментозному забезпеченні впродовж аналізованого періоду.

Динаміку фактичних обсягів видатків на охорону здоров'я з бюджету міста Харкова у досліджувані роки наочно відображено на рисунку 2.4, що

дозволяє візуалізувати зміни бюджетного фінансування галузі та порівняти їх у часовому розрізі.

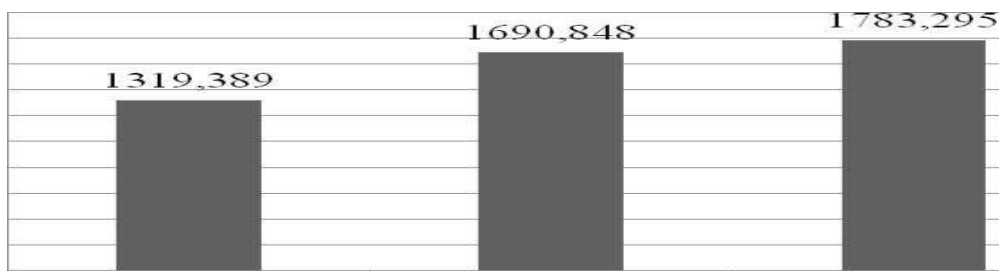


Рис. 2.4. Динаміка фактичних обсягів витрат на охорону здоров'я з бюджету м. Харкова

Як показують дані, наведені на рисунку 2.4, протягом усього досліджуваного періоду спостерігається стале та послідовне зростання обсягів фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я. Зокрема, у 2025 році галузь отримала на 371,459 млн грн більше порівняно з 2018 роком, що свідчить про суттєве посилення бюджетної підтримки медичних послуг. Наступний етап динаміки також демонструє приріст: у 2023 році обсяг фінансування збільшився ще на 92,447 млн грн порівняно з рівнем 2025 року, що підтверджує тенденцію до систематичного нарощування бюджетних асигнувань на медичну галузь.

Враховуючи ці результати, доцільним є детальний аналіз виконання планових витрат на охорону здоров'я відповідно до функціональної класифікації з районного бюджету, що представлено у таблиці 2.6. Дані таблиці 2.6 дозволяють зробити висновок про те, що фактичні витрати на охорону здоров'я з бюджету міста Харкова у 2023 році становили 1783,29 млн грн. Цей показник підтверджує загальну тенденцію до зростання бюджетних витрат на медичну галузь, що є характерною рисою досліджуваного періоду та свідчить про послідовне збільшення фінансових ресурсів, спрямованих на забезпечення функціонування системи охорони здоров'я міста.

Видатки на охорону здоров'я із бюджету м. Харкова згідно з
функціональною класифікацією

Видатки згідно функціональної класифікації	План на 2023 рік, млн грн	Виконано за 2023 рік, млн грн	Рівень виконання, %	План на 2024 рік, млн грн.	Виконано за 2024 рік, млн грн	Рівень виконання, %	План на 2025 рік, млн грн	Виконано за 2025 рік, млн грн	Рівень виконання, %
Лікарні	650,576	644,501	99,07	949,678	987,393	103,97	1009,54	970,704	96,15
Поліклініки і амбулаторії (крім спеціалізованих)	366,886	370,789	101,06	504,977	513,514	101,69	412,186	373,22	90,55
Спеціалізовані поліклініки	20,391	20,511	100,59	29,026	30,093	103,68	32,109	31,651	98,57
Загальні і спеціалізовані стоматологічні поліклініки	71,259	69,246	97,18	91,402	93,873	102,70	104,597	92,4	88,34
Програми і централізовані заходи у галузі охорони здоров'я	0,506	0,503	99,41	41,623	41,62	99,99	82,924	70,115	84,55
Інші заходи по охороні здоров'я	212,824	213,839	100,48	24,394	24,355	99,84	248,61	245,205	98,63
Всього	1322,44	1319,38	99,77	1641,10	1690,84	103,03	1889,97	1783,29	94,36

Рівень виконання видатків на охорону здоров'я з бюджету міста Харкова у 2025 році становить 94,36 %, що є на 5,41 % нижчим порівняно з аналогічним показником 2023 року. Для порівняння: у 2023 році рівень виконання видатків на медичну галузь перевищував планові обсяги та досягав 103,03 %, що свідчило про більш повне та навіть випереджальне фінансування потреб охорони здоров'я у той період.

На результати виконання бюджетних призначень у 2024 році найбільш суттєво вплинуло недофінансування програм та централізованих заходів у сфері охорони здоров'я, де рівень виконання становив лише 84,55 %. Вагомим чинником зниження загального показника стало також

недоотримання фінансування загальними та спеціалізованими стоматологічними поліклініками, у яких рівень виконання складав 88,34 %. Водночас окремі напрямки продемонстрували майже повне забезпечення фінансовими ресурсами: на утримання спеціалізованих поліклінік надійшло 98,57 % планових коштів, тоді як на інші заходи по охороні здоров'я рівень виконання досяг 98,63 %, що підтверджує їх відносну пріоритетність у структурі видатків.

Для здійснення більш глибокого та диференційованого аналізу доцільним є розгляд структури видатків на охорону здоров'я з бюджету міста

Харкова за 2023–2025 роки, що узагальнено та відображено на рисунку 2.5.

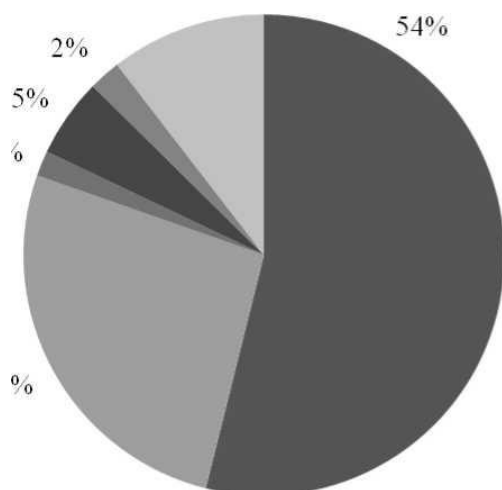


Рис. 2.5. Усереднена структура видатків на охорону здоров'я з бюджету м. Харкова у 2023-2025 рр., %

З аналізу даних, представлених на рисунку 2.5, випливає, що протягом усього досліджуваного періоду найбільша частка бюджетних коштів спрямовувалася на фінансування лікарняних закладів, питома вага яких становила 54 %. Значний обсяг фінансових ресурсів виділявся також на поліклініки та амбулаторії, які акумулювали 27 % загальних видатків.

Порівняно меншою, але все ж вагомою часткою характеризувалися видатки на утримання стоматологічних поліклінік, що становили 5 %, а також кошти, спрямовані на реалізацію інших заходів у сфері охорони здоров'я, частка яких досягала 10 %.

Динамічний аналіз структури видатків засвідчує, що частка фінансування лікарень у 2025 році порівняно з 2023 роком збільшилася на 5,58 %, що вказує на підвищення пріоритетності стаціонарного медичного забезпечення у бюджетній політиці міста. Водночас спостерігалось певне зменшення частки коштів, спрямованих на утримання багатoproфільних поліклінік: цей показник скоротився на 7,17 %. Поряд із цим зросла частка видатків, спрямованих на реалізацію програм у галузі охорони здоров'я, приріст якої становив 3,89 %, що може свідчити про посилення ролі комплексних цільових програм у структурі фінансування.

Варто врахувати, що міський бюджет структуровано на два фонди — загальний та спеціальний, кожний із яких виконує окремі функції у забезпеченні фінансування галузі. Для подальшого поглибленого аналізу розпочнемо з розгляду видатків на охорону здоров'я з районного бюджету в межах загального фонду, що детально подано в таблиці 2.7.

Таблиця 2.7

Видатки на охорону здоров'я із бюджету м. Харкова

Видатки згідно функціональної класифікації	План на 2023 рік, млн грн	Виконано за 2023 рік, млн грн	Рівень виконання, %	План на 2024 рік, млн грн	Виконано за 2024 рік, млн грн	Рівень виконання, %	План на 2025 рік, млн грн	Виконано за 2025 рік, млн грн	Рівень виконання, %
Лікарні	486,615	484,313	99,53	805,622	803,426	99,73	846,516	822,38	97,15

Поліклініки і амбулаторії (крім спеціалізованих і стоматологічних поліклінік)	320,627	318,818	99,44	467,001	465,419	99,66	348,777	323,138	92,65
Спеціалізовані поліклініки	16,611	16,587	99,86	26,512	26,424	99,67	29,283	28,892	98,66
Загальні і спеціалізовані стоматологічні поліклініки	51,406	51,354	99,90	71,491	71,427	99,91	80,798	79,563	98,47
Програми і централізовані заходи у галузі охорони здоров'я	0,506	0,504	99,60	41,624	41,617	99,98	82,924	70,115	84,55
Інші заходи по охороні здоров'я	169,029	168,134	99,47	24,394	24,355	99,84	224,648	221,971	98,81

Аналіз даних таблиці 2.7 дає підстави стверджувати, що обсяг видатків на охорону здоров'я з бюджету міста Харкова, профінансованих із загального фонду у 2025 році (за фактичними надходженнями), становив 1546,059 млн грн. За три досліджувані періоди спостерігається стійка тенденція до зростання цих видатків, а загальний приріст досяг 506,349 млн грн. Найвідчутніше збільшення фінансування припало на лікарні, де видатки зросли на 338,067 млн грн, а також на програми і централізовані заходи у сфері охорони здоров'я, для яких приріст становив 69,611 млн грн, що свідчить про пріоритетність цих напрямів у структурі бюджетного забезпечення.

Разом із тим рівень виконання видатків загального фонду демонструє негативну динаміку. Якщо у 2020 році він досягав 99,51 %, то вже у 2025 році показник знизився до 95,85 %, тобто на 3,66 %. Варто зазначити, що у 2019 році рівень виконання видатків із загального фонду був максимально наближеним до повного — 99,72 %, що засвідчувало майже повне надходження запланованих коштів на лікарні, медичні центри та реалізацію інших заходів у галузі охорони здоров'я. Погіршення загального результату у 2025 році значною мірою спричинила неповна виплата коштів на утримання

поліклінік та амбулаторій, де рівень виконання становив 92,65 %, а також недофінансування програм і централізованих заходів, виконання яких від планових показників відхилилося на 15,45 %. Водночас кошти на інші заходи у сфері охорони здоров'я були спрямовані майже в повному обсязі: фактичні видатки загального фонду становили 221,971 млн грн, що відповідає рівню виконання у 98,81 %.

Для подальшого уточнення структурних характеристик доцільно проаналізувати видатки на охорону здоров'я за рахунок коштів загального фонду бюджету міста Харкова, що наведено на рисунку 2.6.

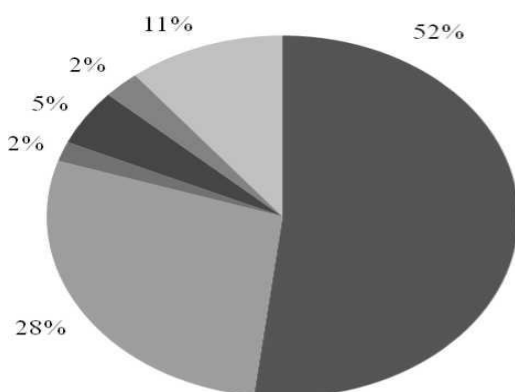


Рис. 2.6. Структура видатків на охорону здоров'я із бюджету

Аналіз даних таблиці 2.7 дає змогу встановити, що обсяг видатків на охорону здоров'я з бюджету міста Харкова, профінансованих із загального фонду у 2028 році за фактичними надходженнями, становив 1546,059 млн грн. Упродовж трьох досліджуваних періодів спостерігається чітко виражена тенденція до зростання цих видатків, приріст яких досяг 506,349 млн грн. Найбільш суттєве збільшення фінансування припало на лікарні — їхні видатки зросли на 338,067 млн грн. Відчутне зростання також зафіксовано за напрямом програм та централізованих заходів у галузі охорони здоров'я, де приріст становив 69,611 млн грн. Такі зміни свідчать про пріоритетність зазначених напрямів у загальній структурі бюджетного фінансування.

Усереднені показники структури видатків загального фонду бюджету

міста за 2020–2025 роки, відображені на рисунку 2.6, демонструють, що найвагомішою часткою фінансових ресурсів забезпечувалися лікарні — 52 % загального обсягу видатків. Друге місце за рівнем фінансування посідали поліклініки та амбулаторії, на які припадало 28 % загальної суми видатків. Натомість спеціалізовані поліклініки та програми і централізовані заходи у сфері охорони здоров'я отримували найменшу частку фінансування — близько 2 % кожна, що свідчить про їхню значно нижчу бюджетну пріоритетність порівняно з іншими складовими медичної інфраструктури міста.

З огляду на викладене, наступним кроком є дослідження видатків на охорону здоров'я з міського бюджету в розрізі спеціального фонду, що представлено в таблиці 2.8 і дозволяє поглибити розуміння структури та динаміки фінансового забезпечення галузі.

Таблиця 2.8

Видатки на охорону здоров'я із бюджету м. Харкова згідно з функціональною класифікацією в розрізі спеціального фонду

Видатки згідно функціональної класифікації	План на 2020 рік, млн грн	Виконано за 2020 рік, млн грн	Рівень виконання, %	План на 2023 рік, млн грн	Виконано за 2023 рік, млн грн	Рівень виконання, %	План на 2025 рік, млн грн	Виконано за 2025 рік, млн грн	Рівень виконання, %
Лікарні	163,96	160,18	97,70	144,05	183,96	127,71	163,03	148,32	90,98
Поліклініки і амбулаторії	46,259	51,971	112,35	37,976	48,095	126,65	63,409	50,082	78,98
Спеціалізовані поліклініки	3,78	3,924	103,81	2,514	3,669	145,94	2,826	2,759	97,63
Загальні і спеціалізовані стоматологічні поліклініки	19,853	17,892	90,12	19,911	22,446	112,73	23,799	12,837	53,94
Інші заходи по охороні здоров'я	43,795	45,705	104,36	0	0		23,962	23,234	96,96

	277,64	279,67		204,45			277,02	237,23	
Всього	8	9	100,73	6	258,18	126,28	7	6	85,64

Як свідчать дані таблиці 2.8, обсяг видатків на охорону здоров'я зі спеціального фонду наприкінці 2025 року зменшився порівняно з 2020 роком на 42,443 млн грн і становив 237,236 млн грн. Найбільш відчутне скорочення фінансування простежується за статтею видатків на лікарні: у 2025 році вони дорівнювали 148,324 млн грн, що на 11,864 млн грн менше порівняно з показником 2020 року. Така динаміка свідчить про тенденцію до зменшення спеціального фінансування окремих напрямів медичної галузі в місті.

Якщо звернутися до рівня виконання планових показників районного бюджету у частині видатків спеціального фонду на охорону здоров'я у 2020 році, то можна констатувати, що його значення було нижчим, ніж рівень виконання загального фонду, — лише 85,64 %. Водночас у 2025 році окремі складові фінансування показали достатньо високий рівень виконання планових призначень: так, спеціалізовані поліклінічні установи були профінансовані на 97,63 %, а видатки на інші заходи у сфері охорони здоров'я — на 96,96 %, що засвідчує відносно стабільне забезпечення цих напрямів.

Для підвищення наочності та розширення аналітичних висновків доцільно звернутися до структури видатків на охорону здоров'я зі спеціального фонду бюджету міста Харкова за 2020–2025 роки, що представлена на рисунку 2.7 і дозволяє візуалізувати розподіл спеціальних коштів між окремими напрямками медичної галузі.



Рис. 2.7. Структура видатків на охорону здоров'я із бюджету м. Харкова в розрізі спеціального фонду за 2020 - 2025 роки, %

У структурі видатків спеціального бюджету району на охорону здоров'я у 2025 році домінуючими напрямками фінансування виступають лікарні та поліклінічно-амбулаторний сектор. Зокрема, 70 % від загального обсягу видатків спрямовується на лікарняні заклади, що повністю відповідає масштабам та значенню стаціонарної допомоги в системі охорони здоров'я міста Харкова. Поліклініки та амбулаторії отримують 21 % коштів спеціального фонду, що також корелює зі структурою та розгалуженістю мережі первинної і спеціалізованої медичної допомоги. Приблизно 8 % фінансових ресурсів припадає на стоматологічні поліклініки, які забезпечують окремий напрям медичних послуг.

Розгляд видатків за економічною класифікацією (таблиця 2.9) демонструє зростання загального обсягу поточних видатків на охорону здоров'я у місті Харкові до 1774,379 млн грн. Основними чинниками збільшення цього показника стали зміни за ключовими статтями КЕКВ:

зростання видатків на оплату праці та нарахування на заробітну плату на 228,722 млн грн, збільшення видатків на використання товарів і послуг на 224,414 млн грн, підвищення витрат на соціальне забезпечення на 8,982 млн грн, а також приріст за статтею «інші поточні видатки» на 0,525 млн грн. Водночас фіксується й збільшення капітальних видатків, приріст яких становить 1,264 млн грн. Таке підвищення пов'язане з необхідністю періодичного проведення ремонтних робіт і оновлення матеріально-технічної бази медичних закладів, що забезпечує підтримання їх належного функціонального стану.

Таблиця 2.9

Видатки на охорону здоров'я із бюджету м. Харкова згідно з економічною класифікацією

Призначення видатків	2023 рік		2024 рік		2025 рік	
	факт,	питом	факт,	питом	факт,	питома
Поточні видатки	1311,737	99,42	1690,341	99,97	1774,379	99,50
Оплата праці і нарахування на	1058,282	80,21	1290,286	76,31	1287,004	72,17
Використання товарів	246,198	18,66	368,605	21,80	470,612	26,39
Соціальне	4,750	0,36	28,406	1,68	13,731	0,77
Інші поточні видатки	2,507	0,19	3,044	0,18	3,032	0,17
Капітальні видатки	7,652	0,58	0,507	0,03	8,916	0,50
Всього	1319,39	100	1690,848	100	1783,295	100

Аналізуючи структуру видатків на охорону здоров'я з бюджету міста Харкова за 2025 рік у розрізі економічної класифікації, можна дійти висновку, що переважна частина загальної суми асигнувань спрямовується на забезпечення поточних видатків. Саме тому виникає потреба детально розглянути структуру поточних видатків міського бюджету за 2023–2025 роки, що подана на рисунку 2.8. Згідно з цими даними, у 2025 році найбільшу частку займають видатки на оплату праці та нарахування на заробітну плату — 72 %, а також видатки на використання товарів і послуг — 27 %. Найменша частка припадає на соціальне забезпечення (1 %) та інші поточні

видатки (0,1 %). Подібний розподіл пояснюється тим, що суми, спрямовані на харчування та медикаментозне забезпечення, визначаються через добуток відповідних нормативів та прогнозованої кількості ліжко-днів, що обмежує можливість гнучкого коригування цих статей.

Хронічний дефіцит фінансових ресурсів у сфері охорони здоров'я зумовлює ситуацію, коли більшість коштів спрямовується на так звані захищені статті — насамперед фонд оплати праці та оплату комунальних послуг. Водночас на безпосередній лікувальний процес фактично припадає не більше 15–20 % загального обсягу витрат, що створює суттєві обмеження для розвитку матеріально-технічної бази та покращення якості медичних послуг. Порівняно з 2023 роком частка видатків на оплату праці та нарахування скоротилася на 8,5 %, тоді як питома вага видатків на використання товарів і послуг збільшилася на 8,12 %. Таке зростання пояснюється підвищенням цін на предмети, обладнання, матеріали, продукти харчування, комунальні послуги й інші ресурси, необхідні для функціонування закладів охорони здоров'я.

Узагальнюючи результати аналізу, можна виокремити основні особливості фінансування охорони здоров'я з бюджету міста Харкова:

1. видатки бюджету спрямовуються переважно на утримання лікарень, багатoproфільних та спеціалізованих поліклінік, а також на реалізацію місцевих програм у сфері охорони здоров'я;
2. загальний обсяг видатків на охорону здоров'я з міського бюджету за три досліджувані періоди збільшився на 463,906 млн грн — з 1319,389 млн грн до 1783,295 млн грн, що свідчить про зростання фінансових потреб галузі;
3. питома вага видатків на охорону здоров'я у 2020 році становила 11,91 % від загального обсягу видатків бюджету міста Харкова, тоді як середнє значення за три роки дорівнює 12,46 %, що підтверджує стабільну роль медичної галузі в структурі бюджетних пріоритетів;

4. основні видатки спрямовуються на лікарні, частка яких сягає 52 % у загальному фонді та 70 % у спеціальному фонді, що відображає їх центральну позицію у функціонуванні міської системи охорони здоров'я;

5. відповідно до економічної класифікації, у 2020 році фінансування медичної сфери майже повністю концентрувалося на поточних видатках, включно з оплатою праці та нарахуваннями, витратами на товари та послуги, соціальним забезпеченням і іншими поточними потребами.

2.3 Фінансування охорони здоров'я в Україні

Проблематика фінансування державних медичних закладів в Україні залишається вкрай гострою протягом багатьох років, і, попри значну суспільну увагу, шляхи її розв'язання фактично не наближаються. За умов, коли здоров'я людини проголошується однією з ключових функцій держави та визнається однією з найбільших соціальних цінностей, хронічний дефіцит коштів у системі охорони здоров'я набуває особливого значення. Центральною проблемою виступає нестача державного фінансування, що зумовлює зменшення обсягів безоплатної медичної допомоги населенню. Обмеженість ресурсів унеможливує своєчасне оновлення матеріально-технічної бази, яка в багатьох випадках є морально та фізично застарілою. «Традиційно» низькою залишається також заробітна плата медичних працівників, причому вона майже не пов'язана з обсягом або якістю наданих медичних послуг. Саме це, як зазначають дослідники, є ключовою причиною постійного зростання неофіційних платежів пацієнтів лікарям [3].

Фінансування галузі охорони здоров'я здійснюється за рахунок Державного бюджету України, місцевих бюджетів, фондів медичного страхування, благодійних організацій та інших джерел, не заборонених чинним законодавством. Сучасну модель української системи охорони здоров'я доцільно кваліфікувати як бюджетну, оскільки 72 % її фінансового забезпечення становлять бюджетні кошти, тоді як 28 % формуються за

рахунок підприємств і населення [31]. Бюджетне фінансування, попри всі його недоліки, забезпечує рівний доступ громадян до медичної допомоги, відкриває можливості для оптимізації функціонування галузі на загальнодержавному рівні та характеризується порівняною простотою застосовуваних фінансово-організаційних механізмів, включно з оплатою праці.

Водночас заклади охорони здоров'я доповнюють державне фінансування розвитком альтернативних джерел надходжень — страхових і благодійних платежів, внесків лікарняних кас, доходів від надання платних послуг, компенсаторних оплат, а також застосуванням дозволених механізмів госпрозрахунку. Поряд із цим розширюється роль приватного сектору у сфері медичних послуг. Відповідно до положень бюджетної класифікації, витрати на утримання установ охорони здоров'я плануються у межах розділу «Охорона здоров'я», який охоплює весь комплекс закладів та заходів, пов'язаних із функціонуванням галузі [4].

З метою поглибленого аналізу розглянемо структуру державних витрат на охорону здоров'я України за 2023–2025 роки на основі даних таблиці 2.10.

Таблиця 2.10

Структура державних витрат на охорону здоров'я	Зведений бюджет, млрд грн	Державний бюджет, млрд грн	Місцеві бюджети, млрд грн	Питома вага видатків державного бюджету, %	Питома вага видатків місцевих бюджетів, %
2023	64,96	13,71	50,91	21,11	78,37
2024	64,12	11,25	52,85	17,56	82,43
2025	75,61	12,66	62,95	17,74	82,26

Примітка. Зведено автором за джерелом [12].

Згідно з даними таблиці 2.10, у динаміці спостерігається зростання видатків на охорону здоров'я як за зведеним бюджетом (на 10,65 млрд грн), так і за місцевими бюджетами (на 12,04 млрд грн). Водночас фінансування

цієї галузі з державного бюджету, навпаки, зменшилося на 1,05 млрд грн. Таке скорочення державних видатків може бути пояснене впровадженням процесів децентралізації у системі охорони здоров'я, унаслідок чого фінансовий тягар дедалі більше переноситься на місцеві бюджети. На це вказує й питома вага видатків місцевих бюджетів, яка за аналізований період стабільно становить близько 80 %.

У 2023-2025 роках частка місцевих бюджетів у фінансуванні галузі зросла на 3,89 %, що фактично означає перекладання значної частини фінансового навантаження на громадян України, адже доходи місцевих бюджетів переважно формуються за рахунок податкових надходжень (особливо ПДФО). В умовах поширеної практики неофіційних платежів лікарям це призводить до подвійної плати з боку пацієнтів. Така тенденція зумовлює ситуацію, коли провідна роль у забезпеченні фінансування галузі належить органам місцевого самоврядування. Водночас фактичний рівень виконання видатків як із державного, так і з місцевих бюджетів залишається нестабільним, що лише ускладнює існуючі проблеми медичної сфери.

Відповідно до рекомендацій ВООЗ, показник видатків зі зведеного бюджету на охорону здоров'я має такі порогові значення:

1. рівень 6,41 % ВВП визначається як мінімально достатній для «виживання» галузі;
2. показник 3,2 % ВВП розглядається як критичний, оскільки за таких умов обсяг і якість медичної допомоги скорочуються приблизно на третину;
3. рівень 1,6 % ВВП і нижче оцінюється як поза межний — він відповідає фактичному руйнуванню структури медичної галузі [16].

У зв'язку з цим доцільно проаналізувати стан бюджетних видатків на систему охорони здоров'я України у 2023-2025 роках, використовуючи дані таблиці 2.11.

Таблиця 2.11

Стан фінансових витрат на систему охорони здоров'я зі зведеного бюджету України

Роки	Видатки на охорону здоров'я зі зведеного бюджету, млрд грн.	Питома вага видатків на охорону здоров'я з бюджету відносно:	
		ВВП, %	загальної суми видатків, %
2021	48,80	3,7	11,7
2022	60,01	4,2	10,8
2023	64,96	4,46	11,8
2014	64,12	4,09	10,6
2025	75,61	3,9	12,13

Аналіз результатів, поданих у таблиці 2.11, засвідчує стале та реальне щорічне зростання загального обсягу бюджетних видатків держави на систему охорони здоров'я. Упродовж п'яти досліджуваних років величина цих видатків зросла на 26,81 млрд грн, і вже у 2025 році обсяг фінансування охорони здоров'я зі зведеного бюджету досягнув 75,61 млрд грн. Водночас спостерігається інша тенденція — частка видатків на медичну галузь у структурі ВВП знизилася до 3,9 %, що на 0,19 % менше порівняно з 2024 роком. Поряд із цим відбулося зростання питомої ваги видатків на охорону здоров'я у складі загальної суми бюджетних витрат, яка досягла 12,13 %.

На завершальному етапі аналізу — у 2025 році — частка видатків на охорону здоров'я у ВВП становила 3,9 %, що, відповідно до рекомендацій ВООЗ, є нижчою за мінімально необхідний рівень для функціонування медичної системи (3,9 % < 6,41 %). Такий показник характеризує критичний рівень фінансування галузі. З огляду на це можна стверджувати, що вже понад десять років система охорони здоров'я України перебуває у стані системного недофінансування, що спричиняє тривалий процес деградації галузі, зниження якості медичних послуг та скорочення їх обсягу. Наявні

видатки на охорону здоров'я в частці до ВВП не відповідають реальним потребам галузі та не можуть забезпечити громадянам гарантований державою обсяг медичної допомоги на належному рівні.

Важливим аналітичним інструментом, що широко використовується у розвинених країнах для оцінювання достатності фінансування охорони здоров'я, є показник загальних витрат на охорону здоров'я на одну особу. Саме цей показник дає змогу оцінити реальний рівень забезпечення населення медичними ресурсами. Його динаміку буде розглянуто за даними таблиці 2.12.

Таблиця 2.12

Загальні витрати на охорону здоров'я на душу населення в Україні

Розглядаючи	2020 р.	2021 р.	2022 р.	2023 р.	2024 р.	2025 р.
Витрати гривнях	у 999,00	1070,41	1320,26	1431,72	1517,78	1775,29
Витрати доларах США	у 125,89	134,35	165,22	179,12	127,69	81,27

Зростання обсягів видатків на охорону здоров'я значною мірою зумовлене інфляційними процесами, які спостерігаються в Україні в останні роки. Інфляційний тиск впливає на всі складові фінансового забезпечення медичної галузі — від оплати праці до вартості медикаментів, обладнання та комунальних послуг, що об'єктивно спричиняє номінальне збільшення бюджетних асигнувань. З огляду на це доцільно проаналізувати динаміку індексу інфляції за останні чотири роки, а також темпи його зростання, що подано у таблиці 2.13.

Таблиця 2.13

Порівняльна таблиця темпів росту інфляції та видатків на охорону здоров'я

Роки	Індекс інфляції, %	Темпи росту інфляції, %	Темпи росту видатків на
2023	100,5	100,7	108,9

2024	124,9	124,3	107,1
2025	143,3	114,7	117,9

Найвищий рівень інфляції за аналізований період спостерігався у 2025 році й становив 143,3 %, що означає зростання на 18,4 % порівняно з 2024 роком. Таким чином, збільшення видатків на охорону здоров'я у 2020 році до 75,61 млрд грн не можна вважати ефективним, оскільки темпи інфляційного зростання значно випереджали динаміку збільшення бюджетного фінансування галузі. Темпи приросту інфляції у 2024 році перевищували темпи зростання видатків на медицину, однак у порівнянні з 2025 роком ситуація зазнала певних змін. Саме тому у системі охорони здоров'я формується кризовий стан, пов'язаний із недостатністю фінансових ресурсів для забезпечення належного обсягу медичних послуг. У суспільстві дедалі частіше порушується питання про запровадження плати за медичні послуги, що для значної частини населення є економічно непосильним.

Для ефективного функціонування системи охорони здоров'я необхідно або збільшити бюджетні видатки з метою компенсації інфляційного тиску, або ж визначити нові джерела фінансування медичних закладів, які не стануть надмірним фінансовим навантаженням для громадян України. Додатковою системною проблемою державної моделі охорони здоров'я є відсутність зв'язку між фінансуванням лікувальних закладів та кінцевими результатами їх діяльності. Фактично бюджетні медичні установи мають «вроджене» право на отримання коштів, а діюча система не передбачає проведення результативного аналізу ефективності використання ресурсів. Оцінювання співвідношення витрат і результатів, що є необхідною умовою раціонального управління, у сучасній системі бюджетного фінансування фактично не здійснюється. Сам принцип фінансування за статтями бюджетної класифікації усуває потребу у такій оцінці.

З огляду на це виникає потреба у дослідженні виконання планових видатків відповідно до функціональної класифікації з урахуванням трьох рівнів бюджетної системи — зведеного, державного та місцевого бюджетів.

На першому етапі доцільно розглянути видатки на охорону здоров'я із зведеного бюджету, що наведено у таблиці 2.14.

Аналіз таблиці 2.14 демонструє, що за 2020–2025 роки обсяг видатків на охорону здоров'я із зведеного бюджету (за фактичними надходженнями) зріс на 9,42 млрд грн. Збільшення фінансування спостерігається за всіма видами діяльності медичної галузі: видатки на поліклініки, амбулаторії, швидку та невідкладну допомогу зросли на 1,5 млрд грн; на лікарні та санаторно-курортні заклади — на 5,76 млрд грн; на санітарно-профілактичні та протиепідемічні заходи і заклади — на 0,03 млрд грн; на іншу діяльність у сфері охорони здоров'я — на 1,72 млрд грн. Проте рівень виконання планових видатків із зведеного бюджету в розрізі функціональної класифікації має негативну тенденцію. Якщо у 2023 році він становив 94,78 %, то вже у 2025 році знизився до 93,89 %. Найбільш суттєвим чинником такого зниження стала неповна виплата коштів на іншу діяльність у сфері охорони здоров'я, де рівень виконання плану дорівнював лише 80,84 %. Натомість найвищий рівень виконання у 2020 році спостерігався за статтями, що стосуються фінансування лікарень та поліклінічно-амбулаторного сектора, швидкої та невідкладної допомоги — 96,71 %.

Структура видатків на охорону здоров'я зі зведеного бюджету України (додаток Б.1) характеризується значною концентрацією коштів у напрямі фінансування лікарень та санаторно-курортних закладів, частка яких становить 65 % загального обсягу видатків. Найменше коштів виділяється на санітарно-профілактичні та протиепідемічні заходи й заклади — лише 2 %. Частка фінансування поліклінік і амбулаторій дорівнює 20 %, тоді як інша діяльність у сфері охорони здоров'я складає 13 %, що відображає структуру пріоритетів у розподілі ресурсів галузі.

Видатки із зведеного бюджету функціональної класифікації згідно	План на 2023 рік з урахуванням внесених змін, млрд грн	Виконано за 2023 рік, млрд грн	Рівень виконання, %	План на 2024 рік з урахуванням внесених змін, млрд грн	Виконано за 2024 рік, млрд грн	Рівень виконання, %	План на 2025 рік з урахуванням внесених змін, млрд грн	Виконано за 2025 рік, млрд грн	Рівень виконання, %
Поліклініки і амбулаторії, швидка та невідкладна допомога	13,22	12,72	96,23	13,68	12,31	89,94	14,70	14,22	96,71
Лікарні та санаторно-курортні заклади	42,27	40,25	95,23	41,24	36,86	89,39	47,84	46,01	96,16
Санітарно-профілактичні та протиепідемічні заходи і заклади	1,21	1,11	91,39	1,13	1,05	92,97	1,21	1,14	94,52
Інша діяльність у сфері охорони здоров'я	8,27	7,49	90,64	7,69	6,57	85,54	11,39	9,21	80,84
Всього	64,96	61,57	94,78	64,12	57,15	89,13	75,61	70,99	93,89

Структура видатків на охорону здоров'я зі Зведеного бюджету України (додаток Б.1) демонструє, що найбільша частка фінансових ресурсів спрямовується на фінансування лікарень та санаторно-курортних закладів, питома вага яких становить 65 % загального обсягу видатків. Натомість найменший рівень фінансування отримують санітарно-профілактичні та протиепідемічні заходи і відповідні установи, частка яких дорівнює лише 2 %. Значна частина коштів, близько 20 %, спрямовується на поліклініки та амбулаторії, тоді як інша діяльність у сфері охорони здоров'я займає 13 % у загальній структурі видатків. Такий розподіл відображає пріоритетність стаціонарної допомоги та курортно-реабілітаційного напрямку порівняно з профілактичним блоком, що традиційно отримує мінімальний обсяг фінансування.

Подальший аналіз стосується оцінювання виконання видатків Державного бюджету України відповідно до функціональної класифікації,

що подано у таблиці 2.15. Дані таблиці дають підстави дійти висновку, що видатки на охорону здоров'я з державного бюджету у 2023–2025 роках мають тенденцію до зменшення: обсяг фінансування скоротився на 1,1 млрд грн. Така негативна динаміка свідчить про поступове зниження ролі державного бюджету у забезпеченні галузі фінансовими ресурсами й водночас підкреслює зростаючу важливість місцевих бюджетів у фінансуванні медичної сфери.

Таблиця 2.14

Видатки на охорону здоров'я із зведеного бюджету за 2023 - 2025 роки
(за фактичними надходженнями)

Видатки із державного бюджету функціональної класифікації	План на 2023 рік з урахуванням внесених змін, млрд	Виконано за 2023 рік, млрд грн	Рівень виконання, %	План на 2024 рік з урахуванням внесених змін, млрд	Виконано за 2024 рік, млрд грн	Рівень виконання, %	План на 2025 рік з урахуванням внесених змін, млрд	Виконано за 2025 рік, млрд грн	Рівень виконання, %
Поліклініки і амбулаторії, швидка медична допомога	1,67	1,64	97,98	0,67	0,62	93,18	0,67	0,67	99,14
Лікарні санаторно-курортні заклади	7,45	6,62	88,88	5,86	5,49	93,73	5,01	4,47	89,29
Санітарно-профілактичні протиепідемічні заходи і заклади	1,17	1,07	91,32	1,09	1,02	93,53	1,17	1,11	94,50
Інша діяльність у сфері охорони здоров'я	3,41	3,22	94,31	3,25	3,09	95,07	5,35	4,79	89,57
Всього	13,71	12,55	91,55	11,25	10,58	94,04	12,66	11,45	90,44

Найбільш суттєве скорочення фінансування з державного бюджету зафіксовано за напрямом видатків на лікарні та санаторно-курортні заклади, обсяг коштів для яких зменшився на 2,15 млрд грн. Крім того, знизилася фінансування поліклінік і амбулаторій, а також швидкої та невідкладної допомоги — на 0,97 млрд грн. Такі зміни безпосередньо пов'язані з процесами децентралізації у сфері охорони здоров'я, у межах яких фінансове навантаження дедалі більше переноситься на місцеві бюджети. Водночас спостерігалася зростання видатків за статтею «інша діяльність у сфері охорони здоров'я», де приріст становив 0,95 млрд грн, що може свідчити про розширення окремих програмних або адміністративно-організаційних заходів галузі.

Рівень виконання видатків державного бюджету на охорону здоров'я також характеризується негативною динамікою. Якщо у 2023 році він становив 91,55 %, то вже у 2025 році зменшився до 90,44 %, тобто на 1,11 %. Така тенденція свідчить про ускладнення реалізації бюджетних програм та певні проблеми із забезпеченням повного і своєчасного фінансування галузі на державному рівні.

У межах проведеного аналізу доцільним є подальше дослідження виконання видатків на охорону здоров'я з місцевих бюджетів за 2023–2025 роки, що представлено у таблиці 2.15. Це дозволить комплексно оцінити роль місцевого самоврядування у фінансовому забезпеченні галузі та визначити основні тенденції у зміні структури бюджетних надходжень.

Таблиця 2.15

Видатки на охорону здоров'я із місцевих бюджетів України

Видатки із місцевих бюджетів згідно функціональної класифікації	2023 рік з урахуванням внесених змін, млрд грн			2024 рік з урахуванням внесених змін, млрд грн			2025 рік з урахуванням внесених змін, млрд грн		
	План	Виконано	Рівень виконання, %	План	Виконано	Рівень виконання, %	План	Виконано	Рівень виконання, %
Поліклініки і амбулаторії, швидка медична допомога	11,55	11,08	95,97	13,01	11,68	89,78	14,03	13,55	96,59
Лікарні санаторно-курортні заклади	34,82	33,63	96,59	35,38	31,37	88,67	42,83	41,53	96,96
Санітарно-профілактичні протиепідемічні заходи і заклади	0,04	0,04	93,56	0,04	0,03	78,15	0,04	0,03	95,18
Інша діяльність у сфері охорони здоров'я	4,51	3,94	87,48	4,43	3,48	78,55	6,05	4,42	73,11
Всього	50,91	48,69	95,64	52,87	46,57	88,09	62,95	59,54	94,59

У 2025 році на загальний рівень виконання видатків із державного бюджету на охорону здоров'я найбільше вплинуло те, що окремі статті фінансування не були забезпечені у повному обсязі. Зокрема, істотне недофінансування спостерігалось за статтею «інша діяльність у сфері охорони здоров'я», де рівень виконання склав лише 89,57 %, а також за

напрямом фінансування лікарень і санаторно-курортних закладів, для яких бракувало 0,54 млрд грн від планових показників.

Структура видатків на охорону здоров'я з Державного бюджету України, сформована відповідно до функціональної класифікації, свідчить про домінування двох ключових напрямів фінансування: видатків на іншу діяльність у сфері охорони здоров'я та на лікарні й санаторно-курортні заклади. Їх частка відповідно становить 42 % і 39 % загальної суми бюджетних асигнувань державного рівня. Значно меншою є питома вага коштів, спрямованих на поліклініки й амбулаторії, а також на швидку й невідкладну допомогу — усього 9 % видатків Державного бюджету України. Такий розподіл підкреслює вагому роль стаціонарних закладів та організаційно-управлінських функцій у структурі державного фінансування галузі.

Згідно з даними таблиці 2.16, видатки на охорону здоров'я з місцевих бюджетів демонструють стійку тенденцію до зростання, що пов'язано як зі збільшенням потреб галузі, так і з реалізацією механізмів децентралізації. За три досліджувані періоди обсяг фактичних надходжень збільшився на 10,85 млрд грн. Найбільший вплив на це зростання спричинили видатки на поліклініки й амбулаторії, а також на швидку і невідкладну допомогу, що зросли на 2,47 млрд грн, та видатки на лікарні й санаторно-курортні заклади, приріст яких становив 7,9 млрд грн.

Разом із тим рівень виконання видатків має протилежну динаміку і демонструє тенденцію до зниження. У 2024 році він становив 95,64 %, тоді як у 2025 році зменшився до 88,09 %. У цілому за весь досліджуваний період рівень виконання планових показників скоротився на 1,05 %. Найбільш суттєвим чинником погіршення ситуації у 2025 році стала неповна виплата коштів за статтею «інша діяльність у сфері охорони здоров'я», де фактичні надходження становили лише 73,11 % від плану. Згідно з функціональною класифікацією жодна стаття видатків не була профінансована у повному обсязі.

Структура видатків на охорону здоров'я з місцевих бюджетів (додаток Б.3) демонструє чітку пріоритизацію стаціонарного сектору: найбільша частка коштів спрямовується на лікарні та санаторно-курортні заклади — 70 % загального обсягу. Друге місце у структурі видатків посідають поліклініки й амбулаторії, на які припадає 22 %. Найменше ж фінансових ресурсів отримує швидка та невідкладна допомога, частка якої становить лише 1 %. Така структура підтверджує значну залежність галузі від стаціонарної мережі та водночас засвідчує недостатність фінансування первинної ланки та екстреної медичної допомоги.

Висновки до розділу 2

Таким чином, узагальнення результатів проведеного аналізу дозволяє виокремити основні проблеми (недоліки) нині чинної в Україні системи фінансування сфери охорони здоров'я. По-перше, хронічне недостатнє фінансування галузі, що проявляється не лише у дефіциті бюджетних ресурсів, а й у значних особистих витратах громадян на медичні послуги. По-друге, зростання видатків на охорону здоров'я зумовлене, насамперед, інфляційними процесами, що тривають в країні та об'єктивно збільшують вартість підтримання функціонування галузі. По-третє, поширеною проблемою залишається невіплата коштів у повному обсязі як зі зведеного, так і з державного та місцевих бюджетів, що є наслідком бюджетного дефіциту та недоотримання доходів.

По-четверте, зберігається відсутність чіткого взаємозв'язку між обсягами фінансування громадських закладів охорони здоров'я та результатами їх роботи, тобто система досі не орієнтована на кінцевий ефект, а фінансування має постатейний характер. По-п'яте, надмірно велика частка видатків на охорону здоров'я, що надходить із місцевих бюджетів, фактично перекладає вагоме фінансове навантаження на громадян України, оскільки ресурси місцевих бюджетів формуються переважно за рахунок податків,

головним чином ПДФО. По-шосте, за рекомендаціями ВООЗ, рівень фінансування галузі відносно ВВП є критично низьким: частка видатків на охорону здоров'я становить 3,9 %, що значно менше за мінімально необхідний рівень 6,41 %. По-сьоме, чинна система постатейного бюджетного фінансування перешкоджає ефективному управлінню обмеженими ресурсами лікувально-профілактичних установ та не забезпечує гнучкості у прийнятті управлінських рішень.

Для подолання кризових явищ та забезпечення подальшого ефективного розвитку медичної галузі необхідним є формування й упровадження такої системи фінансування охорони здоров'я, яка враховуватиме як фінансові можливості громадян, так і їхні реальні потреби. Одним із перспективних інноваційних механізмів підвищення ефективності фінансування й організації галузі може стати диверсифікація джерел фінансових надходжень, а також використання нових комбінацій методів збору доходів і механізмів об'єднання коштів. За умови раціонального розподілу фінансового навантаження між різними групами населення, роботодавцями та державою можна очікувати збільшення ресурсної бази галузі та підвищення якості наданих медичних послуг.

Зважена й послідовна реалізація інноваційних механізмів фінансування охорони здоров'я може стати визначальним чинником, здатним забезпечити імпульс для модернізації галузі, закласти основу для створення нової ефективної моделі медичного забезпечення і водночас сприяти стабільному економічному та соціальному розвитку України.

РОЗДІЛ 3
ВДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ
СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
(НА ПРИКЛАДІ КЗОЗ ХОІАЦМС)

**3.1 Застосування економіко-математичних методів для оптимізації
бюджетних видатків на охорону здоров'я України**

Для більш ефективного аналізу процесів фінансування галузі охорони здоров'я в науковій практиці широко застосовують різні економіко-математичні методи. Зокрема, у випадках, коли необхідно зіставляти об'єкти, що характеризуються значною кількістю показників, найбільш поширеним підходом є використання таксономічних процедур. Особливістю цього методу є те, що він здатний враховувати регіональну специфіку розвитку системи охорони здоров'я в Україні. Таксономічний показник фактично виступає синтетичним індексом — своєрідною «рівнодіючою» сукупності ознак, які описують об'єкти дослідження. Саме це дає змогу здійснити їх лінійне впорядкування залежно від рівня розвитку або наближеності до еталонного стану [38].

Процедура побудови таксономічного показника розвитку починається з формування матриці спостережень X , елементами якої є значення відповідних ознак, виміряні у специфічних для кожної з них одиницях. Оскільки показники можуть мати різні шкали вимірювання, необхідним етапом є проведення стандартизації вхідних даних, що дозволяє забезпечити їх порівнюваність. Для подальших розрахунків були сформовані таксономічні показники розвитку для всіх областей України на основі нормованих показників природного руху населення за 2025 рік, оперативності функціонування галузі охорони здоров'я по регіонах

за 2025 рік, а також основних трансфертів на охорону здоров'я, що надходили з Державного бюджету України у 2025 році.

Наступним етапом застосування таксономічного методу є диференціація ознак матриці спостережень. Усі змінні поділяються на стимулятори та дестимулятори залежно від того, яким є характер їх впливу на рівень розвитку об'єкта. Показники, зростання яких позитивно впливає на рівень розвитку, належать до групи стимуляторів. Натомість ознаки, збільшення значення яких спричиняє погіршення оцінюваного стану, класифікуються як дестимулятори. Саме такий поділ дозволяє правильно врахувати характер впливу кожного показника на загальний таксономічний індекс.

При обчисленні таксономічних індикаторів розвитку застосовувалась методика, викладена у джерелі [38]. В результаті її використання були розраховані відповідні показники розвитку на основі таких груп даних:

1. нормованих показників природного руху населення України по областях за 2025 рік (таблиця 3.1);
2. оперативно-сітьових характеристик функціонування галузі охорони здоров'я України по областях за 2025 рік (таблиця 3.2);
3. основних трансфертів на охорону здоров'я з Державного бюджету України по областях у 2020 році (таблиця 3.3).

Таксономічний показник рівня розвитку використовується як інструмент статичної оцінки сукупності об'єктів. Його значення дає змогу визначити «середній» рівень прояву ознак, що характеризують досліджуване явище, у певний період або момент часу. Чим ближчим є отримане значення показника до нуля, тим меншою є відстань відповідного об'єкта до еталонного рівня, тобто тим вищим є рівень його розвитку у порівнянні з іншими об'єктами сукупності.

Таблиця 3.1

Показники розвитку природного руху населення України за 2025 рік

№	Область	Значення показника розвитку
1	2	3

1	Київська	0,51
2	Волинська	0,55
3	Одеська	0,56
4	Рівненська	0,56
5	Херсонська	0,58
6	Хмельницька	0,58
7	Закарпатська	0,58
8	Чернівецька	0,60
9	Дніпропетровська	0,60
10	Вінницька	0,60
11	Івано-Франківська	0,62
12	Львівська	0,62
13	Миколаївська	0,63
14	Тернопільська	0,63
15	Кіровоградська	0,64
16	Запорізька	0,66
17	Полтавська	0,66
18	Черкаська	0,67
19	Харківська	0,68
20	м. Київ	0,68
21	Сумська	0,70
22	Чернігівська	0,73
23	Житомирська	1,08
24	Луганська	1,10
25	Донецька	1,10

Аналізуючи результати таксономічного показника розвитку природного руху населення в Україні, наведеного у таблиці 3.1 (тобто показники народжуваності, смертності та природного приросту населення), можна констатувати, що у 2025 році найближчими до еталонного значення були Київська область із показником розвитку 0,509, Волинська область — 0,553 та Одеська область — 0,558. Це свідчить про те, що зазначені регіони продемонстрували найбільш сприятливі демографічні характеристики у порівнянні з іншими областями України.

Найскладніша ситуація зафіксована у Донецькій області, де значення показника розвитку становило 1,105, а також у Луганській та Житомирській областях, із показниками 1,097 та 1,077 відповідно. Такі результати для Донецької та Луганської областей є закономірними, оскільки ці регіони

перебувають у зоні бойових дій, що суттєво впливає на рівень смертності, народжуваності та динаміку природного приросту загалом.

Оперативно-сітьові показники, які характеризують рівень фінансування, забезпеченість ресурсами та інтенсивність розвитку закладів охорони здоров'я за регіонами, також дозволяють оцінити ступінь наближення областей до еталонного стану. Згідно з даними таблиці 3.2, найближчим до еталонного значення у 2025 році виявилось місто Київ із показником 0,097, що відображає найкращі значення мережевих та ресурсних параметрів у медичній сфері країни.

В інших регіонах відстань до еталону коливається у межах від 0,337 до 0,899. До групи областей із найбільш сприятливими значеннями належать Чернігівська область (0,337), Кіровоградська область (0,442) і Сумська область (0,493). Водночас низка регіонів демонструє майже однакові та відносно високі (тобто несприятливі) значення таксономічного показника розвитку. До них належать Закарпатська, Миколаївська, Волинська, Донецька, Вінницька, Чернівецька та Київська області, де значення показника варіюється в інтервалі від 0,801 і далі (повний діапазон наведено у таблиці).

Таблиця 3.2

Показники розвитку оперативного-сітьових показників галузі охорони здоров'я України за 2025 рік

№	Область	Значення показника розвитку
1	м. Київ	0,097
2	Чернігівська	0,337
3	Кіровоградська	0,442
4	Сумська	0,493
5	Дніпропетровська	0,530
6	Полтавська	0,534
7	Львівська	0,584
8	Черкаська	0,592
9	Харківська	0,592
10	Луганська	0,604
11	Рівненська	0,611

12	Тернопільська	0,629
13	Житомирська	0,649
14	Запорізька	0,664
15	Хмельницька	0,697
16	Херсонська	0,713
17	Івано-Франківська	0,751
18	Одеська	0,788
19	Київська	0,791
20	Чернівецька	0,801
21	Вінницька	0,808
22	Донецька	0,832
23	Волинська	0,840
24	Миколаївська	0,849
25	Закарпатська	0,899

Також, застосовуючи таксономічний метод, було розраховано показники розвитку за основними трансфертами, що спрямовуються на охорону здоров'я України. Йдеться, зокрема, про медичну субвенцію та про фінансування заходів окремих державних програм і комплексних заходів програмного характеру. Такі трансферти відображають обсяг централізованих коштів, що надходять у регіони для забезпечення функціонування медичних установ та реалізації державних політик у сфері охорони здоров'я.

Результати відповідних розрахунків наведено у таблиці 3.3. Аналіз отриманих даних свідчить, що, як і у випадку з таксономічними оцінками інших груп характеристик, найменшу відстань до еталонного значення вкотре продемонструвало місто Київ. Показник таксономічного розвитку для нього становив 0,265, що є найкращим серед усіх регіонів. Така ситуація може пояснюватися тим, що при визначенні обсягів бюджетних трансфертів враховується чисельність населення, яке обслуговується установами охорони здоров'я, утримуваними за рахунок державного бюджету. У столиці концентрація такого населення є найбільшою, що об'єктивно впливає на обсяг отриманих трансфертів та на підсумкові значення показника розвитку.

Таблиця 3.3

Показники розвитку основних трансфертів на охорону здоров'я із
Державного бюджету України за 2025 рік

№	Область	Значення показника розвитку
1	Донецька	0,228
2	м. Київ	0,265
3	Дніпропетровська	0,364
4	Одеська	0,514
5	Харківська	0,526
6	Львівська	0,555
7	Луганська	0,605
8	Запорізька	0,657
9	Київська	0,680
10	Вінницька	0,691
11	Івано-Франківська	0,739
12	Полтавська	0,746
13	Черкаська	0,750
14	Хмельницька	0,753
15	Миколаївська	0,754
16	Рівненська	0,764
17	Чернігівська	0,765
18	Кіровоградська	0,770
19	Закарпатська	0,774
20	Житомирська	0,779
21	Сумська	0,783
22	Херсонська	0,791
23	Тернопільська	0,804
24	Волинська	0,807
25	Чернівецька	0,835

Найбільшу відстань від еталонного показника розвитку, розрахованого за таксономічним методом і представленою у таблиці 3.3, мають окремі області України. Зокрема, найбільш віддаленими від еталону виявилися

Чернівецька область із показником розвитку 0,835, Волинська область — 0,807 та Тернопільська область — 0,804. Такі результати свідчать про відносно низький рівень забезпеченості медичними трансфертами та менш сприятливі умови функціонування галузі охорони здоров'я в цих регіонах порівняно з іншими областями України. Загалом значна кількість регіонів демонструє підвищені (тобто несприятливі) значення таксономічного показника, що дає підстави стверджувати про суттєву диференціацію територій за рівнем фінансової підтримки медичної сфери.

На завершальному етапі аналізу результатів таксономії доцільно здійснити рейтингове оцінювання областей України за показниками розвитку, що дозволить сформувати ієрархічну структуру регіонів відповідно до ступеня їх наближеності до еталонного стану. Такий рейтинг подано у таблиці 3.4, де відображено інтегральну оцінку розвитку медичної галузі по кожній області, отриману шляхом узагальнення результатів трьох груп таксономічних показників.

Таблиця 3.4

Рейтингова оцінка за показниками розвитку по областям України

Область	Рейтинг показника розвитку за природнім рухом населення	Рейтинг показника розвитку за оперативно- сільових показників	Рейтинг показника розвитку за основними трансфертами
1	2	3	4
Вінницька	10	21	10
Волинська	2	23	24
Дніпропетровська	9	5	3
Донецька	25	22	2
Житомирська	23	13	20
Закарпатська	7	25	19
Запорізька	16	14	8
Івано-Франківська	11	17	11
Київська	1	19	9
Кіровоградська	15	3	18
Луганська	24	10	7
Львівська	12	7	6
Миколаївська	13	24	15
Одеська	3	18	4

Полтавська	17	6	12
Рівненська	4	11	16
Сумська	21	4	21
Тернопільська	14	12	23
Харківська	19	9	5
Херсонська	5	16	22
Хмельницька	6	15	14
Черкаська	18	8	13
Чернівецька	8	20	25
Чернігівська	22	2	17
м. Київ	20	1	1

Таким чином, результати рейтингової оцінки свідчать, що серед усіх областей України найвищим рівнем розвитку охорони здоров'я характеризується Дніпропетровська область, яка виявилася найближчою до еталонного значення. Це підтверджується сукупністю її рейтингових позицій: п'ятим місцем за показниками розвитку оперативно-сітьових характеристик, третім — за показниками трансфертного забезпечення та дев'ятим — за показником розвитку природного руху населення. Сукупний вплив цих факторів дозволяє віднести область до групи лідерів медичного розвитку.

Наступним регіоном, який найбільше наблизився до еталонного значення, є місто Київ. Столиця має перший рейтинг за оперативно-сітьовими показниками, другий — за основними трансфертами, але водночас лише двадцяте місце — за показниками природного руху населення. Подібне поєднання результатів пояснюється специфікою Києва: місто має найбільший обсяг населення, високу концентрацію медичних установ, розвинену інфраструктуру та є центром реалізації багатьох державних і муніципальних медичних програм. Однак демографічні процеси в столиці мають свої особливості, що й зумовлює нижчу рейтингову позицію за показниками природного руху. Київська область, на відміну від столиці, демонструє нижчий рейтинг і займає менш сприятливу позицію порівняно з іншими регіонами.

Серед областей із високими рейтинговими позиціями окремої уваги заслуговують Львівська та Одеська. У Львівській області рейтинг за

показниками основних трансфертів становить 6, а в Одеській — 4. За показниками природного руху населення Львівська область має рейтинг 12, тоді як Одеська — 3, що свідчить про сприятливу демографічну ситуацію в останній. Водночас найнижчі рейтингові позиції характерні для Житомирської, Миколаївської та Чернівецької областей, які продемонстрували найгірші результати за сукупністю таксономічних показників розвитку охорони здоров'я.

Наступним методом, що дає змогу комплексніше охарактеризувати рівень розвитку закладів охорони здоров'я по регіонах України, є кластерний аналіз, який у літературі також називають методом дендритів. Застосування цього методу дозволяє отримати нелінійне впорядкування досліджуваних об'єктів. Такий підхід, з одного боку, глибше відображає реальні залежності та взаємозв'язки між об'єктами, але з іншого — ускладнює інтерпретацію результатів, оскільки для нелінійного впорядкування характерна відсутність чіткої ієрархії. У таких структурах окремі елементи можуть бути пов'язані з багатьма іншими (наприклад, із п'ятьма), що робить неможливим однозначне визначення їхнього порядку — який елемент є попереднім, а який наступним.

Тому, застосувавши кластерний аналіз, доцільно дослідити оперативності показники за регіонами та основними трансфертами (тобто сформувати групи областей за рівнем розвиненості охорони здоров'я), використовуючи дані додатку В. Побудова оптимального дендрита полягає у встановленні зв'язків між тими одиницями, які найменше відрізняються між собою. З цією метою з матриці відстаней відбираються елементи з найменшими величинами відхилень. Пошук таких об'єктів здійснюється через визначення найменшого числа у кожному стовпці або рядку матриці. Найближчі одиниці ідентифікуються за номерами рядків або стовпчиків, у яких розташовані найменші значення. Наприклад, якщо необхідно знайти одиницю, що найменше відрізняється від об'єкта i , слід відшукати найменше число в його стовпці; якщо цим значенням є елемент C_{ij} у рядку j , то найближчою до об'єкта i буде одиниця j . Такий підхід ілюструється у таблиці

Таблиця 3.5

Вибір найближчого елемента в стовпці i матриці відстаней [38]

Номера об'єктів	1	2		i		i		го
1	0	c_{12}		c_{1i}		c_{1i}		$c_{1го}$
2	c_{21}	0		c_{2i}		c_{2i}		$c_{2го}$
i	c_{i1}	c_{i2}		0				$c_{iго}$
I	c_{I1}	c_{I2}		c_{Ii}		0		$c_{Iго}$
го	$c_{го1}$	$c_{го2}$		$c_{гоi}$		$c_{гоi}$		0

Отримані первинні скупчення не відповідають ключовим умовам побудови дендрита, оскільки вони не утворюють єдиної, цілісної структури. Для забезпечення цієї вимоги необхідно визначити найменшу відстань між одиницями, що належать до різних скупчень першого порядку. Відповідний відрізок, який відображає цю мінімальну відстань, використовується як зв'язок, що об'єднує два окремі скупчення в одну спільну групу. У такий спосіб формується скупчення другого порядку.

Наступним кроком є процедура, що передбачає пошук найменших відстаней між одиницями, які входять до різних скупчень другого порядку. Для кожного скупчення необхідно визначити найменшу відстань від його елементів до елементів інших скупчень. Після цього зі всіх отриманих значень вибирається мінімальна відстань, яка стає новим зв'язком, що поєднує відповідні групи. Продовження цього процесу — послідовне

визначення найменших відстаней між скупченнями та їх об'єднання — дає змогу сформувати узагальнену та цілісну структуру дендрита.

У результаті виконання описаного алгоритму були отримані три завершені групи скупчень елементів. Вони відображають упорядкування регіонів за рівнем розвитку охорони здоров'я відповідно до оперативно-сітьових показників, що представлено на рисунку 3.1, а також групування областей за основними трансфертами у сфері охорони здоров'я, результати якого наведено на рисунку 3.2.

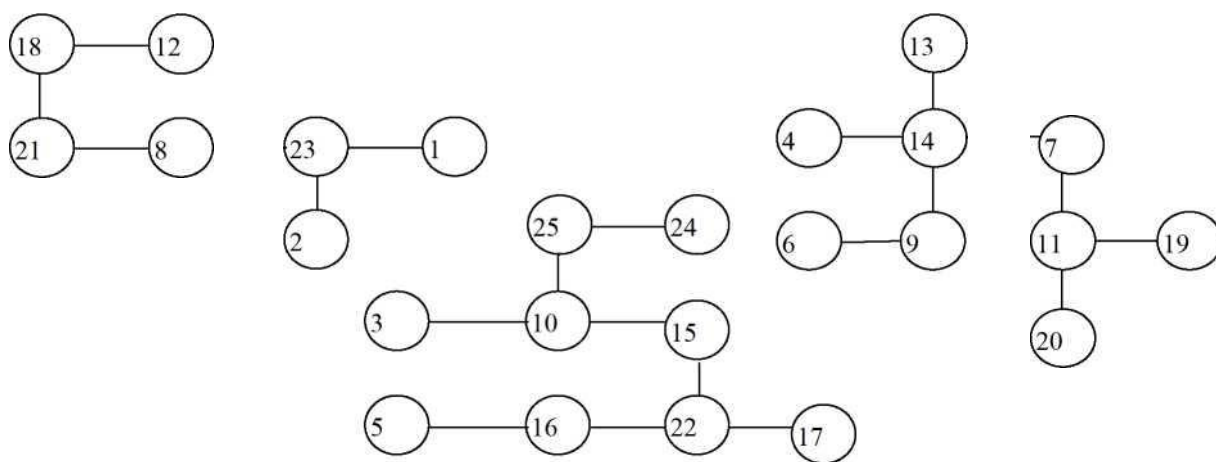


Рис. 3.1. Групи скупчень елементів за оперативно-сітьовими показниками охорони здоров'я України

~~Вінницька, Київська, Чернівецька, Львівська, Тернопільська, Житомирська, Миколаївська, Одеська, Хмельницька, Івано-Франківська, Черкаська, Чернігівська, Дніпропетровська, Закарпатська, Сумська, Волинська, Київська, Тернопільська області та м. Київ.~~

За результатами кластерного аналізу, проведеного на основі основних трансфертів, що спрямовуються на охорону здоров'я України, регіони були згруповані у три кластерні об'єднання. До першої групи увійшли Волинська, Житомирська, Закарпатська, Сумська, Тернопільська області та м. Київ. Друга група охоплює такі регіони, як Вінницька, Дніпропетровська, Донецька, Запорізька, Київська, Львівська, Одеська, Харківська та Чернівецька області. Третю групу сформували Івано-Франківська, Кіровоградська, Миколаївська, Полтавська, Рівненська, Хмельницька, Черкаська та Чернігівська області. Такий розподіл відображає різну ступінь забезпеченості областей централізованими фінансовими ресурсами та рівень їх участі у державних програмах фінансування медичної галузі.

Таким чином, застосування економіко-математичних методів, зокрема таксономії та методу дендритів, дало змогу всебічно проаналізувати регіональні відмінності у розвитку системи охорони здоров'я за трьома групами характеристик: показниками природного руху населення, оперативно-сітьовими параметрами функціонування медичних закладів та обсягами основних трансфертів із Державного бюджету України. Використання методу таксономії дозволило визначити інтегральні показники розвитку медичної галузі для кожного регіону. Найвищі рейтингові позиції отримали Дніпропетровська область та місто Київ. За рівнем основних трансфертів (медична субвенція та кошти на забезпечення заходів медичних програм і комплексних заходів програмного характеру) Дніпропетровська область посіла третє місце, а місто Київ — друге. За оперативно-сітьовими характеристиками Київ отримав перше місце, тоді як Дніпропетровська область — п'яте.

У протилежному сегменті рейтингу опинилися Житомирська, Миколаївська та Чернівецька області, які продемонстрували найнижчі значення таксономічних показників розвитку. Інші регіони посіли проміжні позиції, що формує середній рівень розвитку для більшості областей.

Застосування методу дендритів дозволило поділити регіони на три групи за подібністю рівня розвитку системи охорони здоров'я. За оперативно-сітьовими показниками друга група продемонструвала найвищі значення розвитку серед кластерів, що свідчить про кращу інфраструктурну забезпеченість і більш розвинену мережу медичних закладів. За обсягами основних трансфертів друга група (Вінницька, Дніпропетровська, Донецька, Запорізька, Київська, Луганська, Львівська, Одеська, Харківська, Чернівецька області) виявилася найбільш забезпеченою централізованими коштами, що свідчить про їхню значущу роль у структурі національної системи охорони здоров'я.

На основі проведених розрахунків можна стверджувати, що обидва застосовані методи — таксономія та кластерний аналіз — можуть ефективно

використовуватися у процесі планування бюджетних видатків на систему охорони здоров'я України. Вони дають змогу оптимізувати розподіл медичних субвенцій, враховуючи реальні потреби регіонів, а також забезпечити об'єктивну оцінку їхнього ресурсного потенціалу та рівня розвиненості медичної інфраструктури. Оскільки розроблення планів і прогнозування економічного розвитку держави є тривалим і складним процесом, доцільним є використання не лише суб'єктивних рішень політичних акторів, а й опори на науково обґрунтовані економіко-математичні методи, які підвищують точність та об'єктивність прийняття рішень.

3.2 Впровадження міжнародних концепцій фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я

У європейській науковій та управлінській традиції існує усталене розуміння того, що організація та функціонування системи охорони здоров'я повинні ґрунтуватися на принципі: медична допомога й профілактичні заходи становлять соціальне благо, на яке має право кожний член суспільства, незалежно від рівня його платоспроможності. Водночас ефективність функціонування будь-якої системи охорони здоров'я безпосередньо залежить від взаємозв'язку між соціальними цінностями, суспільними традиціями, рівнем розвитку медичних технологій і загальним економічним станом країни. Попри неодноразові спроби різних поколінь державної влади вдосконалити механізми фінансування та управління охороною здоров'я, очікуваних результатів досягнуто не було. Однак Україна, маючи значний потенціал і перспективу розвитку, може успішно адаптувати та використати напрацювання європейських країн у цій сфері. Багато держав, які впровадили системні реформи у галузі медицини, уже продемонстрували суттєві позитивні зміни у функціонуванні своїх систем охорони здоров'я [30].

У світовій практиці ефективність організації охорони здоров'я оцінюється передусім за результатами діяльності медичної системи. Для цього використовують інтегральні показники, які враховують комплекс кількісних та якісних характеристик: тривалість життя, очікувану тривалість життя, частку витрат на медичну сферу у ВВП, кількість лікарень або практикуючих лікарів у перерахунку на 10 тис. населення тощо. Саме на основі таких показників формується міжнародне рейтингування систем охорони здоров'я [46]. З огляду на це доцільно проаналізувати найбільш розвинені країни світу за узагальненими характеристиками — витратами на охорону здоров'я до ВВП та кількістю практикуючих лікарів на 10 тис. населення, що подано на рисунку 3.3.

Результати, відображені на рисунку 3.3, дозволяють стверджувати, що частка витрат на охорону здоров'я у структурі ВВП у розвинутих країнах коливається від 6,7 % до 14 % (Великобританія — 6,7 %, США — 14 %). Водночас в Україні цей показник не досягає навіть 5 %, що за класифікацією ВООЗ відповідає «рівню виживання галузі», тобто мінімальному можливому рівню бюджетного фінансування. Щодо кількості практикуючих лікарів на 10 тис. населення, найвищі значення спостерігаються у Німеччині — 34 лікарі, а також у Фінляндії, Франції й Нідерландах — 29 лікарів.

Франція демонструє складну, але ефективну модель поєднання приватного і державного секторів як у фінансуванні, так і в наданні медичних послуг. Її система базується на обов'язковій державній програмі медичного страхування, яку істотно доповнює добровільне медичне страхування. Усі верстви населення мають доступ до широкого спектра послуг, що надаються на амбулаторному та стаціонарному рівнях, а пацієнти мають свободу вибору постачальника послуг. Фінансування здійснюється через загальну програму медичного страхування шляхом збору внесків із роботодавців (12,8 % фонду заробітної плати) та працівників (0,75 %). Ці внески покривають також витрати, пов'язані з тимчасовою непрацездатністю, вагітністю, пологами, інвалідністю та смертю. Національна система медичного страхування

сьогодні покриває 74 % усіх витрат на медичні послуги, відіграючи ключову роль у регулюванні оплати лікарів та приватних медичних закладів. Рівень фінансування державних лікарень визначається урядом.

Система охорони здоров'я Німеччини ґрунтується на принципах соціальної солідарності, децентралізації та саморегуляції. Федеральний уряд визначає нормативно-правові засади, тоді як виконавчі функції перебувають у компетенції адміністрацій земель. На федеральному рівні основну роль відіграє Федеральне міністерство охорони здоров'я, якому підпорядковуються органи експертизи. На місцевому рівні діють різні типи лікарняних кас (загальні, корпоративні та професійні), що забезпечують охоплення населення обов'язковим медичним страхуванням. Близько 88 % населення Німеччини включені до цієї системи, із них 13 % — добровільно. Особам з доходом вище визначеного рівня дозволяється обирати між обов'язковим та приватним страхуванням. Безробітні повністю покриваються за рахунок держави, тоді як державні службовці — через свого роботодавця [26].

Фінансування системи здійснюється за рахунок внесків працівників та роботодавців: у середньому 13,52 % від заробітної плати (на Сході — 13,92 %). Частка працівника становить 6,76 % (на Сході — 6,96 %), а частка роботодавця — від 4,75 до 7,5 %. Лікарні, незалежно від форми власності, фінансуються змішаним способом: капітальні видатки покриваються урядом земель, тоді як операційні витрати сплачуються лікарняними касами. Амбулаторна допомога фінансується за тарифами, що встановлюються на основі переговорів між лікарняними касами та медичними асоціаціями. Для роботи з пацієнтами медичних кас лікарі повинні бути зареєстровані у відповідних асоціаціях.

У Сполучених Штатах Америки медична допомога здебільшого забезпечується через приватне страхування. Існує широкий спектр страховок, які пропонуються різними компаніями та фондами. Більшість Americans отримують страхування через роботодавця, який може сплачувати страхові

внески повністю або частково; іншу частину сплачують самі працівники. Якщо рахунки не покриваються страховою компанією, медичні послуги оплачуються напряму пацієнтом. Державні програми охоплюють лише окремі категорії, зокрема Medicare — осіб віком понад 65 років, людей з інвалідністю або з хронічною нирковою недостатністю. Програма фінансується внесками працівників та роботодавців у розмірі 1,45 % заробітної плати. Оскільки система соціального забезпечення не охоплює медичні послуги під час активного працездатного періоду життя, значна частина населення залежить від приватного медичного страхування.

Підсумовуючи наведене, можна зазначити, що Україні необхідно впроваджувати такі інновації й механізми, які давно й ефективно функціонують у системах охорони здоров'я розвинених країн. Саме тому з 2018 року в Україні розпочато реалізацію Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, яка визначає практичні кроки для модернізації галузі. Основною метою Концепції є впровадження нової моделі фінансування, що забезпечить чіткі гарантії держави щодо обсягу медичної допомоги, посилить фінансовий захист громадян у разі захворювання, сприятиме ефективному та справедливому розподілу ресурсів і зменшить обсяг неформальних платежів.

Для детального аналізу розглянемо складові елементи Концепції системи охорони здоров'я в Україні. В Україні існує чітко сформований суспільний запит на визначення меж державних зобов'язань щодо безоплатного надання медичних послуг: громадяни прагнуть розуміти, які саме послуги гарантовано надаються безкоштовно, а за які потрібно сплачувати, — у якому розмірі, в які строки та на яких умовах. Саме тому Концепція передбачає впровадження державного гарантованого пакета медичних послуг (ДГП), який базується на пріоритетах у сфері охорони здоров'я та відповідає економічним можливостям країни.

Складові Концепції реформування системи охорони здоров'я передбачають три ключові елементи, кожен з яких супроводжується

відповідними заходами та очікуваними результатами. Першим елементом є державний гарантований пакет медичних послуг. На відміну від попередньої декларативної моделі, яка передбачала надання всіх видів медичної допомоги безоплатно, держава бере на себе чітке зобов'язання забезпечити визначений перелік послуг. Громадяни отримують точну інформацію про те, які саме медичні послуги доступні їм безоплатно, а також про ті випадки, коли необхідно здійснювати співоплату — у якому розмірі, яким способом та за яких умов. Механізм співоплати є офіційним, зрозумілим і прозорим. Постачальниками послуг у межах гарантованого пакета виступають медичні заклади всіх форм власності, які отримують оплату від єдиного національного замовника. Така модель забезпечує спрямування обмежених фінансових ресурсів саме на гарантований перелік послуг, сприяє зменшенню неформальних платежів, підвищенню якості медичної допомоги та рівня взаємної відповідальності між лікарями і пацієнтами, а також зміцненню фінансового захисту громадян у разі хвороби.

Другий елемент Концепції — утворення єдиного національного замовника медичних послуг. У системі впроваджується нова модель взаємовідносин без конфлікту інтересів, яка ґрунтується на чіткому розмежуванні функцій замовника, тобто сторони, що здійснює оплату, і постачальника послуг, яким є автономні лікувальні заклади. Фінансові ресурси, спрямовані на реалізацію гарантованого пакета, акумулюються у єдиному національному фонді. Формується єдиний простір медичних закладів, що усуває штучні кордони між бюджетами різних рівнів: областей, міст та районів. Медичні послуги оплачуються державою безпосередньо в тому місці, де пацієнт їх отримує, що забезпечує принцип екстериторіальності. У результаті на ринку медичних послуг з'являється конкуренція, запроваджуються контрактні відносини між замовником і постачальником, публічні кошти використовуються ощадливіше та ефективніше, а пацієнт отримує можливість вільного вибору лікаря й медичного закладу. Підвищуються прозорість і підзвітність системи

управління публічними фінансами.

Третім структурним елементом Концепції є впровадження нових механізмів оплати медичних послуг, зокрема принципу «гроші йдуть за пацієнтом». Це означає, що держава поступово відмовляється від утримання інфраструктури медичних закладів на основі постатейного кошторисного фінансування. Натомість оплата здійснюється відповідно до фактичного обсягу послуг, які були надані пацієнтам. Такий підхід формує потужні стимули для закладів охорони здоров'я до підвищення ефективності діяльності, покращення якості та умов надання медичних послуг, а також сприяє зростанню доходів медичних працівників.

Окремим блоком у Концепції визначено посилення ролі громад та перерозподіл функцій між центральним урядом і місцевою владою. Громади виступають засновниками й власниками ефективних конкурентних медичних закладів, які працюють на принципах ринку медичних послуг і можуть продавати свої послуги державі, страховим компаніям і громадянам. Держава, у свою чергу, виконує роль закупівельника гарантованого обсягу медичних послуг для кожного громадянина на конкурентних засадах. Жителі громад отримують реальні інструменти контролю якості медичних послуг. За такої моделі стосунки між державою, громадою та пацієнтами стають більш прозорими та збалансованими, а функції центральної влади й органів місцевого самоврядування чітко розмежовуються, що усуває дублювання управлінських ролей. Управління медичними закладами максимально децентралізується, що підвищує їхню оперативність, адаптивність та відповідальність.

Відповідно до міжнародного принципу універсального доступу до медичної допомоги, дія державного гарантованого пакета медичних послуг (ДГП) поширюється на всіх громадян країни без жодних винятків. Одним із ключових компонентів ДГП є первинна медична допомога, яка згідно з концепцією реформ має забезпечуватися максимально доступно та безперервно для всіх мешканців держави незалежно від їхнього соціального

статусу, місця проживання чи економічних можливостей. До складу пакета також входить екстрена медична допомога, зокрема допомога у стаціонарних умовах, що гарантує реагування на невідкладні стани.

Окремим категоріям населення, які належать до соціально вразливих груп, надаються пільги у сфері співоплати за ті медичні послуги, що не входять до ДГП. Перелік таких пільгових груп відображено на рисунку 3.4.

Важливою складовою гарантій держави є забезпечення громадян лікарськими засобами, які у більшості випадків нині оплачуються пацієнтами самостійно. У ДГП передбачено включення лікарських препаратів, що призначаються фахівцями первинної ланки та амбулаторного рівня відповідно до пріоритетів сектору охорони здоров'я та структури захворюваності населення. Крім того, передбачається фінансування основних лікарських засобів, що застосовуються у процесі стаціонарного лікування, що є важливим кроком у напрямі забезпечення рівності доступу до медичної допомоги.

Таким чином, у межах державного гарантованого пакета всі громадяни України матимуть право на чітко визначений перелік основних гарантованих медичних послуг, а також на встановлені законом платні послуги та механізми співоплати. Водночас у цій складовій Концепції існують деякі суттєві недоліки, які потребують додаткового опрацювання та усунення.

По-перше, перелік гарантованих державою послуг потребує розширення. Обмеження ДГП лише первинною та стаціонарною допомогою не створює кардинальних змін у доступності медичної допомоги, оскільки саме ці види допомоги вже сьогодні надаються громадянам безоплатно. Без включення ширшого спектра медичних послуг реформований механізм фінансування не забезпечує очікуваного системного ефекту.

По-друге, зберігається проблема неформальних платежів, які, навіть за наявності співоплати, можуть надходити не на рахунки медичних закладів, а безпосередньо окремим працівникам, що створює ризики корупційних практик і підриває довіру пацієнтів до системи.

По-третє, залишається невизначеним питання джерел фінансування ДГП. Оскільки Концепція передбачає відмову від традиційної моделі кошторисного фінансування, необхідно чітко окреслити механізми акумулювання та розподілу ресурсів, які повинні забезпечувати гарантований обсяг послуг на стабільній та прозорій основі.

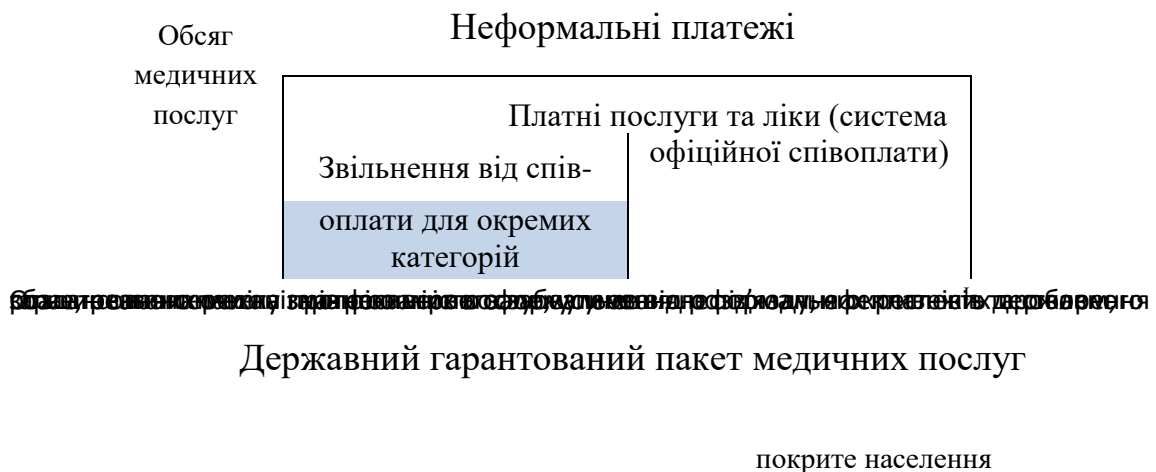


Рис. 3.4. Місце державного гарантованого пакету медичних послуг в загальній структурі фінансування медичних послуг [35]

У межах впровадження нової моделі фінансування системи охорони здоров'я важливим елементом є запровадження системи єдиного національного замовника, що забезпечує закупівлю державного гарантованого пакета медичних послуг від імені громадян. Єдиний національний замовник виступає незалежною інституцією, діяльність якої спрямована на захист інтересів пацієнтів. Він акумулює кошти у загальнонаціональному фінансовому пулі та закуповує послуги за єдиними тарифами, встановленими на основі прозорих підходів до оцінки вартості та вимог до якості медичної допомоги. Такий підхід забезпечує справедливий розподіл фінансових ресурсів, уніфікованість обсягів та умов надання послуг у всіх регіонах країни.

Реформа, задекларована в Концепції, узгоджується з європейськими підходами до децентралізації та посилення ролі місцевого самоврядування. У

більшості держав Європейського Союзу саме органи місцевого самоврядування є ключовими суб'єктами у забезпеченні доступу населення до медичних послуг: вони створюють мережу закладів охорони здоров'я, здійснюють управління ними або створюють умови для діяльності приватних інвесторів.

В Україні власниками більшості медичних закладів є органи місцевого самоврядування — обласні, міські, районні ради та об'єднані територіальні громади. У такій структурі саме місцеві ради залишаються основними суб'єктами, що забезпечують організацію надання медичних послуг. Водночас держава перебирає на себе повну відповідальність за забезпечення необхідного обсягу коштів для фінансування гарантованого пакета медичних послуг для кожного громадянина. Акумулявання та розподіл цих коштів здійснює Національна служба здоров'я України (НСЗУ), яка функціонує як незалежний замовник медичних послуг. Новий принцип фінансування є більш прозорим, конкурентним та орієнтованим на результат [79].

Разом з тим, запропоноване розмежування джерел фінансування — коли державний гарантований пакет оплачується з державного бюджету, а інші види медичних послуг фінансуються місцевими бюджетами — не позбавлене дискусійності. Різні підходи державної та місцевої влади до управління фінансовими ресурсами можуть створювати ризики неузгодженого розвитку закладів охорони здоров'я, що потенційно знижує ефективність управлінських рішень. Окрім того, Національна агенція або НСЗУ, яка здійснює моніторинг та контроль фінансових потоків у медичних закладах, може зіткнутися з труднощами при оцінюванні ефективності використання коштів із двох автономних бюджетних джерел.

Як зазначає робоча група з питань реформування фінансування охорони здоров'я МОЗ України, реальна результативність гарантованого пакета медичних послуг і діяльності єдиного національного замовника можлива лише за умови впровадження третього ключового елемента реформи — переходу від кошторисного фінансування до оплати за фактично

надані медичні послуги, тобто переходу до моделі «гроші йдуть за пацієнтом».

Міжнародна практика свідчить, що для різних рівнів медичної допомоги застосовуються різні механізми оплати, оскільки кожен вид допомоги має специфічні особливості надання. Використання диференційованих методів дозволяє стимулювати постачальників послуг орієнтувати свою діяльність на інтереси пацієнта, водночас підвищуючи ефективність витрачання ресурсів.

Для первинної медичної допомоги передбачено змішаний метод оплати, що базується на нормативі фінансування на одну особу з урахуванням коригувальних коефіцієнтів за ризиками. До базового нормативу додаються:

- доплати за якість роботи та досягнення ключових індикаторів (охоплення вакцинацією, профілактика шкідливих звичок, контроль артеріального тиску тощо);
- оплата окремих послуг, обсяги надання яких визначаються національними пріоритетами [42].

У сфері спеціалізованої амбулаторної допомоги застосовуються різні підходи залежно від характеру послуг: фінансування на одного жителя, оплата за окрему послугу або оплата за пролікований випадок. Останній метод особливо актуальний для послуг, близьких за структурою до стаціонарної допомоги, наприклад для хірургії одного дня.

Висновки до розділу 3

Одним із ключових елементів Концепції реформування фінансування системи охорони здоров'я є перехід від традиційної моделі кошторисного утримання закладів до фінансування, що здійснюється за фактично надані медичні послуги. Упровадження такого підходу передбачає використання різних методів оплати залежно від виду медичної допомоги, адже кожен

рівень — первинний, амбулаторно-спеціалізований чи стаціонарний — має власні функціональні особливості та різну структуру витрат.

Разом з тим, необхідно враховувати низку практичних обмежень, які можуть виникати у процесі реалізації цієї моделі. По-перше, плата за медичні послуги в різних регіонах України може виявитися неоднорідною, оскільки регіональні системи охорони здоров'я відрізняються за рівнем ресурсного забезпечення, кадровим потенціалом, матеріально-технічною базою та обсягами медичної допомоги. У результаті можуть виникати різночитання щодо вибору одиниці виміру медичної послуги, її обсягу та вартості, що ускладнює стандартизацію механізмів оплати на національному рівні.

По-друге, у закладів охорони здоров'я можуть виникати ризики фінансової нестабільності. Надходжень від оплати послуг може бути недостатньо для повноцінного функціонування лікувальних установ, оскільки в умовах інфляційних коливань вартість послуг потребує регулярного уточнення й перегляду. Такий процес є складним, трудомістким і часто має суб'єктивний характер, що може призводити до дисбалансів у структурі доходів і витрат медичних закладів. Саме тому значна залежність від державних трансфертів, ймовірно, зберігатиметься ще тривалий час.

Узагальнюючи викладене, нова модель фінансування системи охорони здоров'я спрямована на формування прозорих і зрозумілих державних гарантій щодо обсягів медичної допомоги, підвищення рівня фінансового захисту громадян у випадку хвороби, забезпечення ефективного та справедливого використання публічних коштів і мінімізацію неформальних платежів. Водночас запропоновані механізми потребують ретельного тестування та адаптації, бажано у форматі пілотних проєктів у окремих регіонах. Це дозволить оцінити практичні наслідки реформи, виявити її слабкі місця та внести необхідні корективи ще до масштабування на всю країну.

Особливу увагу варто звернути на досвід країн із розвиненими системами охорони здоров'я, у яких ключову роль відіграють медичне

страхування та лікарняні каси як стабільні й передбачувані джерела фінансування. Застосування адаптованих елементів таких моделей може суттєво підсилити ефективність національної системи фінансування медицини та забезпечити її стійкість у довгостроковій перспективі.

ВИСНОВКИ

На підставі здійсненого аналізу можна дійти висновку, що сучасний рівень фінансування системи охорони здоров'я України з державного та місцевих бюджетів є вкрай недостатнім і не забезпечує необхідної ресурсної основи для надання медичних послуг належної якості та в потрібних обсягах. У межах даного дослідження було ідентифіковано ключові проблеми, притаманні нинішній моделі фінансового забезпечення, а також окреслено напрями її вдосконалення.

Відповідно до Основ законодавства України про охорону здоров'я, фінансування медичної сфери здійснюється за рахунок Державного бюджету України, місцевих бюджетів, коштів органів місцевого самоврядування, фондів медичного страхування, благодійних фондів та інших джерел, не заборонених законодавством. Найбільш вагомим джерелом фінансових надходжень виступають бюджетні кошти, а серед основних методів фінансування застосовуються кошторисне фінансування, програмно-цільовий підхід та фінансування за фактично надані послуги. Водночас важливу роль відіграють додаткові позабюджетні надходження, зокрема кошти лікарняних кас і систем добровільного медичного страхування.

Проведений аналіз дозволив оцінити стан фінансування охорони здоров'я як на загальнодержавному рівні, так і на прикладі окремої територіальної одиниці — міста Харкова. Стан галузі в Україні

характеризується низкою негативних тенденцій, серед яких: недостатність коштів державного бюджету; неефективне використання наявних ресурсів; низький рівень видатків на душу населення (81,27 дол. США), що суттєво поступається аналогічним показникам розвинених країн; слабка мотивація приватного сектору до благодійного фінансування; системне недовиконання обсягів запланованих видатків із зведеного, державного та місцевих бюджетів, обумовлене бюджетним дефіцитом. Хоча загальний обсяг видатків зведеного бюджету на охорону здоров'я у 2015 році сягнув 70,99 млрд грн і продемонстрував позитивну динаміку, вирішальний вплив на такі зміни справляють інфляційні процеси, а не зростання реального фінансування.

У порівнянні з розвинутими країнами частка видатків на охорону здоров'я у структурі ВВП становить лише 3,9 %, що є критично низьким показником, який не відповідає реальним потребам галузі і не дозволяє забезпечити громадянам гарантований обсяг медичної допомоги на належному рівні.

У ході виконання випускної кваліфікаційної роботи було досліджено видаткову частину бюджету м. Харкова та визначено основні особливості фінансування регіональної системи охорони здоров'я. За результатами аналізу встановлено:

- планові видатки на охорону здоров'я фінансуються у повному обсязі згідно з бюджетними призначеннями;
- найбільшу частку видатків міського бюджету становлять витрати на освіту (32,5 %), соціальний захист і соціальне забезпечення (30,79 %) та охорону здоров'я (17,6 %);
- основний обсяг коштів спрямовується на утримання лікарень (76 % — із загального фонду та 82 % — із спеціального фонду);
- відповідно до економічної класифікації видатків у 2020 році фінансування охорони здоров'я майже повністю зосереджене на покритті поточних витрат: оплати праці й нарахувань, закупівлі товарів і послуг, соціального забезпечення та інших поточних

статей.

Оскільки процес формування планових показників і прогнозування економічного розвитку держави є складним і тривалим, у дослідженні було застосовано економіко-математичні методи оптимізації фінансування галузі у національному контексті. Методи таксономії та дендритного аналізу були використані для оцінки оперативно-мережевих характеристик, основних трансфертів у медичну сферу та показників природного руху населення в розрізі областей України. У результаті було визначено рівні розвитку регіональних систем охорони здоров'я та їх згруповано за спільними характеристиками. Застосування цих методів є доцільним під час бюджетного планування, розрахунку оперативно-сітьових показників, а також при розподілі медичної субвенції між регіонами, що найбільше потребують додаткової фінансової підтримки.

Узагальнюючи результати аналізу, можна стверджувати, що в Україні нагальною є потреба у подальшому поглибленні реформування галузі охорони здоров'я. Фінансова реформа повинна здійснюватися на основі загальноєвропейських принципів соціальної рівності, справедливості та солідарності у наданні медичних послуг. Концепція реформування вже містить ключові компоненти майбутніх перетворень: формування державного гарантованого пакету медичних послуг, створення єдиного національного замовника, запровадження нових механізмів оплати медичних послуг, посилення ролі територіальних громад і місцевих органів влади. Водночас впровадження цих елементів потребує подальшої апробації на рівні регіональних пілотних проєктів і доопрацювання з урахуванням їхніх результатів.

Успіх і результативність реформи значною мірою залежатимуть від упровадження таких інструментів, як діяльність лікарняних кас і створення системи загальнообов'язкового державного медичного страхування. Зокрема, розвиток лікарняних кас здатний забезпечити додаткові стабільні фінансові ресурси, що сприятиме підвищенню якості медичних послуг і зміцненню

матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко Н. В. Удосконалення системи державного регулювання в галузі охорони здоров'я / Н. В. Авраменко // Держава та регіони - (Державне управління). - 2018. - № 1. - С. 175 - 180.
2. Аналіз системи охорони здоров'я в Україні 2017. Бетесда, М: Проект Системи охорони здоров'я 20/20 [Електронний ресурс] - Режим доступу : <http://www.healthsystems2020.org>.
3. Аналіз ситуації в системі охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. - Режим доступу : <http://inmeds.com.ua/compulsory/525/>.
4. Ахламов А. Г. Економіка та фінансування охорони здоров'я : навчально-метод. посіб. / Укладачі: А. Г. Ахламов, Н. Л. Кусик. - Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2017. - 134 с.
5. Башняк О. С. Фінансове право: навч. посіб. / О. С. Башняк. - Тернопіль : ПП Шпак В.Б, 2012. - 250 с.
6. Берлач А. І. Фінансове право України : навч. посіб. для вищ. навч. закл. / А. І. Берлач. - К.: Університет "Україна", 2008. - 328 с.
7. Бідник Н. Б. Медичне страхування в Україні [Електронний ресурс] Національна бібліотека України імені В.І. Вернадського. - Режим доступу: <http://irbis-nbuv.gov.ua>.

8. Болдова А. А. Особливості медичного страхування в Україні [Електронний ресурс] / А. А Болдова, В. Ю. Мойко // Національна бібліотека України імені В. І. Вернадського. - Режим доступу: <http://irbis-nbuv.gov.ua>.

9. Бондар А. В Фінансування галузі охорони здоров'я в Україні та у зарубіжних країнах [Електронний ресурс]. - Режим доступу: http://ena.lp.edu.ua:8080/bitstream/ntb/14009/1/55_35364_Vis_720_Menegment.pdf.

10. Буздуган Я. Поняття, принципи, форми фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні [Електронний ресурс] / Я. Буздуган // - Режим доступу : <http://irbis-nbuv.gov.ua>.

11. Бюджетний кодекс України [Електронний ресурс] : Кодекс України від 08.07.2010 № 2456-VI (зі змінами і доповненнями). - Режим доступу : <http://irbis-nbuv.gov.ua>.

12. Бюджетний моніторинг : аналіз виконання бюджету [Електронний ресурс] Інститут бюджету та соціально-економічних досліджень (ІБСЕД). - Режим доступу : <http://irbis-nbuv.gov.ua>.

13. Бюджетна система : підручник / С. І. Юрій, В. Г. Дем'янишин, О. П. Кириленко, А. Ю. Дерлиця ; за ред. С. І. Юрія, В. Г. Дем'янишина, О. П. Кириленко. - Тернопіль : ТНЕУ, 2013. - 872 с.

14. Василик О.Д. Державні фінанси України: підручник / О. Д. Василик, К. В. Павлюк. - К.: ЩОС, 2002. - 608 с.

15. Войнаренко М. Кластери як полюси зростання конкурентоспроможності регіонів / М. Войнаренко // Економіст. - 2018. - №10. - С. 27-30.

16. Вороненко Ю. В. Фінансовий менеджмент з основами економіки охорони здоров'я: навчально-методичний посібник / Ю. В. Вороненко, В. М. Пащенко - К. : Міжрегіональний видавничий центр «Медінформ», 2017. - 499 с.

17. Всеукраїнська Громадська організація «Асоціація працівників лікарняних кас України» [Електронний ресурс]. - Режим доступу : <http://irbis->

nbuv.gov.ua.

18. Глухова В. І. Проблема фінансового забезпечення системи охорони здоров'я України / В. І. Глухова, В. Ю. Красільнікова // Вісник КДПУ імені Михайла Остроградського. - 2013. - Вип. 2 (55). - Частина 1. - С. 108 - 112.

19. Гомон Д. О. Обов'язкове медичне страхування як альтернатива бюджетному фінансуванню сфери охорони здоров'я / Д. О. Гомон // Південноукраїнський правничий часопис. - 2014. - № 1. - С. 102 - 104.

20. Горблюк Р. В. Формування та підтримка розвитку регіональних кластерів у системі охорони здоров'я / Р. В. Горблюк // : автореф. дис. . канд. екон. наук : 08.00.05 - Львів, 2017. - 20 с.

21. Гришан Ю. Реформа фінансування системи охорони здоров'я України / Ю. Гришан // Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія Економіка. - 2012. - №133. - С. 17-19.

22. Дем'янишин В .Г. Проблематика та стратегічні засади фінансування охорони здоров'я в Україні / В. Г. Дем'янишин, Т. Д. Сіташ // Фінансова система України : зб. наук. праць. - Острог : Вид-во Національного університету «Острозька академія», 2018. - Випуск 15. - С. 4-12.

23. Демінська Ю. В. Кластери як інструмент підвищення конкурентоспроможності підприємств і регіонів / Ю. В. Демінська, Т. Б. Надтока // Економіка і Маркетинг в умовах всесвітньої інтеграції: проблеми, досвід, передова думка : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції - Донецьк : ДонНТУ, 2017. - С. 65-68.

24. Денисенко Ю. А. Стан здоров'я населення сучасної України: соціологічний вимір [Електронний ресурс] / Ю. А. Денисенко // Національна бібліотека України імені В.І. Вернадського. - Режим доступу: <http://irbis-nbuv.gov.ua>.

25. Долот В. Д. Лікарняні каси як оптимальне позабюджетне джерело фінансування медичної допомоги та перспективний напрям реформування

системи охорони здоров'я / В. Д. Долот // Науковий вісник Академії муніципального управління. Серія : Управління. - 2014. - Вип. 1. - С. 92 - 100.

26. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я. Уроки для України [Електронний ресурс] : ЕигореапЕхіетаїАсііопВеїхісе. - Режим доступу: <http://www.treasury.gov.ua>.

27. Заколюдяжна М. О. Механізм фінансування системи охорони здоров'я України / М. О. Заколюдяжна // Держава та регіони. - 2018. - № 4 - С. 160 - 164.

28. Запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні у контексті європейської соціальної хартії (переглянутої) [Електронний ресурс] Національна бібліотека України імені В.І. Вернадського. - Режим доступу : <http://irbis-nbuv.gov.ua>.

В. Ковжарова Е. Міжнародний досвід вирішення проблеми фінансування системи охорони здоров'я: Практичні висновки для України // Формування демократичного та ефективного державного управління в Україні: Матеріали наук.-практ. семінару 11-12 берез. 2002 р. / За заг. ред. В. І. Лугового, М. Князева. - К.: Вид-во УАДУ, 2012. - С. 65 - 77.

29. Когут І. А. Проблеми та перспективи фінансування системи охорони здоров'я / І. А. Когут // Збірник наукових праць Таврійського державного агротехнологічного університету (економічні науки). - 2013. - № 1(1). - С. 248-257.

30. Козьменко О. В. Роль добровільного медичного страхування у фінансуванні охорони здоров'я / О. В. Козьменко, В. С. Лисенко // Проблеми і перспективи розвитку банківської системи України. - 2012. - Вип. 36. - С. 335-342.

31. Комарова І. В. Бюджетне фінансування охорони здоров'я громадян України як складової людського капіталу / І. В. Комарова // Вісник Бердянського університету менеджменту та бізнесу. - 2018. - №3 (11). - С. 94-100.

32. Конституція України [Електронний ресурс] : Закон України від

43. Маттіла У. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я [Електронний ресурс] / У. Маттіла, А. Гук, В. Галайда // - Режим доступу : [ііПр://еаа8.еі ігора.еі/сіеіедаїіопз/икгаіпе/сіостітепіз/хлгііаі_1іЬгагу/14 геуеуБоокик.рсГГ](http://eaa8.ei.igora.ei/cieiedaiozp/ikgaipe/cioctitepiz/xlgiiai_1ibgaгу/14 геуеуБоокик.рсГГ) (11.10.12).

44. Методичні рекомендації щодо планування видатків та використання бюджетних коштів для надання медичної допомоги закладами охорони здоров'я [Електронний ресурс] Міністерство охорони здоров'я України. - Режим доступу : [Бйр://тох.доV.^а/досГіle8/Меіод_Б^ддеі.рдГ](http://toх.доV.^а/досГіle8/Меіод_Б^ддеі.рдГ).

45. Моделі організації та фінансування охорони здоров'я [Електронний ресурс]. - Режим доступу: [БНр://рідгисьпiкi.cot/1263111337393/теді18іпа/тодеіі_огдапi2a18iyi_Г'іпап8iiуапшуа_оБогопі_2<1огоууа](http://pidgисьпiкi.cot/1263111337393/теді18іпа/тодеіі_огдапi2a18iyi_Г'іпап8iiуапшуа_оБогопі_2<1огоууа).

46. Мороз М. І. Державна політика охорони здоров'я в Україні та основні засади її практичної реалізації [Електронний ресурс] / М. І. Мороз // Національна бібліотека України імені В.І. Вернадського. - Режим доступу : [ййр://ігВ8-пъну.доу.ііа](http://igB8-пъну.доу.ііа).

47. Николишин Ю. І. Проблеми формування і використання коштів місцевих бюджетів в умовах демократизації суспільства / Ю. І. Николишин, О. І. Антонюк // Сталий розвиток економіки. - 2017. - № 5. - С. 95 - 98.

48. Олійник В. М. Нові вектори реформування системи фінансування охорони здоров'я в Україні / В. М. Олійник, В. С. Лисенко // Проблеми і перспективи розвитку банківської системи України. - 2014. - Вип. 38. - С. 213219.

49. Онишко С. В. Удосконалення фінансування системи охорони здоров'я у сферах формування людського капіталу та оздоровлення державних фінансів / С. В. Онишко // Науковий вісник Національного університету державної податкової служби України. - 2017. - № 4. - С. 66 - 73.

50. Основи законодавства України про охорону здоров'я [Електронний ресурс] : Закон України ВРУ № 2801-ХІІ від 19.11.1992. - Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua/>.

51. Офіційний сайт Харківської міської ради [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://city.kharkov.ua>.

52. Офіційний сайт Державної казначейської служби України [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://www.treasury.gov.ua>.

53. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. - Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua/>.

54. Офіційний сайт Міністерства фінансів України [Електронний ресурс]. - Режим доступу : <http://www.mif-ua.com>.

55. Павлюк К. В. Фінансування охорони здоров'я як складової людського капіталу / К. В. Павлюк // Формування ринкових відносин в Україні. - 2014. - № 9. - С. 143- 148.

56. Пінчук А. Держава має будувати взаємовигідні, довгострокові відносини з громадянами / А. Пінчук, О. Руда // Україна Бізнес Ревю. Актуальне інтерв'ю. - 2012. - № 3-4. - С. 13.

57. Попов П. М. Підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров'я [Електронний ресурс] / П. М. Попов // Кіровоградський національний технічний університет. - Режим доступу : [HTTP://WWW.APTEKA.UA/ARTICLE/268337](http://www.apteka.ua/article/268337).

58. Портна О. В. Практичні проблеми фінансування охорони здоров'я в Україні [Електронний ресурс] / О. В. Портна // - Режим доступу : <http://irbis-nbuv.gov.ua>.

59. Портна О. В. Фінансове забезпечення та впровадження аудиту ефективності діяльності закладів охорони здоров'я в Україні [Електронний ресурс] / О. В. Портна // Національна бібліотека України імені В. І. Вернадського. - Режим доступу : <http://irbis-nbuv.gov.ua>.

60. Природний рух населення за 2018 рік [Електронний ресурс] Державна служба статистики. - Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua>.

61. Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення [Електронний ресурс] : Наказ №308/519 МОЗу від 17.10.2005. - Режим доступу:

<http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/0333-01>.

62. Про Державний бюджет України на 2019 рік [Електронний ресурс] : Закон Верховної Ради України. - Режим доступу:

<http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2629-19>.

63. Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності [Електронний ресурс] : Закон України ВРУ від 23.09.1999 № 1105 -XIV. - Режим доступу :

<http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0403-10>.

64. Про затвердження Інструкції з підготовки бюджетних запитів [Електронний ресурс] : Наказ МФУ від 06.06.2012 №687. - Режим доступу :

<http://www.moz.gov.ua/>.

65. Про затвердження Типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі Охорона здоров'я. [Електронний ресурс] : Наказ №693/633 від 26.05.2018. -

Режим <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0403-10>.

66. Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я. [Електронний ресурс] : Наказ від 23.02.2000 р. - Режим доступу :

[http://www.moz.gov.ua/..](http://www.moz.gov.ua/)

67. Проблеми фінансування охорони здоров'я в Україні [Електронний ресурс] Державна казна №2(73) - 2013. - Режим доступу :

[I http://www.mif-ua.com](http://www.mif-ua.com).

68. Проект бюджету України на 2018 р.: загальні показники та видатки на охорону здоров'я [Електронний ресурс]. - Режим доступу : ІіПр:

<http://www.apteka.ua/article/268337>.

69. Проект Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2018-2025 [Електронний ресурс]. - Режим

доступу : <http://www.mif-ua.com>.

70. Романова А. А. Сучасний підхід до корпоративного медичного страхування як складового елемента системи забезпечення права людини на здоров'я [Електронний ресурс] / А. А. Романова // Національна бібліотека України імені В.І. Вернадського. - Режим доступу : <http://irbis-nbuv.gov.ua>.

71. Романова А. А. Фінансування галузі охорони здоров'я як окремий елемент системи забезпечення права людини на здоров'я / А. А. Романова // Публічне право. - 2013. - № 1. - С. 113-118.

72. Сайт Державної служби статистики України [Електронний ресурс]. - Режим доступу : <http://www.mif-ua.com>.

73. Солдатенко О. Кошторисно-бюджетне фінансування [Електронний ресурс] / О. Солдатенко // Віче №17.- 2018. - Режим доступу: <http://irbis-nbuv.gov.ua>.

74. Солоненко І. М. Державне регулювання реформування галузі охорони здоров'я (із світового досвіду) / І. М. Солоненко, Н. Д. Солоненко // Охорона здоров'я України. - 2017. - № 3. - С. 34-38.

75. Середня зарплата по Україні [Електронний ресурс] Міністерство фінансів України. - Режим доступу: <http://index.minfin.com.ua/index/average/>.

76. Степанова О. В. Соціальний капітал як фактор розвитку системи охорони здоров'я [Електронний ресурс] / О. В. Степанова // Національна бібліотека України імені В.І. Вернадського. - Режим доступу : <http://irbis-nbuv.gov.ua>.

77. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір [Електронний ресурс]. - Режим доступу : <http://www.mif-ua.com>.

78. Фарина О. Система охорони здоров'я в Україні: Не тільки розмір має значення [Електронний ресурс] / О. Фарина // Київ - Режим доступу : <http://www.kyivpost.ua>.

79. Фінансові аспекти проведення реформи охорони здоров'я в Республіці Польща [Електронний ресурс]. - Режим доступу:

<http://pidruchniki.com>.

80. Фінансування системи охорони здоров'я в Україні в світлі адміністративно-територіальної реформи [Електронний ресурс]. - Режим доступу : : <http://www.apteka.ua/article/335406>.

81. Шевченко М. В. Фінансування системи охорони здоров'я: зарубіжний та вітчизняний досвід [Електронний ресурс] / М. В. Шевченко, Л. А. Карамзіна, О. О. Дорошенко Режим доступу: http://irbis-nbuv.gov.ua/.../cgiirbis_64.

82. Фінанси: підручник / за ред. С. І. Юрія, В. М. Федосова. - К.: Знання, 2008. - 611 с