

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ В.Н. КАРАЗИНА

Економічний факультет

Кафедра фінансів, банківської справи та страхування

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА
НА ТЕМУ: ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Галузь знань: 07 «Управління та адміністрування»

Спеціальність: 072 «Фінанси, банківська справа, страхування та фондовий ринок»

Рівень вищої освіти: другий (магістерський) рівень

Освітня програма: Публічні фінанси

Виконавець:

Юлія Остапенко

Науковий керівник:

Мар'яна Швайко

Кандидат економічних наук,
доцент

Кваліфікаційна робота магістра допущена до захисту
рішенням кафедри фінансів, банківської справи та страхування

Протокол № _____ від «__» _____ 2024 р.

Зав. кафедри _____ проф. Ольга ГЛУЩЕНКО

підпис

Харків 2024

Анотація
Кваліфікаційної роботи на тему:
«Фінансування охорони здоров'я»
ХНУ ім. В.Н. Каразіна
Остапенко Юлії Сергіївни

Актуальність обраної теми не викликає сумніву, оскільки фінанси охорони здоров'я є одним із найважливіших напрямків діяльності уряду для того, щоб забезпечити стабільний соціальний розвиток країни.

Метою кваліфікаційної роботи є виявлення сучасних тенденцій та обґрунтування шляхів розвитку фінансів охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження виступає сукупність економічних відносин, які пов'язані з формуванням та використанням ресурсів на охорону здоров'я.

Предмет дослідження це сучасні тенденції, виклики та шляхи розвитку фінансів охорони здоров'я України.

Робота містить 6 таблиць, 39 рисунків та 72 використаних джерел.

В процесі написання кваліфікаційної роботи були використанні наступні методи: групування, порівняння, аналіз, синтез, статистичний метод, історичний метод, табличний та графічний способи представлення інформації.

Кваліфікаційна робота складається з вступу, трьох розділів та висновку.

У першому розділі розглядаються теоретичні підходи до трактування фінансування охорони здоров'я, сутність та основні об'єкти та суб'єкти охорони здоров'я як корпоративної системи та державне регулювання джерел забезпечення системи охорони здоров'я в Україні. У другому розділі зроблено аналіз стану фінансування охорони здоров'я в Україні та досліджено вплив війни на стан фінансування охорони здоров'я. У третьому розділі запропоновані напрямки розвитку фінансування охорони здоров'я України.

За результатами роботи зроблено висновки, що нашій країні потрібно залучати кошти із зовнішніх джерел та залучати компанії для фінансування своїх працівників, а непрацездатне населення, пенсіонерів та дітей фінансувати за рахунок державних коштів. Найбільш доцільним способом фінансування охорони здоров'я для України буде досвід Франції, де частка держави у фінансуванні складає 20%, власне ці кошти будуть направлені на фінансування незабезпечених верств населення та пенсіонерів, решта частина громадян має перейти на приватне та соціально-медичне страхування. Визначено, що розвиток медичного страхування та страхової медицини є перспективним напрямком. Була запропонована стратегія цифрової трансформації фінансування охорони здоров'я в Україні. Запропонована стратегія буде вигідною як державі так і громадянину, адже найперше що вона дасть це економію часу і ресурсів, що власне виявляється в отриманні грошової економії, яку можна використати на розвиток охорони здоров'я в Україні.

Ключові слова : фінансування охорони здоров'я, державний бюджет, медична реформа, страхова медицина, ефективність використання ресурсів, міжнародна допомога, система охорони здоров'я.

Abstract
Qualification work on the topic:
"Healthcare financing"
KhNU named after V.N. Karazin
Ostapenko Yuliia

The relevance of the chosen topic is beyond doubt, since health care finances are one of the most important areas of government activity in order to ensure stable social development of the country.

The purpose of the qualification work is to identify current trends and substantiate the ways of developing health care finances.

The object of the study is the set of economic relations that are associated with the formation and use of resources for health care.

The subject of the study is current trends, challenges and ways of developing health care finances in Ukraine.

The work contains 6 tables, 39 figures and 72 sources used.

In the process of writing the qualification work, the following methods were used: grouping, comparison, analysis, synthesis, statistical method, historical method, tabular and graphical ways of presenting information.

The qualification work consists of an introduction, three chapters and a conclusion.

The first chapter examines theoretical approaches to the interpretation of health care financing, the essence and main objects and subjects of health care as a corporate system and state regulation of sources of health care system provision in Ukraine. The second chapter analyzes the state of health care financing in Ukraine and examines the impact of the war on the state of health care financing. The third chapter proposes directions for the development of health care financing in Ukraine.

Based on the results of the work, the conclusions are drawn that our country needs to attract funds from external sources and attract companies to finance its employees, and to finance the disabled population, pensioners and children from state funds. The most appropriate way to finance health care for Ukraine will be the experience of France, where the state's share in financing is 20%, these funds will actually be directed to financing the underprivileged segments of the population and pensioners, the remaining part of citizens should switch to private and social medical insurance. It was determined that the development of health insurance and insurance medicine is a promising direction. A strategy for the digital transformation of health financing in Ukraine was proposed. The proposed strategy will be beneficial to both the state and the citizen, because the first thing it will provide is saving time and resources, which is actually manifested in obtaining monetary savings that can be used to develop health care in Ukraine.

Keywords: health financing, state budget, medical reform, insurance medicine, resource efficiency, international aid, health care system.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФУНКЦІОНУВАННЯ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	6
1.1. Теоретичні підходи до трактування фінансування охорони здоров'я	6
1.2. Сутність та основні об'єкти та суб'єкти охорони здоров'я як корпоративної системи	12
1.3. Державне регулювання джерел забезпечення системи охорони здоров'я в Україні	18
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СТАНУ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	27
2.1 Механізм функціонування фінансування охорони здоров'я	27
2.2 Сучасні тенденції у сфері фінансування охорони здоров'я.....	36
2.3 Дослідження впливу війни на стан фінансування охорони здоров'я.....	44
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМКИ РОЗВИТКУ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.....	51
3.1 Зарубіжний досвід функціонування фінансування охорони здоров'я	51
3.2 Ключові виклики у сфері фінансування охорони здоров'я	62
3.3 Основні вектори розвитку фінансування охорони здоров'я.....	66
ВИСНОВКИ	75
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	79

ВСТУП

На сьогоднішній день в міру розвитку технологій трансформувалась і система охорони здоров'я, адже впровадження різного роду технологій у медицину видозмінило цілу систему та призвело до виникнення біотехнологій, які широко застосовуються в сучасній медицині. Сильним поштовхом до впровадження технологій в охорону здоров'я стала Пандемія Коронавірусу, яка призвела до пришвидшення технологічного обміну між пацієнтом та лікарем та стала початком нової трансформаційної ери в медицині. Сьогодні вже не потрібно стояти в чергах, варто лише записатися на прийом і система автоматично знайде вільну дату та підлаштує її під потреби пацієнта, це лише є початком трансформаційних змін, які власне почали впроваджуватись і в національній системі охорони здоров'я.

В Україні багато уваги приділяється фінансуванню охорони здоров'я, оскільки здоров'я населення – це основний показник, який характеризує рівень соціально - економічного розвитку країни. Здоров'я суспільства, крім того, є важливим показником ресурсного потенціалу країни та якістю його робочої сили. Безпека країни, а також якість та ефективність трудової діяльності безпосередньо пов'язані зі станом здоров'я її громадян.

Фінансовий захист є одним із ключових аспектів діяльності систем охорони здоров'я та має першорядне значення для загального охоплення населення послугами охорони здоров'я. Для забезпечення доступу до медичних послуг для всіх верств населення необхідно контролювати витрати на охорону здоров'я та забезпечувати належне виконання своїх обов'язків медичними працівниками.

Головною проблемою фінансів охорони здоров'я в Україні є недостатній рівень фінансування зі сторони держави, що призводить до того, що більшість населення України не спроможні оплатити своє лікування. Саме тому необхідно шукати нові альтернативні способи залучення коштів в сферу охорони здоров'я та забезпечити українцям належний рівень медицини.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Істотний внесок у дослідження фінансів охорони здоров'я належить таким вітчизняними та зарубіжним науковцям та вченим як: Арцатбанова О. В. [2], Бойко О., Хижинська Г. [3], Ахламов А.Г., Кусик Н.Л. [12], Глухова В.І., Булах М.О. [13], Гончарук С.М., Приймак С.В., Даниляк Л.А. [14] та багатьма іншими.

Тематика даної кваліфікаційної роботи є актуальною, оскільки фінанси охорони здоров'я є одним із найважливіших напрямків діяльності уряду для того, щоб забезпечити стабільний соціальний розвиток країни.

Метою кваліфікаційної роботи є виявлення сучасних тенденцій та обґрунтування шляхів розвитку фінансів охорони здоров'я.

Відповідно до зазначеної мети у ході дослідження поставлено та вирішено такі завдання:

- дослідити теоретичні підходи до трактуванні фінансів охорони здоров'я;
- визначити сутність та основні об'єкти та суб'єкти охорони здоров'я як корпоративної системи;
- проаналізувати державне регулювання джерел забезпечення системи охорони здоров'я в Україні;
- дослідити механізм функціонування фінансів охорони здоров'я;
- навести сучасні тенденції у сфері фінансів охорони здоров'я;
- провести дослідження впливу війни на стан фінансів охорони здоров'я;
- проаналізувати зарубіжний досвід функціонування фінансів охорони здоров'я;
- визначити ключові виклики у сфері фінансів охорони здоров'я;
- окреслити основні вектори розвитку фінансів охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження виступає сукупність економічних відносин, які пов'язані з формуванням та використанням ресурсів на охорону здоров'я.

Предмет дослідження це сучасні тенденції, виклики та шляхи розвитку фінансів охорони здоров'я України.

Методи дослідження. В процесі написання кваліфікаційної роботи були використані наступні методи: групування, порівняння, аналіз, синтез, статистичний метод, історичний метод, табличний та графічний способи представлення інформації.

Теоретико-методична та практична значущість отриманих результатів полягає в тому, що запропоновані нами шляхи фінансування охорони здоров'я можуть бути використаними на державному рівні.

Наукова новизна отриманих результатів полягає у наступному:

1. Формування авторської стратегії цифрової трансформації фінансування охорони здоров'я в Україні.
2. Визначення можливості використання зарубіжного досвіду по фінансуванню охорони здоров'я в Україні.

Також автором було досліджено фінансування охорони здоров'я на прикладі іноземних країн та визначено, що найбільш доцільним для України буде досвід Франції, де частка держави у фінансуванні складає 20%, власне ці кошти будуть направлені на фінансування незабезпечених верств населення та пенсіонерів, решта частина громадян має перейти на приватне та соціально-медичне страхування.

Інформаційна база дослідження кваліфікаційної це фундаментальні концепції та підходи, представлені у класичних та сучасних працях вітчизняних та зарубіжних учених, які займаються проблемами фінансів охорони здоров'я.

Кваліфікаційна робота магістра складається із вступу, трьох пунктів і висновків, списку використаних джерел з 72 найменуванням – на 8 сторінках. Повний обсяг роботи – 86 сторінки, з них 77 сторінки основного тексту.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФУНКЦІОНУВАННЯ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Теоретичні підходи до трактування фінансування охорони здоров'я

Охорона здоров'я є найважливішим компонентом соціальної політики всіх держав та повинна забезпечувати добробут людини та стійкість соціально-економічного розвитку. Формування здорового способу життя, профілактика, лікування та реабілітація неможливі без функціонуючої системи фінансування охорони здоров'я.

У будь-якій державі історично складаються свої способи залучення фінансових ресурсів для надання медичної допомоги. Економічні, політичні відносини, особливості національних умов та історичного розвитку країни визначають кількість та якість виділених засобів та ефективність їх використання у сфері охорони здоров'я [1]. У табл. 1.1 наведено моделі фінансування охорони здоров'я.

Таблиця 1.1

Моделі фінансування охорони здоров'я

Модель фінансування	Характеристика
Приватна	ґрунтується переважно на внесках з власних коштів громадян, благодійних фондів тощо.
Бюджетна	базується на зборі податків, з яких формується доходна частина бюджету, а потім визначається витрата на охорону здоров'я
Страхова	спирається переважно на цільовому внеску на медичне страхування, виступає у формі поєднання страхового та бюджетного фінансування

Джерело: [2-3]

Моделі фінансування охорони здоров'я можна класифікувати за різними ознаками - єдиної класифікації немає. Немає розбіжностей лише при

розмежуванні бісмарківської (страхової) та бевериджської (національної, державної, бюджетної) систем охорони здоров'я. Це з тим, що моделі не реалізуються у чистому вигляді.

З наведеної таблиці можна виділити основні моделі фінансування охорони здоров'я [4-5]:

– Ринкова чи приватна, у даній моделі медична допомога надається в основному на платній основі за рахунок споживача медичних послуг. Немає єдиної системи державного соціального страхування. Така модель характерна для США, Ізраїлю та Південної Кореї.

– Державно-бюджетна, що фінансується (до 90%) із бюджетних джерел. Ця модель характеризується високою роллю держави. Фінансування охорони здоров'я здійснюється з держбюджету, за рахунок податків з підприємств та населення. Ринку відведено другорядну роль, як правило, під контролем держави. Прикладом можуть бути Англія, Данія, Ірландія, Португалія, Іспанія.

– Соціально-страхова, що фінансується за рахунок цільових внесків підприємців, трудящих громадян та субсидій держави. Ця модель спирається на принципи змішаної економіки, поєднуючи у собі ринок медичних послуг із розвиненою системою державного регулювання та соціальних гарантій, доступності медичної допомоги всім верствам населення. До соціально-страхової відносяться ознаки і державної та ринкової моделей. Залежно від того, які параметри переважають, соціально-страхова модель може бути ближчою або до державної, або до ринкової. Характерна для Франції, Бельгії, Австрії, Японії та Німеччини [5-6].

Наступним пропонується більш детально розглянути кожен із моделей та визначити її ключові переваги та недоліки як для країни так і для громадян.

Приватна моделі фінансування охорони здоров'я застосовується в умовах ринкової економіки, в якій медична допомога надається переважно на платній основі [7]. Ця модель має кілька переваг: вона спонукає лікарів працювати більше годин, мати більшу відповідальність за пацієнта і відвідувати його більш регулярно, а також зменшує кількість направлень до лікарні [8]. Основні

недоліки цієї фінансової моделі найчастіше поділяють на дві категорії: недоліки для фінансів пацієнта та недоліки для здоров'я пацієнта. Недоліком першої категорії є те, що лікарі схильні призначати більше консультацій, необов'язкових процедур, госпіталізацій та медичних аналізів [9-10]. Недолік другої категорії є те, що результаті збільшення кількості пацієнтів лікарі мають менше часу на кожного з них. Крім того, лікар має менше стимулів пропонувати пацієнтам добре скоординовану медичну допомогу, а дублювання послуг та надмірне залучення кількох лікарів може бути наслідком відсутності добре скоординованого лікування [11].

Другою моделлю фінансування, яку варто розглянути, є «державно бюджетна», яка використовується в більшості країн Європи. Одним з мінусів, до прикладу, шведської моделі є високий рівень життя і соціальних гарантій для більшості населення, що характеризується «розгалуженою державною соціальною сферою і високим рівнем бюджетної централізації національного продукту: близько 60%». Шведська система охорони здоров'я є дуже ефективною, з помірними інвестиціями та контрольованими витратами [12].

Існує також чимало свідчень того, що окрім платежів, включених до статистики, існують додаткові кошти, які пацієнти сплачують за медичні послуги, і які глибоко інтегровані в систему в усіх країнах з економікою, що розвивається. Численні публікації вказують на те, що ці платежі роблять значний внесок у фінансування охорони здоров'я, але це спотворює реальні витрати на охорону здоров'я [13].

Також низка авторів виділяє четверту модель фінансування охорони здоров'я – змішану, яка існує в найбільш розвинених країнах, таких як Франція, Нідерланди, Австрія, Бельгія, Швейцарія, Канада, Японія [14-15]. Щодо цього типу моделі, то більшість авторів зазначають, що якщо на ринку медичних послуг представлені як приватний, так і державний сектори, то економічний потенціал цього ринку буде високим. Конкуренція між приватним і державним секторами може стати управлінським стимулом для подолання інерції та рутини в наданні послуг, що сприятиме впровадженню інновацій в сферу медицини.

Модель фінансування охорони здоров'я кожної країни розглядається як продукт її унікальних обставин, історії, політичного життя та національного характеру. Принципи організації цих моделей варіюються від «керованої конкуренції» до жорсткої структури за принципом єдиного платника та багатьох проміжних варіантів. Якщо частина моделі функціонує неефективно, це має негативний вплив не лише на систему в цілому, але й на її складові, що може ще більше «погіршити ситуацію». Зміна моделі, яка часто потребує ресурсів, може значно підвищити її загальну ефективність. Саме тому впровадження реформ в системі фінансування охорони здоров'я є одним із способів її покращення та зміни на краще.

Якщо зазирнути в історію, то за останні 30 років система охорони здоров'я в Україні зазнала суттєвих трансформацій. Оскільки розвиток охорони здоров'я в Україні йде унікальним шляхом, вона не може бути застосована в чистому вигляді як запозичена зарубіжна національна модель фінансування охорони здоров'я. Хоча б тому, що виникає проблема неформальних платежів за медичні послуги, які мають широке розповсюдження і характеризуються скромним набором інституційних форм. Безумовно, українська охорона здоров'я повною мірою відчула на собі наслідки системної кризи 1990-х років, а спроби модернізації галузі протягом останніх двох десятиліть, що базувалися переважно на зарубіжному досвіді, призвели до зниження якості та доступності, а також обсягів медичних послуг, що надаються населенню [16].

Європейська система охорони здоров'я має три форми надання медичної допомоги. Перша - обов'язкове медичне страхування, яке прийшло на зміну бюджетному фінансуванню, охоплює більшість видів медичної допомоги, що надається населенню, яке було запроваджене під сильним лобістським впливом ринкових сил. Друга - платна, здійснюється за рахунок коштів громадян і підприємств. Згідно з українськими дослідженнями, співвідношення платної та обов'язкової страхової медичної допомоги показує рівень соціально-економічного розвитку країни. Тут обов'язкове страхування має становити понад 90% від загального обсягу медичної допомоги, а платна допомога не повинна перевищувати 10% [17]. Проте багато громадян вважають, що звернутися до

приватної клініки буде набагато краще, ніж до муніципальної, але не всі можуть дозволити собі звернутися до платної, тому обирають безкоштовну установу. Третя - повністю бюджетне фінансування державних закладів охорони здоров'я. Насправді воно має скоріше допоміжний характер, оскільки може допомогти найслабшим державним клінікам боротися з періодичним дефіцитом коштів, а для деяких, переважно віддалених клінік, є єдиним джерелом отримання періодичних надходжень, хоча за певних обставин цей тип фінансування може бути застосований і без страхового фінансування в цілому по країні.

Бюджетна модель фінансування охорони здоров'я чудово підходить для української реальності, адже передбачає збір податків, що формують дохідну і видаткову частини бюджетної системи охорони здоров'я.

Соціальне страхування має свої переваги, суть яких полягає в тому, що програма додаткового медичного страхування, страховий внесок з боку застрахованих може призвести до підвищення якості медичної допомоги, що реалізується конкуруючими страховиками. По-перше, існуючі способи використання коштів, акумульованих у цій системі, є функціонально неоднорідними: деякі з них реалізують функції страхування, деякі - соціальної допомоги, а деякі - поєднання цих функцій. По-друге, значна частка витрат, що фінансуються суспільством і державою, припадає на утримання непрацездатних громадян. Тут також бюджети всіх рівнів наповнюються переважно за рахунок працюючих громадян, а це жодним чином не стимулює працюючих громадян і підприємства до високопродуктивної праці. Всі фізичні особи на страховому ринку медичних послуг є ідентичними за всіма параметрами. Нарешті, фінансова стабільність системи охорони здоров'я залежить не тільки від системи обов'язкового медичного страхування як джерела поточних витрат, але й від бюджетних інвестицій, які забезпечують капітальні витрати [18].

Приватна модель характеризується внесками з особистих коштів громадян, благодійних фондів та інших джерел. Розвиток приватної медицини є формою соціального медичного підприємництва, особливістю якого є як приватний, так і публічний характер послуг, що надаються. Деякі науковці вважають, що медичні послуги можуть надаватися двома сторонами - суб'єктами приватного сектору

охорони здоров'я та суб'єктами державного сектору. Навіть безоплатні соціальні медичні послуги також мають надаватися структурами приватного сектору охорони здоров'я, які отримуватимуть кошти за ці послуги з бюджетних джерел [19].

В табл. 1.2 наведено основні переваги та недоліки моделей фінансування охорони здоров'я з врахування українських реалій

Таблиця 1.2

Переваги та недоліки моделей фінансування охорони здоров'я

Модель фінансування	Переваги	Недоліки
Приватна	Універсальність; Рівність в отриманні послуг; Однакова доступність	Не забезпечуються соціальні гарантії потреб населення в отриманні медичних послуг; неможливість здійснення державного контролю, можливість виникнення криз перевиробництва та стимулів до надання непотрібних послуг.
Бюджетна	Соціальний пріоритет; Зосередженість на якості роботи; Висококваліфікований персонал	Відсутність природного розвитку стимулюючих факторів, повільне зростання якості медичної допомоги, недостатня гнучкість організаційних структур, тривале впровадження неефективних стратегій; використання застарілих медичних технологій, обмеження свободи вибору медичного закладу
Страхова	Універсальність; Рівність в отриманні послуг; Однакова доступність	Значну частку витрат, що фінансуються суспільством і державою, займає утримання непрацездатних громадян. Повне фінансування неможливо за рахунок державної безкоштовної медичної допомоги для всього населення країни.

Джерело: [15-20]

Уряд України збирає кошти з усіх рівнів: державного та місцевого та окрім державних джерел у фінансуванні охорони здоров'я використовуються особисті

кошти населення, кошти роботодавців на лікування своїх працівників, кошти, що виділяються на сферу охорони здоров'я некомерційними установами, які обслуговують населення, та інші. Однак відсутність спеціальних управлінських технологій і брак статистичних даних не дозволяють повною мірою оцінити рівень розвитку української моделі охорони здоров'я, яка почала свою трансформацію в 2017 році і по 2024 рік ще не завершена [19-20]. Слід зазначити, що найбільш ефективним механізмом фінансування охорони здоров'я в Україні є державно-приватне партнерство, сутність якого зводиться до того, що державні установи та приватні особи чи компанії об'єднують свої ресурси для реалізації конкретного проекту для взаємовигідної співпраці.

1.2. Сутність та основні об'єкти та суб'єкти охорони здоров'я як корпоративної системи

На сучасному етапі розвитку цивілізації та бурхливого розвитку біомедичних технологій жодна країна світу не може похвалитися тим, що забезпечує медичні потреби громадян повною мірою на рівні найкращих сучасних стандартів. Охорона здоров'я завжди і всюди знаходилася між Сцїллою та Харїбдою якості та вартості медичних послуг. Поки що жодна система економічних відносин не може повною мірою гарантувати доступність та кращі стандарти якості медичної допомоги всім категоріям громадян у всіх випадках. При цьому під доступністю медичної допомоги треба розуміти можливість отримання громадянами всієї необхідної медичної допомоги відповідного стандарту у потрібний час у потрібному місці [21]. Доступність медичної допомоги має кілька аспектів (рис. 1.1).

Саме у цих 5 аспектах доступності медичної допомоги криються справжні критерії оцінки ефективності національних систем охорони здоров'я. Для забезпечення доступності медичної допомоги сучасна концепція охорони здоров'я включає міжсекторальну взаємодію різних суспільних, економічних, галузевих структур за активної координуючої та керуючої ролі держави. Це має на увазі необхідність формування гнучкої системи моделі корпоративного

управління охороною здоров'я. У цьому сенсі економічні взаємини у системі охорони здоров'я за формою, змістом та соціально-економічною природою відображають діяльність макроекономічної корпорації, що об'єднує різнопрофільні виробництва, галузі та сектори економіки, що регулюються державою. Причому навіть у найбільш ринкових економіках охорони здоров'я, наприклад, у США, координуюча роль держави не тільки не знижується, а й дедалі більше зростає.

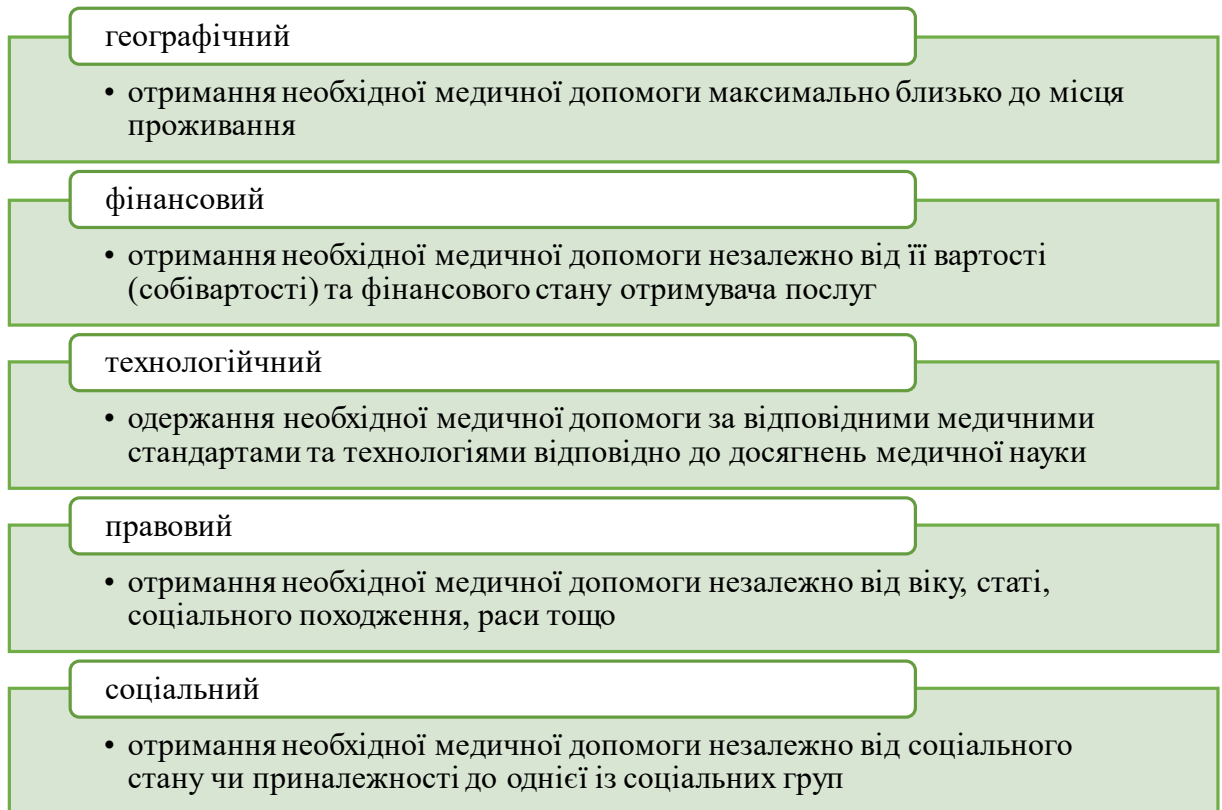


Рисунок 1.1 – Основні аспекти доступності медичної допомоги

Джерело: [22]

У контексті складної корпоративної природи сфери охорони здоров'я найважливішим напрямом організаційного розвитку корпоративних відносин є формування мережових систем, що забезпечують різні форми взаємодії керуючих та суб'єктів господарювання на різних рівнях (державному, регіональному, місцевому). Діяльність кожного суб'єкта корпорації орієнтується на проміжні завдання, а кінцева мета реалізується як узагальнюючий результат діяльності корпорації. Результат корпоративної діяльності має формуватися у

формі міжгалузевих показників діяльності, орієнтованих на покращення стану здоров'я населення загалом, а не лише стану окремих громадян [23].

Найважливішим елементом реалізації корпоративної відповідальності за покращення стану здоров'я населення та корпоративного характеру економіки охорони здоров'я є необхідність в економічному механізмі, який має відповідати наступним п'яти принципам вимогам:

- мати гнучкість фінансово-економічних відносин;
- забезпечити багатоканальність фінансових механізмів для окремих постачальників;
- формувати необхідні фінансові стимули для підвищення ефективності (витратної ефективності) охорони здоров'я з урахуванням соціально-економічної природи послуг;
- мінімізувати транзакційні витрати на систему фінансового управління;
- формувати розвиток коопераційних зв'язків учасників ринку.

Таким чином, перша особливість економіки охорони здоров'я – це не економіка окремих суб'єктів ринку, а корпоративна економіка мережі учасників ринку зі складним характером міжсуб'єктних відносин.

У контексті вивчення ринку медичних послуг необхідно розділяти поняття охорони здоров'я та медицини.

Медицина – це наука та практика, що вивчає здоров'я людини, її порушення, а також методи та шляхи їх виявлення та корекції.

Охорона здоров'я – це галузь економіки держави, що включає виробництво товарів та послуг, спрямованих на покращення та розвиток здоров'я громадян. Охорона здоров'я, як частина економіки, включає не лише медицину та сферу медичних послуг, але також виробництво ліків, засобів та виробів медичного призначення, надання послуг та виробництво товарів, спрямованих на оздоровлення (наприклад, фізкультура та спорт), галузі з активного відпочинку та оздоровлення населення, громадську систему формування здорового способу життя тощо [24].

Відповідно, ринок охорони здоров'я – це система економічних взаємовідносин, що складаються в процесі виробництва, обігу та розподілу охорони здоров'я та товарів, спрямованих на покращення та відновлення здоров'я. Великими сегментами ринку охорони здоров'я є фармацевтичний ринок, ринок виробів та апаратів медичного призначення, ринок медичної освіти, ринок медичного страхування, ринок системи оздоровлення населення (фізкультура та спорт, туризм, сфера відпочинку тощо), і, звичайно ж, ринок медичних послуг.

Під ринком медичних послуг слід розуміти систему економічних взаємовідносин, що складаються між суб'єктами (акторами) ринку у процесі надання медичних послуг.

До суб'єктів ринку медичних послуг відносяться (рис. 1.2).

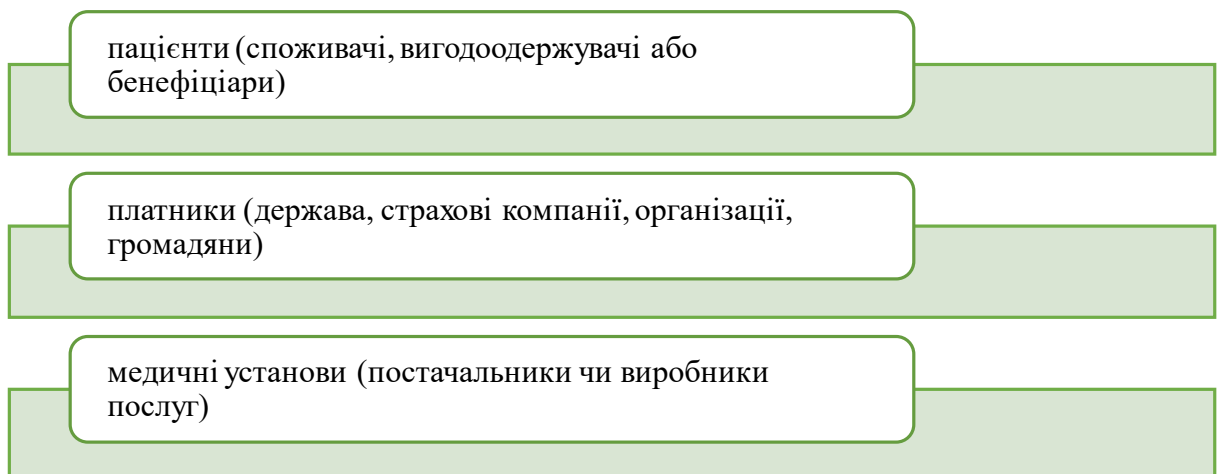


Рисунок 1.2 – Основні суб'єкти ринку медичних послуг

Джерело: [25]

Надамо конкретні визначення суб'єктам ринку медичних послуг, а також окремим процесам та ситуаціям, що мають місце на цьому ринку.

Пацієнт – одержувач (вигодоодержувач, бенефіціар) медичної послуги, незалежно від стану його здоров'я. Пацієнт – це не обов'язково хвора людина, оскільки медичні послуги можуть отримувати і здорові особи.

Хворий – людина, яка має певні порушення здоров'я, незалежно від того, отримує вона необхідну медичну допомогу чи ні. На жаль, не завжди і не кожен хворий одержує необхідну медичну допомогу.

Постачальник (виробник) медичних послуг – суб'єкт (фізична особа, група осіб (бригада), установа, мережа установ), які надають пацієнтові медичні послуги відповідно до цілей звернення пацієнта.

Залежно від форми власності постачальники можуть бути приватними, державними, громадськими.

Платник (страховик) – суб'єкт, який здійснює повне або часткове відшкодування постачальнику за надані ним певні медичні послуги.

Залежно від того, хто є платником (страховиком), система організації медичної допомоги поділяється на державну (платник – держава), страхову (платник – державна або приватна страхова компанія), платну (гонорарну) (платник – приватна фізична чи юридична особа).

Система охорони здоров'я – модель організації взаємодії пацієнтів, постачальників та страховиків при наданні медичних послуг.

Саме модель чи характер взаємодії цих трьох ключових суб'єктів ринку медичних послуг і визначають характер системи охорони здоров'я та, зрештою, її ефективність.

Медична технологія – це система взаємопов'язаних методів діагностики та лікування, які використовуються лікарем у процесі надання медичної допомоги пацієнтам за певних клінічних ситуацій [26].

Клінічна ситуація – сукупність стану здоров'я (або порушень стану здоров'я) пацієнта та організаційної ситуації, в якій він перебуває, з точки зору необхідності надання йому певного обсягу медичної допомоги, а також системи її організації, механізмів та джерел її відшкодування.

В економічному сенсі правильніше говорити не про хвороби, а про клінічні ситуації, оскільки при тому самому захворюванні, залежно від організаційної та економічної ситуації, клінічні ситуації можуть бути різними. Наприклад, якщо лікар рекомендує хворому операцію, а хворий відмовляється, лікар змушений лікувати його консервативно, хоча це в даній ситуації може бути не найефективнішим клінічним підходом.

Поділ одних і тих же клінічних станів на різні клінічні ситуації став основою поділу системи охорони здоров'я на рівні (первинний, вторинний,

третинний), в яких при одних і тих же станах або захворюваннях використовуються різні за рівнем та обсягами станів медичної допомоги.

Медична допомога – це діяльність виробника або постачальника медичних послуг з профілактики, діагностики та лікування порушень здоров'я у пацієнтів, незалежно від джерел та методів відшкодування здійснених ним витрат.

Хоча в практиці органів державного управління та в клінічній практиці це поняття використовується найчастіше, воно акцентує лише технологічний аспект медичних заходів, що проводяться, безвідносно до їх організаційних та економічних аспектів.

У рідкісному застосуванні й у вузькому значенні поняття «медична допомога» означає безоплатне проведення будь-ким медичних заходів [27].

Медична послуга – це комплекс відплатних послуг, що здійснюються персоналом медичного закладу при наданні медичної допомоги пацієнтові у певній клінічній ситуації з використанням певних медичних технологій, незалежно від механізмів та методів оплати, що використовуються.

Поняття «медичної послуги» ставить акцент як на технологічному, так і на організаційному та економічному аспектах медичних заходів, що проводяться, а тому воно ширше і адекватніше, ніж поняття «медичної допомоги». Принаймні у контексті обговорення економічних аспектів охорони здоров'я необхідно застосовувати лише термін «медична послуга».

З погляду пацієнтів та медичних установ ці два поняття можуть виглядати дещо інакше. Для пацієнта отримання медичної послуги, за яку він не сплачує, є, по суті, безкоштовною медичною допомогою, а послугу, за яку він платить – платною медичною послугою. Для медичної установи будь-яка виробнича діяльність за основним профілем є виробництвом медичних послуг, витрати на надання яких відшкодовуються або за рахунок бюджетних коштів, або коштів страхування, або за рахунок прямої оплати. Безоплатна медична допомога з боку постачальника в економічному сенсі нонсенс [28].

Медичні послуги бувають простими, що включають один або кілька відносно недорогих методів діагностики та лікування, і складними, що включають низку простих, а також дорогих медичних послуг. Крім самої

медичної технології, медична послуга може включати також супутні та пов'язані з нею сервісні та додаткові послуги, що покращують загальну якість медичного обслуговування [29].

Таким чином, друга особливість економіки охорони здоров'я – це складний характер взаємодії окремих суб'єктів ринку, що потребує спеціальної системи загального та економічного управління.

1.3. Державне регулювання джерел забезпечення системи охорони здоров'я в Україні

Урядом України у 2015 році було ініційовано реформу системи охорони здоров'я, метою якої є покращання стану здоров'я населення та забезпечення захисту від надмірних фінансових витрат «з кишені», через підвищення ефективності, удосконалення застарілої системи надання послуг та спрощення доступу до якісного медичного обслуговування. Пріоритетними цілями стратегії було здійснення фінансової реформи системи охорони здоров'я, а також впровадження інформаційних технологій, як прискорювача. У жовтні 2017 року ухвалено новий Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (Закон № 2168), який регулює фінансування системи охорони здоров'я. Також пакет підзаконних нормативно-правових актів, який створив міцну політико-правову основу для впровадження нових механізмів фінансування охорони здоров'я [30].

Проведене дослідження показало, що основними учасниками фінансування системи охорони здоров'я є державні та місцеві бюджети, пацієнти, добродійні фонди, донорська допомога. Також працює програма медичних гарантій, відповідно до якої виплату отримує безпосередній надавач послуги. Запропоновано залучення страхових компаній з використанням персонального ідентифікатора для передачі інформації пацієнта при взаємодії учасників. Впровадження наданих пропозицій дозволить суттєво підвищити рівень охорони здоров'я в країні, зменшити навантаження на бюджет, підвищити доступність отримання медичних послуг та їх якість.

В табл. 1.3 наведено перелік нормативно-правових актів, які регулюють джерела забезпечення системи охорони здоров'я в Україні.

Таблиця 1.3

Нормативно - правові акти регулювання джерел забезпечення системи охорони здоров'я в Україні

№	Назва документа	Рівень затвердження	Дата затвердження
Закон			
1	Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»	Парламент	19 жовтня 2017
2	Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості»	Парламент	14 листопада 2017
3	Закон України «Про Державний бюджет України на 2021 рік	Парламент	14 листопада 2021
4	Закон України «Про Державний бюджет України на 2022 рік	Парламент	18 жовтня 2022
5	Закон України «Про Державний бюджет України на 2023 рік	Парламент	22 жовтня 2023
Розпорядження			
6	Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції реформи системи фінансування охорони здоров'я»	Кабінет Міністрів України	30 листопада 2016
Постанови			
7	Постанова Кабінету Міністрів України «Про внесення змін та визнання такими, що втратили чинність, деяких постанов Кабінету Міністрів України»	Кабінет Міністрів України	16 березня 2017
8	Постанова Кабінету Міністрів України «Про утворення Національної служби здоров'я України»	Кабінет Міністрів України	27 грудня 2017
9	Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік»	Кабінет Міністрів України	25 квітня 2018
Накази			
10	Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації пре вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу»	Міністерство охорони здоров'я	19 березня 2018
11	Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги»	Міністерство охорони здоров'я	19 березня 2018

Джерело: [30-33]

Відповідно до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [30] основними джерелами фінансування охорони здоров'я є:

- кошти Державного бюджету України та місцевих бюджетів,
- кошти юридичних та фізичних осіб, інших осіб (не заборонених законом).

Підставою для розрахунку рівня фінансового забезпечення охорони здоров'я є науково обґрунтовані нормативи.

Відповідно до статті 49 Конституції України кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно, існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена, так як держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності [32].

Призначені на охорону здоров'я кошти Державного бюджету України та місцевих бюджетів направлені на фінансування медичної допомоги для населення, державних цільових та місцевих програм охорони здоров'я, а також фундаментальних наукових досліджень у цьому напрямку. Фінансування державних та комунальних закладів охорони здоров'я - бюджетних установ виконується відповідно до бюджетного законодавства. У закладах охорони здоров'я та у фізичних особах-підприємцях (якщо вони зареєстровані та отримали ліцензію на здійснення господарської діяльності з медичної практики, в порядку встановленому законом, з якими укладені договори про надання медичних послуг населенню) медична допомога надається безоплатно за кошти бюджету [31].

Також слід зазначити, що договори про медичне обслуговування укладаються на певний бюджетний період, підставою для яких є обсяг та вартість послуг, замовником яких є державні та місцеві органи самоврядування. Вартість послуг, які надаються розраховується відповідно до структури витрат для

надання послуги та з урахування галузевих стандартів. Кабінет Міністрів України затверджує порядок укладання договорів, типову форму договору, методику розрахунку вартості послуги та перелік платних послуг з медичного обслуговування. Для підвищення якості обслуговування заклади охорони здоров'я також можуть використовувати кошти юридичних та/або фізичних осіб.

Заклади охорони здоров'я визначають плату за послуги з медичного обслуговування, у випадку коли такі знаходяться поза умовами договорів про медичне обслуговування, укладеними з ключовими розпорядниками бюджетних коштів [31; 33].

Що стосується державних фінансових гарантій, то тут держава гарантує надання медичних послуг та лікарських засобів. На рис. 1.3 можна побачити, що саме включає в себе названий елемент системи фінансування. Відповідно до інформації Міністерства фінансів України, вони співпрацюють із Міністерством охорони здоров'я та з громадянськими експертами з метою покращення надання медичних послуг.

Основними принципами програми медичних гарантій є відповідність законодавчим вимогам, різноманітні державні гарантії, якість медичних послуг, раціональне та цільове використання коштів, використання медичних послуг, передбачуваність медичних послуг, прозорість, відкритість, конкуренція. Надавачі медичних послуг мають дотримуватись умов та специфікацій на групи послуг або конкретні послуги.



Рисунок 1.3 - Державні фінансові гарантії та програми медичних гарантій
Джерело: [31]

Цілями державного регулювання охорони здоров'я мають бути (рис. 1.4).

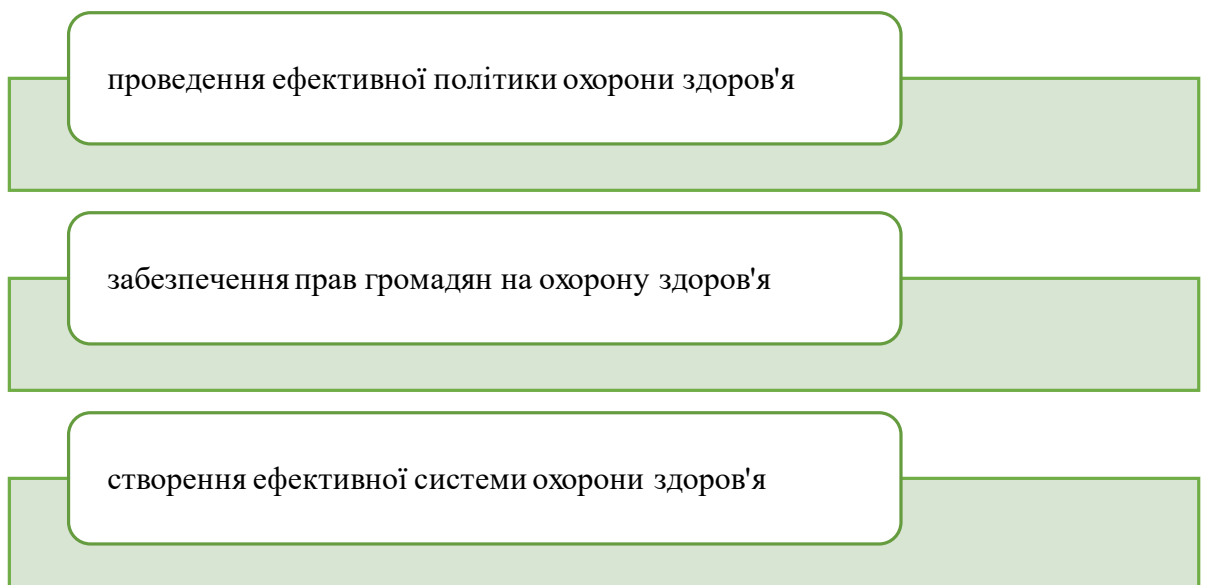


Рисунок 1.4 – Цілі державного регулювання охорони здоров'я України
Джерело: [31-34]

В законодавстві України зазначено, що найважливішою метою функціонування системи охорони здоров'я країни є здоров'я населення – усі організації, установи та ресурси, призначені для надання будь-якого виду послуг, спрямованих на зміцнення, оновлення та підтримку здоров'я на індивідуальному чи колективному рівні. числі за допомогою міжсекторального співробітництва.

Уряд повинен удосконалювати адміністративне регулювання державної системи охорони здоров'я, використовуючи різні засоби, у тому числі законодавчі положення про охорону здоров'я, їх моніторинг та прогнозування майбутніх дій [35].

Положення щодо охорони здоров'я населення та державного регулювання в цій галузі містяться в нормативно-правових актах. Їх реалізація має забезпечити гармонійний розвиток фізичного та духовного благополуччя, високу продуктивність праці, тривале та активне життя громадян, усунення факторів, що негативно впливають на їх здоров'я, зниження захворюваності, інвалідності та смертності.

Охорона здоров'я населення є спільним обов'язком держави, громадян та суспільства, державних органів та органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій усіх форм власності. Їх посадові особи (працівники), громадяни та групи громадян зобов'язані забезпечувати пріоритет охорони здоров'я у своїй діяльності.

Основні засади функціонування системи охорони здоров'я населення України, до яких належать забезпечення ефективної медичної допомоги як пріоритет діяльності держави у сфері державних послуг, орієнтація на потреби пацієнтів, пріоритетність профілактичних заходів. Забезпечення якісної медичної допомоги шляхом стандартизації медичної практики, що є загальними засадами законодавства України у сфері охорони здоров'я населення, а не лише функціонування системи охорони здоров'я [37]. Необхідно зазначити, що відповідні відносини регулюються Законом України «Про ліцензування окремих видів комерційної діяльності», умовами ліцензування комерційної діяльності з медичної практики, затвердженими ухвалою Кабінету Міністрів України від 2 березня 2016 року № 285.

Порушення законодавства про охорону здоров'я населення тягне за собою дисциплінарну, адміністративну, цивільну та кримінальну відповідальність відповідно до законодавства України. Анулювання ліцензії на провадження діяльності з надання медичних послуг, усунення від керівництва медичною установою є заходами адміністративної відповідальності, передбаченої статтею 30 Кодексу України про адміністративні правопорушення – «Позбавлення спеціального права, наданого громадянина, позбавлення права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю». Слід зазначити, що крім юридичної відповідальності до правопорушників можуть бути застосовані заходи впливу як адміністративного впливу – тимчасового призупинення діяльності [38].

Аналіз фінансування системи охорони здоров'я показав, що система потребує розробки альтернативних рішень. Одним з ефективних та діючих способів удосконалення системи фінансування охорони здоров'я є активне залучення страхових компаній. Ми пропонуємо таку систему взаємодії зі страховими компаніями (рис. 1.5).



Рисунок 1.5 - Страхові компанії в системі фінансування охорони здоров'я
Джерело: створено автором

Пропонується залучення страхових компаній для покриття фінансування тарифів за надання послуг закладами охорони здоров'я. Для функціонування запропонованого рішення необхідно вжити таких заходів [39]:

- Укладання договорів між страховими компаніями та закладами охорони здоров'я.
- Укладання договорів між аптеками та страховими компаніями.
- Реєстрація пацієнтів в електронній системі охорони здоров'я.
- Реєстрація аптек, страхових компаній в електронній системі охорони здоров'я.

Пропонуємо варіанти страхового платежу (рис. 1.6).

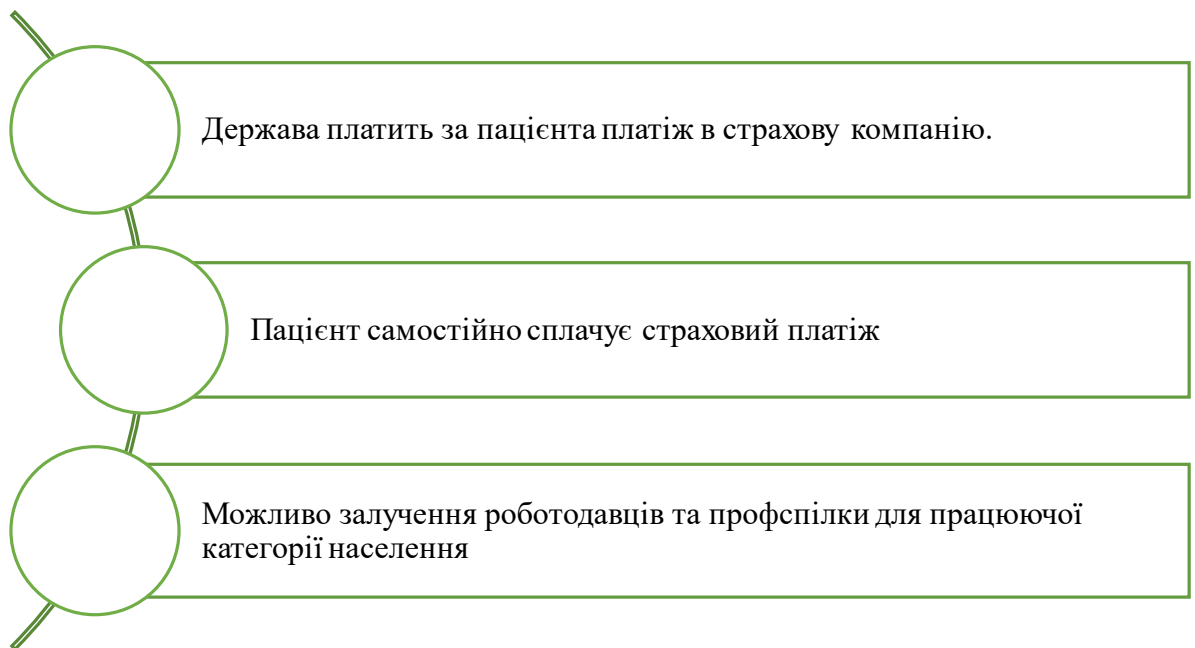


Рисунок 1.6 – Перелік варіантів страхового платежу

Джерело: створено автором

Для спрощення впровадження страхової медицини також можливо поділити населення за категоріями: діти, пенсіонери, працюючі, люди з обмеженими можливостями і т. д. Проте є основна перешкода, яка буде заважати впровадженню та розвитку страхової медицини - конфіденційність медичної інформації про пацієнтів та неможливість передачі даних третім особам або установам. У такому випадку ми пропонуємо впровадження унікального ідентифікатора, який буде присвоєно пацієнту при укладанні договору зі

страховою компанією, який буде використовуватись для оплати послуг закладу охорони здоров'я [40].

В підсумку слід зазначити, що основними учасниками фінансування системи охорони здоров'я в Україні є державні та місцеві бюджети, пацієнти, добродійні фонди, донорська допомога. Також працює програма медичних гарантій, відповідно до якої виплату отримує безпосередній надавач послуги. Було визначено, що доцільно залучати страхові компанії з використанням персонального ідентифікатора для передачі інформації пацієнта при взаємодії учасників, що дозволить суттєво підвищити рівень охорони здоров'я в країні, зменшити навантаження на бюджет, підвищити доступність отримання медичних послуг та їх якість.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ СТАНУ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

2.1. Механізм функціонування фінансування охорони здоров'я

Отож, перш ніж дослідити детально витрати на фінансування охорони здоров'я в Україні пропонується визначити основні джерела коштів (рис. 2.1).



Рисунок 2.1 – Характеристика джерел фінансування охорони здоров'я в Україні

Джерело: [41]

Як ми бачимо охорона здоров'я в Україні фінансується як за рахунок державного бюджету та коштів місцевих бюджетів на місцевому рівні так і за рахунок коштів населення та добровільного медичного страхування, проте на останні два джерела припадає мала частка коштів.

Слід зазначити, що розвиток взаємодії державного і приватного секторів дозволить поліпшити ситуацію у сфері охорони здоров'я Україні через оптимізації бюджетних витрат, підвищити ефективність використання ресурсів

та стабільність функціонування всієї системи охорони здоров'я та створити умови для підвищення якості надання медичної допомоги.

Через двадцять п'ять років, після здобуття Україною незалежності, у 2016 році розпорядженням Кабінету Міністрів було схвалено Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я [42]. У жовтні 2017 року парламент ухвалив новий закон про фінансування охорони здоров'я «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Цей знаковий законодавчий акт створив правові та політичні рамки, необхідні для впровадження нової реформи фінансування охорони здоров'я [43]. Законопроект про фінансування охорони здоров'я містив кілька положень, і деякі з них вже діють, зокрема: запроваджено принцип «гроші йдуть за пацієнтом», стару систему фінансування, засновану на витратах, замінено на стратегічні закупівлі, Національна служба здоров'я України (НСЗУ) є незалежною закупівельною агенцією, а медичні заклади змінили свій юридичний статус і тепер зареєстровані як державні некомерційні підприємства. Принцип «гроші йдуть за пацієнтом» означає, що пацієнти мають право обирати свого лікаря, що створює конкуренцію та більш оперативно реагує на запити постачальників. Реформа в Україні включає в себе ринкову економіку попиту та пропозиції з метою підвищення конкуренції, покращення стандартів та зниження витрат. Нова система оплати є інструментом, який не лише забезпечує вибір та конкуренцію, але й фінансує їх таким чином, що гроші вільно рухаються в системі охорони здоров'я відповідно до вибору пацієнта та його потреб у медичному обслуговуванні. Ці реформи створюють фінансові стимули для підвищення ефективності та якості медичних послуг. Права на медичне обслуговування визначені в програмі медичних гарантій (ПМГ), яка представляє собою пакет послуг і ліків, які кожен громадянин України має право отримувати безкоштовно. Система охорони здоров'я буде значною мірою підтримуватися інтегрованою електронною платформою, здатною обробляти записи пацієнтів, електронні медичні картки, рецепти та систему виставлення рахунків.

Отож, визначимо загальний обсяг витрат на охорону здоров'я в Україні за остання кілька років (рис. 2.2).

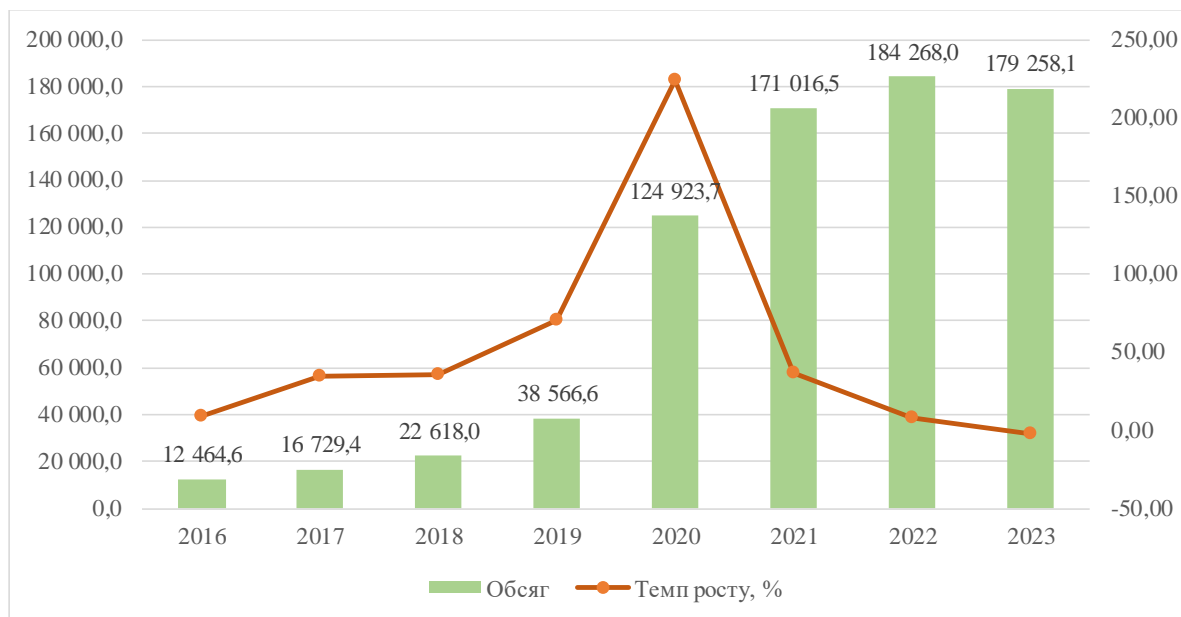


Рисунок 2.2 – Динаміка витрат на охорону здоров'я в Україні за період 2016-2023 рр., млн. грн.

Джерело: [43]

Отже, бачимо, що найбільше витрат на охорону здоров'я було здійснено в 2021-2022 рр., в 2023 році у зв'язку з погіршенням військової та економічної ситуації Уряд України скоротив витрати на охорону здоров'я, яка паралельно фінансувалась міжнародними організаціями та надавалась гуманітарна допомога від ООН. Також бачимо значне підвищення витрат на охорону здоров'я в Україні у період з 2019 – 2020 рр.. 2020 рік став роком надзвичайних витрат, оскільки саме тоді світ боровся з коронавірусом. Пандемія COVID-19 вимагала значних коштів на закупівлю медичного обладнання, засобів індивідуального захисту, тестів, медикаментів, а також збільшення лікарняних ліжок і проведення вакцинацій.

Наступним пропонуємо визначити частку витрат на охорону здоров'я у ВВП за період 2016-2023 рр. (див рис. 2.3).

Аналізуючи частку витрат на охорону здоров'я у ВВП України в середньому за аналізований період вона складає 1,88%. Найбільша частка витрат

спостерігається в 2020-2022 рр., під час пандемії Коронавірусу та початку війни, адже в цей період саме сфера охорони здоров'я була однією із найчутливіших. В 2023 році ми можемо спостерігати зменшення частки витрат на охорону здоров'я, що було викликане зменшенням фінансування зі сторони держави. У зв'язку з військовими діями акцент державного бюджету було перенесено на фінансування сектору безпеки та оборони. Також у 2023 році було зупинено дію норми закону, яка вимагала фінансування Програми медичних гарантій на рівні не менше 5% ВВП, що також мало вплив на зменшення рівня фінансування охорони здоров'я України.

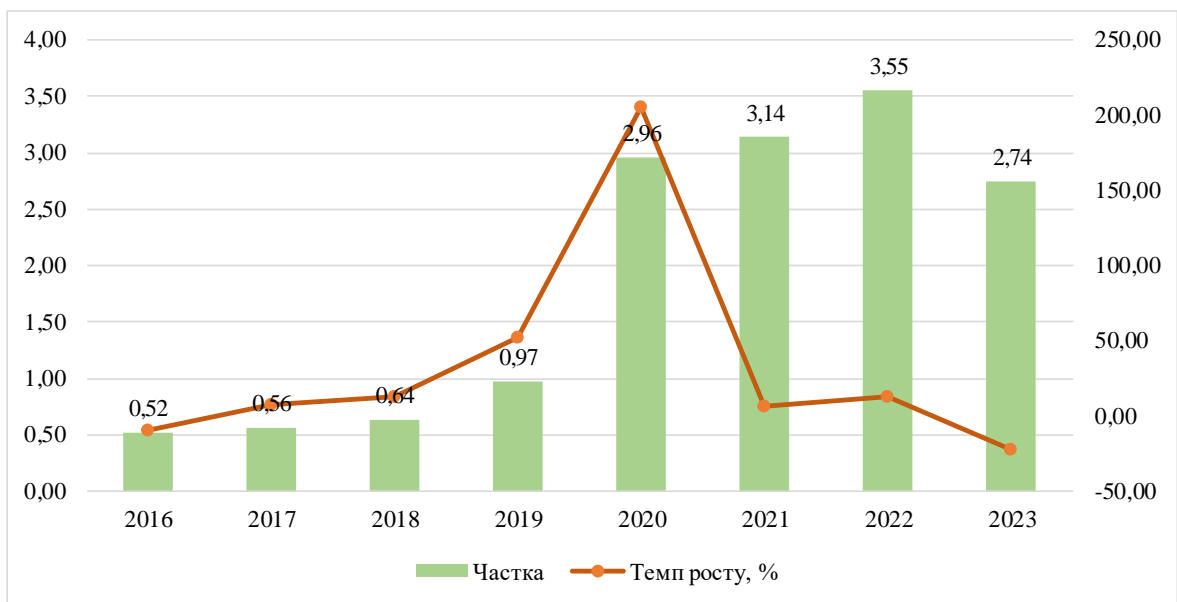


Рисунок 2.3 – Динаміка частка витрат на охорону здоров'я в у ВВП за період 2016-2023 рр., млн. грн.

Джерело: [43]

Отож, дослідивши динаміку частки витрат на охорону здоров'я перейдемо до аналізу загальних видатків та визначення в них частки на охорону здоров'я (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Витрати на охорону здоров'я у зведеному бюджеті України, за період 2020-2023рр., млрд грн

Статті витрат	2020	2021	2022	2023	Відхилення 2023/2021	Відхилення 2023/2022
Загальнодержавні функції	163 850,1	206 789,1	202 007,7	296 113,8	132 263,6	94 106,1

Продовження табл. 2.1

Оборона	120 374,1	127 527,0	1 143 163,6	2 097 621,9	1 977 247,8	954 458,3
Громадський порядок, безпека та судова влада	157 675,8	174 410,1	443 348,7	574 762,4	417 086,6	131 413,7
Економічна діяльність	168 990,0	181 277,2	95 368,6	134 590,6	-34 399,4	39 222,0
Охорона навколишнього природного середовища	6 636,8	8 200,2	4 714,2	5 202,6	-1 434,3	488,4
Житлово-комунальне господарство	88,5	164,1	528,6	8 369,4	8 280,8	7 840,7
Охорона здоров'я	124 923,7	171 016,5	184 268,0	179 258,1	54 334,4	-5 009,9
Духовний та фізичний розвиток	9 826,4	15 970,3	11 051,3	11 817,7	1 991,3	766,4
Освіта	52 857,8	63 839,7	58 508,6	60 440,1	7 582,3	1 931,5
Соціальний захист та соціальне забезпечення	322 720,9	339 278,9	425 987,0	469 251,2	146 530,3	43 264,2
Офіційні трансферти	160 177,1	202 733,3	136 803,3	177 385,2	17 208,1	40 581,9
Усього видатків	1 288 121,3	1 491 206,4	2 705 749,6	4 014 813,0	2 726 691,6	1 309 063,3

Джерело: [43]

Отож, аналізуючи динаміку витрат зведеного бюджету України за період 2020-2023рр., ми бачимо, що війна в 2022 році кардинально змінила структуру витрат, особливо в статті витрат на оборону. Щодо витрат на охорону здоров'я, то обсяг витрат на них скоротився в 2023 році на 5009,9 млн. грн в порівнянні з 2022 роком.

На основі аналізу видатків Зведеного Бюджету України за 2020-2023 рр., ми бачимо, що в цілому видатки виросли в 2023 році, таке зростання обумовлено воєнним станом в Україні та збільшенню державного фінансування на армію.

Далі дослідимо структуру розподілу видатків державного бюджету за 2023 рік та визначимо частку витрат на охорону здоров'я (рис. 2.4).

Отож, аналізуючи рисунок 2.4, ми бачимо, що найбільшу частку витратів в 2023 році припадало на оборону – 52%, адже в нашій країні воєнний стан і всі податки підприємств спрямовуються на фінансування армії та розвиток Військово-промислового комплексу України. Частка витрат на охорону здоров'я з загальних витрат становила 5% за 2023 рік.

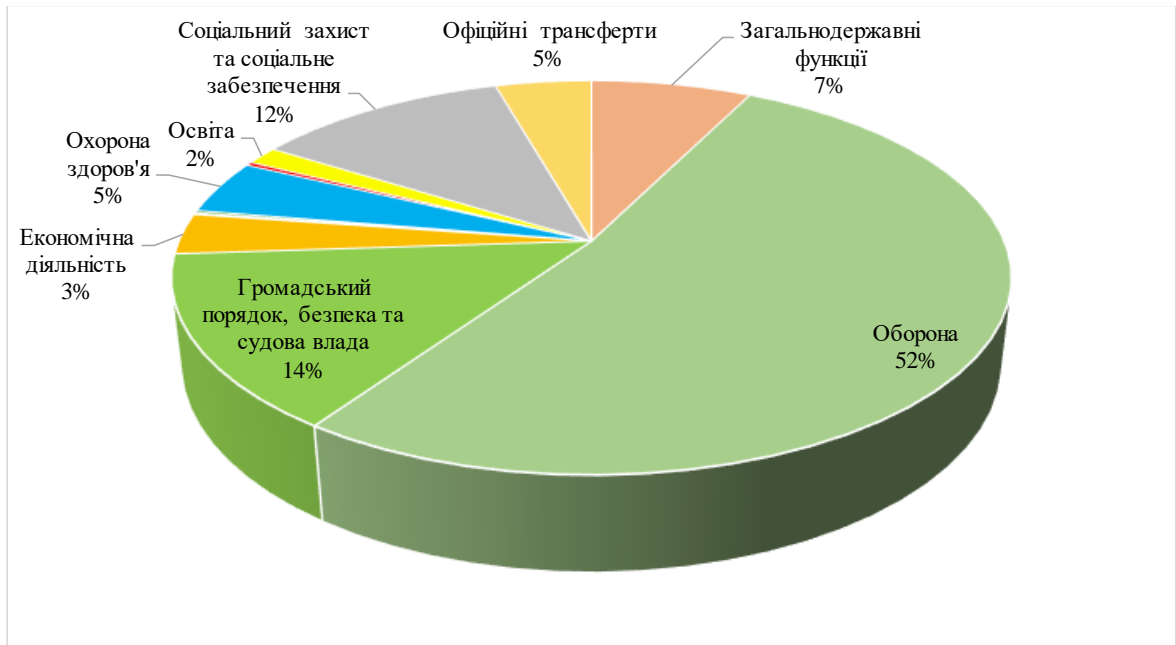


Рисунок 2.4 – Частка витрат на охорону здоров'я у структурі витратів державного бюджету України за період 2023 рр., %

Джерело: [43]

Саме від доходів державного бюджету залежать розміри трансфертів місцевих бюджетів на розвиток інфраструктури та соціальних виплат малозабезпеченим громадянам, які особливо гостро потребують вдосконалення та коригування в Україні. Доходи складають основу зведеного бюджету України і їх зростання свідчить про здоровий розвиток економіки, інтенсифікацію підприємницької діяльності та про розширення роботи українських компаній на зарубіжних ринках.

На рис. 2.5 наведено загальну динаміку частки витрат на охорону здоров'я в Україні.

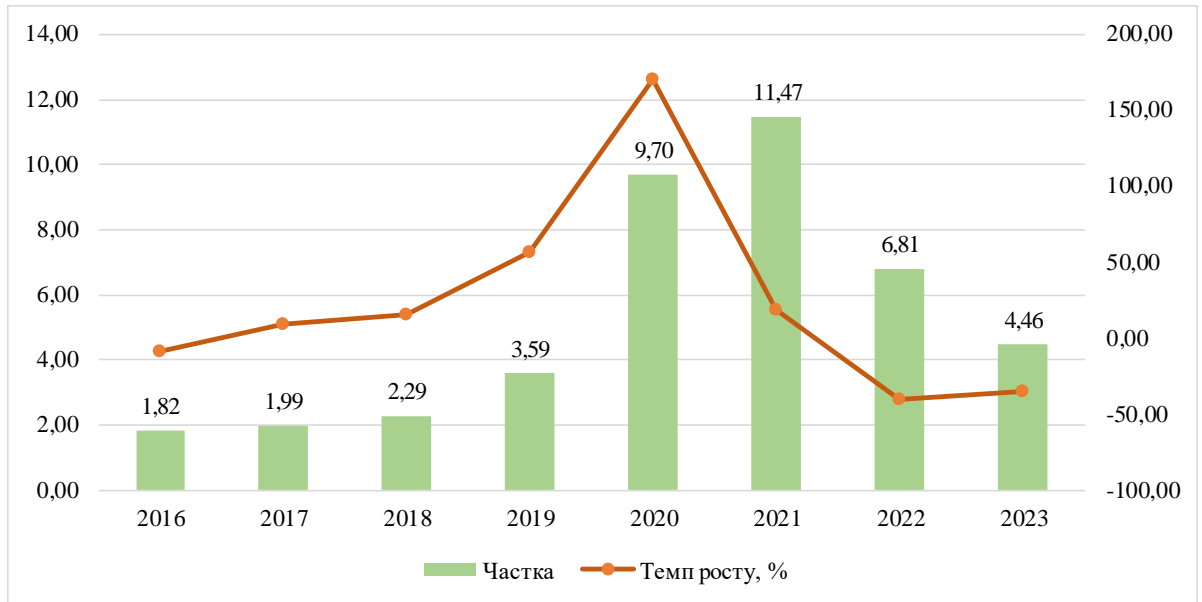


Рисунок 2.5 – Динаміка частки витрат на охорону здоров'я у державному бюджеті України за період 2016-2023 рр., %

Джерело: [43]

Аналізуючи частку витрат на охорону здоров'я у загальному бюджеті України, бачимо, що частка значно зросла до 9,7, а у 2021 році зазнала піку – 11,47. Зростання обумовлене, як вже зазначалося вище, впровадженням реформи та через пандемію. Також слід відміти скорочення частки з 11,47 у 2021 році до 4,46 в 2023 році. Дана тенденція свідчить про скорочення фінансування сфери охорони здоров'я зі сторони державного бюджету, адже починаючи з 2022 року держава через повномасштабну військову агресію Росії змушена була спрямувати ресурси на критично важливі напрями, такі як допомога внутрішньо переміщеним особам, відновлення зруйнованої інфраструктури, соціальні виплати тощо. Також значну частину витрат на медицину у 2022-2023 рр. покривали кошти міжнародних організацій, які здійснювали фінансову допомогу Україні, що дало можливість скоротити прямі видатки з бюджету.

Наступним розрахуємо витрати на охорону здоров'я на душу населення в Україні (рис. 2.6).

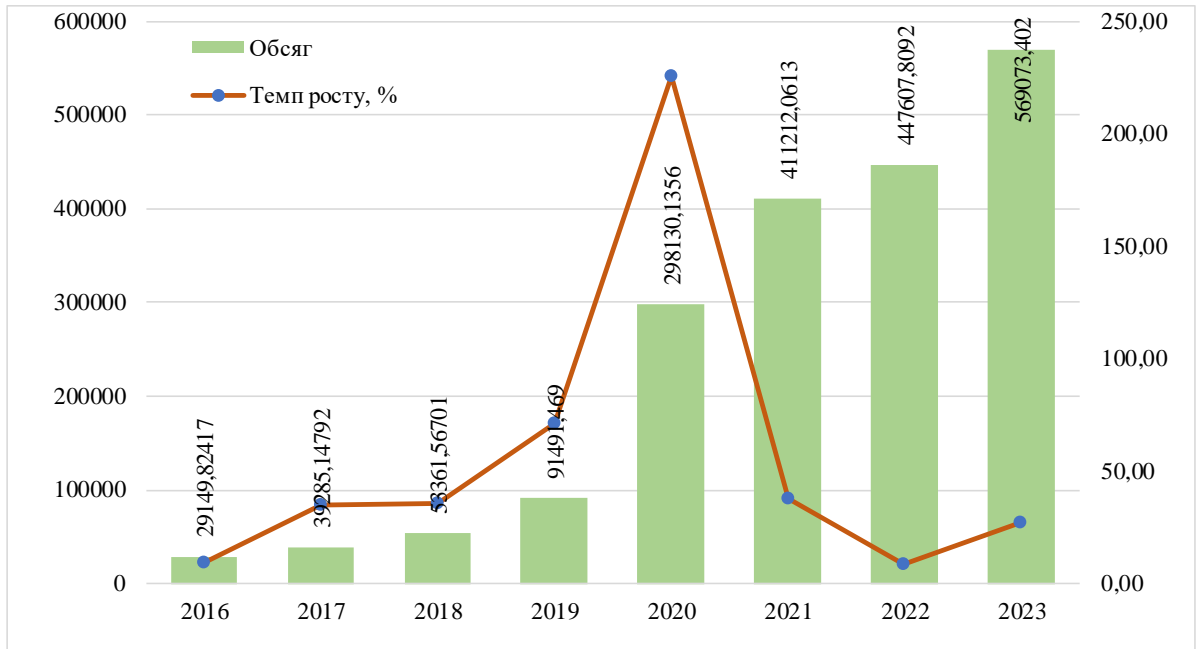


Рисунок 2.6 – Динаміка витрат на охорону здоров'я на душу населення за період 2016-2023 рр, грн.

Джерело: [43]

Загальні витрати на охорону здоров'я в Україні у 2023 році становили 2,74% валового внутрішнього продукту (ВВП), тоді як витрати на охорону здоров'я на душу населення у 2023 році становили 56,9 тис. грн. Система громадського здоров'я фінансується за рахунок загального оподаткування (податок на додану вартість, податок на прибуток, митні збори та акцизи). На ПМГ було виділено 2,7 млрд доларів США, що еквівалентно 64% всього бюджету на охорону здоров'я. ДМУ включає широкий спектр стаціонарної та амбулаторної допомоги та ліків, і закон вимагає, щоб ці виплати були обліковані, а розподіл точно зафіксований з точки зору груп населення, які отримують допомогу. Наразі лише аптеки ведуть електронний облік рецептів на ліки, що входять до програми «Доступні ліки», яка передбачає відшкодування вартості основних лікарських засобів для лікування пріоритетних захворювань [45].

Державні джерела фінансування становлять лише 46% загальних витрат на охорону здоров'я або 2,74% ВВП, тоді як домогосподарства витрачають значні кошти на ліки, діагностику та неформальні платежі. Витрати з власної кишені становлять близько 53% загального фінансування охорони здоров'я. Лікарні керували «благодійними фондами», що фінансувалися за рахунок неформальних

платежів, які фактично були дискреційною платою за послуги, що стягувалася з користувачів. Ці кошти використовувалися для доплат до зарплат лікарів та іноді для дрібного ремонту інфраструктури.

Реформа системи охорони здоров'я також була підтримана змінами у фармацевтичному секторі, спрямованими на покращення доступу до основних лікарських засобів. Було реалізовано кілька державних програм, спрямованих на підвищення доступності лікарських засобів. Нинішня схема відшкодування вартості ліків включає доступні ліки від серцево-судинних захворювань, діабету 2 типу та бронхіальної астми.

Також з 2019 року діє програма електронних рецептів для незахищеної верстви населення. Ця програма надає ліки безоплатно або з незначною доплатою і доступна лише за електронним замовленням. Таким чином, пацієнти можуть отримати ліки в будь-якій аптеці, зареєстрованій в країні. Це означає більш зручний сервіс для пацієнта: за відносно короткий проміжок часу пацієнт отримує консультацію лікаря, лікар виписує електронний рецепт та пацієнт отримує ліки в аптеці. Ефективність програми «Доступні ліки» (реімбурсації) за період 2022-2023 рр. наведено на рис. 2.7.

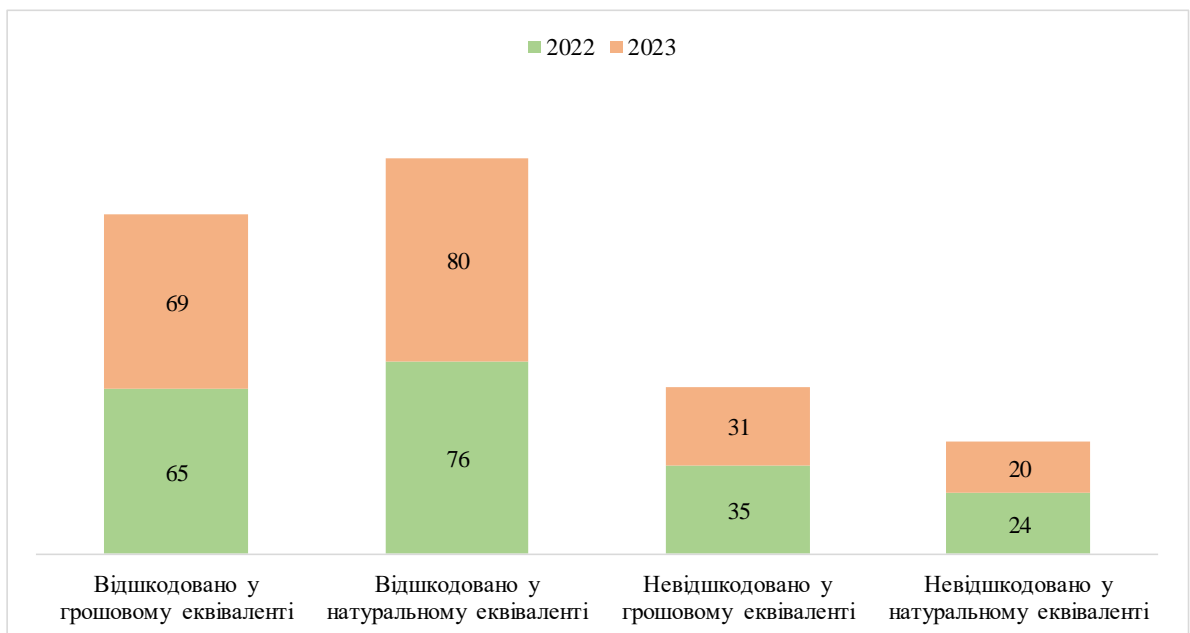


Рисунок 2.7 – Ефективність програми «Доступні ліки» за період 2022-2023 рр., %

Джерело: [43]

Аналізуючи дані рис. 2.7, видно, що за підсумками 2023 р., обсяги аптечного продажу ліків, включених до програми реімбурсації, у грошовому вираженні збільшилися на 18% порівняно із 2022 р., а у натуральному — знизилися на 1,4%. У 2022 році до програми додали препарати для лікування хвороби Паркінсона та хронічного обструктивного захворювання легень. У 2023 році програмою «Доступні ліки» вже користувалися понад 600 тис. громадян, що визнає її популярність та зручність навіть під час воєнного стану.

Одним з основних напрямків реформи є перерозподіл фінансування на відновлення первинної медичної допомоги з одночасною оптимізацією лікарняного сектору. Стратегія чітко передбачає перерозподіл ресурсів на користь ПМД з метою досягнення найкращого співвідношення ціни та якості. Для ефективного використання обмежених ресурсів служби ПМД, повинні посилити профілактику, забезпечити ранню діагностику та своєчасне лікування, щоб зменшити тягар хвороб і знизити майбутні витрати на лікування.

2.2. Сучасні тенденції у сфері фінансування охорони здоров'я

Успішне управління новою системою охорони здоров'я потребує всебічної та якісної інформації. Як невід'ємну частину реформи уряд використовує діджиталізацію та створює сучасну та інтегровану електронну медичну інформаційну систему. Її функціонування підтримуватиме принцип «гроші йдуть за пацієнтом» і забезпечить прозорість системи [46]. Очікується, що система електронної охорони здоров'я реформує управління державним фінансуванням сектору охорони здоров'я. Прозора і впорядкована система управління державними фінансами є одним з елементів, що сприяють досягненню таких бюджетних результатів, як фіскальна дисципліна, виконання урядових завдань та ефективне надання послуг. Сучасна електронна система управління медичною інформацією буде підтримувати всі операції від фінансового планування та розробки контрактів до моніторингу ефективності. Наявність даних про медичні та економічні параметри надання медичних послуг

на всіх рівнях є обов'язковою для підтримки стратегічних закупівель медичних послуг.

Ретельний моніторинг ефективності покращить процес прийняття рішень, розширить можливості пацієнтів і лікарів та забезпечить безперервність надання медичної допомоги на всіх рівнях системи охорони здоров'я. Українська система електронної охорони здоров'я розробляється державним підприємством «Електронне здоров'я» у співпраці з урядом, приватним бізнесом та громадянським суспільством. Розробка національної інформаційної системи підвищить спроможність Національної служби здоров'я України та державного підприємства (ДП) «Електронне здоров'я» управляти електронною системою охорони здоров'я (е-здоров'я), а також даними пацієнтів в рамках медичної інформаційної системи та забезпечить надійний захист медичної документації. Концепція кібербезпеки керує НСЗУ та ДП при управлінні системою електронної охорони здоров'я з різних медичних інформаційних систем та постачальників медичних послуг, які вводять медичні та бухгалтерські дані, що передаються із закладів на центральний рівень [47].

Ефективність ДП ««Електронне здоров'я» наведено на рис. 2.8 та проаналізовано чистий прибуток та загальну виручку компанії за період 2022-2023 рр.

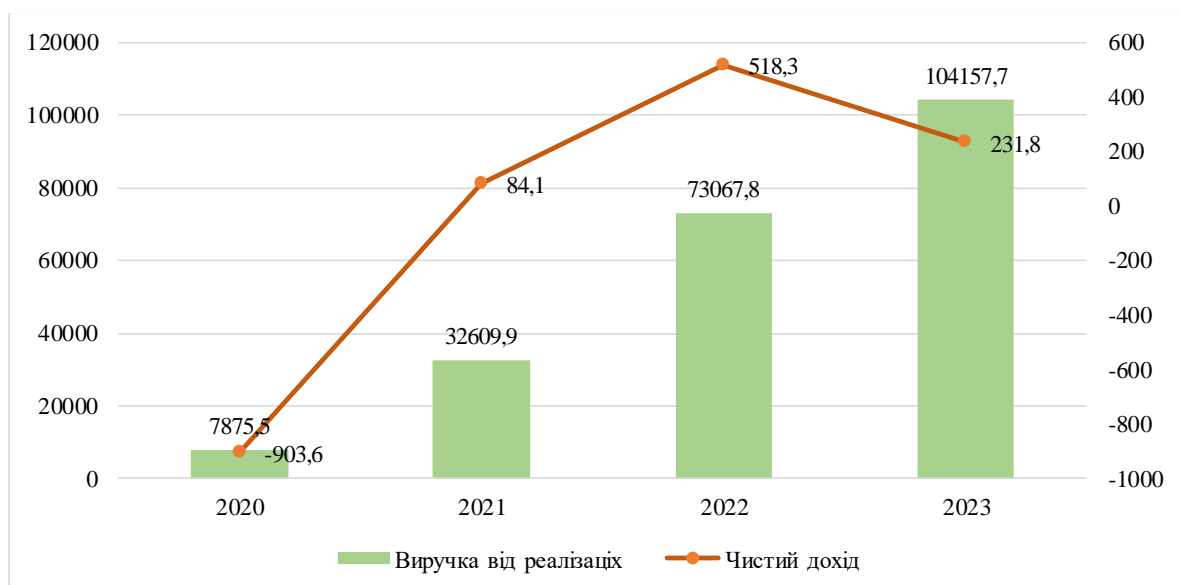


Рисунок 2.8 – Динаміка виручки від реалізації та чистого прибутку ДП ««Електронне здоров'я» за період 2020-2023 рр., тис. грн.

Джерело: [43]

Аналізуючи показники чистого доходу, ми бачимо, що у 2023 році ДП «Електронне здоров'я» зменшило свій дохід за рахунок збільшення витрат, проте, незважаючи на це компанія не отримує збитків, що засвідчує її ефективність.

Найновіші інформаційні технології виступили каталізатором та найважливішим інструментом модернізації медичної, економічної та управлінської складових системи охорони здоров'я в Україні. Концепція реформи фінансування охорони здоров'я затверджена Постановою Кабінету Міністрів України № 1013-р від 30.11.2016, де зазначається, що перехід на нову систему закупівель медичних послуг супроводжується створенням та постійним удосконаленням сучасної платформи збору та обміну медичною та фінансовою інформацією в електронному вигляді. Із самого початку український уряд поставив завдання поетапного впровадження інструментів електронної охорони здоров'я.

Правові питання функціонування та впровадження електронної охорони здоров'я в Україні регулюються основними нормативними правовими актами: Законом України «Про державні фінансові гарантії послуг охорони здоров'я» від 19.10.2017 № 2168-VIII та Постановою Кабінету Міністрів України «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» [49]. Ці правові документи визначають основні поняття, предмети, завдання, функції, компоненти та етапи впровадження нових механізмів реалізації гарантованої державою медичної допомоги в Україні.

Законом України № 2168-VIII запроваджено новий правовий механізм забезпечення пацієнтів необхідними медичними послугами та лікарськими засобами належної якості за рахунок Державного бюджету України у рамках програми медичних гарантій. Передові засади забезпечення реалізації програми медичних гарантій та оплати надання медичних послуг та лікарських засобів реалізуються на основі електронної взаємодії учасників за допомогою електронної охорони здоров'я. Постанова Кабінету Міністрів України № 411 визначає технічну та управлінську архітектуру обраної двокомпонентної моделі електронної охорони здоров'я, яка включає центральну базу даних та електронні

медичні інформаційні системи. Відбувається автоматизований обмін інформацією, даними та документами через відкритий програмний інтерфейс.

Система забезпечує сумісність та електронну взаємодію центральної бази даних з іншими інформаційними системами та державними інформаційними ресурсами – Єдиний державний демографічний реєстр; Єдиний державний реєстр юридичних осіб, індивідуальних підприємців та громадських об'єднань; Державний реєстр актів громадського стану; Державний реєстр платників податків – фізичних осіб; інформаційні системи Міністерства соціальної політики; Єдина державна електронна база даних щодо освіти; Єдиний державний реєстр МВС; Інформаційно-аналітична платформа електронної верифікації та моніторингу.

На сьогоднішній день eHealth є однією із найбільших електронних систем в Україні [50]. Функціонал електронної системи охорони здоров'я дозволяє укладати, змінювати та розривати договори громадської охорони здоров'я та договори відшкодування за програмою медичних гарантій; підготовка та подання електронної звітності, первинних, розрахункових та інших документів за договорами через центральну базу даних; реєстрація користувачів у центральній базі даних; підготовка, подання та перевірка медичних декларацій, рецептів, напрямів та медичних записів; обмін інформацією та документами через електронні кабінети з дотриманням прав доступу користувачів; надання пацієнтові (їх законним представникам) згоди на доступ до його персональних даних; пошук та перегляд інформації в центральній базі даних відповідно до прав доступу користувачів. Доступний функціонал постійно оновлюється.

У 2024–2025 рр. очікується запуск особистого кабінету пацієнта через додаток «Дія». Це дозволить користувачам перенядати свої декларації з лікарями, змінювати їх, за власним бажанням, знаходити нових спеціалістів, а також, не виходячи з дому, змінювати персональні дані, такі як прізвище, адресу або номер телефону. Наразі електронна система охорони здоров'я обслуговує понад 19 тисяч медичних закладів та зберігає мільярди електронних медичних записів.

На рис. 2.9 наведено структуру витрат Міністерства охорони здоров'я на охорону здоров'я за основними службами.

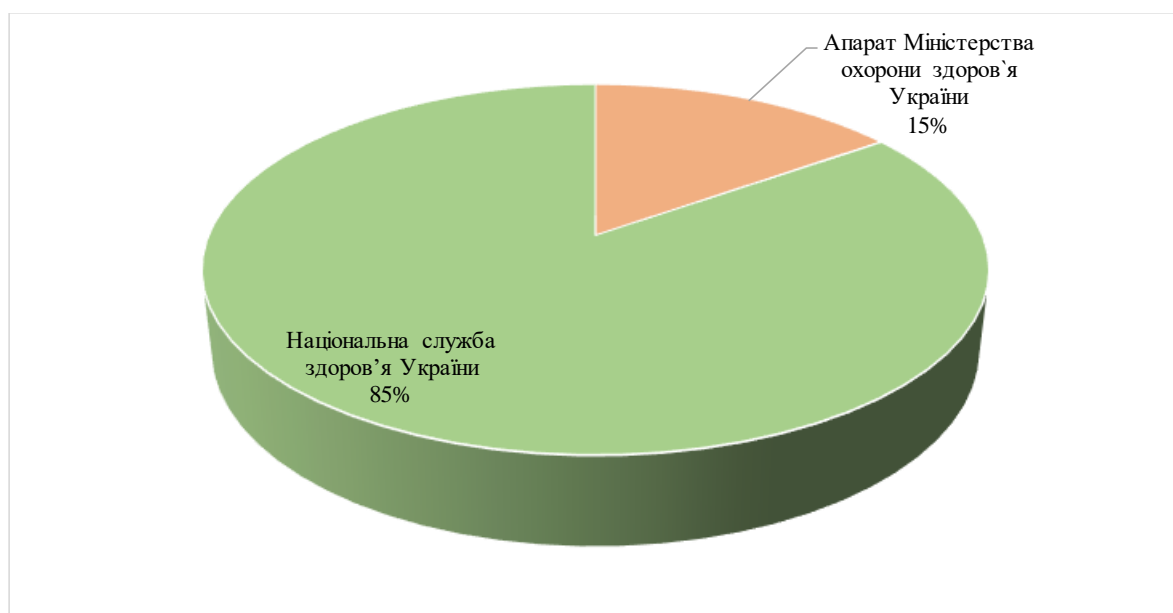


Рисунок 2.9 – Структура витрат МОЗ на охорону здоров'я за 2023 рік, %
Джерело [51]

Отже, ми бачимо, що основним отримувачем коштів від МОЗ є Національна служба охорони здоров'я, частка якої у витратах складає 85%, решту 15% виділяється на Апарат Міністерства охорони здоров'я.

Реформа фінансування охорони здоров'я в Україні, що стосується лікарень та спеціалізованої допомоги, перебуває на перехідному етапі до повного запуску системи електронної охорони здоров'я. За новою системою оплати НСЗУ оброблятиме інформацію, групуючи втручання, а потім платитиме лікарням на основі Діагностично-споріднених груп (ДСГ). Укладання договорів з лікарнями розпочалося 1 квітня 2020 року з використанням глобальних бюджетів до впровадження системи ДСГ. Заклади охорони здоров'я, що надають спеціалізовані послуги, зобов'язані вести медичну документацію та кодування клінічних випадків в електронній системі охорони здоров'я для лікування гострого інфаркту міокарда, гострого інсульту, пологів та складних випадків надання неонатальної допомоги.

Точне, своєчасне та повне кодування діагнозів і втручань у лікарнях є критично важливим елементом, який необхідно посилити для безперешкодного

впровадження системи ДСГ. В Україні процес кодування передбачає класифікацію клінічної інформації, задокументованої в медичній документації в рамках кожного епізоду госпіталізації, на літерно-цифрові коди діагнозів за класифікацією МКХ-10-АМ (Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду) та цифрові коди втручань за Австралійською класифікацією медичних втручань (АСНІ). Ці коди потім групуються в категорії за допомогою Австралійської класифікаційної групи уточнених діагнозів (Australian Refined Diagnosis Related Group, AR-DRG). Забезпечення якості вхідних даних підвищить надійність та прийнятність оплати DRG серед зацікавлених сторін. Лікарі спеціалізованих служб проходять онлайн-тренінги з кодування діагнозів та втручань, а деякі заклади подають звіти за МКХ-10. Ще одним важливим кроком є розробка та вдосконалення систем бухгалтерського обліку для отримання достовірних даних про витрати, що сприятиме успішному впровадженню системи оплати. Також для підвищення довіри до системи необхідно розробити систему верифікації, яка включатиме вибіркові перевірки для підтвердження надання медичних втручань, зменшення помилок у звітності та запобігання шахрайству. НСЗУ має встановити національний тариф на лікарняні послуги і таким чином заохочувати конкуренцію, засновану на якості послуг, на противагу лікарням, що пропонують дешеві послуги.

Україна має більше лікарняних ліжок, ніж багато інших країн Європи: 879 лікарняних ліжок на 100 000 населення. Середня тривалість перебування в лікарні становить 11,8 днів, порівняно з шістьма днями в країнах, які є членами Європейського Союзу [52]. Тривалість перебування в стаціонарі є переконливим доказом неефективності моделі фінансування стаціонарної допомоги на основі кількості ліжко-днів. Бюджетування за кількістю палат і ліжок є сильним стимулом для того, щоб тримати ліжка відкритими і заповнювати їх пацієнтами, незалежно від того, чи дійсно вони потребують стаціонарних послуг. Оплата за результатами з використанням фінансування на основі діяльності має на меті змінити стимули в усій лікарняній системі. Переваги системи оплати на основі ДСГ включають стримування витрат лікарні, скорочення тривалості перебування в лікарні та загальне підвищення ефективності.

Прогрес у напрямку оптимізації лікарняної інфраструктури та надання медичної допомоги є основним викликом для реформи системи охорони здоров'я. Вкрай важливо розробити плани інвестицій для неефективних лікарень і розглянути питання про їх закриття або перепрофілювання. Раціоналізація лікарняних послуг та встановлення максимальної кількості ліжок і персоналу на душу населення призведе до сильного опору як з боку керівництва системи охорони здоров'я, так і з боку численного медичного персоналу на місцевому рівні. Для перших це означатиме скорочення фінансування, а для других - передислокацію, втрату робочих місць і збої в роботі.

Міністерство охорони здоров'я працює над оптимізацією кількості лікарень та ліжок для створення ефективної регіональної мережі лікарень. Області є адміністративно-територіальними одиницями, еквівалентними штатам в інших країнах. Області складаються з районів та міст/селищ, які безпосередньо підпорядковані областям. Фактично, в центрі міста можна знайти обласну лікарню, міську лікарню та районну лікарню в безпосередній близькості один від одного. Обласна влада готує плани розвитку госпітальних округів, які передбачають інвестиції для зміцнення потенціалу лікарень та зміни маршрутів пацієнтів, щоб забезпечити своєчасну та якісну медичну допомогу всім пацієнтам. Для визначення оптимальної кількості лікарняних ліжок з більш ефективним використанням фінансових та людських ресурсів у планах розвитку госпітальних округів застосовуються міжнародні еталонні дані та моделювання для оцінки попиту та використання стаціонарних послуг у кожній з регіональних лікарняних мереж. Така реорганізація госпітального сектору призведе до підвищення ефективності використання ресурсів охорони здоров'я та покращення доступу і якості лікарняних послуг для пацієнтів.

На рис. 2.10 наведено частку витрат на охорону здоров'я місцевих бюджетів за період 2023 року.



Рисунок 2.10 – Частка витрат на охорону здоров'я в місцевих бюджетах за 2023 рік, %

Джерело [51]

Отож, ми бачимо, що в місцевих бюджетах частка витрат на охорону здоров'я 5,1%, що свідчить про те, що порівняно з іншими напрямками, такими як освіта (9,13%), соціальний захист (8,59%), духовний та фізичний розвиток (7,71%), загальнодержавні функції (9,99%), не є пріоритетним, але перевищують витрати на громадський порядок (3,08%), міжнародні трансферти (4,67%) та охорону навколишнього середовища (0,07%). Такий відсоток фінансування охорони здоров'я на місцевому рівні зумовлений переходом на фінансування через Національну службу здоров'я України. Більшість витрат на охорону здоров'я покриваються з державного бюджету. Зарплати лікарів і оплата медичних закладів здійснюється з центрального рівня.

У березні 2017 року Кабінет Міністрів України затвердив госпітальні округи в 11 областях (Дніпропетровській, Житомирській, Запорізькій, Київській, Луганській, Полтавській, Рівненській, Тернопільській, Херсонській, Хмельницькій та Чернігівській) та місті Києві. Ці обласні адміністрації визначили географічні межі госпітальних округів таким чином, щоб вони охоплювали щонайменше 120 000 осіб, а радіус доїзду до них не перевищував однієї години. Запровадження політики, що дозволяє пацієнтам обирати лікарню

в межах мережі, потребуватиме системи оплати, яка відшкодуватиме лікарням витрати за кількість пролікованих пацієнтів та види наданого лікування [53].

Отож, слід відзначити, що за період 2016-2023 році в Україні було проведено цифровізацію сфери фінансування охорони здоров'я. Було впроваджено електронні рецепти, медичні картки та електронні направлення пацієнтів, що значно полегшує доступ українців до медичних послуг. Цифровізація дозволяє уникати корупційних ризиків та робить розподіл бюджетних коштів більш прозорим та цільовим, що сприяє зростанню довіри громадян до державної системи охорони здоров'я. Це свідчить про значний прогрес МОЗ та й країни зокрема.

2.3. Дослідження впливу війни на стан фінансування охорони здоров'я

24 лютого 2022 року Україна зіткнулася з жорстоким російським вторгненням, що спричинило безліч негативних наслідків. Того дня українців розбудили обстріли та бомбардування цивільної інфраструктури, зокрема шкіл та лікарень по всій країні.

З того часу українські лікарі та пацієнти зіткнулися з неймовірними проблемами; вони адаптувалися до нової реальності надання медичної допомоги. Система медичного обслуговування – одна із сфер, яку росіяни намагаються «денацифікувати» в Україні. За 3 місяці повномасштабної війни вони пошкодили понад 600 лікарень та щонайменше 12 медиків загинули.

Росіяни блокують постачання ліків на тимчасово окуповані території, загрожують лікарям розправою та роблять усе можливе, щоб не дати українцям вижити.

Система охорони здоров'я України стикається з багатьма проблемами. Доступ до медичного обслуговування серйозно обмежений через проблеми безпеки, обмежену мобільність, розрив ланцюжків поставок та масове переміщення. Охорона здоров'я продовжує нападати (включаючи напади на медичні установи, транспорт, персонал, пацієнтів, матеріали та склади): у період з 24 лютого було зареєстровано загалом 295 нападів на медичні установи,

внаслідок яких 59 осіб отримали поранення та 76 осіб загинули. Подальші напади перевіряються. За даними Системи спостереження за нападами на охорону здоров'я Всесвітньої організації охорони здоров'я, ці напади позбавляють людей терміново необхідної допомоги, ставлять під загрозу постачальників медичних послуг і підривають системи охорони здоров'я [54].

Продовжуються зусилля з доставки предметів медичного призначення з бази постачання та матеріально-технічного постачання ВООЗ у Львові до постраждалих областей в умовах нестачі палива, обмежених складських потужностей та обмежень безпеки через воєнні операції. Доставка життєво важливих матеріалів до важкодоступних місць залишається головним пріоритетом для ВООЗ.

Кожен четвертий житель України старше 60 років, і вплив війни, що триває, на літніх людей, у тому числі на людей з обмеженими можливостями, був суттєвим. Необхідна життєво необхідна підтримка та необхідна допомога під час евакуації мають бути надані тим, хто не зміг або не захотів залишити свої будинки, у тому числі тим, хто живе в закладах догляду.

З 13 березня по 12 червня 2022 року бригади швидкої медичної допомоги (ЄМТ) в Україні відреагували на 4604 амбулаторні звернення, з яких 16% (736 амбулаторних відвідувань) були з інфекційними захворюваннями та 14% (644 амбулаторні відвідування) – з травмами. Серед інфекційних захворювань більшу частину (640 амбулаторних відвідувань) становили гострі респіраторні інфекції. Станом на 14 червня не менше 641 пацієнта (78% запитів) було евакуйовано за медичними показаннями з Польщі, Республіки Молдова, Словаччини та України за допомогою Механізму цивільного захисту Європейського Союзу (ЄС) до 13 європейських країн (Бельгія, Данія, Франція, Німеччина, Ірландія, Італія, Люксембург, Нідерланди, Норвегія, Португалія, Румунія, Іспанія та Швеція).

За даними Міжнародної організації з міграції (МОМ), станом на 14 червня 2022 року близько 7,13 мільйонів людей є вимушеними переселенцями, а кількість біженців становить 7,3 мільйона осіб.

У таблиці 2.1 показані українські біженці, які в'їхали до деяких європейських країн у період з 24 лютого до 15 червня 2022 року. За даними

ВООЗ, станом на 15 червня 2022 року внаслідок російської агресії загинуло 10 046 мирних жителів: 5 565 поранених та 4 481 загиблий серед мирних жителів.

Таблиця 2.1

Українські біженці, які в'їхали до деяких країн Східної Європи у період з 24 лютого до 15 червня 2022 року.

Країна	Число біженців, які в'їхали до країни в період з 24 лютого до 15 червня, українське.	Коментарі
Чеська Республіка	До Чехії прибуло 373 965 українських біженців.	
Угорщина	За оцінками, до Угорщини прибуло 764 216 українських біженців.	
Польща	До Польщі прибуло 3954957 українських біженців, що становить 52% від загальної кількості біженців.	Станом на 13 червня МОЗ повідомило, що у польських лікарнях зараз проходять лікування 1500 осіб української національності.
Молдова	До Республіки Молдова прибуло 498 896 українських біженців.	На сьогоднішній день у 87 центрах розміщення біженців проживає 37 306 осіб (загальна місткість: 7 351 особа). З них 18% - вагітні та жінки, 25% - люди з обмеженими можливостями, 3% - люди з важкими захворюваннями, 6% - неповнолітні у віці 0-2 років, 37% - діти від 2 до 18 років, а 9% - люди похилого віку.
Румунія	642 159 українських біженців прибули до Румунії. Проте більшість із них слідує транзитом до інших країн, насамперед до Угорщини (30%) та Болгарії (20%).	
Словаччина	За оцінками, до Словаччини прибуло 501 335 українських біженців.	Станом на 14 червня 81288 біженців звернулися за тимчасовим захистом до Словаччини, а 189 осіб звернулися за притулком.

Джерело: [54, 55]

Військова агресія Російської Федерації, розпочата 24 лютого 2022 р., внесла корективи у функціонування та розвиток електронної охорони здоров'я в Україні. В даний час атак зазнали десятки медичних закладів та медичних працівників. І ці цифри зростають з кожним днем. Внутрішнє переміщення українців викликало нерівномірний розподіл навантаження на систему охорони

здоров'я: кількість користувачів збільшилася на заході країни та зменшилась на сході. Вищезгадане також позначилося на навантаженні деякі медичні інформаційні системи.

У зв'язку з новими викликами, розробка деяких запланованих проєктів була зрушена в часі, а запуск інших відкладений. Пріоритетними стали завдання стабільного функціонування всієї системи охорони здоров'я за умов воєнного стану. Йдеться, перш за все, про підтримку стабільної роботи електронної охорони здоров'я, безпечне введення медичних даних у систему, надання та вдосконалення ключових сервісів, забезпечення максимального захисту всього кіберпростору електронної охорони здоров'я.

З огляду на необхідність військового стану було доопрацьовано функціонал середнього медичного персоналу «Робоче місце молодшого медичного персоналу». Він дозволяє користувачам зареєструватися в системі та отримати відповідні права доступу; пошук електронних медичних записів; формувати пакети діагностичних звітів; записувати процедури лікування; перевіряти, обробляти та відхиляти електронні напрями; запровадити дані про вакцинацію; переглянути деталі маніпуляції тощо.

Робота середнього медичного персоналу в системі дозволяє перерозподілити цифрове навантаження лікарів та забезпечити необхідний постійний доступ середнього медичного персоналу до медичних даних пацієнта, історії лікування, маніпуляцій тощо.

В даний час наказ МОЗ «Про внесення змін до Наказу МОЗ від 01.06.2021 № 1066 та Порядок видачі (формування) листа непрацездатності в електронному реєстрі листків непрацездатності» від 22.04.2021 р. № 675 від 2022 року [56] регламентує можливість категоріям вагітності та пологів, ортопедичного протезування, системного захворювання або травми, догляду за хворою дитиною отримати електронні листки непрацездатності. В умовах військового стану лікарі-консультанти, які ведуть вагітність на амбулаторному лікуванні, мають право надавати жінкам медичні висновки за категорією «Вагітність та пологи» без особистого огляду таких жінок, а покладаючись на результати дистанційної взаємодії з ними. Врегульовано нову підставу для видачі листка

непрацездатності на паперовому носії: порушення хворим на строк подання заяви про продовження тимчасової непрацездатності у зв'язку з обставинами непереборної сили в умовах воєнного стану, якщо на день видачі хворий залишається недієздатним. Однак сьогодні головним викликом для всієї системи охорони здоров'я України є можливість забезпечити медичною допомогою всіх, хто її потребує, незалежно від відстані та часу звернення. У разі бойових дій критично важливими стають дистанційні форми взаємодії суб'єктів медичної допомоги. Особливо це стосується здійснення медичних втручань за життєвими показаннями, які термінові.

Сучасні технологічні рішення дозволяють підключати фахівців із різних країн у режимі реального часу, що сприяє отриманню цінних професійних рекомендацій саме під час оперативних втручань. Таким чином, міжнародна гуманітарна допомога Україні включає постачання медичного обладнання та ІТ-послуг, що забезпечують постійний доступ до медичної допомоги.

Саме з метою відновлення нашої країни та допомоги ЗСУ та постраждалим від війни і було створено фандрейзингову платформу UNITED24 [57]. Однією із цілей якої було фінансування охорони здоров'я в Україні.

На рис. 2.11 наведена динаміка зібраних коштів за період 2022-2024 рр.

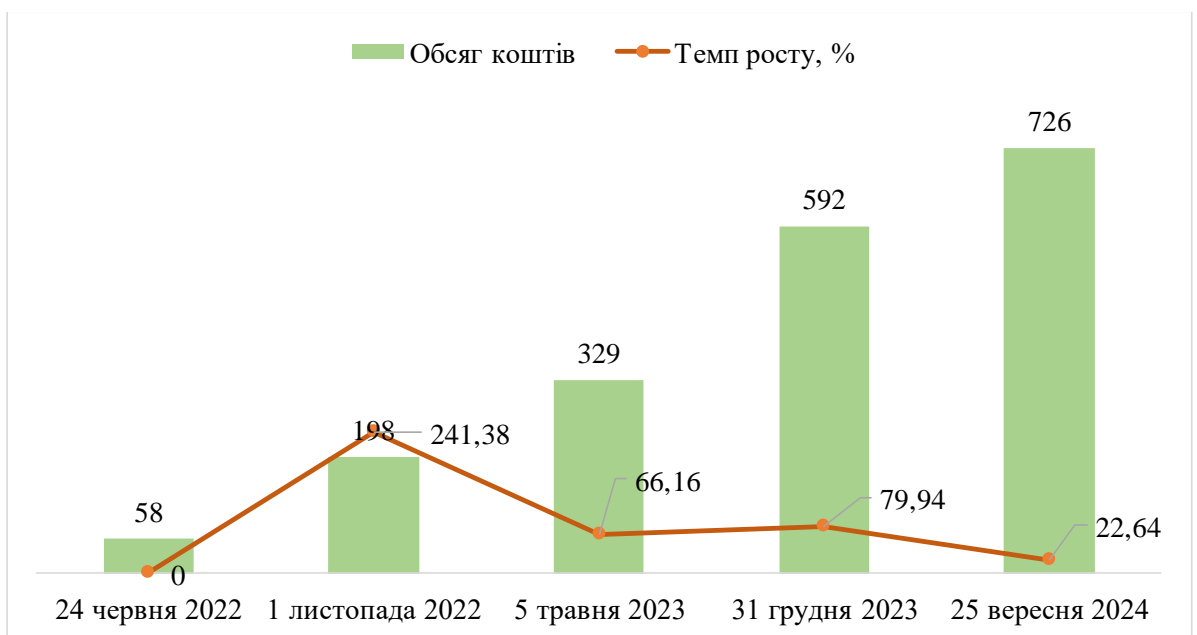


Рисунок 2.11 – Динаміка отриманих коштів через UNITED24 за період 2022-2024 рр, млн. дол. США

Джерело: [57]

Отож, аналізуючи динаміку зібраних коштів, слід відміти, що ріст надходжень є знаним, адже з червня 2022 року по грудень 2023 року ми бачимо 10-те кратне збільшення коштів. У 2024 році обсяг коштів продовжує зростати, хоч і темпи дещо сповільнюються, але ми бачимо дієвість даної платформи в економіці України.

Схематичне отримання та розподіл коштів на платформи UNITED24 можна навести на рис. 2.12.

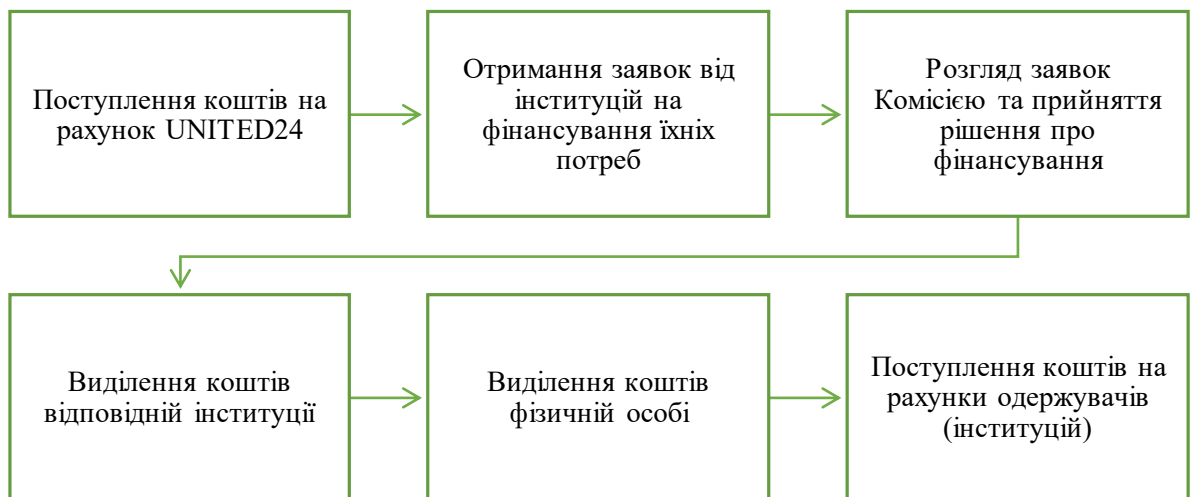


Рисунок 2.12 – Блок схема отримання та розподілу коштів на платформі UNITED24

Джерело: зроблено автором

В підсумку пропонується визначити роль платформи UNITED24 у забезпеченні фінансової стабільності в охорони здоров'я України, шляхом аналізу частки коштів, які поступають на UNITED24 в структурі доходів державного бюджету.

Адже в міру високих витрат на оборону уряд неспроможний фінансувати певні видатки з державного бюджету, що стосуються саме фінансування охорони здоров'я, що власне і частково покладено на UNITED24, кошти з якої йдуть на допомогу ЗСУ, відновлення зруйнованих будівель та інші вили витрат, на які в бюджеті України катастрофічну не вистачає коштів. Отож, на рис. 2.13 наведена частка зібраних коштів UNITED24 в доходах бюджету України.

Отож, частка коштів UNITED24 в загальних доходах бюджету України станом на 2023 рік становила 1%, що є не великою, проте потрібною часткою. Адже коштами UNITED24 фінансуються проекти з медичної допомоги ветеранам та іншим жертвам агресії РФ.

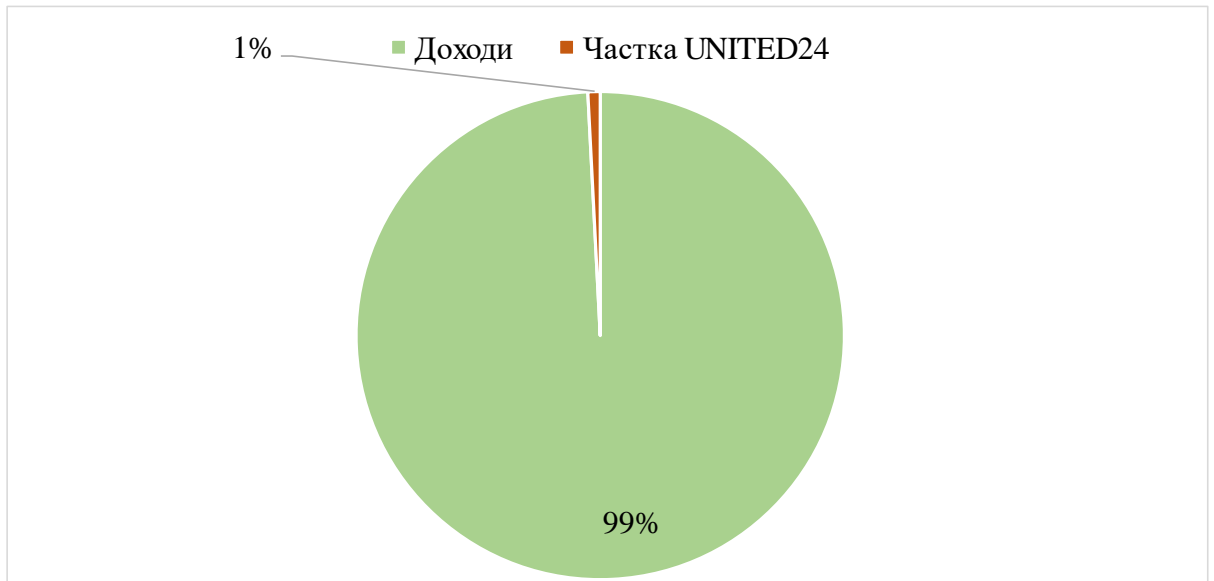


Рисунок 2.13 – Частка коштів UNITED24 в доходах бюджету за 2023р, %
Джерело: [57;58]

Дана платформа за неповних три роки стала важливим джерелом фінансування сотні медичних проектів та в цілому має позитивний вплив на загальний фінансовий розвиток нашої країни за рахунок своєї гнучкості та прозорості, що викликає до неї довіру як українців так і іноземців, які власне і є основними донорами коштів. З 5 травня 2022 року зібрано 748,2 млн доларів США. Понад 600 закладів в 23 регіонах отримали понад 9000 медичних виробів включно з медичним обладнанням для порятунку життів та реабілітації постраждалих.

В підсумку слід відзначити, що вдала бюджетна політика повинна сприяти росту та розвитку сфери охорони здоров'я та підтримувати фінансово її ріст та розвиток як на місцевому так і на державному рівнях.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМКИ РОЗВИТКУ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

3.1. Зарубіжний досвід функціонування фінансування охорони здоров'я

В даному розділі пропонується розглянути функціонування фінансові охорони здоров'я на прикладі країн Європи та США.

В таблиці 3.1 показано класифікацію систем охорони здоров'я провідних країн відповідно до трьох основних моделей бюджетної, страхової та приватної.

Таблиця 3.1

Класифікація систем охорони здоров'я провідних країн згідно з трьома основними моделями

Модель	Країна
Бюджетна	Великобританія, Ірландія, Данія, Португалія, Італія, Греція та Іспанія
Страхова	Німеччина, Франція, Японія, Канада, Нідерланди, Австрія, Бельгія, Голландія, Швейцарія
Приватна	США, Ізраїль, Південна Корея

Джерело: [59]

Отож, детальніше зупинимося на досвіді країн - Німеччини, Великобританії, США та Франції, в яких зазначені вище моделі отримали найбільш яскраве втілення.

Німеччина є класичним прикладом соціально-страхової моделі, структура фінансування якої наведена на рис. 3.1.

З громадських джерел покривається 75% всіх витрат на охорону здоров'я. Рух засобів охорони здоров'я виглядає таким чином: спочатку вони акумулюються у державному фонді, потім надходять на рахунки приватних

некомерційних страхових організацій, які контролюють оплату послуг лікувально-профілактичних установ (ЛПУ).

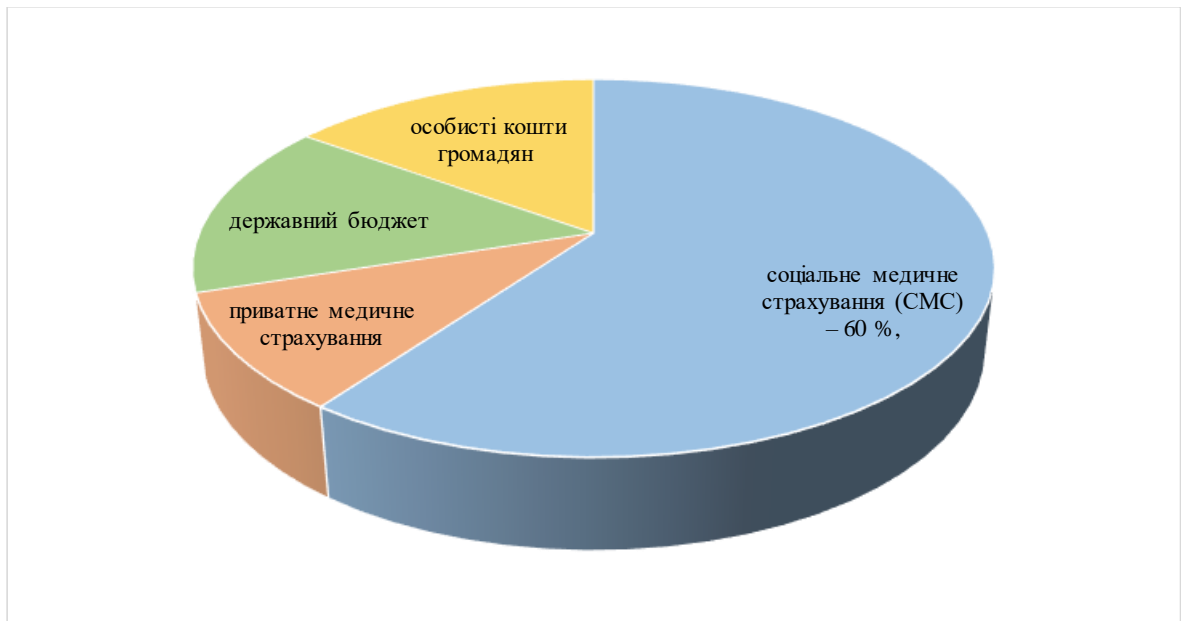


Рисунок 3.1 – Структура фінансування системи охорони здоров'я в Німеччині, %

Джерело: [60]

Некомерційні страхові організації, які отримали назву лікарняних кас, а також їх об'єднання та об'єднання лікарняних кас формують основу системи соціального медичного страхування Німеччини. Вони створюють структури, що саморегулюються, які управляють фінансуванням та наданням послуг в обов'язку, гарантованому законом про обов'язкове медичне страхування. Лікарняні каси мають статус приватних некомерційних організацій, займаються страхуванням ризиків, пов'язаних із хворобою. Об'єднані комісії платників, які з представників лікарняних кас і постачальників послуг (куди входять асоціації лікарів і стоматологів, і навіть лікарні), на федеральному рівні беруть участь у встановленні пільг, нормативів, тарифів і ціни медичні послуги. На регіональному рівні ці комісії укладають договори надання медичних послуг, виконують контрольно-дозвільні функції.

За законами країни, приватним медичним страхуванням можуть користуватися лише особи, доходи яких перевищують €50 тис. на рік. Усі інші громадяни обов'язково повинні бути охоплені соціальним медичним

страхуванням. Починаючи з 1996 р. є можливість вільного вибору лікарняних кас, а також можливість зміни лікарняної каси після 18-місячного терміну контракту. У Німеччині існує кілька лікарняних кас, доступних лише для спеціальних груп населення, наприклад лікарняна каса фермерів, але ці каси зобов'язані укласти договори з будь-якими громадянами незалежно від професійної приналежності.

Для країни характерні висока децентралізація управління охороною здоров'я та поділ повноважень між федеральним урядом та урядами земель.

Ринок медичних послуг високорозвинений, державне медичне страхування відіграє провідну роль, приватне страхування доповнює. Медична допомога надається приватними лікарями та установами різних типів власності з переважанням приватних некомерційних ЛПУ.

Отож, на рис. 3.2 наведено динаміку витрат на фінансування охорони здоров'я у відповідності до ВВП Німеччини.

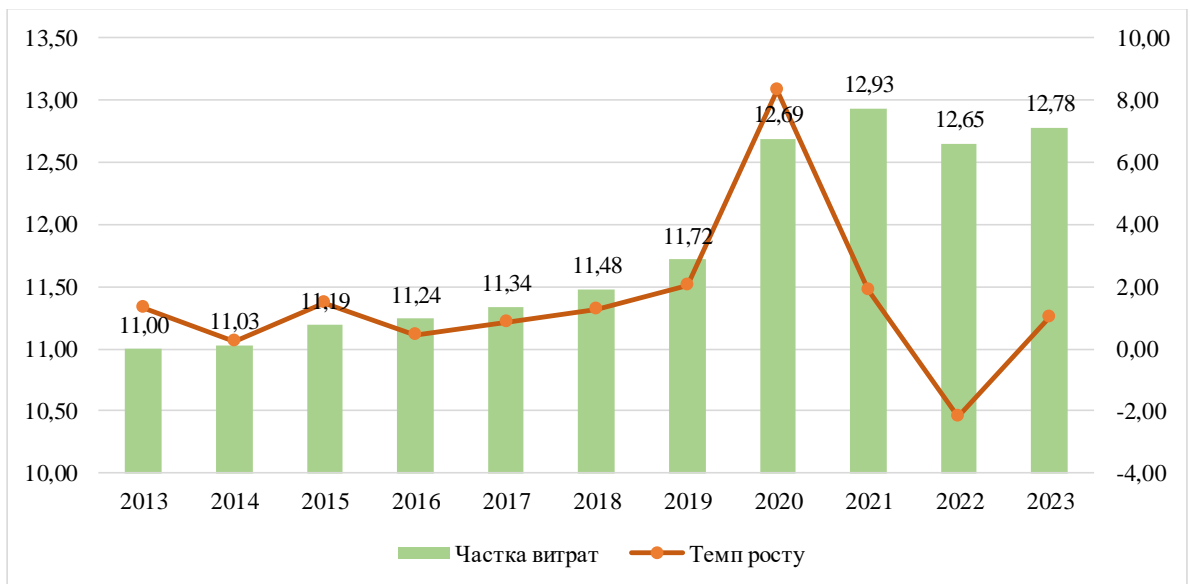


Рисунок 3.2 – Динаміка частки витрати від ВВП на фінансування системи охорони здоров'я в Німеччині за період 2013-2023 рр, %

Джерело: [61]

Аналізуючи динаміку частки витрат, ми бачимо, що в середньому в Німеччині вона складає 12%, що свідчить про високу частку. У 2020 році бачимо різке зростання частки витрат, що можна пояснити значними витратами, пов'язаними з протидією пандемії COVID-19. Після піку у 2020-2021 роках ми

бачимо, що витрати починають стабілізуватися, що свідчить про те, що система охорони здоров'я адаптується до нових реалій. Такий рівень частки витрат на охорону здоров'я супроводжується зростанням тривалості життя громадян та якості медичних послуг. Це демонструє ефективність використання коштів. У 2023 році фінансування охорони здоров'я становить 12,78%, в той час як в Україні за 2023 рік 2,74%, що свідчить про недостатнє фінансування охорони здоров'я в Україні.

Великобританія – найяскравіший приклад бюджетної моделі, структура фінансування якого наведена на рис. 3.3.

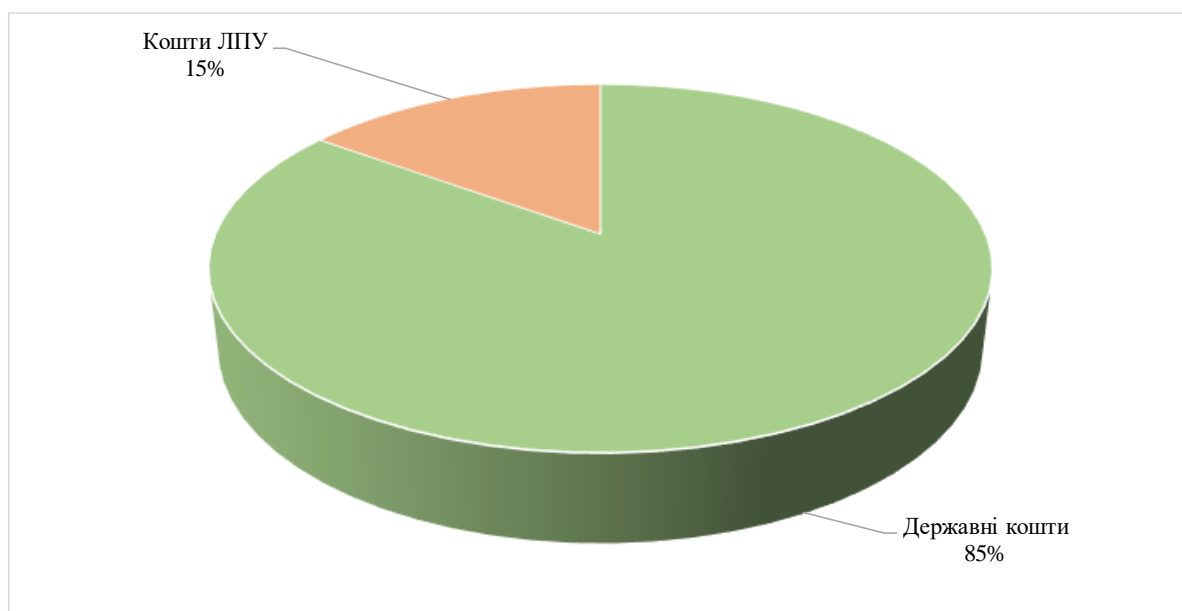


Рисунок 3.3 – Структура фінансування системи охорони здоров'я у Великобританії, %

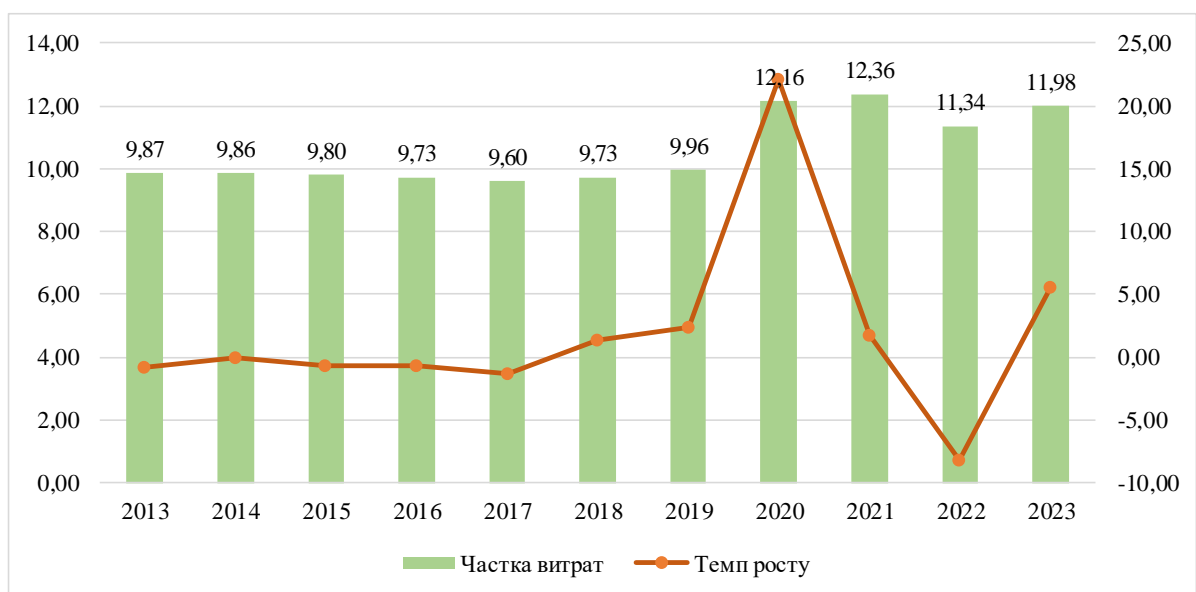
Джерело: [60]

Кошти акумулюються в державному бюджеті, звідки вони передаються до саморегульованих організацій, які управляють фінансуванням ЛПУ. Форма управління охороною здоров'я централізована та все населення охоплено безплатною медичною допомогою, сплати за медичні послуги практично відсутні. Застосовується фіксований сплати у розмірі £7,85 за один рецепт для працездатного населення.

Більшість медичних послуг надаються державними ЛПУ, а первинна медична допомога — приватно-практикуючими сімейними лікарями. Ринок

медичних послуг та приватне страхування відіграють додаткову роль. Соціальну та медичну допомогу населенню надають соціальні служби та служби охорони здоров'я, які включають Національну службу охорони здоров'я Великобританії та місцеві органи влади. В Англії функціонують 10 стратегічних органів охорони здоров'я, які забезпечують керівництво, координацію та підтримку діяльності Національної служби охорони здоров'я Великобританії у регіонах, яка також працює з місцевими органами управління, освіти, благодійними та громадськими організаціями.

Держава займається акредитацією лікарів та ЛПУ, регулюванням діяльності лікарських практик. Тарифи та рівні відшкодування медичних послуг знаходяться у відповідальності трастів з надання первинної медичної допомоги. В даний час в Англії існує 152 трасти з надання первинної медичної допомоги, які контролюють 80% бюджету Національної служби охорони здоров'я Великобританії [82]. Крім цього в Англії налічується 167 лікарняних трастів та 129 фондів трастів (новий тип трастів з більшою автономією), які забезпечують переважну більшість стаціонарного лікування в Англії. Отож, наведемо динаміку витрат на фінансування охорони здоров'я у відповідності до ВВП країни (рис. 3.4).



Рисунки 3.4 – Динаміка частки витрати від ВВП на фінансування системи охорони здоров'я Великобританії за період 2013-2023 рр, %

Джерело: [61]

Отож, як і в Німеччині, у Великобританії витрати на охорону здоров'я є високими по відношенню до ВВП, що засвідчує високий рівень фінансування охорони здоров'я в країні. Так само бачимо зростання у 2020 році через пандемію.

У США функціонує приватна модель охорони здоров'я, а національної системи охорони здоров'я, яка розповсюджується на все населення, фактично немає. Вони залишаються єдиною промислово розвиненою країною, в якій гарантії держави в галузі медичної допомоги поширюються лише на обмежене коло громадян, а доступ до послуг охорони здоров'я має фрагментарний характер. Основне джерело фінансування – приватне страхування, що покриває понад 50% усіх медичних послуг. Інші джерела включають програми для літніх і незаможних громадян, а також особисті кошти громадян. Управління фінансуванням ЛПУ та приватно-практикуючих лікарів перебуває переважно в руках приватних страхових компаній. Держава керує розподілом ресурсів у рамках спеціальних програм для незахищених громадян [63].

Забезпечення доступності медичних послуг обмежується платоспроможністю пацієнтів. Програми для літніх та незаможних не поширюються на всіх нужденних і не забезпечують повного покриття необхідних медичних послуг та технологій. Близько 50 мільйонів громадян взагалі не охоплено жодним медичним страхуванням.

Розробкою та реалізацією політики охорони здоров'я займається Міністерство охорони здоров'я та соціальних послуг. Його роль загалом невелика у зв'язку з незначною часткою державної участі у цій галузі. Серед основних його завдань - контроль над системою надання медичної допомоги та реалізація соціальних програм, а також підтримка медичної науки, моніторинг та донесення до відома влади ситуації в галузі здоров'я, добробуту та соціального забезпечення населення.

Безпосередньо розв'язанням проблем медицини займаються два підрозділи в рамках міністерства - Служба громадської охорони здоров'я та Управління фінансування медичної допомоги. Крім Міністерства охорони здоров'я, функції в галузі охорони здоров'я виконують спеціальні підрозділи Міністерства праці,

Агентство з охорони навколишнього середовища та інші державні відомства. У безпосередньому підпорядкуванні Міністерство охорони здоров'я та соціальних послуг знаходяться центри послуг «Медікер» та «Медікейд». Під контролем «Медікер» працює програма державного медичного страхування для людей похилого віку (старше 65 років) та тяжкохворих громадян. Міністерство охорони здоров'я та соціальних послуг спільно з урядами штатів займаються управлінням програмами медичного обслуговування для незаможних «Медікейд» та дітей із сімей з невисокими доходами, які не мають доступу до приватних страхових програм [63].

Структура лікарняних установ США наведена на рис. 3.5.

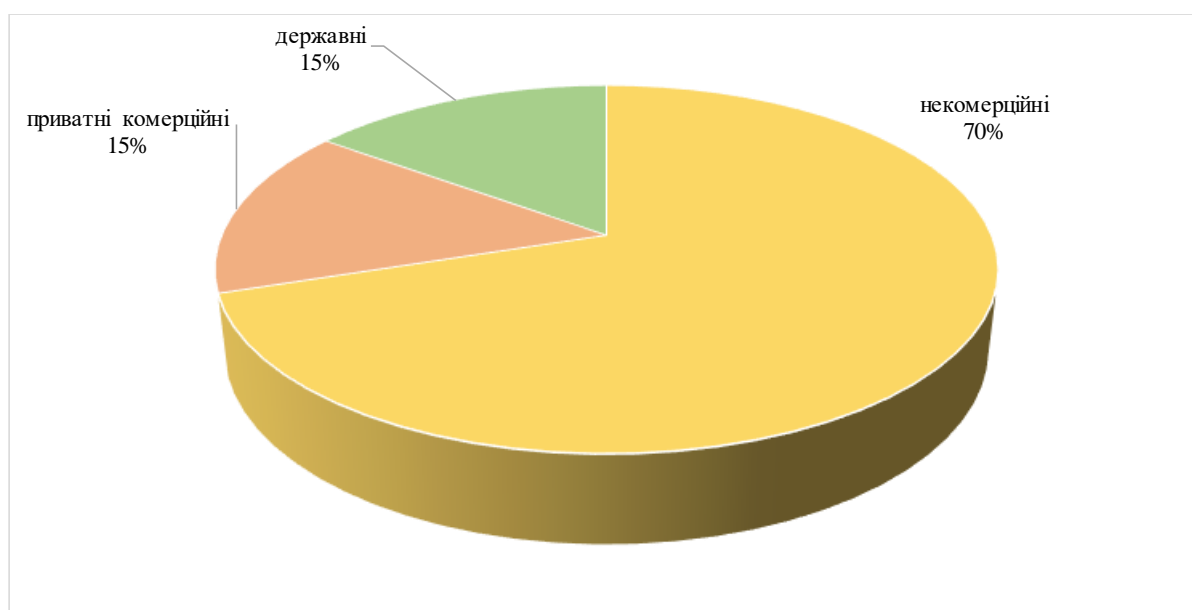


Рисунок 3.5 – Структура лікарняних установ США, %

Джерело: [63]

Некомерційні лікарні займають 70% усіх лікарень США. Вони фінансуються зазвичай через благодійні фонди, страхові програми або державні субсидії. Приватні комерційні та державні становлять по 15%. Державні орієнтуються на більш вразливий сектор населення, або ж на пацієнтів, які не мають медичного страхування. Приватні комерційні спрямовані на отримання прибутку і орієнтовані на громадян із приватним, здатних оплачувати медичні послуги самотійно.

Послуги лікарень оплачуються за допомогою комбінації кількох методів, включаючи плату за послугу, день перебування на ліжку одного госпіталізованого, а також залежно від кількості хворих, які пройшли стаціонарне лікування. Праця частини лікарів - штатних співробітників лікарень - оплачується у формі заробітної плати, але більшість одержують винагороду у формі плати за послугу, а сімейні лікарі мають статус індивідуальних підприємців.

Держава регулює діяльність страхових компаній, обсяги медичних послуг у межах держпрограм. У межах приватних страхових планів обсяги медичних послуг регулюються страховими компаніями. Контроль якості здійснюється за допомогою акредитації ЛПУ та ліцензування лікарів, які перебувають у веденні професійних медичних спілок та асоціацій.

В підсумковій частині пропонуємо проаналізувати витрати на охорону здоров'я США у відношенні до ВВП країни (рис. 3.6).

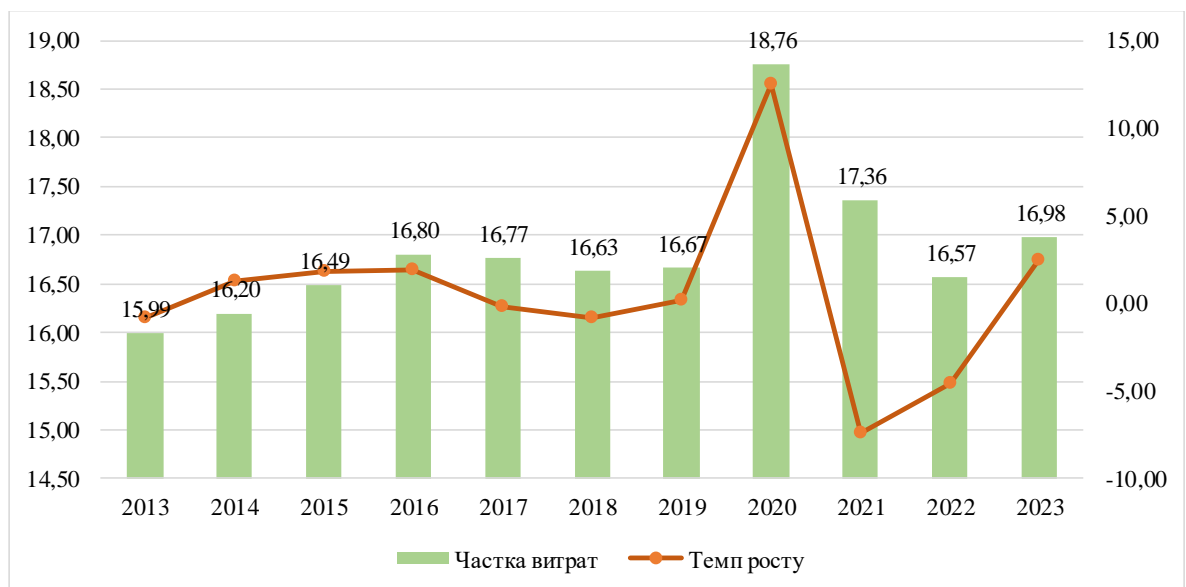


Рисунок 3.6 – Динаміка частки витрати від ВВП на фінансування системи охорони здоров'я в США за період 2013-2023 рр, %

Джерело: [61]

Аналізуючи динаміку частки витрат, ми бачимо, що в середньому в США вона складає 16%, що суттєво більше ніж у Німеччині та Великобританії. Вищий рівень витрат США свідчить про дорожчу систему медичних послуг, однак,

високі витрати не завжди корелюють із кращими показниками здоров'я населення. Якщо роздивлятися по рокам, то найбільша частка витрат від ВВП на фінансування охорони здоров'я в США саме у 2020 році, що обумовлено, як і в багатьох інших країнах, зростанням потреби витрат під час пандемії.

Система охорони здоров'я Франції – яскравий приклад соціально-страхової моделі, структура фінансування якої наведена на рис. 3.7.

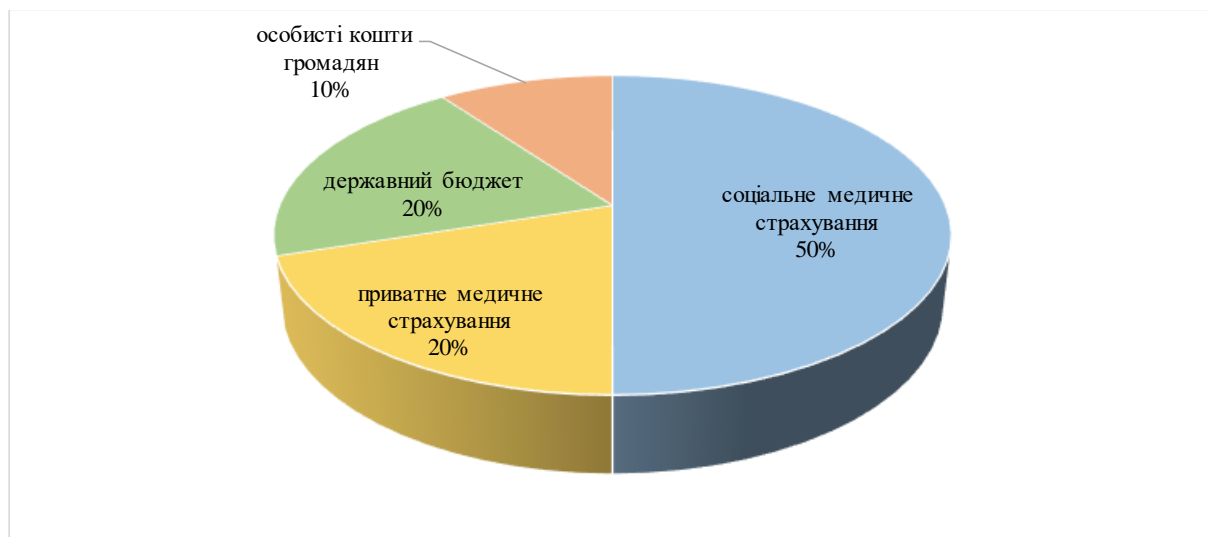


Рисунок 3.7 – Структура фінансування системи охорони здоров'я у Франції, %

Джерело: [64]

Більшість фінансування покривається внесками на соціальне медичне страхування (50%). Це свідчить про високий рівень солідарності та залежності охорони здоров'я від внесків громадян та роботодавців. Державний бюджет і приватне страхування мають однакову вагу (20%), що свідчить про збалансованість підходу. Низьке фінансування з особистих коштів громадян (10%) свідчить про те, що Франція пропонує доступну медицину своїм громадянам.

Кошти акумулюються у державному фонді соціального медичного страхування, звідки вони надходять до приватних некомерційних фондів загального медичного страхування, які керують фінансуванням ЛПЕ. Форма управління охороною здоров'я децентралізована. Регіональні органи охорони здоров'я відповідають за організацію стаціонарної та амбулаторної допомоги як у державних, так і приватних ЛПУ.

У Франції поєднуються установи різних форм власності з величезним переважанням приватних. Оплата медичних послуг у стаціонарах провадиться методом клініко статистичних груп та глобального бюджету, амбулаторна допомога оплачується методом плати за послугу та результат.

На рис. 3.8 наведено динаміку витрат країни на охорону здоров'я по відношенню до ВВП.

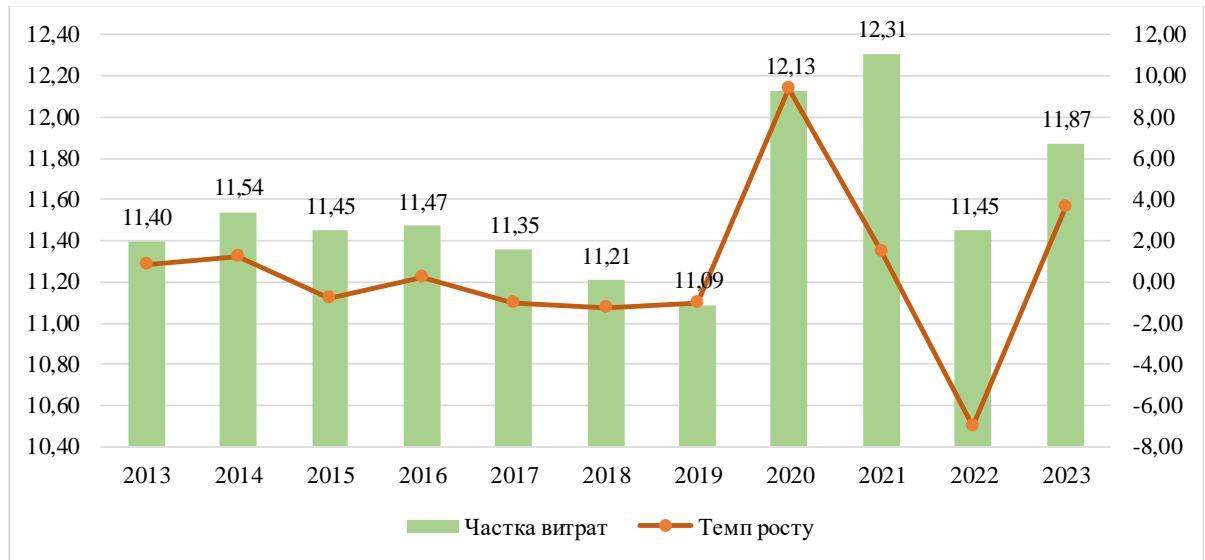


Рисунок 3.8 – Динаміка частки витрати від ВВП на фінансування системи охорони здоров'я у Франції за період 2013-2023 рр, %

Джерело: [61]

Отож, дослідивши динаміку витрат у Франції, ми бачимо, що їхня частка в 2013-2019 роках коливається у межах 11,21%-11,54%, що відображає стабільний рівень фінансування. середньому складає 11,5%, що свідчить про високий рівень фінансування охорони здоров'я в країні. У 2019 році бачимо найменший показник (11,09%), що пов'язано з реалізацією програми оптимізації, де зменшували фінансування непотрібних або неефективних процедур і зосереджувались лише на хронічних захворюваннях чи послугах, які приносили високу ефективність. Саме у 2019 році не було криз та подій, які б потребували збільшення фінансування медицини, що і сталося у 2020 році з розповсюдженням COVID-19, через що ми бачимо різке зростання витрат.

Таким чином, аналіз закордонного досвіду дозволяє зробити такі висновки, що в Україні потрібно вводити змішану модель фінансування охорони здоров'я,

з переважанням державного фінансування, так як частина населення України знаходиться за межею бідності і не спроможна самостійно фінансуванні своє лікування (рис. 3.9).

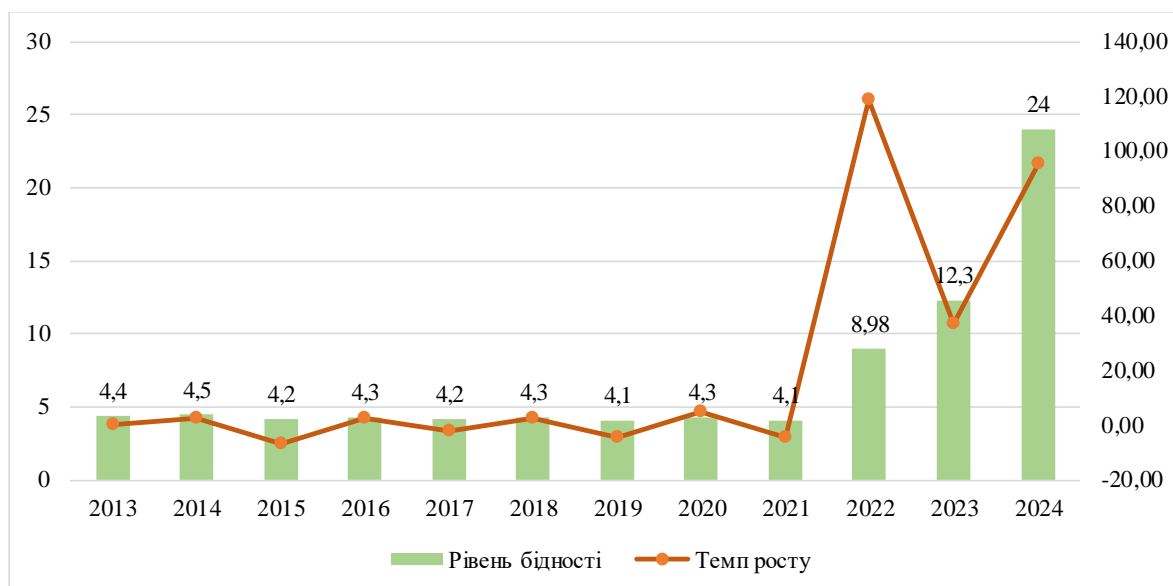


Рисунок 3.9 – Динаміка частки рівня бідності в Україні за період 2013-2023рр, %

Джерело: [65-66]

Отож, на рисунку 3.9 ми спостерігаємо зростання рівня бідності в Україні в 2022 році на 119%, що було спричинено війною. Власне з кожним роком в Україні збільшується відсоток населення, яке живе за межею бідності і в 2024 ця частка досягла 24%, тобто третина населення неспроможна забезпечити себе матеріально.

Нашій країні потрібно залучати кошти із зовнішніх джерел та залучати компанії для фінансування своїх працівників, а непрацездатне населення, пенсіонерів та дітей фінансувати за рахунок державних коштів. Даний спосіб буде найбільш оптимальним для нашої країни, адже зменшить тиск на державний бюджет та дозволить акумулювати кошти для підтримки сфери охорони здоров'я.

В підсумку слід відміти, що найбільш доцільним способом фінансування охорони здоров'я для України буде досвід Франції, де частка держави у фінансуванні складає 20%, власне ці кошти будуть направлені на фінансування

незабезпечених верств населення та пенсіонерів, решта частина громадян має перейти на приватне та соціально-медичне страхування.

3.2. Ключові виклики у сфері фінансування охорони здоров'я

У 2018 році Україна розпочала реформу фінансування системи охорони здоров'я з метою покращення доступу до ПМД для всіх мешканців країни. Програма перетворень включала низку заходів, спрямованих на реформування системи надання послуг, зокрема розробку Програми медичних гарантій, визначення пакету послуг, що фінансуються за рахунок державного бюджету.

В результаті цих дій на початок 2022 року 33 мільйони українців зареєструвалися у сімейного лікаря, а понад 2000 закладів ПМД підписали договори з Національною службою здоров'я України (НСЗУ) про надання гарантованих послуг. Детальніше динаміка кількості закладів охорони здоров'я та медпрацівників, які були зареєстровані в електронній системі охорони здоров'я наведена на рис. 3.10.

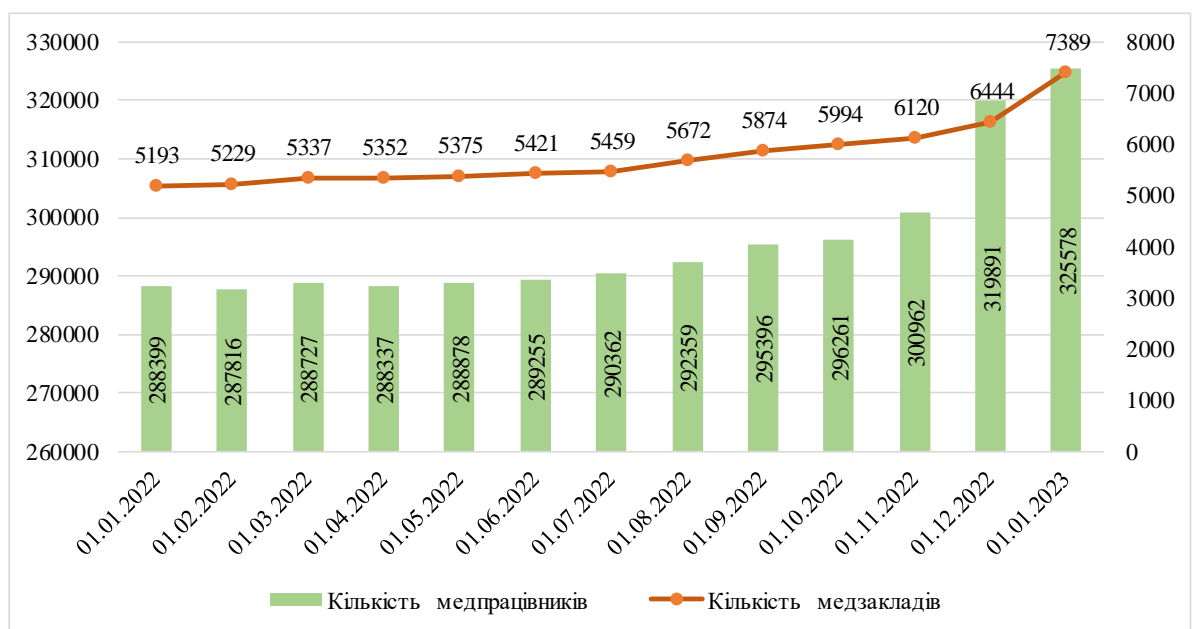


Рисунок 3.10 – Динаміка кількості закладів охорони здоров'я та медпрацівників, які були зареєстровані в електронній системі охорони здоров'я за період 2022-2023 рр..

Джерело: [67]

Отож, слід зазначити, що кількість зареєстрованих лікарів та закладів побільшало саме в кінці 2022 на початку 2023 року, в основному таке збільшення відбулось через обов'язкову реєстрацію в ЕСОЗ середнього та молодшого персоналу, але також і через активну цифровізацію та інтеграцію медичних установ в єдину електронну систему. Зростання позитивно впливає на доступність медичних послуг і якість обслуговування громадян.

Удосконалення системи оплати праці надавачів ПМД в Україні стало пріоритетним завданням для точного узгодження з витратами, пов'язаними із задоволенням потреб населення у медичній допомозі. У спеціальному звіті пропонується комплексний аналіз витрат, що відображає ситуацію до повномасштабного вторгнення, а також добре задокументовані припущення та сценарії коригування ставок капітаційної оплати надавачів, тобто фіксованої оплати за одну особу, яку отримує надавач за надання медичних послуг.

Звіт пропонує інформацію для підтвердження існуючої ставки капітаційної оплати, а також надає інструмент для розрахунку змін та оцінки бюджету для покриття пакету послуг ПМД.

Результати дослідження спонукали Міністерство охорони здоров'я запровадити новий нормативно-правовий акт, який регулює перегляд тарифів на оплату послуг постачальників на основі доказової бази. На рис. 3.11 наведено ріст заробітних плат медичних працівників.

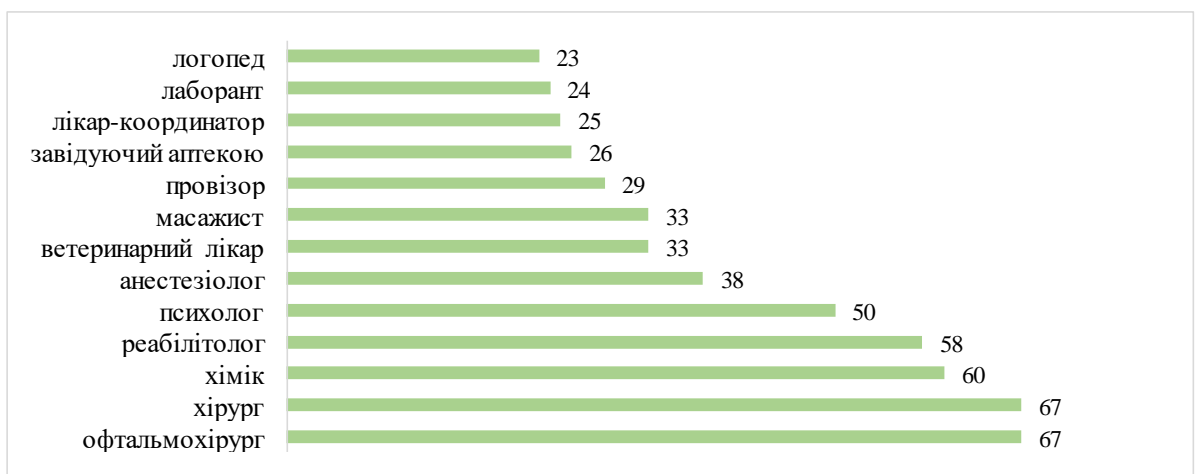


Рисунок 3.11 – Динаміка зміни заробітних плат медичних працівників за період 2022-2023 рр, %

Джерело: [68]

Аналізуючи фінансування сфери охорони здоров'я, слід зазначити, що більшість (61%) виплат на ПМД покривають витрати на оплату праці, решта - регуляторні вимоги, такі як наявність обладнання та діагностичні послуги. Поточні виплати не повністю покривають витрати на надання послуг, передбачених пакетом послуг ПМД.

Більшість комунальних та капітальних витрат покривають місцеві органи влади, але приватні надавачі не мають доступу до цього фінансування. У той час як деякі органи місцевого самоврядування виділяють додаткові ресурси на ПМД, інші можуть не робити цього через відсутність єдиного підходу та координації.

Існують значні відмінності у витратах між типами надавачів та регіонами. Сільські надавачі несуть вищі витрати і часто шукають додаткові джерела фінансування.

Основні виклики в сфері фінансування охорони здоров'я наведені на рис. 3.12 та більш детально розписані по тексті внизу.

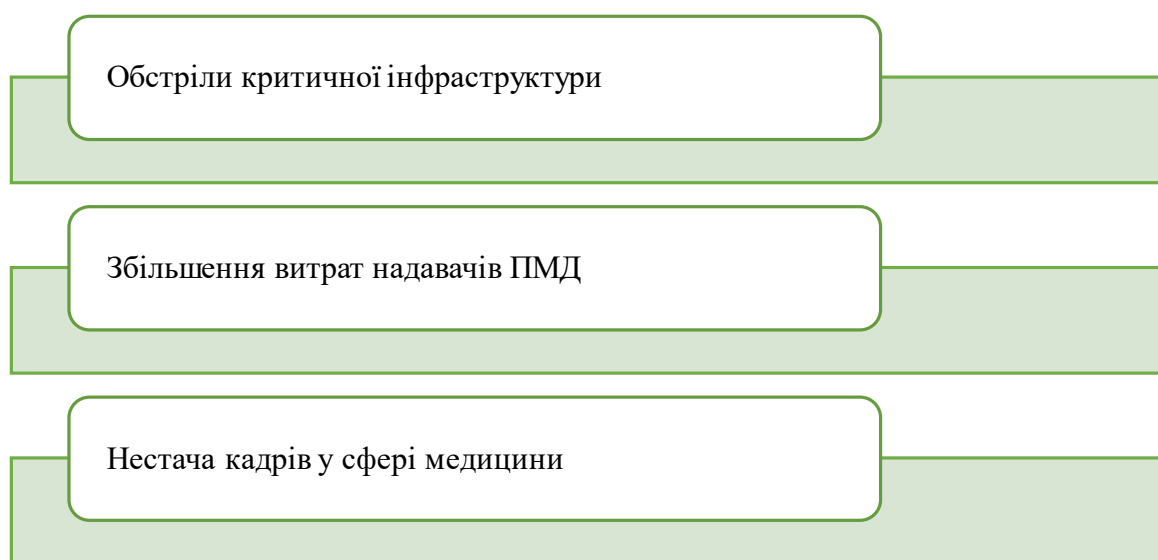


Рисунок 3.12 – Виклики в сфері фінансування охорони здоров'я України
Джерело: зроблено автором

Обстріли об'єктів критичної інфраструктури призвели до масових відключень електроенергії по всій країні. Надавачам ПМСД довелося перейти на альтернативні джерела електроенергії, такі як генератори, які є дорогими і потребують наявності палива. Спочатку переміщення людей і страх виходити з дому призвели до того, що послуги ПМД переорієнтувалися на дистанційне

консультування. Коли ситуація стабілізувалася до літа 2022 року, попередження про ракетні обстріли та відключення електроенергії продовжували переривати надання послуг ПМД, вимагаючи від персоналу залишати приміщення або переривати надання послуг, тому дистанційні консультації все ще часто використовуються.

Знецінення валюти та зростання цін призвели до збільшення витрат надавачів ПМД. Деякі надавачі отримали підтримку від донорів та місцевих органів влади, а інші використовували власні резерви для покриття зрослих витрат.

Іншими критичними проблемами стали нестача кадрів та зміни, оскільки багато медичних працівників виїхали з країни або стали внутрішньо переміщеними особами. Це призвело до додаткового навантаження на заклади ПМД, особливо в регіонах, що постраждали від конфлікту, в результаті чого багато постачальників послуг відчувають нестачу кадрів і намагаються задовольнити потреби пацієнтів.

На рис. 3.13 наведено динаміку вакансій в галузі медицини та охорони здоров'я.

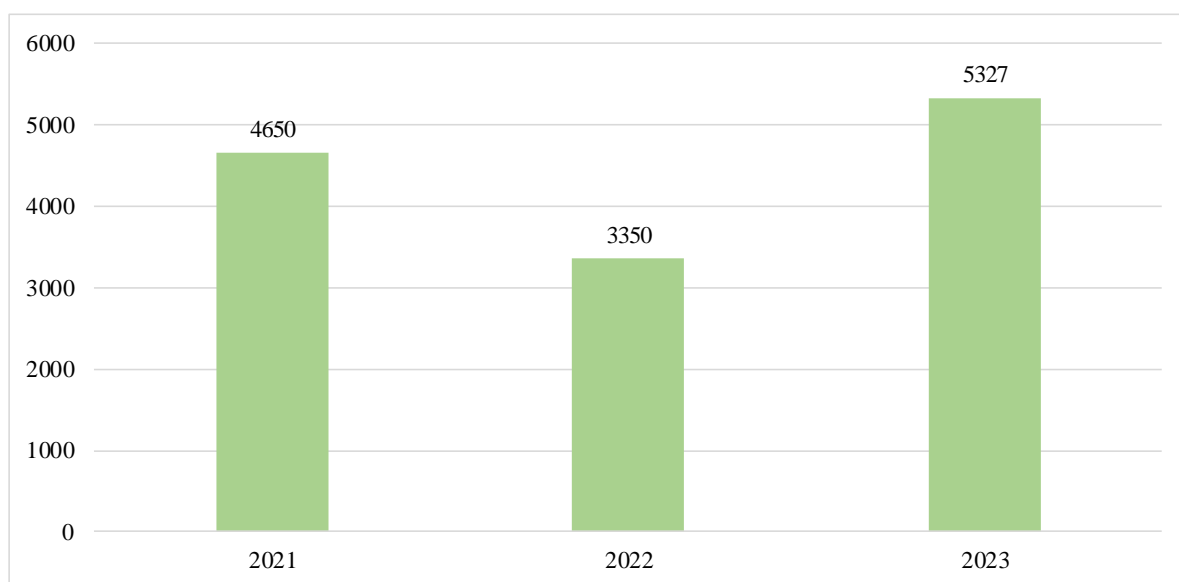


Рисунок 3.13 – Середня кількість вакансій на місця в сфері медицини та охорони здоров'я України за період 2021-2022 рр.

Джерело: зроблено автором

Отож, ми бачимо, що в Україні в 2023 році спостерігався значний дефіцит кадрів сфері медицини, який був більшим ніж показники 2021 року.

Уряд України поступово вирішує проблеми сфери фінансування охорони здоров'я, проте ці дії не є такі швидкі то основними викликами залишається недостатня кількість коштів на фінансування та військовий стан в країні.

3.3. Основні вектори розвитку фінансування охорони здоров'я

Майбутнє розвитку фінансів охорони здоров'я напряму пов'язано як із застосуванням інформаційних технологій та технологій штучного інтелекту, які продовжують впливати на зміну управління та підходів до фінансування, так і з розвитком страхової медицини в нашій країні.

Так як в Україні триває війна та в бюджеті не вистачає коштів, доцільним є запровадження страхового медичного обслуговування та платних медичних послуг, як це було досліджено на прикладі Франції та США. Станом на кінець 2022 року в Україні було 60 страхових компаній на ринку добровільного медичного страхування. Станом на сьогодні громадяни України страхують своє життя, проте ця частина населення є невелика.

Найпоширенішими страховими є оплата страхової суми або її частини медичній установі на випадок настання страхової події. Важливим є те, що застраховані особи можуть самостійно обирати медичний заклад та контролювати своє лікування. Ринок добровільного медичного страхування з кожним роком зростає, проте українці все ще відносно неприємно ставляться до такого виду страхування. В більшості випадків добровільного медичного страхування ініціаторами виступають іноземні компанії, в яких працюють українці, що власне є загально прийнятою практикою в світі. На рис. 3.14 наведено рейтинг українських компаній, які працюють на ринку медичного страхування в Україні.

Отож, ми бачимо, що найбільше платежів по добровільному медичному страхуванню було отримало СК «Уніка», сума компенсацій по яких, є в два рази меншою, що засвідчує ефективність такої діяльності. Слід відзначити, що більше 60 % загальної суми страхових премій припадає на компанії проаналізовані на рис. 3.14.

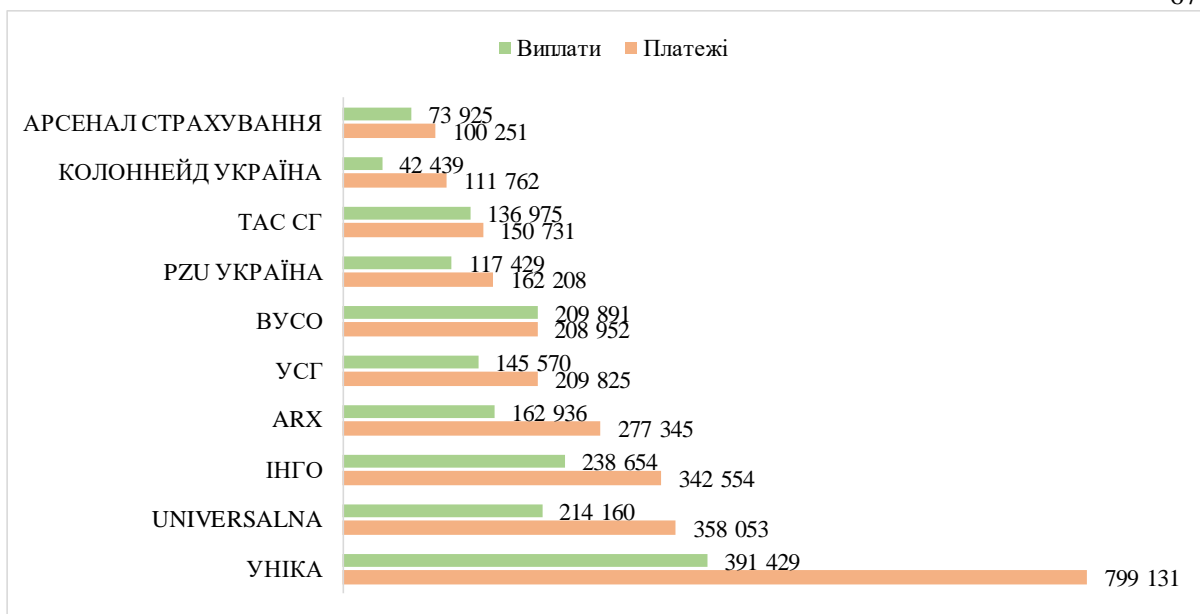


Рисунок 3.14 – Рейтинг українських страхових компаній за величиною страхових платежів по добровільному медичному страхуванню та сумою компенсацій за страховими випадками станом на 2024 рік

Джерело: [72]

Наступним пропонується визначити основні проблеми розвитку медичного страхування в Україні (рис. 3.15).

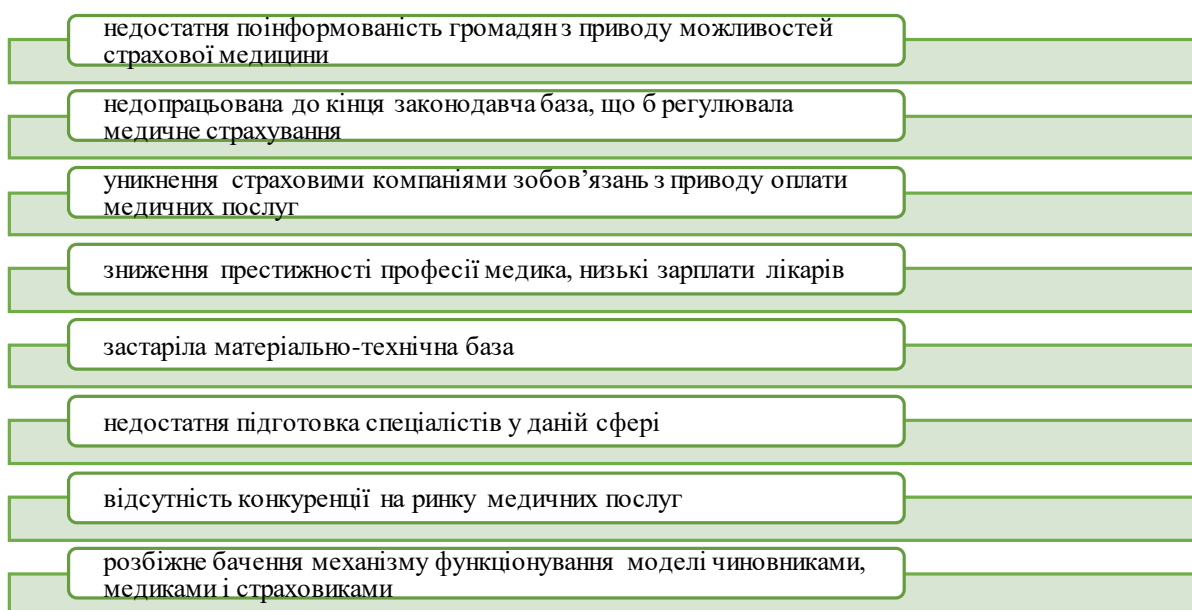


Рисунок 3.15 – Перелік проблем розвитку медичного страхування в Україні

Джерело: створено автором

Отже, слід зазначити, що основою запровадження системи медичного страхування має стати підготовка і затвердження необхідної законодавчої та

нормативної бази, якісна оцінка вартості медичних послуг, завершення роботи протоколами лікування та медичними стандартами та залучення до фінансування охорони здоров'я додаткових джерел, таких як приватні інвестиційні фонди.

Розвиток медичного страхування та страхової медицини є перспективним напрямком, для популяризації якого серед населення потрібно переглянути тарифи на страхування та налагодити законодавчу базу з цього питання.

Впровадження технологій штучного інтелекту в управління фінансами в сфері охорони здоров'я дозволить мінімізувати недоцільне використання коштів та направити кошти в потрібному напрямку.

Пропонується дослідити розвиток ІІІ в Україні та запропонувати стратегію впровадження технологій в управління фінансами охорони здоров'я України. Розвиток ІІІ в Україні стрімко почав зростати з початку 2021 року, та при війну його темпи дещо спинились, проте не впали, що характеризує потенціал його розвитку саме в Україні (рис. 3.16).

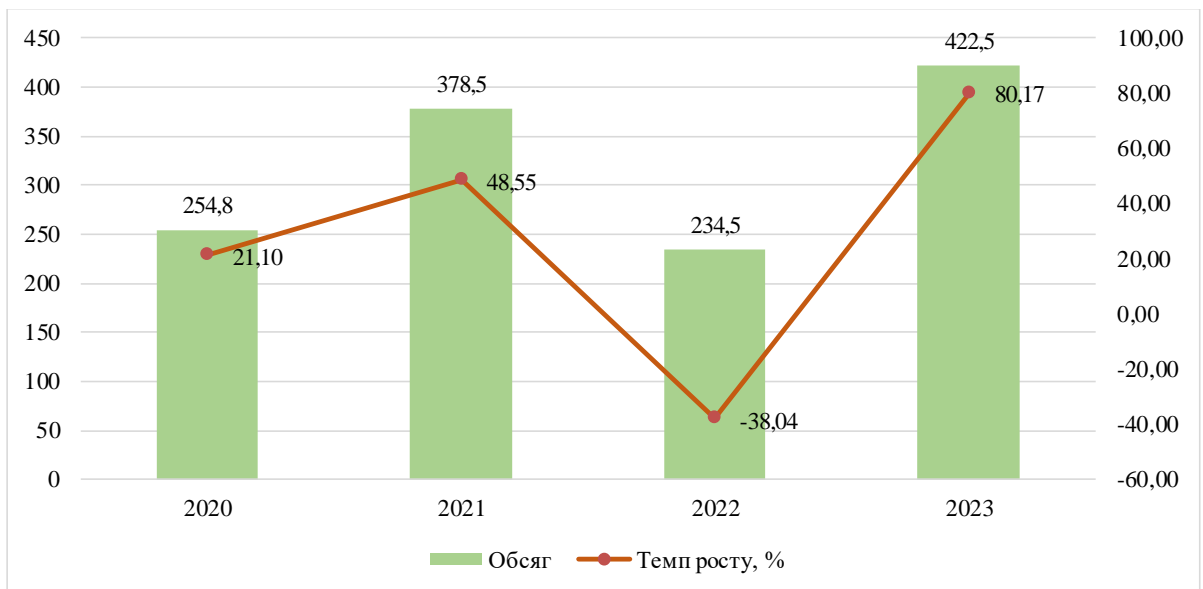


Рисунок 3.16 – Динаміка розвитку ринку ІІІ в Україні за період 2020-2023 рр, млн. дол. США

Джерело: [69]

Аналізуючи розвиток ІІІ, ми бачимо його зростання в 2021 році, яке становило 48,55%, в 2022 році відбувся спад на 38,04%, проте вже в 2023 році ринок виріс на 80,17% та є одним із найперспективніших напрямків для стартапів, кількість яких в Україні зростає. Загалом, слід відмітити, що

українські ІІІ стартапи набули популяризації і за межами нашої країни, в табл. 3.2 наведено список відомих українських стартапів та зроблена коротка характеристика їхньої діяльності та напрямку роботи.

Таблиця 3.2

Характеристика українських ІІІ стартап-компаній

Компанія	Характеристика
Osavul	Спеціалізується на розробці рішень на основі штучного інтелекту для захисту держави, бізнесу та суспільства від інформаційних загроз.
RedTrack	Розробляє платформу для відстеження реклами та атрибуції конверсії на основі ІІІ.
Grammarly	Цифровий помічник для написання текстів, який допомагає людям писати чіткіше та ефективніше.
People.ai	ІІІ-платформа для продажів та маркетингу, яка є такою собі координаційною точкою обміну між замовниками та клієнтами
Preply	Платформа для вивчення іноземних мов, яка дозволяє людям знаходити, бронювати та зв'язуватися з кваліфікованими приватними викладачами онлайн. Асистент зі штучним інтелектом допомагає репетиторам створювати різноманітні вправи та тести.
Shelf	Звільняє компанії від складнощів управління знаннями за допомогою штучного інтелекту, щоб співробітники могли краще виконувати свою роботу і завжди знаходити потрібні їм відповіді.
3DLOOK	Мобільне рішення для сканування тіла, яке має на меті змінити спосіб здійснення покупок.

Джерело: [70]

Українські стартап компанії ефективно впроваджують технології ІІІ для того, щоб бізнес працював простіше та швидше, а три українські стартапи Grammarly, Preply та People.ai станом на 2024 рік оцінювались в більш ніж 14,5 млрд. дол. США. Власне ці стартапи набули популяризації і за межами України.

Наступним пропонується дослідити кількість ІІІ спеціалістів, які теж показують динамічний розвиток галуззі ІІІ в нашій країні (рис. 3.17).

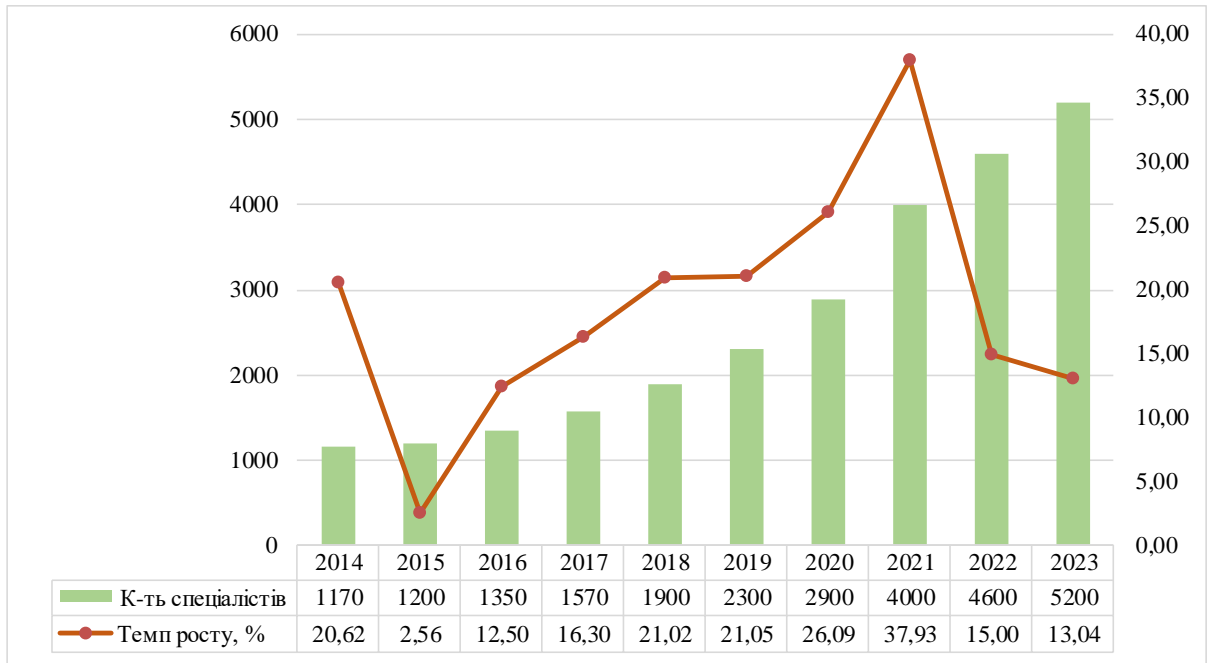


Рисунок 3.17 – Динаміка кількості спеціалістів в сфері розвитку інновацій та ІІІ в Україні за період 2014-2023 рр.

Джерело: [71]

Отож, на основі рисунку 3.15 ми бачимо, що за 9 років в Україні кількість спеціалістів виросла в 4,5 рази, що свідчить про популяризацію професії в сфері ІІІ та власне і розвиток ринку ІІІ як перспективного напрямку для роботи та росту фахівців.

Як було досліджено уряд України, на жаль достатньо не фінансує сферу охорони здоров'я в Україні, так як країна перебуває у військовому стані та витрачає кошти на посилення своїх військових позицій та фінансування оборонного сектору. Саме тому нами пропонується створити прозоре фінансування охорони здоров'я, яке буде включати кошти держави та приватних компаній, проте вся система фінансування відбуватиметься прозоро та буде доступною кожному.

На нашу думку, доцільно використати досвід країн-членів ЄС в побудові стратегії цифрової трансформації державних послуг для населення та навести стратегію щодо цифровізації фінансування охорони здоров'я в Україні (рис. 3.18).



Рисунок 3.18 – Стратегія цифрової трансформації фінансування охорони здоров'я в Україні

Джерело: зроблено автором

Запропонована нами стратегія цифрової трансформації фінансування охорони здоров'я в Україні має на меті створення єдиної цифрової системи як зі сторони держави (Е-Фінанси Медицини) так і зі сторони громадян України (Е-Здоровий Українець). В Е-Фінанси Медицини будуть сформовані всі медичні заклади з відкритою системою фінансування, тобто громадяни бачитимуть

скільки коштів і на які витрати надходить до конкурентного медичного закладу. Подати запит щодо отримання медичних послуг чи оплатити рахунок на певні види послуг можна буде тільки з особистого кабінету громадянина України через Е-Здоровий Українець. Українці назавжди забудуть про черги, довгі проходження медичних кабінетів для того щоб отримати довідку про здоров'я. Позитивним ефектом запропонованої нами стратегії є по перше вигода саме для українців, які отримують швидкий доступ до медичних послуг, а по-друге зменшення рівня корупції, адже абсолютно всі платежі пропонується оцифрувати, а перевіркою та аудитом витрат медичних закладів займатиметься штучний інтелект, який власне виявлятиме неправомірні дії та завищені ціни (адже технології ШІ зможуть миттєво порівняти ціну в тендері з ринковою).

Отож, на рисунку 3.19 наведемо ключові переваги, які отримає як громадянин України так і наша країна з провадженням вище наведеної стратегії.

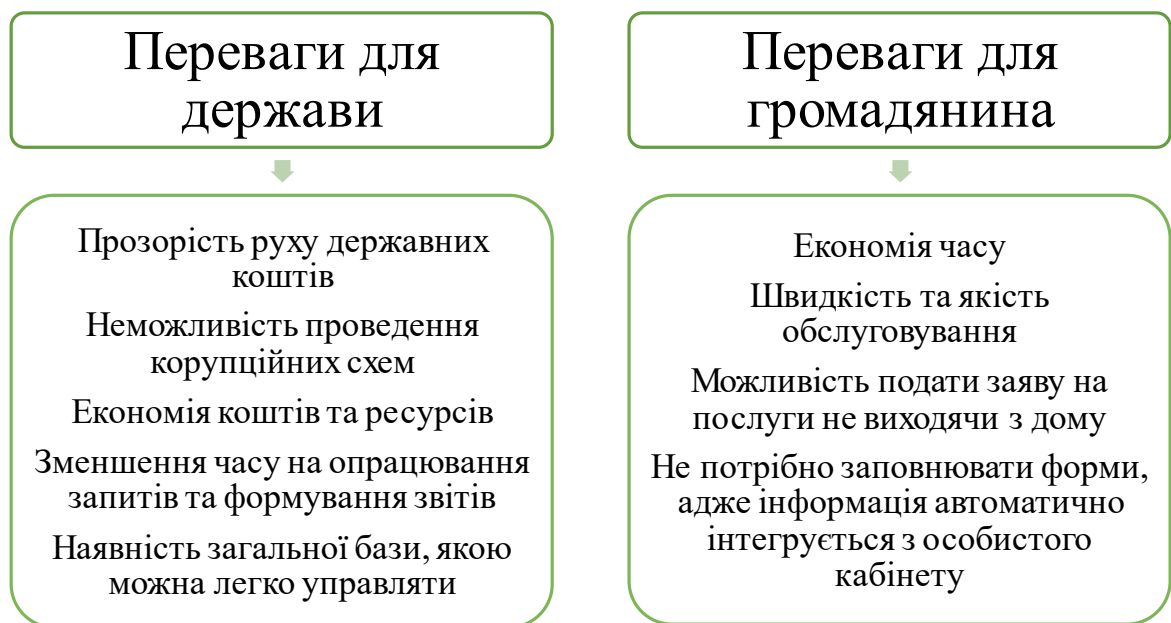


Рисунок 3.19 – Переваги стратегії цифрової трансформації фінансування охорони здоров'я для громадянина та держави

Джерело: зроблено автором

Отож, запропонована стратегія цифрової трансформації фінансування охорони здоров'я в Україні буде вигідно як державі так і громадянину, адже найперше що вона дасть це економію часу і ресурсів, що власне виявляється в

отриманні грошової економії, яку можна використати на розвиток охорони здоров'я в Україні.

Також, як альтернативний напрямок пропонується залучати кошти на розвиток сфери охорони здоров'я за рахунок інвестицій, це в основну для приватних закладів, які фінансуються на власних джерелах, що дозволить розвивати українську медицину. Отож, для того, щоб залучати інвестицій потрібно розробити схему інвестування, яка базуватиметься на створенні тендерних платформ для залучення інвестицій (рис. 3.20).

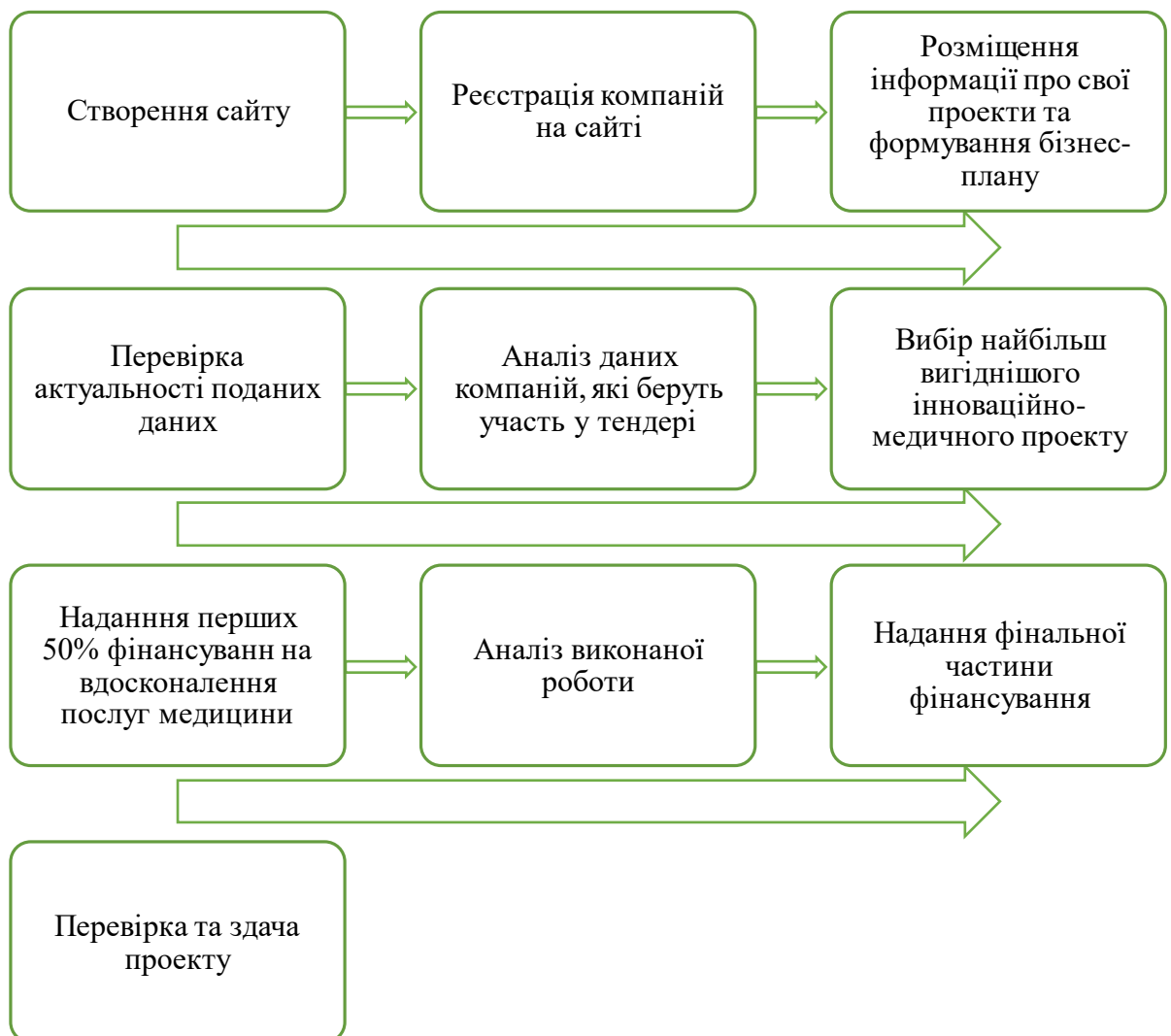


Рисунок 3.20 – Алгоритм побудови тендерної програми для інвестицій в розвиток системи охорони здоров'я України

Створено автором

Такий алгоритм залучення інвестицій, на нашу думку повинна мати кожна приватна клініка України, де все буде прозоро та зрозуміло для інвестора.

Створення тендерного сайту пропонується покласти на Міністерство цифрової трансформації, яке теж буде слідкувати за доцільністю інноваційних проектів та їх здачею. Інвестор має бути впевнений в тому, що окрім компанії проект контролюється зі сторони державних органів, що власне посилюватиме його довіру. Інвестиції у розвиток охорони здоров'я сприятимуть залученню коштів компаній та дозволять вийти нашій країні на новий рівень в сфері охорони здоров'я та посилити свої позиції на глобальному ринку. Впровадження змішаної форми фінансування охорони здоров'я дозволить покращити рівень медицини (за рахунок інвестицій) та забезпечити належне надання медичних послуг незахищеним верствам населення (бюджетне фінансування), що в підсумку позитивно вплине на стан фінансів охорони здоров'я та наблизить нашу країну до створення універсальної системи фінансування галузі медицини.

ВИСНОВКИ

У даній кваліфікаційній роботі нами була досліджена тема фінансів охорони здоров'я в Україні та в процесі її написання були виконанні всі поставлені завдання.

Уряд України збирає кошти з усіх рівнів: державного та місцевого та окрім державних джерел у фінансуванні охорони здоров'я використовуються особисті кошти населення, кошти роботодавців на лікування своїх працівників, кошти, що виділяються на сферу охорони здоров'я некомерційними установами, які обслуговують населення, та інші. Слід зазначити, що найбільш ефективним механізмом фінансування охорони здоров'я в Україні є державно-приватне партнерство, сутність якого зводиться до того, що державні установи та приватні особи чи компанії об'єднують свої ресурси для реалізації конкретного проекту для взаємовигідної співпраці.

Таким чином, особливість економіки охорони здоров'я – це не економіка окремих суб'єктів ринку, а корпоративна економіка мережі учасників ринку зі складним характером міжсуб'єктних відносин. Залежно від того, хто є платником (страховиком), система організації медичної допомоги поділяється на державну (платник – держава), страхову (платник – державна або приватна страхова компанія), платну (гонорарну) (платник – приватна фізична чи юридична особа). Система охорони здоров'я – модель організації взаємодії пацієнтів, постачальників та страховиків при наданні медичних послуг.

Слід зазначити, що основними учасниками фінансування системи охорони здоров'я в Україні є державні та місцеві бюджети, пацієнти, доброчинні фонди, донорська допомога. Також працює програма медичних гарантій, відповідно до якої виплату отримує безпосередній надавач послуги. Було визначено, що доцільно залучати страхові компанії з використанням персонального ідентифікатора для передачі інформації пацієнта при взаємодії учасників, що дозволить суттєво підвищити рівень охорони здоров'я в країні, зменшити навантаження на бюджет, підвищити доступність отримання медичних послуг та їх якість.

Аналізуючи частку витрат на охорону здоров'я у загальному бюджету України, слід відміти її скорочення з 11,47 у 2021 році до 4,46 в 2023 році. Дана тенденція свідчить про скорочення фінансування сфери охорони здоров'я зі сторони державного бюджету. Загальні витрати на охорону здоров'я в Україні у 2023 році становили 2,74% валового внутрішнього продукту (ВВП), тоді як витрати на охорону здоров'я на душу населення у 2023 році становили 56,9 тис. грн.

Досліджено, що за період 2016-2023 році в Україні було проведено цифровізацію сфери фінансування охорони здоров'я та зроблено максимально все прозоро та відкрито, що свідчить про значний прогрес МОЗ та й країни зокрема. Застосування сучасних інформаційних технологій є важливим інструментом реформи охорони здоров'я, запровадженої в Україні, яка вже підвищила ефективність та прозорість галузі. Вибрана модель електронної охорони здоров'я поєднує вимоги безпеки, зручності використання та сумісності при обміні інформацією між різними медичними інформаційними системами. Система також забезпечує сумісність та електронну взаємодію центральної бази даних у встановленому законодавством порядку з іншими інформаційними системами та державними інформаційними ресурсами.

Виявлено основні виклики та напрямки розвитку фінансів охорони здоров'я України у воєнний та повоєнний періоди, а особливо необхідність оптимального використання бюджетних коштів та забезпечення громадян життєво необхідними медичними послугами. Особливу увагу приділено важливості забезпечення стабільного фінансування медичних закладів та отримання міжнародної допомоги.

Військова агресія Російської Федерації, розпочата 24 лютого 2022 р., внесла корективи у функціонування та розвиток електронної охорони здоров'я в Україні. В даний час атак зазнали десятки медичних закладів та медичних працівників. І ці цифри зростають з кожним днем. Внутрішнє переміщення українців викликало нерівномірний розподіл навантаження на систему охорони здоров'я: кількість користувачів збільшилася на заході країни та зменшилась на сході. В підсумку слід відзначити, що вдала бюджетна політика повинна сприяти

росту та розвитку сфери охорони здоров'я та підтримувати фінансово її ріст та розвиток як на місцевому так і на державному рівнях.

Визначено, що нашій країні потрібно залучати кошти із зовнішніх джерел та залучати компанії для фінансування своїх працівників, а непрацездатне населення, пенсіонерів та дітей фінансувати за рахунок державних коштів. Даний спосіб буде найбільш оптимальним для нашої країни, адже зменшить тиск на державний бюджет та дозволить акумулювати кошти для підтримки сфери охорони здоров'я.

Дослідивши досвід світових країн у фінансуванні охорони здоров'я, слід відміти, що найбільш доцільним способом фінансування охорони здоров'я для України буде досвід Франції, де частка держави у фінансуванні складає 20%, власне ці кошти будуть направлені на фінансування незабезпечених верств населення та пенсіонерів, решта частина громадян має перейти на приватне та соціально-медичне страхування.

Уряд України поступово вирішує проблеми сфери фінансування охорони здоров'я, проте ці дії не є такі швидкі, то основними викликами залишається недостатня кількість коштів на фінансування та військовий стан в країні. Майбутнє розвитку фінансів охорони здоров'я напряму пов'язано як із застосуванням інформаційних технологій та технологій штучного інтелекту, які продовжують впливати на зміну управління та підходів до фінансування, так і з розвитком страхової медицини в нашій країні.

Визначено, що розвиток медичного страхування та страхової медицини є перспективним напрямком, для популяризації якого серед населення потрібно переглянути тарифи на страхування та налагодити законодавчу базу з цього питання. Впровадження технологій штучного інтелекту в управління фінансами в сфері охорони здоров'я дозволить мінімізувати недоцільне використання коштів та направити кошти в потрібному напрямку.

Була запропонована стратегія цифрової трансформації фінансування охорони здоров'я в Україні, мета якої - створення єдиної цифрової системи як зі сторони держави (Е-Фінанси Медицини) так і зі сторони громадян України (Е-Здоровий Українець). Новизною цієї стратегії є переведення всіх витрат на

охорону здоров'я та медицину в онлайн, що дозволить мінімізувати корупційні схеми та збільшити прозорість сектору охорони здоров'я. Запропонована стратегія буде вигідною як державі так і громадянину, адже найперше що вона дасть це економію часу і ресурсів, що власне виявляється в отриманні грошової економії, яку можна використати на розвиток охорони здоров'я в Україні. Також, як альтернативний напрямок пропонується залучати кошти на розвиток сфери охорони здоров'я за рахунок інвестицій, це в основну для приватних закладів, які фінансуються на власних джерелах, що дозволить розвивати українську медицину.

В підсумку слід відмітити, що впровадження змішаної форми фінансування охорони здоров'я дозволить покращити рівень медицини (за рахунок інвестицій) та забезпечити належне надання медичних послуг незахищеним верствам населення (бюджетне фінансування), що позитивно вплине на стан фінансів охорони здоров'я та наблизить нашу країну до створення універсальної системи фінансування галузі медицини.

Отже, Україні потрібно розвивати страхову медицину та впроваджувати технології в контролювання державних витрат на фінансування охорони здоров'я, що дасть змогу побудувати прозору систему фінансування охорони здоров'я в Україні та забезпечити громадянам гідний рівень медичних послуг.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Філіпова Н. В. Досвід європейських країн у фінансуванні охорони здоров'я. Вісник Хмельницького національного університету. 2020. № 6. С. 315-320. DOI: <https://doi.org/10.31891/2307-5740-2020-288-6-52> (дата звернення 21.09.2024)
2. Арцатбанова О. В. Порівняльний аналіз підходів до побудови економічних механізмів функціонування системи охорони здоров'я. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2017. № 10. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1399>(дата звернення 21.09.2024)
3. Бойко О., Хижинська Г. Апробація зарубіжного досвіду активізації медичного страхування в Україні. Причорноморські економічні студії. 2018. Вип. 27. С. 93–97.
4. Борисюк О. В. Імплементация зарубіжних моделей соціального страхування до вітчизняних реалій. Молодий вчений. 2017. № 4. С. 5–8.
5. Most Efficient Health Care: Countries / Bloomberg Visual Data. URL: <http://www.bloomberg.com/visual-data/best-and-worst/most-efficient-health-care-countries> (дата звернення 21.09.2024)
6. International Profiles of Health Care Systems. The Commonwealth Fund. URL: <http://www.commonwealthfund.org> (дата звернення 21.09.2024)
7. Grant R.W., Ashburner J.M., Hong C.S., Chang Y., Barry M.J., Atlas S.J. Defining patient complexity from the primary care physician's perspective: A cohort study. *Ann. Intern. Med.* 2011;155:797–804. doi: 10.7326/0003-4819-155-12-201112200-00001.
8. Gosden T., Forland F., Kristiansen I., Sutton M., Leese B., Giuffrida A., Sergison M., Pedersen L. Some evidence to suggest that the way in which primary care physicians are paid may affect their clinical behavior. *J. Gen. Intern. Med.* 2011;16:250–256.
9. Kravitz R.L., Greenfield S. Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care. *Annu. Rev. Public Health.* 2002;16:431–445. doi: 10.1146/annurev.pu.16.050195.002243.

10. Miller R.H., Luft H.S. Managed care plan performance since 1980: A literature analysis. *JAMA*. 2002 271, 1512-1519. doi: 10.1001/jama.1994.03510430066037.

11. Yarnall K.S., Pollak K.I., Østbye T., Krause K.M., Michener J.L. Primary care: Is there enough time for prevention? *Am. J. Public Health*. 2003;93:635–641. doi: 10.2105/AJPH.93.4.635.

12. Ахламов А.Г., Кусик Н.Л. Навчально-методичний посібник Економіка та фінансування охорони здоров'я. 2011 р. С. 71-75.

13. Глухова В.І., Булах М.О. Джерела фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в Україні. *Гроші, фінанси і кредит*. № 10. 2016. С. 760-764

14. Гончарук С.М., Приймак С.В., Даниляк Л.А. Сучасний стан і проблеми фінансування установ охорони здоров'я в Україні. *Бізнес інформ*. №1. 2016. С.190-194

15. Сіташ Т. Медичне страхування та фінансове забезпечення охорони здоров'я: вітчизняний та зарубіжний досвід. *Науковий вісник Одеського національного економічного університету*: 2014. № 10. С. 149-162. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nv_2014_10_16. (дата звернення 23.09.2024)

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

17. Бондар А. В. Фінансування галузі охорони здоров'я в Україні та у зарубіжних країнах. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка»*. 2011. № 720 «Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення і проблеми розвитку». С. 357-364. URL: http://ena.lp.edu.ua:8080/bitstream/ntb/14009/1/55_357-364_Vis_720_Menegment.pdf. (дата звернення 23.09.2024)

18. Зеленевиц В. О., Кузьмін А. І. Зарубіжний досвід фінансування охорони здоров'я. XV Міжнародна наукова інтернет-конференція «ADVANCED TECHNOLOGIES OF SCIENCE AND EDUCATION». URL:

<http://intkonf.org/zelenevich-vo-ktn-kuzmin-ai-zarubizhniy-dosvid-finansuvannya-ohoroni-zdorovya>. (дата звернення 23.09.2024)

19. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я / схвалено Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11. 2016 р. № 1013-р URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text> (дата звернення 23.09.2024)

20. Закон України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” від 19.10.2017р № 2168-VIII URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення 25.09.2024)

21. Економіка охорони здоров'я: [Підручник]/За заг. ред. д. мед. н., проф. Парія В. Д.; Національний медичний університет імені О. О. Богомольця. – Житомир: ТОВ «Видавничий дім “Бук-Друк”» , 2021. – 288 с

22. Організація діяльності закладу охорони здоров'я / навч. посібник за ред. Шкільняка М.М., Желюк Т.Л., Тернопіль, Крок. 2021. 516 с.

23. Фуртак І. І. (2000) Формування концепції удосконалення державного управління охорони, збереження та зміцнення здоров'я населення. Актуальні проблеми державного управління: зб. наук. пр. ЛФ УАДУ. Вип. 3. С. 344–348.

24. Дячук І. Б., Сенюта І. Я., Терешко Х. Я., Фуртак І. І. (2010) Страхування в галузі охорони здоров'я: навч. посібник. Львів: Вид-во ЛОБФ “Медицина і право”, 216 с.

25. Трофанова Т. Г. Економічні та правові проблеми взаємодії систем охорони здоров'я і мережного маркетингу у нашій державі на сучасному етапі. Економіка, фінанси, право. 2005. № 11. С. 11–14.

26. Весельський В. Вітчизняна охорона здоров'я зробить відчутний крок у своєму розвитку: доповідь на підсумковій колегії МОЗ України. Ваше здоров'я. 2006. 28 квітня. № 16 (843). С. 2.

27. Принципи відновлення та трансформації системи охорони здоров'я в Україні. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я; 2022, URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/361136> (дата звернення 10.12.2023)

28. Здреник В. Моделі охорони здоров'я: зарубіжний досвід і українські перспективи. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах

проведення медичної реформи. Матеріали доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю. 12-13 грудня 2018 р. Тернопіль-Кам'янець- Подільський, ТНЕУ, 2018. 346 с.

29. Резнікова Н. В., Іващенко О. А., Войтович О. І. Моделі конкуренції на ринку послуг в сфері охорони здоров'я: проблема використання потенціалу медичної галузі та її регулювання в умовах глобалізації. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=6277> (дата звернення 27.09.2024)

30. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-ХІІ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>. (дата звернення 27.09.2024)

31. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від жовтня 2017 року № 2168-19. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>. (дата звернення 27.09.2024)

32. Конституція України від 28 червня 1996 року № 254К/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96%D0%B2%D1%80#Text>. (дата звернення 27.09.2024)

33. Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування: Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1075. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1075-2017-%D0%BF#n10>. (дата звернення 27.09.2024)

34. Рішення Конституційного Суду України «У справі за конституційним поданням 53 народних депутатів щодо офіційного тлумачення положень частини третьої статті 49 Конституції України», документ v010p710-02, 29 травня 2002 р.. Офіційний вісник України. 2002 рік; 23: 1132.

35. Цивільний кодекс України. Відомості Верховної Ради України. 2003 рік; 40-44: 356.

36. Корольчук О. Тенденції розвитку державного менеджменту в Україні. Угода про асоціацію: рушійна сила інтеграційних змін. Чикаго: Accent Graphics Communications. 2019 рік; 72-87

37. МОЗ України. 9 квітня 2022 р. Укрінформ. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubricsociety/3453195-v-ukraini-1658-medikam-dovelosa-pereihati-ta-zminitimisce-roboti-moz.html> (дата звернення 30.09.2024)
38. Фінансування охорони здоров'я в Україні: стійкість в умовах війни. URL: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1462188/retrieve> (дата звернення 30.09.2024)
39. Барзилович, А. Д. (2020). ФІНАНСОВИЙ МЕХАНІЗМ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ РОЗВИТКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ. Науковий вісник: Державне управління, 3(3(5)), 34–48. [https://doi.org/10.32689/2618-0065-2020-3\(5\)-34-47](https://doi.org/10.32689/2618-0065-2020-3(5)-34-47) (дата звернення 30.09.2024)
40. Смірнова Т.М. Формування державної політики з охорони здоров'я в Україні / Т.М. Смірнова, О.Р Ситенко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я в Україні. -2014. -№ 2(60). -С. 5-9.
41. Криничко Л. Р. Державне управління системою охорони здоров'я в умовах реформування: проблеми теорії та методології : монографія. Житомир : Вид. О. О. Євенок, 2020. 320 с.
42. Уряд України. РОЗПОРЯДЖЕННЯ КАБІНЕТУ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. Про схвалення Концепції реформування фінансування системи охорони здоров'я. (2016) URL: <https://cis-legislation.com/document.fwx?rgn=92696>
43. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> (дата звернення 01.10.2024)
44. НБУ (2024) Макроекономічні показники (2024) URL: <https://bank.gov.ua/ua/statistic/macro-indicators#4> (дата звернення 01.10.2024)
45. Звіт Національної служби здоров'я України за 2023 рік. (2024) URL: <https://data.gov.ua/organization/natsionalna-sluzhba-zdorovia-ukrainy> (дата звернення 01.10.2024)
46. Національна стратегія електронної охорони здоров'я для України, Всесвітня організація охорони здоров'я, Женева, Швейцарія, жовтень 2016 р. (2016) URL: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/e->

health/news/news/2016/06/national-ehealth-strategy-for-ukraine (дата звернення 02.10.2024)

47. The Public Private Collaboration Model, eZdorovya, and the Transformation of the Healthcare System in Ukraine, Observatory Public Sector Innov., Econ. Cooperation Develop., Paris, France, Jan. 2018.

48. Звітність ДП «Електронне здоров'я» (2024) URL: <https://ehealth.gov.ua/dokumenty/> (дата звернення 02.10.2024)

49. Закон України «Про державні фінансові гарантії послуг охорони здоров'я» від 19.10.2017 № 2168-VIII, URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> (дата звернення 02.10.2024)

50. eHealth (2024) URL: <https://ehealth.gov.ua/> (дата звернення 02.10.2024)

51. Видатки державного бюджету (2024) URL: <https://openbudget.gov.ua/national-budget/expenses?class=program> (дата звернення 02.10.2024)

52. Всесвітня організація охорони здоров'я в Європі. Україна: Огляд реформ фінансування охорони здоров'я 2016–2019. (2020) URL: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/414551/WHO-WB-Joint-Report_Summary_Web.pdf (дата звернення 03.10.2024)

53. МОЗ України: Утворення госпітальних округів покращить якість медичного обслуговування в регіонах. 2017. (2017) URL: <https://uacrisis.org/uk/52744-gospitalni-okrugy> (дата звернення 03.10.2024)

54. WHO. Surveillance system for attacks on health care. Accessed April 28, 2022. URL: <https://extranet.who.int/ssa/Index.aspx> (дата звернення 03.10.2024)

55. Zachariou M. Ukraine: one in three people with chronic conditions have problems accessing healthcare. *BMJ*. 2022;377:o1040. doi:10.1136/ BMJ.o1040

56. Наказ МОЗ «Про внесення змін до Наказу МОЗ від 01.06.2021 № 1066 та Порядок видачі (формування) листа непрацездатності в електронному реєстрі листків непрацездатності» від 22.04.2021 р. № 675 від 2022, URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0491-22#Text> (дата звернення 03.10.2024)

57. United24 (2024) URL: <https://u24.gov.ua/uk/impact-report/intro> (дата

звернення 04.10.2024)

58. Бюджет України (2024) / Міністерство Фінансів України. URL: <https://index.minfin.com.ua/ua/finance/budget/gov/income/2022/> (дата звернення 04.10.2024)

59. Гречківська Н.О. (2017). Медичне обслуговування працюючих в країнах Європейського Союзу. Медична наука та практика: виклики і сьогодення. С. 77–82.

60. Система охорони здоров'я та соціального страхування в Німеччині. (2024) URL: <http://forinsurer.com/public/03/04/17/1047> (дата звернення 11.10.2024)

61. Current health expenditure (% of GDP) (2024) URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS> (дата звернення 11.10.2024)

62. The UK Health Care System (2024) URL: <http://assets.ce.columbia.edu/pdf/actu/actu-uk.pdf> (дата звернення 12.10.2024)

63. US Healthcare System Overview-Background (2024) URL: <https://www.ispor.org/heor-resources/more-heor-resources/us-healthcare-system-overview/us-healthcare-system-overview-background-page-1> (дата звернення 12.10.2024)

64. France: health system summary (2024) URL: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/france-health-system-summary-2024> (дата звернення 12.10.2024)

65. Міністерство соціальної політики України (2024) URL: <https://www.msp.gov.ua/news/23714.html?PrintVersion> (дата звернення 15.10.2024)

66. Дані Світового банку. Рівень бідності в Україні (2024) URL: <https://data.worldbank.org/country/ukraine> (дата звернення 15.10.2024)

67. Правда (2023) URL: В Україні побільшало зареєстрованих лікарів і медпрацівників. НСЗУ пояснює причини <https://life.pravda.com.ua/columns/2023/01/17/252380/> (дата звернення 16.10.2024)

68. Ринок праці у сфері медицини відновився на 114% (2024) URL: <https://www.work.ua/articles/analytics/3178/> (дата звернення 16.10.2024)
69. DeepTech and AI Ecosystem in Ukraine (2024), URL: <https://analytics.dkv.global/Ukraine/teaser.pdf> (дата звернення 17.10.2024)
70. Artificial Intelligence startups in Ukraine (2024), URL: https://tracxn.com/d/explore/artificial-intelligence-startups-in-ukraine/___szNYpr2ierfPkB34tibXPkdyR0636GnrnsBBng_vEeQ/companies (дата звернення 17.10.2024)
71. Опубліковано результати дослідження про розвиток штучного інтелекту в Україні. Комітет з питань цифрової трансформації (2024), URL: https://www.rada.gov.ua/news/news_kom/251068.html (дата звернення 17.10.2024)
72. Рейтинг: медичне страхування (ДМС). (2024), URL: <https://insurancetop.com/top/uanonlife/med> (дата звернення 14.11.2024)