

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

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

магістра

на тему

«Модель модернізації фінансового забезпечення закладів
охорони здоров'я (на прикладі «Клініки професора
О.М.Феськова»)»
(тема кваліфікаційної роботи)

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

_____/_____Анна ФЕСЬКОВА
(підпис) (ім'я та прізвище)

Керівник _____/_____Марина ВАСИЛЬЄВА
(підпис) (ім'я та прізвище)

Рецензент _____/_____Олена КІР'ЯН
(підпис) (ім'я та прізвище)

«До захисту допущено»

В.о. завідувачки кафедри _____/_____Наталія
БРЮХАНОВА
(підпис) (ім'я та прізвище)

Нормоконтроль _____/_____Влада МАРКОВА
(підпис) (ім'я та прізвище)

Секретар ЕК _____/_____Валентина БУРБИГА
(підпис) (ім'я та прізвище)

Харків – 2025 рік

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. В.Н.КАРАЗІНА**

Інститут: Навчально-науковий інститут «Українська інженерно-педагогічна академія»

Кафедра: педагогіки, методики та менеджменту освіти

Спеціальність: 073 «Менеджмент»

Освітньо-професійна програма: «Менеджмент закладів охорони здоров'я»⁵

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

(підпис)

«__»_____ 2025 р.

ЗАВДАННЯ
на кваліфікаційну роботу (дипломну роботу)
другого (магістерського) рівня вищої освіти
здобувачці Анні ФЕСЬКОВІЙ

1.Тема: «Модель модернізації фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я (на прикладі «Клініки професора О.М.Феськова»)» затверджена наказом по академії № _____ від «__» _____ 2025 р.

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

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

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити). Розділ 1. Теоретичні основи фінансового забезпечення охорони здоров'я. Розділ 2. Аналіз стану фінансового забезпечення «Клініки професора О.М.Феськова». Розділ 3. Напрями удосконалення фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я.

5. Перелік графічного (ілюстративного) матеріалу 8 рис., 11 табл., презентаційний матеріал

6. Консультант:

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

7. Дата видачі завдання: « 01» 10 2025 р.

Керівник:

(підпис)

Марина ВАСИЛЬЄВА

Завдання прийняла до виконання:

(підпис)

Анна ФЕСЬКОВА

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН-ГРАФІК
виконання кваліфікаційної роботи
(дипломної роботи)

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

Здобувачка

(підпис)

Анна ФЕСЬКОВА

Нормоконтроль:

(підпис)

Влада МАРКОВА

АНОТАЦІЯ

Тема: «Модель модернізації фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я (на прикладі «Клініки професора О.М.Феськова»)».

Магістерська робота містить 126 сторінки, 120джерел, 8 рис., 11таблиць.

Об'єкт дослідження – фінансове забезпечення закладів охорони здоров'я.

Предмет дослідження – удосконалення фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я.

Мета дослідження - теоретично обґрунтувати, розробити та частково експериментально впровадити модель модернізації фінансового забезпечення державних закладів охорони здоров'я.

Завдання дослідження: систематизувати і конкретизувати теоретичні засади й узагальнити світовий досвід фінансового забезпечення охорони здоров'я; здійснити аналіз стану фінансового забезпечення «Клініки професора О.М.Феськова»; розробити модель модернізації фінансового забезпечення державних закладів охорони здоров'я.

Наукова новизна дослідження: оптимізовано витрати бюджетного закладу охорони здоров'я на закупівлю медикаментів і виробів медичного призначення за допомогою економіко-математичної моделі, яка дає змогу ефективніше і раціональніше використовувати фінансові ресурси в процесі фінансово-господарської діяльності з урахуванням вимог законодавства про порядок закупівлі товарів, робіт і послуг за державні кошти.

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що їх використовують органи державної влади та місцевого самоврядування для вдосконалення механізму фінансового забезпечення охорони здоров'я.

Ключові слова: фінансове забезпечення охорони здоров'я, економіко-математична модель, оптимізація витрат.

ANNOTATION

Topic: (Model of modernization of financial support of health care facilities (on the example of Clinics of Professor O. M. Feskov).

Magis work contains 125 pages, 120 sources, 8 rice. , 11tables.

The object of research is the financial provision of health care institutions.

The subject of the study is to improve the financial provision of health care institutions.

The purpose of the study is to theoretically substantiate, develop and partially experimentally implement a model for upgrading the financial support of public health facilities.

Objectives of the study: to systematize and specify the theoretical foundations and to summarize the global experience of financial health care; to analyze the state of financial support of theClinics of Professor O. M. Feskov; to develop a model for modernizing the financial support of public health institutions.

Scientific novelty of the research: optimization of expenditures of the health care budgeting institution for the purchase of medicines and medical products with the help of an economic and mathematical model that enables more efficient and rational use of financial resources in the process of financial and economic activity, taking into account the requirements of legislation on the procedure for purchasing goods, works and services for public funds.

The practical significance of the results is that they are used by public authorities and local governments to improve the financial security provision mechanism.

Key words: financial protection of health protection, economic-mathematical model, cost optimization.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	9
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	11
1.1. Державне регулювання ринку медичних послуг.....	11
1.2. Сутність, джерела та форми фінансового забезпечення охорони здоров'я.....	27
1.3. Моделі організації охорони здоров'я та їх фінансове забезпечення.....	37
Висновки до розділу 1	57
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СТАНУ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ «КЛІНІКИ ПРОФЕСОРА О.М.ФЕСЬКОВА»	59
2.1. Моніторинг ринку медичних послуг в Україні.....	59
2.2. Оцінка фінансового забезпечення «Клініки професора О.М.Феськова».....	74
Висновки до розділу 2	84
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	86
3.1. Модель модернізації фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я.....	86
3.2. Медичне страхування у контексті модернізації фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні.....	104
Висновки до розділу 3.....	117
ВИСНОВКИ.....	119
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	122

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Розвиток нової соціальної стратегії, зумовленої реалізацією сучасної концепції ринкової економіки в Україні, потребує ґрунтовних досліджень у сфері охорони здоров'я з метою об'єктивної оцінки її стану та розробки ефективних довготермінових заходів, спрямованих на повноцінне забезпечення гарантованого державою обсягу медичного обслуговування.

На сучасному етапі господарювання вітчизняна система охорони здоров'я не здатна сповна забезпечити процес реалізації конституційних прав громадян України у сфері медичного обслуговування. Виникнення складної ситуації спричинено дефіцитом фінансових ресурсів, зниженням якості медичної допомоги, незадовільним матеріально-технічним станом та зростанням масштабів "тіньового" сектора у сфері охорони здоров'я. Підвищити ефективність функціонування національної системи охорони здоров'я можна шляхом залучення додаткових джерел фінансових ресурсів і вдосконалення механізму її фінансового забезпечення.

Вирішення зазначеного завдання потребує застосування наукових підходів щодо дослідження теоретичних основ фінансового забезпечення охорони здоров'я, концептуалізації функціонального призначення держави на ринку медичних послуг, оцінки фінансових результатів діяльності державного сектора охорони здоров'я в умовах становлення ринкової економіки і розробки науково обґрунтованої цілісної концепції модернізації механізму фінансового забезпечення гарантованого державою рівня медичного обслуговування.

Дослідження теоретичних основ економіки охорони здоров'я і наукове обґрунтування ролі держави у фінансовому забезпеченні цієї галузі здійснювали представники різних наукових шкіл, зокрема: П. Самуельсон, Б. Абель-Сміт, Дж. Е. Стігліц, Г. Беккер, Т. Шульц, Дж. Кендрік та ін. Серед українських науковців, які вивчали економічні закономірності функціонування сектора медичного обслуговування і досліджували практику організації зарубіжних та вітчизняної систем охорони здоров'я, можна назвати А. Голяченка, В. Рудень, М. Шутова, В. Бідного, Ю. Вороненка, Б. Криштопу й ін.

Теоретичні та практичні аспекти фінансового забезпечення соціальної сфери, в т. ч. охорони здоров'я, в період становлення ринкової системи господарювання висвітлені у наукових працях вітчизняних учених В. Андрущенка, Й. Бескида, О. Василика, О. Величко, В. Войцехівського, С. Кондратюка, В. Лехана, Д. Полозенка, Ю. Пасічника, Я. Радиш, І. Радь, О. Тулай, С. Юрія та ін. У даному контексті заслуговують на увагу праці російських науковців Ю. Лисицина, Г. Поляк, Д. Райса, Р. Салтмана, І. Шеймана та ін.

Незважаючи на проведені дослідження, у наукових роботах приділено недостатньо уваги питанням фінансового забезпечення охорони здоров'я у трансформаційний період розвитку економіки, немає комплексного охоплення даної проблематики та виваженої концепції модернізації фінансового механізму галузі, що зумовлює актуальність теми дослідження, її теоретичну та практичну важливість і доцільність вибору. Це зумовило вибір теми нашого магістерського дослідження: ***«Модель модернізації фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я (на прикладі «Клініки професора О.М.Феськова»)»***

Об'єкт дослідження – фінансове забезпечення закладів охорони здоров'я.

Предмет дослідження – удосконалення фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я.

Мета дослідження-теоретично обґрунтувати, розробити та частково експериментально впровадити модель модернізації фінансового забезпечення державних закладів охорони здоров'я;

Завдання дослідження:

- систематизувати і конкретизувати теоретичні засади й узагальнити світовий досвід фінансового забезпечення охорони здоров'я;
- здійснити аналіз стану фінансового забезпечення «Клініки професора О.М.Феськова»;

розробити модель модернізації фінансового забезпечення державних закладів охорони здоров'я.

- **Методи дослідження.**

Теоретичною основою є класичні теорії, концепції світової економічної та фінансової науки й фундаментальні наукові праці зарубіжних і вітчизняних учених із проблематики охорони здоров'я та її фінансового забезпечення.

Методологічна основа дослідження – діалектичний метод наукового пізнання, згідно з яким усі процеси розглянуто і проаналізовано у взаємозв'язку та розвитку. Понятійний апарат обґрунтовано на основі методу наукових абстракцій і аналогій. Тенденції розвитку та особливості вітчизняного механізму фінансового забезпечення охорони здоров'я виявлено з допомогою історичного і логічного методів дослідження, статистичних методів аналізу, синтезу, спостереження, узагальнення, порівняння. Методи моделювання застосовано в процесі побудови теоретичної моделі оптимізації джерел фінансового забезпечення охорони здоров'я. За допомогою економіко-математичних методів розроблено модель оптимізації витрат медичного закладу на закупівлю медикаментів і виробів медичного призначення.

Інформаційно-нормативною базою дисертації є законодавчі та нормативно-правові акти України, законопроекти, дані Міністерства фінансів України, Міністерства охорони здоров'я України, статистичні матеріали Державного комітету статистики України, а також монографії та статті вітчизняних і зарубіжних учених.

Наукова новизна отриманих результатів полягає в конкретизації теоретичних основ створення ефективного механізму фінансового забезпечення системи охорони здоров'я та розробці системи практичних заходів, спрямованих на його модернізацію в сучасних умовах господарювання.

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що їх використовують органи державної влади та місцевого самоврядування для вдосконалення механізму фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я.

Структура і обсяг роботи. Робота складається зі вступу, 3 розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Державне регулювання ринку медичних послуг

Ринок як об'єктивна форма організації та функціонування економічних взаємозв'язків між господарюючими суб'єктами постає надзвичайно складною системою, що складається з багатьох взаємопов'язаних і взаємообумовлених елементів. З позицій економічного призначення об'єктів ринкових відносин у його структурі традиційно відокремлюють ринок капіталів, ринок праці та товарний ринок. У межах останнього особливу, структуроутворювальну роль відіграє ринок товарів і послуг, до складу якого входять ринки продовольчих і непродовольчих (побутових) товарів, а також ринки транспортних, освітніх, комунальних і медичних послуг.

Ринок медичних послуг доцільно розглядати як розгалужену систему економічних відносин, що формуються між виробниками та споживачами з приводу купівлі-продажу медичних товарів і послуг. Повноцінне розгортання ринкових механізмів у цій сфері потребує високого рівня раціональності та економічної самостійності в господарській поведінці суб'єктів економіки, дотримання принципів еквівалентного обміну, наявності вільної конкуренції та дії закону вартості, попиту і пропозиції. За умови функціонування зазначених ринкових регуляторів ринок здатний самостійно й об'єктивно розв'язувати значну частину економічних завдань. Водночас у процесі еволюції економічних відносин виникають проблеми, з якими ринковий механізм без цілеспрямованої підтримки з боку держави не спроможний успішно впоратися. Саме тому ринок медичних послуг у сучасних умовах існує як органічне поєднання двох взаємодоповнюючих складових – власне ринкового механізму та системи державного регулювання.

Державне регулювання ринку медичних послуг доцільно інтерпретувати як сукупність інституційних форм і інструментальних методів, за допомогою яких держава здійснює вплив на розвиток цього сектору економіки з метою його

стабілізації, підвищення ефективності функціонування та узгодження приватних і суспільних інтересів. Серед ключових методів державного впливу виокремлюють правові, адміністративні й економічні. Правове регулювання передбачає ухвалення комплексу нормативно-правових актів, що задають рамкові юридичні умови здійснення діяльності у сфері медичних послуг, визначають права, обов'язки та відповідальність суб'єктів даного ринку.

У свою чергу, адміністративні важелі регулювання охоплюють систему законодавчо встановлених заборон, дозволів, норм та засобів примусового впливу. Економічні методи державного втручання реалізуються як через інструменти прямої дії (державне цільове фінансування, закупівлі товарів, робіт і послуг за бюджетні кошти), так і через інструменти непрямого впливу (застосування заходів бюджетно-податкової, грошово-кредитної, цінової та валютної політик). Зазвичай переважання тих чи інших методів зумовлює фактичний ступінь втручання держави в функціонування ринку медичних послуг і істотно впливає на траєкторію його подальшого розвитку. Так, посилена орієнтація на прямі економічні методи сприяє розширенню державного сектору охорони здоров'я, у межах якого держава виступає як самостійний власник і суб'єкт підприємництва, що забезпечує населення загальнодоступною та кваліфікованою медичною допомогою. Водночас непрямі економічні інструменти, побудовані на використанні таких регуляторів, як податки, кредити, ціни, тарифи тощо, у більшій мірі спрямовані на опосередкований вплив держави на господарську діяльність суб'єктів недержавного сектору охорони здоров'я.

Аналіз динаміки розвитку ринку медичних послуг у світовому господарстві дає підстави стверджувати, що роль держави в цьому секторі економіки ніколи не була нейтральною або другорядною. Навпаки, держава завжди тією чи іншою мірою впливала на організацію та функціонування сфери охорони здоров'я й відігравала важливу роль у виконанні відповідної суспільної функції. Історично світова спільнота пройшла тривалий еволюційний шлях, упродовж якого здійснювалися практичні експерименти та точилися наукові дискусії щодо доцільності, масштабів і форм участі держави на ринку медичних послуг.

У період панування вільної ринкової економіки (від початку XVI до кінця XIX ст.), коли у сфері медичних послуг домінувала приватна ініціатива, державна медична допомога виконувала здебільшого функцію елемента опіки й благодійництва, зорієнтованого на захист окремих соціально вразливих груп населення. У цей час на ринку медичних послуг діяли жорсткі ринкові закони, а отримання медичної допомоги розглядалося як приватна справа кожного індивіда. В економічній науці того періоду утверджувалися ідеї класичної політичної економії, а головним предметом наукових дискусій ставали питання про те, які саме обов'язки має виконувати держава і яким чином виконання цих обов'язків позначається на розвитку ринкових відносин, темпах економічного зростання країни та рівні добробуту населення. Державі відводили вкрай обмежену, мінімальну за обсягом роль як в економіці загалом, так і на ринку медичних послуг зокрема. Представники класичної школи (У. Петті, А. Сміт, Д. Рікардо та інші) декларували майже беззастережну віру в дієвість “невидимої руки” ринку та послідовно захищали пріоритет приватної ініціативи. Вони визнавали потребу в державному фінансуванні окремих суспільно важливих потреб, проте не розкривали глибинних причин такого втручання, спираючись радше на своєрідну “ринкову інтуїцію”, ніж на системний теоретичний аналіз.

Якісно новий етап активізації державної участі на ринку медичних послуг і стрімкого розширення державного сектору охорони здоров'я розпочався у XX столітті. Науково-технічний прогрес, прискорення економічного розвитку та процеси гуманізації суспільних відносин сприяли поступовому одержавленню ринку медичних послуг і підвищенню міри відповідальності держави за результати діяльності цього сектору. Усвідомивши як економічну доцільність, так і соціальну значущість охорони здоров'я, уряди багатьох країн світу стали активно долучатися до визначення стратегічних пріоритетів і формування політики у сфері медицини. Унаслідок здійснення державою відповідних заходів було створено розгалужену мережу закладів охорони здоров'я державної та муніципальної форм власності, залучено значний кадровий потенціал висококваліфікованих спеціалістів, сформовано необхідну матеріально-технічну базу. Водночас це зумовило суттєве зростання фінансових зобов'язань держави і збільшення обсягів бюджетних витрат

на охорону здоров'я. Аналіз частки державного фінансування у структурі сукупних витрат на охорону здоров'я в економічно розвинутих країнах свідчить, що цей показник у більшості випадків сягає 70% і більше.

Посилення позицій держави в медицині передусім пояснюється неспроможністю ринкових механізмів самотійно вирішувати складні соціально-економічні проблеми, які виникають у сфері медичного обслуговування. Найбільш вагомими теоретичними аргументами на користь посилення державного впливу на ринок медичних послуг були напрацьовані в межах неокласичного напрямку економічної думки. Сформульована його представниками теорія “відмови” функціонування ринку стала концептуальним контраргументом щодо тих наукових підходів, які абсолютизували переваги ринкових механізмів і намагалися мінімізувати або дискредитувати роль держави. У сфері охорони здоров'я зарубіжні дослідники (П. Самуельсон, Дж. Е. Стігліц, Ш. Бланкарт, Ю. Немец та ін.) ідентифікували низку об'єктивних явищ, що перешкоджають ефективному функціонуванню ринку: негативні зовнішні ефекти, інформаційну асиметрію, неспроможність ринку приватного медичного страхування тощо. Саме тому галузь охорони здоров'я вважають одним із найочевидніших прикладів порушення умов ефективної дії ринкових механізмів і, відповідно, обґрунтованої необхідності державного регулювання.

Одним із найсуттєвіших недоліків ринкової моделі медичного обслуговування і водночас переконливим аргументом на користь існування державного сектору охорони здоров'я є нездатність приватного ринку медичних послуг брати на себе повну відповідальність і ефективно протидіяти негативним зовнішнім ефектам (екстерналіям). Негативні екстерналії в цій сфері пов'язані з поширенням таких груп захворювань, як інфекційні й паразитарні хвороби, психічні розлади, соціально зумовлені недуги (наркоманія, алкоголізм, СНІД тощо), які потенційно можуть набувати характеру епідемій і спричиняти значні соціально-економічні втрати для суспільства загалом.

Ринкова модель охорони здоров'я, що ґрунтується на принципі індивідуальної платоспроможності, не створює умов для виробництва благ, які були б одночасно загальнодоступними та неконкурентними у споживанні. У межах суто ринкового

підходу медичну допомогу отримують лише ті пацієнти, які спроможні оплатити ціну, сформовану на конкурентному ринку. Тому в разі виникнення епідемії як форми прояву негативної зовнішньої екстерналії за домінування індивідуальної (приватної) форми надання медичних послуг неминуче формуються “вогнища захворюваності” серед великих груп населення, що пов’язано з поляризацією суспільства за рівнем доходів. Приватно організована медична послуга не здатна забезпечити суспільні вигоди для всього населення в тому самому обсязі, як це відбувається за умови активного державного втручання. П. Самуельсон слушно зазначав, що “викоренення віспи принесло користь мільйонам потенційних жертв, а для фірми користі не було фактично ніякої” [151, с. 332]. Усвідомлення неспроможності ринку самостійно нейтралізувати негативні екстерналії зумовлює необхідність активних дій держави – організації карантинних заходів, проведення обов’язкової вакцинації населення та фінансування цих заходів за рахунок бюджетних ресурсів.

Поява системи приватного страхування здоров’я певною мірою була реакцією суспільства на “провали” ринку у сфері медичного обслуговування. Механізм страхування здоров’я дає змогу зменшити ступінь індивідуального фінансового ризику у випадку настання хвороби та частково перерозподілити витрати між різними групами застрахованих. Проте й ця система не позбавлена суттєвих недоліків. Головна проблема полягає в тому, що приватне страхування, як правило, не поширюється на “погані ризики” і не охоплює значні верстви населення. Чим вищою є ймовірність захворювання конкретної особи, тим дорожчою для неї стає “страховка”, а в окремих випадках такій особі можуть повністю відмовити в укладенні страхового договору. До групи підвищеного ризику зазвичай зараховують літніх людей, дітей, осіб з інвалідністю, малозабезпечених громадян. Страхові компанії, орієнтуючись на комерційні інтереси, намагаються цілеспрямовано відбирати клієнтів за рівнем доходів і станом здоров’я, тому найпривабливішими для них стають заможні та відносно здорові люди. За таких умов саме держава вимушена перебирати на себе функції соціального захисника згаданих категорій населення й гарантувати їм доступ до медичної допомоги незалежно від платоспроможності, статі, віку чи стану здоров’я.

Фінансування наукових досліджень і розробок у сфері медицини, підтримка медичної освіти та формування медичної культури суспільства також є сферами, у яких можливості ринку істотно обмежені, оскільки такі види діяльності здебільшого мають низьку комерційну привабливість і не забезпечують швидкого одержання прибутку.

Регуляторна роль держави на ринку медичних послуг безпосередньо пов'язана і з явищем інформаційної асиметрії, яке сприяє формуванню специфічного економічного феномену – “попиту, що стимулює постачальник”. Споживач медичних послуг, як правило, не володіє достатнім обсягом інформації щодо власних потреб, оптимальних форм і обсягу лікування та змушений цілковито покладатися на компетенцію і добросовісність лікаря. Така інформаційна нерівність зумовлює монопольне становище медичного працівника і створює можливості для нав'язування пацієнтові недостатньо якісного, надмірного або необґрунтовано дорогого лікування. За цих обставин уряду відводиться роль справедливого та незаангажованого регулятора, що покликаний захищати інтереси споживачів на ринку медичних послуг. Видача ліцензій, здійснення державного контролю за якістю медичної допомоги, патентування лікарських засобів та медичних технологій – усі ці напрями діяльності додатково свідчать на користь необхідності державного втручання.

Теорія відмови функціонування ринку демонструє, що перевага використання держави як виробника або посередника у розв'язанні проблем охорони здоров'я полягає в її здатності, на відміну від приватно-ринкової моделі, ефективно реагувати на негативні зовнішні ефекти (екстерналії), забезпечувати соціальний захист найбільш уразливих груп населення, гарантувати їм необхідний обсяг медичної допомоги та встановлювати дієві механізми контролю за якістю наданих послуг. Ця теорія доводить, що існують об'єктивні причини, які спонукають державу втручатися в процеси медичного обслуговування і діяти в інтересах охорони здоров'я всього суспільства.

На підставі теорії відмови ринку сформувалася інша концепція, що стала ядром теоретичних побудов сучасного розуміння державного сектору економіки та державних фінансів, – теорія суспільних благ. Аналізуючи науковий доробок із

зазначеної проблематики, відомий український учений В. Андрущенко у монографії “Фінансова думка Заходу в XX столітті (Теоретична концептуалізація і наукова проблематика державних фінансів)” виокремив низку ключових властивостей суспільних благ: по-перше, їх споживання є загальнодоступним; по-друге, такі блага надають споживачам, оминаючи конкурентний ринок; по-третє, суспільні блага є невичерпними в тому сенсі, що задоволення потреби однією особою практично не зменшує можливостей задоволення аналогічної потреби для інших; по-четверте, рішення про виробництво та постачання суспільних благ ухвалюють на основі суспільної згоди, оскільки окремий індивідуальний споживач не в змозі самостійно сформулювати на них попит чи нав’язати його всьому суспільству; по-п’яте, фінансування суспільних благ здійснюється через механізм державних фінансів [4, с. 66].

На практиці виокремити “чисті” суспільні блага доволі складно, оскільки критерії їх ідентифікації є динамічними й змінюються залежно від етапу розвитку економіки та суспільства. В економічній теорії приділено значну увагу питанням класифікації та характеристик суспільних благ, однак і дотепер не вироблено цілком узгодженої позиції з цього приводу. Медична послуга, як правило, зараховується до групи змішаних суспільних благ. Вона має конкурентний характер у споживанні, зумовлений обмеженою пропускною спроможністю закладів охорони здоров’я, унаслідок чого надання медичних послуг одним пацієнтом об’єктивно обмежує можливості їх отримання іншими [50, с. 104]. Водночас, подібно до інших суспільних благ, медична послуга не є винятковою, оскільки держава гарантує всім членам суспільства незалежно від рівня доходів вільний доступ до медичного обслуговування.

Отже, теорія суспільних благ дає змогу пояснити специфіку товарів і послуг у сфері медичного обслуговування, з’ясувати особливості їх виробництва, розподілу та джерела фінансування. Згідно з цією теорією, медичну послугу лише частково можна вважати суспільним благом, яке об’єктивно потребує обов’язкового державного фінансування. У виробництві медичних послуг можуть брати участь дві полярні інституції – держава і ринок. Вибір того, які саме послуги мають забезпечуватися виключно державним сектором, які – у рамках змішаного

(державно-приватного) фінансування, а які можуть повністю передаватися у приватну сферу, визначається державною політикою кожної конкретної країни. Таким чином, активність держави у фінансуванні охорони здоров'я обумовлюється не лише об'єктивними, а й суб'єктивними чинниками, пов'язаними з політичними пріоритетами та суспільними уявленнями про роль держави.

У демократичному суспільстві додатковим фактором, що може істотно впливати на масштаби державного фінансування охорони здоров'я й визначати пріоритети у цій галузі, є суспільний вибір. У межах демократичних політичних систем рішення щодо переліку послуг у сфері охорони здоров'я та обсягів їх бюджетного фінансування ухвалюються в процесі політичної конкуренції й формуються на основі колективної волі громадян (суспільного вибору).

Тісний зв'язок економічної теорії та політичної науки було концептуально обґрунтовано в межах теорії суспільного вибору, яку розробив американський економіст, Нобелівський лауреат Джеймс Б'юкенен. Він показав, що в умовах демократії суспільний вибір, який відображає позицію виборців щодо ролі й функціонального призначення держави, значною мірою визначає обсяги державних витрат, у тому числі й на охорону здоров'я.

У сучасній економічній теорії питання необхідності державного фінансування системи охорони здоров'я розглядають також у контексті концепції людського капіталу. У XX столітті відбулося переосмислення ролі індивіда як найціннішого ресурсу суспільства, який за своєю значущістю істотно перевищує природні ресурси та нагромаджене матеріальне багатство. В умовах науково-технічної революції суттєво зросло значення людини в економічному житті, що зумовило посилення наукового інтересу не лише до проблем ефективного використання робочої сили, а й до питань результативності “виробництва” людського потенціалу як такого.

Людський капітал розглядається як вирішальний економічний чинник, що лежить в основі науково-технічного прогресу. До найбільш важливих економічних ресурсів держави належать освіченість, професійний досвід, здібності та стан здоров'я населення [85, с. 447].

Проблематику “людського капіталу” ґрунтовно досліджував американський учений Г. Беккер, який за роботи в цьому напрямі був удостоєний Нобелівської

премії з економіки у 1992 р. Він проаналізував економічну доцільність як державних, так і приватних інвестицій у “людський фактор”. На думку Г. Беккера, значні капіталовкладення у підготовку студентів і працівників, у систему медичного обслуговування, зокрема дитячого (учений навіть пропонував запровадити для цього спеціальний податок), а також у соціальні програми, спрямовані на збереження, підтримку та розширене відтворення кадрового потенціалу, є рівноцінними інвестиціям у створення чи придбання нового обладнання, машин і технологій, оскільки в майбутньому вони забезпечують не менший, а часто й більший економічний ефект. Дослідник наголошував, що високоякісне медичне обслуговування та сучасні профілактичні заходи, поєднані із систематичними заняттями фізкультурою і спортом, дозволяють уникнути значних витрат на лікування та зменшити втрати, пов’язані з вибуттям кваліфікованих працівників [85, с. 487].

Формування й відтворення людського капіталу потребує від окремої людини та від усього суспільства значних витрат, які доцільно інтерпретувати як інвестиції. Концепція “інвестицій у людину” є однією з найпоширеніших у західній економічній науці; її авторами вважають неокейнсіанців Л. Туроу, С. Боулза, М. Блауга, Р. Кембелла, Б. Сіджела та ін. Американські економісти К. Макконелл і С. Брю визначають інвестиції в людський капітал як будь-які заходи, спрямовані на підвищення продуктивності праці працівників (зростання їхньої кваліфікації та розвиток здібностей), а також витрати на поліпшення освіти, стану здоров’я та мобільності робочої сили [100, с. 171]. Вони виокремили три основні види інвестицій у людський капітал: витрати на освіту (загальну та спеціальну, формальну й неформальну, а також підготовку безпосередньо на робочому місці); витрати на охорону здоров’я (профілактику захворювань, медичне обслуговування, дієтичне харчування, поліпшення житлових умов); витрати на підвищення мобільності працівників.

Серед усіх різновидів інвестицій у людський капітал особливу значущість мають вкладення в здоров’я та освіту. Інвестиції в охорону здоров’я сприяють зниженню рівня захворюваності та смертності, продовжують період працездатного віку людини, а отже, збільшують час функціонування людського капіталу. Здоров’я

індивіда доцільно розглядати як специфічну форму капіталу, яка частково залежить від генетичних чинників і спадковості, але водночас суттєво визначається зусиллями та витратами, що їх здійснюють сама людина й суспільство. Інвестиції в охорону здоров'я сповільнюють процес фізичного й психічного “зносу” людського капіталу.

Американський дослідник Дж. Кендрік, який також присвятив свої праці вивченню зазначеної проблематики, стверджував, що інвестиції в охорону здоров'я протягом певного часу забезпечують віддачу не лише у формі грошових результатів, а й у вигляді психологічного ефекту. Підтримання здоров'я населення, належний рівень лікування та профілактики захворювань, реалізація інших заходів у сфері охорони здоров'я є важливими факторами зниження захворюваності, що позитивно позначається на продуктивності праці та загальному добробуті населення. Учений доводив, що унаслідок зменшення смертності й подовження трудового життя людини істотно зростають доходи населення та збільшується національний дохід [84, с. 45].

У сучасній українській економічній літературі питання сутності людського капіталу та його ролі у зміцненні економіки держави досліджують багато вітчизняних науковців, зокрема А. Добринін, С. Дятлов, Є. Сумароков, В. Харченко, Д. Полозенко. Разом із тим домінує тенденція до більш глибокого аналізу економічного й соціального ефекту інвестицій в освіту, тоді як результативність капіталовкладень в охорону здоров'я часто розглядається поверхово й потребує додаткового теоретичного обґрунтування. Необхідність поглиблення досліджень у цьому напрямі влучно підкреслює вислів американського політолога М. Кастельса: "Джерело продуктивності – освічена робоча людина. Водночас освіченість нічого не варта, якщо працівники при тому не мають здоров'я, гідного житла, психологічної стабільності та високого рівня культури..." [121, с. 34].

У межах теорії людського капіталу всю економічну діяльність суспільства поділяють на два взаємопов'язані види: виробництво матеріальних благ і послуг та виробництво продуктивних сил. Обидва процеси здійснюються як на мікро-, так і на макрорівні, причому дедалі чіткіше простежується тенденція до розширення можливостей прямого й опосередкованого втручання держави у сферу відтворення трудових ресурсів. Держава, виступаючи активним учасником цього процесу, може

застосовувати як обов'язкові (примусові) заходи – наприклад, обов'язкову медико-профілактичну допомогу (щеплення, диспансерні огляди тощо), – так і стимулюючі механізми, покликані активізувати приватні інвестиції в людину. Спрямовуючи бюджетні ресурси на інвестиції в людський капітал або заохочуючи до цього приватні компанії та окремих громадян, держава стає одним із ключових партнерів у загальному процесі формування, збереження та розвитку продуктивних сил.

При цьому держава отримує і безпосередні економічні вигоди від інвестування в здоров'я громадян. Стан здоров'я суттєво впливає на рівень якості людських ресурсів, а через них – на економічні й виробничі показники. Тільки здорові працівники здатні демонструвати високу продуктивність праці, створювати більший обсяг товарів, робіт і послуг, що, у свою чергу, є необхідною передумовою зростання багатства нації. Медичні витрати в такому контексті можна трактувати як специфічну форму капіталовкладень у людину, а кожен працівник постає носієм і джерелом капітальної вартості. З позицій концепції “інвестицій у людину” економічний і соціальний ефект від вкладення коштів в охорону здоров'я громадян, який виявляється в підвищенні продуктивності праці, нарощуванні національного доходу та покращенні показників суспільного здоров'я, мотивує державу до активних дій у цій сфері.

Попри те, що теорія продуктивної та непродуктивної праці в її класичному вигляді нині сприймається як певною мірою утопічна, історичні наслідки її впливу є досить вагомими. Саме положення цієї теорії було покладено в основу системи фінансового забезпечення охорони здоров'я в колишньому Радянському Союзі та розвитку такої моделі, у межах якої вперше в світовій практиці пріоритетним джерелом фінансування охорони здоров'я виступав державний бюджет.

Таким чином, явище посилення державної присутності на ринку медичних послуг та зростання ролі держави у фінансуванні охорони здоров'я має комплексне наукове обґрунтування з погляду різних економічних теорій і концепцій. У даній роботі запропоновано типологічну схему відповідних теоретичних підходів, через призму яких пояснено причини державного втручання в ринок медичних послуг і обґрунтовано необхідність функціонування державного сектору охорони здоров'я (рис. 1.1).

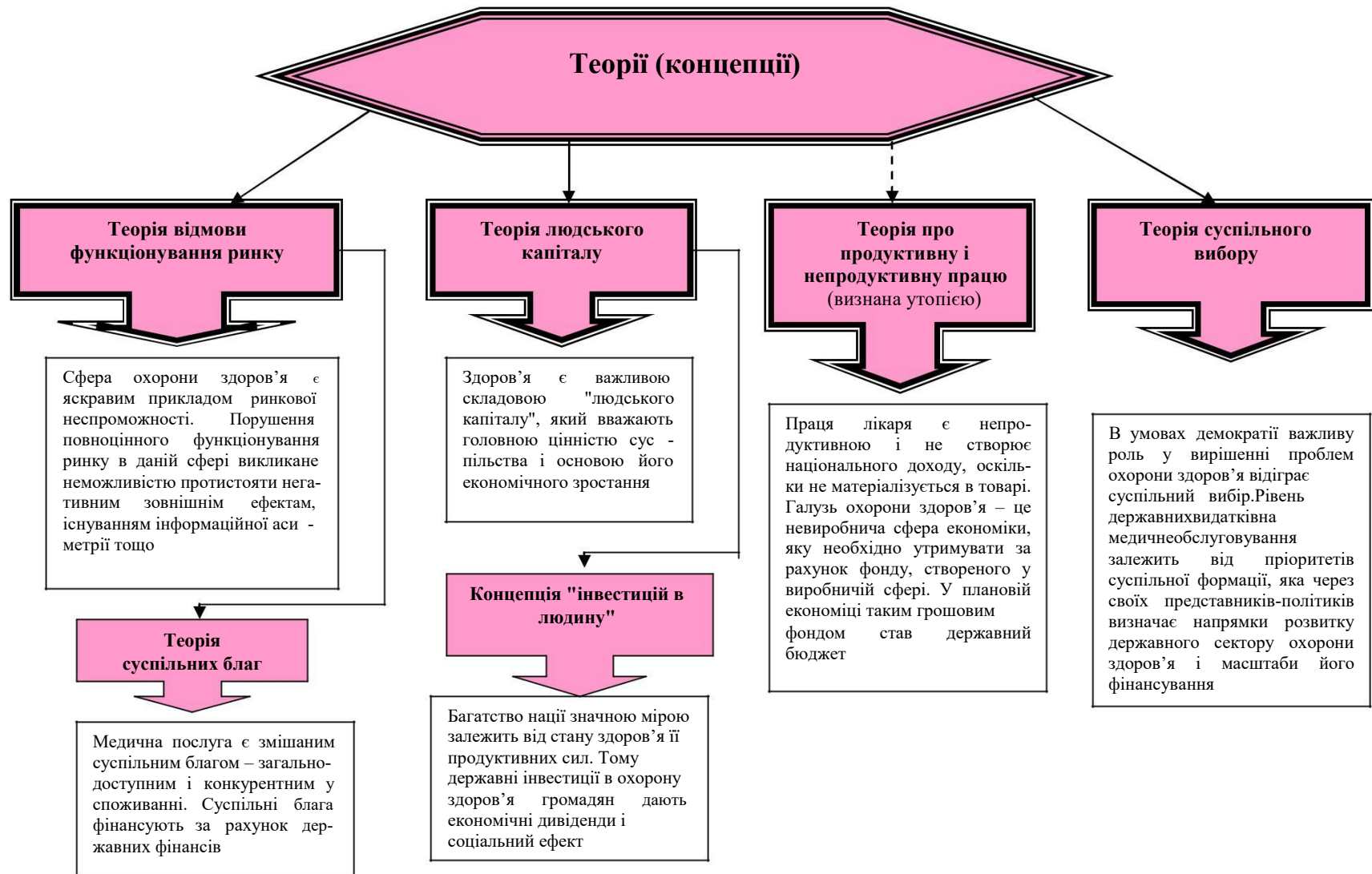


Рис. 1.1. Теоретична аргументація причин державного регулювання ринку медичних послуг.

Таким чином, держава виступає невід'ємним, обов'язковим учасником ринку медичних послуг, оскільки доцільність її присутності та активної діяльності в цій сфері зумовлена сукупністю взаємопов'язаних чинників, а саме:

- неспроможністю приватного сегменту ринку медичних послуг ефективно нейтралізувати та попереджувати негативні зовнішні ефекти (екстерналії), що виникають унаслідок поширення певних видів захворювань;
- існуванням на ринку медичних послуг стійкого феномену інформаційної асиметрії між пацієнтом і постачальником послуг, який породжує можливість формування "попиту, стимульованого постачальником";
- нездатністю ринку приватного медичного страхування забезпечити належний рівень медичного обслуговування для окремих соціальних груп населення (пенсіонерів, осіб з інвалідністю, дітей), що пов'язано з прагненням страхових компаній мінімізувати власні ризики та максимізувати прибуток;
- низькою комерційною привабливістю і фактичною неприбутковістю діяльності, пов'язаної з проведенням фундаментальних і прикладних наукових досліджень у галузі медицини;
- об'єктивною необхідністю здійснення значних інвестицій у здоров'я громадян, унаслідок чого підвищується продуктивність праці, зростає обсяг валового внутрішнього продукту і, відповідно, збільшується національне багатство країни;
- вимогами суспільства в умовах демократичного ладу, коли через механізм "суспільного вибору" громадяни можуть безпосередньо або опосередковано впливати на формування державної політики в сфері охорони здоров'я.

Узагальнюючи наведені міркування та аргументи, можна стверджувати, що з огляду на поєднання об'єктивних і суб'єктивних факторів держава на ринку медичних послуг покликана виконувати щонайменше дві ключові функції: соціально-стабілізаційну та економічну.

Соціально-стабілізаційна функція держави на ринку медичних послуг полягає насамперед у забезпеченні соціальної справедливості та підтриманні суспільної стабільності. Головною, кінцевою метою соціально справедливого суспільного устрою у цій площині є гарантування загальної доступності медичних послуг для

всіх верств населення, незалежно від рівня індивідуальних доходів і соціального статусу. У теоретичному дискурсі такий підхід пов'язують із концепцією специфічного егалітаризму, прихильники якої наполягають на тому, що медичну послугу слід розглядати окремо від інших видів товарів, а доступ до медичного обслуговування, подібно до права на життя, не може повністю регулюватися ринком. За цієї логіки шлях до досягнення соціальної справедливості часто вбачають у максимальному обмеженні або навіть згортанні ринкових механізмів у сфері медичного обслуговування та її повному одержавленні.

Однак настільки радикальне втілення егалітаристських підходів здатне спровокувати надмірне втручання держави в медичну сферу, що, своєю чергою, може знизити ефективність функціонування системи охорони здоров'я та послабити її адаптивність і дієздатність. Тому проблему соціальної справедливості у сфері медичного обслуговування доцільно розв'язувати в більш поміркованих, нерідко комбінованих формах, коли кожній людині або окремим соціально вразливим групам (інвалідам, пенсіонерам, малозабезпеченим особам тощо) держава гарантує право на доступ до визначеного мінімального, але суспільно прийнятного рівня медичних послуг. За такого підходу держава чітко окреслює межі власної відповідальності, формує систему соціальних гарантій для населення та визначає стандарти медичного обслуговування, що мають бути забезпечені бодай на базовому рівні.

У демократичному суспільстві концепція соціальної справедливості в медичній сфері формується в політичному просторі, а її зміст постійно змінюється під впливом суспільного вибору та сукупності соціально-економічних інтересів, репрезентованих у парламенті та в інших інститутах влади. Тому реалізація соціальної функції держави на ринку медичних послуг у демократичній країні є, по суті, інституційним відображенням колективної волі та пріоритетів суспільства щодо охорони здоров'я його громадян.

Виконання державою завдання соціальної стабілізації найбільш виразно проявляється в ситуаціях, пов'язаних із вирішенням глобальних проблем, зокрема при ліквідації епідемій та масових захворювань. Виникнення у суспільстві загрозливих для життя й здоров'я людей ситуацій, пов'язаних із ризиком масштабного поширення хвороб, неминуче підриває соціальну стабільність і

посилює напруженість. У таких умовах держава зобов'язана забезпечити комплекс економічних та соціальних заходів, спрямованих як на подолання вже існуючих проблем, так і на запобігання їх виникненню, мінімізуючи негативні наслідки для населення.

Реалізація економічної функції держави на ринку медичних послуг здійснюється за кількома взаємопов'язаними напрямками.

По-перше, держава виконує роль регулятора діяльності недержавного (приватного) сектору охорони здоров'я. Це регулювання охоплює:

- запобігання формуванню монополістичних тенденцій і підтримання належного рівня конкуренції між виробниками медичних послуг шляхом запровадження антимонопольного законодавства, контролю за його дотриманням і застосування відповідних санкцій;

- проведення процедур ліцензування та акредитації медичних закладів усіх форм власності, а також фізичних осіб, які провадять індивідуальну медичну практику, з метою забезпечення належної якості медичного обслуговування. Такі заходи спрямовані на захист прав споживачів і слугують підтвердженням їхнього права на медичну допомогу в обсязі та за якістю не нижче встановлених стандартів;

- державне регулювання освітнього ринку в частині підготовки фахівців медичного профілю (лікарів, медичних сестер та інших медичних працівників), що має на меті забезпечити відповідний рівень професійної компетентності кадрів;

- застосування податкових, грошово-кредитних, цінових та інших економічних важелів впливу на розвиток підприємницької діяльності у сфері медичних послуг, які можуть бути використані як для стимулювання, так і для певного обмеження чи сповільнення ділової активності залежно від цілей державної політики.

По-друге, держава виступає самостійним суб'єктом економічної діяльності в галузі медичних послуг, несучи відповідальність за організацію та фінансове забезпечення функціонування закладів охорони здоров'я державної й муніципальної форм власності. Інвестуючи кошти в охорону здоров'я населення, держава не лише виконує соціальну місію, а й розраховує на майбутні економічні дивіденди у вигляді зростання національного доходу та зміцнення економічного потенціалу країни.

Таким чином, турбота держави про здоров'я громадян має не тільки гуманістичний, а й прагматичний, економічно вигідний зміст.

Водночас участь держави в забезпеченні охорони здоров'я населення не є безмежною. Зазвичай на законодавчому рівні встановлюють систему державних соціальних гарантій, що визначають межі відповідальності держави. Високий рівень таких гарантій у сфері охорони здоров'я слугує важливою передумовою національного добробуту та ключовою ціллю діяльності держави, яка прагне забезпечити належний рівень здоров'я своїх громадян. Державні соціальні гарантії в галузі охорони здоров'я орієнтовані на задоволення соціально-пріоритетних потреб, пов'язаних зі зниженням працездатності, погіршенням стану здоров'я населення та необхідністю забезпечення мінімально допустимого рівня медичного обслуговування. Ці гарантії покликані підтримувати процес формування, збереження та розвитку продуктивних сил суспільства.

Унаслідок еволюції економічних відносин роль держави на ринку медичних послуг настільки посилилася, що відповідна сфера трансформувалася у відносно цілісну систему, відому під назвою "система охорони здоров'я". Ця система має динамічний характер і складну внутрішню організаційну структуру, яка в найзагальнішому вигляді включає два взаємодоповнюючих сектори – державний і приватний. Кожному з них притаманні свої особливості фінансово-господарської діяльності, однак загальна спрямованість функціонування обох секторів є єдиною: збереження, зміцнення та відтворення здоров'я громадян.

1.2. Сутність, джерела та форми фінансового забезпечення охорони здоров'я

Сучасна система охорони здоров'я являє собою надзвичайно складну, багатовимірну й багатoeлементну галузь, функціонування якої потребує створення та постійного розвитку розгалуженої мережі лікувально-профілактичних, санітарно-епідеміологічних та інших оздоровчих закладів, а також залучення значного корпусу висококваліфікованих кадрів. Це високотехнологічна, наукомістка й разом з тим ресурсомістка сфера, що через свою специфіку є надзвичайно динамічною і потребує постійних, часто масштабних капіталовкладень. Від рівня забезпеченості галузі матеріально-технічними, трудовими та фінансовими ресурсами істотно залежать як якість медичного обслуговування, так і фактичний стан здоров'я

населення. Одним із визначальних чинників, що впливають на результативність заходів у галузі охорони здоров'я та на її соціально-економічну ефективність, виступає характер і стабільність фінансового забезпечення.

У вітчизняній фінансовій науці переважна більшість дослідників розглядає фінансове забезпечення як специфічний метод фінансового механізму, що використовується в процесі розподілу та перерозподілу створеного в суспільстві національного продукту. Такий підхід, у межах якого фінансове забезпечення трактується як один із методів дії фінансового механізму, спрямованого на організацію розподільчих та перерозподільчих процесів із метою формування доходів і фондів грошових коштів, характерний, зокрема, для робіт О. Кириленка, С. Юрія [86, с. 41–42; 200, с. 23]. Подібної позиції дотримується й В. Опарін, який визначає фінансове забезпечення як структурну підсистему фінансово-кредитного механізму [113, с. 19]. Автор поділяє загальний підхід згаданих науковців, відповідно до якого фінансове забезпечення розуміється як метод функціонування фінансового механізму, покликаний гарантувати повноцінну реалізацію фінансових відносин.

Разом із тим, незважаючи на часте використання терміна "фінансове забезпечення" в економічній і фінансовій літературі, його змістовне наповнення детально розкривається лише в поодиноких працях. Так, колектив авторів навчального посібника "Фінанси: вишкіл студії" за редакцією С. Юрія пропонує таке визначення: фінансове забезпечення – це формування цільових грошових фондів у достатньому розмірі та їх ефективне використання [100, с. 24].

На нашу думку, наведене визначення досить адекватно відображає сутність явища, однак певні критичні зауваження викликає той факт, що у вказаній дефініції фінансове забезпечення пов'язується виключно з формуванням цільових фондів грошових коштів. При цьому поза увагою залишається можливість формування ресурсів у нефондовій формі, коли кошти не набувають чітко окресленого цільового статусу, але також є складовою фінансового забезпечення діяльності.

Інший підхід до тлумачення змісту фінансового забезпечення запропонував О. Романенко, який визначає його як покриття затрат за рахунок фінансових ресурсів, акумульованих суб'єктами господарювання та державою [114, с. 18]. У цій інтерпретації, на наш погляд, акцентовано лише один бік відповідного явища,

оскільки увага зосереджена переважно на напрямі використання фінансових ресурсів. Натомість поза рамками такого визначення залишається важливий аспект, пов'язаний із механізмами формування цих ресурсів, що теж органічно входить до змісту поняття фінансового забезпечення.

В. Опарін пропонує ще одне лаконічне визначення: фінансове забезпечення – це система джерел і форм фінансування розвитку економічної та соціальної сфер суспільства [26, с. 49]. У цій дефініції досить стисло, але змістовно окреслено сутнісні ознаки досліджуваного терміна. Відомо, що система джерел фінансування може включати: кошти державного й місцевих бюджетів; ресурси страхових фондів; кредитні ресурси; власні кошти юридичних і фізичних осіб; добровільні внески; інші види фінансових надходжень. Як правило, вибір певного джерела фінансування зумовлює й відповідну форму руху грошових потоків: для бюджетних коштів це бюджетне фінансування, для кредитних ресурсів – кредитування, для коштів страхових фондів – страхування, для власних коштів юридичних та фізичних осіб – самофінансування тощо. На практиці суб'єкти господарювання рідко обмежуються лише однією формою фінансового забезпечення, натомість частіше використовують оптимальне поєднання різних форм. У результаті кожен економічний суб'єкт формує власну модель фінансового забезпечення, яка визначає структуру джерел фінансування і відповідні механізми руху грошових коштів. Водночас у наведеному визначенні фінансове забезпечення розглядається переважно в контексті макроекономічного механізму, тоді як поза акцентом залишається та обставина, що воно є невід'ємним елементом фінансово-господарської діяльності всіх без винятку учасників економічних відносин.

Узагальнюючи критичні міркування, сформульовані в ході аналізу різних підходів до трактування поняття "фінансове забезпечення", можна дійти висновку, що фінансове забезпечення доцільно визначати як метод фінансового механізму, який окреслює джерела та форми фінансування господарської діяльності суб'єктів економічних відносин з метою досягнення ними поставлених цілей та очікуваних результатів.

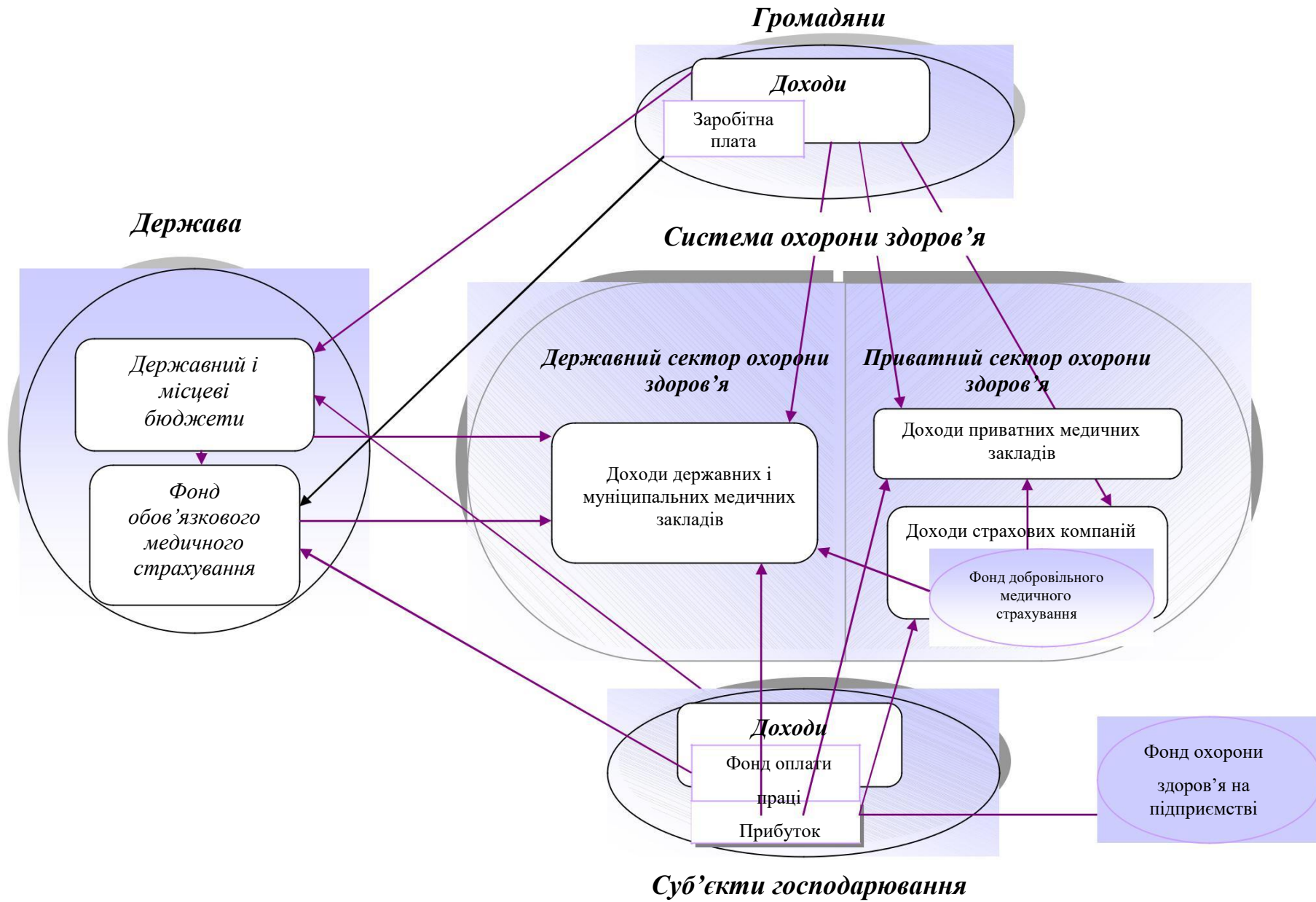
Беручи до уваги специфіку досліджуваної сфери, спрямованої на відтворення здоров'я громадян і досягнення як соціальних, так і економічних ефектів, вважаємо за доцільне запропонувати підходяще уточнення: фінансове забезпечення охорони

здоров'я – це метод фінансового механізму, який визначає систему джерел і форм фінансування діяльності суб'єктів господарювання, спрямованої на відтворення, збереження та зміцнення здоров'я населення.

Процес розподілу й перерозподілу вартості валового внутрішнього продукту та формування доходів і фондів грошових коштів, призначених для забезпечення функціонування системи охорони здоров'я, є об'єктивно складним і багаторівневим. Як показано на рис. 1.2, ключовими суб'єктами, що беруть участь у формуванні приватних і (або) суспільних фондів грошових ресурсів, які в подальшому можуть бути спрямовані на фінансування охорони здоров'я, виступають держава, суб'єкти господарської діяльності та громадяни країни.

Фінансові відносини в приватному секторі охорони здоров'я будуються переважно на комерційній основі й передбачають прямий зв'язок між пацієнтом та виробником медичних послуг за схемою: "пацієнт здійснює оплату → постачальник (виробник) надає медичну послугу". Базовою формою фінансового забезпечення для приватних медичних закладів є самофінансування, яке, залежно від потреб, може поєднуватися з такими інструментами, як кредитування, інвестування, лізинг та інші форми залучення коштів. До основних джерел фінансового забезпечення приватних медичних установ належать кошти юридичних і фізичних осіб, ресурси фондів добровільного медичного страхування, кредитні позики, а також внески інвесторів і меценатів.

Оскільки медичне обслуговування у приватному секторі, як правило, є дорогим і потребує значних фінансових витрат з боку споживача, основну частку клієнтів таких закладів становлять, передусім, громадяни з високим рівнем особистих доходів. До цієї групи належать також суб'єкти господарювання, зацікавлені в отриманні якісних, а нерідко й розширених (додаткових) медичних послуг як для себе, так і для своїх працівників,



→ напрям грошових потоків

Рис. 1.2. Модель розподілу та перерозподілу вартості ВВП на охорону здоров'я в суспільстві.

у яких високий показник рентабельності діяльності створює змогу користуватися послугами відповідного сектору. У зарубіжній практиці вважається, що організація медичного обслуговування персоналу шляхом безпосередньої оплати послуг медичних закладів є економічно вигідною для підприємства, оскільки дозволяє скоротити витрати на оплату послуг страхових компаній і здійснювати більш жорсткий контроль за цільовим використанням коштів.

Головним джерелом формування фінансових ресурсів на підприємстві для задоволення потреб у сфері охорони здоров'я його працівників є прибуток, який залишається у розпорядженні суб'єкта господарювання після сплати податків та обов'язкових платежів до бюджету. Підприємство і його засновники мають повноваження самостійно визначати напрями використання чистого прибутку та приймати рішення щодо фінансування витрат на соціальні потреби, у тому числі й на заходи з охорони здоров'я. Такі витрати можуть бути пов'язані з утриманням власних медичних підрозділів або об'єктів охорони здоров'я, з організацією санаторно-курортного лікування та оздоровлення працівників, а також зі сплатою страхових внесків за договорами добровільного медичного страхування.

Функціонування посередників на ринку медичних послуг певною мірою знижує фінансове навантаження на населення і зменшує ризики втрати доходів у разі погіршення стану здоров'я. За такої моделі застосовується схема: пацієнт сплачує страховий внесок → посередник (страхова організація) здійснює оплату → виробник надає медичну послугу. Приватні фонди страхування здоров'я формуються шляхом акумулювання сум страхових внесків, що надходять від громадян і суб'єктів господарювання за договорами добровільного медичного страхування. Кошти фондів ДМС можуть використовуватися як джерело фінансування послуг з охорони здоров'я, які надаються як приватними, так і державними медичними закладами.

Як видно з рис. 1.2, громадяни та суб'єкти господарювання відіграють важливу роль у формуванні суспільно значущих централізованих фондів – державного та місцевих бюджетів. Це відбувається шляхом сплати податків і зборів, які, надходячи до складу загальної суми доходів державного чи місцевого бюджету, опосередковано впливають на обсяги видатків на охорону здоров'я. Обсяг бюджетних асигнувань, що спрямовується на фінансування сфери медичного

обслуговування, зазвичай залежить від рівня соціально-економічного розвитку країни та від обраної моделі організації й фінансування системи охорони здоров'я. Крім того, зазначені суб'єкти сплачують обов'язкові страхові внески до державних цільових фондів, утворених на засадах соціального страхування (наприклад, фонд обов'язкового медичного страхування), і в разі настання страхового випадку можуть претендувати на отримання відповідного обсягу медичної допомоги. Держава, своєю чергою, може виступати страхувальником і за рахунок бюджетних коштів сплачувати страхові внески до таких фондів за окремі, соціально вразливі категорії громадян.

Громадяни та суб'єкти господарювання можуть брати участь у формуванні доходів закладів державного сектору охорони здоров'я не лише опосередковано – через податки й страхові внески, а й безпосередньо, сплачуючи плату за фактично надані медичні послуги. Як правило, тарифи на медичні послуги, що надаються населенню в державних і муніципальних закладах охорони здоров'я, є нижчими, ніж у приватних клініках. Це пояснюється тим, що зазначені установи відповідно до законодавства можуть здійснювати лише неприбуткову діяльність, не орієнтовану на отримання комерційного прибутку, а отже, структура їхніх цін не включає значної прибуткової складової.

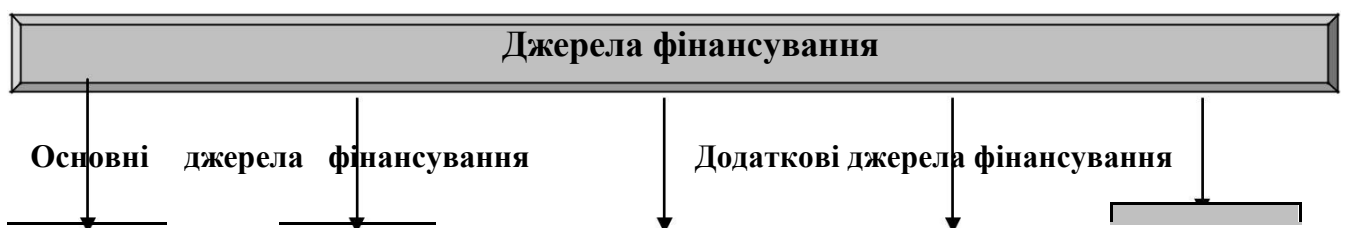
У цілому для фінансового забезпечення вітчизняної системи охорони здоров'я нині використовуються практично всі можливі джерела фінансування, за винятком коштів фонду обов'язкового медичного страхування, який як повноцінний інститут ще не функціонує. Відповідно, основними формами фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні є: бюджетне фінансування, добровільне медичне страхування, самофінансування та кредитування. Окрім того, у період переходу до ринкової економіки державним і комунальним закладам охорони здоров'я було надано право здійснювати некомерційну господарську діяльність (як медичну, так і немедичну), що дало змогу залучати додаткові фінансові ресурси. Унаслідок цього помітно поширилася така форма фінансового забезпечення, як некомерційне самофінансування.

Сутність некомерційного самофінансування полягає в тому, що воно здійснюється на засадах самоокупності й спрямоване лише на просте відтворення витрат, пов'язаних із наданням медичної допомоги, без формування прибутку як

кінцевої мети. Інакше кажучи, доходи від відповідних видів діяльності мають покривати понесені витрати, забезпечуючи підтримання функціонування закладу на належному рівні.

Схематичне зображення системи джерел і форм фінансового забезпечення вітчизняних державних і комунальних закладів охорони здоров'я наведено на рис. 1.3. У спрощеному вигляді ця система відображає поєднання бюджетних, страхових, власних та залучених коштів у структурі фінансування таких установ.

Традиційно найвагомішим і базовим джерелом фінансування закладів державного сектору охорони здоров'я залишаються кошти державного та місцевих бюджетів, тоді як надходження, отримані з інших джерел, виступають переважно додатковим, допоміжним фінансовим ресурсом. Саме тому основною формою фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в Україні є бюджетне фінансування, яке визначає зміст і масштаби діяльності державних та комунальних медичних закладів і значною мірою зумовлює доступність медичної допомоги для населення.



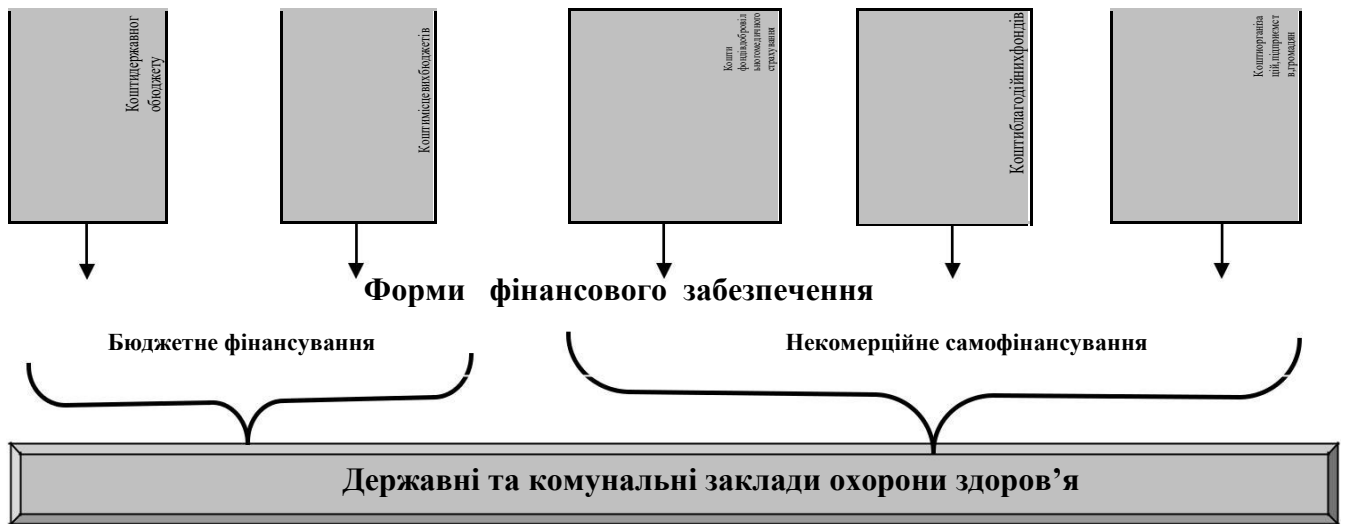


Рис. 1.3. Джерела та форми фінансового забезпечення державних і комунальних закладів охорони здоров'я в Україні.

Суть бюджетного фінансування полягає у формуванні та впорядкуванні системи грошових відносин, що виникають між державою та органами місцевого самоврядування, з одного боку, і підприємствами, організаціями, установами різних форм власності та фізичними особами – з іншого. Ці відносини ґрунтуються на використанні коштів централізованих фондів для забезпечення розширеного відтворення, підвищення життєвого рівня населення, задоволення суспільних потреб та реалізації інших державних заходів у сферах, визначених законом [198, с. 197].

Із механізмом бюджетного фінансування пов'язаний значний обсяг теоретичних досліджень, що стосуються закономірностей розподільчих процесів та організації грошових потоків, спрямованих на використання бюджетних ресурсів. Науковці приділяють увагу уточненню змістових домінант поняття «бюджетне фінансування» та виокремленню його принципових ознак.

На думку професора О. Василика, бюджетне фінансування слід розуміти як процедуру надання юридичним особам коштів із державного бюджету у формі безоплатних і безповоротних ресурсів або інвестицій, спрямованих на розвиток економіки, здійснення соціально-культурних заходів, забезпечення обороноздатності та задоволення інших суспільних потреб [27, с. 380]. Близькими за змістом є позиції А. Єпіфанова та В. Базилевича. Згідно з їх трактуванням, бюджетне фінансування:

– передбачає безповоротне спрямування ресурсів відповідних бюджетів (державного, обласного, міського, районного, селищного) на утримання закладів освіти, медичних установ та інші заходи, передбачені кошторисами видатків відповідних юридичних осіб або зведеними кошторисами міністерств, відомств чи управлінь [61, с. 23];

– є формою централізованого виділення бюджетних асигнувань у вигляді безповоротного та безоплатного надання коштів, необхідних для виконання державного замовлення, реалізації державних програм і функціонування державних установ. При цьому фінансування характеризується чіткою цільовою спрямованістю та перебуває під постійним контролем держави [9, с. 252–253].

Узагальнення наведених підходів дозволяє виділити низку усталених елементів, що повторюються у визначеннях: «безповоротне», «безоплатне» «виділення», «спрямування» чи «надання» «грошових коштів» із «бюджету». Таке систематизування дає змогу дійти висновку, що більшість українських учених розглядає бюджетне фінансування як процес безоплатного і безповоротного надання господарюючим суб'єктам бюджетних ресурсів з метою забезпечення належного функціонування держави та задоволення суспільно значущих потреб.

У дещо іншому ракурсі поняття трактують В. Опарін, В. Малько, С. Кондратюк і Г. Коломієць. На їхню думку, бюджетне фінансування – це процес безповоротного надання грошових коштів на забезпечення державних замовлень, виконання програм державного рівня та утримання державних і комунальних установ [23, с. 303]. Важливо, що у цьому визначенні не конкретизовано джерела надходження коштів, що суперечить самій природі терміна «бюджетне фінансування», адже він безпосередньо вказує на бюджетне походження ресурсів. Подібні підходи притаманні й частині російських економістів (О. Соколова, О. Романовський, О. Врублевська, Б. Сабанті, Л. Дробозіна), які визначають бюджетне фінансування як систему надання коштів юридичним і фізичним особам для здійснення заходів, передбачених бюджетом [119, с. 239; 108, с. 201; 111, с. 222]. Однак відсутність чіткої прив'язки до бюджетного джерела, на наш погляд, знижує теоретичну коректність подібних трактувань. Сам факт використання терміна з прикметником «бюджетне» унеможливорює сукупність джерел, альтернативних бюджету.

З огляду на це найбільш обґрунтованою видається позиція, згідно з якою бюджетне фінансування слід тлумачити як безповоротне виділення саме бюджетних коштів юридичним і фізичним особам з метою забезпечення виконання ними визначених функцій.

Функціонування механізму бюджетного фінансування пов'язане з використанням відповідних форм та методів. У фінансовій науці традиційно виділяють такі форми: кошторисне фінансування, бюджетні інвестиції, бюджетні кредити та державні трансферти [26, с. 271].

Однак у сучасних умовах постає проблема відмежування бюджетного фінансування від бюджетного кредитування, оскільки останнє ґрунтується на принципах поворотності, платності та строковості. Такі умови суперечать базовим характеристикам бюджетного фінансування, а отже, бюджетний кредит не може належати до його форм.

Протягом останніх років відбулися суттєві трансформації у механізмі кошторисного фінансування бюджетних установ, що зумовлено реформуванням бюджетного сектору та зміною підходів до їх фінансово-господарської діяльності. Сучасний бюджетний заклад розглядається як суб'єкт господарювання, який має право здійснювати діяльність із залучення власних надходжень через надання платних послуг чи інші види підприємницької активності, дозволені чинним законодавством. Отримані доходи зараховують до спеціального фонду кошторису та використовують за цільовим призначенням.

Тим самим на рівні бюджетних установ формується інтегрована модель фінансового забезпечення, що поєднує бюджетне фінансування з некомерційним самофінансуванням. Частина видатків покривається через бюджетні асигнування, утворені внаслідок перерозподілу ВВП, а частина – за рахунок власних надходжень. Некомерційна діяльність бюджетних установ не переслідує мети отримання прибутку та спрямована на розв'язання суспільно важливих завдань шляхом залучення додаткових ресурсів.

Вітчизняна практика свідчить, що надання бюджетним установам права залучати додаткові фінансові ресурси здатне стати чинником їх модернізації та стимулювати появу конкурентних елементів між окремими установами. Особливо це проявилось у сфері вищої освіти, де бюджетні заклади, які поєднують

кошторисне фінансування з некомерційною діяльністю, отримали конкурентні переваги перед недержавним сектором.

Натомість у сфері охорони здоров'я запровадження аналогічних механізмів просувається значно повільніше через законодавчі обмеження та невизначеність державної політики. Власні надходження медичних установ поки що не відіграють суттєвої ролі у фінансовому забезпеченні галузі, однак тенденції свідчать про поступове активізування некомерційної діяльності.

Запровадження механізмів некомерційного самофінансування стало вимушеною реакцією держави на дефіцит бюджетних ресурсів та нездатність повною мірою утримувати бюджетний сектор. До 2000 року спеціальні кошти бюджетних установ існували поза межами кошторису та обліковувалися окремо, що не дозволяло державі отримувати об'єктивну інформацію про фактичні обсяги ресурсів бюджетних організацій і коректно формувати обсяги бюджетних асигнувань. Лише з 2000 року законодавчо закріплено норму про обов'язкове включення всіх позабюджетних надходжень до складу спеціального фонду кошторису.

Таким чином, кошторисне фінансування реалізується через поєднання коштів, що надходять двома каналами. Перший канал – бюджетне фінансування, яке передбачає одностороннє спрямування асигнувань від держави або місцевих органів влади до розпорядників бюджетних коштів. Ці ресурси відображають у загальному фонді кошторису. Другий канал – власні надходження, що є результатом некомерційної діяльності бюджетної установи, які акумулюють у спеціальному фонді кошторису та використовують у суворій відповідності до цільових обмежень.

За сучасних умов кошторисне фінансування охоплює грошові потоки, що різняться за формою фінансового забезпечення (бюджетні асигнування, власні надходження) та джерелом походження. Його ключове завдання полягає в забезпеченні потреб бюджетних установ, необхідних для виконання їх функціональних обов'язків.

У радянській фінансовій термінології переважало визначення, згідно з яким кошторисне фінансування означало надання коштів з державного бюджету для покриття видатків установ невиробничої сфери, що зазвичай не мали власних доходів [118, с. 129]. Це трактування було адекватним умовам централізованої

економіки, однак в умовах ринкових трансформацій воно є надто вузьким і не відповідає реальним характеристикам кошторисного фінансування.

Сучасні визначення у вітчизняній науковій літературі формально узгоджуються з бюджетним законодавством, яке передбачає обов'язкове врахування власних надходжень у складі спеціального фонду бюджету. Проте з наукової точки зору кошторисне фінансування має ширший зміст, адже об'єднує ресурси різного походження. Саме тому воно лише частково може бути віднесене до форм бюджетного фінансування.

Ураховуючи ці положення, доцільно розглядати кошторисне фінансування як спрямування грошових коштів, сукупно акумульованих із різних джерел, на покриття потреб бюджетних установ та забезпечення виконання ними визначених функцій.

Отже, за допомогою механізму кошторисного фінансування формується інтегрований потік ресурсів, що відрізняються за джерелом надходжень, але спрямовані на задоволення суспільних потреб у таких сферах, як охорона здоров'я, освіта, культура, оборона тощо.

Система охорони здоров'я значною мірою залежить від особливостей національного розвитку, адже кожна країна формує власну модель медичного обслуговування. Відтак, науковий інтерес становить аналіз світового досвіду створення та фінансового забезпечення ефективних моделей охорони здоров'я.

1.3. Моделі організації охорони здоров'я та їх фінансове забезпечення

Економічні та соціальні заходи, що спрямовані на досягнення високого рівня здоров'я населення, реалізуються в межах національної системи охорони здоров'я кожної окремої держави. Враховуючи історичні традиції, політичні умови, соціальну структуру суспільства та рівень економічного розвитку, кожна країна самостійно формує власну політику у сфері охорони здоров'я та вибудовує відповідну модель її організації й фінансового забезпечення. У сучасному світовому просторі в класичному вигляді виокремлюють три базові організаційні моделі функціонування системи охорони здоров'я.

Перша модель – це система охорони здоров'я, яка в літературі фігурує під назвами «державна», «бюджетна» або «бюджетно-страхова». Її ключова ознака полягає в тому, що домінуючим джерелом фінансового забезпечення є кошти державного та місцевих бюджетів, частка яких у загальному обсязі витрат на охорону здоров'я може коливатися від 50 до 90%. Саме бюджетні ресурси визначають масштаби та напрями розвитку цієї моделі.

Друга модель – страхова система охорони здоров'я, для якої характерне переважне фінансування за рахунок коштів спеціальних страхових фондів, створених державою на засадах соціального страхування. Її теоретичною і практичною основою виступає модель Бісмарка, що передбачає солідарне накопичення внесків та їх використання для компенсації витрат на медичну допомогу.

Третя модель – приватна система охорони здоров'я, що функціонує здебільшого на принципах приватного підприємництва. Основу її фінансової бази становлять кошти громадян, підприємств та організацій, які можуть спрямовуватися на потреби охорони здоров'я як безпосередньо, так і через приватні страхові фонди. Участь держави в такій моделі мінімальна та обмежується, як правило, виконанням адресних програм підтримки найбільш уразливих груп населення.

Типовим представником приватної моделі охорони здоров'я є Сполучені Штати Америки. В цій країні сформовано розгалужену мережу приватних медичних закладів, де послуги надаються або на умовах прямої оплати пацієнтом, або за рахунок коштів приватного страхування здоров'я. Державні та муніципальні установи охорони здоров'я виконують переважно благодійні функції та орієнтовані на підтримку соціально незахищених верств населення. У результаті значний обсяг медичної допомоги в США надається на платній основі, а частка приватних коштів перевищує 58% сукупних витрат на охорону здоров'я. Із цієї суми приблизно 27% становить безпосередня оплата населенням отриманих медичних послуг, а близько 32% – платежі, здійснені через систему приватного медичного страхування [113, с. 357].

Державне фінансування покриває лише близько 41% сукупних витрат на медичне обслуговування, що є найнижчим показником серед економічно розвинутих країн світу. Водночас особливість американської моделі полягає в

диференційованому підході до задоволення медичних потреб населення шляхом розроблення цільових програм соціального страхування. Досвід державного фінансування таких адресних програм базується на поєднанні двох ключових джерел ресурсів – коштів бюджету та обов’язкового медичного страхування.

Найбільша частка державних витрат зосереджена на реалізації двох масштабних програм – «Медікейр» і «Медікейд», якими охоплено майже 20% населення. Відомо, що на фінансування цих програм спрямовується понад 90% коштів федерального бюджету, що виділяються на охорону здоров’я. Програма «Медікейр» є найбільшою державною програмою у сфері медичного обслуговування; її основне завдання – забезпечення безкоштовної медичної допомоги особам віком понад 65 років. Програма включає два види медичного страхування: базове (на випадок стаціонарного лікування) та додаткове, яке має добровільний характер і охоплює амбулаторне лікування та інші послуги, що надають приватні лікарі. Основну частину страхового забезпечення в межах «Медікейр» фінансують за рахунок коштів, що акумулюються в системі соціального медичного страхування, тоді як додаткова страховка покривається за рахунок ресурсів федерального бюджету та особистих внесків учасників програми.

Інша важлива програма – «Медікейд» – орієнтована на медичне забезпечення громадян із низьким рівнем доходів, осіб, на утриманні яких перебувають неповнолітні діти, сліпих, непрацездатних та інших соціально вразливих груп населення. Її фінансування здійснюється за змішаною схемою: частину витрат покриває федеральний уряд, а решту – бюджети окремих штатів. Із федерального бюджету компенсується від 50 до 80% витрат кожного штату на реалізацію програми «Медікейд», тоді як інша частина фінансується за рахунок ресурсів відповідного штатного бюджету. Окремо з бюджетних коштів фінансуються програми медичної допомоги ветеранам війни та державні програми підтримки науково-дослідницької діяльності в галузі охорони здоров’я.

Важливою рисою організації американської системи охорони здоров’я є чітке розмежування функцій виробництва медичних послуг і їх фінансування. Питання про те, хто безпосередньо надає медичні послуги (державні некомерційні чи приватні комерційні заклади), відокремлюють від проблеми джерел та механізмів фінансування. Такий підхід покликаний забезпечити рівні можливості доступу до

медичної допомоги для учасників державних програм і для осіб, застрахованих у рамках приватних схем медичного страхування. Втім, на практиці цей механізм інколи дає збої: нерідко лікарі відмовляються приймати пацієнтів програми «Медікейд», оскільки тарифи оплати за надані послуги в межах цієї програми є нижчими, ніж у «Медікейр» та приватних страхових програмах. У результаті значна частина пацієнтів «Медікейд» змушена звертатися переважно до державних медичних установ, де рівень якості послуг часто поступається тим, що пропонують приватні заклади.

Серед безперечних досягнень американського типу організації та фінансування охорони здоров'я слід назвати високі стандарти якості медичного обслуговування, швидкі темпи оновлення медичної техніки й обладнання, високий рівень професійної підготовки медичного персоналу, широкий спектр страхових продуктів у сфері медичного страхування та активну політику заохочення населення до здорового способу життя. У таких умовах формуються економічні стимули до збереження здоров'я, знижується ризик виникнення низки захворювань та, відповідно, зменшується потреба в надмірних витратах на лікування.

Разом із тим приватна система охорони здоров'я має низку істотних недоліків. До них належать високі адміністративні витрати, значні витрати, зумовлені впровадженням результатів науково-технічного прогресу в медичну практику, наявність значної частини населення, яка взагалі не охоплена медичним страхуванням, а також низький рівень доступності медичної допомоги для малозабезпечених верств. Американська система охорони здоров'я є однією з найдорожчих у світі: витрати на охорону здоров'я сягають майже 15% ВВП, що перевищує показники інших розвинутих країн. Скорочення витрат у цій сфері є однією з ключових проблем функціонування приватної моделі медичного обслуговування.

Історичні витоки страхової моделі охорони здоров'я пов'язані з ім'ям німецького державного діяча Отто фон Бісмарка. Саме Німеччина стала країною, де вперше в історії у 1883 році було ухвалено закон про обов'язкове медичне страхування на випадок хвороби, що заклав підвалини сучасних систем медичного страхування і згодом був використаний як зразок іншими індустріально розвинутими державами.

На сучасному етапі страхова модель охорони здоров'я набула широкого поширення в багатьох країнах світу, що засвідчує її практичну дієздатність і стійкість до економічних викликів. Страхова медицина функціонує в Австрії, Бельгії, Німеччині, Нідерландах, Люксембурзі, Франції, Швейцарії та низці інших країн. За даними ВООЗ, системами страхування здоров'я охоплено понад 800 млн осіб, і близько 74% витрат на лікування хворих компенсується за рахунок коштів страхових фондів [158, с. 383].

Світовий досвід дозволяє виокремити три основні варіанти організації страхових систем охорони здоров'я [94, с. 42].

Перший варіант – централізована система медичного страхування, за якої одна центральна страхова організація відповідає за страхування всіх громадян країни. Перевагами такого підходу є відносна простота управління, зниження адміністративних витрат, прозорість фінансових потоків. Водночас недоліком є обмеженість можливостей щодо використання місцевих ресурсів та недостатня гнучкість у реагуванні на потреби конкретних регіонів і груп населення.

Другий варіант ґрунтується на функціонуванні територіальних страхових організацій, які діють самостійно. Децентралізована система краще враховує особливості соціально-демографічної та епідеміологічної ситуацій у регіонах, створюючи умови для залучення додаткових коштів для задоволення специфічних потреб застрахованих. При цьому зростає відповідальність органів управління медичним страхуванням за стан здоров'я населення та якість медичної допомоги на місцевому рівні. Однак у ситуації дефіциту фінансових ресурсів децентралізовані системи часто не спроможні забезпечити гарантований мінімум медичного обслуговування, що вимагає запровадження спеціальних механізмів підтримки економічно слабких регіонів і соціально вразливих груп.

Третій варіант організації базується на поєднанні територіальних і професійних страхових структур. У цьому разі в окремих галузях або в межах груп підприємств створюються власні страхові фонди й організації. Правові засади їх діяльності, а також базові параметри страхових програм визначаються на законодавчому рівні.

Найбільш поширеною в країнах із розвиненою системою соціального медичного страхування є змішана модель, яка поєднує наявність централізованого

страхового фонду та мережі місцевих незалежних страхових організацій. Кошти акумулюються у центральному фонді, що виконує переважно адміністративні й перерозподільчі функції, а потім розподіляються між страховими структурами з урахуванням затверджених законодавчо формул розрахунку платежів.

Ключовим елементом фінансового забезпечення страхової моделі охорони здоров'я є механізм обов'язкового медичного страхування. З економічної точки зору медичне страхування можна визначити як систему заходів, спрямованих на створення спеціального грошового фонду для відшкодування витрат на медичні послуги та компенсацію інших матеріальних збитків, пов'язаних із погіршенням стану здоров'я, втратою працездатності чи обмеженням соціальної активності особи [118, с. 391].

Функціонування системи охорони здоров'я, що базується на страховій моделі, ґрунтується на дотриманні низки принципів:

1. **принцип соціальної солідарності** – реалізується через перерозподіл коштів на користь малозабезпечених і хворих осіб за відсутності прямого зв'язку між розміром страхового внеску та станом здоров'я застрахованих. Його сутність образно характеризується формулою: «багатий платить за бідного, здоровий за хворого, молодий за старого»;

2. **принцип обов'язковості**, який означає, що всі громадяни мають бути охоплені системою медичного страхування;

3. **принцип рівноправності застрахованих**, що передбачає однакові права й обов'язки в частині фінансування витрат і отримання страхових гарантій;

4. **принцип державних гарантій**, згідно з яким держава забезпечує виконання зобов'язань у межах системи медичного страхування;

5. **принцип контролю** за процесами формування та використання коштів фондів медичного страхування та інші споріднені принципи.

Загальнообов'язкова модель медичного страхування покликана забезпечити надання медичної допомоги на єдиних умовах для всіх громадян, незалежно від розміру їхніх індивідуальних страхових внесків. Вона спрямована на захист населення в разі виникнення потреби в оплаті медичних послуг, створюючи механізм фінансової солідарності.

Джерела формування коштів фонду обов'язкового медичного страхування можуть бути різними. Основними серед них є:

- страхові внески, сплата яких здійснюється в порядку та на умовах, визначених законодавством країни. Внески можуть сплачувати як самі застраховані особи, так і їх страхувальники. Страхувальниками виступають роботодавці, які страхують здоров'я своїх працівників, пенсійні фонди, органи місцевого самоврядування (за пенсіонерів, дітей до 18 років тощо). Розмір страхових внесків, як правило, не прив'язують до стану здоров'я застрахованого та не співвідносять із обсягом отриманих ним медичних послуг. Тарифи можуть визначатись у відсотках до фонду оплати праці, до доходів фізичних осіб або як фіксовані ставки;

- асигнування з бюджету, які спрямовують на підтримку мінімально гарантованого рівня страхових виплат у разі недостатності обсягу страхових внесків;

- благодійні та добровільні внески підприємств, організацій і фізичних осіб;

- доходи (прибуток), одержані від розміщення тимчасово вільних коштів фонду обов'язкового медичного страхування;

- інші надходження, що не суперечать чинному законодавству.

Переважає частина ресурсів, акумульованих у фонді обов'язкового медичного страхування, спрямовується на оплату медичних послуг, передбачених програмою ОМС. Страхові організації (компанії, фонди) реалізують відповідні програми на підставі договорів із лікувально-профілактичними закладами різних форм власності, приватнопрактикуючими лікарями та лікарями загальної практики.

Страхова система фінансування охорони здоров'я має як переваги, так і недоліки. Серед основних її позитивних рис називають децентралізований і доволі демократичний характер управління, багатоканальність фінансових потоків із домінуванням страхових надходжень, високі стандарти якості медичних послуг, ринкові механізми оплати праці медичних працівників. Водночас системі притаманні й проблеми: тенденція до зростання вартості медичних послуг, недостатній рівень розвитку профілактичного напрямку, практична неможливість охопити медичним страхуванням усе населення без винятку.

Для країн зі страховою моделлю охорони здоров'я характерна висока частка коштів підприємств і населення в загальній структурі джерел фінансування, тоді як

у державній бюджетній моделі домінує вагомий обсяг бюджетних асигнувань (табл. 1.1).

Як видно з табл. 1.1, у Великій Британії, де функціонує державна модель охорони здоров'я, частка бюджетних ресурсів становить 85%, тоді як у Франції, де провідну роль відіграють страхові внески підприємств на медичне страхування, на охорону здоров'я з бюджету виділяють лише близько 5%, а внески підприємств сягають 65%. У кожній із моделей використовується багатоканальна система фінансування, проте саме домінування того чи іншого джерела визначає її специфіку та ключові характеристики.

Бюджетна модель охорони здоров'я сформувалася на початку XX століття у двох основних різновидах – моделі Беверіджа та моделі Семашка.

Витоки моделі Беверіджа пов'язані з діяльністю англійського політичного діяча Вільяма Беверіджа (1879–1963), пропозиції якого, відомі як «план Беверіджа», були сформульовані у 1942 році і покладені в основу низки законів про створення державної системи медичного обслуговування та соціального забезпечення. У 1948 році у Великій Британії було проведено націоналізацію медичних закладів із наданням їх колишнім власникам значної компенсації вартості активів та створено Британську національну службу охорони здоров'я [4, с. 32].

Таблиця
1.1

Структура джерел фінансування охорони здоров'я в окремих
економічно розвинутих країнах світу, %

Країни	Бюджетні кошти, %	Кошти підприємств, %	Особисті кошти, %	Витрати на 1 людину, амер. дол.
Бюджетна модель охорони здоров'я				
Великобританія	85	12,5	2,5	1213
Фінляндія	72	21	7	1363
Страхова модель охорони здоров'я				
Німеччина	19	43	38	...
Франція	5	65	30	1835
Швейцарія	21	-	79	2283

У структурному та організаційному вимірі бюджетна модель охорони здоров'я вирізняється розгалуженою системою державних і муніципальних закладів медичної допомоги, які становлять основу мережі, доступної всьому населенню та гарантованої на рівні законодавства. Поряд із цим у країні функціонують приватні медичні установи, де громадяни можуть отримати необхідне лікування на платній основі за індивідуальним тарифом.

Функціонування моделі охорони здоров'я Беверіджа ґрунтується на кількох фундаментальних принципах. Насамперед це широкий доступ до медичних послуг, що забезпечує рівність можливостей для різних груп населення. Важливою є й провідна роль держави в організації та фінансовому забезпеченні медичної сфери, що підтверджується структурою видатків на охорону здоров'я у Великобританії — типовій країні, де запроваджена ця модель (85% — бюджетні ресурси, 12,5% — кошти соціального страхування, 2,5% — особисті видатки населення). Додатковими засадами є професійна автономія лікарів, надання пріоритету інституту «сімейного лікаря», неприбутковий характер діяльності установ, обов'язкова сплата спеціального податку незалежно від стану здоров'я громадян та орієнтація системи на профілактику захворювань.

Значною перевагою бюджетної моделі є те, що зростання вартості медичного обслуговування в країнах, де вона запроваджена, не є таким стрімким, як у державах, де фінансування охорони здоров'я базується на обов'язковому або добровільному медичному страхуванні. У цьому сенсі бюджетна модель розглядається як більш гуманна та соціально орієнтована форма організації медичного забезпечення. Водночас вона не позбавлена внутрішніх обмежень і суперечностей.

У контексті аналізу альтернативних підходів до побудови системи охорони здоров'я американський економіст П. Самуельсон звернув увагу на те, що зменшення ролі ринкових механізмів у сфері медичних послуг закономірно спричиняє надмірний попит і, як наслідок, дефіцит пропозиції [151, с. 335]. Держава, яка забезпечує загальнодоступність медичної допомоги та фінансує більшість видатків, неминуче стикається з явищем «нецінового нормування». Такий

тип нормування виникає через необхідність збалансування попиту і можливостей системи, проявляючись у чергах або селективному відборі пацієнтів.

Щоб уникнути надлишкового споживання суспільних послуг, економісти державного сектору пропонують використовувати механізм плати за користування ними. Плата за користування трактується як форма державної ціни за кожну фактично спожиту послугу. Подібно до ринкових цін, вона сприяє підтриманню рівноваги між попитом і пропозицією на суспільні блага, а також забезпечує покриття видатків бюджету [50, с. 317]. На відміну від податків, які не передбачають прямого отримання еквівалентної вигоди, плата за користування дає змогу споживачеві безпосередньо отримати оплачений результат. Саму «державну ціну» встановлює відповідна державна інституція щодо послуг, виробництво та реалізація яких перебуває під її контролем [50, с. 316].

Такий підхід застосовується у тих випадках, коли державний сектор постачає товари й послуги, що не відповідають характеристикам чистого суспільного блага. Медичні послуги мають властивість невинятковості, але водночас вони є конкурентними у споживанні та можуть регулюватися ціною. Унаслідок цього в країнах із бюджетною моделлю нерідко практикують забезпечення громадян гарантованим обсягом безоплатної медичної допомоги за кошти платників податків, а решта послуг стає предметом окремої оплати. Запровадження таких платежів дозволяє частково врегулювати проблему надмірного попиту й водночас забезпечити додаткові джерела фінансування.

Одним із найбільш помітних недоліків бюджетної моделі вважається ризик надмірної бюрократизації розподілу ресурсів. Оскільки система не орієнтована на прибуток і не ґрунтується на комерційному розрахунку, виникає ймовірність нерационального використання бюджетних коштів. Відсутність стимулів конкурентного середовища та ослаблення приватного інтересу нерідко призводять до неефективності фінансування, що негативно впливає на якість медичних послуг. Саме тому приватна медицина у ринкових умовах, як правило, забезпечує швидший розвиток технологій і вищу якість обслуговування.

Попри ці недоліки, бюджетна модель охорони здоров'я поширена у багатьох розвинутих країнах — Великобританії, Данії, Ісландії, Ірландії, Норвегії, Фінляндії, Швеції та інших. Певним чинником збереження економічної ефективності системи є

функціонування ринкових інструментів у межах галузі: професійна автономія лікарів загальної практики, контрактна форма праці, можливість спеціалістів державних закладів вести приватну практику, розвиток альтернативних інститутів медичного обслуговування. Завдяки цьому уряди цих країн змогли уникнути надмірної монополізації та зберегти конкурентні стимули.

Вперше бюджетну модель було впроваджено у колишньому СРСР, організаційним засновником якої вважається Н. Семашко. У радянській системі бюджетні видатки охоплювали більш як 85% загального обсягу фінансових ресурсів галузі, тоді як інші витрати забезпечувалися державними, кооперативними та профспілковими установами, а також колгоспами [42, с. 80]. Таким чином, підприємства активно долучалися до фінансування медичної інфраструктури, утримуючи власні клініки, санаторії та амбулаторії для працівників і членів їхніх родин.

Ключовими характеристиками радянської моделі охорони здоров'я виступали загальнодержавний принцип організації, що відтворював політичну ієрархію — від центрального уряду до місцевих установ; централізована система управління; широке застосування планування та прогнозування у розвитку галузі; розбудова масштабної ресурсної бази та домінування кількісних показників (щільність медичних кадрів, обсяги ліжкового фонду, розгалуженість мережі медзакладів). Усе це поєднувалося зі значною залежністю від бюджетних коштів і активною участю підприємств у фінансовому забезпеченні системи.

Радянська модель функціонувала протягом десятиліть і сприяла суттєвому підвищенню рівня громадського здоров'я. Безкоштовність і доступність медичної допомоги, а також масштабні програми вакцинації зумовили зниження смертності та захворюваності населення. Завдяки цілеспрямованим заходам було ліквідовано такі масові інфекції, як малярія, туберкульоз, тиф, поліомієліт, дифтерія та інші.

Екстенсивний розвиток радянської системи в початкові періоди забезпечував позитивні результати, проте на подальших етапах нарощування ресурсного потенціалу вже не могло підтримувати підвищення якості медичного обслуговування без інтеграції ринкових механізмів, таких як конкуренція, регулювання попиту й пропозиції, економічні стимули. У зв'язку з цим ще в радянські часи здійснювали спроби модернізації сфери охорони здоров'я, які

передбачали зміну логіки бюджетного фінансування, перехід до довгострокових нормативів, розвиток платних послуг та укладання договорів із підприємствами, посилення самостійності трудових колективів, а також упровадження гнучких режимів оплати праці.

Проте через жорсткі рамки командно-адміністративної системи та домінування бюджетного фінансування ці ініціативи не вдалося реалізувати повною мірою. У результаті накопичилися суттєві проблеми: зниження якості лікування, неефективність забезпечення медикаментами та поява «чорного ринку» ліків; низький рівень заробітної плати медичного персоналу й відсутність матеріальних стимулів; хронічна нестача фінансів і бракування інвестицій, необхідних для оновлення обладнання.

Погіршення економічної ситуації наприкінці 1980-х — на початку 1990-х років, зниження обсягів виробництва та виникнення бюджетного дефіциту призвели до фактичної втрати стабільності системою охорони здоров'я радянського зразка. Це змусило нові уряди шукати альтернативні джерела фінансування, у тому числі шляхом розширення платних послуг, розвитку добровільного медичного страхування та поступового запровадження систем обов'язкового медичного страхування (ОМС). Першими такі зміни реалізували Естонія, Латвія, Литва, Киргизстан і Казахстан.

У більшості постсоціалістичних країн здійснено перегляд меж державної відповідальності у сфері охорони здоров'я та визначено нові соціальні гарантії. Підходи до їх формування відрізняються:

1. у частині країн гарантії збережено незмінними завдяки реформуванню галузі, збільшенню державних видатків і підвищенню ефективності використання ресурсів (Латвія, Литва, Чехія);

2. в інших обсяг гарантій не змінився, проте якість медичних послуг знизилася через скорочення фінансування та поширення легальних і нелегальних платежів населення (Росія, Білорусь, Україна);

3. окремі країни зберегли попередній перелік гарантій, але частково відмовилися від повної безоплатності, запровадивши обов'язкові платежі за окремі медичні послуги (Естонія; плата 0,4 дол. США за кожний візит до лікаря; пільги для пенсіонерів, інвалідів і дітей);

4. інші держави скоротили обсяг гарантованої допомоги до 10–15% (Вірменія, Грузія, Молдова), перевівши решту послуг на платну основу; у Грузії поширена неформальна оплата за гарантовані послуги;

5. у Киргизстані зменшено державні гарантії й упроваджено співоплату за послуги в межах гарантованого пакета;

6. у Туркменістані встановлено попередні співплатежі за послуги, не включені до переліку гарантованих; з 1996 р. діє державна система добровільного страхування з охопленням 90% працівників та підприємців (ставка внеску — 4% доходу), що дає право на знижки 90% на медикаменти та 30% на медичні послуги [190].

На тлі аналізованого досвіду видно, що Україна не належить до країн, які здійснили радикальні системні реформи охорони здоров'я. Галузь багато років функціонує майже інерційно, без суттєвих структурних трансформацій. Нинішню модель фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні можна кваліфікувати як бюджетну: у структурі джерел фінансування 72% становлять бюджетні ресурси, тоді як 28% — кошти підприємств і громадян. (рис. 1.4).

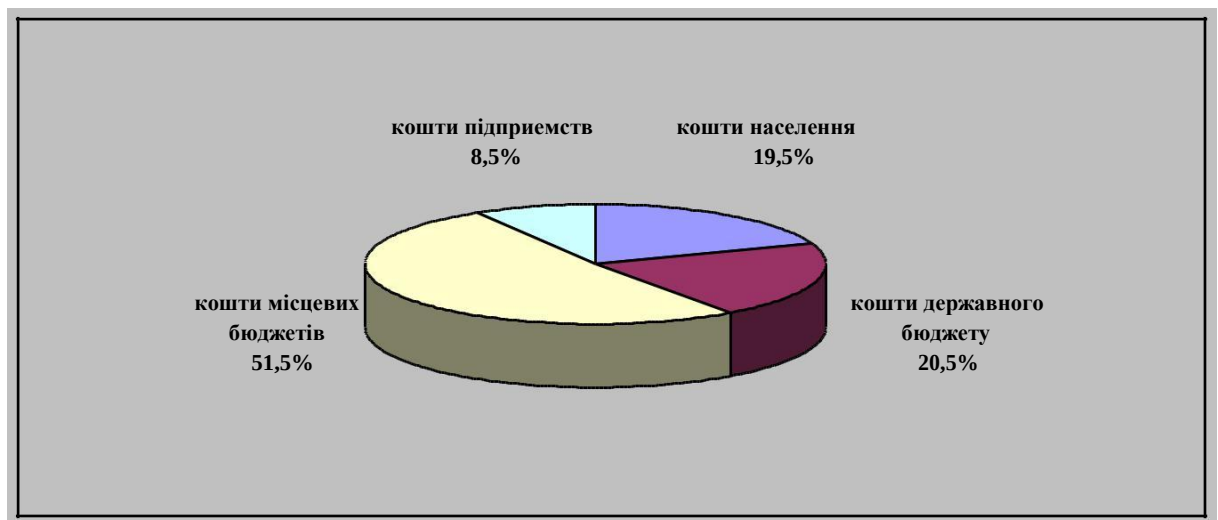


Рис. 1.4. Структура джерел фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні (2017 р.).

Обов'язкове медичне страхування в Україні досі не набуло поширення, у зв'язку з чим кошти підприємств спрямовують переважно на оплату конкретних медичних послуг, які надають заклади державного та приватного секторів охорони здоров'я, а лише незначну частку – на сплату страхових внесків за договорами добровільного медичного страхування. Водночас істотну частину фінансового тягаря, орієнтовно близько 20% сукупних витрат на охорону здоров'я, несе населення, яке за рахунок власних доходів оплачує придбання медикаментів, користування платними державними та приватними медичними послугами тощо.

Основна функція бюджетних ресурсів у сфері охорони здоров'я полягає в забезпеченні реалізації соціальних гарантій, що формують основу діяльності державного сектору. Соціальні гарантії в галузі охорони здоров'я встановлюються державою як інструмент задоволення суспільно-пріоритетних потреб, пов'язаних із погіршенням стану здоров'я та працездатності населення, а також із забезпеченням мінімально допустимого рівня медичного обслуговування. Однак стверджувати про повноцінне виконання державою своїх соціальних зобов'язань у цій сфері сьогодні ще передчасно. Головне джерело такої суперечності – конфлікт між задекларованими у законодавстві правами та реальними фінансовими можливостями держави.

Нормативно-правова база, яка визначає засади функціонування системи охорони здоров'я в Україні, залишається недосконалою, оскільки не містить чітких юридичних дефініцій низки ключових понять. Зокрема, неврегульованими залишаються терміни "державні соціальні гарантії у сфері охорони здоров'я", "гарантований обсяг (рівень) медичного обслуговування", "гарантований обсяг (рівень) медичної (медико-санітарної) допомоги" тощо, що створює значні труднощі як у наукових дослідженнях, так і в практиці державного управління.

Особливо дискусійним є законодавче визначення терміна "державні соціальні гарантії". Відповідно до Закону України "Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії", ухваленого у жовтні 2000 р., державні соціальні гарантії розуміють як установлені законами мінімальні розміри оплати праці, доходів громадян, пенсійного забезпечення, соціальної допомоги та інших видів

соціальних виплат, визначених законами та іншими нормативно-правовими актами, що мають забезпечувати рівень життя не нижчий від прожиткового мінімуму [68].

На наш погляд, у чинному законодавстві ця категорія інтерпретована надто звужено і не відображає повною мірою її реального змісту. Подібний підхід є спрощеним, однобоким і навіть суперечить окремим положенням самого закону. Зокрема, у згаданому нормативно-правовому акті державні соціальні гарантії поділено на дві основні групи:

1. основні державні соціальні гарантії, які надають для реалізації конституційного права громадян на достатній життєвий рівень і які не можуть бути нижчими від прожиткового мінімуму, встановленого законом;
2. інші державні соціальні гарантії, що застосовуються з метою соціальної підтримки населення України та окремих категорій громадян.

Отже, до системи державних соціальних гарантій, окрім гарантій у сфері доходів населення (оплата праці, виплати за обов'язковим соціальним страхуванням, соціальні допомоги, їх індексація тощо), включено також гарантії, що мають забезпечувати надання певних гарантованих обсягів різних видів обслуговування – соціально-культурного, житлово-комунального, транспортного, побутового, а також у сфері охорони здоров'я, освіти та інших суспільно значущих послуг. У наведеному законодавчому визначенні цей важливий аспект фактично не врахований, і категорія "державні соціальні гарантії" по суті охоплює лише першу її групу.

У наукових публікаціях терміни "державні соціальні гарантії" і "соціальні гарантії" нерідко фактично ототожнюються. Зокрема, під соціальними гарантіями розуміють зобов'язання держави перед громадянами щодо формування їхніх доходів, умов отримання певних товарів та послуг, створення робочих місць [63, с. 85]. В іншому підході соціальні гарантії тлумачать як забезпечені наявними державними ресурсами задекларовані соціальні права [164]. У такому випадку під соціальними гарантіями розуміють уже реалізовані в практиці соціальні права, а самі "соціальні права громадян" розглядають як специфічну форму регулювання суспільних відносин з боку держави та інституційний механізм розв'язання

соціальних конфліктів. На наш погляд, поняття "соціальні гарантії" має ширший зміст, оскільки допускає, що гарантом може виступати не лише держава, а й приватний суб'єкт, який встановлює певні умови й гарантії для своїх працівників чи інших осіб.

У вітчизняній економічній енциклопедії цей аспект ураховано, і поняття "соціальні гарантії" трактується як комплекс економічних та юридичних засобів, покликаних забезпечити реалізацію конституційних прав членів суспільства у сфері економічних, соціальних, політичних, національних, культурних, духовних та інших відносин [59, с. 256]. Узагальнюючи сучасні наукові підходи та положення законодавства, можна запропонувати таке визначення категорії "державні соціальні гарантії": це система заходів, що здійснюються державою з метою реалізації соціальних прав громадян і задоволення їхніх потреб через установлення мінімально допустимого рівня доходів та гарантованих обсягів суспільних благ і послуг.

Спираючись на це визначення й ураховуючи специфіку відносин у сфері охорони здоров'я, можна конкретизувати зміст поняття "державні соціальні гарантії у сфері охорони здоров'я". У вузькому значенні, що безпосередньо впливає з положень згаданого закону, державні соціальні гарантії у сфері охорони здоров'я – це встановлений законодавством гарантований обсяг (рівень) медичного обслуговування. Однак, на нашу думку, зміст цієї категорії більш адекватно відображає інше формулювання: державні соціальні гарантії у сфері охорони здоров'я – це система заходів, що здійснюються державою з метою реалізації соціальних прав у галузі охорони здоров'я та забезпечення гарантованого рівня медичного обслуговування населення.

У сучасних наукових дослідженнях, незважаючи на поширене використання термінів "гарантований обсяг (рівень) медичного обслуговування" та "гарантований обсяг (рівень) медичної (медико-санітарної) допомоги", питання розкриття їхньої сутності все ще не отримало належної уваги. Це призводить до частих непорозумінь, взаємного змішування або некоректного вживання цих понять. Існуючі розробки часто мають надто загальний, абстрактний характер і не сприяють упорядкуванню категоріального апарату. Наприклад, професор А. Голяченко

визначає гарантований обсяг медичної допомоги як "обсяг, який відповідає науково обґрунтованій потребі людей у забезпеченні їхнього здоров'я" [39, с. 37]. З огляду на недостатню опрацьованість проблеми доцільним є детальніше теоретичне осмислення зазначених категорій.

Згідно з тлумаченням, наведеним у словнику української мови, слово "обсяг" означає "розмір, величина, кількість чого-небудь", що в нашому випадку стосується або медичного обслуговування, або медичної допомоги [69, с. 294]. У загальному випадку будь-який обсяг підлягає вимірюванню у вартісних (грошових) чи натуральних (фізичних) одиницях і визначається через відповідні кількісні показники, які дозволяють його оцінити.

Законодавство України встановлює, що відправною точкою для розрахунку гарантованого обсягу медичного обслуговування мають бути соціальні та фінансові нормативи у сфері охорони здоров'я. Соціальні нормативи слугують базою для визначення гарантованого обсягу обслуговування у натуральних показниках і водночас є основою для розрахунку фінансових нормативів (нормативів витрат). На сьогодні в українському законодавстві виокремлено такі групи соціальних нормативів у сфері охорони здоров'я:

- перелік та обсяг гарантованого рівня медичної допомоги у державних та комунальних закладах охорони здоров'я;
- нормативи надання медичної допомоги, що охоплюють обсяг діагностичних, лікувальних і профілактичних процедур;
- показники якості надання медичної допомоги;
- нормативи пільгового забезпечення окремих категорій населення лікарськими засобами та іншими спеціальними засобами;
- нормативи забезпечення стаціонарною допомогою;
- нормативи санаторно-курортного забезпечення;
- нормативи забезпечення медикаментами у державних і комунальних закладах охорони здоров'я;
- нормативи забезпечення харчуванням у державних та комунальних закладах охорони здоров'я.

Нормативи витрат (фінансування) визначаються як показники поточних та капітальних видатків із бюджетів усіх рівнів, необхідних для задоволення потреб населення на рівні, не нижчому від установлених державних соціальних стандартів і нормативів. Закон України передбачає такі основні види нормативів витрат (фінансування):

- нормативи фінансування поточних витрат у розрахунку на одного мешканця, а для окремих видів соціальних послуг – на одну особу, яка підлягає відповідному виду обслуговування;

- нормативи фінансування поточних витрат на утримання мережі закладів охорони здоров'я, освіти, а також підприємств, організацій та установ соціально-культурної, житлово-комунальної та побутової сфери;

- нормативи державних капітальних вкладень на будівництво закладів охорони здоров'я, освіти, підприємств, організацій і установ соціально-культурного, житлово-комунального та побутового обслуговування.

Розроблення нового Класифікатора соціальних нормативів у сфері охорони здоров'я покладено на спільні робочі групи Міністерства охорони здоров'я та Академії медичних наук України, а затвердження цього документа належить до компетенції Кабінету Міністрів України. Однак зазначене питання досі остаточно не розв'язане і перебуває на етапі наукових опрацювань. Значна частина соціальних нормативів залишається невизначеною, що істотно сповільнює реформування галузі та унеможлиблює точний розрахунок обсягу фінансових ресурсів, які потрібні для забезпечення гарантованого рівня медичного обслуговування. Відтак проблема визначення необхідних обсягів фінансового забезпечення соціальних гарантій, проголошених державою у сфері охорони здоров'я, зберігає свою актуальність.

Отже, відповідно до чинного законодавства, гарантований обсяг медичного обслуговування, що мають надавати державні та комунальні заклади охорони здоров'я, слід визначати як у натуральних, так і у вартісних показниках у розрахунку на одного мешканця країни. Аналіз структури цих показників дозволяє виокремити такі основні компоненти гарантованого обсягу медичного обслуговування:

- перелік і обсяг медичних послуг, безоплатне надання яких населенню гарантує держава, тобто гарантований обсяг медичної допомоги;
- обсяг медикаментозного забезпечення;
- обсяг забезпечення хворих продуктами харчування та іншими немедичними послугами.

Узагальнюючи, гарантований обсяг медичного обслуговування можна трактувати як сукупність медичних і немедичних послуг, безкоштовне надання яких у разі погіршення здоров'я громадян передбачено законодавством. Такий обсяг має відповідати науково обґрунтованій потребі та забезпечувати реалізацію державних соціальних гарантій у сфері охорони здоров'я.

Під гарантованим обсягом медичної допомоги пропонується розуміти обсяг медичних послуг, що надаються населенню державними та комунальними закладами охорони здоров'я безкоштовно. Законодавчо склад гарантованого обсягу медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я визначено Постановою Кабінету Міністрів України від 11.07.2002 р. № 955 "Про затвердження Програми подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги". У цьому нормативному документі уряд окреслив основні види медичної допомоги, які кожен громадянин країни має право отримати безоплатно, а саме:

- швидка та невідкладна допомога на догоспітальному етапі, що надається станціями (відділеннями) швидкої медичної допомоги та пунктами невідкладної допомоги у станах, які становлять загрозу для життя людини;
- амбулаторно-поліклінічна допомога;
- стаціонарна допомога у випадку гострих захворювань та в невідкладних ситуаціях, коли необхідні інтенсивне лікування, цілодобове медичне спостереження та госпіталізація, у тому числі за епідемічними показниками, а також дітям, вагітним, породіллям, хворим за направленнями медико-соціальних експертних комісій і лікарсько-консультативних комісій;
- невідкладна стоматологічна допомога (у повному обсязі – дітям, інвалідам, пенсіонерам, студентам, вагітним жінкам, які мають дітей до трьох років);

- долікарська медична допомога мешканцям сільської місцевості;
- санаторно-курортна допомога інвалідам і хворим у спеціалізованих та дитячих санаторіях;
- утримання дітей у будинках дитини;
- медико-соціальна експертиза втрати працездатності.

Зазначена постанова уряду стала першою спробою за період незалежності України чітко окреслити у правовому полі межі гарантованого обсягу медичної допомоги, що має надаватися безкоштовно в державних і комунальних закладах охорони здоров'я. Це означає, що відповідні заклади більше не несуть формально безмежних зобов'язань щодо надання медичної допомоги, а відповідають за виконання чітко визначеного гарантованого обсягу, який держава спроможна профінансувати. Загалом такий підхід повинен був забезпечити більшу прозорість і визначеність фінансової діяльності медичних установ. Водночас сама постанова потребує подальшого вдосконалення, оскільки окремі її норми не мають достатньо зрозумілих юридичних пояснень. Зокрема, правового уточнення потребують терміни "гостре захворювання", "долікарська медична допомога" тощо.

Узагальнюючи результати проведеного аналізу, можна стверджувати, що в сучасних умовах сформувалися три альтернативні моделі організації та фінансового забезпечення охорони здоров'я: приватна, бюджетна та страхова. Їх спільною характерною рисою є застосування багатоджерельного механізму фінансування, який передбачає залучення всіх можливих фінансових ресурсів. Ключовим фактором функціонування кожної з моделей є домінування того чи іншого джерела фінансування в загальній структурі витрат на охорону здоров'я.

В Україні на сьогодні діє бюджетна модель охорони здоров'я, оскільки провідну роль у фінансовому забезпеченні галузі відіграють кошти бюджету. Проведені в економіці ринкові перетворення виявили обмеженість цієї моделі й зумовили потребу у її реформуванні та модернізації. Центральною проблемою державної політики в цій сфері є забезпечення реального виконання юридично закріплених зобов'язань і гарантування належного рівня фінансового забезпечення системи охорони здоров'я.

Висновки до розділу 1

На основі всебічного аналізу теоретичних засад фінансового забезпечення охорони здоров'я можна сформулювати такі узагальнення та висновки.

1. У сучасному світовому співтоваристві під впливом науково-технічного прогресу та економічного зростання відбувається масштабний процес одержавлення ринку медичних послуг і посилення ролі державного регулювання у сфері охорони здоров'я. У зв'язку з цим в економічній теорії розроблено низку підходів, що пояснюють причини, механізми та наслідки державного втручання на ринку медичних послуг. На наш погляд, найґрунтовніше сутність цих процесів розкривають: 1) теорія відмови функціонування ринку; 2) теорія суспільних благ; 3) теорія людського капіталу та "інвестицій в людину"; 4) теорія суспільного вибору. З огляду на ці теоретичні концепції виокремлено дві базові функції держави на ринку медичних послуг – соціально-стабілізаційну та економічну. У роботі доведено, що участь держави в організації та регулюванні ринку медичних послуг є необхідною умовою ефективного функціонування будь-якої системи медичного обслуговування.

2. Критичний аналіз наявних дефініцій дав змогу уточнити теоретичний зміст поняття "фінансове забезпечення охорони здоров'я". У межах цього дослідження фінансове забезпечення охорони здоров'я пропонується трактувати як метод фінансового механізму, що визначає джерела формування і форми використання фінансових ресурсів суб'єктами господарювання, діяльність яких пов'язана з відтворенням, збереженням і зміцненням здоров'я населення.

3. У роботі конкретизовано зміст категорії "кошторисне фінансування". Його доцільно розглядати як спрямування грошових коштів, акумульованих із різних джерел, на покриття потреб бюджетних установ і виконання покладених на них функцій. Такий підхід дозволяє вважати кошторисне фінансування не лише формою бюджетного фінансування, а ширшим методом, що передбачає багатоканальне формування та використання фінансових ресурсів.

4. На основі проведеного аналізу запропоновано власні теоретичні визначення низки категорій, які часто використовуються в науковій та нормативно-правовій літературі без достатнього змістового обґрунтування. Зокрема, державні

соціальні гарантії у сфері охорони здоров'я визначено як систему заходів, що здійснюються державою для реалізації соціальних прав громадян у галузі охорони здоров'я та забезпечення гарантованого рівня медичного обслуговування. Гарантований обсяг медичного обслуговування трактовано як комплекс медичних і немедичних послуг, безкоштовне надання яких у разі погіршення здоров'я громадян гарантується законодавством країни. Під гарантованим обсягом медичної допомоги розуміється обсяг медичних послуг, що державні та комунальні заклади охорони здоров'я надають безоплатно.

5. Узагальнення міжнародного досвіду дозволяє виокремити три основні моделі організації системи охорони здоров'я: бюджетну, страхову та приватну. Для кожної з них характерним є використання багатоджерельного механізму фінансування із максимально повним залученням доступних фінансових ресурсів. Водночас визначальним чинником функціонування конкретної моделі є пріоритетне значення одного з джерел фінансування в загальній структурі витрат на охорону здоров'я. В Україні запроваджено бюджетну модель, у межах якої провідним джерелом фінансового забезпечення виступає бюджет. Основною проблемою цієї моделі є фінансова неспроможність держави повною мірою забезпечити реалізацію задекларованих соціальних гарантій у сфері охорони здоров'я, що призводить до фактичного порушення конституційних прав громадян.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ СТАНУ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ «КЛІНІКИ ПРОФЕСОРА О.М.ФЕСЬКОВА»

2.1. Моніторинг ринку медичних послуг в Україні

Соціально-економічні трансформації, що відбулися в Україні впродовж усього трансформаційного періоду розвитку національної економіки, спричинили водночас як позитивні, так і негативні наслідки для сфери охорони здоров'я. До безперечних позитивів слід віднести формування й поступове розширення приватного сектору медичного обслуговування, появу інституту добровільного медичного страхування, зародження конкурентного середовища, процеси денаціоналізації галузі тощо. Завдяки проведенню відповідних реформ урядові вдалося демонтувати монопольне становище держави як єдиного власника і розпорядника матеріальних ресурсів у сфері охорони здоров'я та створити передумови для становлення повноцінного ринку медичних послуг у країні.

Водночас уведення ринкових відносин у сферу охорони здоров'я та її демонополізація є лише частковим здобутком на тлі численних невирішених проблем і кризових явищ, з якими галузь зіткнулася в процесі формування нової системи господарювання. Економічна криза 1990–1999 рр. в Україні, що супроводжувалася різким скороченням обсягів виробництва, падінням валового внутрішнього продукту та суттєвим зменшенням бюджетних надходжень, стала одним із ключових чинників поглиблення складної ситуації в охороні здоров'я. Значний матеріально-технічний і кадровий потенціал, успадкований від колишнього СРСР і орієнтований на майже виключно бюджетне фінансування, за умов хронічного дефіциту фінансових ресурсів фактично опинився у стані глибокої кризи та функціонального паралічу. Вкрай низький рівень фінансового забезпечення медичної галузі поставив під серйозну загрозу можливість повноцінного відновлення і зміцнення здоров'я населення, а також належне відтворення трудового потенціалу країни. Упродовж періоду державної незалежності було зафіксовано

істотне скорочення тривалості життя та рівня народжуваності, одночасно зросли показники смертності й загальної захворюваності. Реальністю стала епідемія туберкульозу, спостерігаються одні з найвищих темпів поширення ВІЛ/СНІДу, розширюються масштаби соціально небезпечних захворювань (алкоголізму, наркоманії), зростає кількість онкологічних і психічних хвороб. За найбільш песимістичними прогнозами, до 2020 р. чисельність населення України могла скоротитися до 40–44 млн осіб, що неминуче мало б негативно позначитися на трудовому потенціалі та економічних перспективах держави. У такій ситуації виведення системи охорони здоров'я з кризового стану, її стабілізація і подальший розвиток набувають значення не лише галузевого, а й загальнонаціонального завдання, безпосередньо пов'язаного з проблематикою національної безпеки.

З позицій міжнародних зіставлень украї показовими є дані щодо витрат на охорону здоров'я в розрахунку на одного жителя. У 2010 р. за цим показником Україна посідала 111-е місце серед 191 країни світу та лише 8-ме місце серед держав, що утворилися на теренах колишнього Радянського Союзу (після країн Балтії, Білорусі, Росії, Молдови, Вірменії) [52]. Особливо промовистим є порівняння обсягів витрат на охорону здоров'я на душу населення в країнах Західної Європи та в Україні: якщо в середньому в Західній Європі на одного мешканця припадало 1337 дол. США (1993 р.), то в Україні цей показник у 2004 р. становив близько 70 дол. США, тобто був меншим майже у 19 разів. Така розбіжність не лише відображає різний рівень економічного розвитку, а й свідчить про суттєво обмежені можливості української системи охорони здоров'я щодо фінансування сучасних стандартів медичної допомоги.

Одним із найважливіших узагальнюючих індикаторів, який використовують для характеристики фінансового становища галузі, є частка видатків на охорону здоров'я у валовому внутрішньому продукті. Експерти ВООЗ рекомендують мінімальний орієнтовний рівень цього співвідношення на рівні 5%. Очевидно, що згаданий орієнтир має умовний характер, оскільки величина ВВП для кожної держави є результатом її власного економічного розвитку, і навіть за формального дотримання рекомендованої пропорції без реального зростання економіки й

розширення виробництва фінансовий стан у сфері охорони здоров'я може залишатися напруженим. Для прикладу, у 2002 р. обсяг ВВП України становив лише 16% від середнього показника країн ЄС і 32% – від середнього показника країн-претендентів на вступ до Європейського Союзу [54, с.10]. Це означає, що навіть за однакового відсотка витрат на охорону здоров'я у структурі ВВП абсолютні обсяги фінансування в Україні є в рази нижчими, ніж у більш розвинутих державах.

Статистичні матеріали свідчать, що протягом 1991–2014 рр. частка витрат на охорону здоров'я у структурі ВВП України стабільно залишалася нижчою від рекомендованого 5%-го мінімального рівня. У середньому цей показник становив близько 4,5% (рис. 2.1). Порівняльний аналіз співвідношення вітчизняних витрат на охорону здоров'я до ВВП з аналогічними показниками інших постсоціалістичних країн засвідчив, що гірша ситуація спостерігалася лише в Туркменістані, Молдові та Грузії. Натомість найвищі результати й найшвидші темпи зростання частки видатків на охорону здоров'я у ВВП продемонстрували Словенія, Вірменія, Чехія, Латвія, Литва, Польща. У більшості з цих країн, за винятком Вірменії, нарощування фінансових ресурсів у галузі було безпосередньо пов'язане із впровадженням структурних реформ у сфері охорони здоров'я та введенням системи обов'язкового медичного страхування, що забезпечило додаткові стабільні джерела фінансування медичних послуг.



Рис. 2.1. Питома вага видатків на охорону здоров'я в Україні, у % до ВВП.

Аналізуючи склад і структуру джерел фінансування охорони здоров'я в Україні, можна спостерігати, що кошти бюджету надалі мають домінуюче значення у забезпеченні потреб цієї галузі (табл. 2.1). У 2004 р. частка бюджетних асигнувань становила близько 72%, хоча протягом останніх років спостерігається тенденція до зниження даного показника, який ще у 1996 р. дорівнював 81%.

Зменшення питомої ваги бюджетних коштів пов'язане зі зростанням обсягів витрат населення та суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я, які у 1996р. становили 750 млн. грн., а у 2014-у – вже 4703,7 млн. грн., тобто збільшилися майже у 6,3 рази. До даної суми витрат відносяться: витрати населення на придбання медикаментів та виробів медичного призначення, витрати населення й суб'єктів господарювання на платні медичні послуги і страхові платежі з добровільного медичного страхування.

Таблиця 2.1

Склад і структура джерел фінансування охорони здоров'я в Україні у 1996 –2014роках

Види джерел	1996		200		2006		2008		2010		2014	
	млн. грн.	%	млн. грн.	%	млн. грн.	%	млн. грн.	%	млн. грн.	%	млн. грн.	%
Всього:	3962,4	100	5059,5	100	7292,1	100	10543,7	100	13346,0	100	16844,7	100
I. Бюджетні кошти	3212,4	81,1	3634,2	71,8	4888,2	67,0	7578,0	71,9	9708,2	72,7	12141,0	72,1
II. Кошти населення і суб'єктів господарювання:	750,0	18,9	1425,3	28,2	2403,9	33,0	2965,8	28,1	3637,8	27,3	4703,7	27,9
1. Витрати на платні медичні послуги, всього:	84,7	11,2	129,0	9,1	934,6	38,9	1582,0	53,3	2042,6	56,1	2530,7	53,8
В т. ч.:												
1) у державному секторі охорони здоров'я, всього:	...	...	...	...	144,6		166,1		290,3		393,6	
- витрати населення;							88,3		173,6		194,8	
- витрати підприємств та ін;							77,8		116,7		198,8	
2) у недержавному секторі охорони здоров'я, всього:	...	...	...	...	790,0		1415,9		1752,3		2137,1	
1. витрати за медичні послуги, що надали юридичні особи,	...	...	...	...	...		1345,4		1632,4		1959,7	
з них:												
- витрати населення;							539,5		667,7		829,4	
- витрати підприємств та ін.;	...	...	...	...	...		805,9		964,7		1130,0	
2. витрати за медичні послуги, що надали фізичні особи -							70,5		119,9		177,4	
суб'єкти медичної практики												
2. Витрати на сплату страхових платежів із добровільного медичного страхування	14,3	1,9	24,3	1,7	50,0	2,1	80,0	2,7	58,6	1,6	213,6	4,5
3. Витрати населення на придбання медикаментів та виробів медичного призначення	651,0	86,8	1272,0	89,2	1419,3	59,0	1303,8	44,0	1536,6	42,2	1959,4	41,7

Джерело: складено і розраховано за даними Держкомстату та Міністерства фінансів України.

У загальній структурі розглянутих витрат ключове місце стабільно займають видатки на платні медичні послуги, для яких характерний досить високий темп приросту. Показово, що якщо у 1996 р. їх загальна сума становила 84,7 млн грн, то вже у 2014 р. вона піднялася до 2530,7 млн грн, тобто зросла на 2446 млн грн, що еквівалентно збільшенню майже у 30 разів.

Дані табл. 2.1 демонструють, що у 2014 р. державний сектор охорони здоров'я акумулював 15,5% від загального обсягу коштів, витрачених населенням та іншими суб'єктами на оплату платних медичних послуг. Половину цієї суми забезпечили домогосподарства, а іншу частину — підприємства та інші організації. Динаміка оплати послуг у державних медичних закладах засвідчує їх щорічне зростання. Так, у 2014 р. державні та комунальні заклади реалізували платних медичних послуг на 393,6 млн грн, що перевищує показник 2013 р. на 35%, а рівень 2000 р. — на 172%.

Недержавний (приватний) сектор охорони здоров'я в Україні почав формуватися вже в перші роки незалежності. Вирішальним чинником його появи стало ухвалення у 1992 р. базового нормативного документа — «Основи законодавства України про охорону здоров'я», яким було легітимовано багатоканальну фінансову модель функціонування медичної галузі, що передбачає використання державного та місцевих бюджетів, ресурсів фондів медичного страхування, благодійних організацій та інших незаборонених законом джерел.

Унаслідок запровадження таких механізмів в країні сформувалася нова мережа приватних медичних закладів, чисельність яких у 1999 р. досягла 3475 одиниць. Проте статистичні дані свідчать про тенденцію останніх років до скорочення цього сектору: між 1999 і 2014 рр. кількість недержавних медичних установ зменшилася майже на 26% (або на 910 одиниць). Незважаючи на структурні зміни, обсяг послуг, реалізований такими закладами, у 2004 р. був на 46% більшим, ніж у 2000 р. Основними споживачами послуг виступали підприємства та інші суб'єкти господарювання, які оплачували близько 58% усього обсягу наданої допомоги; решта припадала на населення.

Позитивним явищем у розвитку приватної медицини є збільшення кількості фізичних осіб — підприємців, що здійснюють медичну практику. За 1999–2014 рр. їх число зросло на 92% — із 5061 до 9720 осіб. Паралельно за 2002–2014 рр. на

153% збільшився і обсяг послуг, що ними надавалися. Найпоширенішими видами діяльності цих суб'єктів є стоматологічні, гінекологічні та терапевтичні послуги.

Попри наявні позитивні зміни, розвиток приватного сектору охорони здоров'я відбувається досить повільно. Така динаміка зумовлена специфікою функціонування галузі, що потребує значних капіталовкладень, технічного оснащення високоякісним медичним обладнанням, залучення фахівців високої кваліфікації та підтримання сучасного рівня сервісу. Додатковим стримувальним чинником є низька купівельна спроможність значної частини населення, що обмежує доступність приватних медичних послуг.

Ще однією істотною перешкодою для повноцінного розвитку приватної медицини є недостатня державна підтримка, яка мала б проявлятися, зокрема, у преференційній податковій та фінансово-кредитній політиці. Проблема пільгового оподаткування приватних закладів охорони здоров'я й досі залишається невирішеною. Хоча «Основи законодавства України про охорону здоров'я» передбачають надання податкових та інших пільг для закладів і осіб, які ведуть комерційну діяльність у галузі, фактично такі пільги обмежуються звільненням окремих медичних послуг від ПДВ (причому близько 16 видів медичних послуг продовжують оподатковуватися). Інші податки та збори приватні заклади сплачують у загальному порядку, що підвищує їх фінансове навантаження.

У світовій практиці поширена модель опосередкованої участі держави у фінансовому забезпеченні охорони здоров'я шляхом надання значних податкових пільг медичним закладам, господарюючим суб'єктам і фізичним особам, які оплачують медичні послуги. Такі інструменти роблять приватні медичні послуги доступнішими, оскільки знижують фактичні витрати населення та підприємств на страховку чи медичну допомогу.

Найчастіше податкові стимули застосовуються у трьох напрямках.

1. **Для юридичних і фізичних осіб, що працюють у сфері охорони здоров'я**, — через зменшення податкових ставок або звільнення від окремих податків і зборів. Наприклад, у Данії, Італії та Іспанії медичні послуги звільнені від ПДВ, а лікарські засоби оподатковуються за зниженими ставками (5,5% у Франції, 4% в Іспанії) або взагалі не оподатковуються (Велика Британія).

2. Для фізичних осіб, які здійснюють витрати на медицину, — за рахунок пільгового оподаткування частини доходів. Так, у низці країн громадяни мають право зменшити оподатковуваний дохід на суму страхових внесків чи прямих витрат на лікування. У США, наприклад, у 1996 р. дозволялося віднімати із персонального доходу медичні витрати, що перевищували 7,5% річного доходу фізичної особи.

3. Для юридичних осіб — роботодавців, які оплачують медичні витрати працівників, — через зменшення бази оподаткування при сплаті окремих податків та зборів. У США суми страховки, сплачені роботодавцем за працівника, не включаються до оподаткованого доходу найманого працівника та не є базою для нарахування соціальних внесків. В Україні податкові пільги цього напрямку значно обмежені: згідно із Законом «Про оподаткування прибутку підприємств» дозволено відносити до валових витрат лише витрати на утримання об'єктів соціальної інфраструктури, які не ведуть комерційної діяльності, тоді як капітальні інвестиції в нові об'єкти не включаються до валових витрат. Страхові платежі за добровільне медичне страхування персоналу підприємства повинні фінансуватися за рахунок прибутку, оскільки відповідних пільг не передбачено.

Зрозуміло, що такі обмежені заходи не стимулюють роботодавців до активної участі у фінансуванні медичного забезпечення працівників, а тому виникає потреба у створенні ефективнішої системи податкових стимулів.

Соціологічні опитування, проведені серед лікарів приватної практики, виявили основні бар'єри у їх професійній діяльності: високі податкові ставки (87%), юридичні труднощі (58%), проблеми оренди або придбання приміщень та недосконалість правового забезпечення [104].

Важливим елементом ринку медичних послуг, який виконує функцію посередника в організації медичного забезпечення населення, є інститут добровільного медичного страхування (ДМС). Сучасний стан страхування здоров'я в Україні характеризується його розвитком майже виключно у формі добровільного страхування та існуванням окремих елементів страхової медицини, таких як лікарняні каси.

Законодавча база дозволяє страховим компаніям отримувати ліцензії на два види страхування: страхування здоров'я на випадок хвороби та безперервне

страхування здоров'я. Перше з них передбачає покриття витрат, пов'язаних із конкретним захворюванням, перелік яких зазначається у страховій угоді. Страхова сума у таких договорах може варіювати від еквівалента 1,5 до 15 тис. дол. США, а внески — від 0,5 до 5% страхової суми.

Безперервне страхування здоров'я є аналогом комплексного страхування «від усіх ризиків» і гарантує надання медичної допомоги у разі будь-якого захворювання. Страхова сума здебільшого становить 7–20 тис. дол. США, хоча інколи сягає і 50 тис. дол., а внески становлять 0,5–8% від зазначеної суми.

У межах ДМС страхові компанії зазвичай пропонують чотири основні категорії послуг:

1. відшкодування витрат на амбулаторно-поліклінічне обслуговування;
2. покриття витрат на стаціонарне лікування;
3. компенсація витрат на послуги швидкої медичної допомоги;
4. компенсація витрат на стоматологічні послуги.

Крім того, страховики можуть надавати додаткові сервіси, зокрема відшкодування витрат на домашнє обслуговування, спеціальні програми страхування для сімей, дітей та вагітних жінок.

За оцінками страховиків-практиків, у сучасних умовах ДМС не забезпечує більшості компаній суттєвого прибутку. Основна увага приділяється формуванню довіри клієнтів, через що значна частина страхових платежів (80–95%) спрямовується на страхові виплати [106]. При цьому існує негативна практика, коли деякі компанії використовують ДМС як інструмент «легалізації» неофіційних платних медичних послуг. Це викликає невдоволення серед пацієнтів, які, звернувшись у лікарню, змушені купувати «страховий поліс».

На думку фахівців, становлення повноцінної системи добровільного медичного страхування в Україні здатне забезпечити такі результати: 1) створення умов для кращого доступу населення до якісних медичних послуг; 2) зниження навантаження на державний сектор охорони здоров'я та покращення його фінансового забезпечення; 3) зменшення поширеності тіньової медицини.

У зв'язку з цим державна політика у сфері розвитку ДМС має бути орієнтована на:

- формування умов, за яких ДМС функціонуватиме як ефективне доповнення до обов'язкового медичного страхування, покриваючи витрати понад встановлені межі чи в межах програм ОМС;

- стимулювання роботодавців до підтримки здоров'я працівників, у тому числі шляхом дозволу включати витрати на ДМС до валових витрат при обчисленні оподаткованого прибутку;

- підвищення надійності страхових організацій, що працюють у сфері ДМС, через удосконалення вимог до ліцензування та запровадження єдиних стандартів медичного обслуговування [15].

На теперішньому етапі розвитку ринку медичних послуг ДМС гарантує застрахованим особам високий рівень сервісу, своєчасне надання якісної медичної допомоги та доступ до сучасних методів лікування. Однак його доступність залишається обмеженою через високу вартість страхових програм, що й пояснює невисокий рівень поширення цього виду страхування в Україні. Основними клієнтами ДМС є здебільшого представництва іноземних компаній, підприємства з іноземним капіталом, спільні підприємства та забезпечені верстви населення.

Як видно з даних табл. 2.1, витрати населення на охорону здоров'я щорічно збільшуються та становлять 12% у загальній структурі витрат. За період із 1996 до 2014 р. їх обсяг зріс утричі. Переважна частина цих коштів спрямовується на придбання лікарських засобів і виробів медичного призначення. Ситуація, за якої пацієнти змушені самотійно оплачувати медикаменти, особливо негативно позначається на соціально вразливих групах, доходи яких не дозволяють забезпечити необхідний рівень лікування. Тому значна частина населення фактично відмовляється від придбання лікарських препаратів і платних медичних послуг, що суттєво погіршує стан їх здоров'я та рівень громадського здоров'я загалом.

Попри зростання ролі недержавних джерел, основним джерелом фінансування державного сектору охорони здоров'я залишаються бюджетні ресурси. Державний сектор охорони здоров'я охоплює мережу закладів державної та комунальної власності, діяльність яких спрямована на гарантування медичного забезпечення населення. Заклади, що перебувають у власності держави, виконують завдання загальнонаціонального масштабу, тоді як комунальні установи, підпорядковані місцевим органам влади, забезпечують медичне обслуговування на місцевому рівні.

З огляду на адміністративно-територіальний устрій країни та принцип наближення медичної допомоги до пацієнта, розрізняють три рівні лікувально-профілактичної допомоги. Першим є первинна медико-санітарна допомога, що включає консультації лікаря загальної практики (сімейного лікаря), діагностику та лікування найпоширеніших захворювань, скерування пацієнтів до спеціалізованої допомоги та проведення профілактичних заходів. Вторинна (спеціалізована) допомога передбачає надання кваліфікованої консультативної, профілактичної та лікувальної допомоги лікарями-спеціалістами. Третинну (високоспеціалізовану) допомогу забезпечують лікарі або колективи лікарів, що мають відповідну підготовку для роботи зі складними, рідкісними або важкодіагностованими захворюваннями.

Зазвичай первинна та вторинна допомога надається у сільських дільничних лікарнях, амбулаторіях, поліклініках, міських і центральних районних лікарнях. Третинна допомога зосереджена в діагностичних центрах, багатопрофільних та спеціалізованих лікарнях, диспансерах [18, с. 252].

Державне управління системою охорони здоров'я здійснюється Міністерством охорони здоров'я України — центральним органом виконавчої влади, що відповідає за реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я. До ключових функцій Міністерства належать: формування політики і стратегічних напрямів розвитку галузі, законотворча діяльність та аналітико-інформаційна підтримка управлінських рішень.

Основним фінансовим джерелом для державних і комунальних медичних закладів є кошти відповідних бюджетів. Інформація про обсяги бюджетного забезпечення цих закладів у період незалежності наведена у табл. 2.2. Аналіз показників фінансування охорони здоров'я у 1996–2017 рр. засвідчує тенденцію до постійного зниження рівня задоволення потреб галузі у бюджетних коштах, що у 2003 р. сягнув мінімальних 40,4% (див. табл. 2.2). Така динаміка вказує на погіршення фінансового стану галузі та недостатність ресурсів для забезпечення її потреб. Обмеженість бюджетного фінансування призвела до скорочення витрат на медикаменти й харчування до мінімальних значень, практичного припинення капітальних ремонтів та закупівлі сучасного медичного обладнання. Наслідком стала поява в державному секторі таких негативних явищ, як заборгованість із

виплати заробітної плати медичним працівникам, хронічне недофінансування медикаментів і харчування, відсутність інвестицій у технологічне оновлення, зниження якості медичних послуг, а також зростання корупції та «тінізації» системи охорони здоров'я.

Таблиця 2.2

Забезпечення потреби в бюджетних коштах на утримання державного сектору охорони здоров'я в Україні в 1991–2017 рр. [2].

Роки	Потреба в коштах		Передбачено бюджетних асигнувань			Видатки на 1 жителя, дол. США
			Сума		в % до потреби	
1991	9778 млн. крб.	15812 млн. дол. США	9778 млн. крб.	15812 млн. дол. США	100	305
1994	6900 млн. грн.	3770 млн. дол. США	3693,4 млн. грн.	1662 млн. дол. США	53,5	32,8
2000	7500 млн. грн.	1815 млн. дол. США	4658,0 млн. грн.	950 млн. дол. США	62,5	18,6
2006	8900 млн. грн.	1835 млн. дол. США	5212,7 млн. грн.	1063 млн. дол. США	57,9	21,6
2010*	25,0 млрд. грн.	4716 млн. дол. США	9708,2 млн. грн.	1903,6 млн. дол. США	40,4	40,2
2017	...	...	12141,0 млн. грн.	2380,6 млн. дол. США	...	50,2

- За даними Мінфіну.

Практика останніх років переконливо засвідчує, що обсяги коштів, які пропонували до затвердження в державному та місцевих бюджетах на утримання галузі охорони здоров'я, формувалися не відповідно до реальних потреб системи, а виходячи з наявних бюджетних ресурсів та їхніх фіскальних обмежень.

За рівнем підпорядкування державні та комунальні заклади охорони здоров'я доцільно виокремити у дві основні групи:

1. медичні заклади, що перебувають у прямому підпорядкуванні Міністерства охорони здоров'я України;

2. медичні заклади, які підпорядковані іншим центральним органам виконавчої влади, окремим відомствам та профільним управлінням.

Інститут відомчої медицини в Україні є спадщиною радянського періоду, коли поряд із мережею закладів, підпорядкованих Міністерству охорони здоров'я, функціонували медичні установи інших відомств. Такі заклади призначалися для обслуговування окремих соціально-професійних груп населення, виокремлених за галузевими, відомчими чи іншими ознаками. Чинне законодавство передбачає можливість фінансування відомчих закладів охорони здоров'я за рахунок коштів підприємств, установ і організацій, працівників яких вони обслуговують; додатково допускається залучення коштів державного та місцевих бюджетів, якщо персонал відповідного відомства чи підприємства становить істотну частку населення певної території [115].

На наш погляд, діючий порядок, за якого частина закладів державної системи охорони здоров'я залишається у відомчому підпорядкуванні, потребує перегляду. Така модель суперечить принципам справедливості при розподілі бюджетних ресурсів і медичних послуг між населенням, а також ускладнює реалізацію єдиного, узгодженого підходу до реформування галузі.

Унаслідок цього відомчі медичні заклади фактично фінансуються з трьох основних джерел:

1. **Державний бюджет.** Із нього забезпечують покриття постійних видатків стаціонарів: фінансують заробітну плату медичного персоналу, нарахування на оплату праці, комунальні послуги, частково медикаменти, продукти харчування та інші поточні витрати. Обсяги бюджетного фінансування визначають на підставі кошторису відомчої установи.

2. **Кошти добровільного медичного страхування.** За рахунок страхових відшкодувань компенсують змінні витрати, пов'язані з придбанням лікарських засобів, виробів медичного призначення, продуктів харчування тощо. Зазначене фінансування здійснюють за принципом ретроспективної оплати з використанням методу оплати середньої вартості ліжка-дня за відповідним профілем ліжка.

3. **Кошти відомств.** Відомства спрямовують власні ресурси на придбання медичного обладнання, проведення будівництва, капітальних і поточних ремонтів основних засобів та інші капіталоемні заходи [13].

Отже, фінансові можливості відомчих закладів охорони здоров'я виявляються істотно ширшими порівняно з державними та комунальними установами загальної мережі. Водночас така прерогатива, на нашу думку, деформує принципи соціальної справедливості, оскільки формується привілейована група населення, що має кращий доступ до медичних послуг.

Нині мережа закладів, підпорядкованих Міністерству охорони здоров'я України, залишається основним постачальником медичної допомоги, доступної для всього населення. Уже протягом тривалого періоду ці заклади перебувають у стані хронічного дефіциту фінансових ресурсів, що обмежує їхню здатність повноцінно виконувати покладені функції щодо забезпечення належного рівня охорони здоров'я громадян. Урядові реформи в цьому секторі здійснюються повільно, фрагментарно й недостатньо послідовно.

На сучасному етапі одним із ключових пріоритетів розвитку державної системи охорони здоров'я є переорієнтація надання медичної допомоги на принципи сімейної медицини. Очікується, що впровадження такої моделі організації первинної медико-санітарної допомоги дасть змогу задовольнити на цьому рівні до 80% медичних потреб «прикріпленого» населення. Це, у свою чергу, має зменшити потребу у госпіталізації до лікарняних закладів на 25–30%, скоротити кількість виїздів бригад швидкої допомоги, а також забезпечити більш раціональне та економне використання фінансових ресурсів галузі.

Загалом проведений аналіз організації функціонування і механізмів фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні дає змогу сформулювати такі узагальнюючі висновки:

– за період незалежності у державному секторі охорони здоров'я істотно скоротилися обсяги бюджетного фінансування, що спричинило дефіцит фінансових ресурсів. Це зумовило звуження ресурсної бази: скорочення чисельності медичних кадрів, зменшення кількості державних і комунальних медичних закладів (особливо у сільській місцевості), ліжкового фонду та інших потужностей;

– відбулося розширення тіньового сектору в системі охорони здоров'я, коли в державних і комунальних медичних установах практикуються як легальні, так і нелегальні побори з пацієнтів, що деформує принципи безоплатності й доступності медичної допомоги;

– відомчі заклади охорони здоров'я опинилися у відносно вигіднішому фінансовому становищі, ніж державні та комунальні установи загальної мережі, що призводить до нерівності в доступі до медичних послуг і порушення прав громадян на рівні можливості отримання медичної допомоги;

– ухвалення низки законодавчих актів започаткувало розвиток приватної медицини, а також процеси легалізації нетрадиційних методів лікування (народної медицини), однак ці тенденції ще не набули належного темпу і масштабів, залишаючись обмеженими та фрагментарними;

– через недосконалість нормативно-правового забезпечення, неврегульованість податкових питань, майже відсутність економічних стимулів до участі в медичному страхуванні для населення та підприємств, а також через низьку платоспроможність значної частини населення, добровільне медичне страхування розвивається надзвичайно повільно.

Таким чином, аналіз сучасного стану фінансового забезпечення охорони здоров'я дає підстави стверджувати, що в Україні провідним постачальником медичних послуг для населення залишається державний сектор охорони здоров'я, а кошти бюджетів займають головне місце в його фінансовому забезпеченні (близько 72% у 2014 р.). Приватний сектор охорони здоров'я розвивається повільно, що зумовлено необхідністю значних інвестицій, відсутністю преференційної податкової та фінансово-кредитної політики, а також низькою купівельною спроможністю більшості населення. Посередницьку роль на ринку медичних послуг відіграє інститут медичного страхування, який перебуває на стадії становлення й наразі функціонує переважно у формі добровільного медичного страхування та окремих елементів страхової медицини (лікарняні каси). При цьому система добровільного медичного страхування, з огляду на високу вартість страхових програм, залишається малодоступною для широких верств населення, що пояснює її непопулярність і слабкий розвиток у більшості регіонів України.

2.2. Оцінка фінансового забезпечення «Клініки професора О.М. Феськова»

Відповідно до законодавства, державні та комунальні медичні заклади віднесені до категорії бюджетних установ. Згідно з Бюджетним кодексом України бюджетна установа — це орган, установа чи організація, визначена Конституцією України, а також організація, створена у встановленому порядку органами державної влади, органами влади Автономної Республіки Крим або органами місцевого самоврядування, яка повністю утримується за рахунок коштів відповідного державного чи місцевого бюджету. Бюджетні установи мають неприбутковий статус [25]. Однак, враховуючи сучасну практику фінансового забезпечення таких закладів, складно повністю погодитись із цим підходом, оскільки більшість із них лише частково фінансується за рахунок бюджетів і, як правило, формує власні надходження від некомерційної діяльності.

Фінансова діяльність бюджетних установ органічно пов'язана з обов'язковими процедурами фінансового планування, що реалізуються через складання та виконання планово-фінансового документа — кошторису. Процеси планування, формування та використання фінансових ресурсів у державному секторі охорони здоров'я мають низку специфічних рис.

По-перше, об'єктом планування виступає не лише окремий заклад, а вся система державних і комунальних медичних установ. Це зумовлює необхідність дотримання принципу єдності, який передбачає застосування єдиної методології фінансових розрахунків, типових підходів до формування показників і використання єдиної системи фінансових параметрів при складанні планів.

По-друге, система фінансових планів, що розробляється для державного сектору охорони здоров'я, має узгоджуватися з соціально-економічними прогнозами та планами розвитку галузі в регіональному й загальнодержавному вимірах.

По-третє, фінансові плани державних і комунальних закладів охорони здоров'я повинні будуватися з урахуванням реальних фінансових можливостей держави та органів місцевого самоврядування, водночас забезпечуючи дотримання соціальних гарантій, закріплених у законодавстві. Планування джерел фінансування та напрямів їх використання має орієнтуватися не лише на підтримку поточної

діяльності окремого закладу, а й на виконання стратегічних завдань галузі й задоволення гарантованих потреб населення в медичній допомозі.

В умовах планової економіки та застосування командно-адміністративних методів управління система охорони здоров'я функціонувала в режимі жорсткого централізованого планування. Радянський досвід чітко продемонстрував значущість планування як інструменту управління фінансово-господарською діяльністю галузі. Визначення цілей, завдань та пріоритетів на всіх рівнях організації медичної допомоги, науково-технічне обґрунтування розвитку, спроби збалансувати обсяги фінансових ресурсів із потребами населення, прагнення до ефективного використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів — усе це свідчить про ключову роль планування.

У радянський період планування розвитку системи охорони здоров'я здійснювали шляхом розроблення комплексних планів, які включали такі основні розділи: розвиток мережі закладів охорони здоров'я; кадрове забезпечення (потреба, підготовка, підвищення кваліфікації медичних працівників); план праці (чисельність персоналу та фонд заробітної плати); капітальні вкладення (будівництво, реконструкція та оснащення медичних установ); план матеріально-технічного постачання; фінансовий план — кошторис медичного закладу, складений за статтями економічної класифікації [16, с. 225].

В умовах трансформації економіки частину досвіду планування, напрацьованого в рамках командно-адміністративної системи, було втрачено. Сучасна діяльність галузі вже не може повністю спиратися на старі нормативи та методи, сформовані в радянський період, тоді як нова система нормативів, що адекватно відображала б реалії сьогодення й відповідала потребам населення, ще не сформована.

Нині процес планування у сфері охорони здоров'я часто позбавлений належного наукового підґрунтя й об'єктивності. Показовим прикладом виступає ситуація із забезпеченням населення лікарняними ліжками.

Неналежне обґрунтування доцільності скорочення ліжкового фонду в окремих випадках призвело не лише до некоректного формування штатних розписів (оскільки чисельність посад традиційно прив'язували до кількості ліжок), а й до погіршення якості медичного обслуговування. Відтак проблема розроблення

науково обґрунтованих нормативів забезпеченості населення лікарняними ліжками зберігає актуальність у процесі реформування галузі. Аналогічні труднощі виникають і при визначенні інших показників діяльності. Відсутність коректних норм і нормативів, на основі яких розраховуються обсяги фінансування, неминуче породжує неефективне та нераціональне використання бюджетних коштів. На думку Т. Грузевої, спроби реформувати галузь у 1990-х роках шляхом скорочення ліжкового фонду й штатів медичного персоналу закладів первинного рівня без належних організаційних змін призвели лише до руйнування усталених схем діяльності. Очікуваний економічний ефект від зменшення витрат на утримання ліжок і персоналу був нівельований через зростання навантаження на заклади вторинного й третинного рівнів, де вартість лікування значно вища [46].

Подібні проблеми характерні й для фінансового планування діяльності медичних закладів. Радянська методика планування видатків на утримання установ, що тривалий час застосовувалася у сфері охорони здоров'я, в умовах переходу до ринкової економіки та дефіциту бюджетних асигнувань значною мірою втратила ефективність, тоді як новий, адаптований до ринкових умов порядок планування досі повністю не сформований.

За часів планової економіки витрати на охорону здоров'я за статтями кошторису розраховували із застосуванням двох основних методів:

1. **методу прямого розрахунку**, який використовували для визначення видатків на оплату праці, утримання приміщень тощо;
2. **нормативного методу**, що передбачав використання встановлених норм і нормативів для розрахунку витрат (зокрема норм витрат на 1 ліжко-день на харчування, медикаменти тощо) [17, с. 44].

Старі норми витрат на харчування, медикаменти та інші потреби сьогодні не відповідають реаліям через брак фінансових ресурсів та неможливість забезпечити належне фінансування. У результаті нормативний метод поступово втратив практичну значущість, натомість життєздатнішим виявився метод прямого розрахунку, який і надалі широко застосовують.

У сучасних умовах при плануванні фонду оплати праці працівників закладів охорони здоров'я зберігся попередній порядок розрахунку, що майже не зазнав змін. Вихідною базою для визначення фонду заробітної плати на плановий період є

штатний розпис, затверджений наказом МОЗ України від 23.02.2000 р. «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я». Саме на підставі цього документа формується штатний склад закладів. Кількість лікарських посад прив'язана до показника ліжкового фонду (наприклад, на 20 ліжок обласної лікарні припадає 1 посада лікаря-терапевта тощо). Посади медичних працівників, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу, визначають відповідно до чисельності населення (на 100 тис., 10 тис. або 1000 осіб). Так, для сільської амбулаторії на 1000 жителів встановлено 0,6 посади лікаря-терапевта.

Обов'язковим елементом розрахунку фонду оплати праці бюджетної медичної установи є складання тарифікаційного списку, який додається до кошторису.

Тарифікаційний список щороку готує спеціальна тарифікаційна комісія на чолі з керівником закладу. Порядок оплати праці працівників охорони здоров'я визначено спільним наказом Міністерства праці та соціальної політики України та Міністерства охорони здоров'я України № 124 від 21.04.2005 р. «Про впорядкування та затвердження Умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення».

Схемні посадові оклади медичних працівників диференційовано за основними групами: лікарі, середній медичний персонал, молодший медичний персонал та інші працівники. Підвищення окладів передбачене за низкою підстав: наявність кваліфікаційної категорії, здійснення оперативних втручань, виконання функцій завідування, робота у шкідливих умовах, наявність почесного звання, наукового ступеня тощо. Крім того, встановлюються доплати (за роботу в нічний час, суміщення професій чи посад, розширення зон обслуговування або збільшення обсягів робіт) і надбавки (за стаж роботи, виконання особливо важливої чи складної роботи, напруженість праці тощо).

Законодавство України декларує, що рівень заробітної плати лікарів має бути не нижчим за середню заробітну плату у промисловості. Проте на практиці ця вимога не дотримується: спостерігається тенденція до зниження відносного рівня оплати праці медичних працівників порівняно із середньогалузевими показниками в промисловості.

Стан оплати праці в охороні здоров'я, який сформувався в останні роки, свідчить про нагальну потребу в системних реформах. Упровадження нових

моделей оплати праці, що забезпечували б можливість легального додаткового заробітку для медичних працівників, має розглядатися як один із стратегічних напрямів реформування галузі.

Розрахунок обсягів асигнувань за іншими статтями кошторису, як правило, здійснюють, орієнтуючись на фактичні показники попереднього року, тобто за принципом «від досягнутого рівня», без належного наукового обґрунтування. Нормативний метод, що довгий час застосовувався для визначення потреби в бюджетних коштах на харчування та медикаменти (з використанням норм витрат на 1 ліжко-день), у сучасних умовах втратив сенс: обчислений за ним обсяг потреби не може бути профінансований через обмеженість бюджетних ресурсів.

Як уже зазначалося, ключовою причиною неспроможності згаданої методики повноцінно функціонувати є хронічний дефіцит бюджетних коштів. Державний та місцеві бюджети не здатні забезпечити фінансування потреб, запланованих у кошторисах установ, на належному рівні, однак збереження такої ситуації без змін є вкрай небезпечним.

На практиці розрахунок планової потреби у фінансових ресурсах, який здійснюють бюджетні заклади, нерідко істотно відрізняється від реальних обсягів фінансування з державного та місцевих бюджетів і набуває суто формального характеру. Переконливим свідченням формалізації фінансового планування є звітні дані «Клініки професора О.М. Феськова».

Складний стан бюджетного фінансування у сфері охорони здоров'я змусив уряд шукати додаткові джерела ресурсів. У результаті бюджетним закладам було надано право здійснювати некомерційну діяльність, доходи від якої обліковуються у спеціальному фонді кошторису. Кошти спеціального фонду, сформовані від такої діяльності, бюджетні установи можуть використовувати відповідно до вимог законодавства. Водночас протягом тривалого часу нормативно-правова регламентація цих питань залишалася фрагментарною та неузгодженою.

Першою спробою законодавчого розв'язання проблеми дефіциту ресурсів і залучення додаткових фінансових потоків до системи охорони здоров'я стала постанова Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти». Протягом більш як двох років бюджетні медичні

установи мали змогу отримувати позабюджетні доходи від надання платних послуг і частково покривати власні потреби за рахунок цих надходжень. Однак у листопаді 1998 р. рішенням Конституційного Суду України окремі положення зазначеної постанови було визнано неконституційними та скасовано. Надалі окремі закони України передбачали можливість надання платних послуг державними й комунальними медичними закладами, проте перелік таких послуг залишався вкрай вузьким і не міг забезпечити відчутного фінансового підсилення галузі.

У 1998–2001 рр. постійні зміни та неузгодженість нормативно-правових актів, що регулювали фінансову діяльність закладів охорони здоров'я, часто зумовлювали порушення, які виникали як через незнання законодавства, так і внаслідок свідомих неправомірних дій. У значній частині медичних установ плату за медичні послуги було де-факто замінено на «благодійні внески», які набували характеру добровільно-примусових.

Першою спробою законодавчо врегулювати проблему дефіциту ресурсів і офіційно дозволити залучення додаткових коштів до системи охорони здоров'я стала також згадана постанова Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти». Вона надала можливість бюджетним закладам протягом понад двох років легально отримувати кошти від платних послуг і спрямовувати їх на фінансування власних потреб. Проте в листопаді 1998 р. Конституційний Суд України визнав відповідні положення постанови такими, що не відповідають Конституції, і скасував їх. У подальшому окремі законодавчі акти знову дозволяли надання платних послуг державними й комунальними медичними закладами, однак перелік цих послуг залишався надзвичайно звуженим, а відтак не забезпечував вагомого зростання доходів галузі.

У 1998–2001 рр. часті зміни та суперечливість правових норм, які регламентували фінансову діяльність установ охорони здоров'я, часто спричиняли порушення як з огляду на недостатнє знання законодавства, так і через умисні дії окремих працівників. У переважній більшості закладів платні послуги були формально замінені «добровільними внесками», що фактично набули обов'язкового характеру.

У травні 2002 р. Конституційний Суд України повторно розглянув справу щодо безоплатної медичної допомоги і офіційно уточнив, що у державних і комунальних медичних закладах безкоштовним є лише визначений обсяг гарантованої медичної допомоги, тоді як інші послуги можуть надаватися на платній основі. Спираючись на це рішення, у липні 2002 р., після більш ніж трирічної перерви, до постанови КМУ від 17.09.1996 р. № 1138 було внесено зміни й відновлено перелік платних послуг, які можуть надаватися в державних і комунальних закладах охорони здоров'я, медичних навчальних закладах і науково-дослідних установах (додаток У).

Згідно з оновленим переліком було виокремлено три групи платних послуг:

- послуги, що надаються державними та комунальними закладами охорони здоров'я в межах їхніх функціональних повноважень;
- послуги, пов'язані з провадженням господарської та/або виробничої діяльності;
- послуги, які надаються вищими медичними навчальними закладами та науково-дослідними установами в межах їхніх функціональних повноважень.

У 2002 р. з метою уніфікації підходів до формування та використання власних надходжень бюджетних установ, а також для реалізації норм Бюджетного кодексу України (ст. 13, 29, 69), постановою Кабінету Міністрів України від 17.05.2002 р. № 659 було затверджено новий «Перелік груп власних надходжень бюджетних установ, вимоги щодо їх утворення та напрями використання». Відповідно до цього документа, власні надходження бюджетних установ формують спеціальний фонд бюджету та поділяються на дві групи: плату за послуги й інші джерела власних надходжень.

Згідно із законодавством, планування видатків спеціального фонду кошторису за рахунок власних надходжень здійснюють у такій послідовності: по-перше, за встановленими напрямками використання; по-друге, на погашення заборгованості за бюджетними зобов'язаннями установи за спеціальним і загальним фондами; по-третє, на фінансування заходів, пов'язаних із виконанням основних функцій, які повністю або частково не забезпечені видатками загального фонду (Постанова КМУ від 24 лютого 2003 р. № 211).

Обсяги надходжень до спеціального фонду кошторису на плановий рік визначають на основі розрахунків щодо: обсягу надання відповідних платних послуг; інших розрахункових показників (зокрема площі приміщень і вартості обладнання чи іншого майна, яке здають в оренду; кількості місць у гуртожитках; кількості відвідувань музеїв, виставок тощо); розміру плати в розрахунку на одиницю показника, що встановлюється відповідно до законодавства; прогнозних надходжень зборів (обов'язкових платежів) до спеціального фонду. При цьому обов'язково враховується рівень фактичного виконання надходжень за останній звітний рік.

Планування коштів спеціального фонду, які заклад охорони здоров'я отримує від надання платних медичних послуг, супроводжується низкою труднощів, насамперед через відсутність єдиної методики розрахунку їхньої вартості. Законодавство не встановлює чіткого порядку ціноутворення щодо медичних послуг, які надають державні та комунальні заклади, тому питання визначення цінового рівня на рівні окремої установи залишаються неврегульованими.

Узагальнення результатів аналізу фінансового забезпечення діяльності державних і комунальних медичних закладів дає змогу виділити такі основні проблеми:

1. **Фінансове планування на рівні закладу** (тобто «знизу») має формальний, малоефективний характер, оскільки відсутня науково обґрунтована методика планування, а розподіл бюджетних видатків здійснюється за формульним принципом «зверху», централізовано визначаючи обсяги фінансування.

2. **Хронічний дефіцит фінансових ресурсів у державних і комунальних закладах охорони здоров'я** проявляється у низькому рівні оплати праці медичного персоналу, недостатньому медикаментозному та продуктовому забезпеченні, експлуатації застарілого обладнання, погіршенні матеріально-технічної бази. Наслідком є зниження якості медичних послуг і порушення державних гарантій щодо рівня медичного обслуговування.

3. **Недостатнє використання потенціалу некомерційної діяльності медичних закладів** зумовлене законодавчими обмеженнями (вузький перелік дозволених платних послуг, необхідність сплати окремих податків), потребою у додаткових інвестиціях для організації такої діяльності, відсутністю методики

розрахунку вартості платних медичних послуг у закладах державної системи, недосконалістю механізму тендерних закупівель. Жорстка регламентація напрямів використання коштів, отриманих від некомерційної діяльності, не завжди є виправданою, оскільки інколи позбавляє заклад можливості самостійно спрямовувати ресурси на найбільш пріоритетні (з його точки зору) потреби. Низький рівень фінансової автономії та обмеженість ініціативи у витрачанні коштів не створюють стимулів для пошуку шляхів ефективного й раціонального використання фінансових ресурсів.

Висновки до розділу 2

Узагальнення результатів аналізу практики фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в Україні дає змогу сформулювати такі висновки.

1. На сучасному етапі розвитку фінансових відносин **державний сектор охорони здоров'я** зберігає статус основного постачальника медичних послуг для населення країни. Натомість **приватний сектор охорони здоров'я** залишається малопоширеним і недостатньо привабливим для широких верств населення, передусім у зв'язку з низькою купівельною спроможністю громадян і відносно вузьким спектром платних медичних послуг, що пропонуються. До ключових чинників, які стримують розвиток цього сектору, належать: високі ставки оподаткування, недосконалість і фрагментарність правового забезпечення, наявність різноманітних юридичних бар'єрів, а також труднощі, пов'язані з придбанням та орендою приміщень для провадження медичної діяльності. Роль інституцій-посередників у забезпеченні медичного обслуговування, зокрема інституту добровільного медичного страхування та лікарняних кас, залишається також незначною. Основними причинами такої ситуації є законодавчі перешкоди (зокрема, відсутність спеціального закону, що регулював би діяльність лікарняних кас), відсутність матеріальної зацікавленості роботодавців у страхуванні здоров'я найманих працівників, а також висока вартість медичної страховки, що робить її малодоступною для більшості населення.

2. Упродовж останніх років у структурі джерел фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні спостерігається тенденція до зменшення питомої ваги

бюджетних коштів. Зазначена динаміка насамперед пов'язана зі зростанням обсягів витрат домогосподарств і суб'єктів господарювання на задоволення потреб у медичній допомозі та медичних послугах. Негативним наслідком такої трансформації стало істотне збільшення витрат населення на придбання лікарських засобів і виробів медичного призначення. Це, у свою чергу, зумовлено неспроможністю державних і комунальних закладів охорони здоров'я забезпечити належний обсяг і якість медикаментозного забезпечення в межах бюджетного фінансування.

3. Комплексний аналіз механізмів планування та фінансування державного сектору охорони здоров'я в Україні дає змогу виокремити низку невирішених, системних проблем, серед яких:

1. чинна формульна методика, що використовується для планування видатків на охорону здоров'я з місцевих бюджетів, є недосконалою та потребує суттєвого оновлення і наукового доопрацювання. Вона не враховує цілий ряд важливих факторів, які визначають обсяги витрат, а саме: рівень захворюваності, смертності, інвалідизації населення відповідної адміністративно-територіальної одиниці, а також екологічний стан території. Крім того, фінансові нормативи бюджетної забезпеченості, на яких базується чинна формула розподілу коштів, не мають належного наукового підґрунтя і не відображають реальних потреб медичних закладів;

2. упродовж останніх років різко посилилася роль **державного бюджету** в структурі зведеного бюджету при фінансуванні потреб галузі охорони здоров'я, тоді як темпи зростання асигнувань із місцевих бюджетів істотно уповільнилися. Основними чинниками такої тенденції є законодавчі зміни, запроваджені Бюджетним кодексом України щодо розмежування видатків між різними рівнями бюджетної системи; існування розгалуженої мережі відомчих закладів охорони здоров'я, кількість яких істотно зросла; збільшення обсягів спеціального фонду державного бюджету, а також ширші можливості державних закладів охорони здоров'я провадити некомерційну діяльність і формувати власні надходження;

3. фінансове планування на мікрорівні, тобто на рівні окремого закладу охорони здоров'я, яке має на меті визначення потреби в грошових коштах на відповідний період, є недосконалим і, по суті, часто формальним. Це зумовлено тим,

що обсяги коштів, які фактично виділяються з бюджетів різних рівнів, майже не корелюють із розрахунковими показниками, сформованими самим закладом, а визначаються переважно централізовано, «згори»;

4. некомерційна діяльність закладів охорони здоров'я не забезпечує істотного приросту їхніх доходів, оскільки надання платних послуг вимагає наявності розвиненої матеріально-технічної бази, сучасного обладнання та залучення додаткових інвестицій. Унаслідок цього потенціал такого виду діяльності реалізується лише частково й не може стати вагомим компенсаторним джерелом фінансування;

5. проблема звільнення бюджетних закладів охорони здоров'я від оподаткування досі остаточно не розв'язана. Ці установи продовжують сплачувати окремі види податків у зв'язку зі здійсненням некомерційної діяльності, що додатково обтяжує їх фінансовий стан. Крім того, залишається невирішеним завдання розроблення ефективної, економічно обґрунтованої методики ціноутворення в державному секторі охорони здоров'я, що ускладнює формування прозорих і справедливих тарифів на платні медичні послуги;

6. тендерний порядок закупівлі товарів, робіт і послуг за державні кошти потребує суттєвого вдосконалення, оскільки в його нинішньому вигляді він не в повній мірі забезпечує ефективність, прозорість і раціональність використання бюджетних ресурсів у сфері охорони здоров'я та нерідко створює додаткові організаційні й фінансові ризики для медичних закладів.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Модель модернізації фінансового забезпечення державних закладів охорони здоров'я.

На сучасному етапі розвитку економічних відносин ключовою проблемою, що стримує подальше ефективне функціонування вітчизняної системи охорони здоров'я, залишається відсутність **єдиної, науково обґрунтованої концепції її фінансового забезпечення**. Попри те, що уряд здійснив низку спроб законодавчого врегулювання цього питання, сформулював певні напрями модернізації фінансування та окреслив перспективи розвитку галузі, практична реалізація проголошених намірів досі не досягла очікуваних результатів і значна частина запланованих реформ лишається невпровадженою.

Наявна нормативно-правова база, що регулює економічні відносини у сфері охорони здоров'я, усе ще має переважно декларативний характер і часто виявляється неузгодженою. У державі фактично відсутня чітко вибудована, поетапна та концептуально обґрунтована система комплексних заходів, здатна забезпечити вибір оптимальної моделі фінансування, яка б відповідала стратегічним пріоритетам державної політики в галузі охорони здоров'я та гарантувала належне забезпечення встановленого законодавством обсягу медичної допомоги.

На наш погляд, одним із першочергових завдань держави має стати **чітке визначення реальних соціальних гарантій у сфері охорони здоров'я**, тобто того обсягу медичних послуг, який може бути профінансований виключно за рахунок бюджетних ресурсів, а також тих послуг, фінансування яких варто покласти на механізми обов'язкового медичного страхування чи на інші джерела. Запровадження ефективної системи багатоканального фінансування має розв'язати одну з найдавніших проблем державної системи охорони здоров'я – **хронічну незбалансованість між задекларованими гарантіями та реальними фінансовими можливостями держави**.

У цьому контексті пропонується модель фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я України (табл. 3.1), яку можна вважати оптимальною з огляду на сучасні економічні умови. Вона передбачає структурований підхід до розмежування джерел фінансування та їхню адаптацію до різних рівнів медичної допомоги і потреб населення.

Для створення реальних умов, що забезпечували б виконання державою соціальних гарантій у сфері охорони здоров'я та повноцінне фінансування гарантованого обсягу медичного обслуговування, пропонується розробити дві окремі програми — державного і місцевого рівнів. Кожна програма має являти собою офіційно затверджений, чітко окреслений і законодавчо визначений перелік медичних і немедичних послуг, які надаються громадянам у закладах державної та комунальної форми власності **безоплатно**, тобто за рахунок коштів відповідного бюджету та фінансування, що надходитиме в межах системи обов'язкового медичного страхування, включно з фармацевтичною допомогою.

Запровадження такого підходу дозволить формувати більш прозору, економічно обґрунтовану систему фінансового забезпечення, сприятиме підвищенню якості та доступності медичних послуг, а також забезпечить реалістичність і стійкість механізмів фінансування в межах державної політики у сфері охорони здоров'я.

Таблиця 3.1

Модель фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я в Україні

Основні джерела фінансування	Назва джерел фінансування	Напрями витрачання коштів
	Кошти державного бюджету та обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги	Фінансування гарантованого обсягу медичного обслуговування, встановленого Загальнодержавною програмою медичного обслуговування
	Кошти місцевих бюджетів України та обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги	Фінансування гарантованого обсягу медичного обслуговування, визначеного Територіальною програмою медичного обслуговування

Додаткові джерела фінансування	Кошти фізичних і юридичних осіб	Плата за медичні послуги, що надають державні і комунальні заклади охорони здоров'я понад гарантований обсяг медичного обслуговування, визначений відповідними програмами. Плата за медичні послуги, що надають приватні медичні заклади
	Кошти добровільного медичного страхування	Оплата медичних послуг, що надають згідно з договорами добровільного медичного страхування

Детальний аналіз механізму обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги подано у третьому підрозділі цього розділу, однак для повноти логіки викладу необхідно підкреслити, що саме цей інструмент має стати ключовою ланкою у формуванні нової системи фінансового забезпечення медичної галузі.

Програми надання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги повинні чітко визначати структуру, обсяг та зміст тих послуг, що фінансуватимуться з бюджетів різних рівнів і системи обов'язкового медичного страхування. До основних елементів таких програм необхідно віднести:

1. обсяг стаціонарної медичної допомоги, що включає перелік медичних послуг та захворювань, тривалість перебування пацієнта на стаціонарному лікуванні, а також інші параметри, що визначають необхідні витрати;
2. обсяг амбулаторно-поліклінічної допомоги із визначенням видів процедур, переліку медичних втручань та орієнтовної кількості відвідувань протягом року;
3. обсяг стоматологічної допомоги, що гарантується населенню;
4. обсяг санаторно-курортної допомоги як елементу відновлювального лікування;
5. обсяг долікарської медичної допомоги, що надається жителям сільської місцевості, де доступність медичних установ є обмеженою;

6. обсяг медикаментозного забезпечення відповідно до визначених державою стандартів;

7. перелік немедичних послуг, включаючи гарантований набір продуктів харчування, окремі види сервісного обслуговування та інші послуги, що належать до соціальних гарантій.

Загальнодержавна програма медичного обслуговування має визначати перелік і обсяг високоспеціалізованої амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги, а також інших медичних послуг, які гарантуються громадянам у випадку звернення до державного закладу охорони здоров'я. Основне фінансування цієї програми необхідно здійснювати з Державного бюджету України згідно з положеннями Бюджетного кодексу, тоді як кошти, акумульовані в системі обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги, повинні спрямовуватися виключно на медикаментозне забезпечення в межах гарантованого пакета.

Територіальна програма медичного обслуговування, у свою чергу, розробляється органами місцевого самоврядування і фінансується за рахунок місцевих бюджетів та системи обов'язкового медичного страхування. Її головною метою є забезпечення гарантованого рівня первинної медико-санітарної та вторинної спеціалізованої допомоги для населення у комунальних медичних закладах. Механізм закупівлі медикаментів у межах цієї програми також має базуватися на коштах ОМСФД, що дасть змогу забезпечити більшу фінансову стабільність та прогнозованість витрат.

Органам місцевого самоврядування доцільно надати **певну автономію** у визначенні переліку гарантованих послуг, однак за обов'язкової умови дотримання загальнодержавних нормативів. Для підсилення дохідної частини місцевих бюджетів може бути застосована практика запровадження **місцевих обов'язкових медичних зборів**, що широко використовується у низці країн. За рахунок таких платежів часто утримують муніципальні заклади охорони здоров'я та фінансують територіальні медичні програми, передусім профілактичного спрямування. До можливих видів таких зборів можна віднести:

- збір на профілактику та вакцинацію дітей від захворювань, які не охоплені загальнодержавною програмою щеплень (наприклад, вакцинація проти грипу);
- збір на оздоровлення школярів, що включає профілактичні огляди, стоматологічну

допомогу, забезпечення вітамінними препаратами;
– збір на утримання місцевих медичних центрів, консультативних або оздоровчих установ.

Медичні послуги, що надаються у державних і комунальних медичних закладах у понад визначений програмами обсяг, мають залишатися платними для населення. Це передбачає необхідність перегляду та оптимізації чинного переліку платних медичних послуг, дозволених до надання закладами охорони здоров'я державної та комунальної форм власності.

Узагальнюючи викладене, можна стверджувати, що для забезпечення належного фінансування гарантованого обсягу медичного обслуговування слід запровадити модель модернізації фінансового забезпечення державних закладів охорони здоров'я (табл. 3.2).

На відміну від законодавчо визначеної Концепції розвитку охорони здоров'я в Україні, запропонована модель має комплексний характер і пропонує системний підхід до вирішення проблем фінансового забезпечення галузі. Її стратегічним завданням є розроблення загальнодержавної та територіальної програм гарантованого обсягу медичного обслуговування, тобто визначення чітких переліків і вартості медичних послуг, які надаються населенню безкоштовно у державних і комунальних закладах. Наступним ключовим елементом реформи є запровадження обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги, що має стати фінансовою основою забезпечення населення необхідними медикаментами в межах гарантованих державою соціальних стандартів.

Таблиця 3.2

Модель модернізації фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я в Україні

I. Організація системи обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги. Прийняття закону про обов'язкове медичне страхування фармацевтичної допомоги	⇒ стане початковим етапом до запровадження повноцінної системи обов'язкового медичного страхування; ⇒ поліпшення фінансового стану державних і комунальних закладів охорони здоров'я; ⇒ підвищення якості і доступності гарантованого обсягу медичного обслуговування в частині медикаментозного забезпечення.
II. Розробка і впровадження Загальнодержавної і Територіальної програм гарантованого обсягу медичного обслуговування.	⇒ встановлення переліку і вартості медичних послуг, що належать до гарантованого обсягу медичного обслуговування, і які надають у державних та комунальних медичних закладах безкоштовно.
III. Розширення і оптимізація переліку платних послуг, що надають у державному секторі охорони здоров'я	⇒ активізація некомерційної діяльності державних і комунальних закладів охорони здоров'я; ⇒ підвищення обсягів власних надходжень медичних установ.
IV. Розробка методичних рекомендацій щодо визначення цін на медичні послуги в державній системі охорони здоров'я.	⇒ уніфікація процесу ціноутворення в державних і комунальних медичних закладах та усунення розбіжностей у формуванні ціни на платні медичні послуги.

V. Реформування системи оплати праці медичних працівників, шляхом запровадження на додаток до покладного гонорарного методу оплати праці. Для вирішення цього завдання доцільно: – розробити шкалу гонорарів, де передбачити перелік медичних послуг, за які медичним працівникам нараховуватимуть гонорари (за виписку рецептів, виклик лікаря до хворого тощо); – визначити умови та механізм виплати гонорару.	⇒ часткове вирішення проблеми низької оплати праці в державній системі охорони здоров'я; ⇒ стимулювання лікарів до надання високоякісного медичного обслуговування.
VI. Реформування системи фінансування стаціонарної, поліклінічної та швидкої допомоги шляхом впровадження методу глобального бюджету, суть якого – в отриманні лікарнею фіксованого річного обсягу бюджетного фінансування під узгоджений обсяг послуг і робіт.	⇒ позбавлення жорсткої постатейної регламентації і надання можливостей для вільного маневру фінансовими ресурсами; ⇒ стимулювання закладів до оптимізації обсягів і структури медичної допомоги; ⇒ пошук ефективніших способів витрачання грошових коштів.
VII. Запровадження подушового методу фінансування діяльності лікарів загальної практики (сімейних лікарів), при якому витрати на медичне обслуговування залежать від чисельності пацієнтів, зареєстрованих на постійній основі у сімейного лікаря. Можливий варіант використання змішаної моделі фінансування: 25–30% – фіксована заробітна плата, 55–60% – подушна оплата, 10–15% – гонорари.	⇒ сума витрат на медичне обслуговування є передбачуваною, ⇒ зниження рівня захворюваності, оскільки лікарі не будуть зацікавлені у зростанні кількості відвідувань і приділятимуть більше уваги профілактиці; ⇒ низькі адміністративні витрати.

VIII. Удосконалення формульного порядку розрахунку обсягів видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я:

1) визначення фінансових нормативів бюджетної забезпеченості на охорону здоров'я на основі науково обґрунтованих обсягів реальної потреби у фінансових ресурсах медичних закладів;

⇒ підвищення ролі планування фінансово-господарської діяльності на мікрорівні і сприятиме об'єктивнішому визначенню потреби у фінансових ресурсах;

2) використання коригувальних коефіцієнтів, що враховують диференціацію рівня витрат місцевих бюджетів залежно від рівня захворюваності, смертності, інвалідності, особливості розташування мережі закладів охорони здоров'я;

⇒ сприяння справедливішому розподілу бюджетних коштів на охорону здоров'я між місцевими бюджетами однотипних адміністративно-територіальних одиниць.

3) запровадження коригувального екологічного коефіцієнта, що при розподілі видатків із місцевих бюджетів, враховує екологічну ситуацію в регіоні.

IX. Розширення масштабів місцевого оподаткування:

1) запровадження місцевих податків і зборів на товари й послуги, які негативно впливають на здоров'я громадян (збір за торгівлю алкогольними напоями на розлив у ресторанах, барах, кафе та інших торговельних організаціях; плата за дозвіл на проведення комп'ютерних ігор для дітей до 16 років; збір за використання біодобавок і стабілізаторів у харчових продуктах; збір із реклами товарів, що шкідливо впливають на здоров'я людини тощо);

⇒ поповнення дохідної частини місцевих бюджетів;

2) запровадження обов'язкових цільових медичних зборів (збір на профілактику і вакцинацію дітей; збір на оздоровлення школярів; на утримання оздоровчих чи консультаційних медичних центрів тощо).

⇒ збільшення суми видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я;

⇒ підвищення якості медичного обслуговування на місцевому рівні.

Х. Впорядкування податкового законодавства і звільнення державних та комунальних закладів охорони здоров'я від оподаткування (доходів, отримані від здачі в оренду приміщень, від сплати податку на землю в окремих випадках, від сплати ПДВ за деякі види медичних послуг тощо).	від ⇒ збільшення суми власних надходжень бюджетних медичних установ.
ХІ. Удосконалення системи закупівлі товарів, робіт і послуг за рахунок державних коштів.	⇒ економніше і раціональніше витрачання бюджетних коштів у закладах державної системи охорони здоров'я.
ХІІ. Запровадження принципів аутсорсингу, тобто делегування медичними закладами окремих обов'язків, не пов'язаних з лікувально-профілактичною діяльністю (прибирання приміщень, території, приготування їжі, антисептичне прибирання тощо) іншим фірмам.	⇒ економія коштів на технічному забезпеченні функціонування медичних закладів, оскільки оплачуються тільки вартість послуг, а не витрачаються кошти на утримання працівників та підрозділів, які виконують даний обсяг роботи.
ХІІІ. У законодавчому порядку визначення умов здійснення лізингу медичного устаткування для державних і комунальних закладів охорони здоров'я.	⇒ часткове вирішення проблеми модернізації і відтворення активної частини основних фондів; ⇒ використання сучасного медичного обладнання і підвищення якості медичного обслуговування; ⇒ зменшення фінансового навантаження на бюджет, оскільки сучасна медична техніка та обладнання є дорого вартісними продуктами і швидко морально зношуються.

Детальніше зупинимося на окремих положеннях запропонованої моделі. Порівняльний аналіз методів фінансування первинної медичної допомоги в країнах, де функціонує бюджетна система охорони здоров'я, засвідчив, що оплата послуг лікарів загальної практики здійснюється, як правило, за гонорарним методом (оплата за кожну окрему послугу: відвідування, виписування рецептів, призначення та проведення діагностичних досліджень, процедур тощо) і/або за подушовим методом (у розрахунку на одного прикріпленого жителя). Крім того, важливе місце займають бюджетні субсидії. В українських умовах для фінансування первинної медико-санітарної допомоги доцільно застосовувати комбінований підхід, поєднуючи гонорарний, подушовий і поокладний (на основі фіксованої заробітної плати) методи оплати.

Практика Великобританії демонструє такі орієнтовні пропорції розподілу доходів лікарів: 25–30% становить фіксована заробітна плата, 55–60% — подушова оплата, величина якої залежить від обсягу лікарської практики, а решта 10–15% припадає на гонорари за окремі послуги [94, с. 109].

Сутність подушового фінансування полягає в тому, що витрати на первинну медико-санітарну допомогу залежать від чисельності пацієнтів, які на постійній основі зареєстровані у конкретного сімейного лікаря або групи лікарів загальної практики. Подушовий норматив може диференціюватися, зокрема, його доцільно встановлювати вищим для дітей, осіб похилого віку, малозабезпечених верств населення тощо. За такого підходу загальний обсяг витрат є достатньо передбачуваним і, як правило, не зростає надмірно, оскільки лікарі не зацікавлені у «накручуванні» кількості відвідувань і більше уваги приділяють профілактиці. Адміністративні витрати при цьому залишаються відносно низькими, а вартість лікування не прив'язується безпосередньо до вартості окремих медичних послуг. Основним недоліком є те, що оплата за пацієнта здійснюється лікарю незалежно від частоти звернень: як тоді, коли пацієнт хворіє часто, так і тоді, коли хворіє рідко. Відповідно, фінансова зацікавленість у реальному поліпшенні стану здоров'я може виявитися недостатньою.

Для впровадження системи гонорарної оплати необхідно на законодавчому рівні надати пацієнтам право оплачувати окремі послуги лікаря, а також розробити й затвердити єдину методику розрахунку вартості медичних послуг та створити уніфіковану шкалу гонорарів за кожен вид послуги. Додатково слід удосконалити механізм грошових розрахунків між бюджетними закладами охорони здоров'я та їхніми пацієнтами. Оплата за лікування має здійснюватися переважно у безготівковій формі або через касу медичного закладу з використанням касових апаратів та інших офіційних інструментів. Запровадження такого методу покликане стимулювати конкуренцію між надавачами медичних послуг, підвищити прозорість розрахунків і, зрештою, сприяти зростанню ефективності медичного обслуговування.

Зарубіжний досвід свідчить, що фінансування стаціонарної допомоги може здійснюватися за двома основними підходами — перспективним (система попередньої оплати) та компенсаційним (ретроспективна оплата за фактичними витратами).

У рамках ретроспективної оплати фінансування стаціонарів здійснюють, зокрема, за допомогою таких методів:

- за фактичним числом ліжко-днів. Цей підхід вирізняється простотою розрахунків, проте має виразний затратний характер, адже стимулює подовження термінів госпіталізації, збільшення кількості ліжко-днів і загалом орієнтує діяльність закладу на екстенсивний розвиток. Найширше цей спосіб застосовується у постсоціалістичних країнах. У сучасних умовах можливі його модифікації, зокрема за досвідом Фінляндії;

- за числом закінчених випадків стаціонарного лікування за тарифами. У цьому разі тарифи можуть розраховуватись за клініко-статистичними групами (КСГ) — як це практикується у США, або за медико-економічними стандартами (МЕС) — модифікованим варіантом методу КСГ, розробленим російськими дослідниками. Перевага оплати за закінчений випадок полягає у прагненні стаціонарів скорочувати тривалість госпіталізації, обмежувати собівартість медичного обслуговування та постійно аналізувати й контролювати витрати. Серед недоліків виокремлюють

складність тарифних розрахунків через велику кількість груп і показників, відсутність чіткого зв'язку між витратами й кінцевими результатами лікування (станом здоров'я пацієнта), а також певну непередбачуваність загальних витрат [94, с. 96].

У більшості країн світу переважає перспективна система фінансування стаціонарної допомоги, яка базується на відшкодуванні не фактичного, а попередньо узгодженого з лікарнею обсягу медичної допомоги. Серед методів попередньої оплати найпоширенішим є метод глобального бюджету, сутність якого полягає в тому, що лікарні надається фіксований річний бюджет під погоджений обсяг робіт. Обсяг фінансування в цьому разі не залежить безпосередньо від кількості ліжок, а стаціонар отримує достатньо широкий простір для маневрування ресурсами за умови обґрунтованості госпіталізацій. Такий метод вважають одним із найприйнятніших для реформування системи фінансування стаціонарів в Україні, оскільки він стимулює оптимізацію обсягів і структури стаціонарної допомоги та заохочує пошук ефективніших способів використання бюджетних коштів.

Для досягнення економнішого та раціональнішого використання бюджетних ресурсів у системі охорони здоров'я доцільно також удосконалити механізми тендерних закупівель. У цьому контексті пропонуються такі заходи щодо організації тендерних відносин у діяльності бюджетних медичних закладів:

1. створити у державних і комунальних закладах охорони здоров'я спеціалізовані відділи маркетингу або запровадити посаду маркетолога, відповідального за моніторинг ринку фармацевтичної продукції та розроблення обґрунтованих рекомендацій щодо закупівлі медикаментів і виробів медичного призначення;

2. максимально усунути суб'єктивні чинники під час прийняття рішень про закупівлі, застосовуючи для цього оптимізаційні економіко-математичні моделі та інші формалізовані розрахункові інструменти. Зокрема, пропонується економіко-математична модель оптимізації витрат лікувально-профілактичного закладу на закупівлю медикаментів і виробів медичного призначення. Така модель дає можливість, за заданого обсягу потреби в лікарських засобах, визначити оптимально

можливу суму витрат із урахуванням вимог законодавства щодо тендерної процедури закупівель за державні кошти. При цьому враховується не лише ціновий показник, а й критерії, що характеризують якість продукції виробника та показники діяльності постачальників на ринку фармацевтичних послуг.

а) Постановка задачі.

Лікувально-профілактичний заклад планує закупити певний обсяг медикаментів (або виробів медичного призначення), перелік яких включає m найменувань. На ринку діє n фірм-виробників фармацевтичної продукції та k фірм-дистриб'юторів, які здійснюють її реалізацію. Мета закладу — мінімізувати суму грошових коштів, що витрачаються на закупівлю медикаментів (виробів медичного призначення), з урахуванням рейтингових характеристик фірм-виробників.

Для побудови формалізованої моделі введемо такі позначення:

- i — індекс виду медикаментів (виробів медичного призначення), $i=1, \dots, m$;
- j — індекс фірми-виробника фармацевтичної продукції, $j=1, \dots, n$;
- u — індекс фірми-дистриб'ютора, $u=1, \dots, k$;
- c_{iju} — ціна i -го виду медикаментів (виробів медичного призначення) j -го виробника, придбаного у u -го дистриб'ютора;
- x_{iju} — кількість одиниць i -го виду медикаментів (виробів медичного призначення) j -го виробника, яку лікувально-профілактичний заклад закуповує у u -го дистриб'ютора;
- r_j — рейтингова оцінка j -ї фірми-виробника;
- Q_i — планова потреба лікувально-профілактичного закладу в i -му виді медикаментів (виробів медичного призначення).

З урахуванням наведених позначень математична модель оптимізації витрат лікувально-профілактичного закладу на закупівлю медикаментів і виробів медичного призначення матиме такий вигляд.

Мінімізувати суму фінансових ресурсів, необхідних для закупівлі:

$$Z = \sum_{i=1}^m \sum_{j=1}^n \sum_{u=1}^k c_{ijux_{iju}} \rightarrow \min_{f_0} Z = \sum_{i=1}^m \sum_{j=1}^n \sum_{u=1}^k c_{ijux_{iju}} \rightarrow \min$$

за умови дотримання таких обмежень:

1. **Забезпечення потреби в лікарських засобах у необхідному обсязі:**

$$\sum_{j=1}^n \sum_{u=1}^k x_{iju} = Q_i, i=1, \dots, m; \sum_{j=1}^n \sum_{u=1}^k x_{iju} = Q_i, i=1, \dots, m;$$

2. **Дотримання встановленого рівня рейтингової оцінки:**

$$\sum_{j=1}^n \sum_{u=1}^k x_{ijuf_j} \sum_{j=1}^n \sum_{u=1}^k x_{iju} \geq b_i, i=1, \dots, m, \frac{\sum_{j=1}^n \sum_{u=1}^k x_{ijuf_j}}{\sum_{j=1}^n \sum_{u=1}^k x_{iju}} \geq b_i, \quad i = 1, \dots, m, \sum_{j=1}^n \sum_{u=1}^k x_{iju} \sum_{j=1}^n \sum_{u=1}^k x_{ijuf_j} \geq b_i, i=1, \dots, m,$$

де b_i — нижня межа рейтингової оцінки для i -го виду лікарських засобів (виробів медичного призначення), що встановлюється менеджером лікувально-профілактичного закладу;

3. **Умова невід'ємності та цілочислового характеру змінних:**

$$x_{iju} \geq 0, x_{iju} \in \mathbb{Z}, x_{iju} \geq 0, \quad x_{iju} \in \mathbb{Z},$$

тобто всі змінні мають бути невід'ємними цілими величинами.

б) Підготовка вхідних даних.

Вхідні дані для зазначеної моделі доцільно структурувати у вигляді кількох блоків.

Блок 1. Показники рейтингової оцінки виробників і продавців лікарських засобів.

Рейтингову оцінку компаній-виробників і фірм-дистриб'юторів лікарських засобів та виробів медичного призначення можна визначати на основі результатів дослідження «ФармЕксперт» — єдиного в Україні фармацевтичного рейтингу, що проводиться методом опитування експертів (працівників аптек, центрів закупівлі, дистриб'юторських компаній, виробників). «ФармЕксперт» об'єднує три рейтинги: «Погляд з аптеки», «Експертний профіль», «Програма партнерства». У нашому випадку найбільш доцільно використовувати результати рейтингу «Погляд з аптеки», оскільки перелік критеріїв, за якими визначають кращі компанії-виробники та дистриб'ютори лікарських препаратів, є найбільш повним. При закупівлі виробів

медичного призначення слід застосовувати рейтингову оцінку фірм, що спеціалізуються на виробництві відповідної продукції.

Рейтингова оцінка виробників лікарських засобів формується на основі таких критеріїв, як: якість продукції; цінова привабливість або гнучкість цінової політики; популярність продукції серед споживачів; авторитет продукції серед медичних спеціалістів; широта асортименту та частота його оновлення; рівень рекламної підтримки.

Рейтинг фірм-дистриб'юторів визначається, зокрема, за такими показниками: рівень цін; повнота асортименту; якість поставок та оформлення супровідної документації; швидкість доставки; умови відстрочення платежу та знижки при передоплаті; зручність форм здійснення замовлення тощо. Необхідні для моделювання дані, отримані в результаті рейтингового дослідження «ФармЕксперт», наведено в табл. 3.3.

Таблиця 3.3.

Показники рейтингової оцінки виробників і продавців лікарських засобів в Україні у 2017 році

Рейтингова оцінка виробників лікарських засобів								Рейтингова оцінка продавців лікарських засобів						
Дарниця	Фармак	Біофарма	Біолек	Галич фарм	ОЗ ГНЦЛС	Здоров'я	БелмедПрепарати	Альба-Україна	ВВС-ЛТД	Артур-К	Фармація-2000	ОК "Дарниця"	Фармако	Протек-Фарма
100	43	25	25	25	25	67	25	72	79	35	19	23	19	20

Блок 2. Плановий обсяг закупівлі медикаментів (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Перелік і плановий обсяг закупівлі медикаментів (дані умовні)

Показники	Планова потреба, тис. шт.
Атропін р-н д/ін. 0,1% ампл. 1мл №10	340
Гепарин р-н д/ін. 5000 МЕ/мл фл 5мл №5	410
Дімедрол р-н д/ін. 1% ампл. 1мл №10	750
Дітілін р-н д/ін. 2% ампл. 5 мл №10	350
Кетамін р-н д/ін. 5% ампл. 2 мл №10	400

Окситоцин р-н д/ін. 5МЕ 1мл №10	500
Кальцію глюконат р-н д/ін. 10% амп.10мл №10	700
Натрію хлорид р-н д/ін. 0,9% 5мл №10	800
Фуросемід р-н д/ін. 1% амп 2мл №10	600
Кальцію хлорид р-н д/ін. 10% амп. 5мл №10	500

Блок. 3. *Масив цін на медикаменти, які пропонуються на вітчизняному фармацевтичному ринку* . Інформацію про ціни взято із прайсів журналу "Аптека". При виборі цін на ліки враховано вимоги Закону України "Про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти", у якому зазначено, що питома вага цінового критерію при оцінці тендерних пропозицій не може бути нижчою 70%. Загалом, відомо такі критерії даної оцінки: найнижча ціна; строк поставки

(виконання); якість та функціональні характеристики, екологічна чистота; післяпродажне обслуговування; умови розрахунків тощо.

в) знаходження розв'язків:

Виконано розрахунки за допомогою EXCEL і його програмного додатку „Поиск решения”. Представимо знайдений оптимальний розв'язок даної задачі у табличній формі (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

Результат задачі оптимізації витрат по закупівлі медикаментів

Показники	Фірма-виробник	Дистриб'ютер	Обсяг придбаних медикаментів	Ціна медикаменту (грн./шт.)	Вартість закупівлі (грн.)
Атропін р-н д/ін. 0,1% амп. 1мл №10	Дарниця	Альба-Україна	78	1,85	605,42
	ОЗ ГНЦЛС	Фармація-2000	262	1,76	
Гепарин р-н д/ін. 5000 МЕ/мл фл 5мл №5	Белмедпре-парати	Альба-Україна	410	12,03	4932,3
Дімедрол р-н д/ін. 1% амп. 1мл №10	Біофарма	Фармація-2000	446	1,06	810,2
	Здоровье	Протек-Фарма	304	1,11	
Дітілін р-н д/ін. 2% амп. 5 мл №10	Дарниця	Альба-Україна	80	7,4	2320
	Біолек	Фармако	270	6,4	
Кетамін р-н д/ін. 5% амп. 2 мл №10	Фармак	Фармація-2000	400	9,93	3972
Окситоцин р-н д/ін. 5МЕ 1мл №10	Біолек	ВВС-ЛТД	500	3,16	1580
Кальцію глюконат р-нд/ін. 10% амп. 10мл №10	Дарниця	Артур-К	700	8,02	5614
Натрію хлорид р-н д/ін. 0,9% 5мл №10	Дарниця	Артур-К	182	1,8	1279,32
	Белмедпре-парати	Альба-Україна	618	1,54	
Фуросемід р-н д/ін. 1% амп 2мл №10	Дарниця	ВВС-ЛТД	136	1,45	800,4
	ОЗ ГНЦЛС	ОК „Дарниця”	464	1,3	
Кальцію хлорид р-н д/ін. 10% амп. 5мл №10	Дарниця	ВВС-ЛТД	114	3,39	1413,22
	Біолек	ВВС-ЛТД	386	2,66	

г) аналіз отриманих результатів;

Мінімальні сумарні витрати лікувально-профілактичного закладу на закупівлю медикаментів, згідно з проведеними розрахунками, становлять 23326,86 грн.

Отже, наведені результати свідчать, що закупівля лікарських засобів здійснюється не лише з урахуванням критерію мінімальної ціни, а й з позиції забезпечення належного рівня якості продукції.

З метою зменшення фінансового навантаження на державний сектор охорони здоров'я та гарантування належного обсягу медичного обслуговування населення, який відповідав би задекларованим соціальним стандартам, необхідно реалізувати комплекс заходів, спрямованих на розвиток приватного сектору охорони здоров'я та підвищення доступності приватних медичних послуг для ширших верств населення. Пропонуємо такі основні напрями дій:

I. Розроблення державної концепції розвитку приватної системи охорони здоров'я.

Потрібно сформулювати цілісний стратегічний документ, який би визначав місце та роль приватної медицини у загальнонаціональній системі охорони здоров'я, окреслював механізми її інтеграції з державною системою, принципи регулювання, гарантії якості послуг та інструменти стимулювання інвестицій у цей сектор.

II. Удосконалення податкового законодавства у сфері охорони здоров'я шляхом внесення таких змін:

1. надати роботодавцям право включати витрати на добровільне медичне страхування найманих працівників до складу валових витрат при обчисленні податку на прибуток (Закон України «Про оподаткування прибутку підприємств»). З одного боку, це посилить матеріальну зацікавленість роботодавців у збереженні здоров'я персоналу, зменшенні рівня захворюваності та втрат робочого часу, а з іншого — сприятиме розширенню ринку послуг добровільного медичного страхування та збільшенню ролі страхових механізмів у фінансуванні охорони здоров'я;

2. надати фізичним особам можливість включати суми страхових внесків, сплачених за договорами добровільного медичного страхування, до податкового

кредиту при оподаткуванні податком на доходи фізичних осіб (Закон України «Про податок з доходів фізичних осіб»). Для цього необхідно законодавчо визначити максимально допустиму річну суму витрат на добровільне медичне страхування, яка включатиметься до податкового кредиту, а також встановити перелік пріоритетних видів страхових послуг, вартість яких може бути враховано при наданні податкових пільг. Такий крок сприятиме підвищенню популярності програм добровільного медичного страхування серед населення та частково компенсуватиме витрати громадян на страхування здоров'я;

3. запровадити більш сприятливий податковий режим для суб'єктів, які беруть активну участь у меценатстві та благодійній діяльності у сфері охорони здоров'я, а також займаються популяризацією здорового способу життя. Згідно із Законом України «Про оподаткування прибутку підприємств» до складу валових витрат дозволено включати кошти, спрямовані на благодійність, лише в межах 2–5% оподатковуваного прибутку за попередній рік, за винятком випадків передачі коштів або майна науковим, освітнім чи культурним установам для цільового використання на охорону культурної спадщини (до 10%). У низці західноєвропейських країн ситуація інша: там компаніям дозволено спрямовувати на меценатські цілі до 50% свого доходу. Додатковою перешкодою є те, що при перерахуванні благодійної допомоги фізичній особі або комерційній структурі благодійник не має права відносити такі витрати до складу валових, оскільки законодавство вимагає спрямування цих коштів виключно неприбутковим організаціям або благодійним фондам. У результаті благодійна діяльність у сфері охорони здоров'я фактично не стимулюється державою. Крім того, недовіра до благодійних фондів, відсутність прозорості та достовірної статистики використання їхніх коштів стримують ініціативи потенційних меценатів.

III. Формування сприятливого середовища для розвитку лізингових центрів, які надають медичне обладнання в оренду.

Йдеться про створення умов для активізації лізингових операцій у медичній сфері шляхом упровадження пільгового податкового режиму для лізингових компаній, запровадження знижених процентних ставок за банківськими кредитами, що спрямовуються на придбання медичного устаткування, а також розроблення

спеціальних програм підтримки оновлення матеріально-технічної бази медичних закладів.

IV. Прискорення процесів роздержавлення у сфері охорони здоров'я.

Необхідно активізувати процеси приватизації, корпоратизації та інших форм трансформації власності в медичній сфері, які нині гальмуються через недосконалість законодавчої бази та недостатній досвід держави у регулюванні таких процесів. Роздержавлення за умови належного контролю та збереження соціальних гарантій може стати одним із чинників залучення інвестицій, підвищення ефективності управління та якості послуг.

V. Упровадження механізму індивідуального «самострахування» громадян.

Пропонується запровадити для населення добровільний порядок регулярних відрахувань із заробітної плати, пенсії чи інших доходів на спеціальний банківський рахунок, кошти з якого можуть використовуватися виключно для оплати медичних послуг. Такий підхід, який можна розглядати як форму самострахування, дасть змогу зменшити ризик раптового суттєвого зниження доходів у випадку захворювання, а також знизити навантаження на сімейний бюджет. Аналогічна модель фінансування охорони здоров'я вже функціонує в Сінгапурі, де реалізується програма **Medisave**: усі працюючі громадяни щомісячно відраховують 6–8% заробітної плати на індивідуальний банківський рахунок, кошти з якого надалі використовують для оплати медичних послуг. Якщо витрати на лікування перевищують накопичену на рахунку суму, мінімальний гарантований обсяг медичної допомоги, передбачений законодавством, оплачується за рахунок держави. Водночас медичні послуги за цією програмою надаються лише у спеціально акредитованих медичних закладах, що працюють у рамках програми Medisave. Такий досвід видається доцільним для адаптації в Україні з урахуванням національних особливостей.

Узагальнюючи вищенаведене, можна стверджувати, що комплексне застосування запропонованих заходів, реалізація яких має відбуватися паралельно як у державному секторі охорони здоров'я, так і в приватному сегменті медичного обслуговування, створить передумови для формування більш ефективної моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я на сучасному етапі.

3.2. Медичне страхування у контексті модернізації фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні

Одним зі стратегічних напрямів поліпшення фінансового стану сфери охорони здоров'я в Україні та подолання хронічного дефіциту фінансових ресурсів є впровадження такого організаційно-економічного механізму, як обов'язкове медичне страхування. Реалізація концепції ОМС у національних умовах передбачає глибоке вивчення зарубіжної практики функціонування систем медичного страхування, а також ретельний аналіз особливостей вітчизняної системи фінансового забезпечення охорони здоров'я.

На поточному етапі розвитку галузі в Україні обов'язкове медичне страхування ще не запроваджено на загальнодержавному рівні. Протягом понад десяти років ведеться підготовча робота щодо створення та введення такої системи: сформовано законодавчу базу, яка проголошує право громадян на обов'язкове медичне страхування (Конституція України, Основи законодавства України про охорону здоров'я тощо), розроблено кілька проектів законів про обов'язкове медичне страхування, вивчено міжнародний досвід та прийнято рішення про проведення регіональних експериментів (Указ Президента України «Про проведення експерименту в м. Києві та Київській області по обов'язковому державному соціальному медичному страхуванню» від 14.11.2000 р. № 1223). Однак на практиці згаданий експеримент так і не був реалізований, а черговий законопроект продовжує перебувати на стадії очікування розгляду.

Дискусія щодо доцільності запровадження медичного страхування як додаткового джерела фінансового забезпечення потреб охорони здоров'я населення триває в українському суспільстві вже тривалий час. З огляду на критичний фінансовий стан галузі переважна більшість фахівців схиляється до необхідності впровадження ОМС. Такої позиції дотримуються провідні вітчизняні науковці в галузі економіки охорони здоров'я — В. Лехан, В. Войцехівський, Н. Лакіза-Сачук, В. Рудень, Н. Буркат, С. Загаєвський. Серед найважливіших аргументів на користь цієї системи вони виділяють відхід від залишкового принципу фінансування та цільовий характер формування страхових фондів. Передбачається, що акумуляція коштів у централізованому фонді медичного страхування з подальшим їхнім використанням виключно на потреби охорони здоров'я забезпечить більш стабільне

та повноцінне фінансування галузі. Водночас відокремлення функції фінансування від процесу надання медичної допомоги та поява незалежного фінансового посередника — страховика чи страхового фонду — мають сприяти посиленню конкуренції між медичними закладами та поліпшенню якості медичних послуг [94, с. 43].

Противники ідеї широкого впровадження страхової медицини висловлюють низку застережень. На їхню думку, наслідки економічної кризи 1990–1999 рр., яка суттєво підірвала фінансову основу національної економіки, не дають підстав очікувати значних надходжень до фондів медичного страхування, здатних кардинально змінити ситуацію в галузі. Вони також наголошують, що запровадження системи ОМС вимагатиме додаткових адміністративних витрат з боку державного бюджету, а для підприємств і організацій стане додатковим фіскальним тягарем. Це, у свою чергу, може негативно вплинути на конкурентоспроможність української продукції на світових ринках і посилити тенденції «тінізації» економіки. Місія Світового банку у сфері охорони здоров'я в Україні, очолювана провідним спеціалістом Томасом Палом, дійшла висновку, що в нинішніх умовах недоцільно запроваджувати закон про обов'язкове медичне страхування, оскільки через високий рівень оподаткування значна частина підприємств може перейти в тіньовий сектор.

Ще одним важливим аргументом, що стримує суспільну підтримку ідеї ОМС, є суперечливі результати реалізації страхової моделі в Росії. Запроваджена там система обов'язкового медичного страхування не виправдала покладених на неї сподівань, оскільки не змогла забезпечити кращі результати порівняно з попередньою бюджетною моделлю фінансування. Цей досвід має стати для України важливим попереджувальним прикладом при ухваленні рішень щодо впровадження обов'язкового медичного страхування. Водночас, незважаючи на зазначені застереження, на нашу думку, механізм ОМС необхідно впроваджувати, однак робити це слід зважено, поступово та з урахуванням можливостей економіки.

На основі критичного аналізу альтернативних законопроектів, у яких запропоновано різні організаційно-економічні підходи до впровадження ОМС, узагальнення зарубіжного досвіду та дослідження практики фінансування охорони

здоров'я, можна сформулювати власне бачення перспектив розвитку системи обов'язкового медичного страхування в Україні.

В умовах сучасного господарювання найбільш реалістичною та водночас перспективною ідеєю, яка може частково розв'язати проблему фінансового забезпечення соціальних гарантій у сфері охорони здоров'я, є впровадження обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги (ОМСФД). Відомо, що частка витрат на медикаменти у структурі загальної вартості лікування становить часто 30–40%, а подекуди й більше [94, с. 165]. До того ж в умовах хронічного дефіциту бюджетних ресурсів державні та комунальні медичні заклади значно скоротили обсяги закупівлі лікарських засобів і фактично переклали фінансування медикаментозного забезпечення на самих пацієнтів, що суттєво обтяжує їхні сімейні бюджети та порушує задекларовані права на гарантований рівень забезпечення ліками.

Суть ОМСФД полягає у формуванні за рахунок обов'язкових страхових внесків спеціального фонду, призначеного для забезпечення застрахованих осіб необхідними фармацевтичними засобами у разі настання страхового випадку. У цьому випадку страхове відшкодування набуває форми певного обсягу медикаментів, потрібних для лікування конкретної хвороби або групи захворювань. На думку фахівців, запровадження системи фармацевтичного страхування дасть змогу налагодити ефективний контроль за процесом надання фармацевтичної допомоги, раціональністю використання бюджетних та інших коштів, а також доцільністю призначення лікарських препаратів [109, с. 163].

В Україні тривають дослідження, спрямовані на розроблення моделі функціонування системи обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги. Концептуальну модель фармацевтичної допомоги запропоновано як складову частину ширшої моделі обов'язкового медичного страхування (додаток Ш).

Зі змісту зазначеного додатку випливає, що моделі медичної та фармацевтичної допомоги в рамках ОМС тісно пов'язані між собою, оскільки мають спільну стратегічну мету — забезпечення охорони здоров'я населення, однак водночас зберігають певну самостійність і можуть розвиватися відносно незалежно [109, с. 164].

На нашу думку, запровадження ОМСФД до введення повномасштабної системи ОМС в Україні є обґрунтованим із таких причин:

- по-перше, за нинішніх умов фінансово-економічного розвитку запуск повноцінної системи ОМС виглядає передчасним, оскільки ресурси, які можуть бути акумульовані у відповідних фондах, навряд чи дозволять профінансувати значний обсяг медичних послуг. Є ризик, що охорона здоров'я «поглине» додаткові кошти без відчутного покращення фінансового становища галузі, а ефект від запровадження ОМС буде мінімальним, що, своєю чергою, може послабити довіру населення до страхових механізмів. Натомість фармацевтичне страхування фокусує увагу на пріоритетній складовій витрат — медикаментозному забезпеченні та орієнтується на виконання першочергового завдання — фінансування соціально гарантованого рівня забезпечення населення лікарськими засобами;

- по-друге, цільове використання коштів, притаманне ОМСФД, сприяє раціональнішому витрачання фінансових ресурсів і спрощує процедури контролю. Крім того, з точки зору організаційного забезпечення система обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги, як правило, дешевша в адмініструванні, ніж повномасштабна система ОМС, що охоплює весь спектр медичних послуг.

Реалізація запропонованої моделі потребує розв'язання низки ключових завдань, зокрема:

- розроблення страхового каталогу (переліку лікарських засобів), вартість яких покриватиметься за рахунок коштів ОМСФД;

- визначення типу організаційної структури та механізмів управління фондом обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги;

- розроблення механізму фінансування соціально гарантованого переліку медикаментів, включно з питаннями розподілу витрат між бюджетом, страховим фондом та застрахованими особами.

Із 1990 р. фахівці Національної фармацевтичної академії України здійснюють науково-практичні дослідження, спрямовані на вивчення фармакотерапії найбільш поширених у країні захворювань — кардіологічного, онкологічного, гінекологічного профілів, цукрового діабету тощо. На основі цих досліджень розроблено спеціальні методики формування страхових переліків (основного та додаткового) за всіма

фармакотерапевтичними групами, а також методики розрахунку показників споживання лікарських засобів відповідно до стандартів фармацевтичної допомоги [109, с. 164]. Проте розроблені методичні рекомендації поки що не знайшли широкого практичного застосування.

Міжнародний досвід свідчить, що страхові переліки лікарських засобів можуть формуватися за принципом **позитивних** та **негативних** каталогів. Позитивний перелік містить повний список препаратів «від А до Я», вартість яких повністю або частково компенсується за рахунок коштів обов'язкового медичного страхування. Негативний перелік, навпаки, включає лише ті ліки, які не підлягають оплаті зі страхового фонду.

В умовах обмеженості фінансових ресурсів найбільш доцільним на першому етапі видається формування саме позитивного каталогу лікарських засобів, оплату яких держава гарантуватиме за рахунок коштів ОМС. Населення повинно мати чітке уявлення про той обсяг медикаментозного забезпечення, на який воно може розраховувати у разі виникнення загрози здоров'ю.

Розрахунок необхідних обсягів медикаментозного забезпечення потребує використання розгалуженої системи показників: статистичних даних щодо захворюваності та структури патологій; участі висококваліфікованих фахівців-медиків у розробці типових схем лікування — переліків препаратів, необхідних для терапії конкретних хвороб; результатів маркетингових досліджень фармацевтичного ринку тощо.

На першому етапі доцільно розробити нормативи медикаментозного забезпечення для лікування захворювань, які потребують **екстреної (невідкладної) хірургічної допомоги**, зокрема гострого апендициту, гострого холециститу, панкреатиту, проривної виразки шлунка та дванадцятипалої кишки тощо. На наш погляд, першочергове завдання полягає в тому, щоб захистити населення від фінансових ризиків, пов'язаних із захворюваннями, які безпосередньо загрожують життю та потребують негайного оперативного втручання. Показники, необхідні для обчислення вартості медикаментозного забезпечення екстреної хірургічної допомоги, зведено у табл. 3.9.

Загалом, обсяг витрат, необхідних для медикаментозного забезпечення екстреної хірургічної допомоги (Z), можна визначити за формулою:

$$Z=V_1 \times C_1 + V_2 \times C_2 + V_3 \times C_3 + \dots + V_n \times C_n, Z = V_1 \times C_1 + V_2 \times C_2 + V_3 \times C_3 + \dots + V_n \times C_n,$$

або в узагальненому вигляді:

$$Z = \sum_{i=1}^n V_i \times C_i, Z = \sum_{i=1}^n V_i \times C_i, Z = \sum_{i=1}^n V_i \times C_i,$$

де V_i — обсяг споживання i -го лікарського засобу, а C_i — його вартість одиниці.

Таблиця 3.9

Показники для розрахунку вартості медикаментозного забезпечення екстреної

хірургічної допомоги

Вид хвороби	Вартість типового рецепту, грн.	Кількість операцій, од.
X1	V1	C1
X2	V2	C2
X3	V3	C3
...	...	...
Xn	Vn	Cn

Основою для розрахунку було взято:

- розраховані в «Клініки професора О.М.Феськова» потреба і вартість медикаментів та виробів медичного призначення, необхідних для лікування тієї чи іншої хвороби.
- дані медичної статистики – у 2022 р.

У підсумку ми розрахували прогнозну суму грошових коштів, необхідних для медикаментозного забезпечення екстреної допомоги, – 133,4 млн. грн.

Запропонований підрахунок вартості медикаментозного забезпечення гарантованого рівня екстреної допомоги можна вважати лише відправною точкою для фінансово-економічного обґрунтування розміру фонду обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги і встановлення прогнозної суми витрат, необхідної для забезпечення соціально гарантованого рівня медикаментозної допомоги. У подальшому можна підрахувати за аналогією вартість фармацевтичного лікування за різними класами хвороб окремо для дітей чи дорослих тощо. 183

Організаційна структура системи ОМСФД має об'єднувати наступне коло учасників: страхувальники, застраховані особи, Фонд обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги, лікувально-профілактичні установи, аптеки.

Схематично механізм фінансових взаємовідносин між учасниками системи можна відобразити за допомогою рис. 3.1.

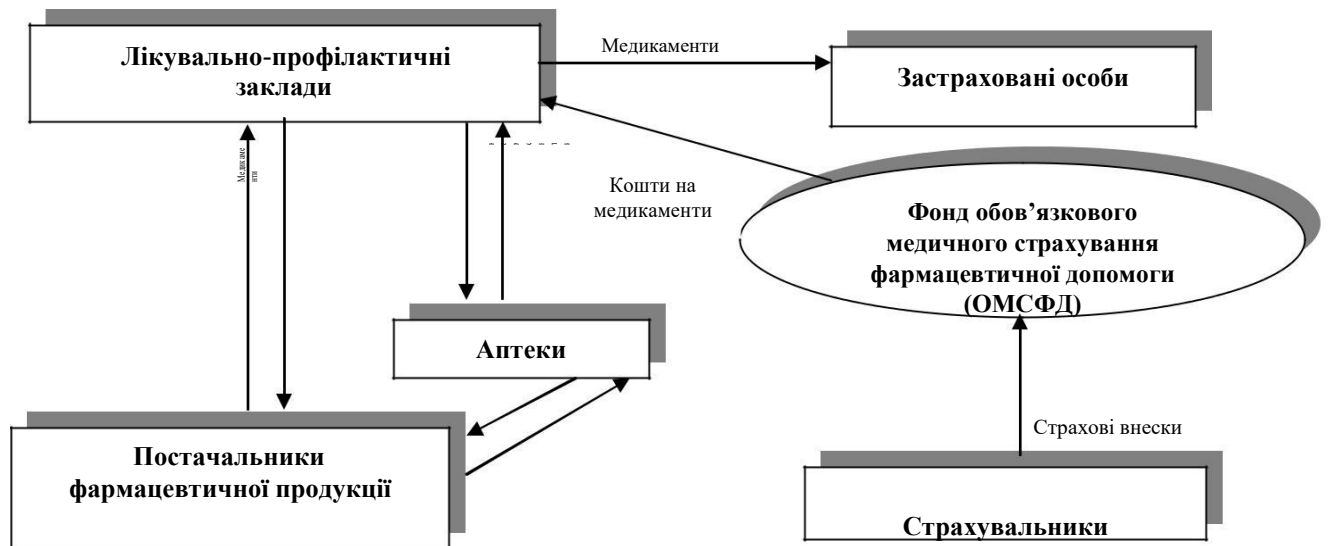


Рис. 3.1. Механізм фінансових взаємовідносин між учасниками в системі ОМСФД.

Як відображено на рис. 3.1, рух фінансових ресурсів у системі ОМСФД може здійснюватися в такій послідовності:

1. страхувальники перераховують страхові внески до фонду обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги;
2. фонд ОМСФД спрямовує акумульовані кошти до медичних закладів для фінансування медикаментозного лікування пацієнтів;
3. лікувально-профілактичні заклади, отримавши відповідні ресурси, можуть вибудовувати фінансові взаємовідносини як безпосередньо з виробниками та дистриб'юторами фармацевтичної продукції, так і через посередництво аптечних установ.

Управління фондом ОМСФД доцільно організувати на паритетних засадах, залучаючи до цього процесу державу, представників застрахованих осіб та

роботодавців. Відправною точкою для розробки відповідного механізму може слугувати стаття 16 законопроекту України «Про загальнообов’язкове державне соціальне медичне страхування» [115]. У зазначеній нормі, по суті, запропоновано вже відому в міжнародній практиці модель – створення некомерційної самоврядної організації, яка не має на меті отримання прибутку, здійснює управління системою обов’язкового медичного страхування, займається збором, акумулюванням та обліком страхових внесків, забезпечує своєчасне фінансування медичних послуг за ОМС і виконує інші функції, пов’язані з організацією та контролем. Витрати на виконання функцій фонду, а також на формування його матеріальної та інформаційної інфраструктури на початковому етапі доцільно покривати за рахунок коштів державного бюджету. Подібний підхід уже реалізовано в Україні у діяльності інших соціальних фондів, тож країна має певний практичний досвід функціонування подібних інституцій.

На нашу думку, на стартовій стадії запровадження ОМСФД в Україні найбільш ефективною є модель, за якої страхові внески акумулюються в єдиному цільовому фонді, що має статус некомерційної організації та працює під пильним наглядом держави. Залучення на цьому етапі до здійснення ОМС приватних страхових медичних компаній, на які окремі фахівці та представники влади покладають надію як на чинник посилення конкуренції та поліпшення якості медичного обслуговування, може спричинити негативні наслідки для застрахованих осіб. Орієнтуючись на максимізацію прибутку, такі організації, як показує міжнародний досвід, схильні уникати страхування осіб із підвищеним страховим ризиком (людей похилого віку, хронічно хворих тощо).

У низці пострадянських країн уже робили спроби сформувати систему ОМС, в якій ключові фінансові функції на початковому етапі були передані страхувальним медичним організаціям. Це призвело до зниження фінансової стійкості системи охорони здоров’я, ускладнення розрахунків і платежів, збільшення обсягу документообігу та виникнення численних зловживань. Надалі було прийнято рішення про створення окремих фондів медичного страхування, які мали акумулювати кошти, фінансувати заходи в межах ОМС, що реалізуються

страховими медичними організаціями, та контролювати цільове витрачання ресурсів. Унаслідок цього сформувалася громіздка, економічно неефективна та витратна структура, де страхові медичні організації фактично виконують роль касира, відповідального лише за доведення коштів ОМС до медичних закладів.

Польський досвід також підтверджує доцільність переходу до централізованої моделі організації та управління фінансовими ресурсами ОМС. Зокрема, лікарняні каси, які функціонували на засадах самоврядування, були інтегровані в єдину структуру – Національний фонд здоров'я. Цей досвід має бути врахований Україною, щоб запобігти повторенню вже допущених у інших країнах помилок.

Ключовим елементом ефективної діяльності фонду ОМСФД є оптимізація механізму формування його дохідної частини, тобто визначення кола страхувальників, джерел фінансування та розмірів страхових внесків. Аналіз положень законопроекту України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» та запропонованого в ньому механізму формування коштів Фонду медичного страхування (додаток Ю) дає підстави говорити про надто широкий перелік потенційних страхувальників: роботодавці, три фонди загальнообов'язкового державного соціального страхування, органи місцевого самоврядування, особи, які забезпечують себе роботою самостійно, навчальні заклади тощо. На ранніх стадіях розроблення проєкту до цього переліку були включені й наймані працівники, тобто планувалося розподілити суму внесків на медичне страхування між роботодавцями та найманими особами, як це нерідко відбувається в зарубіжних системах.

Однак чинне вітчизняне законодавство, насамперед стаття 49 Конституції України, не дає можливості впровадити зазначену схему. Конституційний Суд України, тлумачачи відповідні положення, наголосив, що з громадян не може стягуватися плата за медичну допомогу в жодній формі, включно з обов'язковими страховими платежами (внесками).

У результаті в новій редакції законопроекту було враховано положення про те, що страхувальниками за ОМС не можуть виступати фізичні особи – громадяни України; водночас дискусійним лишається питання щодо участі у фінансуванні осіб,

які самостійно забезпечують себе роботою. З огляду на це розроблено інший законопроект – «Про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування», у якому перелік платників страхових внесків включає чотири групи: роботодавців, органи місцевого самоврядування, чотири фонди загальнообов'язкового державного соціального страхування, а також інших платників, які сплачують внески за утриманців, а не за себе (додаток Я). На нашу думку, залучення такої кількості страхувальників істотно ускладнює процедуру збору внесків, створює додаткові адміністративні бар'єри, тому перелік платників у системі ОМС необхідно максимально спростити й ретельно оцінити економічну доцільність використання ресурсів усіх соціальних фондів.

До переліку платників внесків на обов'язкове медичне страхування фармацевтичної допомоги пропонуємо відносити три основні групи: роботодавців, органи державної влади та місцевого самоврядування, а також навчальні заклади (як державні, так і недержавні). Детальніше зупинимось на характеристиці кожної групи страхувальників.

1. Перша група платників страхових внесків – роботодавці, а саме: підприємства, установи, організації різних форм власності, фізичні особи-підприємці та інші особи, які використовують найману працю на умовах трудових договорів (контрактів) або цивільно-правових угод. За всіх найманих працівників зазначені страхувальники мають сплачувати страхові внески, розмір яких, на наш погляд, доцільно визначати у відсотках до фактичних витрат на оплату праці. Для фінансування медикаментозного забезпечення екстреної хірургічної допомоги найманим працівникам роботодавцю знадобиться відносно невеликий відсоток від фонду заробітної плати, що не матиме істотного негативного впливу на його фінансово-господарську діяльність. Водночас у перспективі, із розгортанням повномасштабної системи ОМСФД, податкове навантаження на роботодавців зростатиме, і їм доведеться шукати додаткові фінансові ресурси. Це може спричинити зростання цін на продукцію, зменшення прибутку, скорочення робочих місць або стимулювати ухилення від оподаткування. Однак позитивні тенденції в українській економіці, передусім зростання ВВП, створюють передумови для

запровадження ОМСФД. Оптимальним видається ухвалення відповідного закону після прийняття Податкового кодексу, що дало б змогу компенсувати збільшення податкового тягара внаслідок введення ОМСФД зменшенням ставок інших податків (ПДВ, податку на прибуток тощо).

2. Друга група платників страхових внесків – органи державної влади та місцевого самоврядування. За рахунок страхових платежів, які сплачуватимуться з державного та місцевих бюджетів до фонду ОМСФД, слід забезпечувати медикаментозне лікування окремих соціальних категорій населення: непрацюючих пенсіонерів, студентів, що навчаються за кошти державного бюджету, безробітних працездатного віку, осіб із інвалідністю, дітей безробітних батьків тощо. Водночас доцільно вивести з-під дії системи обов'язкового медичного страхування високодохідні верстви населення, які здатні самотійно забезпечувати лікування. У низці країн Європи, наприклад у Німеччині, близько 10% громадян із високими доходами застраховують здоров'я лише у приватних страхових компаніях.

Запровадження ОМСФД в будь-якому варіанті вимагатиме наявності в страхувальників реальних коштів для сплати внесків. Питання формування ресурсної бази фонду в існуючих законопроектах висвітлено недостатньо, а джерела фінансування страхових внесків визначено надто загально. Теоретично збільшення доходів фонду ОМСФД та визначення джерел коштів, необхідних для сплати внесків до нього, може здійснюватися двома основними шляхами:

1. через перерозподіл бюджетних ресурсів за рахунок скорочення асигнувань за іншими видатковими статтями;
2. шляхом запровадження нових або підвищення ставок чинних податків і зборів.

Однак із політичних та економічних міркувань перерозподіл і без того обмежених бюджетних ресурсів на користь охорони здоров'я за рахунок зменшення фінансування інших галузей, що утримуються коштом бюджету, видається малоімовірним [147, с. 3]. На наш погляд, доцільніше переглянути діючий порядок використання коштів, які виділяються бюджетним установам за статтею «медикаменти і перев'язувальні матеріали». У практиці часто трапляється, що

пацієнти самостійно купують лікарські засоби чи медичні вироби, хоча за відповідною бюджетною статтею у 2004 р. було профінансовано 316,5 млн грн. Незважаючи на очевидну недостатність цієї суми для повного задоволення потреб у медикаментах, вона не повинна використовуватися хаотично або неефективно. Із впровадженням ОМСФД необхідно чітко розмежувати, які групи лікарських засобів та виробів медичного призначення оплачуватимуться з бюджетних коштів, а які – з фонду ОМСФД.

Крім того, слід переглянути порядок бюджетного фінансування відомчих медичних закладів, які, як було показано у попередньому розділі, фактично перебувають у вигідніших умовах порівняно з державними та комунальними закладами охорони здоров'я.

Застосування другого шляху – збільшення податкових надходжень до державного та місцевих бюджетів – передбачає реалізацію таких заходів:

- для поповнення дохідної частини місцевих бюджетів доцільно розширити перелік місцевих податків і зборів, включивши до нього платежі, пов'язані з видами підприємницької діяльності, що негативно впливають на здоров'я населення. Наприклад, можна запровадити збір за торгівлю алкогольними напоями на розлив у барах, кафе, ресторанах та інших закладах громадського харчування [86, с. 249]; плату за дозвіл на організацію комп'ютерних ігор для дітей до 16 років; збір за використання харчових біодобавок і стабілізаторів; збір з реклами товарів, що завдають шкоди здоров'ю людини тощо;

- бажано підвищити ставки акцизного збору на реалізацію тютюнових та алкогольних виробів – товарів, які віднесені до категорії небезпечних для здоров'я. Ідея цільового оподаткування таких товарів або виділення в структурі акцизного збору спеціальної частки на користь охорони здоров'я вже закріплена у Концепції розвитку охорони здоров'я в Україні, затвердженій Указом Президента України у 2000 р., однак на практиці досі повною мірою не реалізована, незважаючи на певні зміни в механізмах справляння акцизу.

3. Третя група страхувальників – це навчальні заклади (державні та недержавні), які надають платні освітні послуги. Їхня участь у фінансуванні

ОМСФД має полягати не лише у сплаті внесків за найманих працівників, а й у забезпеченні страхування студентів, які навчаються на платній основі. Для цього необхідно законодавчо зобов'язати державні вищі навчальні заклади включати до вартості платного навчання суму витрат на ОМСФД.

Для органів влади та навчальних закладів розмір страхового внеску доцільно встановлювати у вигляді фіксованої величини, що дорівнюватиме прогнозованому середньому показнику витрат фонду ОМСФД на одного застрахованого. При цьому законодавчо мають бути чітко визначені не лише розміри внесків, а й строки їх сплати, порядок нарахування штрафних санкцій за порушення зобов'язань тощо.

На стартовому етапі функціонування ОМСФД постане потреба у створенні значної кількості нормативно-правових актів, покликаних урегулювати складні організаційні й фінансові питання, зокрема:

- формування системи ідентифікації застрахованих осіб, організації контролю за повнотою та своєчасністю сплати страхових внесків, а також створення належної інформаційної інфраструктури ОМСФД;
- розроблення та впровадження уніфікованих методик оцінки потреб у медикаментозному забезпеченні застрахованих осіб у різних регіонах країни;
- створення ефективного механізму фінансового вирівнювання між адміністративно-територіальними одиницями залежно від вікової структури населення, рівня захворюваності, стану здоров'я та інших чинників шляхом науково обґрунтованої диференціації розмірів страхових внесків.

Реалізація системи ОМСФД сприятиме підвищенню якості та загальної доступності безоплатної медикаментозної допомоги населенню, обсяг якої декларується законодавством. Водночас упровадження в Україні ОМСФД можна розглядати як перший етап формування повномасштабної системи обов'язкового медичного страхування, яка має стати додатковим джерелом фінансування соціальних гарантій у сфері охорони здоров'я.

Висновки до розділу 3

На основі результатів дослідження, викладених у третьому розділі, можна сформулювати такі узагальнення та підсумкові положення.

1. З метою вдосконалення діючого механізму фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я обґрунтовано авторську модель, у межах якої систематизовано джерела фінансування та визначено основні напрями їх використання в національній системі охорони здоров'я. Ключовим конструктивним елементом запропонованої моделі є ідея формування двох програм медичного обслуговування – загальнодержавної та територіальної. Кожна з таких програм має містити чітко визначений перелік медичних і немедичних послуг, які надаються населенню безоплатно в державних і комунальних закладах охорони здоров'я. Передбачається, що основний обсяг витрат за вказаними програмами покриватиметься відповідно з Державного та місцевих бюджетів, тоді як фінансування гарантованого рівня медикаментозного лікування доцільно здійснювати за рахунок коштів системи обов'язкового медичного страхування.

2. На початковій стадії становлення страхової моделі охорони здоров'я одним з провідних напрямів упровадження в Україні обов'язкового медичного страхування доцільно вважати створення спеціалізованого фонду обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги. Основне завдання такого фонду полягає у забезпеченні фінансування гарантованого рівня медикаментозного забезпечення населення – тобто покритті витрат на лікарські засоби для осіб, які підпадають під дію системи страхування.

3. Сформовано концептуальну модель модернізації фінансового забезпечення державних закладів охорони здоров'я, у межах якої запропоновано комплекс взаємопов'язаних заходів, зокрема: розширення податкової бази місцевих бюджетів шляхом упровадження місцевих податків і зборів на товари та послуги, що негативно впливають на здоров'я населення, а також цільових медичних зборів; розширення чинного переліку платних медичних послуг, які можуть надаватися бюджетними закладами; розроблення методичних рекомендацій щодо визначення тарифів на платні медичні послуги в державних і комунальних медичних установах;

запровадження гонорарного методу оплати праці медичних працівників і вдосконалення механізму грошових розрахунків між бюджетними закладами та пацієнтами; застосування методу глобального бюджету при фінансуванні стаціонарної, поліклінічної та швидкої медичної допомоги, а також подушового підходу до фінансування діяльності лікарів загальної практики тощо. Науково-практичне значення запропонованої концепції полягає в системному обґрунтуванні перспективних напрямів розвитку фінансового забезпечення охорони здоров'я, спрямованих на підвищення доступності та поліпшення якості медичних послуг.

4. На основі використання методів економіко-математичного моделювання побудовано модель оптимізації витрат бюджетного закладу охорони здоров'я на закупівлю медикаментів і виробів медичного призначення. Запропонована модель орієнтована на підвищення раціональності у використанні бюджетних коштів, зниження загального обсягу витрат та мінімізацію впливу суб'єктивних чинників під час прийняття управлінських рішень щодо вибору постачальників і асортименту фармацевтичної продукції.

5. З метою удосконалення процесу бюджетного планування видатків на охорону здоров'я з місцевих бюджетів запропоновано запровадити коригуючий екологічний коефіцієнт. Застосування такого показника дасть змогу здійснювати розподіл бюджетних ресурсів між адміністративно-територіальними одиницями на справедливіших засадах, оскільки при цьому враховуватиметься рівень екологічного навантаження на територію та його вплив на стан здоров'я населення.

6. В умовах сучасної економічної ситуації, коли державна система охорони здоров'я функціонує за умов хронічного дефіциту фінансових ресурсів, але водночас має забезпечувати реалізацію встановлених соціальних гарантій, одним із результативних напрямів зменшення бюджетного навантаження є підвищення доступності послуг приватного сектору охорони здоров'я. Для цього запропоновано розгорнути систему податкових пільг, запровадити механізми пільгового кредитування, а також інші стимули економічного характеру, орієнтовані на розвиток приватної медицини, розширення практики добровільного медичного

страхування і формування стабільного платоспроможного попиту населення на послуги приватних медичних закладів.

ВИСНОВКИ

У магістерському дослідженні здійснено теоретичне узагальнення та ґрунтовний аналіз вітчизняного і зарубіжного досвіду фінансового забезпечення охорони здоров'я в умовах сучасного господарювання. Це дало змогу ідентифікувати найгостріші проблеми функціонування чинного механізму фінансування галузі та запропонувати нові концептуальні підходи й практичні інструменти для їх розв'язання з метою формування ефективної моделі розподілу і використання фінансових ресурсів у сфері охорони здоров'я.

Головні науково-теоретичні результати магістерської роботи можна узагальнити таким чином.

1. Аналіз причин та форм державного регулювання ринку медичних послуг із позицій різних наукових теорій і концепцій дав підстави дійти висновку, що втручання держави в цю сферу є об'єктивно необхідною умовою функціонування цивілізованого суспільства і невід'ємною характеристикою будь-якої сучасної системи охорони здоров'я. Теоретичне осмислення ролі держави на ринку медичних послуг є важливою передумовою для розуміння трансформаційних процесів, які відбуваються у світовій економіці, й підтверджує загальну тенденцію до розширення масштабів державної участі в цьому секторі. В такому контексті ключовим завданням сучасної економічної науки стає пошук універсальної моделі організації охорони здоров'я, що поєднувала б ринкові та державні механізми управління і одночасно забезпечувала б доступність, соціальну справедливість, рівність можливостей, економічну раціональність та ефективність використання ресурсів.

2. Встановлено, що в Україні основними формами фінансового забезпечення охорони здоров'я є бюджетне фінансування, добровільне медичне страхування, самофінансування та кредитування. Обґрунтовано, що в державному секторі охорони здоров'я застосовується специфічна форма фінансового

забезпечення – некомерційне самофінансування, поява якого зумовлена розвитком некомерційної діяльності медичних закладів та необхідністю залучення додаткових фінансових ресурсів. Форми бюджетного фінансування і некомерційного самофінансування поєднуються в межах кошторисного фінансування діяльності установ державної системи охорони здоров'я. Відповідно до запропонованого в роботі підходу, кошторисне фінансування розглянуто як ширше за змістом поняття, ніж бюджетне фінансування, оскільки останнє передбачає використання лише коштів бюджетного походження, тоді як кошторисне фінансування акумулює також інші, позабюджетні надходження.

3. З'ясовано, що на нинішньому етапі розвитку економіки функціонування вітчизняної системи охорони здоров'я характеризується суттєвими недоліками, які проявляються, зокрема, в незбалансованості конституційно задекларованих зобов'язань держави із забезпечення медичної допомоги та реальних фінансових можливостей бюджету. Причиною такого розриву є недосконалість державної політики в цій сфері й орієнтація на стратегію «самопливу», тобто часткове або повне ігнорування структурних проблем галузі. Чинний механізм фінансового забезпечення охорони здоров'я визнано неефективним і таким, що потребує глибокої модернізації, оскільки процес формування та використання фінансових ресурсів відбувається без належного наукового обґрунтування й єдиного концептуального підходу. Відсутність цілісної та послідовної урядової стратегії у сфері фінансування охорони здоров'я призвела до системного порушення соціальних прав громадян, погіршення якості медичного обслуговування, зростання частки витрат населення на медичні послуги й медикаменти, розширення масштабів тіньового сегменту та поширення практики нелегальних платежів у державних закладах охорони здоров'я.

4. Для посилення фінансового забезпечення послуг державного сектора охорони здоров'я в Україні запропоновано стратегію поетапного впровадження системи обов'язкового медичного страхування. На стартовому етапі розвитку фінансових відносин у цій сфері обґрунтовано доцільність запровадження обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги (ОМСФД),

основна місія якого полягає в покритті витрат на гарантований обсяг медикаментозного забезпечення населення. Перевага ОМСФД полягає у чітко окреслених пріоритетах фінансування та більш простій процедурі формування й використання коштів, що відкриває можливості для економнішого та раціональнішого використання фінансових ресурсів і створює реальні передумови для забезпечення державних соціальних гарантій у сфері охорони здоров'я.

Основні висновки та результати практичного характеру можна підсумувати таким чином.

1. Виявлено, що чинний порядок планування видатків на охорону здоров'я з місцевих бюджетів є недостатньо досконалим, оскільки не враховує низки важливих характеристик, таких як рівень захворюваності, смертності, інвалідності та екологічна ситуація в регіонах. У зв'язку з цим запропоновано доповнити діючу формулу розрахунку видатків обласних бюджетів на охорону здоров'я коригуючим екологічним коефіцієнтом, завдяки якому при визначенні необхідних обсягів бюджетного фінансування враховується фактор екологічного благополуччя (або неблагополуччя) конкретної адміністративно-територіальної одиниці.

2. Сформульовано комплекс заходів, спрямованих на модернізацію механізму фінансового забезпечення державного сектора охорони здоров'я, а саме:

а) запровадження місцевих податків і зборів на товари та послуги, що мають негативний вплив на здоров'я населення, а також обов'язкових цільових медичних зборів;

б) розширення чинного переліку платних медичних послуг, дозволених для надання бюджетними медичними закладами, та розроблення методики їх ціноутворення;

в) запровадження гонорарного методу оплати за окремі види медичних послуг і вдосконалення механізму грошових розрахунків між бюджетними закладами охорони здоров'я та їх пацієнтами;

г) використання методу глобального бюджету при фінансуванні стаціонарної, поліклінічної та служби швидкої медичної допомоги;

д) упровадження в діяльність бюджетних медичних установ принципів аутсорсингу як інструменту оптимізації витрат та підвищення ефективності управління ресурсами.

3. На основі застосування економіко-математичного апарату побудовано модель оптимізації витрат бюджетного закладу на придбання медикаментів та виробів медичного призначення, яка дає змогу обґрунтовано обирати постачальників і номенклатуру закупівель, мінімізувати витрати та підвищити ефективність використання бюджетних коштів у державних і комунальних медичних закладах.

4. Показано, що стимулювання розвитку приватного сектора медичного обслуговування та розширення попиту населення на його послуги може суттєво знизити навантаження на державний сегмент системи охорони здоров'я. У цьому контексті важливою складовою є перегляд і вдосконалення чинної системи податкових пільг, а також створення механізмів їх реального застосування за такими напрямками:

а) для роботодавців, які укладають договори добровільного медичного страхування на користь своїх працівників, доцільно дозволити відносити витрати на ДМС до складу валових витрат при оподаткуванні податком на прибуток;

б) для фізичних осіб запропоновано встановити податкову пільгу, яка б давала можливість суми страхових внесків, сплачених за програмами добровільного медичного страхування, включати до податкового кредиту при сплаті податку з доходів фізичних осіб;

в) для осіб, які здійснюють добродійну діяльність у сфері охорони здоров'я, доцільно передбачити додаткові податкові стимули, що заохочуватимуть поширення меценатства та благодійних ініціатив у медичній галузі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

Адміністративні та функціональні реформи в системі охорони здоров'я (аналітичний огляд) / Під заг. ред. В.Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 56 с.

Андрущенко В.Л. Фінансова думка Заходу у ХХ столітті: (Теоретична концептуалізація і наукова проблематика державних фінансів). – Львів: Каменяр, 2000. – 303 с.

Базилевич В.Д., Баластрик Л.О. Державні фінанси: Навчальний посібник / За ред. В.Д. Базилевича – К.: Атіка, 2002. – 368 с.

Баранова Т.Ф. Фінансовий та економічний стан охорони здоров'я України в умовах реформування галузі // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2000. – № 3. – С.80–81.

Бескид Й.М. Перспективи нормативного планування витрат на соціальну сферу // Фінанси України. – 2000. – №4. – С.42–48.

Бідний В.Г. Проблеми і шляхи розвитку медичної допомоги в Україні. – К.: Задруга, 2010. – 160 с.

Бланкарт Ш. Державні фінанси в умовах демократії. Вступ до фінансової науки: Пер. з нім. – К.: Либідь, 2000. – 654 с.

Бочкаров М. Функціонування галузі охорони здоров'я в умовах ринкової економіки // Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. – 2003. – №4. – С. 391–396.

Буздуган Я. Організаційно-правові засади функціонування фінансів галузі охорони здоров'я в Україні за останні роки // Наукові записки Тернопільського державного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка. Серія: економіка. – 2014. – №16. – С114–122.

Бюджетна система: Навч.-метод. посібник для самост. вивч. дисц. – 2-е вид., перероб і доп. / В. М. Опарін, В. І. Малько, С. Я. Кондратюк, Г. Б. Коломієць. – К.: КНЕУ, 2002. – 336 с.

Бюджетний менеджмент: Підручник / В.Федосов, В.Опарін, Л.Сафонова та ін.;

За заг. ред. В.Федосова. – К.: КНЕУ, 2014. – 864 с.

Василик О.Д. Теорія фінансів: Підручник. – К.: НІОС. – 2000. – 416 с.

Василик О.Д., Павлик К.В. Державні фінанси України: Підручник. – К.: Центр навчальної літератури, 2003. – 608 с.

Величко О. Бюджетне фінансування соціальної інфраструктури: проблеми та перспективи // Економіка України. – 1999. – № 3. – С. 39–44.

Ганслі Геренс М. Соціальна політика та соціальне забезпечення: Пер. з англ. – К.: Основи, 1996. – 237 с.

Гордей О.Д. Фінансування соціальних гарантій як чинник зростання суспільного добробуту // Фінанси України. – 2012. – № 5. – С.44–45.

Грачова Р. Доходи, витрати та фінансові результати // Спеціальний додаток до тижневика Д-т К-т. – 2012. – червень–липень (2 част.)–130 с.

Грузева Т.С. Наукове обґрунтування розробки державних соціальних нормативів забезпечення населення стаціонарною медичною допомогою // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2001. – №2 – С.61–63.

Губар О.Є. Медичне страхування у країнах Європейського Союзу // Фінанси України. – 2003. – № 7. – С.130–133.

Губар О.Е. Медичне страхування в фінансовому забезпеченні соціальних гарантій населенню: Автореф. дис. канд. екон. наук: 08.04.01. – К., 2004. – 20с.

Державне медичне страхування змусить лікарів піти в тінь // RIA плюс. – 2002. – № 47. – С. 2.

Державні фінанси: Теорія і практика перехідного періоду в Центральній Європі: Пер. з англ. – К.: Основи, 1998. – 542 с.

Діяльність галузі охорони здоров'я у 2000 році, завдання щодо подальшого її розвитку та поліпшення рівня здоров'я населення України / Доповідь міністра охорони здоров'я Віталія Москаленка на підсумковій колегії МОЗ // Ваше здоров'я. – 2001. – 23 лютого.

Економічна енциклопедія: в 3 т. – К.: "Академія", 2000. – Т.1. / редкол.: С.В. Мочерний та ін. – 864 с.

Економічна енциклопедія: в 3 т. – К.: "Академія", 2001. – Т.3. / редкол.: С.В. Мочерний та ін. – 848 с.

Єпіфанов А.О., Сало І.В., Д'яконова І.І. Бюджет і фінансова політика України. – 2-ге вид. – К.: Наукова думка, 1999. – 301 с.

Загальна економічна теорія (політична економія): Підручник: У 2 ч. / За ред. Буяна І.В., Ковальчука В.М. – Тернопіль, 1998. – Ч. 2. – 296 с.

Закон України “Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії” від 5 жовтня 2000 р. № 2017-III // Відомості Верховної Ради України.

Івченко А.О. Тлумачний словник української мови. - Харків: Фоліо, 2001. – 540 с.

Карпишин Н.І Державні соціальні гарантії у сфері охорони здоров'я // Економічний і соціальний розвиток України в ХХІ столітті: національна ідентичність та тенденції глобалізації. Збірник тез доповідей Другої міжнар. наук.-прак. конф. молодих вчених. Ч.2. – Тернопіль: Економічна думка, 2005. – С. 74.

Карпишин Н.І Обов'язкове медичне страхування в Україні: проблеми реалізації і перспективи // Ефективність державного управління в контексті європейської інтеграції: Матеріали щорічної науково-практичної конференції січня 2004 р. / За заг. ред. А.О. Чемериса. – Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2004. – Ч.1. – С.243–246.

Карпишин Н.І. Витрати на охорону здоров'я як своєрідна форма капіталовкладень у людину // Вісник Тернопільської академії народного господарства. – 2003. – № 1. – С. 89–93.

Карпишин Н.І. Державна експансія на ринку медичних послуг // Вісник Тернопільської академії народного господарства. – 2001. – Випуск 12. – С. 92–

Карпишин Н.І. Еволюція фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні // Фінанси України. – 2011. – № 10. – С. 145–151.

Карпишин Н.І. Механізм розподілу видатків між бюджетами за функцією “Охорона здоров'я” // Науковий вісник Волинського державного університету імені Лесі Українки. – № 12. – 2002. – С. 149–152.

Карпишин Н.І. Фінансові реалії державної системи охорони здоров'я // Збірник наукових статей. Актуальні проблеми та перспективи розвитку фінансово-кредитної системи . – Харків: Основа, 2011.– С.160–162.

Кириленко О.П. Державні фінанси в умовах формування демократичного суспільства // Світ фінансів. – 2004. – Випуск 1. – С. 22–33.

Кириленко О.П. Фінанси (Теорія і вітчизняна практика): Навчальний посібник. – Тернопіль: Астон, 2002. – 212 с.

Кондратюк С.Я. Позабюджетні надходження медичних закладів держави // Фінанси України. – 2011. – № 8. – С. 71–83.

Лехан В.М., Лакіза-Сачук Н.М., Войцехівський В.М. та ін. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні. – К.: Сфера, 2011. – 174 с.

Мачуга Н. Проблеми становлення медичного страхування в Україні. // Банківська справа. – 2010. – №5. – С.23–25.

Москаленко В.Ф. Стан формування нормативно-правової бази з питань охорони здоров'я України та відповідність наказів МОЗ чинному законодавству // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2000. – № 1.– С.26–27.

Охорона здоров'я в Україні: статистичний збірник / Державний комітет статистики. Відповід. За випуск Калачова І., 2001. – С. 147.

Панов Б.В., Свірський О.О., Дзигал О.Ф. Ковалевська Л.А., Конкін С.І., Кирилюк М.Л., Балабан С.В., Беляков О.В. Сучасні світові тенденції розвитку національних систем охорони здоров'я // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2013. – № 4. – С. 85–89.

Пасічник Ю.В. Бюджетна система України та зарубіжних країн. – К.: Знання-Прес, 2001. – 523 с.

Педченко Т. Соціально-економічні умови запровадження в Україні загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування. // Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. – 2003. – № 2. – С. 393–397.

Полозенко Д.В., Іваницький Д.О. Добробут і його фінансове забезпечення // Фінанси України. – 2014. – № 10. – С.28–35.

Романенко О. Р. Фінанси: Підручник. – К.: Центр Навчальної Літератури, 2013. – 312 с.

Рудень В.В. Виникнення та функціонування системи медичного страхування // Фінанси України. – 2010. – № 1. – С. 76–87.

Рудий В. Сучасні стратегії поліпшення фінансування системи охорони здоров'я та можливі шляхи їх застосування в законодавстві України // Ваше здоров'я. – 2002. – № 37. – С. 3–4.

Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с.

Юрій С.І., Бескид Й.М. Бюджетна система України: Навч. посібник. – Київ: НІОС, 2010. – 396 с.

Юрій С.І., Дем'янишин В.Г, Буздуган Я.М. Антологія бюджетного механізму. Монографія. – Тернопіль: Економічна думка. – 2001. – 250 с.