

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Кафедра фінансів

Допущено до захисту
Завідувач кафедри

(підпис)
“ ” _____ 2025 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття освітнього ступеня бакалавра
зі спеціальності 072 Фінанси, банківська справа та страхування
за бакалаврською програмою професійного спрямування
«Фінанси, фінансовий менеджмент та страхування»
на тему: «Фінансування охорони здоров'я в Україні»

Виконавець:
студент ЦЗФН, 47 гр
Яковченко П. В.

Науковий керівник:
доктор економічних наук, професор
Слатвінська Марина Олександрівна

ЗМІСТ

Вступ.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	7
1.1. Економічна сутність та джерела фінансування охорони здоров'я.	7
1.2. Науково-практичні моделі фінансування охорони здоров'я.....	15
РОЗДІЛ 2. ПРАКТИКА І ПРОБЛЕМАТИКА ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	23
2.1. Аналіз тенденцій формування обсягів джерел та структури фінансування охорони здоров'я.....	23
2.2. Проблемні аспекти бюджетного фінансування охорони здоров'я.	39
2.3. Медичне страхування у системі фінансування охорони здоров'я.	49
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	56
3.1. Проблематика залучення зовнішніх резервів для нарощення фінансових ресурсів охорони здоров'я	56
3.2. Перспективи та потенційні джерела збільшення фінансових ресурсів охорони здоров'я в Україні.....	67
ВИСНОВКИ.....	77
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	82

ВСТУП

Актуальність теми. Фінансування охорони здоров'я в Україні є одним із ключових аспектів функціонування національної системи охорони здоров'я, що визначає рівень доступності, якості та ефективності медичних послуг для населення. Сучасні виклики, з якими стикається країна, включають недостатність бюджетних ресурсів, потребу в реформуванні механізмів фінансування та забезпеченні прозорості використання коштів. В умовах соціально-економічних змін і зростаючих потреб громадян у медичній допомозі особливо важливо досліджувати особливості та проблеми фінансування галузі, а також шляхи їх подолання задля створення стійкої і ефективної системи охорони здоров'я.

Одним із важливих і складних завдань державної політики в сучасних умовах є подальше впровадження медичної реформи та адаптація системи охорони здоров'я до ефективного функціонування під час воєнного стану та в період післявоєнного відновлення. Основним елементом цієї реформи є перегляд підходів до фінансування медичних послуг, що базується на впровадженні принципу співвідношення обсягів фінансування з результатами діяльності. Водночас нові геополітичні виклики та економічні труднощі створюють ризики для фінансової стабільності системи охорони здоров'я, що може призвести до погіршення якості та доступності медичних послуг для населення. Усунення цих проблем потребує пошуку додаткових джерел фінансування, а також раціонального та цільового використання наявних ресурсів медичних установ.

Питання розвитку охорони здоров'я та організації її фінансування в умовах системних реформ в Україні є одним із пріоритетних напрямів наукових досліджень, що обумовлено важливістю цієї галузі для забезпечення економічного розвитку та підвищення рівня і якості життя громадян. Це знайшло відображення в працях таких науковців, як Р. Августин, О. Бойко, В. Горин, П. Гуржий, О. Демченко, Н. Карпишин, В. Лехан, Е. Лібанова, З. Лободіна, С. Онишко, Н. Прус, Я. Радиш, В. Рудий, М. Слатвінська та інших, які розробили теоретичні основи формування фінансових ресурсів для охорони здоров'я та її складових, а також методичні підходи до ефективного управління фінансами медичних закладів. Проте прийняття управлінських рішень щодо подальшого розвитку фінансування охорони здоров'я в рамках медичної реформи вимагає не лише використання існуючих теоретичних знань, а й проведення нових наукових досліджень з урахуванням сучасних викликів, що і зумовлює актуальність цієї теми та визначає її основні мету й завдання.

Мета кваліфікаційної роботи – поглиблення теоретичних підходів до реформування системи фінансування охорони здоров'я та розробка практичних рекомендацій щодо задіяння потенціалу й адаптації української моделі фінансування системи охорони здоров'я до нових викликів.

Поставлена мета спонукала до формування і вирішення в процесі дослідження таких **завдань**:

- дослідити економічну сутність та джерела фінансування охорони здоров'я;
- розкрити науково-практичні моделі фінансування охорони здоров'я;
- проаналізувати тенденції формування обсягів джерел та структури фінансування охорони здоров'я в Україні;
- виявити проблемні аспекти бюджетного фінансування охорони здоров'я;

- дослідити медичне страхування у системі фінансування охорони здоров'я;
- розкрити проблематику залучення зовнішніх резервів для нарощення фінансових ресурсів охорони здоров'я;
- висвітлити перспективи та потенційні джерела збільшення фінансових ресурсів охорони здоров'я в Україні.

Об'єктом дослідження є процес фінансування охорони здоров'я і використання фінансових ресурсів на надання медичних послуг.

Предметом дослідження є фінансово-економічні відносини, які виникають в процесі фінансування охорони здоров'я в Україні.

Методи дослідження. У процесі дослідження застосовано комплексний набір методологічних підходів і наукових методів, що охоплюють як загальнонауковий, так і конкретнонауковий рівні пізнання. Під час написання окремих розділів роботи були використані такі методологічні підходи, як діалектичний, системний та історичний, що дозволило всебічно розглянути розвиток і функціонування системи фінансування охорони здоров'я. Крім того, для розкриття сутності та особливостей фінансових механізмів, а також для аналізу світових моделей фінансування медичних послуг застосовувалися методи узагальнення, порівняння, термінологічного та документального аналізу. Оцінка загальних тенденцій фінансування охорони здоров'я в Україні, аналіз розподілу бюджетних коштів і ресурсів медичного страхування здійснювалися з використанням структурно-динамічного, компаративного, графічного та табличного аналізу, а також методів індукції та дедукції. Для обґрунтування напрямків використання внутрішніх і зовнішніх резервів збільшення фінансування галузі були застосовані методи аналізу й синтезу, абстрагування, індукції, узагальнення та порівняння.

Варто також підкреслити, що інтеграція різних методологічних підходів і методів дала змогу не лише комплексно оцінити сучасний стан фінансування охорони здоров'я, а й визначити ключові виклики та перспективи його

розвитку в контексті медичної реформи. Такий підхід сприяє глибшому розумінню взаємозв'язків між економічними, соціальними та політичними чинниками, що впливають на фінансову стабільність системи охорони здоров'я, а також дає змогу розробити практичні рекомендації для підвищення ефективності управління фінансовими ресурсами в цій сфері.

Інформаційну базу для написання кваліфікаційної роботи становили нормативно-правові акти, що регулюють проведення медичної реформи та фінансування системи охорони здоров'я, а також наукові праці як окремих дослідників, так і колективів українських зарубіжних учених. До неї також входять монографії, навчальна література, що висвітлює ключові аспекти теми дослідження, офіційні звіти про виконання бюджетів різних рівнів, аналітичні дані діяльності страхових компаній, що працюють на ринку медичного страхування, а також інформація з авторитетних інтернет-ресурсів і додаткових джерел. Такий широкий спектр джерел забезпечує комплексний підхід до вивчення проблематики та підвищує якість і достовірність дослідження.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота бакалавра складається із вступу, трьох розділів, висновків і списку використаних джерел.

Обсяг кваліфікаційної роботи становить 87 сторінок. Робота містить 10 таблиць та 12 рисунків. Список використаних джерел містить 46 найменувань, розміщених на 5 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Економічна сутність та джерела фінансування охорони здоров'я

Рівень ефективності роботи системи охорони здоров'я є важливим показником суспільного благополуччя, що впливає на якість життя громадян і відображає ступінь успішності діяльності органів державної влади. Забезпечення належного захисту здоров'я населення безпосередньо визначає потенціал розвитку інших секторів економіки. Люди, які зберігають фізичне та психологічне здоров'я, здатні ефективно працювати, впроваджувати інновації, приймати нестандартні управлінські рішення та сприяти прогресу у різних сферах суспільства. Особливо в умовах глобальних викликів країни з міцною системою охорони здоров'я мають більше можливостей мінімізувати соціальні втрати і повернутися на шлях сталого розвитку.

Протягом останніх десятиліть українська система охорони здоров'я стикалася з постійним браком фінансових ресурсів, старінням матеріальної бази, дефіцитом кваліфікованих кадрів та нестачею медикаментів, що негативно позначалося на якості і доступності медичних послуг для широких верств населення. Окрім того, неефективне управління фінансами через ігнорування сучасних методів їх розподілу поглиблювало проблеми системи. У зв'язку з цим виникла необхідність проведення комплексної медичної реформи, спрямованої на радикальне оновлення підходів до фінансування охорони здоров'я, впровадження ринкових механізмів розподілу ресурсів, де фінансування залежить від результатів діяльності, а конкуренція за пацієнта та якість послуг стають ключовими

факторами. Як зазначають дослідники І. Семчук і Г. Кукель, «відбуваються зміни у філософії надання медичної допомоги, фінансово-господарських та ринкових механізмах в охороні здоров'я, а також у самій системі загалом» [1].

У науковому середовищі причиною труднощів у сфері охорони здоров'я традиційно вважають недостатнє фінансування, що не покриває реальних потреб у наданні медичних послуг. За даними В. Горина, попри постійне зростання видатків на галузь, дефіцит коштів становить приблизно третину мінімально необхідного обсягу для нормального функціонування системи [2, с. 195]. Проте проблеми галузі не обмежуються лише нестачею фінансів - значну роль відіграє також неефективне управління ресурсами та застосування застарілих моделей розподілу коштів між різними напрямками медичної допомоги. Повна залежність системи охорони здоров'я від державного бюджету створює ризики фінансової нестабільності, особливо у періоди дефіциту бюджету, коли знижується здатність забезпечувати якісні і доступні послуги. Під час війни ці проблеми стали особливо гострими: зростаючий дефіцит бюджетних коштів посилив потребу в додаткових фінансових ресурсах для збереження працездатності системи та гарантування медичної допомоги.

Для створення ефективної національної моделі фінансування охорони здоров'я, здатної реагувати на сучасні виклики та загрози, необхідно в першу чергу переглянути її теоретичні основи та провести глибокий аналіз практичних аспектів функціонування системи в нових економічних, соціальних і безпекових умовах. Останніми роками в галузі відбуваються суттєві перетворення, спрямовані на диверсифікацію джерел фінансування і зміну принципів оплати медичних послуг. Відповідно, теоретична база охорони здоров'я в частині фінансування потребує суттєвого оновлення, щоб адекватно відображати сучасні реалії та сприяти розвитку системи.

Відповідно до положень Конституції України, державна політика передбачає забезпечення кожному громадянину права на доступ до якісної медичної допомоги. Такий підхід відображає європейські стандарти та

підтверджує інтеграцію України у європейський цивілізаційний простір. Система охорони здоров'я в країні базується на принципах доступності та безоплатності медичних послуг, що відповідає державній моделі організації галузі. Водночас, в умовах ринкової економіки та існуючих проблем розвитку ці принципи часто не співпадають із реальними економічними можливостями країни, що призводить до того, що конституційні гарантії залишаються декларативними і не завжди знаходять своє втілення у практичній діяльності. Це зумовлює необхідність перегляду підходів до формування фінансової моделі охорони здоров'я.

Процес побудови фінансової моделі системи охорони здоров'я в Україні формується під впливом численних факторів, які визначають структуру джерел фінансування, механізми оплати медичних послуг, а також розподіл відповідальності між різними учасниками фінансових відносин щодо покриття витрат на медичну допомогу.

Головні риси системи охорони здоров'я України, що формують основу для розробки моделі її фінансування, включають такі аспекти:

По-перше, медичні послуги мають соціальний характер, оскільки задовольняють одну з базових потреб людини і гарантуються Конституцією. Тому при визначенні параметрів фінансування головним є врахування суспільного попиту на медичні послуги, що змушує органи влади шукати додаткові джерела фінансування у випадку дефіциту бюджетних коштів. Окремі види медичної допомоги, без державної підтримки, залишалися б недоступними для більшості громадян, однак статус України як соціальної держави накладає на неї зобов'язання надавати ці послуги безоплатно.

По-друге, домінуюче положення на ринку медичних послуг займають державні та комунальні медичні установи, попри умови, створені для розвитку приватного сектору охорони здоров'я. У рамках медичної реформи багато закладів перейшли у статус некомерційних підприємств, що надало їм більше свободи у фінансовому управлінні відповідно до їхніх фінансових планів.

Водночас для деяких стратегічних установ зберігається кошторисна форма фінансування.

По-третє, серед джерел фінансування провідну роль відіграють бюджетні кошти. Автономізація медичних закладів дала їм можливість залучати додаткові доходи, проте основне фінансування надходить від Національної служби здоров'я України — єдиного централізованого фінансового оператора, який розподіляє державні бюджетні кошти за надані послуги.

По-четверте, формування власних доходів медичних закладів суворо контролюється державою, що проявляється в регулюванні переліку платних послуг, формуванні цін на них, а також у визначенні правил отримання доходів від діяльності, що не входить до основного профілю. Через високий рівень такого регулювання власні доходи закладів залишаються майже непомітними у фінансових планах установ.

Національне законодавство у галузі охорони здоров'я визначає широкий спектр джерел фінансування, проте основними складовими залишаються кошти державного бюджету та власні фінансові внески населення (рис. 1.1).

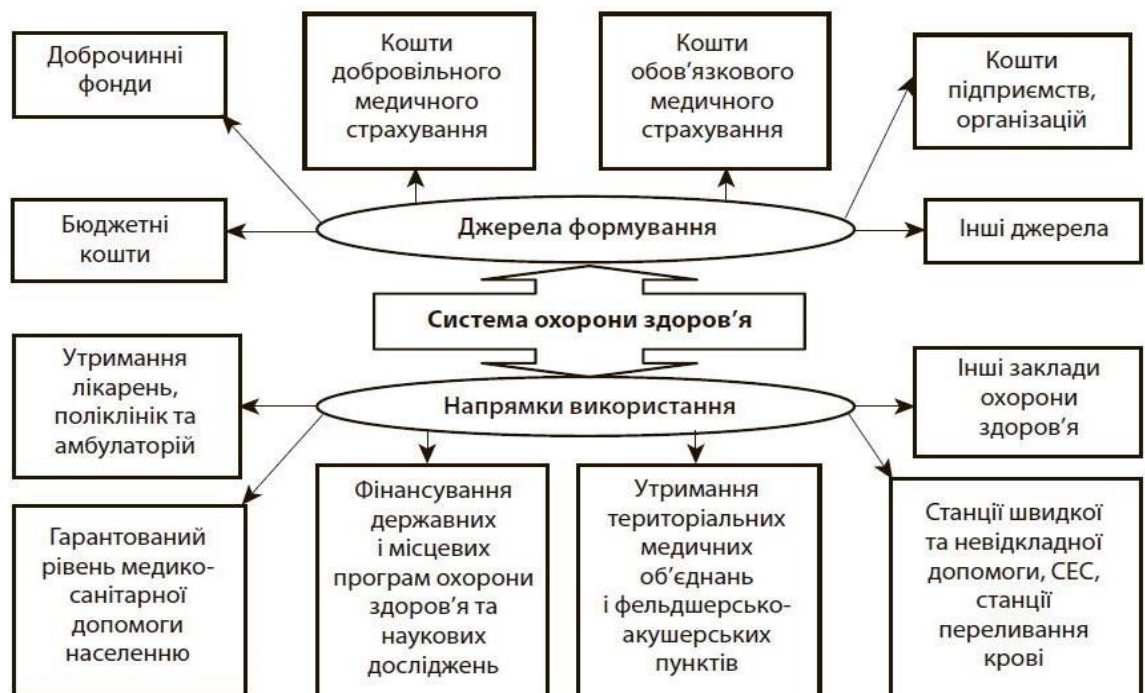


Рис. 1.1. Джерела фінансування та напрями використання коштів системи охорони здоров'я

У сфері охорони здоров'я в Україні поширений високий рівень неформальних платежів за медичні послуги, що дозволяє окремим дослідникам вважати населення основним фінансовим донором галузі. Стійкість таких неофіційних внесків пояснюється глибоко укоріненими суспільними уявленнями, що для отримання належної уваги та якісного лікування потрібно додатково "подякувати" лікарю, який, на думку пацієнтів, недоотримує справедливую оплату за свою працю. Цей стереотип сформувався на тлі тривалого недофінансування охорони здоров'я і, зокрема, низьких заробітних плат медичних працівників, кваліфікація яких потребує значних матеріальних, фізичних і моральних затрат. На відміну від багатьох зарубіжних країн, де медики входять до категорії високооплачуваних фахівців, в Україні вони належать до соціальної сфери з зарплатами нижче середнього рівня.

Також варто зазначити, що на відміну від міжнародних систем охорони здоров'я, де державне або страхове фінансування покриває повну вартість медичних послуг, в Україні при формально "безкоштовному" медичному обслуговуванні пацієнти майже повністю самі оплачують медикаменти та медичні засоби. Платними також залишаються спеціалізовані обстеження, процедури та інші супутні медичні послуги. Саме через це значна частка фінансових ресурсів у галузі охорони здоров'я формується за рахунок домогосподарств, що підкреслює важливу роль приватних внесків населення у підтримці медичної системи.

Початок медичної реформи в Україні датується 2016 роком, коли було розпочато впровадження Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я на період 2015-2020 років [3], а також розроблено Концепцію реформування фінансування медичної сфери, що передбачала низку важливих нововведень. Серед ключових змін були: запровадження державного гарантованого пакету медичної допомоги, створення єдиного національного замовника медичних послуг, надання місцевим органам влади повноважень у

сфері охорони здоров'я, автономізація медичних закладів, впровадження принципу «гроші йдуть за пацієнтом», а також розвиток сучасної системи управління медичною інформацією [4].

Ці концептуальні ідеї отримали офіційне закріплення в Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», який встановив основні державні фінансові гарантії щодо надання медичних послуг і лікарських засобів за рахунок державного бюджету в рамках Програми медичних гарантій. Закон також регламентує порядок укладення договорів про медичне обслуговування населення, а також механізми розрахунку тарифів на оплату медичних послуг і лікарських засобів [5].

Окрім запуску Програми медичних гарантій та створення нового органу, що управляє фінансовими ресурсами системи охорони здоров'я, закон передбачає цифровізацію галузі через впровадження електронної системи охорони здоров'я. Міністерство охорони здоров'я, яке раніше відповідало за розподіл бюджетних коштів на медицину, у нових умовах отримало повноваження контролювати якість надання медичних послуг і визначати пріоритети державної політики у сфері охорони здоров'я.

Головна ідея медичної реформи полягає у зміні принципу бюджетного фінансування системи охорони здоров'я. Відмовившись від традиційної моделі, за якою медичні заклади отримували кошти за затвердженими кошторисами, держава перейшла до механізму, що базується на принципі «гроші йдуть за пацієнтом». Тобто оплата здійснюється безпосередньо за фактично надані медичні послуги, згідно з офіційними протоколами лікування та встановленими тарифами на конкретні види допомоги.

З управлінської точки зору, реформа поєднує централізацію фінансування із демократизацією доступу до послуг. З одного боку, медичні заклади тепер мають прямі фінансові відносини з Національною службою здоров'я України (НСЗУ), яка стала основним замовником і розподільником бюджетних коштів. Відмова від системи медичної субвенції посилила централізацію фінансових потоків у

державному бюджеті. З іншого боку, нова модель розширює коло виконавців медичних послуг, відкриваючи можливість фінансування приватних медичних закладів і лікарів загальної практики, що працюють як підприємці, за умов наявності відповідної ліцензії та ресурсів. Таким чином, бюджетні кошти можуть ефективно використовуватися для оплати послуг як у державному, так і в приватному секторі охорони здоров'я.

Отже, оновлена модель фінансування системи охорони здоров'я базується на формуванні ресурсів із кількох ключових джерел. По-перше, це державний і місцеві бюджети, а також фонди соціального страхування, які разом становлять публічні фінанси. Кошти з державного бюджету спрямовуються на фінансування Програми медичних гарантій, що забезпечує оплату визначеного пакету медичних послуг населенню. Оплата здійснюється виключно закладам із ліцензією на медичну практику, і така ж вимога діє щодо лікарів, які працюють в індивідуальному порядку. Крім Програми медичних гарантій, бюджетні кошти використовуються для реалізації національних програм громадського здоров'я та інших цільових проєктів. Місцеві бюджети можуть покривати додаткові витрати на медичне обслуговування понад законодавчо встановлені норми, а також фінансувати модернізацію комунальних медичних установ і місцеві програми охорони здоров'я. Деякі громади впроваджують спеціальні фінансові стимули для залучення висококваліфікованих медичних працівників у віддалені райони (табл. 1.1).

По-друге, у формуванні фінансової бази охорони здоров'я беруть участь приватний сектор, населення та інституції громадянського суспільства. Представники бізнесу та громадяни можуть безпосередньо оплачувати медичні послуги, які не входять до гарантованого державою пакету, причому вартість таких послуг встановлюється самими медичними закладами без державного регулювання. Крім того, приватні структури і населення залучені через системи обов'язкового та добровільного медичного страхування, а також через участь у проєктах розвитку охорони здоров'я в межах корпоративної соціальної

відповідальності. Значущість громадських інституцій - благодійних фондів, кас взаємодопомоги, громадських організацій та релігійних спільнот - у фінансовій підтримці медичної сфери помітно зростає в останні роки.

Таблиця 1.1

**Особливості розподілу видатків державного та місцевих бюджетів на
охорону здоров'я**

Норми Бюджетного кодексу	Перелік видаткових повноважень
Стаття 87. Видатки з Державного бюджету України	– програми в галузі охорони здоров'я, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій; – програма державних гарантій медичного обслуговування населення; – державні програми громадського здоров'я та заходи боротьби з епідеміями; – державні програми розвитку та підтримки закладів охорони здоров'я, що перебувають у державній власності; – державні програми та заходи у сфері охорони здоров'я, що здійснюються державними установами, які не є учасниками програми державних гарантій медичного обслуговування населення
Стаття 89. Видатки з бюджетів територіальних громад	– місцеві програми громадського здоров'я; – оплата комунальних послуг та енергоносіїв комунальних закладів охорони здоров'я для забезпечення надання медичних послуг за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення; – місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, місцеві програми надання населенню медичних послуг понад обсяг, передбачений програмою державних гарантій медичного обслуговування населення
Стаття 90. Видатки з обласних бюджетів	– регіональні програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, регіональні програми надання медичних послуг понад обсяг, передбачений програмою державних гарантій медичного обслуговування; – оплата комунальних послуг та енергоносіїв комунальних закладів охорони здоров'я, які перебувають в управлінні обласних рад, для забезпечення надання медичних послуг за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення; – інші заклади та заходи у системі охорони здоров'я (будинки дитини, заклади служби крові, медико-соціальні експертні комісії); – регіональні програми громадського здоров'я.

Джерело: побудовано автором за [6].

Запровадження оновленої моделі фінансування медичних послуг з державного бюджету має на меті забезпечити уніфіковані стандарти медичної допомоги та рівний доступ до неї для всіх громадян, незалежно від їхнього місця проживання. Ця модель ґрунтується на принципах справедливого розподілу коштів, який базується на обсягах наданих послуг та їхній ефективності. Однією з

ключових переваг такої системи є її висока гнучкість, що дозволяє зберігати якість медичного обслуговування навіть за умов економічних труднощів у країні. Особливо важливою ця модель є для регіонів, постраждалих від воєнних дій, де інфраструктура охорони здоров'я пошкоджена або зруйнована. У таких випадках новий підхід дає змогу залучати приватні медичні установи для забезпечення населення необхідними послугами. При обмеженому бюджетному фінансуванні на ремонт чи відновлення закладів держава буде фінансувати лише самі медичні послуги у межах встановлених стандартів, залишаючи основне навантаження щодо їх організації приватному сектору [7, с. 148-149].

1.2. Науково-практичні моделі фінансування охорони здоров'я

Забезпечення конституційного права кожного громадянина на доступ до якісної медичної допомоги вимагає активної державної політики, спрямованої на реформування існуючої системи охорони здоров'я та формування дієвої фінансової моделі. Наукові дослідження показують, що рівень державного фінансування охорони здоров'я в Україні суттєво відстає від показників європейських країн. Водночас характерною особливістю вітчизняної системи є значний обсяг тіньових платежів за медичні послуги. Якщо враховувати ці неофіційні внески, загальний рівень фінансування наближається до середньоєвропейських стандартів, проте це призводить до порушення конституційного принципу рівного доступу до медичної допомоги для всіх верств населення. Усунути ці проблеми можливо через детальне вивчення зарубіжного досвіду організації фінансування охорони здоров'я, що дозволить врахувати ефективні практики та усунути недоліки вітчизняної системи. Аналіз моделей різних країн свідчить, що ключовим фактором успішного фінансового забезпечення галузі є орієнтація на ефективне використання ресурсів і тісний зв'язок між обсягами фінансування та досягнутими результатами.

Зарубіжні системи фінансування охорони здоров'я пройшли тривалий еволюційний шлях, завдяки якому розвинуті країни сформували національні

моделі, що враховують історичні традиції, економічний розвиток і соціальні особливості. Основними завданнями цих моделей були: максимальне залучення населення до медичних послуг, інтеграція різноманітних джерел і каналів фінансування, а також оптимізація механізмів розподілу та використання ресурсів задля задоволення суспільних потреб у різних формах медичної допомоги.

Слід відмітити, що у формуванні національних моделей фінансування охорони здоров'я як правило набувають застосування такі методи формування фінансових ресурсів:

По-перше, серед методів формування фінансових ресурсів у національних моделях охорони здоров'я використовується страховий метод, який може діяти у формі добровільного та обов'язкового медичного страхування. Добровільне страхування базується на страхових внесках, які сплачують фізичні та юридичні особи для захисту свого здоров'я від різних ризиків. Особливістю обов'язкового медичного страхування є те, що внески сплачують роботодавці та наймані працівники незалежно від їхнього бажання брати участь у страховці. Часто держава також робить додаткові внески до цієї системи. Важливою складовою є розподіл відповідальності за сплату внесків: у деяких країнах більший тягар лежить на роботодавцях, проте в більшості встановлено рівноправний внесок роботодавців і працівників. Цей метод є основним у таких країнах, як Німеччина, Франція, Бельгія, Австрія, Нідерланди.

По-друге, застосовується метод бюджетного фінансування, який передбачає покриття всіх витрат на медичну допомогу за рахунок бюджетів різних рівнів. Залежно від того, як розподіляється відповідальність за фінансування охорони здоров'я, існують різні варіанти цього методу: з переважанням державного фінансування, коли основну частку становлять кошти державного бюджету; муніципальна модель, за якої основне навантаження лежить на місцевих бюджетах (муніципалітетів, громад); а також змішана модель, де фінансування здійснюється за рахунок поєднання державних і місцевих бюджетів у певних пропорціях. Цей метод є основою фінансування у Великобританії, Швеції, Італії,

Данії та інших країнах. Водночас у більшості країн провідну роль відіграють державні кошти, проте в деяких, наприклад у Алжирі, основне навантаження лягає на муніципалітети.

По-третє, частина витрат на медичні послуги і медикаменти покривається безпосередньо населенням через прямі платежі. Це пояснюється недостатністю ресурсів, які акумулюють страхові механізми та бюджетне фінансування для повного покриття витрат на охорону здоров'я. Окремою формою є накопичувальні фонди, кошти яких використовуються для оплати медичних послуг за потреби. Важливо зауважити, що в сучасних розвинених країнах з ринковою економікою прямі платежі населення не домінують у фінансуванні охорони здоров'я. Навіть у США, де охорона здоров'я функціонує на ринкових засадах, значну роль у покритті витрат мають державні програми медичного страхування Medicare та Medicaid, які орієнтовані на певні категорії громадян.

По-перше, фінансова модель охорони здоров'я в кожній країні має свої унікальні особливості. Проте загалом у світовій практиці, залежно від домінування певного методу формування фінансових ресурсів у цій соціальній сфері, виділяють кілька основних моделей фінансування охорони здоров'я:

- бюджетна модель, або модель Беверіджа, за якої основним джерелом коштів для надання медичних послуг є ресурси державного та місцевих бюджетів. У країнах з такою моделлю рівень суспільних витрат на охорону здоров'я становить від 7,5% до 10,5% ВВП;

- страхова модель, або модель Бісмарка, що базується на системі медичного страхування як головному джерелі фінансування. Рівень суспільних витрат на охорону здоров'я в країнах коливається від 10,5% до 11,5% ВВП;

- приватна модель фінансування охорони здоров'я, або модель переваги споживачів, в якій провідне джерело фінансування медичних послуг становлять кошти фізичних та юридичних осіб. Для цієї моделі неможливо визначити середній рівень витрат, адже він варіюється від 8% до 17% ВВП залежно від специфіки ринку медичних послуг. (Таблиця 1.2)

По-друге, жодну з цих моделей не слід вважати універсальною або такою, що ідеально підходить для впровадження в конкретній країні. Насправді, не існує держави, яка б використовувала одну з цих моделей у «чистому» вигляді без впливу елементів інших моделей. Так, навіть у країнах із переважним бюджетним фінансуванням активно розвивається добровільне медичне страхування, що дозволяє громадянам покривати витрати на медичні послуги понад гарантований державою обсяг. Аналогічно, у державах із розвиненим обов'язковим медичним страхуванням держава часто підтримує систему через бюджетні трансферти, які спрямовуються на покриття окремих витрат чи реалізацію програм розвитку. І навіть у країнах із приватною системою охорони здоров'я існують механізми забезпечення доступу до медичних послуг для громадян, які не можуть оплатити їх самостійно.

Бюджетна модель фінансування охорони здоров'я, або модель Беверіджа, характеризується такими основними рисами: медичні послуги загально доступні для всіх громадян незалежно від їхнього внеску у фінансування; бюджетні кошти для надання медичної допомоги формуються за рахунок цільових податків або загальних доходів державного, регіонального та місцевих бюджетів; особлива увага приділяється ретельному плануванню витрат та жорсткому контролю з боку державних органів за розподілом коштів між медичними провайдерами і цільовим використанням ресурсів; існує відповідність між кількістю пацієнтів, які отримали послуги, та обсягами фінансування.

У країнах з бюджетною моделлю приблизно 80–85% усіх ресурсів галузі охорони здоров'я забезпечується за рахунок бюджетних коштів, тоді як решту фінансування покривають системи добровільного медичного страхування (близько 10%) і власні кошти пацієнтів. Відповідно до такої структури фінансування, провідне місце серед постачальників медичних послуг займають державні та комунальні заклади охорони здоров'я, проте приватні медичні установи створюють конкурентне середовище та також можуть отримувати бюджетні компенсації за надані населенню послуги.

Модель Беверіджа забезпечує максимально широкий доступ населення до медичних послуг, оскільки відсутні фінансові чи інші бар'єри.

Таблиця 1.2

**Порівняльна характеристика основних моделей
фінансування охорони здоров'я**

Система фінансування	Основний принцип	Країни, де застосовується	Особливості	Переваги	Недоліки
1	2	3	4	5	6
Система Бісмарка	Обов'язкові внески на медичне страхування, яке адмініструють неприбуткові організації.	Німеччина, Франція, Швейцарія, Бельгія, Австрія	Страхові внески для всіх працюючих осіб; приватні страховики, що працюють під контролем держави.	Висока доступність медичних послуг, швидка реакція на потреби населення.	Високі витрати на адміністрацію, нерівність доступу через статус платника.
Система Беверіджа	Повністю державне фінансування через податки.	Великобританія, Іспанія, Італія, Швеція, Канада	Безкоштовні медичні послуги для всіх громадян; державні лікарні та клініки.	Безкоштовне медичне обслуговування для всіх громадян, високий рівень рівності.	Високі податки, тривалі черги на лікування, дефіцит ресурсів.
Система Сіماشко	Державне фінансування медичних послуг через центральні органи управління.	СРСР, Куба, деякі пострадянські країни	Державне управління охороною здоров'я, безкоштовні медичні послуги для всіх.	Універсальне покриття, доступність послуг на всіх рівнях.	Бюрократія, неефективність, низька якість послуг, відсутність мотивації до інновацій.
Моделі «гроші йдуть за пацієнтом» (платежі за послугу)	Оплата медичних послуг через державні або приватні організації (страхові компанії).	США (частково), Україна (в рамках реформи НСЗУ), Чехія	Пацієнти обирають медичні заклади, і медичні установи отримують фінансування за кількість пацієнтів.	Сприяє підвищенню конкуренції та якості послуг, більша доступність для пацієнтів.	Можливі проблеми з якістю послуг, дефіцит фінансування для медичних установ.
Приватне медичне страхування	Пацієнти купують медичне страхування для отримання медичних послуг.	США (для багатьох), Мексика, Аргентина	Часто поєднується з іншими системами, але основне фінансування через приватні страховки.	Може забезпечити високий рівень медичного обслуговування, швидкий доступ до послуг.	Висока вартість страхування, не кожен може дозволити собі оплатити.
Гібридні моделі	Комбінація державного та приватного фінансування.	Нова Зеландія, Австралія, Японія, Канада	Спільне фінансування державою і приватними страховими компаніями; доступність послуг через державну та приватну систему.	Підвищення доступності медичних послуг для різних категорій громадян, зниження навантаження на державний сектор.	Проблеми з рівністю доступу та оплатою, адміністрування обох систем.

Джерело: побудовано на основі [8, с. 46].

Проте, вона має кілька суттєвих недоліків: сильну залежність від бюджету, що знижує фінансову стабільність системи; значні витрати на управління охороною здоров'я; а також ускладнені процедури прийняття рішень, характерні для державного сектора. Крім того, відсутність прибуткової мотивації для покращення якості послуг пов'язана з тим, що більшість медичних установ працюють на неприбутковій основі. Через обмеженість бюджетних коштів для цієї моделі характерні тривалі черги на медичні послуги, які можуть тривати від декількох днів до кількох місяців.

Страхова модель фінансування охорони здоров'я, або модель Бісмарка, базується на принципах солідарності та страхування. Фінансування здійснюється через страхові фонди, які формуються за рахунок внесків роботодавців і працівників, розмір яких залежить від рівня їх заробітку. Особи, які працюють на себе, сплачують внески відповідно до своїх доходів від професійної діяльності. У більшості країн з цією моделлю (наприклад, у Німеччині, Бельгії) внески поділяються порівну між роботодавцем і працівником, хоча у Франції основний тягар лягає на роботодавців.

Хоча основне фінансування у моделі Бісмарка забезпечується страховими фондами, держава також надає додаткові кошти для підтримки стабільності системи. Ці державні ресурси гарантують доступ усіх громадян до мінімального пакету медичних послуг незалежно від участі у страховій системі. Цей пакет визначається державними стандартами медичного обслуговування, регулюванням цін на послуги та механізмами розрахунків між державними органами і страховими фондами [9]. Завдяки обов'язковому медичному страхуванню покривається близько трьох чвертей потреби в фінансуванні медичних послуг, а решта коштів надходить з державного бюджету, добровільного страхування та інших джерел.

Однією з головних переваг страхової моделі фінансування охорони здоров'я є відносно низькі витрати на її адміністрування. Управління страховими фондами здійснюється на паритетних засадах державою та представниками застрахованих,

причому ці фонди є незалежними від органів державної влади. Для цієї моделі характерна організація та державне регулювання ринку медичного страхування, що сприяє появі елементів конкуренції між страховими компаніями, але при цьому не погіршує доступність страхового захисту для соціально вразливих груп населення. Завдяки такій організації майже все населення країн із страховою моделлю охорони здоров'я охоплене медичним страхуванням. Виняток становлять найбільш забезпечені громадяни, які можуть вийти з обов'язкового медичного страхування за умови участі у добровільному комерційному страхуванні. Такий підхід застосовується, наприклад, у Нідерландах. Натомість у Німеччині забезпечені верстви населення законодавчо звільнені від обов'язкового медичного страхування, яке є обов'язковим для найманих працівників.

Приватна модель фінансування охорони здоров'я (модель споживацьких переваг) базується на медичному підприємстві та існуванні конкурентного ринку медичних послуг, які надають приватні провайдери. Витрати на медичну допомогу покриваються переважно за рахунок власних коштів пацієнтів і ресурсів добровільного медичного страхування. У цій моделі державне регулювання ринку медичних послуг обмежене, що призводить до постійного зростання вартості медичних послуг і адміністративних витрат. Роль держави полягає передусім у забезпеченні медичним страхуванням соціально незахищених категорій населення - безробітних, малозабезпечених тощо. [10] Особливістю цієї моделі є значна частка фінансування від організацій громадянського суспільства, таких як благодійні фонди, релігійні громади та громадські організації, які утримують деякі медичні заклади. Проте основну роль продовжують відігравати приватні медичні установи, що працюють на комерційній основі.

У наукових колах приватну модель фінансування охорони здоров'я вважають суперечливою, адже з одного боку вона забезпечує високу якість медичних послуг, постійне впровадження нових медичних технологій і стимулює підвищення кваліфікації медичного персоналу. З іншого боку, її суттєвими недоліками є значна вартість медичного обслуговування та обмежений доступ до

нього для багатьох верств населення. Комерційне медичне страхування змушує страхові компанії орієнтуватися на здорових, молодих і заможних клієнтів, тоді як люди з низьким доходом або хронічними захворюваннями часто залишаються без належного страхового захисту. Висока ціна медичних послуг у цій моделі є наслідком практично відсутнього державного контролю над цим сектором, що робить її дискримінаційною щодо значної частини населення, позбавляючи їх доступу до необхідної медичної допомоги.

Аналіз основних характеристик світових моделей фінансування охорони здоров'я показує, що в нашій країні після проведення медичної реформи домінує бюджетна модель (модель Беверіджа). Водночас, на відміну від інших держав з переважанням бюджетного фінансування, добровільне медичне страхування тут не має суттєвого впливу на формування фінансових ресурсів галузі. За експертними оцінками, навіть після реформ, спрямованих на посилення зв'язку між фінансуванням і якістю медичних послуг, вітчизняна система охорони здоров'я залишається вразливою через проблеми у сфері публічних фінансів. У ситуації значного дефіциту бюджетних коштів найоптимальнішим шляхом було б реформування системи охорони здоров'я з переходом до страхової моделі фінансування, де бюджетні ресурси виконували б роль додаткового джерела коштів для реалізації цільових програм у галузі.

РОЗДІЛ 2

ПРАКТИКА І ПРОБЛЕМАТИКА ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

2.1. Аналіз тенденцій формування обсягів джерел та структури фінансування охорони здоров'я

Головним завданням системи охорони здоров'я є забезпечення реалізації конституційного права кожної людини на доступ до медичних послуг та гарантування безпечних умов життєдіяльності. Формування фінансових ресурсів галузі сьогодні характеризується значною динамікою як у обсягах, так і у структурі джерел фінансування, що обумовлено двома масштабними реформами — медичною реформою, яка спрямована на зміну існуючої моделі фінансування, та реформою місцевого самоврядування, що передбачає передачу частини повноважень від центральної влади до органів місцевого рівня. Важливу роль у формуванні фінансування охорони здоров'я відіграє перехід до клієнтоорієнтованих підходів у роботі медичних установ і впровадження ринкових механізмів у публічному секторі. Завдяки цим змінам в Україні очікується застосування передових європейських практик публічного управління, впровадження світових стандартів медичного обслуговування та підвищення рівня турботи про здоров'я кожного громадянина.

Одним із ключових завдань медичної реформи в Україні є вдосконалення фінансового управління у сфері охорони здоров'я, зокрема перехід від управління витратами до цілеспрямованого контролю за результативністю. Важливо зміцнити зв'язок між обсягами фінансування окремих напрямків медичної допомоги та

досягнутими показниками їх ефективності. Запровадження цих новацій спрямоване на розв'язання системної проблеми, коли збільшення фінансування з різних джерел майже не впливає на покращення суспільного здоров'я, якості та доступності медичних послуг.

Протягом XX століття фінансування системи охорони здоров'я зазнало суттєвих змін, головною рисою яких стало зростання ролі держави у забезпеченні медичних послуг фінансовими ресурсами. Наразі у більшості країн з ринковою економікою державні кошти є одним із ключових джерел фінансування охорони здоров'я, при цьому значну роль продовжують відігравати й особисті заощадження населення. Водночас у деяких державах із ліберальною економікою (наприклад, США, Канаді) охорону здоров'я розглядають як звичайний сектор ринку, що функціонує за принципами комерційної вигоди. У таких країнах держава фінансує медичне обслуговування лише для обмежених категорій громадян - малозабезпечених, пенсіонерів, ветеранів збройних сил тощо.

Фінансування охорони здоров'я з публічних джерел є не лише проявом соціальної функції держави, а й має обґрунтоване економічне підґрунтя. Згідно з концепцією сталого людського розвитку, інвестиції в охорону здоров'я приносять значну економічну вигоду, порівнянну з інвестуванням у основні фонди [11, с. 62]. Ця вигода проявляється у зменшенні втрат робочого часу через захворювання працездатного населення та підвищенні продуктивності працівників із добрим здоров'ям. Хоча деякі дослідники застерігають не надавати надмірного значення фінансуванню охорони здоров'я як чиннику суспільного здоров'я, враховуючи, що «здоров'я кожної людини залежить від багатьох факторів - способу життя, спадковості, умов праці, стану довкілля тощо, а лише частково - від розвитку системи охорони здоров'я» [12, с. 46], все ж розвиток ефективної фінансової моделі галузі заслуговує на пильну увагу.

Вітчизняна модель фінансування охорони здоров'я базується на залученні фінансових ресурсів з різних джерел: державного та місцевих бюджетів, фондів соціального страхування, недержавного медичного страхування, власних коштів

населення і бізнесу, лікарняних кас та інших форм колективного фінансування, а також трансфертів від благодійних організацій, доходів медичних установ від використання майна та інших джерел. Серед останніх тенденцій спостерігається зростання ролі фінансування з боку бізнес-структур, які підтримують медичні заклади через програми корпоративної соціальної відповідальності, а також посилення значення благодійних фондів і меценатів у зміцненні матеріальної бази охорони здоров'я. Проте, такі внески поки що не змінюють суттєво структуру джерел фінансування галузі, основу якої становлять кошти населення та бюджетні ресурси.

Питання про реальну структуру фінансових ресурсів охорони здоров'я залишається предметом дискусій. За оцінками деяких фахівців, які глибоко вивчають проблеми розвитку галузі, через значний рівень тіньового сегменту медичних послуг і толерування суспільством неофіційних платежів (так званих «подяк» медпрацівникам за якість та увагу під час кожного звернення, народження дитини, операцій тощо) внесок домогосподарств у фінансування охорони здоров'я перевищує дві третини загальних фінансових ресурсів галузі. За неофіційними даними, обсяги тіньового ринку медичних послуг сягають від 10 до 20 млрд доларів США і не відображаються у офіційній статистиці [13]. Водночас інші дослідники, зокрема В. Лехан, В. Рудий, О. Виноградов та інші, радять не перебільшувати роль населення у фінансуванні охорони здоров'я, вважаючи, що її значення перебільшене через медійну увагу та стереотипи, а реальна питома вага домогосподарств коливається в межах 20–40% загального обсягу фінансування [14, с. 36; 15, с. 28].

На нашу думку, при оцінці структури фінансових ресурсів охорони здоров'я не слід покладатися на неофіційні опитування та чутки. Більш об'єктивними є дані аналітичної платформи VoxUkraine, яка відзначає паритет у внесках населення та держави у формування фінансових ресурсів галузі [16]. Ці висновки підтверджуються офіційною статистикою, де на бюджетне фінансування

припадає приблизно половина загальних ресурсів, а внесок домогосподарств і приватного сектору є майже рівним [17].

Згідно із сателітним рахунком охорони здоров'я, що формується Державною службою статистики, у 2020 році загальні витрати на охорону здоров'я з усіх джерел склали 329,3 млрд грн. З них 164,3 млрд грн (49,9%) надійшло з державних ресурсів, включно з бюджетами різних рівнів та фондами соціального страхування. Домогосподарства спрямували 152,8 млрд грн (46,4%) на потреби галузі, а решта – близько 12,3 млрд грн – припадає на внески бізнес-структур, лікарняних кас, недержавного медичного страхування та міжнародні трансферти. Подібні тенденції спостерігалися й у попередні роки, із поступовим посиленням ролі держави як головного фінансового агента в охороні здоров'я. Таким чином, в Україні сформувалася змішана, державно-приватна модель фінансування охорони здоров'я, заснована на паритеті державних і приватних ресурсів (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

**Загальні витрати на охорону здоров'я
з усіх джерел фінансування в Україні у 2018-2020 рр.**

Показники	2018		2019		2020	
	млрд грн	%	млрд грн	%	млрд грн	%
Ресурси держави	125,63	47,6	137,06	46,8	164,34	49,9
Державний бюджет	30,27	11,5	44,90	15,3	121,67	36,9
Місцеві бюджети	94,35	35,7	91,17	31,1	42,25	12,8
Фонди соціального страхування	1,01	0,4	0,99	0,3	0,42	0,1
Ресурси недержавного сектору	136,48	51,7	153,85	52,5	163,50	49,6
Ресурси суб'єктів господарювання	5,10	1,9	9,62	3,3	10,75	3,3
Витрати домогосподарств	131,38	49,7	144,23	49,2	152,76	46,4
Трансферти з-за кордону	2,01	0,8	2,12	0,7	1,50	0,5
Загальні витрати на охорону здоров'я	264,12	100,0	293,02	100,0	329,34	100,0

Джерело: побудовано автором за [18]

Згідно з офіційною статистикою, суспільні видатки на охорону здоров'я протягом останнього десятиліття демонструють поступове зростання. За цей період вони збільшилися на 213,6 млрд грн в абсолютних показниках, або у 2,8 раза. Проте такі висновки слід розглядати з обережністю, оскільки значна частина цього зростання була знівельована інфляційним фактором. З урахуванням інфляції, найвищі темпи якої спостерігалися у 2014–2017 роках, обсяг фінансових ресурсів, спрямованих на охорону здоров'я у 2020 році в цінах 2013 року, становив лише 120,0 млрд грн. Таким чином, реальний приріст фінансування галузі за десять років становить всього 3,7%.

Ці висновки підтверджує динаміка питомої ваги суспільних витратків на охорону здоров'я у відношенні до ВВП, яка протягом останнього десятиліття не має чіткої вираженої тенденції. Особливо варто відзначити, що у період високої інфляції 2015–2017 років показник поступово знижувався з 7,84% до 7,50%, а в наступні два роки цей спад тривав, доки у 2019 році не було зафіксовано мінімальне значення – 7,37%. Однак у 2020 році завдяки значному зростанню бюджетних витратків на охорону здоров'я цей показник піднявся до 7,85%, що відповідає рівню 2013 року (рис. 2.1).



Рис. 2.1. Динаміка суспільних витрат на охорону здоров'я з усіх джерел в Україні у 2013-2020 рр., млрд грн

Джерело: побудовано автором за [18-20]

Беручи до уваги провідну роль державних фінансових ресурсів у фінансуванні охорони здоров'я, варто докладніше проаналізувати їх динаміку. Обсяги коштів, що надходять з фондів соціального страхування, протягом останніх років залишаються на рівні 0,5–1,0 млрд грн на рік, або 0,1–0,4% від загального фінансування галузі, і тому практично не відчутні серед державних видатків. Натомість, бюджетні кошти спрямовуються у галузь кількома шляхами: через пряме фінансування витрат на діяльність медичних закладів (що збереглося для найважливіших медичних установ, що надають спеціалізовану допомогу), через програму державних медичних гарантій, фінансування якої здійснює Національна служба здоров'я України, субвенції місцевим бюджетам на різні медичні програми, а також за рахунок власних доходів медичних установ.

Варто також зазначити, що офіційні платежі населення за медичні послуги враховуються як власні надходження бюджетних установ, які використовуються для зміцнення матеріальної бази та інших потреб медичних закладів. Через це показники бюджетних видатків на охорону здоров'я є вищими за ті, що відображені у сателітному рахунку галузі.

У 2023 році сукупний обсяг бюджетних коштів, які надійшли на охорону здоров'я з усіх рівнів бюджетів, запланований на рівні 224,4 млрд грн, що на 9,1 млрд грн більше, ніж у попередньому році. На відміну від періоду 2018–2020 років, коли видатки бюджетів на медичні послуги зросли у 1,5 раза, у 2021–2023 роках через складну економічну ситуацію та повномасштабну війну зростання склало лише 10,2%.

Варто зазначити, що за останні роки в структурі бюджетного фінансування охорони здоров'я відбулися суттєві зміни через медичну реформу та нові підходи до фінансування медичних послуг. Якщо у 2018–2019 роках основну частку фінансування забезпечували місцеві бюджети, то з 2020 року домінують видатки державного бюджету.

Проте, за запланованими на 2023 рік показниками, внесок місцевих бюджетів зросте майже у 1,5 раза - з 31,0 до 48,9 млрд грн. Це пов'язано з більшою стійкістю доходів місцевих бюджетів у порівнянні з державним, а також необхідністю державного бюджету перерозподілити кошти на оборону країни. Відповідно, видатки на охорону здоров'я з державного бюджету у 2023 році заплановані на 8,8 млрд грн меншими, ніж фактичні витрати у 2022 році (рис. 2.2).

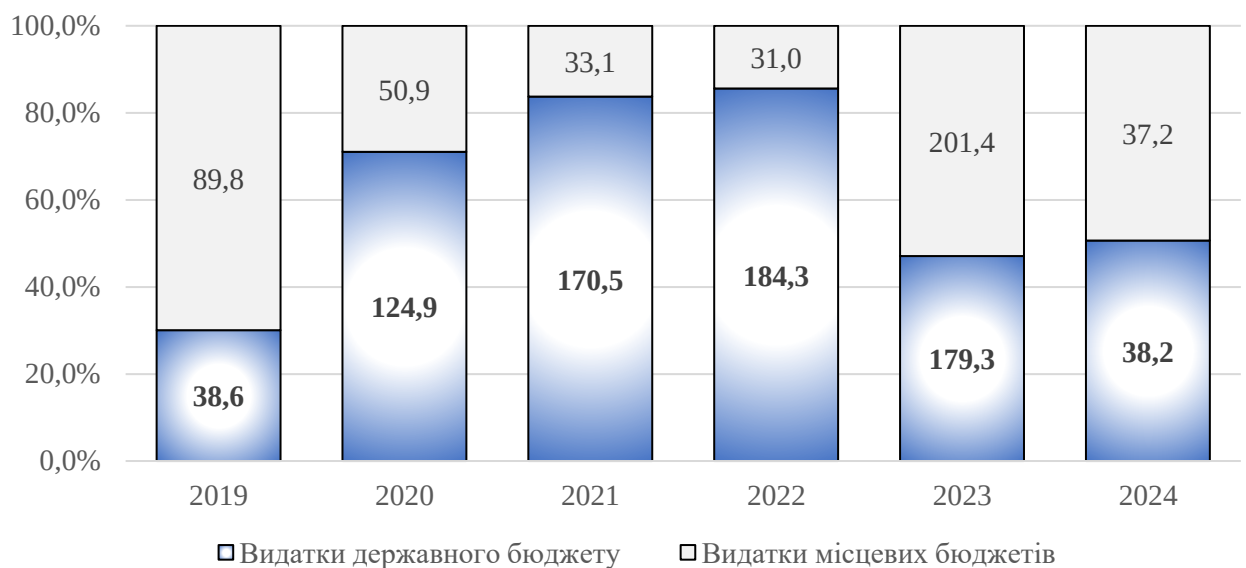


Рис. 2.2. Динаміка бюджетних видатків на охорону здоров'я у розрізі державного та місцевих бюджетів в Україні у 2019-2024 рр., млрд грн

Джерело: побудовано автором за [21].

Паралельно з перерозподілом відповідальності між рівнями публічного управління щодо фінансування охорони здоров'я, відбуваються значні зміни у розподілі бюджетних коштів між різними напрямками медичних послуг.

Зокрема, за останні роки суттєво зменшилося пряме бюджетне фінансування поліклінічної, амбулаторної, швидкої та невідкладної допомоги — з 15,9 млрд грн у 2019 році до 5,7 млрд грн у 2021–2022 роках. Водночас видатки на первинну медико-санітарну допомогу навіть зросли.

Фінансування лікарень загального профілю та санаторно-курортних закладів за цей період скоротилося в 2,5 раза - у 2022 році на них було виділено 28,6 млрд грн.

Натомість витрати на санітарно-епідеміологічні та протиепідемічні заходи зросли у 6,2 раза - до 11,7 млрд грн, а на інші медичні потреби - у 4,4 раза, до 169,3 млрд грн (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

**Бюджетні видатки на охорону здоров'я (за видами послуг
та рівнями бюджетів) у 2019-2024 рр., млрд грн**

Показники		2019		2020		2021		2022		2023		2024	
		млрд грн	%	млрд грн	%	млрд грн	%	млрд грн	%	млрд грн	%	млрд грн	%
Видатки на послуги охорони здоров'я, всього, в т. ч.:	всього	128,4	100,0	175,8	100,0	203,6	100,0	215,3	100,0	217,5	100,0	238,61	100,0
	держ. бюдж.	38,6	30,1	124,9	71,0	170,5	83,7	184,3	85,6	179,3	82,4	201,4	84,4
	місц. бюдж.	89,8	69,9	50,9	29,0	33,1	16,3	31,0	14,4	38,2	17,6	37,21	15,6
послуги поліклінічної, амбулаторної, швидкої та невідкладної допомоги, в т.ч.:	всього	15,9	100,0	8,1	100,0	5,7	100,0	5,7	100,0	6,88	100,0	6,85	100,0
	держ. бюдж.	0,2	1,3	0,1	1,2	0,3	5,3	0,3	5,3	0,38	5,5	0,44	6,4
	місц. бюдж.	15,7	98,7	8,0	98,8	5,4	94,7	5,4	94,7	6,5	94,5	6,41	93,6
<i>послуги первинної медико- санітарної допомоги</i>	всього	2,3	100,0	2,4	100,0	2,9	100,0	2,9	100,0	3,7	100,0	3,84	100,0
	держ. бюдж.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00
	місц. бюдж.	2,3	100,0	2,4	100,0	2,9	100,0	2,9	100,0	3,7	100,0	3,84	100,0
послуги загального профілю та санаторно- курортні послуги	всього	72,2	100,0	38,6	100,0	28,8	100,0	28,6	100,0	33,2	100,0	37,33	100,0
	держ. бюдж.	8,2	11,4	7,8	20,2	14,1	49,0	13,6	47,6	13,5	40,7	17,5	46,9
	місц. бюдж.	64,0	88,6	30,8	79,8	14,7	51,0	15,0	52,4	19,7	59,3	19,83	53,1
санітарно-профілактичні та протиепідемічні заходи	всього	1,9	100,0	4,4	100,0	7,6	100,0	11,7	100,0	13,2	100,0	9,93	100,0
	держ. бюдж.	1,7	89,5	4,2	95,5	7,4	97,4	11,6	99,1	13,0	98,5	9,88	99,5
	місц. бюдж.	0,2	10,5	0,2	4,5	0,2	2,6	0,1	0,9	0,2	1,5	0,05	0,5
інші видатки	всього	38,4	100,0	124,7	100,0	161,5	100,0	169,3	100,0	163,3	100,0	183,69	100,0
	держ. бюдж.	28,5	74,2	112,8	90,5	148,7	92,1	158,8	93,8	151,5	92,8	172,78	94,1
	місц. бюдж.	9,9	25,8	11,9	9,5	12,8	7,9	10,5	6,2	11,8	7,2	10,91	5,9

Джерело: побудовано автором за [21].

Відзначається чіткий розподіл повноважень між державними та місцевими органами влади у фінансуванні окремих напрямів медичних послуг. Місцеві бюджети переважають у фінансуванні первинної та невідкладної медичної допомоги. Фінансування лікарень загального профілю та санаторно-курортних послуг здійснюється на паритетних засадах між державою та місцевою владою. Водночас заходи з протидії епідеміям і інші видатки переважно фінансує державний бюджет.

Видатки на охорону здоров'я у Державному бюджеті на 2025 р. становлять 219,6 млрд грн (17,9% усіх видатків та 2,6% прогнозованого ВВП*). Рис. 2.3. Це на 8% більше порівняно з уточненим бюджетом на 2024 р.

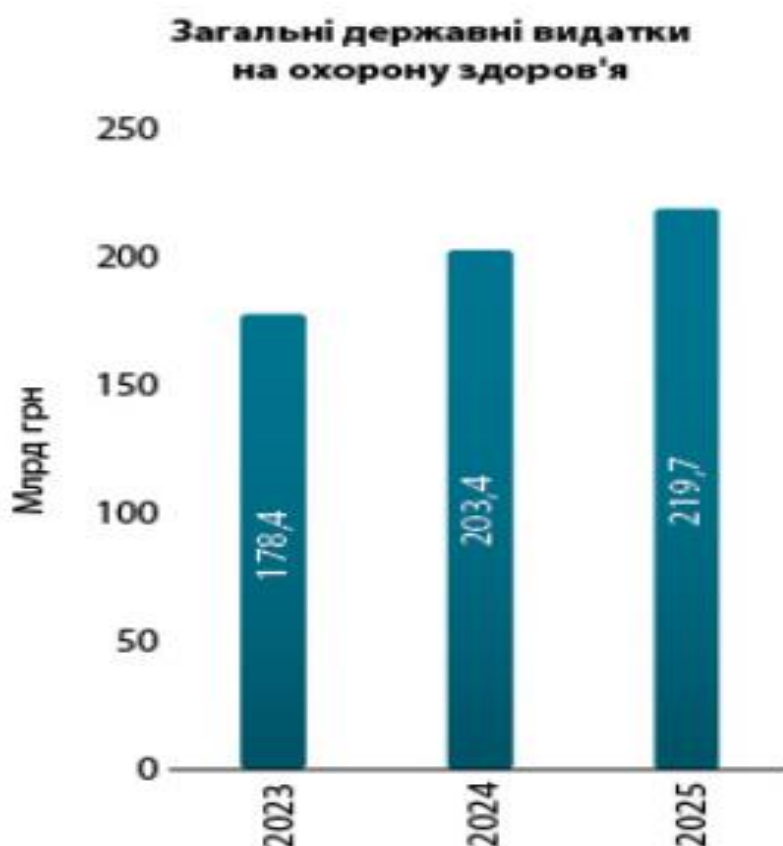


Рис. 2.3. Загальні державні видатки на охорону здоров'я у 2025 р. та основні статті витрат і порівняння з 2023–2024 рр. [22]

Найбільшою статтею витрат, як і в попередні роки, є реалізація програми державних гарантій медичного обслуговування населення (ПМГ) (рис. 2.4).



Рис.2.4 Ключові витрати на охорону здоров'я у 2025 році[22]

За останні три роки в межах ПМГ відмічається тенденція до збільшення фінансування. Рис. 2.5

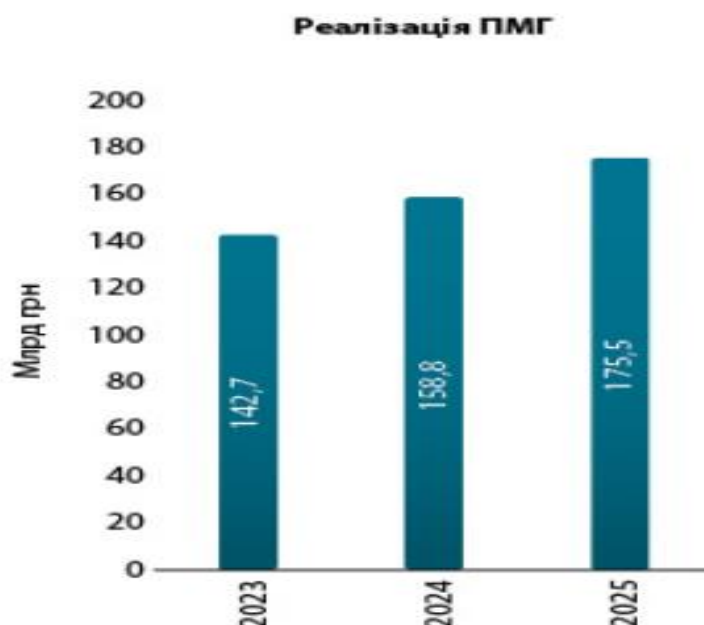


Рис. 2.5. Динаміка реалізації ПМГ за 2023-2025 рр. [22]

Фінансування цієї статті витрат порівняно з поточним роком збільшується на 10,6% - до 175,5 млрд грн. За ці кошти фінансуватимуть надання первинної медичної допомоги, екстреної медичної допомоги, спеціалізованої медичної допомоги в амбулаторних та стаціонарних умовах з урахуванням пріоритетних

послуг та станів, послуг психологічної підтримки та психіатричної допомоги, трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів, паліативної медичної допомоги та медичної реабілітації, лікування безпліддя із застосуванням допоміжних репродуктивних технологій, а також реімбурсацію вартості лікарських засобів та медичних виробів. На керівництво та управління у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення, що здійснює Національна служба здоров'я України (НСЗУ), передбачено 206,3 млн грн.

На централізовану закупівлю лікарських засобів та медичних виробів спрямовується 11,8 млрд грн. (Рис.2.6) Передбачається, зокрема, закупівля препаратів для лікування ВІЛ/СНІДу, туберкульозу, онкологічних, серцево-судинних, рідкісних орфанних захворювань, забезпечення заходів імунопрофілактики населення, донорства крові, ендопротезування та наборів для імплантації, слухових апаратів, а також медичних виробів для лікування травм.

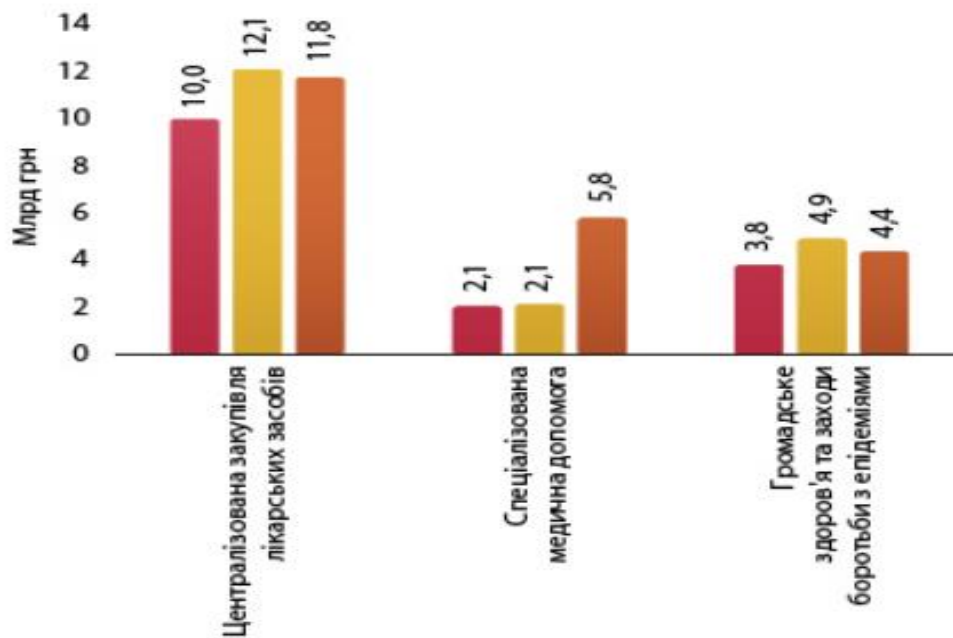


Рис. 2.6 Ключові складові ПМГ у 2025 р. [22]

Крім зазначеного варто зупинитися на тому, що в рамках ПМГ надавалася первинна медична допомога. Аналіз динаміки надавачів на ПМГ передбачено



Рис. 2.7. Динаміка кількості надавачів ПМД за формою власності [23]



Рис. 2.8. Динаміка виплат від НСЗУ надавачам ПМД в період з по 2024 рр. [23]

Водночас варто відмітити, що кількість захворювань, охоплених програмою «Доступні ліки», суттєво зросла, як і перелік міжнародних непатентованих найменувань (МНН) та торгових назв препаратів, включених до програми (рис. 2.9).

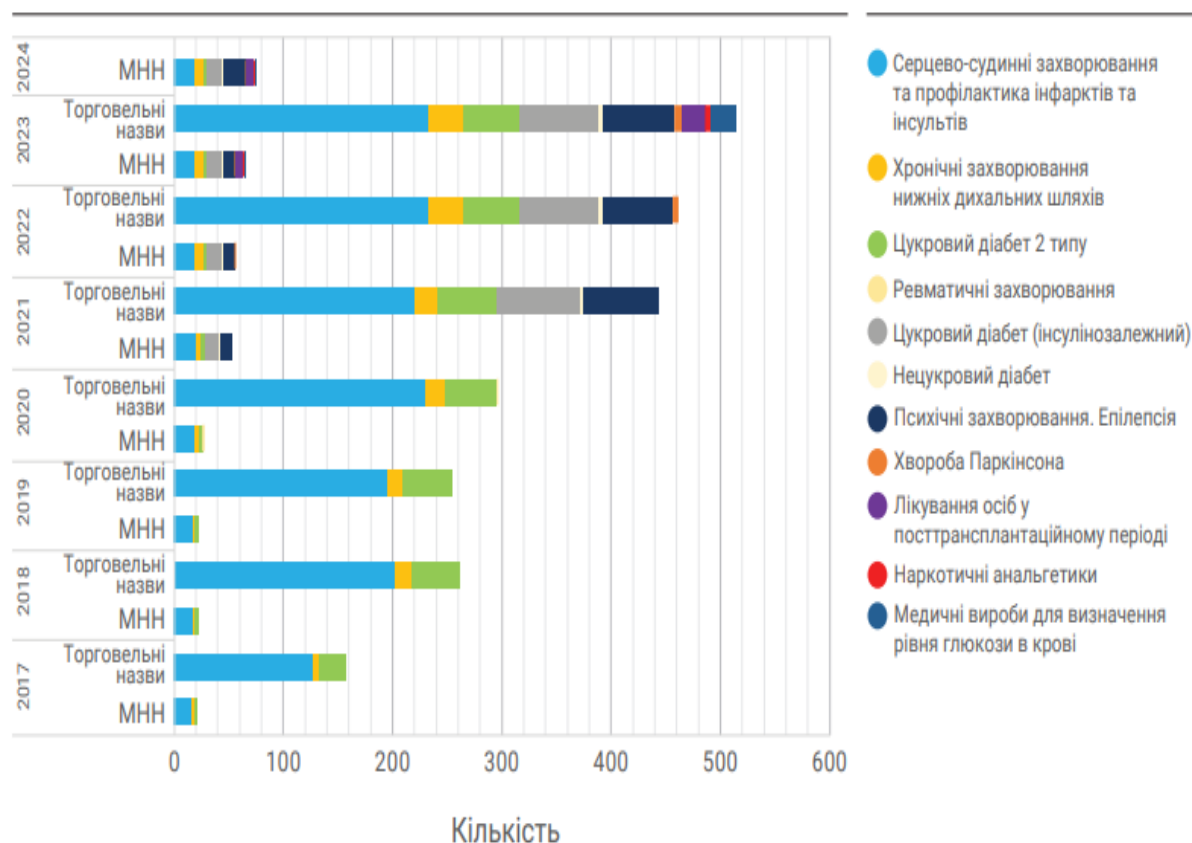


Рис. 2.9. Покриття програми «Доступні ліки» у 2017–2024 рр.

Джерело: дані наказів МОЗ за 2017–2022 рр [24]

Однак наразі спостерігається низький рівень узгодженості між програмою, Національним переліком основних лікарських засобів і чинними клінічними настановами.

У період 2024–2027 років серед основних напрямів розвитку, визначених НСЗУ, є розширення забезпечення комбінованими препаратами для лікування серцево-судинних хвороб, медичними виробами, засобами для терапії психічних і поведінкових розладів, пероральними препаратами для лікування діабету, а також антикоагулянтами. Водночас лише три з десяти МНН, що були додані до програми у 2024 році, включені до Нацпереліку, хоча всі вони входять до Переліку основних лікарських засобів ВООЗ.

Включення лікарських засобів до програми повинно базуватися на актуальних та економічно обґрунтованих клінічних настановах. Проте це

ускладнюється відсутністю усталеної системи клінічних рекомендацій в Україні та відмінностями від міжнародних стандартів.

Від моменту запуску програми «Доступні ліки» її фінансування зросло у чотири рази. У 2023 році майже половина бюджету була спрямована на препарати для лікування цукрового діабету 1 типу (рис.2.10).

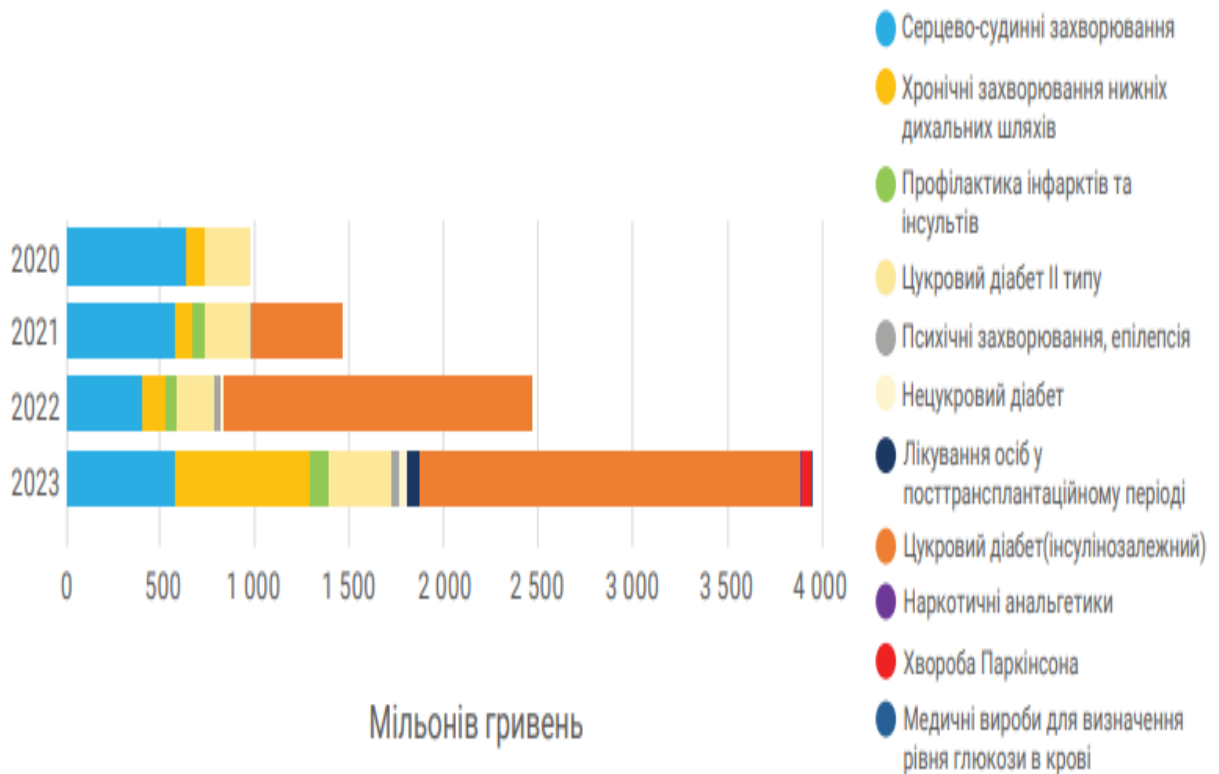


Рис.2.10. Бюджет та склад програми «Доступні ліки» на 2020–2023 рр. [25]

Загалом 80 % усіх рецептів припадає на три групи захворювань - серцево-судинні недуги, хронічні хвороби нижніх дихальних шляхів та діабет 2 типу. Також істотно збільшилися витрати на ліки для лікування психічних і поведінкових розладів: удесятеро зріс обсяг фінансування, утричі - кількість унікальних пацієнтів, і вдсятеро - кількість повторно виписаних рецептів. Така динаміка частково зумовлена зростанням потреб у контексті повномасштабної війни.

Аналіз даних на основі діагностично споріднених груп (ДСГ) дозволяє визначити пріоритетні стани, які потребують найбільших фінансових витрат з

боку держави, а також ті, що мають найвищу захворюваність серед населення. Так, на 20 найкоштовніших AR-DRG припадає 27 % загальних витрат НСЗУ за трьома ключовими пакетами: «Стаціонарна допомога дорослим і дітям без хірургічних втручань», «Хірургічні операції в умовах стаціонару» та «Хірургічні операції в умовах стаціонару одного дня» (див. табл. 4). Водночас, 20 найпоширеніших AR-DRG охоплюють 32 % усіх випадків госпіталізації за цими пакетами (табл. 2.3).

Однак поточна структура цих 20 основних AR-DRG не враховує деякі значні за витратами та поширеністю категорії стаціонарної допомоги. Зокрема, це лікування онкологічних захворювань та низка пріоритетних напрямів, фінансування яких здійснюється окремо від системи AR-DRG: «Допомога при пологах», «Гострий мозковий інсульт», «Ускладнені неонатальні випадки», «Гострий інфаркт міокарда» та «Реабілітаційна допомога у стаціонарних та амбулаторних умовах».

Сукупно ці пріоритетні пакети охоплюють приблизно пів мільйона госпіталізацій та формують 11,2 млрд грн витрат, що відповідає показникам найвитратніших AR-DRG.

Це вказує на необхідність подальшого розвитку та зміцнення первинної медичної допомоги (ПМД), зокрема з метою зниження кількості уникнутих госпіталізацій. Покращення амбулаторного спостереження та лікування таких поширених хвороб, як артеріальна гіпертензія, атеросклероз, цукровий діабет, бронхіт і бронхіальна астма, може суттєво зменшити навантаження на стаціонарну ланку та оптимізувати використання ресурсів системи охорони здоров'я.

Фінансування напрямку «Спеціалізована медична допомога» у 2025 р. збільшується порівняно з поточним роком майже у 3 рази і становитиме 5,8 млрд грн. Видатки на систему громадського здоров'я та заходи боротьби з епідеміями у Держбюджеті на 2025 р. враховано у сумі 4,4 млрд грн. На будівництво, модернізацію та оснащення закладів охорони здоров'я передбачено 1,3 млрд грн.

Для надання окремих медичних послуг (зубопротезування, надання планової стоматологічної допомоги, послуги зі здійснення забору, кріоконсервації

та зберігання репродуктивних клітин) захисникам України у бюджеті виділено 939 млн грн. Це майже удвічі менше, ніж передбачено бюджетом на поточний рік.

Таблиця 2.3

20 найбільших AR-DRGs за платежами в Україні, 2023 р[25]

AR-DRGs	Кількість випадків	Приблизна сума млн грн	Частка від загального обсягу
F62 Серцева недостатність і шок	210 642	1 864	3%
B81 Інші розлади нервової системи	195 906	1 793	3%
B71 Ушкодження черепних та периферичних нервів	196 130	1 696	2%
H08 Лапароскопічна холецистектомія	34 773	1 450	2%
E62 Респіраторні інфекції і запалення	136 871	1 056	2%
F66 Атеросклероз коронарних судин	165 179	844	1%
G02 Складні операції на тонкому і товстому кишечнику	19 391	836	1%
E69 Бронхіт та астма	161 802	806	1%
D63 Запалення середнього вуха та інфекції верхніх дихальних шляхів	192 311	779	1%
G70 Інші розлади травної системи	147 365	765	1%
G10 Операції з вправлення грижі	56 471	757	1%
I69 Захворювання кісток та артропатії	118 929	669	1%
803 Гостра респіраторна хвороба COVID-19, спричинена коронавірусом SARS-CoV-2, високої важкості	23 874	655	1%
I13 Операції на плечовій кістці, великогомілкової кістці, малоомілкової кістці і щиколотці	25 909	653	1%
K60 Діабет	84 022	635	1%
X06 Інші операції при інших пошкодженнях	37 030	610	1%
G03 Операції на шлунку, стравоході і дванадцятипалій кишці	11 683	598	1%
H62 Захворювання підшлункової залози, крім злоякісних новоутворень	87 959	567	1%
B67 Дегенеративні захворювання нервової системи	41 847	549	1%
G11 Операції на задньому проході та стомі	33 687	523	1%
УСЬОГО	1 981 781	18 106	27%

Також суттєво скорочується фінансування напрямку «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей» з 1,7 млрд грн у 2024 р. до 361,5 млн грн у 2025 р.

Стосовно нових програм, яких раніше не було, заплановано здійснення заходів із забезпечення житлом медичних працівників з метою заповнення вакантних посад у сільській місцевості — у сумі 100 млн грн. Також передбачено 3,4 млрд грн на реалізацію публічних інвестиційних проєктів Міністерства охорони здоров'я України.

З метою підтримки комунальних закладів у системі охорони здоров'я, які не надають медичних послуг за ПМГ, у 2025 р. збережено субвенцію на здійснення підтримки окремих закладів та заходів у системі охорони здоров'я в обсязі 1,3 млрд грн. Також передбачено субвенцію з державного бюджету місцевим бюджетам на реалізацію публічних інвестиційних проєктів у сфері охорони здоров'я у сумі 1,7 млрд грн.

Враховуючи значну роль бюджетних ресурсів та трансформації вітчизняної моделі фінансування медичних послуг у зв'язку з медичною реформою, необхідно провести більш детальний аналіз цього питання у наступному пункті роботи.

2.2. Проблемні аспекти бюджетного фінансування охорони здоров'я

Формування обсягів і структури бюджетних видатків на охорону здоров'я в останні роки відбувається під впливом серйозних викликів, що загрожують безпеці та суверенітету країни. У 2020–2021 роках ключовим фактором стала пандемія COVID-19, що спричинила зростання фінансування санітарно-профілактичних заходів у 2,2 та 1,7 раза відповідно. Загалом за два роки ці видатки зросли у 4 рази, до 7,6 млрд грн, задовольняючи суспільний запит на підтримку системи охорони здоров'я. У 2022 році, попри скасування карантинних обмежень, фінансування санітарно-епідеміологічних заходів зросло в 1,5 раза через потребу подолання наслідків війни та руйнувань інфраструктури.

До 2019 року суспільство негативно ставилось до витрат на санітарно-профілактичні заходи, вважаючи їх марнотратством. Це пояснювалося переважним фінансуванням служб, які контролювали якість продуктів і боротьбу з фальсифікацією, але через поширену корупцію та неефективність цих органів утверджувалась думка про необхідність скорочення їх бюджету. Уряд, прагнучи покращити діловий клімат, зменшував повноваження і фінансування контролюючих органів у цій сфері.

Основні структурні зміни у бюджетному фінансуванні охорони здоров'я пов'язані з впровадженням медичної реформи, яка змінила модель фінансування медичних послуг, запровадивши принцип оплати за результатами роботи. З 2020 року в Україні почала діяти Програма медичних гарантій - державний бюджет оплачує медичні послуги та препарати за встановленими стандартами.

Кошти акумулюються на рахунках Національної служби здоров'я України (НСЗУ) і спрямовуються на оплату таких послуг, як екстрена, первинна, спеціалізована, третинна медична допомога, реабілітація, паліативна допомога, допомога при вагітності та пологах, педіатрична допомога.

З 2021 року програма працює повноцінно і включає 35 пакетів медичних послуг, серед яких є й вакцинація від COVID-19. Усього додано 8 нових пакетів, з яких 5 - перерозподілені з існуючих, а 3 - нові.

Важливою частиною реформи стало створення НСЗУ - спеціального органу, який управляє системою охорони здоров'я в оперативному режимі, тоді як Міністерство охорони здоров'я формує державну політику у цій сфері.

Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [26] заклав законодавчу базу для впровадження медичної реформи в Україні, зокрема щодо механізмів її фінансування. Цим законом передбачено запровадження Програми державних медичних гарантій, яка фінансується за рахунок державного бюджету. Особливо важливою є норма, яка встановлює, що обсяг фінансування цієї Програми має бути не меншим за 5% від ВВП, оскільки витрати на її реалізацію належать до захищених - таких, що не підлягають скороченню під час бюджетного секвестру. Проте ця вимога досі не виконується: у 2021 році витрати на Програму становили лише 2,27% ВВП, а в 2022 році - 2,81%, що суттєво нижче встановленого законом мінімуму. На 2023 рік було передбачено виділення 142,7 млрд грн, що менше, ніж у попередньому році (рис. 2.11).

Хоча Програма медичних гарантій є найбільш масштабною в системі охорони здоров'я, вона не є єдиною, що фінансується з державного бюджету. У

рамках державної бюджетної політики також реалізуються інші програми. Найбільш ресурсозатратною серед них у 2022 році була програма «Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями», на яку спрямували 11,6 млрд грн - у 1,6 раза більше, ніж роком раніше.

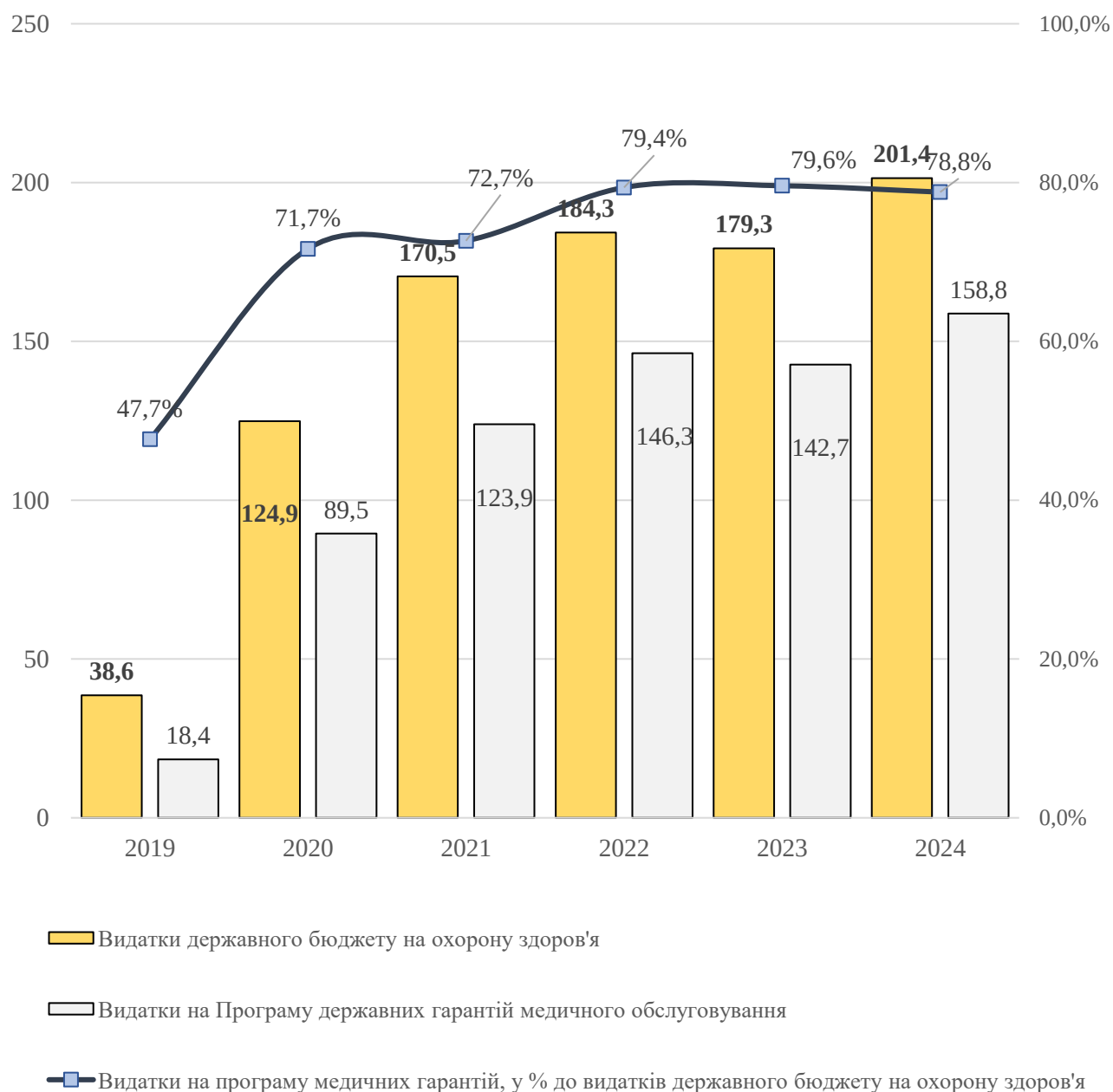


Рис. 2.11. Динаміка видатків Державного бюджету України на охорону здоров'я та Програму медичних гарантій у 2019-2024 рр., млрд грн

Джерело: побудовано автором за [27; 21]

Кошти за цією програмою використовуються для реалізації різних заходів, зокрема для закупівлі лабораторного обладнання, проведення мікробіологічних, хімічних та фізичних досліджень, а також надання медико-психосоціальної допомоги пацієнтам із чутливим і мультирезистентним туберкульозом. Це дозволяє забезпечити спеціалізовану медичну допомогу хворим на туберкульоз, що є критично важливим у контексті епідеміологічної ситуації в Україні.

Ще однією вагомою за обсягом фінансування бюджетною програмою у сфері охорони здоров'я, що фінансується з державного бюджету, є програма «Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру». У 2022 році на її реалізацію було спрямовано 8,6 млрд грн. Ця програма стабільно входить до числа найбільш ресурсомістких упродовж останніх років. Основна частина виділених коштів спрямовується на придбання лікарських засобів для окремих категорій пацієнтів, які через високу вартість медикаментів не можуть забезпечити себе лікуванням самостійно, або ж для осіб, яким такі препарати гарантовані державою.

Окрім «традиційних» бюджетних програм, що тривалий час реалізуються в межах державного бюджету, суттєвий вплив на обсяг видатків у галузі охорони здоров'я мало поширення пандемії COVID-19, яка в Україні набула особливо гострої форми. Для боротьби з пандемією та її наслідками було створено спеціальний Фонд боротьби з хворобою COVID-19, викликаною вірусом SARS-CoV-2. З цього Фонду фінансувалися окремі бюджетні програми, спрямовані на зміцнення матеріально-технічної бази медичних закладів, виплату надбавок медичним працівникам та іншим фахівцям, залученим до протидії пандемії. У 2020 році загальний обсяг фінансування таких заходів склав 10,9 млрд грн. Проте вже у 2021 році більшість цих видатків було скорочено, а у 2022 році фінансування за цими напрямками взагалі не передбачалося через переорієнтацію бюджетних ресурсів на інші, більш пріоритетні завдання (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Динаміка видатків Державного бюджету України на окремі бюджетні програми у галузі охорони здоров'я у 2020-2024 рр., млрд грн

Показники	2020		2021		2022		2023		2024	
	план	факт	план	факт	план	факт	план	факт	план	факт
Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями	4,6	4,2	2,6	7,4	4,3	11,6	13,3	12,99	5,4	1,6
Спеціалізована та високоспеціалізована медична допомога, що надається загальнодержавними закладами охорони здоров'я	1,3	1,3	1,7	2,3	2,1	2,5	2,6	2,5	6,2	1,3
Діагностика і лікування захворювань із впровадженням експериментальних та нових медичних технологій	2,1	2,0	1,7	1,9	1,9	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру	8,1	7,0	10,5	7,2	11,5	8,6	10,5	9,4	11,8	0,5
Розвиток системи екстреної медичної допомоги	0,9	0,7	3,28	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Лікування громадян України за кордоном	1,1	1,1	0,7	0,6	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей	0,9	0,7	2,5	2,4	1,4	1,2	1,9	1,1	0,3	0,1
Проведення вакцинації населення від гострої респіраторної хвороби COVID-19	0,0	0,0	2,6	9,9	2,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Видатки з Фонду боротьби з хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, в т.ч.:										
Придбання обладнання для приймальних відділень опорних закладів охорони здоров'я	2,3	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Здійснення доплат медичним та іншим працівникам закладів охорони здоров'я	5,5	5,3	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Забезпечення готовності та реагування системи громадського здоров'я на спалахи гострої респіраторної хвороби COVID-19	5,4	3,3	6,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Джерело: побудовано автором за [21]

Фінансування системи охорони здоров'я з державного бюджету охоплює не лише видатки на реалізацію окремих бюджетних програм, а й здійснюється в межах міжбюджетних відносин. До 2020 року ключовим інструментом фінансової підтримки місцевих бюджетів у сфері охорони здоров'я була медична субвенція, призначена для виплати заробітної плати медичним працівникам та сплати єдиного соціального внеску. Інші витрати, пов'язані з наданням медичних послуг, місцеві органи влади покривали за рахунок власних бюджетних ресурсів. Із впровадженням нової моделі фінансування відповідальність за оплату медичних послуг перейшла до Національної служби здоров'я України, яка фінансує їх на підставі затверджених протоколів лікування та розрахункової вартості послуг. У результаті цього обсяги субвенцій з державного бюджету на охорону здоров'я для місцевих бюджетів суттєво скоротилися.

Згідно з даними офіційної бюджетної статистики, у 2021 році найбільшою за обсягом міжбюджетною трансфертою у сфері охорони здоров'я стала субвенція на підтримку окремих установ та заходів медичної сфери, яка склала 5,4 млрд грн. У порівнянні з 2020 роком її обсяг зріс у 1,5 раза. Ці кошти були спрямовані на забезпечення функціонування будинків дитини, зокрема центрів медичної реабілітації та паліативної допомоги, а також для підтримки діяльності закладів служби крові, медико-соціальних експертних комісій, бюро судово-медичної експертизи і проведення експертиз для визначення стану алкогольного, наркотичного/іншого сп'яніння у водіїв чи впливу медичних препаратів (табл. 2.5).

У 2023 році обсяг субвенції з державного бюджету на охорону здоров'я передбачено в розмірі 2,83 млрд грн, що майже вдвічі менше порівняно з 2022 роком. Основною причиною такого скорочення стало переведення фінансування будинків дитини на інші бюджетні статті, а також необхідність загального скорочення державних витрат.

Таблиця 2.5

Субвенції з Державного бюджету України місцевим бюджетам на потреби охорони здоров'я у 2019-2024 рр., млрд грн

Показники	2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	план	факт	план	факт	план	факт	план	факт	план	факт	план	факт
Субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на потреби охорони здоров'я, в т.ч.:	58,62	58,12	22,47	21,84	6,82	6,62	3,2	2,9	2,73	2,51	3,1	2,75
Медична субвенція	56,11	56,11	14,58	14,55	—	—			-	-	-	-
Субвенція на здійснення підтримки окремих закладів та заходів у системі охорони здоров'я	н.д.	н.д.	3,61	3,55	5,45	5,41	2,96	2,83	2,24	2,19	1,99	1,92
Субвенція на реформування регіональних систем охорони здоров'я в рамках проекту «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей»	1,05	0,67	1,0	0,8	0,22	0,10	0,24	0,1	0,46	0,29	0,04	0,03
Субвенції з Фонду боротьби з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, в т.ч.:												
Субвенція на забезпечення подачею кисню ліжкового фонду закладів охорони здоров'я, які надають стаціонарну медичну допомогу	—	—	1,5	1,4	0,06	0,06	0,06	0,06	-	-	-	-
Субвенція для забезпечення опорних закладів охорони здоров'я у госпітальних округах медичним обладнанням	—	—	1,0	1,0	1,09	1,05	0,15	0,15	-	-	-	-

Джерело: побудовано автором за [21]

Крім того, у державному бюджеті передбачено незначне фінансування у вигляді субвенцій місцевим бюджетам для реалізації проекту «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей», що здійснюється у співпраці з Міжнародним банком реконструкції та розвитку (МБРР). Всі інші види трансфертів у 2022 році були припинені.

Із впровадженням медичної реформи суттєво знизився внесок місцевих бюджетів у фінансування системи охорони здоров'я. Перехід медичних закладів на пряме фінансування через Національну службу здоров'я України призвів до зменшення обсягу міжбюджетних трансфертів та, відповідно, зниження видатків місцевих бюджетів. Так, у 2022 році порівняно з 2019 роком витрати місцевих бюджетів на утримання лікарень і санаторно-курортних установ скоротилися на 75%. Зокрема, фінансування спеціалізованих медичних закладів, включаючи пологові будинки, зменшилося більш ніж на 80%. (табл. 2.6).

Таблиця 2.6

**Видатки на охорону здоров'я з місцевих бюджетів
в Україні у 2019-2024 рр., млрд грн [21]**

Показник	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Обсяг видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я, в т. ч.:	89,82	50,87	33,11	31,01	39,97	37,21
Поліклініки і амбулаторії, швидка та невідкладна допомога, в т.ч.:	15,74	7,96	5,42	5,33	7,07	6,4
<i>Центри первинної медичної допомоги</i>	2,33	2,42	2,88	2,88	4,01	3,8
Лікарні та санаторно-курортні заклади, в т.ч.:	64,00	30,81	14,72	14,99	20,82	19,8
<i>Спеціалізовані лікарні та інші спеціалізовані заклади</i>	14,92	7,01	3,11	2,84	4,62	4,4
<i>Пологові будинки</i>	3,03	1,24	0,64	0,61	0,89	0,6
Санітарно-профілактичні та протиепідемічні заходи і заклади	0,18	0,22	0,20	0,11	0,16	0,05
Інша діяльність у сфері охорони здоров'я, в т.ч.:	9,90	11,88	12,77	10,58	11,92	10,9
<i>Будинки дитини</i>	0,87	0,91	1,03	1,01	1,02	1,01
<i>Станції переливання крові</i>	0,61	0,58	0,57	0,70	0,71	0,8

Джерело: побудовано автором за [21]

Видатки на утримання поліклінік, амбулаторій, служб швидкої та невідкладної медичної допомоги скоротилися на дві третини, а фінансування санітарно-епідеміологічних закладів - майже на 40%. У підсумку, зниження

видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я у 2022 році порівняно з 2019 роком у абсолютному значенні перевищило 58,8 млрд грн

Попри загальне скорочення видатків, за окремими напрямками спостерігалось зростання фінансування. Зокрема, у 2022 році порівняно з 2019 роком збільшилися видатки місцевих бюджетів на функціонування центрів первинної медичної допомоги. Згідно з бюджетними планами на 2023 рік, очікується подальше зростання цих видатків у 1,4 раза - до 4,0 млрд грн. Це обумовлено необхідністю продовження реалізації медичної реформи, відповідно до якої саме органи місцевого самоврядування відповідають за розвиток первинної ланки медичної допомоги.

Близько третини всіх видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я припадає на статтю «Інша діяльність у сфері охорони здоров'я», яка охоплює фінансування будинків дитини, центрів переливання крові та інших спеціалізованих установ. Основну частину цих коштів спрямовують на реалізацію програми «Доступні ліки», яка передбачає часткове відшкодування вартості лікарських засобів і медичних виробів для окремих соціальних груп населення. У 2022 році на цю бюджетну програму було витрачено 10,6 млрд грн, а у 2023 році заплановане збільшення фінансування до 11,9 млрд грн, що становить приріст на 12,7%.

Попри загальне зростання обсягів фінансування сфери охорони здоров'я з бюджетів усіх рівнів, навіть в умовах воєнного стану, багато фахівців і науковців вважають ці ресурси недостатніми для повноцінного функціонування медичної системи. Видатки бюджету на медичні послуги в Україні залишаються істотно нижчими, ніж у сусідніх країнах, а розрив із показниками провідних економічно розвинених держав є ще більшим [28, с. 143]. Як слушно зазначає З. Лободіна, «коштів на охорону здоров'я бракуватиме завжди, адже зростають витрати на лікарські засоби й обладнання, ускладнюються методи лікування, а також зростає вартість підготовки висококваліфікованих медичних кадрів» [29, с. 275].

У галузі охорони здоров'я тривалий час існували серйозні проблеми, пов'язані з організацією надання медичних послуг, оплатою праці медичних працівників та іншими аспектами, які неможливо вирішити лише за рахунок збільшення фінансування. Медична реформа стала першим кроком у напрямку подолання цих викликів, однак її впровадження передбачає значний часовий лаг між управлінськими рішеннями та досягненням реальних результатів, тому оцінити ефективність реформ повною мірою можна буде лише з часом.

Підсумовуючи, варто відмітити, що фінансування охорони здоров'я в Україні стикається з численними труднощами, які істотно знижують ефективність її функціонування та ускладнюють доступ населення до якісних медичних послуг. Однією з ключових проблем є хронічне недофінансування галузі: виділені державні кошти не відповідають реальним потребам, що призводить до браку медикаментів, сучасного обладнання та належного матеріального забезпечення медичних установ. Також серйозним викликом є низький рівень оплати праці медичних працівників, зокрема лікарів, що негативно позначається на їх мотивації та, відповідно, на якості медичної допомоги. Існує також значна диспропорція у доступі до медичних послуг між регіонами: жителі великих міст мають набагато більше можливостей отримати кваліфіковану допомогу, ніж населення сільських територій або невеликих містечок. Крім того, процес реформування системи охорони здоров'я, зокрема запровадження обов'язкового медичного страхування, відбувається повільно й стикається з численними організаційними труднощами, що потребують комплексної підтримки з боку держави та інших відповідальних інституцій.

У той же час, за статистичними даними, в Україні вже спостерігається зниження рівня захворюваності за багатьма нозологіями. Водночас, на нашу думку, ця тенденція зумовлена не стільки результатами медичної реформи, скільки загальними змінами у суспільному сприйнятті питань здоров'я та зростанням зацікавленості населення у веденні здорового способу життя.

2.3. Медичне страхування у системі фінансування охорони здоров'я

Здоров'я та життя громадян є одними з найвищих цінностей будь-якої держави й визначають її стабільний і ефективний розвиток. Конституція України гарантує кожному право на медичне обслуговування, реалізація якого відбувається через державне фінансування цільових програм у сфері охорони здоров'я. У закладах охорони здоров'я, що належать державі або громадам, медичні послуги в межах гарантованого пакету надаються безоплатно. Водночас, попри впроваджені в останні роки зміни у системі фінансування медичної допомоги, які дозволили встановити прямий зв'язок між кількістю наданих послуг і бюджетними надходженнями, проблема обмеженості фінансових ресурсів для повноцінного функціонування медичної системи залишається актуальною. У науковій літературі одним із можливих рішень цієї проблеми часто називають запровадження медичного страхування.

Медичне страхування розглядається як складова ширшої системи соціального захисту населення від різноманітних ризиків, у цьому випадку – від втрати працездатності через хворобу. Такий підхід пояснює збереження в Україні бюджетної моделі фінансування медицини, що була успадкована з радянських часів. Проте в умовах ринкової економіки вона виявляє свою неефективність і стає причиною поступового занепаду системи охорони здоров'я. Це підтверджується погіршенням якості та доступності медичних послуг, зростанням частки особистих витрат населення на лікування та високими показниками смертності. Наприклад, у 2021 році рівень смертності в Україні досяг 18,5 осіб на 1 тис. населення, що у 2–2,5 рази перевищує аналогічні показники в країнах Європи. Близько двох третин усіх випадків смерті були спричинені серцево-судинними захворюваннями, кожен восьмий – онкологією. Це свідчить як про низький рівень медичних послуг, так і про недостатню увагу населення до власного здоров'я [30].

Середня тривалість життя є інтегральним показником, що відображає ефективність функціонування системи охорони здоров'я. В Україні цей показник

становить у середньому 72 роки, що на 9 років менше порівняно з країнами Європейського Союзу, де середнє значення сягає 81 року [31]. Особливо загрозовою є ситуація зі смертністю осіб працездатного віку, що найбільш виражено серед чоловіків. Так, тривалість життя чоловіків в Україні в середньому на 10 років нижча, ніж у жінок, і значна частка чоловічого населення не доживає до пенсійного віку. Така динаміка пояснюється не лише складними умовами праці, екологічними чинниками та поширенням шкідливих звичок (алкоголізм, тютюнопаління), але й системними недоліками в галузі охорони здоров'я, насамперед фінансового характеру.

Аналізуючи причинно-наслідкові зв'язки, що зумовлюють складну ситуацію у сфері охорони здоров'я, значна частина науковців розглядає впровадження системи обов'язкового медичного страхування як безальтернативний напрямок реформування. Прогнозується, що створення ефективної системи обов'язкового медичного страхування дозволить вирішити проблему нестачі ресурсів у галузі, забезпечити гарантований доступ до медичних послуг, а також сприятиме залученню додаткового фінансування для оновлення матеріально-технічної бази медичних закладів і підвищення якості надання допомоги.

Водночас важливо зазначити, що система медичного страхування в Україні вже існує у формах обов'язкового та добровільного страхування. Добровільне медичне страхування реалізується через страхові компанії, які пропонують участь у різноманітних програмах, таких як безперервне страхування здоров'я, страхування на випадок хвороби, а також покриття медичних витрат. Упродовж останніх довоєнних років добровільне медичне страхування демонструвало сталу позитивну динаміку. Зокрема, обсяг валових страхових премій за відповідними видами страхування у 2021 році досяг 9,5 млрд грн. Проте вже у 2022 році, в умовах початку повномасштабної війни з росією, цей показник скоротився на третину — до 6,7 млрд грн (табл. 2.7).

Таблиця 2.7

**Показники функціонування окремих видів добровільного страхування,
пов'язаного із охороною здоров'я в Україні у 2020-2023 рр., млрд грн**

Показник	2019	2020	2021	2022	2023 (I півр.)	Відхилення 2022/2019 рр.	
						млрд грн	%
Валові страхові премії	6,97	7,32	9,50	6,69	3,57	2,53	36,3
Медичне страхування (безперервне страхування здоров'я)	4,47	5,30	6,40	4,88	2,92	1,93	43,2
Страхування на випадок хвороби	0,61	0,91	1,11	0,87	0,26	0,50	82,0
Страхування медичних витрат	1,89	1,11	1,99	0,94	0,39	0,10	5,3
Валові страхові виплати/ відшкодування	3,02	3,16	4,06	2,98	1,52	1,04	34,4
Медичне страхування (безперервне страхування здоров'я)	2,60	2,74	3,46	2,60	1,36	0,86	33,1
Страхування на випадок хвороби	0,07	0,16	0,31	0,14	0,05	0,24	342,9
Страхування медичних витрат	0,35	0,26	0,29	0,24	0,11	-0,06	-17,1

Джерело: побудовано автором за [32]

Показник валових страхових премій не повною мірою відображає реальний внесок страхових механізмів у фінансування сфери охорони здоров'я. Ці кошти представляють собою страхові платежі, які сплачуються за надання страхового захисту і використовуються виключно у випадку настання страхового випадку для оплати медичних послуг або здійснення страхових виплат. У 2021 році загальний обсяг страхових виплат за видами добровільного медичного страхування склав 4,1 млрд грн, що становило 42,7% від суми зібраних страхових премій. Подібне співвідношення між преміями та виплатами спостерігалось і в попередні роки, що свідчить про стабільність функціонування цього сегмента страхового ринку.

У 2022 році в умовах повномасштабної війни показники добровільного медичного страхування зазнали негативної динаміки: обсяг страхових премій скоротився приблизно на третину, а виплат - на чверть, до 3,0 млрд грн. Дані першого півріччя 2023 року демонструють певне пожвавлення на ринку добровільного медичного страхування, що дає підстави очікувати помірної зростання як обсягів премій, так і страхових виплат у порівнянні з 2022 роком.

Натомість, види обов'язкового особистого страхування для окремих категорій працівників (медичних працівників, рятувальників, фахівців ветеринарної медицини тощо), які передбачають страхове покриття життя і здоров'я, у сучасних умовах практично не демонструють розвитку. Обсяг надходжень за такими видами страхування у 2021 році становив лише 0,5 млн грн, у 2022 році скоротився до 0,3 млн грн, а за перше півріччя 2023 року – до 0,2 млн грн. Страхові виплати у межах зазначених видів обов'язкового особистого страхування фактично не здійснювались, за винятком 2020 року, коли їхній обсяг склав близько 0,3 млн грн (табл. 2.8).

Таблиця 2.8

**Показники окремих видів обов'язкового особистого страхування,
пов'язаного із охороною здоров'я в Україні у 2020-2023 рр., млн грн**

Показник	2019	2020	2021	2022	2023
Валові страхові премії	0,3	0,9	0,5	0,3	0,2
Медичне страхування	0,0	0,6	0,2	0,1	0,0
Особисте страхування медичних і фармацевтичних працівників на випадок інфікування ВІЛ	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Страхування життя і здоров'я спеціалістів ветеринарної медицини	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1
Валові страхові виплати/ відшкодування	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0
Медичне страхування	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0
Особисте страхування медичних і фармацевтичних працівників на випадок інфікування ВІЛ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Страхування життя і здоров'я спеціалістів ветеринарної медицини	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Джерело: побудовано автором за [32]

Така ситуація свідчить про низький рівень впровадження та використання механізмів обов'язкового страхового захисту працівників, які піддаються підвищеним професійним ризикам.

Таким чином, можна констатувати, що в Україні на сьогодні медичне страхування розвивається переважно в рамках добровільної форми, тоді як обсяги фінансових ресурсів, які акумулюються в цій сфері, залишаються незначними. До основних причин такої ситуації слід віднести, по-перше, високий рівень недовіри

населення до інституцій медичного страхування, зокрема страхових компаній та лікарняних кас, а по-друге — обмежений рівень доходів тих соціальних груп, які найбільше потребують медичної допомоги (пенсіонери, малозабезпечені верстви населення тощо). Як показує міжнародний досвід, медичне страхування є вартісним механізмом фінансування медичних послуг, що значною мірою обмежує доступність цієї форми захисту для широких верств українського населення. Відтак, медичне страхування відіграє вкрай обмежену роль у загальній системі фінансування охорони здоров'я та не справляє істотного впливу на вирішення її системних проблем [33].

Запровадження обов'язкового медичного страхування вимагає, насамперед, створення належного правового підґрунтя. В Україні вже неодноразово розроблялись законопроекти щодо впровадження обов'язкової страхової медицини, проте жоден з них поки що не був реалізований. Однією з основних причин затримки цього процесу є відсутність узгодженого бачення моделі фінансування обов'язкового медичного страхування. Зокрема, залишається відкритим питання щодо механізму формування страхових внесків: запровадження додаткових внесків до чинного єдиного соціального внеску (ЄСВ) спричинить зростання фіскального навантаження на фонд оплати праці, що вже є високим в українських умовах. Це може стимулювати бізнес до ширшого використання тіньових схем оплати праці, що, у свою чергу, поглибить проблему детінізації економіки. Альтернативним варіантом є перерозподіл частини наявного ЄСВ на потреби медичного страхування, однак у такому разі необхідно ретельно прорахувати наслідки для інших напрямів соціального забезпечення - зокрема, щодо можливого зростання дефіциту Пенсійного фонду або скорочення ресурсів для інших видів соціального страхування.

Одним із дискусійних аспектів впровадження обов'язкового медичного страхування є оптимальний механізм розподілу фіскального навантаження зі сплати страхових внесків. Перекладання повної фінансової відповідальності за внески на роботодавця є неприйнятним, оскільки це може знизити його

зацікавленість у легальній оплаті праці, а також послабити мотивацію застрахованих осіб дбати про власне здоров'я. На нашу думку, найбільш ефективною є кооперативна модель, за якої страхові внески розподіляються між роботодавцем і працівником у певних частках. Водночас до фінансування медичного страхування повинна долучатись і держава, оскільки на сьогодні галузь охорони здоров'я в Україні стикається з численними викликами: зношеністю матеріально-технічної бази, її руйнуванням внаслідок військових дій, обмеженим доступом до сучасного медичного обладнання тощо. Повне перекладення тягаря оновлення медичної інфраструктури на учасників системи медичного страхування потенційно призведе до завищених ставок внесків, що зменшить доступність системи. Тому при розробці моделі обов'язкового медичного страхування необхідно зберегти роль державного (бюджетного) фінансування як одного з джерел забезпечення охорони здоров'я.

Не менш важливою умовою функціонування ефективної системи медичного страхування є належне інституційне забезпечення. Зокрема, потребує законодавчого визначення коло суб'єктів обов'язкового медичного страхування, їхні права, обов'язки, а також відповідальність у разі порушення договірних умов. Доцільним є також створення економічних стимулів для страхових компаній, які братимуть участь у системі обов'язкового медичного страхування, що є менш прибутковою та більш ризикованою у порівнянні з іншими видами страхування. Необхідно передбачити механізми відповідальності за неналежне виконання зобов'язань щодо компенсації витрат на лікування.

Відкритим залишається питання доцільності створення окремого Фонду обов'язкового медичного страхування, а також його інтеграції у вже існуючу систему інституцій соціального страхування. Водночас слід вирішити питання щодо механізмів розподілу фінансових потоків, які формуватимуться в межах нової системи, та ролі інших альтернативних джерел фінансування охорони здоров'я, таких як лікарняні каси чи благодійні фонди територіальних громад.

Отже, для формування ефективної та сталозабезпеченої системи медичного страхування в Україні необхідні подальші наукові дослідження, аналітична оцінка міжнародного досвіду та розробка конкретних законодавчих ініціатив, спрямованих на захист прав громадян і створення фінансово стабільної моделі охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

3.1. Проблематика залучення зовнішніх резервів для нарощення фінансових ресурсів охорони здоров'я

У сучасний період державотворення охорона здоров'я виступає однією з ключових галузей економіки, яка визначатиме траєкторію розвитку України на найближчі десятиліття. Стрімкий науково-технічний прогрес, зростання наукоємності економіки, а також підвищення попиту на інтелектуальні ресурси формують нову парадигму розвитку, в якій людський капітал набуває статусу провідного чинника економічного зростання.

Водночас, відповідно до концепції інклюзивного розвитку, саме людина, її потреби та добробут стають центром державної політики. Життя і здоров'я особи визнаються найвищими цінностями, що знаходить своє відображення як у міжнародних підходах до вимірювання добробуту, так і у вітчизняних стратегічних документах. Зокрема, ці чинники інтегруються у методологію визначення індексу людського розвитку (ІЛР), який сьогодні є одним з ключових інтегральних показників оцінки прогресу країни. ІЛР також виступає індикатором ефективності функціонування базових галузей суспільства, зокрема охорони здоров'я, яка формує основу якості життя.

Надання медичної допомоги, гарантоване Конституцією України, є одним із фундаментальних суспільних благ. Тому забезпечення ефективного функціонування системи охорони здоров'я, а також гарантій доступності й якості медичних послуг для кожного громадянина становить одне з пріоритетних завдань державної політики.

Значущість цього завдання істотно зростає в умовах війни та майбутнього післявоєнного відновлення. Повномасштабне вторгнення та тимчасова окупація

частини територій України спричинили безпрецедентні виклики для галузі охорони здоров'я. Зокрема, йдеться про суттєве зростання кількості осіб з інвалідністю та поранених унаслідок бойових дій, погіршення фізичного і психологічного стану значної частини населення, зростання рівня психоемоційного травматизму серед дітей. У таких умовах забезпечення належного функціонування медичної сфери є критично необхідним, що передбачає, зокрема, адекватне фінансування, розширення доступу до послуг та підвищення їх якості.

Ці виклики мають також виразний економічний вимір. Зниження якості робочої сили внаслідок військових дій - одна з вагомих загроз національному відновленню. За оцінками, понад 200 тисяч осіб зазнали серйозних травм, десятки тисяч громадян працездатного віку втратили кінцівки. Повноцінне повернення цих людей до соціального та економічного життя після війни неможливе без активної участі системи охорони здоров'я, зокрема у забезпеченні фізичної, психологічної та професійної реабілітації.

Отже, інвестиції у систему охорони здоров'я на сучасному етапі - це не лише питання гуманітарного чи соціального характеру, але й важливий компонент національної безпеки, сталого розвитку та економічної конкурентоспроможності держави.

Вирішення проблем модернізації фінансової моделі охорони здоров'я в Україні слід розглядати в контексті продовження медичної реформи, що має на меті трансформацію існуючої системи фінансування галузі з орієнтацією на зміну парадигми надання медичних послуг - від моделі «пропозиції» до моделі «попиту». Це передбачає посилення взаємозв'язку між обсягом виділених ресурсів та фактичними результатами функціонування системи охорони здоров'я. Одним із ключових завдань державної політики у сфері охорони здоров'я на цьому етапі є також подолання дефіциту фінансових ресурсів, необхідних для забезпечення повноцінного функціонування галузі.

Слід зазначити, що проблема нестачі фінансування є характерною для більшості країн з ринковою економікою, незалежно від того, яка саме модель фінансового забезпечення охорони здоров'я у них реалізується - бюджетна, страхова чи змішана. Водночас масштаби цього дефіциту залежать не лише від особливостей фінансової моделі, але й від ширшого комплексу чинників, зокрема: рівня економічного розвитку держави, соціокультурних установок і менталітету населення, історичних традицій солідарності та взаємодопомоги, домінуючої моделі регулювання економіки, а також ступеня участі держави в економічних процесах.

Додаткової складності розв'язанню питання фінансового забезпечення охорони здоров'я надає той факт, що медична допомога, як особливо чутливий соціальний індикатор, суттєво впливає на суспільне сприйняття ефективності діяльності органів влади. З огляду на високі очікування громадськості, держава повинна забезпечити максимально можливий перелік медичних послуг за рахунок бюджетних коштів. Проте реальний обсяг державних гарантій у сфері охорони здоров'я обумовлений насамперед фінансовими можливостями бюджету, які є обмеженими.

У цих умовах система фінансування охорони здоров'я повинна відображати досягнення певного балансу - соціального консенсусу між рівнем очікувань суспільства щодо гарантованих державою послуг і фінансово-економічною спроможністю держави їх забезпечити. Це потребує не лише раціоналізації наявних механізмів фінансування, а й активного пошуку нових джерел ресурсів, а також розробки інноваційних моделей фінансового забезпечення, які б забезпечували стабільність, прозорість і результативність у використанні коштів на охорону здоров'я.

Важливою складовою медичної реформи в Україні стало вдосконалення інституційного забезпечення управління системою охорони здоров'я. Одним із ключових елементів цієї трансформації стало створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ) - центрального органу виконавчої влади, який виконує

функції єдиного національного замовника медичних послуг. НСЗУ здійснює оплату наданих послуг закладам охорони здоров'я, лікарям, що здійснюють індивідуальну медичну практику, а також іншим постачальникам медичних послуг відповідно до укладених договорів.

Поряд із цим, у 2018 році було утворено Державне підприємство «Медичні закупівлі України», покликане централізовано забезпечувати постачання лікарських засобів та медичних виробів до медичних установ за кошти державного бюджету. Запровадження прозорих процедур закупівель і поступова відмова від корупційних схем дозволили суттєво зменшити бюджетні втрати, пов'язані з неефективним використанням ресурсів у процесі надання медичних послуг.

Ще одним важливим технологічним нововведенням у межах реформи стало впровадження електронної системи охорони здоров'я E-Health. Вона відіграє ключову роль у забезпеченні прозорості, ефективності та контрольованості фінансових потоків у сфері охорони здоров'я. Система E-Health має дворівневу структуру: центральна компонентна система (яка адмініструється ДП «eZdorovya») та медичні інформаційні системи (МІС), які розробляються приватними компаніями і забезпечують взаємодію кінцевих користувачів із системою — лікарів, закладів охорони здоров'я, аптек тощо.

Цифровізація охорони здоров'я відкриває нові можливості для залучення додаткових фінансових ресурсів. Зокрема, перспективними є напрями монетизації аналітичної інформації, що може використовуватись бізнес-структурами, дотичними до медичної галузі - наприклад, для створення таргетованих рекламних кампаній, розробки нових товарів і послуг, оптимізації логістичних і фармацевтичних процесів. Утім, комерціалізація доступу до медичних даних має здійснюватися з дотриманням високих стандартів захисту прав людини, насамперед права на приватність. У зв'язку з цим, передумовою формування прозорого та етичного ринку медичних даних має бути суворе забезпечення анонімності та деперсоніфікації інформації, яка передається третім сторонам. Це зумовлює необхідність розробки ефективного нормативно-правового

регулювання, що забезпечить баланс між інноваційним потенціалом цифрових рішень та етичними засадами захисту персональних даних у сфері охорони здоров'я.

Згідно з планом реалізації медичної реформи в Україні, передбачено поступове зростання обсягів фінансових ресурсів, які акумулюються в розпорядженні Національної служби здоров'я України (НСЗУ). Це мало б забезпечити розширення пакета гарантованих медичних послуг, підвищення їхньої якості та доступності для населення. Однак у нинішніх умовах повномасштабної війни, що супроводжується масштабними руйнуваннями економічної інфраструктури, суттєво зростають ризики скорочення доходної частини державного бюджету. У таких умовах можливості нарощування фінансового ресурсу НСЗУ виявляються вкрай обмеженими.

Ці побоювання підтверджуються актуальними статистичними даними, які свідчать про скорочення бюджетних призначень на реалізацію Програми медичних гарантій вже у 2023 році. Динаміка обсягів фінансування охорони здоров'я у співвідношенні до валового внутрішнього продукту (ВВП) свідчить, що розвиток цієї галузі не був серед пріоритетів державної політики протягом останніх років. Зростання обсягів подушних витрат на охорону здоров'я, яке мало місце у зазначений період, зумовлювалось переважно загальним економічним зростанням, а не системними інвестиціями в медичну сферу.

Тимчасове зростання суспільної уваги до проблем функціонування системи охорони здоров'я спостерігалось у 2020–2021 роках, у період гострої фази пандемії COVID-19. Україна посідала одне з провідних місць у Європі за темпами поширення інфекції, що гостро актуалізувало питання ефективності та спроможності медичної системи. Саме в цей період проявилася критична вразливість національної системи охорони здоров'я, яка виявилася неготовою до масштабної епідемічної загрози. Громадський запит на зміцнення галузі призвів до короткострокового збільшення бюджетного фінансування.

Проте, із початком повномасштабного вторгнення росії у 2022 році, увага держави до системи охорони здоров'я знову суттєво послабилась. Значні економічні втрати, спричинені бойовими діями, а також зменшення податкових надходжень та зростання потреб у фінансуванні оборонного сектору, змусили уряд переглянути пріоритети бюджетної політики. Внаслідок цього, попри постійне зростання потреб у медичних послугах, система охорони здоров'я опинилася поза фокусом бюджетного розширення. Це створює ризики стагнації галузі, скорочення доступу до послуг для вразливих груп населення та послаблення здатності держави гарантувати конституційне право громадян на медичну допомогу.

Стратегія подолання проблеми обмеженості фінансування охорони здоров'я передбачає кілька напрямів дій, які можна узагальнити у два ключові вектори: нарощування фінансового потенціалу галузі за рахунок зовнішніх джерел та активізацію внутрішнього резерву через ефективніше управління наявними ресурсами. У межах першого напрямку одним із способів збільшення обсягів фінансування є перерозподіл бюджетних видатків на користь охорони здоров'я без зміни загального обсягу державних витрат, що передбачає тимчасову відмову або призупинення реалізації окремих непершочергових програм, зокрема інвестиційного характеру, а також частини поточних програм у сферах молодіжної політики, соціального забезпечення та економічної діяльності. Іншим можливим кроком є впровадження додаткових цільових фіскальних платежів, призначених для фінансування медичних послуг, або ж загальне підвищення податкового навантаження для акумулювання додаткових коштів. Водночас такий підхід супроводжується суттєвими ризиками, пов'язаними з потенційною негативною реакцією економіки, що може уповільнити її поствоєнне відновлення або навіть стимулювати тінізацію. Ще одним напрямом є диверсифікація джерел фінансування шляхом активного залучення міжнародної технічної допомоги, реалізації проєктів за підтримки донорських програм вітчизняного та міжнародного рівнів, а також посилення фандрайзингової діяльності. Досвід

останніх років засвідчує високу підтримку України з боку демократичних держав, що проявляється у зростанні обсягів допомоги з боку іноземних благодійних організацій. За умови належної організації проєктної діяльності на рівні медичних закладів та профільних громадських організацій, цю підтримку можна ефективно використати для реалізації ініціатив розвитку у сфері охорони здоров'я.

Перспективність залучення додаткових ресурсів у сферу охорони здоров'я підтверджується прогнозами Всесвітньої організації охорони здоров'я, яка передбачає зростання обсягів міжнародної фінансової допомоги на реалізацію заходів з відновлення медичної галузі у післявоєнний період. Фінансування медичних проєктів визначено одним із ключових напрямів залучення благодійних ресурсів у межах програми United-24, започаткованої Президентом України з метою мобілізації підтримки міжнародної спільноти для післявоєнного відновлення країни. У контексті диверсифікації джерел фінансування не слід недооцінювати й потенціал бізнес-структур у підтримці проєктів розвитку галузі охорони здоров'я. Сучасні тенденції демонструють зростання зацікавленості бізнесу в імпакті-інвестуванні - інвестуванні, орієнтованому не лише на досягнення економічного зиску, а й на створення відчутного соціального або екологічного ефекту. У зв'язку з цим, усе більше компаній реалізують програми корпоративної соціальної відповідальності, що дозволяє їм формувати імідж соціально орієнтованого бізнесу, зокрема через підтримку ініціатив у сфері охорони здоров'я.

Зазвичай компанії розглядають програми корпоративної соціальної відповідальності як інструмент, орієнтований передусім на власний трудовий колектив. Основна увага в межах таких програм приділяється збереженню та зміцненню здоров'я працівників, популяризації здорового способу життя, а також підвищенню доступності та якості медичних послуг для персоналу через співпрацю з медичними установами. До поширених заходів, що реалізуються в межах таких програм, належать безоплатне надання медичних послуг працівникам і членам їхніх родин, проведення профілактичних заходів

(періодичні медогляди, вакцинація, надання абонементів до спортивних установ тощо), організація оздоровлення в санаторно-курортних закладах. Фінансування цих заходів здійснюється за рахунок власних коштів компанії, що акумулюються в межах розподілу її чистого прибутку.

Проте обмеження корпоративної соціальної відповідальності виключно внутрішньокорпоративними потребами було б помилковим. Важливим принципом соціально орієнтованої діяльності бізнесу є його залучення до життя громади, на території якої здійснюється господарська діяльність. Часто така участь передбачає співпрацю з органами місцевої влади, зокрема щодо реалізації ініціатив у сфері охорони здоров'я. Прикладом такої взаємодії є програма «Лікар для села», [34] яку реалізовував холдинг МХП: вона передбачала організацію виїзних медичних оглядів сільських жителів вузькопрофільними спеціалістами, а також закупівлю обладнання й медикаментів для амбулаторій.

Особливо виразно готовність бізнесу долучатись до фінансування охорони здоров'я проявилася в період пандемії COVID-19, коли приватні компанії за власний кошт оновлювали обладнання медичних закладів, закуповували лікарські засоби та інші необхідні матеріали. У науковому середовищі розглядається також можливість залучення бізнесу до формування цільових накопичувальних фондів на рівні територіальних громад чи спеціалізованих благодійних фондів за рахунок добровільних пожертв підприємств і населення. Втім, реальні перспективи створення таких фондів залишаються сумнівними. Компанії, що справді зацікавлені у підтримці соціально важливих проєктів, надають перевагу впровадженню таких ініціатив у межах власної структури корпоративної відповідальності, а не через посередництво громадських організацій. Це зумовлено певною недовірою до останніх, викликаною прикладами їхнього використання для просування бізнесових або політичних інтересів впливових осіб, які володіють неформальною владою.

На нашу думку, більш реалістичним шляхом співпраці з бізнесом у питанні відновлення зруйнованої медичної інфраструктури є використання механізму

державно-приватного партнерства. Економічна наука напрацювала низку моделей такої взаємодії, які можуть бути ефективно застосовані для реалізації неприбуткових проектів. У межах цього підходу відбувається поєднання зусиль і ресурсів держави (як на рівні центральної влади, так і територіальних громад) та приватного сектора задля реалізації конкретних ініціатив у сфері охорони здоров'я, із чітким розподілом вигод, ризиків та відповідальності. Зважаючи на те, що проекти у медичній сфері, як правило, не мають комерційної спрямованості, повернення вкладених приватних коштів у таких випадках може здійснюватися за допомогою різних механізмів - наприклад, наданням права користування об'єктами, компенсацією через суміжні послуги чи іншими інструментами.

Однак, попри різноманіття можливостей залучення зовнішніх джерел фінансування, їх спільною рисою є неможливість повноцінно замінити бюджетне фінансування охорони здоров'я. Як слушно зазначає С. Бойко[35], такі джерела, зважаючи на їх епізодичний характер, слід розглядати лише як додаткові, не завжди передбачувані надходження, використання яких має залежати від конкретних обставин у певному медичному закладі. Визнаним є підхід, згідно з яким бюджетні кошти повинні гарантувати покриття базових та критичних потреб охорони здоров'я, тоді як зовнішнє фінансування може спрямовуватись на посилення окремих напрямів, які мають особливу соціальну вагу - зокрема, у випадках високої захворюваності чи смертності. Водночас важливо, щоб залучення зовнішньої допомоги супроводжувалося чіткою координацією та спрямовувалося передусім на найбільш критичні та потребуючі фінансової підтримки напрями.

Альтернативним варіантом нарощування фінансування медицини часто називають перерозподіл бюджетних ресурсів з інших програм на користь галузі охорони здоров'я. Однак така перспектива видається малоімовірною. У поточних умовах воєнного стану значна частина інвестиційних програм уже припинена або призупинена на невизначений термін, а тому можливий перерозподіл мав би стосуватись лише поточних видатків із ключових сфер - таких як освіта, культура,

соціальний захист, або ж підтримка економіки. Такий підхід може дестабілізувати функціонування важливих державних інститутів та уповільнити економічне відновлення. В умовах післявоєнного періоду, коли ключовим завданням стане стимулювання економіки та відновлення соціальної інфраструктури, відволікання бюджетних коштів на користь охорони здоров'я також може призвести до уповільнення розвитку інших важливих сфер.

Питання підвищення загального рівня податкового навантаження для покриття фінансових потреб охорони здоров'я викликає значні суперечки, особливо в умовах воєнного стану. Бізнес по всій країні змушений функціонувати в умовах підвищених ризиків - зокрема, матеріальних збитків від ракетних ударів, перебоїв у логістиці, енергетичної нестабільності та загальної невизначеності. У таких умовах збільшення податкового тиску може мати деструктивні наслідки, підірвати ознаки економічної стабілізації та навіть спровокувати загальну рецесію. У післявоєнний період підняття загального податкового навантаження також виглядає малоімовірним, оскільки це може перешкодити ефективному відновленню країни, сповільнити економічне зростання та відволікти ресурси від інвестицій у стратегічні проєкти. Ба більше, в умовах конкуренції з країнами-сусідами за інвестиції та бізнес-активність, низький рівень податкового тиску може стати однією з ключових переваг України як привабливої юрисдикції.

Натомість більш реалістичною та обґрунтованою виглядає ініціатива запровадження цільових фіскальних платежів на товари, що негативно впливають на здоров'я, з подальшим спрямуванням надходжень на потреби системи охорони здоров'я. У межах взятих Україною зобов'язань перед міжнародними партнерами передбачено поетапне підвищення акцизів на алкоголь і тютюн до 2030 року, а також розширення переліку акцизних товарів. Протягом останніх років у парламенті вже з'являлися ініціативи щодо оподаткування цукровмісних напоїв, енергетиків, продуктів із трансжирами, однак вони не дійшли до законодавчого оформлення. Водночас міжнародний досвід свідчить про ефективність такого підходу: багато країн Європи, Північної Америки та Азії вже активно

застосовують подібні податки, досягаючи не лише фіскального ефекту, а й позитивних результатів у сфері громадського здоров'я.

На думку В. Макаренка[36], введення акцизу на цукровмісні безалкогольні напої дозволяє не лише наповнити бюджет, а й «інтерналізувати екстерналії», тобто врахувати соціальні витрати від надмірного споживання цукру - зменшити поширення діабету, ожиріння та супутніх захворювань. Згідно з оцінками, очікувані надходження від такого акцизу можуть становити 5–8 млрд грн щороку[37], що співмірно з обсягами фінансування окремих бюджетних програм у медичній сфері. Таким чином, подібний підхід дозволяє поєднати податкову політику із завданнями покращення громадського здоров'я та формування відповідального споживання.

Попри потенціал додаткових фіскальних інструментів для залучення ресурсів у сферу охорони здоров'я, вони неспроможні повноцінно вирішити проблему її хронічного недофінансування. Серед фахівців галузі та науковців дедалі ширше утверджується думка, що в нинішніх умовах єдиним реальним шляхом до забезпечення належного фінансування медичних послуг є запровадження обов'язкового медичного страхування. Як зазначає С. Бойко[35], ефективна модель такого страхування потребує створення страхових пулів, які дозволяють розподілити ризик витрат на лікування між максимально можливою кількістю застрахованих осіб. Широке охоплення населення обов'язковим медичним страхуванням здатне забезпечити стабільність страхової системи, яка матиме змогу покривати непередбачувані витрати на медичне обслуговування в будь-яких обставинах. Таким чином, обов'язкове медичне страхування гарантуватиме високу доступність медичних послуг завдяки покриттю додаткових витрат на їх надання.

Існує дві основні моделі реалізації обов'язкового медичного страхування. Перша - ринкова - передбачає обов'язкову купівлю кожним громадянином страхового полісу, який покриває витрати на базовий пакет медичних послуг. При цьому вибір страховика не регламентується, а сам ринок формують страхові

компанії, що мають відповідну ліцензію. Друга - суспільна - передбачає створення спеціального органу, відповідального за акумулювання страхових внесків та їх подальше цільове використання на оплату медичних послуг. Фінансування в межах цієї моделі забезпечується за рахунок внесків роботодавців і працівників, а також може отримувати додаткову підтримку з боку держави. В українських умовах функції такої інституції цілком доцільно покласти на Національну службу здоров'я України, яка вже має сформовану базу даних про медичні установи й отримувачів послуг, а також володіє необхідними ресурсами та кваліфікованим персоналом для виконання такої ролі.

Однак, ключовим питанням у процесі запровадження обов'язкового медичного страхування залишається розподіл фіскального навантаження між учасниками страхових відносин. Більшість запропонованих моделей передбачає, що основними платниками страхових внесків виступатимуть роботодавці, оскільки саме вони, згідно з логікою, мають бути зацікавлені у збереженні здоров'я та працездатності своїх працівників. Втім, така конструкція, на нашу думку, може зруйнувати стратегічну ідею переходу до страхових механізмів фінансування охорони здоров'я, оскільки перекладає фінансову відповідальність на суб'єкта, який не є головним бенефіціаром системи. Повне покладення обов'язку зі сплати внесків на роботодавців може призвести до негативних наслідків, зокрема - до зростання тіньової зайнятості, масового приховування реального фонду оплати праці та ухилення від внесків, що, у свою чергу, може серйозно загальмувати процес економічного відновлення.

3.2. Перспективи та потенційні джерела збільшення фінансових ресурсів охорони здоров'я в Україні

Система фінансування охорони здоров'я в Україні наразі є змішаною та потребує подальших структурних змін і реформ, аби забезпечити ефективність і доступність медичних послуг. Незважаючи на наявні проблеми, поступові

трансформації свідчать про прагнення до покращення якості медичного обслуговування та розширення його доступу для всіх верств населення.

Світовий досвід демонструє різноманіття моделей фінансування охорони здоров'я, кожна з яких враховує економічні, соціальні та політичні реалії конкретної країни. Спільною метою всіх систем залишається забезпечення громадян якісною медичною допомогою. Модель Беверіджа (Велика Британія, Іспанія, Скандинавія) передбачає централізоване фінансування з бюджету та універсальний доступ, проте стикається з проблемами фінансової ефективності та ресурсного дефіциту. Натомість модель Бісмарка (Німеччина, Франція) базується на обов'язковому медичному страхуванні через неприбуткові фонди, дозволяючи поєднати державні та приватні джерела, але з ризиком нерівності для незастрахованих осіб. Система Сімашко, спадщина радянської моделі, хоч і гарантувала безкоштовний доступ, мала суттєві недоліки в управлінні та ефективності використання ресурсів.

Україна поступово переходить до нових механізмів — зокрема, до моделі, де фінансування «йде за пацієнтом» через діяльність НСЗУ. Це створює умови для конкуренції між закладами охорони здоров'я та стимулює їх до покращення послуг, проте потребує злагодженого адміністрування й контролю, аби уникнути нецільового використання коштів.

У майбутньому світові моделі охорони здоров'я еволюціонуватимуть у напрямку гнучкості, поєднання державних і приватних джерел фінансування, використання цифрових технологій (телемедицина, електронні медичні картки, онлайн-страхування). Основне завдання — досягти балансу між якістю послуг та їх доступністю для всіх громадян, незалежно від доходу чи місця проживання.

Для України адаптація міжнародного досвіду є надзвичайно важливою. Впровадження гібридних моделей, розвиток електронного урядування в охороні здоров'я, розширення ролі обов'язкового медичного страхування можуть стати запорукою стійкої, сучасної й ефективної системи охорони здоров'я, здатної відповісти на виклики сучасного світу.

Одним із ключових завдань медичної реформи, поряд зі зміною механізмів фінансування охорони здоров'я на основі оплати за фактично надані послуги, є посилення фінансової автономії медичних закладів та розширення їхніх повноважень у сфері управління фінансовими ресурсами. Це відкрило для установ охорони здоров'я нові можливості для залучення додаткових доходів як від основної діяльності, так і від надання супутніх послуг. Така модель функціонування закладів суттєво відрізняється від радянської системи, яка базувалася на утриманні широкої мережі медичних установ для забезпечення пропозиції послуг, незалежно від їх фактичної затребуваності. У тій моделі бюджетні кошти розподілялись на покриття витрат діяльності закладів залежно від виробничих потужностей (ліжковий фонд) і показників їх використання (ліжкодні), що нерідко стимулювало керівництво медичних закладів штучно продовжувати терміни госпіталізації пацієнтів задля збільшення або збереження обсягів фінансування. Водночас система не створювала стимулів для підвищення якості медичних послуг чи розширення доступу до них. У результаті такого підходу, що був позбавлений конкуренції за пацієнта та прямого зв'язку між обсягами виділених коштів і результатами роботи, система охорони здоров'я систематично відчувала дефіцит ресурсів і поступово втрачала ефективність.

Перехід до фінансування охорони здоров'я через Програму медичних гарантій, як зазначають О. Піхоцька та І. Хомякова, має на меті забезпечення кращого фінансового захисту громадян у разі захворювання, ефективного та справедливого розподілу публічних коштів, а також зменшення неформальних платежів і створення стимулів для підвищення якості надання медичної допомоги державними та комунальними закладами охорони здоров'я[38]. Водночас реформування фінансової моделі не супроводжувалося автоматичним переосмисленням традиційних підходів до організації роботи медичних закладів. Значна частина керівників таких установ досі вважає, що їхнє головне завдання полягає лише в укладанні якомога більшої кількості договорів з НСЗУ та встановленні дорогого обладнання, що, на їхню думку, автоматично забезпечить

стабільний потік пацієнтів[39]. Безумовно, збільшення кількості пацієнтів веде до зростання надходжень від НСЗУ, однак це не звільняє керівництво закладів від необхідності пошуку додаткових джерел фінансування, зокрема через використання внутрішніх резервів. Під такими резервами мається на увазі отримання додаткових доходів завдяки наданню платних послуг і залученню ширшого кола пацієнтів, а також економія ресурсів через ефективний контроль витрат на надання медичних послуг і стримування їхнього зростання. Отже, можливості для збільшення фінансування охорони здоров'я значною мірою залежать від регулювання попиту та пропозиції на медичні послуги всередині системи.

Необхідність належної уваги до внутрішніх резервів медичних закладів зростає в умовах значного дефіциту бюджетних коштів і несприятливої економічної ситуації, коли уряд може свідомо скоротити обсяг гарантованого пакету медичних послуг, що фінансуються з державного бюджету, або припинити реалізацію окремих цільових програм, орієнтованих на специфічні категорії пацієнтів, як-от програми реімбурсації чи безкоштовного забезпечення певними ліками. Через обмежені фінансові ресурси держава вже частково перекладає тягар покриття витрат закладів охорони здоров'я на місцеві бюджети, змушуючи органи місцевого самоврядування або залучати зовнішні ресурси, або перерозподіляти власні надходження.

В таких умовах особливого значення набуває господарська діяльність самих медичних закладів як джерело додаткових доходів. Йдеться про розширення спектра медичних послуг шляхом упровадження новітніх технологій, оптимізацію витрат для вивільнення фінансових ресурсів, упровадження механізмів контролю потоку пацієнтів (за згодою центральної влади), а також про комерційне використання вільних площ шляхом їх оренди. Як зазначають К. Райян та Х. Дж. Ірвін, потенційними джерелами додаткового фінансування діяльності закладів охорони здоров'я можуть бути: обов'язкове відшкодування витрат на лікування й реабілітацію пацієнтів за рахунок фізичних або юридичних осіб, відповідальних

за спричинення шкоди; повна компенсація витрат на лікування потерпілих внаслідок виробничих травм чи профзахворювань коштом роботодавця; відшкодування витрат на медичну допомогу постраждалим у ДТП; надання закладами платних медичних, реабілітаційних і соціальних послуг; укладання угод із підприємствами щодо медичного обслуговування їхніх працівників; здача в оренду територій, будівель і приміщень, а також передача медичного обладнання в лізинг і надання маркетингових послуг. Усі ці інструменти можуть значно посилити фінансову спроможність закладів охорони здоров'я в умовах обмеженого державного фінансування[40].

Запропоновані науковцями ідеї відображають особливості австралійської моделі організації охорони здоров'я, яка, подібно до української, базується на домінуванні державних фінансових ресурсів у покритті витрат на надання медичних послуг та провідній ролі державних медичних установ. Водночас австралійська модель відрізняється тим, що в її основі лежать страхові принципи, а в секторі надання медичної допомоги існує висока конкуренція між державними і приватними закладами, що стимулює медичні установи шукати додаткові можливості для розширення спектра послуг і забезпечення їхньої якості. [41] Окрему увагу заслуговує орієнтація на розширення спектру платних медичних послуг, зокрема в межах рамкових договорів із підприємствами, що може бути адаптовано в умовах України.

Значні перспективи для такої експансії створює розвиток міжмуніципального співробітництва в межах реформи місцевого самоврядування. Багато новостворених територіальних громад не мають необхідної інфраструктури для надання медичних послуг і змушені передавати бюджетні трансферти тим сусіднім громадам, де функціонують заклади охорони здоров'я. Проте, у віддалених і малонаселених громадах доступ до медичних послуг залишається обмеженим через відсутність належного транспортного сполучення між населеними пунктами.

Одним з рішень цієї проблеми є впровадження в Україні телемедичних послуг, для чого вже створено відповідну правову базу. Необхідність розвитку телемедицини особливо чітко проявилася в період суворих карантинних обмежень, а сьогодні вона виконує критично важливу функцію у забезпеченні доступу до медичної допомоги в регіонах, охоплених бойовими діями. Телемедицина являє собою комплекс технологій і заходів, що дозволяють надавати медичну допомогу дистанційно за допомогою електронного зв'язку[42]. Незважаючи на те, що її впровадження потребує від медичних закладів додаткових витрат на отримання ліцензії, створення спеціалізованого телемедичного кабінету та оснащення необхідним технічним і програмним забезпеченням, вона дозволяє одночасно реалізувати право громадян на доступ до медичних послуг і розширити контингент пацієнтів, що, у свою чергу, сприяє збільшенню доходів медичних установ.

Питання впровадження співоплат як елементу медичної реформи в Україні викликає обґрунтовані дискусії, оскільки воно стосується не лише фінансової сталості системи охорони здоров'я, але й принципів соціальної справедливості та рівного доступу до медичних послуг. І хоча подібні механізми застосовуються у багатьох країнах світу, міжнародний досвід свідчить, що їх ефективність багато в чому залежить від контексту реалізації та супутніх заходів соціального захисту[43].

Згідно з оцінками експертів ВООЗ, у контексті українських реалій запровадження співоплат навряд чи стане ефективним засобом боротьби з тіньовими платежами, якщо не буде створено чіткої, прозорої системи їх адміністрування та розподілу, а також довіри населення до того, що ці кошти справді покращують якість наданих послуг. Як слушно зауважують С. Томсон та А. Саган[44], у разі недоцільно високого рівня співоплат це може призвести до поглиблення соціальної нерівності: менш забезпечені верстви населення будуть змушені відмовлятися від медичної допомоги або звертатися до неформальних

методів лікування, що підвищує ризики ускладнень і погіршення загального рівня здоров'я нації.

Водночас, практика окремих країн ЄС (Франція, Хорватія, Словенія) свідчить, що співоплати можуть бути ефективним інструментом додаткового фінансування системи охорони здоров'я за умови їхньої інтеграції у ширшу систему загальнообов'язкового медичного страхування. У цих країнах державна політика була спрямована на забезпечення справедливому доступу до медичної допомоги шляхом обмеження ролі добровільного страхування та запровадження механізмів державного субсидування для вразливих груп населення. Таким чином, співплата не розглядається як головне джерело покриття вартості медичних послуг, а лише як спосіб залучення додаткових ресурсів, які не обмежують доступ до медичної допомоги.

У підсумку, для України важливо забезпечити, щоб будь-яке впровадження співоплат супроводжувалось:

- Диференційованим підходом - встановлення розмірів співоплат залежно від доходу пацієнта, віку, соціального статусу тощо.
- Прозорими механізмами обліку і контролю використання цих коштів.
- Системою соціальних гарантій - звільнення від співоплат соціально вразливих категорій.
- Чітким розмежуванням між базовим пакетом гарантованих послуг і послугами, які можуть вимагати часткової оплати.

Лише за таких умов можна уникнути негативних наслідків, пов'язаних із поглибленням нерівності, і справді досягти цілей медичної реформи, зокрема - зменшення тіньових платежів та покращення якості медичних послуг.

Легалізація тіньових платежів у системі охорони здоров'я стала однією з ключових ідей, що лягли в основу ініціативи впровадження співоплат під час формування законодавчої бази медичної реформи в Україні. [44-46] Втім, у фінальному варіанті цієї реформи від такого механізму відмовились. Вирішальним чинником стала позиція фахівців ВООЗ, які вважають допустимими співоплати

лише за послуги, що не входять до гарантованого пакету, наголошуючи на ризиках, які такі нововведення можуть спричинити, зокрема посилення соціальної нерівності. Незважаючи на відмову від офіційних співоплат, сама проблема тіньових платежів не зникла. Хоча з впровадженням нової моделі надання медичних послуг, яка передбачає конкуренцію між закладами за пацієнтів, масштаби неформальних практик дещо зменшилися, у багатьох напрямках спеціалізованої медичної допомоги, таких як оперативні втручання чи пологи, тіньові платежі залишаються поширеним явищем. Як зазначають В. Горин і О. Квасниця[42], така стійкість пов'язана зі специфікою медичних послуг, адже пацієнт не завжди здатен об'єктивно оцінити їхню якість, проте від цього залежить його здоров'я, а інколи й життя. Саме тому люди часто намагаються вплинути на якість обслуговування шляхом неформальної матеріальної мотивації лікаря. Окрім того, важливу роль відіграє й наявність глибоко вкорінених суспільних стереотипів, які складно змінити навіть у нових умовах функціонування системи охорони здоров'я.

З огляду на вищезазначені аргументи, вирішення проблеми тіньових платежів у вітчизняній системі охорони здоров'я неможливе без подолання усталених суспільних стереотипів. Одним із реальних шляхів трансформації цієї практики може стати запровадження медичної франшизи - фіксованого одноразового платежу, який пацієнт сплачуватиме при кожному зверненні до медичного закладу, незалежно від вартості конкретної послуги. Такий підхід дозволить легалізувати неформальні платежі у прийнятній формі, що, у свою чергу, сприятиме зміні суспільної свідомості: пацієнти більше не відчуватимуть морального обов'язку перед лікарем за надання якісної медичної допомоги, адже сплата відбуватиметься офіційно і прозоро. До того ж, в українській системі охорони здоров'я вже є певні приклади часткової легалізації тіньових платежів - наприклад, можливість запису до вузького спеціаліста без направлення сімейного лікаря або звернення поза межами госпітального округу за умови офіційної оплати фіксованої суми до каси медичного закладу.

Перспектив розвитку системи фінансування охорони здоров'я в Україні декілька. По-перше, перспективним є поступове впровадження обов'язкового медичного страхування, що дозволить суттєво розширити фінансову базу галузі та знизити навантаження на державний бюджет, адже витрати на медичне обслуговування покриватимуться за рахунок страхових внесків громадян. По-друге, важливо продовжити реалізацію реформ, що здійснюються за участі Національної служби здоров'я України, зокрема шляхом запровадження більш гнучких, прозорих та ефективних фінансових механізмів, які забезпечать підвищення якості та доступності медичних послуг. По-третє, перспективним є активніше залучення приватного капіталу в охорону здоров'я: посилення ролі приватних медичних закладів, розвиток медичного страхування на комерційній основі та інвестування у медичну інфраструктуру можуть стати потужним чинником модернізації галузі.

У контексті мобілізації внутрішніх ресурсів для збільшення фінансування медичних послуг окрему увагу слід приділити ефективному управлінню супутніми витратами медичних установ. Значна частина бюджету закладів охорони здоров'я витрачається не на медичні послуги як такі, а на забезпечення їхньої інфраструктури: санітарне утримання приміщень, закупівлю витратних матеріалів, харчування пацієнтів, бухгалтерський облік, технічну підтримку комп'ютерних систем тощо. У міжнародній практиці подібні функції, які не належать до основної діяльності медичного закладу, часто передаються спеціалізованим підрядникам, що мають відповідні ресурси та компетенції для їх ефективного виконання. Такий підхід, відомий як фасиліті-менеджмент у сфері охорони здоров'я, дозволяє оптимізувати витрати, підвищити якість обслуговування та зосередити зусилля самого закладу на наданні медичної допомоги.

Фасиліті-менеджмент у закладах охорони здоров'я передбачає залучення допоміжного немедичного персоналу, а також досягнення економії фінансових ресурсів шляхом оптової закупівлі витратних матеріалів, продуктів харчування,

будівельних матеріалів та інших необхідних ресурсів. На наш погляд, основними перевагами впровадження фасиліті-менеджменту як інструменту оптимізації витрат у сфері охорони здоров'я є, по-перше, можливість зосередити увагу адміністрації закладу виключно на забезпеченні доступності та якості медичних послуг, оскільки вирішення господарських питань передається спеціалізованим підрядникам; по-друге, можливість впливати на вартість, обсяг і якість непрофільних послуг через ринкову конкуренцію між виконавцями, яка спонукає їх пропонувати вигідніші умови без втрати якості. Водночас, одним із суттєвих ризиків застосування такого підходу в умовах української системи охорони здоров'я залишається небезпека того, що за нинішніх або майбутніх бюджетних обмежень жоден потенційний постачальник не погодиться виконувати непрофільні послуги за встановлену оплату. Рівень імовірності виникнення цієї проблеми значною мірою визначається стабільністю фінансування в сфері охорони здоров'я, а також фінансовим станом Національної служби здоров'я України, яка є ключовим суб'єктом у забезпеченні ліквідності та сталості надходжень у медичні заклади.

ВИСНОВКИ

Протягом останніх десятиліть вітчизняна система охорони здоров'я характеризувалася постійним дефіцитом фінансування, старінням основних фондів, втратою кваліфікованих кадрів, а також нестачею ліків і медичних препаратів. Усе це негативно впливало на якість і доступність медичних послуг для широких верств населення. Ці проблеми спричинили необхідність проведення системної медичної реформи, спрямованої на радикальну зміну підходів до фінансування охорони здоров'я, впровадження ринкових механізмів розподілу ресурсів, що базуються на зв'язку між обсягом фінансування та результатами роботи, конкуренції за пацієнта та підвищенні якості послуг.

Українська система охорони здоров'я заснована на принципах доступності та безоплатності медичних послуг, що відповідає державній моделі організації галузі. Проте в умовах ринкової економіки та існуючих проблем в країні такий підхід не відповідає реальним економічним можливостям, перетворюючи конституційні норми на декларації без реального втілення.

Формування фінансової моделі охорони здоров'я в Україні відбувається під впливом багатьох чинників, які визначають структуру джерел фінансування, методи оплати медичних послуг та розподіл відповідальності між фінансовими агентами за покриття витрат. Серед ключових особливостей системи охорони здоров'я в Україні варто виділити соціальний характер медичних послуг, домінування державних і комунальних медичних закладів у їх наданні, переважання бюджетного фінансування, а також контроль державою формування власних доходів закладів охорони здоров'я. Водночас у галузі зберігається високий рівень неофіційних платежів за медичні послуги.

З точки зору управління, медична реформа має ознаки централізації фінансування та демократизації надання послуг. З одного боку, зміна фінансової моделі призвела до більш централізованого розподілу бюджетних коштів через прямі фінансові відносини медичних установ із Національною службою здоров'я

України (НСЗУ). З іншого — новий принцип фінансування саме послуг, а не діяльності закладів, відкрив можливості для приватних провайдерів, які мають необхідні ресурси та ліцензії, отримувати фінансування з бюджету та надавати медичні послуги.

Аналіз світових моделей фінансування охорони здоров'я свідчить, що після проведеної реформи в Україні розвивається бюджетна модель (модель Беверіджа). Однак, на відміну від інших країн з домінуванням бюджетного фінансування, добровільне медичне страхування в Україні поки що не має значного впливу на формування ресурсів галузі. Навіть після реформ система охорони здоров'я залишається вразливою до коливань у сфері публічних фінансів.

Формування фінансових ресурсів системи охорони здоров'я в Україні в сучасних умовах характеризується високим динамізмом змін як в обсягах, так і в структурі джерел надходжень. Ці трансформації зумовлені впливом двох масштабних системних реформ — медичної реформи, спрямованої на трансформацію моделі фінансування галузі, та реформи місцевого самоврядування, яка передбачає децентралізацію повноважень і ресурсів від центральної до місцевої влади.

Національна модель фінансування охорони здоров'я ґрунтується на мультиджерельному принципі. За даними офіційної статистики, приблизно половина сукупних фінансових ресурсів у цій сфері формується за рахунок бюджетних коштів, решта — за рахунок внесків домогосподарств та приватного сектора. Таким чином, в Україні сформувалась змішана модель фінансування охорони здоров'я, заснована на паритеті державного та приватного фінансування.

Попри поступове зростання обсягу суспільних видатків на охорону здоров'я протягом останнього десятиліття, з урахуванням інфляційних процесів реальний приріст фінансування галузі становив лише 3,7%. Це підтверджується динамікою питомої ваги таких видатків у структурі ВВП, яка протягом останніх десяти років залишалася нестабільною, не демонструючи сталої позитивної тенденції.

Бюджетні ресурси надходять до галузі кількома каналами: у вигляді прямого фінансування витрат закладів охорони здоров'я, шляхом реалізації Програми медичних гарантій, витрати на яку покриває Національна служба здоров'я України (НСЗУ), через міжбюджетні трансферти (субвенції місцевим бюджетам на фінансування профільних програм), а також із власних надходжень медичних закладів. У контексті медичної реформи структура бюджетного фінансування зазнала суттєвих змін — з 2020 року домінуючу роль почали відігравати видатки державного бюджету, з одночасним скороченням міжбюджетних трансфертів на охорону здоров'я.

Запровадження з 2020 року Програми медичних гарантій стало ключовим елементом нової фінансової моделі. Згідно з планом медичної реформи, її фінансування повинно становити щонайменше 5% ВВП, адже ці видатки належать до захищених статей бюджету. Однак на практиці ця норма залишається декларативною. Так, у 2021 році державне фінансування Програми склало лише 2,27% ВВП, а у 2022 році зросло до 2,81%. У 2023 році на реалізацію Програми медичних гарантій було передбачено 142,7 млрд грн, що менше порівняно з попереднім роком. З переходом до нової моделі фінансування оплата медичних послуг здійснюється НСЗУ відповідно до затверджених тарифів, що призвело до скорочення обсягів бюджетних субвенцій місцевим органам влади.

Медичне страхування в Україні функціонує у двох формах - обов'язковій та добровільній. Добровільне медичне страхування забезпечується страховими компаніями, які пропонують поліси на випадок захворювання, безперервне страхування здоров'я та покриття медичних витрат. До початку повномасштабної війни показники добровільного медичного страхування демонстрували позитивну динаміку, проте у 2022 році спостерігалось суттєве скорочення цього сегменту.

Натомість обов'язкові види особистого страхування окремих категорій працівників (зокрема медичних працівників, рятувальників, фахівців ветеринарної медицини тощо), основною метою яких є захист життя і здоров'я, практично не

демонструють розвитку в сучасних умовах, що свідчить про недостатню ефективність механізмів реалізації цього інструменту.

Вирішення проблем модернізації фінансової моделі охорони здоров'я в Україні необхідно розглядати як продовження медичної реформи, яка спрямована на перехід від системи пропозиції до системи, орієнтованої на попит, та встановлення прямого зв'язку між фінансуванням галузі й результатами її функціонування. Одним із ключових завдань державної політики в цій сфері є подолання дефіциту ресурсів, необхідних для забезпечення належного функціонування системи охорони здоров'я. Важливою складовою реформи стало вдосконалення інституційного механізму управління галуззю, зокрема створення Національної служби здоров'я України як єдиного платника за медичні послуги, а також впровадження електронної системи E-Health, яка забезпечує ефективний розподіл бюджетних коштів. Цифровізація медичної сфери відкриває додаткові можливості для залучення фінансування через реалізацію послуг, аналітичних даних і консалтингу для пов'язаного з охороною здоров'я бізнесу.

Для подолання обмеженості фінансових ресурсів передбачено два стратегічні напрями: залучення зовнішніх джерел фінансування та активізація внутрішніх резервів шляхом підвищення ефективності використання наявних коштів. У рамках першого напрямку розглядаються такі рішення, як перерозподіл бюджетних коштів на користь охорони здоров'я без збільшення загального обсягу видатків, запровадження цільових податків (наприклад, на шкідливі для здоров'я товари) із подальшим спрямуванням надходжень на фінансування медичних програм, а також диверсифікація джерел фінансування через проєктну діяльність, міжнародну технічну допомогу та донорську підтримку. Найперспективнішою з цих ініціатив виглядає саме запровадження цільових фіскальних платежів, орієнтованих на формування стабільного додаткового фінансового ресурсу для медичної галузі.

Водночас ці зовнішні джерела, за своєю природою, мають допоміжний характер і не здатні замінити бюджетне фінансування як основне джерело

утримання системи охорони здоров'я. У зв'язку з цим усе більше експертів і науковців сходяться на думці, що перехід до системи обов'язкового медичного страхування є єдиним реалістичним шляхом до забезпечення сталого фінансування медичної сфери.

Щодо внутрішніх резервів, то їх реалізація пов'язана з активнішим використанням механізмів отримання додаткових доходів через надання платних послуг, збільшення кількості пацієнтів та жорсткіший контроль витрат з метою запобігання їхньому зростанню. Особливо перспективними вважаються такі напрями, як розвиток телемедицини, легалізація неофіційних платежів у вигляді медичної франшизи, що дозволить зменшити тіньові практики, а також впровадження фасиліті-менеджменту, який передбачає передачу непрофільних функцій (утримання приміщень, харчування, закупівлі тощо) зовнішнім підрядникам для підвищення ефективності використання ресурсів медичних закладів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Семчук І. В., Кукель Г. С., Роледерс В. В. Впровадження нових підходів до управління закладами охорони здоров'я в умовах ринку. *Ефективна економіка*. 2020. № 5. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=7910>
2. Горин В. Фінансові аспекти реформування охорони здоров'я у зарубіжних державах: висновки для України. *Світ фінансів*. 2014. Вип. 1. С. 195-204.
3. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України. URL: <http://moz.gov.ua/strategija>
4. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: Розпорядження КМУ від 30.11.2016 р. № 1013-р. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80/>
5. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 р. №2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-viii>
6. Бюджетний кодекс України: Закон України від 08.07.2010 р. № 2456-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17#Text>
7. Юзефович С. Б. Проблеми диверсифікації джерел фінансових ресурсів охорони здоров'я в Україні. *Актуальні питання фінансової теорії та практики*: збірн. матер. Дев'ятої заоч.-дистанц. конф. студентів і молодих вчених (м. Тернопіль, 15 квітня 2022 р.). Ч. 1. Тернопіль: ЗУНУ, 2022. С. 147-150.
8. Борисюк О. В. Розвиток медичного страхування в Україні із використанням зарубіжного досвіду. *Регіональна економіка та управління*. 2020. № 1 (27). С. 45-50.
9. Андрусів У. Я., Юрченко Н. Б. Зарубіжний досвід фінансування систем охорони здоров'я. *Економічний простір*. 2019. №150. С. 20-24.

10. Міщук І., Віннічук І. Сучасний стан обов'язкового медичного страхування в Україні та шляхи його розвитку. *Підприємництво, господарство і право*. 2019. № 2. С. 110–114.
11. Базиліук, О. П., Ласкова Л. П., Оспіщев В. І. Фінанси: навч. посіб.; за ред. В. І. Оспіщева. К.: Знання, 2006. 415 с.
12. Головінов О. М. Людський капітал в системі виробничих відносин: Монографія. Донецьк: ДонДУЕТ, 2004. 161 с.
13. Скільки коштує «безкоштовна» медицина в Україні. URL: <http://finance.tochka.net/ua/12315-skolko-stoit-besplatnaya-meditsina-v-ukraine/>
14. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я України / Під заг. ред. В.М. Лехан, В.М. Рудого. К.: Вид-во Раєвського, 2005. 168 с.
15. Виноградов О. В. Стан та проблеми фінансових ресурсів охорони здоров'я України. *Економіка та держава*. 2007. №12. С. 25-29.
16. Неєфективні аспекти охорони здоров'я в Україні: чи справді якість відповідає ціні? / Вахітова Г. та ін. VoxUkraine. 2017. 23 червня. URL: <https://voxukraine.org/uk/neefektivni-aspekti-ohoroni-zdorov-ya-v-ukrayini-chi-spravdi-yakist-vidpovidaye-tsini/>
17. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2016 році. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
18. Сателітний рахунок охорони здоров'я в Україні у 2020 році. Офіційна веб-сторінка Державної служби статистики України. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
19. Офіційний сайт Державної служби статистики URL: <https://www.ukrstat.gov.ua/>
20. Офіційний сайт Міністерства фінансів України URL: <https://www.mof.gov.ua/uk/>

21. Видатки державного та місцевих бюджетів України у 2019-2024 рр. Офіційний веб-портал відкритих даних OpenBudget.gov.ua. URL: <https://openbudget.gov.ua/national-budget/expenses?class=functional&view=table>
22. Держбюджет-2025: охорона здоров'я URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/derzhbiudzheth-2025-okhorona-zdorovia>
23. Гусак Н. Реалізація програми медичних гарантій. ПМД. https://drive.google.com/file/d/1vg9iSZEf_ZcxdKwEDtDy5u9XlnHsIFQU/view
24. Фінансування системи охорони здоров'я в Україні: реформа, стійкість і відновлення. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2024. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379577/WHO-EURO-2024-10570-50342-76539-ukr.pdf?sequence=1>
25. Джерело: НСЗУ, <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/open-data>
26. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 р. №2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-viii>
27. Валовий внутрішній продукт України у 2012-2023 рр. Інформаційно-аналітичний портал Minfin.com.ua. URL: <https://index.minfin.com.ua/ua/economy/gdp/>
28. Солдатенко О. Сучасний стан правового регулювання фінансування сфери охорони здоров'я України. *Підприємництво, господарство і право*. 2018. Вип. 2. С. 142-147.
29. Модернізація місцевих фінансів України в умовах економічних і соціальних трансформацій. Монографія / О. П. Кириленко та ін.; за ред. О. П. Кириленко. Тернопіль: Економічна думка, 2008. 376 с.
30. Загальні коефіцієнти природного руху населення за типом місцевості по регіонах у 2021 році. Державна служба статистики України. URL: http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/menu/menu_u/oz.htm

31. Януль І. Є. Перспективи розвитку медичного страхування в Україні. *Економіка та держава*. 2021. № 4. С. 87-91
32. Показники діяльності страхових компаній за 2020-2023 рр. Офіційний веб-портал Національного банку України. URL: <https://bank.gov.ua/ua/statistic/supervision-statist#6>
33. Шевчук С. В., Онишко Ю. В. Проблеми фінансування і перспективи розвитку медичного страхування в Україні. *Інтелект XXI*. 2016. № 5. С. 158-162.
34. За підсумками першого півріччя МХП інвестував у КСВ-проекти близько 62 млн грн. URL: <https://mhp.com.ua/uk/novyny-ksv/za-pidsumkami-pershogo-pivrichchja-mkhp-investuvav-u-ksv-proekti-blizjko-62-mln-grn>
35. Бойко С. Г. Диверсифікація джерел фінансування охорони здоров'я. Аналітична записка. К.: НІСД, 2019. URL: <https://niss.gov.ua/doslidzhennya/socialna-politika/diversifikaciya-dzherel-finansuvannya-okhoroni-zdorovya>
36. Макаренко В. В. Податкове регулювання ринку підакцизних товарів в Україні: автореф. дис. канд. ек. наук: 08.00.08. Ірпінь, 2021. 20 с.
37. Атаманчук Н., Монаєнко А. Оподаткування підсолоджених цукром напоїв: досвід Європейського Союзу та можливості для України. *Нове українське право*. 2022. Вип. 6. Т. 1. С. 23-29.
38. Піхоцька О. М., Хомякова І. С. Фінансування системи охорони здоров'я в умовах її реформування. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2021. № 12. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=2503>
39. Гроші на медицину в громадах, Україна без тютюну, але з системою eHealth – експерти про Стратегію охорони здоров'я до 2030 року. URL: <https://rpr.org.ua/news/36476/>
40. Ryan C., Irvine H. J. Not-For-Profit Ratios for Financial Resilience and Internal Accountability: A Study of Australian International Aid Organizations. *Australian Accounting Review*. 2012. Т. 22, № 2. С. 177–194.

41. Мартинов А. Австралійська медична модель: доступна, якісна та ефективна. Аналітичний портал «Ціна держави». URL: <https://cost.ua/352-med-australia/>
42. Горин В. П., Квасниця О. В. Перспективи нарощування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я в умовах війни та поствоєнного відновлення України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2023. № 14. С. 27-33.
43. Принципи відновлення та трансформації системи охорони здоров'я в Україні. Копенгаген, Європейське регіональне бюро ВООЗ, 2022. 62 с. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/361136/WHO-EURO-2022-5750-45515-65487-ukr.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
44. Thomson S., Cylus J., Evetovits T. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311654>.
45. Sagan A., Thomson S. Voluntary health insurance in Europe: role and regulation. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326316>
46. Thomson S., Sagan A., Mossialos E. Private health insurance: history, politics and performance. Cambridge: Cambridge University Press; 2020