

**Чернівецький торговельно-економічний інститут
Державного торговельно-економічного університету**

Кафедра фінансів, обліку і оподаткування

ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему:

**БЮДЖЕТНА ПОЛІТИКА В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
(на матеріалах Департаменту фінансів Чернівецької обласної
державної адміністрації (Чернівецької обласної військової
адміністрації))**

Студента/тки 2 курсу, денної
форми навчання, спеціальності
072 «Фінанси, банківська справа,
страхування та фондовий ринок»
Спеціалізації «Державні фінанси»

(підпис студента)

Фіщук
Богдан Дмитрович

Науковий керівник:
к.е.н., доцент

(підпис керівника)

Грицюк
Ілля Васильович

Завідувач кафедри фінансів,
обліку і оподаткування, д.е.н.,
професор

(підпис)

Чорновол
Алла Олегівна

Чернівці 2023

ЗМІСТ

	ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1.	ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ФУНКЦІОНУВАННЯ БЮДЖЕТНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
	1.1. Суть та значення функціонування бюджетної політики	
	1.2. Фінансовий менеджмент в управлінні фінансами охорони здоров'я	
	1.3. Методологічні засади фінансування системи охорони здоров'я	
	Висновки до розділу 1.	
РОЗДІЛ 2.	ОЦІНКА ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ЇЇ РЕФОРМУВАННЯ	
	2.1. Аналіз фінансування системи охорони здоров'я	
	2.2. Вплив пандемії на формування бюджетної політики	
	Висновки до розділу 2.	
РОЗДІЛ 3.	ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ УДОСКОНАЛЕННЯ БЮДЖЕТНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
	3.1. Особливості фінансування охорони здоров'я в умовах загроз від пандемії: досвід Європейського союзу	
	3.2. Проблеми та перспективи реалізації бюджетної політики у сфері охорони здоров'я в період викликів пандемії	
	3.3. Бюджетна політика охорони здоров'я в умовах війни	
	Висновки до розділу 3.	
	ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ	
	СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	
	ДОДАТКИ	

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Важливою і основною метою самої діяльності сучасної системи охорони здоров'я є суттєве поліпшення показників достатнього рівня та якості самого життя населення, обов'язкове збереження здоров'я усього населення країни. Тому, щоб досягнути визначений рівень мети у теперішній час перед сучасною державою є відповідальне завдання для того щоб забезпечити на достатньому рівні всі заклади охорони здоров'я потрібними фінансовими ресурсами. Проблема відсутності у державі достатнього обсягу фінансування самої системи охорони здоров'я у потрібних обсягах говорить про те що держава не у повній мірі застосовує вагомий важелі впливу на саме підвищення щодо якості та самої ефективності надання медичної допомоги, і це стосується особливо, допомоги населенню у разі хвороби. Потрібно розуміти, що це все не тільки здійснює порушення наданих нашою Конституцією права людини на отримання медичної допомоги, яка повинна бути - доступна та якісна а і у свою чергу погіршує самий стан здоров'я, а також зменшує саму тривалість життя співвітчизників.

Ми були свідками, що реакція більшості громадян країни на COVID-19 особливо у період надзвичайної ситуації стало дуже непропорційно чутливою і досить неадекватною у зрівнянні з певними негативними та можливими його соціально-економічними наслідками.

Визначено, що пріоритетним завданням сучасної реформи охорони здоров'я в Україні є поступове зростання державних витрат на систему охорони здоров'я і в той же час підвищення ефективності організації систем охорони здоров'я в Україні. Політика в системі охорони здоров'я сьогодні проводилася за такими напрямками як нормування споживання медичних послуг через обов'язкове встановлення самого часу очікування їх надання та постійного розвитку систем фінансового планування.

Тому, сьогодні на часі зміна соціально-економічних проблем і виходити тут треба насамперед із потреб сучасного громадянського суспільства.

Дискусійними питанням щодо розвитку системи охорони здоров'я, особливостей аналізу її фінансування коштами як державного так і місцевого бюджету, реального пошуку додаткових джерел щодо самого фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я та самої ефективності їх використання постійно займаються такі видатні українські дослідники: А. Боднар, В. Базилевич, В. Дем'янишин, В. Зюзін, Л. Дем'яненко, Е. Лібанова, К.Павлюк, З. Лободіна, Н. Федорова та ряд інших.

Але, незважаючи на їх вагомий доробок різних науковців, саме дослідження у динаміці механізмів самої системи фінансування охорони здоров'я в Україні набуває великої актуальності і сьогодні потребує розробки нових підходів з урахуванням сучасних реалій.

Метою роботи є обґрунтування актуальності формування ефективної державної політики охорони здоров'я в управлінні сучасною соціально-гуманітарною сферою на сучасному етапі розвитку суспільства.

Досягнення цієї мети передбачає вирішення таких **завдань**:

- проаналізувати сучасні наукові дослідження щодо бюджетної політики в умовах пандемії;
- узагальнити сучасний світовий досвід змін дієвої бюджетної політики під час пандемії та війни;
- оцінити негативний вплив Covid-19 на формування сучасної доходної та витратної частин бюджету;
- здійснити аналіз динаміки бюджетних доходів та видатків щодо бюджетів різних рівнів;
- визначити та обов'язково запропонувати конкретні заходи щодо вдосконалення бюджетної політики нашої України.

Об'єкт дослідження – процеси щодо особливостей щодо фінансового формування і дієвого функціонування бюджетної політики в сфері охорони здоров'я України в умовах світової пандемії, з національними особливостями.

Визначимо, що **предметом** нашого наукового дослідження є економічні відносини з приводу формування бюджетної політики в галузі охорони здоров'я.

Методи дослідження. У ході дослідження використовувались різноманітні методи серед яких: загальновідомі статистичні методи, визначені методи порівняння, а також спостереження, щодо складових бюджетної політики, методи обстеження та комплексної оцінки бюджетної політики, різноманітні аналітичні процедури щодо функціонування бюджетної політики тощо.

Практичне значення одержаних результатів полягає розробленні дієвих рекомендацій та працюючих пропозицій для органів державної влади у напрямі формування бюджетної політики у сфері охорони здоров'я в Україні.

Наукову основу виконаної роботи сьогодні складають дослідження сучасних українських та світових дослідників з самої теорії фінансів і організації бюджетної системи та бюджетного планування; практичні матеріали та звіти міністерства фінансів України та практичні методичні рекомендації Міністерства охорони здоров'я в сфері бюджетної і фінансової політики на сучасному етапі розвитку нашої держави.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ФУНКЦІОНУВАННЯ БЮДЖЕТНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Суть та значення функціонування бюджетної політики

Сучасна бюджетно-фінансова політика – це є обов'язкова сукупність економічних та адміністративних заходів, що вживаються сучасним урядом, з використанням дієвих бюджетних та податкових інструментів. Основною метою сучасної бюджетної політики є забезпечення надійної бюджетної та соціальної фінансової стабільності та векторність на динамічне створення нових макроекономічних умов щодо певного стимулювання самого економічного зростання сучасного добробуту населення та загальної структурної перебудови сучасної економіки, і як наслідок зменшення авантаження на економіку та підвищення самого життєвого рівня населення нашої країни.

Провівши аналіз ряду наукових праць відмітимо, що автор Н.О. Мельникова визначає, «бюджетна політика – це система фінансових відносин, за допомогою яких здійснюється мобілізація доходів до фонду держави, визначається рівень централізації національного доходу в бюджеті. За допомогою проведення бюджетної політики визначається розмір державних витрат на створення централізованих фондів фінансування народного господарства, соціально-культурних заходів, загальнодержавного управління, оборони і державних страхових резервів» [15, 7]

Значний внесок у розуміння сучасних теоретичних основ формування бюджетної політики у сфері охорони здоров'я України та її сучасної практичної реалізації і впровадження в діючих сучасних умовах, та її значення у регулюванні всіх фінансових та соціально – економічних процесів дослідили автори В. Дем'янишин та С. Юрій.

Щодо самого дослідження загальних теоретичних засад реалізації та формування дієвого бюджетного механізму у сфері охорони здоров'я України та

перспективам його модернізації є роботи З. Лободіної. Досить великий внесок у розуміння основ бюджетного регулювання економіки у сфері охорони здоров'я України формування бюджетного механізму, що має бути спрямований на економічний розвиток внесли дослідження науковців І. Чугунова.

Досить важлива роль у розумінні самих особливостей формування та реалізації пріоритетів бюджетної політики у сфері охорони здоров'я України та можливостей підвищення ефективності бюджетного механізму у сфері охорони здоров'я України належить роботам Я. Жаліла.

Самому формуванню та реалізації бюджетної політики у сфері охорони здоров'я України та напрямам її удосконалення в умовах фінансової децентралізації, розвитку міжбюджетних відносин в складних сучасних умовах присвячені роботи Л. Лисяк та ін.

Але не зважаючи на значну увагу такої великої кількості науковців до бюджетної політики у сфері охорони здоров'я України та дуже високій швидкості змін в українській економіці та у складному політико – управлінському середовищі робить бюджетну політику у сфері охорони здоров'я України актуальною а подальший аналіз змін у бюджетній політиці у сфері охорони здоров'я України та їх наслідків для економіки України.

Реалізація бюджетної політики у сфері охорони здоров'я України на сучасному рівні розвитку дозволяє:

- Значно підвищити стійкість і конкурентоспроможність національної економіки України;
- Обов'язково забезпечити гарантоване виконання взятих фінансових зобов'язань бюджету перед зовнішніми і внутрішніми кредиторами;
- Надійно зберегти якість бюджетних послуг та забезпечити безперебійний соціальний захист найбільш незахищених категорій населення [12, 76].

Зазначимо, що велика частина видаткової частини бюджету України складається з видатків на оплату праці, стипендій, пенсій, допомоги та інших коштів на виконання державних інших соціальних визначених стандартів).

Сьогодні, також відмітимо, що сучасне бюджетне фінансування дає можливість забезпечити стабільне функціонування розпорядників бюджетних коштів зокрема таких як - відділи освіти та охорони здоров'я.

Відомі дослідники та науковці сьогодні виділяють конкретно два основні типи сучасної бюджетно-фінансової політики: перше - дискреційну друге - недискреційну це зображено на (рис.1.1)



Рис. 1.1. Класифікація типів бюджетної політики

Тому, можна констатувати, саме повне визначення терміну «бюджетна політика» полягає у тому, що це є певна діяльність держави з питань використання загальних бюджетних відносин для повного та ефективного забезпечення ринкового соціально – економічного розвитку Всього суспільства. Можна окремо виділити тут і бюджетну політику пенсій. Така політика є однією із головних компонентів економічної політики. Ця бюджетна політика зараз яка має значний вплив на загальний вектор розвитку економіки, та підприємництва через зrealізацію головних функцій держави.

З огляду на такі можливості різного впливу країни світу активно використовують дієві інструменти бюджетної політики для самої підтримки, стимулювання ділової активності в економіці та фінансах які включають в себе соціальні дотації найманим працівникам, які сьогодні втратили роботу яка повязана у часі з пандемією COVID-19, інші масштабні програми підтримку фінансового та підприємницького сектору економіки та ін. Діюча українська

влада, працюючи в руслі загальних світових тенденцій, здійснила важливі певні кроки з метою підтримки національної економіки повністю використовуючи інструменти бюджетної політики. Зазначимо, що важливі напрями підтримки та отримані різні результати виявилися значно меншими і дивнішими ніж у інших країнах. Це пояснюється тим, що така результативність має привязку до особливостей розробки та самої реалізації заходів бюджетної політики у сфері охорони здоров'я в Україні.

Зазначимо що, серед зазначених особливостей, бюджетної політики які суттєво впливають на результат бюджетної політики можна виділити наступні елементи.

Такий елемент як - аналіз рішень законодавчої та виконавчої влади говорить про те, що на сучасному етапі розвитку є слабе місце у загальній відсутності самого системного бачення перспективного розвитку самої економіки України та бачення системних шляхів щодо її подальшого реформування.

Як наслідок при цих обставинах, спостерігається досить несистемне, та дуже хаотичне реформування всієї системи національної економіки.

Зазначимо, що досить часта зміна самого вектору розвитку та самих пріоритетів фінансової та економічної політики, повна відсутність наступності у проведенні основних необхідних реформ при частій зміні влади та інші чинники. Такий елемент дуже швидко позначається і на самому формуванні та практичній реалізації бюджетної політики, тут може виділити зокрема, і використання на сучасному етапі досить неефективних підходів до самого розподілу та перерозподілу ресурсів та коштів бюджету з топових позиції зарубіжених тенденцій розвитку.

Провівши моніторинг джерел констатуємо що сьогодні як і у попередні роки діюча українська влада так і не має у своєму порядку денному ґрунтовних планів щодо самої розробки та загальної реалізації всієї політики бюджетної соціальної справедливості. Цей негативний фактор сьогодні ставить під саму загрозу не лише майбутній економічний розвиток, а і саме існування нашої української держави.

Сьогодні актуальна практика нецільового використання бюджетних коштів, яка суттєво ослабляє стимулюючий характер бюджетної політики особливо у сфері охорони здоров'я.

Діючим прикладом такої сучасної практики є розробка і створення у 2020 році так званого фонду боротьби із COVID-19. Створення фонду передбачало акумуляцію близько 66 млрд. грн. для боротьби з наслідками поширення коронавірусу.

Але як показала сучасна практика та бюджетні відносини, значна частка витрат сьогодні виявилася зовсім не пов'язана з підготовкою нашої країни до епідемії COVID-19 та самою елементарною підтримкою населення України, малого бізнесу України.

Так нами досліджено, що досить значна частина коштів ковідного фонду виділена на будівництво доріг так туди пішло 31,44 млрд. грн., інші виплати – це виплати працівникам поліції туди пішло 2,53 млрд. грн.

Крім того на фінансування державної підтримки у сфері культури, туризму та інших креативних індустрій використано 1 млрд. грн.

Тому так і сталося, що діюча система охорони здоров'я України як виявилася була не готовою до другої та третьої хвилі COVID-19.

Тому через складну ситуацію у самій системі охорони здоров'я України урядом було запроваджено додатковий захід - карантин вихідного дня. Такий додатковий захід - мав великі негативні наслідки для всієї ділової активності всього малого та середнього бізнесу в Україні, бюджетних доходів що були акумульовані та всіх податкових надходжень до державного та місцевих бюджетів усіх рівнів.

Також, відмітимо, що звертає на себе увагу той факт що невирішеною залишається саме проблема невиконання різнорівневих програм розвитку сучасної національної економіки.

На практичну думку багатьох фахівців, Міністерство фінансів України не у повній мірі спроможне реалізовувати такі масштабні програми підтримки розвитку фінансів і економіки, а також, реалізації масштабної соціальної

політики, яка б включала а мільйони отримувачів тобто, громадяни, підприємства та малий бізнес. Сучасна практика говорить про те, що міністерство Фінансів України може робити тільки звичайні і прості бюджетні програми, які не мають дуже вагомого значного потенціалу у сфері підтримки бізнесу та населення України.

До негативних наслідків відноситься те, що, кошти на будівництво автошляхів будуть вилучені із ковідного фонду. Ковідний фонд має своє призначення - боротьба з епідемією та наслідками COVID-19 в країні. Ще одним негативним наслідком для того щод система охорони здоров'я України могла впоратись із зростанням загальної кількості захворювань, а також, обов'язково, ділової активності в економіці, забезпечувалось надходжень до бюджетів усіх рівнів та інші фактори.

Іншим дискусійним моментом є те, що будівництво доріг та автошляхів можуть мати великий мультиплікативний вплив на саму ділову активність у українських галузях економіки. Проблему ми бачимо у тому, що всьогодні у діючій економіці України не у повній мірі сформований повний самодостатній галузевий кластер, що має практичний досвід реалізації на такому будівництві, а необхідні темпи будівництва доріг та шляхів дуже сильно перевищують реальні можливості економіки з самого виробництва відповідних матеріалів які терміново необхідні у роботі.

Так за оцінками дослідників науковців та експертів практиків, сьогодні близько 50% усіх коштів, що діюча влада планує витратити на будівництво доріг та автошляхів а це є сума у розмірі майже 2 млрд. дол. США), скоріш за все отримають іноземні виробники необхідних матеріалів такої як - бітуму, спецтехніки та ін. Тому, наш уряд в умовах фінансової економічної кризи у такий спосіб своїми коштами підтримує економіки інших країн зокрема це Туреччини, Китаю та інші.

Сьогодні повністю заслуговує поваги саме збереження практики підтримки балансу держбюджету в обмін на певне надання преференцій для окремих політичних груп впливу, та окремих депутатів. Як бачимо, що поширена практика

в діючій українській владі, що має, у більшій мірі, негативний вплив на реальну ефективність і реальну прозорість розподілу та сучасного використання коштів державного бюджету України.

Отже, при формуванні та реалізації бюджетної політики у сфері охорони здоров'я України вже багато років існує практика коли окремим депутатам та групам впливу в діючій українській політиці хочеться скорочувати окремі статті видатків бюджету з певним прозорими і чіткими правилами розподілу бюджетних видатків на користь видатків на певні депутатські потреби, які можна ділити хаотично на власний розсуд. Що ми отримуємо - у результаті, достатні фінансові ресурси отримують не ті регіони, які їх потребують найбільше для розв'язання своїх гострих соціально – економічних та фінансових проблем, а ті регіони, депутати чи групи депутатів з яких мають можливість домовитись із діючою владою.

Сама процедура планування та реалізації ефективної бюджетної політики є реальним результатом досить ситуативних, та зовсім непрозорих домовленостей. Але ми повинні розуміти, що реалізація бюджетної політики повинна бути результатом досить стабільної та виваженої довгострокової економічної політики.

Якщо врахувати досліджені сучасні особливості та вади бюджетної політики у сфері охорони здоров'я України вбачається доцільним запропонувати наступні окремі кроки з метою формування та удосконалення бюджетної політики у сфері охорони здоров'я України та посилення її впливу на національну економіку:

Для ефективної реалізації бюджетної політики необхідна і реформа що стосується самої сфери діяльності Бюджетної системи: це чинник податкової системи, чинник боргової політики держави, а також саме проведення регуляторної і адміністративної реформи, обов'язковим чинником є реформування системи соціального захисту населення України.

Проведений аналіз літературних джерел свідчить, що на сучасному етапі розвитку бюджетна політика у сфері охорони здоров'я України має певні особливості, які досить суттєво послаблюють позитивний ефект її застосування.

Тому пропонуємо, з урахуванням того, що бюджетна політика у сфері охорони здоров'я України має значний вплив на ділову активність всієї національної економіки зазначений напрям наукового дослідження тривалий час потребуватиме уваги дослідників. Дуже актуальними залишаються питання що сьогодні пов'язані з формуванням та реалізацією бюджетної стратегії у сфері охорони здоров'я України, вибором та фінансуванням структурних пріоритетів.

1.2. Фінансовий менеджмент в управлінні фінансами охорони здоров'я

В системі охорони здоров'я, незважаючи на ринкові перетворення у реальному і фінансовому секторах, продовжують використовуватися методи адміністрування, що виключають гнучкість і маневреність у прийнятті управлінських рішень на локальному та мікрорівнях. В управлінні системою охорони здоров'я в Україні необхідно розрізняти адміністрування охорони здоров'я, фінансове адміністрування охорони здоров'я та фінансове адміністрування і менеджмент медичних установ (до проведення реформи в системі охорони здоров'я переважає на мікрорівні фінансове адміністрування).

Відповідно зростає роль фінансового менеджменту як комплексу взаємопов'язаних прийомів та методів розробки, прийняття та реалізації управлінських фінансових рішень з питань діяльності суб'єктів господарювання галузі охорони здоров'я.

Відповідно зростає роль фінансового менеджменту як комплексу взаємопов'язаних прийомів та методів розробки, прийняття та реалізації управлінських фінансових рішень з питань діяльності суб'єктів господарювання галузі охорони здоров'я.

Отже, фінансовий менеджмент в охороні здоров'я охоплює «систему принципів, методів, форм, прийомів управління ринковими механізмами в сфері фінансів з метою підвищення ефективності діяльності і конкурентоспроможності лікувальних установ» [7]. Основна відмінність полягає у тому, що метою фінансового менеджменту установ охорони здоров'я як некомерційних

організацій є надання якісних і ефективних медичних послуг, забезпечення життєдіяльності установи, забезпечення збалансованості та синхронізації грошових потоків. Якщо метою фінансового менеджменту підприємств є отримання прибутку, забезпечення рентабельності діяльності, максимізація доходів власників та акціонерів, то установи охорони здоров'я, як некомерційні організації, хоча можуть отримувати прибуток від ведення господарської діяльності, але він має спрямовуватися на розвиток установи, підвищення її привабливості для споживачів медичних послуг. Фінансова результативність охорони здоров'я вимірюється не стільки кількістю витрачених нею коштів, скільки отриманим ефектом.

Управління фінансами має бути, з одного боку, спрямоване на забезпечення високої ефективності фінансової діяльності об'єкта охорони здоров'я як невід'ємного елемента ринкової інфраструктури, що повинно проявлятися у покращенні конкурентної позиції установи на ринку медичних послуг, з іншого – на забезпечення фінансової стабільності як установи, так і галузі в цілому, що дасть змогу надавати медичні послуги, тобто здійснювати діяльність, заради якої вона створена, а також забезпечувати можливості розвитку охорони здоров'я.

Важливою умовою забезпечення ефективності фінансового менеджменту є впровадження оцінки результативності діяльності галузі та установ охорони здоров'я. Для цього необхідно запровадити систему стратегічного фінансового планування та бюджетування, використання програмно-цільового методу. Стратегічне фінансове планування в медичній установі характеризує процес визначення обсягів вхідних і вихідних грошових потоків, їх збалансування та узгодження у часі і в просторі (синхронізація) із потребами фінансового забезпечення її діяльності. Мета бюджетування – підвищення ефективності функціонування установи охорони здоров'я через удосконалення функцій планування, оперативного управління і контролю.

Бюджетування сприяє узгодженню оперативних цілей зі стратегічною метою установи. Система бюджетів дасть змогу спрогнозувати фінансовий стан установи. За таких умов зростає потреба оцінки рівня виконання запланованих

показників, виявлення загроз фінансовій безпеці, пошук можливих шляхів запобігання кризі, в т. ч. фінансовій, тобто виникає необхідність здійснювати моніторинг та контролінг. Призначення системи контролінгу є оцінка якості прийнятих управлінських рішень, що досягається завдяки формуванню ефективних систем забезпечення, зокрема, інформаційного, організаційного, кадрового, програмного, технічного, фінансового. Обов'язковою складовою фінансового менеджменту є персональна відповідальність за наслідки управлінської діяльності. Управління фінансами має бути, з одного боку, спрямоване на забезпечення високої ефективності фінансової діяльності об'єкта охорони здоров'я як невід'ємного елемента ринкової інфраструктури, з іншого – на забезпечення фінансової стабільності галузі, що дасть змогу надавати медичні послуги, тобто здійснювати ту діяльність, заради якої вона створена, а також забезпечувати можливості її розвитку. Впровадження принципів фінансового менеджменту в управління фінансами галузі охорони здоров'я зображено на рисунку 1.2.

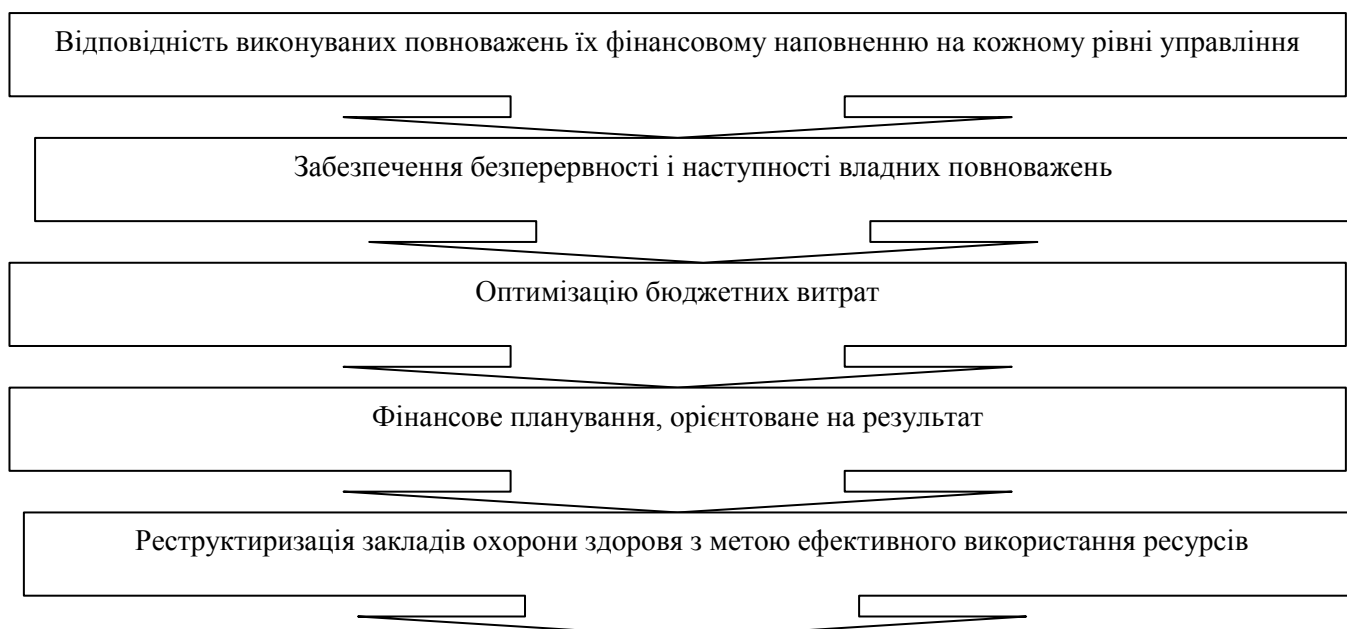


Рис.1.2. Впровадження принципів фінансового менеджменту в управлінні фінансами галузі охорони здоров'я

Враховуючи вищевикладене, в процесі дослідження ми прийшли до висновку, що забезпечити ефективність управління фінансами можливо за умов оптимізації мережі медичних установ, підвищення їх конкурентоспроможності на ринку медичних послуг, підготовки керівників медичних установ (фінансових менеджерів) здатних самостійно приймати виважені управлінські рішення, зокрема, в питаннях управління фінансовими ресурсами, грошовими потоками, активами, доходами, витратами, ризиками установи та запровадження персональної відповідальності за наслідки їх прийняття і реалізації.

1.3. Методологічні засади фінансування системи охорони здоров'я

Сьогодні ефективна системи охорони здоров'я є основним та пріоритетним завданням державного управління.

Через систему охорони здоров'я сучасна держава забезпечує виконання основних затверджених дієвх конституційних прав населення. Важливим фактором є те, що в умовах побудови сильної правової та демократичної держави яка має ринкову соціально-орієнтован економікою на сьогоднішньому етапі все більшої актуальності набирають питання забезпечення та практичної реалізації самого конституційного права громадянина на право на охорону здоров'я. Тут відмітимо, що важливу роль у самому підвищенні рівня доступності та якості щодо надання самих медичних послуг населенню що відповідно є гарантованих нашою державою і записані ці гарантії у Конституції, є достатні фінансові ресурси, які будуть надходити у фінансове розпорядження самої галузі охорони здоров'я України.

Дієва реформа системи охорони здоров'я України сьогодні вимагає перетворення механізмів державного управління. Особливо активно є питання щодо самого фінансового забезпечення як діючих реформ так і їх напрямів, що вдосконалює пошук усіх напрямів удосконалення системи фінансового забезпечення.

Сьогодні у сфері охорони здоров'я в Україні бачимо що є велика кількість негативних ринкових тенденцій, що є загальним наслідком всієї системної кризи усієї системи охорони здоров'я. На різницю від усіх інших галузей, сама система охорони здоров'я в Україні практично повністю залежить від державного бюджетного фінансування. Актуалізується розвиток та додаткове залучення інших джерел фінансування, яке стримується низьким зацікавленням приватного сектора та дуже негативним ставленням з боку різних державних органів управління охороною здоров'я до сфери підприємництва в охороні здоров'я в цілому. Тому, доводимо, що у сфері фінансування галузі охорони здоров'я, сьогодні першочерговою проблемою є дуже активна нестача державних коштів, що постійно призводить до зменшення обсягів безоплатної медичної допомоги.

Важливе значення сучасному реформуванні системи охорони здоров'я мало термінове прийняття на законодавчому рівні Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я.

Відповідно до Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я була затверджена нова модель фінансування системи охорони здоров'я. Згідно із Концепцією нова модель фінансування ставить сьогодні самого пацієнта у центр уваги та безперервно забезпечує саме виконання наданих конституцією державних гарантій щодо фінансування самої системи та фінансування самого обсягу медичної допомоги.

Так як сьогодні первинна медична допомога є одним із найважливіших елементів діючої національної системи охорони здоров'я, то зрозуміло, що першими у такі нові умови фінансування мають входити заклади охорони здоров'я, які є комінансальними підприємствами що надають первинну медичну допомогу. Такі новостворені чи реорганізовані заклади системи охорони здоров'я отримують повну самостійність у всіх питаннях внутрішнього управління та налагодження бізнес процесів в своїх установах.

Аналізуючи текст Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я визначено, що її основна мета пов'язана із вирішенням таких проблем системи охорони здоров'я України: велика фінансова незахищеність пацієнтів;

дуже мала якість та ефективність надання медичних послуг; недієве використання бюджетних коштів.

Тому, для вирішення окреслених проблем в Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я було запропоновано наступні вихідні положення.

Так, сучасною метою реформи фінансування всієї системи охорони здоров'я України є створення та впровадження дієвої нової моделі фінансування, яка має чіткі та прозорі гарантії держави щодо загального обсягу безоплатної медичної допомоги, дієвий фінансовий захист громадян у випадку хвороби, тта ефективний та справедливий розподіл всіх публічних коштів та зменшення неформальних платежів, а акож, створення стимулів до підвищення якості надання медичної допомоги населенню державними та різним комунальними закладами охорони здоров'я.

Визначено принципами реформи фінансування:

- універсальність покриття та справедливість доступу до медичної допомоги населенню та підприємствам;
- обов'язкове забезпечення доступу до всіх гарантованих державою медичних послуг для населення, та всіх хто їх потребує;
- принцип фінансовий захист – означає недопустимість катастрофічних витрат громадян у будь-якому, випадку хвороби чи відмови від отримання певної кількості потрібної медичної допомоги через неможливість оплати самої медичної допомоги в момент отримання в установі;
- принцип ефективність – під ним розумвіється, максимально висока віддача кожної гривні вкладеної в систему охорони здоров'я України бюджетної гривні, краща якість та сучасна доступність послуг для пвсіх ацієнтів, кращі умови роботи та доходи для лікарів в Україні;
- принцип прозорість і підзвітність – ми тут розуміємо, недопустимість застосування корупційних схем у сфері охорони здоров'я України, зрозумілість зобов'язань усіх сторін, у сфері охорони здоров'я України відкритість у використанні публічних коштів;

- принцип - конкуренція постачальників - залучення постачальників усіх форм власності у сфері охорони здоров'я України, що передбачає створення дієвої мотивації для надання більш якісних послуг, та сучасне практичне впровадження наукових та обґрунтованих економічно ефективних методів роботи у сфері охорони здоров'я України, забезпечувати дотримання клінічних протоколів та професійних стандартів;

- принцип - вільний вибір- мається на увазі про можливість для пацієнта в Україні отримати допомогу там де заклад охорони здоров'я зможе найкраще задовольняє його потреби;

- принцип - субсидіарність- ми розуміємо - встановлення бюджетних повноважень щодо особливостей фінансування системи охорони здоров'я та особливостей сучасного надання рівня медичної допомоги з доступом до найнижчого рівня отримувача, цей принцип дозволяє забезпечити основні відповідні доступність, дуже належну якість та найкращу можливу фінансову економічну ефективність цієї допомоги, а також інші необхідні для цього ресурси;

- принцип – передбачуваність загального обсягу коштів на медичні послуги у загальному державному бюджеті передбачає повноцінне стратегічне планування постійної медичної допомоги та витрат на неї.

Сучасне забезпечення належного рівня системи фінансування охорони здоров'я та справедливого розподілу суми витрат бюджету на охорону здоров'я з постійною диверсифікацією всіх джерел фінансування охорони здоров'я потребує вдосконалення наступних складових.

Зокрема потрібно розробити соціальну програму державних гарантій у сфері охорони здоров'я, яка повинна затверджуватися на середньострокову перспективу тобто до 3-х років і на основі певного дотримання самого принципу всеохоплення населення медичною допомогою та врахування інших основних напрямів діяльності таких як медико-соціальна допомога, громадська охорона здоров'я, реабілітація, медична освіта, наукові дослідження та підвищення кваліфікації.

Потребує повного забезпечення в фінансуванні з державного бюджету

важливих національних та державних цільових програм в охороні здоров'я, тут потрібно напружити ширшу частину окремих податків таких як акцизний збір на алкогольні, тютюнові вироби, інші встановлені податки за екологічно шкідливе виробництво чи наприклад важкі несприятливі умови праці, на цільове бюджетнефінансування охорони здоров'я.

Зазначимо, що планування бюджетів закладів охорони здоров'я за програмно-цільовим методом тобто запровадження уніфікованих, заснованих на усталеній світовій практиці та рекомендаціях експертних організацій, методичних підходів до розрахунку вартості медичних послуг та встановлення фіксованої вартості (базових тарифів) на медичні послуги, що надаються за соціальною програмою державних гарантій у сфері охорони здоров'я, а також, впровадження закупівель закладами охорони здоров'я державної і комунальної форми власності немедичних і медичних послуг, необхідних для медичного обслуговування населення у інших суб'єктів господарювання.

На часі повна необхідність щодо реформування самої системи охорони здоров'я України повинна проходити виважено та відповідно до медичних стандартів, адже сьогодні, Україна за показником витрат на охорону здоров'я на одну людину посідає 89 місце у світі у цьому рейтингу присутні 184 країни, і 108 місце займає Україна за показником тривалості життя.

Наголошуємо, про те що саме питання фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я всіма достатніми фінансовими ресурсами набувають важливого і актуального значення, оскільки їх необхідний обсяг (так само як і сама ефективність використання) великою мірою визначатиме результативність та ефективність реформи.

Зміни фінансування галузі охорони здоров'я України сьогодні мають на меті перехід від фінансування медичних закладів згідно до затвердженого кошторису до оплати державою практично наданого обсягу медичної допомоги конкретній людині чи отримувачу. Тут сам принцип «гроші йдуть за пацієнтом» у житті означає, що потребуючий лікування звертається до конкретного лікаря за отриманням допомоги, а сама держава перераховує кошти в той медичний заклад,

де працює лікар, або напряму лікарю, якщо такий лікар має власну практику. Отже, якщо колись держава утримувала самі медичні заклади, то зараз вона оплачує саме конкретний сформований пакет медичних послуг, який наданий пацієнтам.

Розглянемо таку модель яку впроваджено з 2018 р. Де саме фінансування охорони здоров'я зроблено і запущено на первинній ланці медичної допомоги, де саме працюють сімейні лікарі та терапевти, а також педіатри. Реформа на вищих рівнях тобто вторинному (мається на увазі спеціалізованому) та третинному (мається на увазі високоспеціалізованому) повинна запроваджуватися поступово до 2020-2022 роках.

Для того, щоб ця реформа запрацювала створено Національну службу здоров'я України (НСЗУ), яка сьогодні перераховує бюджетні кошти медичним закладам та лікарям як є ФОПи за надання медичної допомоги населенню.

Національна служба здоров'я України укладає угоди з усіма медичними закладами і повністю гарантує фінансування відповідно до тої кількості пацієнтів, яким в цих закладах буде надано чи було надано медичну допомогу. Зазначимо, що саме фінансування відбувається на умовах попередньої оплати.

Прогнозується, що фінансування медичної допомоги через Національну службу здоров'я України забезпечить єдині стандарти надання медичної допомоги та однаково рівний доступ до надання всіх медичних послуг для кожного громадянина країни, незалежно від його прописки чи місця реєстрації. Тут сама Держава гарантує, що всім громадянинам, які звернуться до свого сімейного лікаря, буде надано медичну допомогу безкоштовно. І зрозуміло що, лікар гарантовано отримає гроші за свою роботу, відповідно до визначеного тарифу, і незалежно від того, в якій установі чи закладі він працює – у великому місті чи в маленькій сільській місцевості.

Саме бюджетне фінансування закладу, де працює лікар, самої амбулаторії чи лікаря-ФОПа буде перераховуватись з державного бюджету і не залежить від бюджетної фінансової спроможності місцевої громади місцевих чиновників. Обсяг такого фінансування розраховується виключно у відповідності до загальної

кількості громадян, що мають угоди з лікарями таких медичних закладів. На складний перехідний період в деякій мірі (для вторинної й третинної ланки) буде діяти теперішня система фінансування медичних закладів тобто через самусубвенцію місцевим бюджетам.

Реформа запустилась з 3 квітня 2019 року коли саме Міністерство охорони здоров'я перестало фінансувати за потребами по кошторису і повністю перейшло до фінансування на оплату медичних послуг за відомим нам всім принципом «гроші йдуть за пацієнтом».

Мається на увазі, що проведені встановлені законодавчі зміни підвищать саму ефективність фінансування охорони здоров'я України за рахунок державного чи місцевого бюджету, але у більшості випадках (зокрема окремі види медичного обслуговування на вторинній і третинній ланках, а також, надання медичних послуг соціально незахищеним верствам населення, новітня розробка і впровадження інноваційних та високотехнологічних видів самоголікування, медичного лікування складних або хронічних захворювань) саме надання якісної та ефективної медичної допомоги в повному обсязі вимагає розширення і урізноманітнення каналів фінансування медичної галузі.

Отже, можемо сказати, що реформа самого фінансування галузі охорони здоров'я України хоче впровадження нової моделі функціонування самої системи охорони здоров'я, за допомогою якої фінансування медичних закладів постійно здійснюється відповідно до складеного національною службою здоров'я бюджетного кошторису саме наданої медичної допомоги окремій людині за таким принципом де «гроші йдуть за пацієнтом».

Принципово іншу модель фінансування охорони здоров'я сьогодні запроваджено на первинній ланці медичної допомоги.

Для розвитку медичної галузі треба розробити та впровадити таку систему фінансування охорони здоров'я, яка б врахувала можливості людей, так обов'язково і їхні потреби. Тут доцільним є поєднання різних альтернативних джерел фінансування, що у великій мірі дозволить підвищити як фінансування самої медицини, так і саму якість послуг, що будуть надаватися.

Для цього реформування охорони здоров'я України бути фінансово забезпечена шляхом урізноманітнення джерел фінансових ресурсів на базі впровадження або поширення, а також розвитку у подальшому:

- самого обов'язкового медичного страхування;
- важливого добровільного медичного страхування;
- обов'язковості співплатежів із залученням коштів населення;
- запровадження інноваційних джерел фінансування.

Висновки до розділу 1

Світові системи охорони здоров'я, які прагнуть забезпечення високого рівня гарантування медичної допомоги, побудовані на економічно виважених принципах багатоканального фінансування (державного, медичного страхування, платні послуги за додатковий попит, благодійність та інше).

Сьогодні, одним із основних додаткових цільових джерел фінансування є запровадження загальнообов'язкового медичного страхування (використовується в Нідерландах, Німеччині, Франції, Ізраїлі, Росії, США у тому чи іншому ступеню). Такий тип фінансування забезпечує відхід від залишкового принципу фінансування надання медичної допомоги (медичних послуг) системою охорони здоров'я. Цільовий характер загальнообов'язкового медичного страхування надає можливість планування та обґрунтування гарантованого обсягу медичної допомоги (медичних послуг). Цей законопроект враховує світовий досвід та особливості України, можливостей її бюджету, стану системи охорони здоров'я, існуючі взаємовідносини між всіма сторонами. Розподіл джерел фінансування системи охорони здоров'я за переконанням авторів законопроекту має бути наступним:

- частка коштів державного бюджету та коштів фондів соціального страхування - до 30 %;
- частка коштів місцевих бюджетів - до 10 %;

- позабюджетні кошти загальнообов'язкового медичного страхування - 50 - 60 %;
- приватні кошти громадян (кошти добровільного медичного страхування, благодійних фондів та міжнародної допомоги) - до 15 %.

За рахунок асигнувань державного та місцевого бюджетів фінансуються Базова програма (система громадського здоров'я; система екстреної медичної допомоги; первинна медична допомога та ін) Програма боротьби з важкими, рідкісними та соціально небезпечними захворюваннями а також окремі програми та заходи по закупівлі лікарських засобів та медичних виробів за окремими напрямками, медична наука, програми підготовки кадрів, забезпечення роботи ЦОВВ, тощо. З коштів загальнообов'язкового медичного страхування фінансується Програма загальнообов'язкового медичного страхування, а це надання вторинного, третинного рівнів медичної допомоги, а також медична реабілітація. За приватні кошти фінансується надання окремих видів медичних послуг рівня додаткового попиту.

РОЗДІЛ 2

ОЦІНКА ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ЇЇ РЕФОРМУВАННЯ

2.1. Аналіз фінансування системи охорони здоров'я

Як свідчить досвід десятиліттями в сучасній Україні діяла модель фінансування системи охорони здоров'я, що була заснована на постійному та обов'язковому спрямуванні бюджетних коштів у більшій мірі на утримання самої структури медичної інфраструктури. У тих реаліях, громадяни України були досить обмежені у самому доступі до надання хороших та якісних медичних послуг, а установи охорони здоров'я не завжди у повній мірі були забезпечені сучасним діагностичним та лікувальним обладнанням. Загалом, основними проблемами у фінансуванні системи охорони здоров'я, які потребують розв'язання, є: фінансова незахищеність громадян, низька якість та ефективність надання медичних послуг, неефективне витрачання бюджетних коштів. Через наявні системні проблеми у фінансуванні закладів охорони здоров'я Міністерство фінансів України ініціювало системну реформу галузі, зокрема розробки та запровадження дійсно нової моделі фінансування, що має на меті :

- визначені та прозорі гарантії з боку держави щодо самого обсягу безоплатної медичної допомоги;
- хороший фінансовий захист населення у випадку хвороби, та чіткий, злагоджений та справедливий розподіл державних коштів і зменшення неформальних платежів;
- розробка механізму заохочення до покращення якості надання самої медичної допомоги громадянам дрізними державними і комунальними закладами охорони здоров'я.

Тому для досягнення цієї мети Кабінетом Міністрів України було впроваджено та затверджено так звану Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я. Концепція реформи фінансування системи охорони

здоров'я містить такі основні етапи та детальний покроковий план впровадження самої реформи. Згідно затвердженої Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я - основним завданням реформи у системі охорони здоров'я визначено сам перехід від простого постатейного фінансування наданих чи ненаданих а запланованих медичних послуг до системи самого фінансування, що передбачає здійснення витрат за результатами діяльності установи. Така реформа сприятиме як самому підвищенню ефективності діяльності системи охорони здоров'я. Крім того такий підхід дозволить вдосконалити загальні підходи фінансування у частині обліку наданих послуг та самої ефективності наданих медичних послуг.

Зазначимо, що до числа самих перетворень в системі охорони здоров'я, які передбачені реформою належать: «впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги; утворення єдиного національного замовника медичних послуг; створення нових можливостей для здійснення місцевою владою повноважень у сфері охорони здоров'я; автономізація постачальників медичної допомоги; запровадження принципу “гроші ходять за пацієнтом”; розбудова сучасної системи управління медичною інформацією». [2]

Також, прийнято в Україні Закон Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Цей закон передбачає що держава коштами Державного бюджету та місцевих бюджетів України у межах самої програми медичних гарантій повинна здійснювати повне забезпечення фінансування всіх необхідних медичних послуг та використаних лікарських засобів.

«Програма медичних гарантій – це пакет медичних послуг, гарантований державою, визначений, виходячи з пріоритетів охорони здоров'я в Україні, у обсягах можливостей державного фінансування, і включає послуги екстреної, первинної, амбулаторної, госпітальної та паліативної опомоги а реабілітації, медичну допомогу дітям, яким не виповнилось 18 років, та медичний супровід вагітності та пологів. Скористатися ним може кожен громадянин України, а також особи, прирівняні до громадянства» [2]

Суми бюджетних коштів, що спрямовуються на реалізацію самої програми медичних гарантій, є цпрописані у Законі України про Державний бюджет України, і складають не менше 5% валового внутрішнього продукту України.

З періодичного видання “Дзеркало тижня” зазначимо наступне: «за всі роки незалежності видатки на медицину рідко перевищували 3%. При підготовці минулорічного держбюджету міністр фінансів Сергій Марченко відзначав, що збільшення фінансування охорони здоров’я до 5% може статися в 2023 році внаслідок поступового підвищення цієї динаміки з закладених у 2021 році 4,2% ВВП».[41]

Щоб відповідати вимогам часу та забезпечувати ефективну реалізацію бюджетної політики у сфері державних економічних і фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою світлвих медичних гарантій передбачених самою Постановою Кабінету Міністрів утворена Національна служба здоров’я України (НСЗУ). Національна служба здоров’я України сьогодні є головним замовником медичних послуг лікарських засобів за так званою визначеною у Постанові програмою медичних гарантій.

Національна служба здоров’я України укладає договори про медичне обслуговування із самими закладами охорони здоров’я усіх форм власності. Національна служба здоров’я України укладає договори про медичне обслуговування з фізичними особами - підприємцями, які мають діючу ліцензію на провадження медичної практики та є діючими ФОПАМИ.

Зазначимо, що головним посилом на який направлена медична реформа є саме перетворення та реорганізація всіх медичних закладів у комунальні некомерційні підприємства. Під цієї реорганізацією розуміється так звана автономізація.

Реформовані та утворені заклади охорони здоров’я можуть укласти контракти та договори з Національною службою здоров’я України. Ці договори дадуть можливість цим закладам отримувати пряме бюджетне фінансування за отримані послуги з питань медичного обслуговування. У той же час іінше дерело – медична субвенція із Державного бюджету надається уже на інші цілі.

Характерною ознакою є те, що самі договори про якісне медичне обслуговування повинні бути укладені у загальних обсягах, які передбачені бюджетом самих видатків на охорону здоров'я на певний бюджетний період на основі рорахунку вартості та загального обсягу послуг з медичного обслуговування, щодо тих послуг замовником яких є держава або дійсні органи місцевого самоврядування. Вартість такої послуги розраховується з урахуванням структури витрат, необхідних для їх надання. Таким чином Національна служба здоров'я України реалізувала важливий та дієвий принцип медичної реформи що передбачає гасло всім відомий принцип - гроші йдуть за пацієнтом, за цим принципом НСЗУ сплачує вартість тільки реально наданих медичних послуг та оплачених ліків.

Такий механізм поступово почав замінювати неефективне фінансування оплати ліжка-місця. Сьогодні, вперше наші співвітчизники змогли безперешкодно обирати лікаря, тим самим підписавши з ними реальну декларацію, а діючі реорганізовані чи нові комунальні медичні заклади, де є лікарська практика та працюють сімейні лікарі, повністю перейшли на оплату послуг за контрактами з Національною службою здоров'я України. Медичні заклади, які уклали договір з Національною службою здоров'я України. Всі ці визначені комунальні заклади стали повністю фінансово незалежними. Такі комунальні заклади у сфері охорони здоров'я сьогодні можуть самостійно розпоряджатися реальним бюджетом, такі заклади не мають жодних обмежень тарифною сіткою чи затверджений з певними нормативами штатним розписом. Така реформа дала можливість керівникам комунальних закладів повністю самостійно визначати всі напрями загального спрямування коштів на загальні та поточні потреби а також капітальні видатки у межах бюджету. Важливо, що тут є можливість у зміні, преміюванні та перегляді самої оплати праці медичних працівників.

Так маємо перші підсумки. У 2020 році Національна служба здоров'я України уклала 3862 договори з 1675 комунальними закладами спеціалізованої та екстренної медичної допомоги. Національною службою здоров'я України виплачено 56,2 млрд. грн. законтракованим установам.

Національна служба здоров'я України заплатила по пріоритетним пакетам послуг майже 29 тис. на дітей. Так за пакетом “неонаталогія” Національна служба здоров'я України оплатила 58 тис. пацієнтам. Національна служба здоров'я України в рамках пакету “пологи” надала послуги 187 тисячам жінок. У розмірі - 4,3 млрд. грн.

Важливо, що реалізація самої програми державних гарантій медичного обслуговування населення України у 2020 році обумовила потреби з наданням самої необхідної медичної допомоги хворим на дивну гостру респіраторну хворобу *COVID-19*, яка напевне була спричинена коронавірусом *SARS-CoV-2* (табл. 2.1).

Таблиця 2. 1

Виконання бюджетної програми “щодо державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році

млрд. грн.

Напрями вилатків	план	Уточнений план	факт	відх. (3-2), +/-	відх. (4-3), +/-
1	2	3	4	5	5
Всього за бюджетною програмою видатків , у т.ч.	72,0	92,2	89,5	+20,2	-2,7
Видатки на оплату медичних послуг екстреної медичної допомоги	4,7	5,9	5,9	+1,2	-
Видатки на оплату медичних послуг первинної медичної допомоги	19,1	18,2	18,1	-0,9	-0,1
«Оплата медичних послуг вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої), паліативної медичної допомоги, медичної реабілітації, медичної допомоги дітям до 16 років, медичної допомоги у зв'язку з вагітністю і пологами»[5]	44,2	46,3	45,1	+2,1	-1,2
Видатки на оплату медичних послуг вторинної (спеціалізованої)	0,35	0,35	0,35	0,0	0,0
«Оплата медичних послуг, пов'язаних з наданням медичної допомоги пацієнтам з гострою респіраторною хворобою <i>COVID-19</i> , спричиненою коронавірусом <i>SARS-CoV-2</i> »[5]	-	15,1	15,1	+15,1	0,0
«Оплата медичних послуг, пов'язаних з наданням медичної допомоги пацієнтам з гострою респіраторною хворобою <i>COVID-19</i> , спричиненою коронавірусом <i>SARS-CoV-2</i> , за рахунок коштів квідного фонду»[5]	-	5,3	3,9	+5,3	-1,4
Видатки на оплату на відшкодування вартості лікарських засобів	3,1	1,0	0,9	-2,1	-0,1
Видатки на оплату, що пов'язаних з технічним забезпеченням надання медичних послуг та виписування електронних рецептів та повідомлень засобами мобільного зв'язку	0,4	0,3	0,01	-0,1	-0,29
Резерв акумульованих коштів	0,5	0,0	0,0	-0,5	0,0

Державний бюджет України у 2020-2022 роках виконувався в складних макроекономічних умовах, однак завдяки виваженій та послідовній бюджетній політиці Уряду вдалося акумулювати обсяги доходів бюджету, необхідні для фінансування медичної галузі, у тому числі видатків, спрямованих на підтримку населення та на подолання наслідків пандемії, а також низки інших видатків, які сприяють розвитку економіки та добробуту громадян. У 2020 році касові видатки Державного бюджету на охорону здоров'я склали в сумі 124,9 млрд. грн., що становить 9,7% загальної суми видатків державного бюджету і на 86,4 млрд. грн. (або 223%) більше, ніж у 2019 році. Найбільшу частку в структурі видатків на охорону здоров'я становили видатки на іншу діяльність (90%) та лікарні та санаторно-курортні заклади (6%). (рис. 2.1).

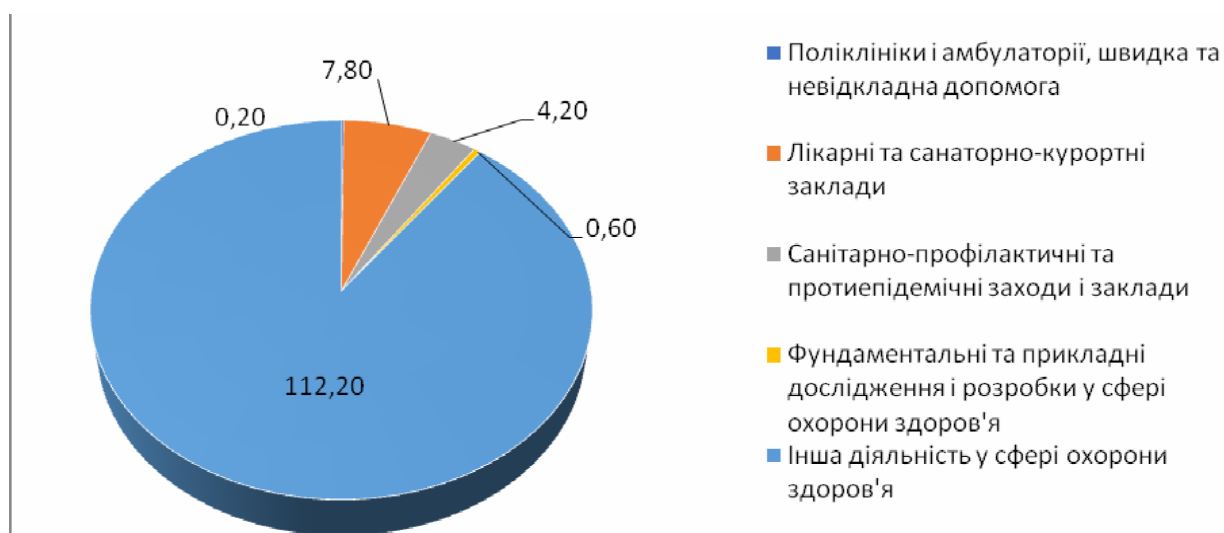


Рис. 2.1. Видатки державного бюджету на охорону здоров'я у 2020 році, млрд. грн.

Видатки на іншу діяльність у сфері охорони здоров'я зросли на 84,2 млрд. грн., а це майже в чотири рази більше порівняно із 2019 роком. Разом з тим видатки на лікарні та санаторно-курортні заклади зменшились на 456,7 млн. грн., або на 6%. Тобто бачимо вплив пандемії та медичної реформи на обсяги видатків державного бюджету, так як до видатків на іншу діяльність у сфері охорони здоров'я відносяться пункти швидкої та невідкладної допомоги, які були переповнені упродовж 2020 року хворими на COVID-19. [9]

Що стосується видатків на фінансування Міністерства охорони здоров'я України у 2022 році, то його збільшено на 67,05% порівняно з 2021 роком тобто до 194395,8 млрд грн (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Динаміка видатків державного бюджету на Міністерство охорони здоров'я України у 2020-2022 роках

млн.грн.

Напрями використання бюджетних коштів	2020 рік	2021 рік	2022 рік	Темп приросту	Відхилення 2022 року до 2021
1	2	3	4	5	6
МОЗ України	159 189,7	116 370,7	194395,8	67,05	78025,10
Видатки на Апарат МОЗ України	35 241,3	27 164,5	36679,1	35,03	9514,60
Видатки на Керівництво та управління у сфері міністерства ОЗУ	92,8	93,4	142,5	52,57	49,10
Видатки на Наукову і науково-технічну діяльність у сфері міністерства ОЗУ	178,2	163,1	193,5	18,64	30,40
Видатки на Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями	2644,7	3748,1	4339,1	15,77	591,00
Видатки на Санаторне лікування хворих на туберкульоз	596,2	509,5	729,6	43,20	220,10
Видатки на Лікування громадян України за кордоном	700,0	1089,9	550,0	-49,54	-539,90
Видатки на Організацію і регулювання діяльності установ та окремі заходи в системі охорони здоров'я	145,7	107,9	153,2	41,98	45,30
Видатки на Функціонування Національної наукової медичної бібліотеки,	57,0	46,3	61,3	32,40	15,00
Видатки на Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей	732,6	640,5	1372,1	114,22	731,60

У 2022 році важливим напрямом залишається реалізація програми медичних гарантій, на яку було спрямовано 146,3 млрд грн: 143,9 млрд грн – на оплату медичних послуг за програмою медичних гарантій; 2,4 млрд грн – на реімбурсацію (відшкодування вартості ліків) для лікування серцево-судинних захворювань, цукрового діабету, хронічних хвороб дихальних шляхів, розладів психіки та поведінки. Лікарські засоби з повним або частковим відшкодуванням їх вартості отримали понад 3,8 млн осіб.

Залучення міжнародної фінансової допомоги сприяло стабільному фінансуванню програми медичних гарантій та відповідно дозволило своєчасно виплачувати заробітну плату понад 500 тис. працівникам медичних закладів.

Так, за даними Національної служби здоров'я, у 2022 році середня заробітна плата працівників закладів охорони здоров'я становила 14,3 тис. грн, на 21% більше ніж у 2021 році та у 1,5 раза ніж у 2020 році.

Найбільше зросла середня заробітна плата лікарів, що становила 21 тис. грн (на 36% більше ніж у 2021 році та у 1,7 раза ніж у 2020 році) та середнього медичного персоналу – близько 15 тис. грн (на 25% більше ніж у 2021 році та у 1,5 раза ніж у 2020 році).

Найвища середня заробітна плата працівників у закладах екстреної медичної допомоги – 17,8 тис. грн, із них лікарі отримують близько 26 тис. грн, середній медичний персонал – 20 тис. гривень.

Окрім того, кошти державного бюджету було спрямовано на: 11,6 млрд грн – для забезпечення заходів громадського здоров'я (здійснення державного інфекційного контролю та епіднагляд, лабораторні, інструментальні та діагностичні дослідження і випробування); 8,6 млрд грн – централізована закупівля лікарських засобів та медичних виробів, високовартісного медичного обладнання для оснащення закладів охорони здоров'я. У табл. 2.3 та 2.4. представлені видатки на державну службу з лікарських засобів та НСЗУ.

Таблиця 2.3

**Динаміка видатків державного бюджету на Державну службу
з лікарських засобів та контролю за наркотиками у 2020-2022 роках**

млн.грн.

Напрями використання бюджетних коштів	2020 рік	2021 рік	2022 рік	Відхилення 2022 року до 2021
Видатки на Державну службу з лікарських засобів та контролю за наркотиками	116,2	104,6	123,2	18,6
Видатки на Керівництво та управління у сфері лікарських засобів та контролю за наркотиками	116,2	104,6	123,2	18,6

Як бачимо, з табл.2.2.-2.4, що передбачені Державним бюджетом України на 2022 р. видатки для фінансування повноважень міністерства охорони здоров'я України складаються з фінансування апарату самого Міністерства охорони здоров'я України (36,6 млрд грн), Державної служби України з лікарських засобів та контролю за наркотиками у сумі 123,2 млн грн, а також фінансування самої служби - Національної служби здоров'я України у сумі 157,6 млрд грн.

Таблиця 2.4

Динаміка видатків державного бюджету на Національну службу здоров'я України у 2020-2022 роках

млн.грн.

Видатки	2020 рік	2021 рік	2022 рік	Відхилення 2022 року до 2021
Видатки на <i>Національну службу здоров'я України</i>	123 832,20	89 101,60	157594	68 492,00
Видатки на Керівництво та управління у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення	338	219,9	295,4	75,50
Видатки на Міністерство охорони здоров'я України (загальнодержавні видатки та кредитування)	3497,9	16 856,90	2431,2	-14 425,70
Реалізація програми державних гарантій медичного обслуговування населення	123456,2	88952,1	157298	68 346,10
Видатки на Субвенцію з державного бюджету місцевим бюджетам на реформування регіональних систем охорони здоров'я для здійснення заходів з виконання спільного з Міжнародним банком реконструкції та розвитку проєкту «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей»	555	659,1	240,8	-418,30

Основну частину бюджетного фінансування НСЗУ спрямовано на збільшення фінансування програми державних гарантій медичного обслуговування населення, на Програму медичних гарантій передбачено 123,5 млрд грн (рис. 2.1)» [5].

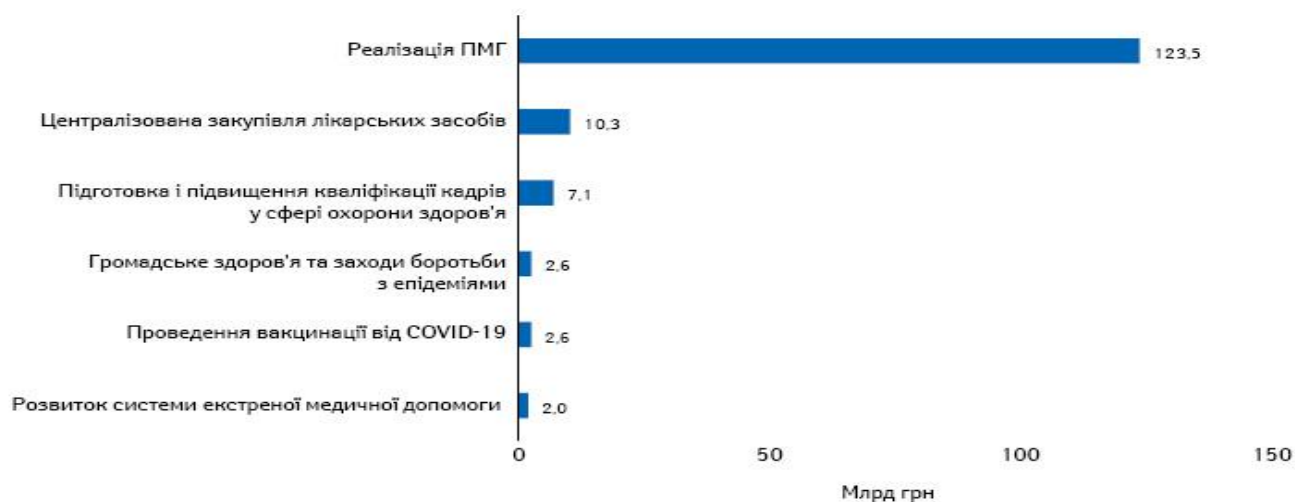


Рис.2.2. Фінансування програми державних гарантій медичного обслуговування населення

Як бачимо у 2022 році програма державних гарантій медичного обслуговування населення передбачає бюджетне фінансування первинної медичної допомоги (з обов'язковим урахуванням кількості населення, що підписало декларацію з лікарем); а також, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги (зобов'язковим урахуванням пріоритетних послуг та станів); а також, реімбурсації вартості лікарських засобів; фінансування паліативної медичної допомоги та медичної реабілітації; фінансування екстреної медичної допомоги.

Бюджетне фінансування видатків на повну централізовану закупівлю ліків Державним бюджетом на 2022 році передбачено 10,3 мільярдів гривень, що складає на 27,6% більше порівняно з попереднім роком.

У Державному бюджеті на 2022 рік передбачено видатки на обов'язкове проведення вакцинації населення проти гострої респіраторної хвороби COVID-19, яка спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, у сумі 2,6 млрд гривень. Аналогічну суму виділено на «Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями». Порівняно з попереднім роком обсяг фінансування цієї бюджетної програми зменшено на 29,4%.

На лікування громадян України за кордоном у поточному році передбачено 550 млн грн. Слід зазначити, що в остаточній редакції закону № 1082-IX

порівняно з його проектом видатки за цією програмою зменшено на 390 млн грн та ці кошти передано на реалізацію пілотного проекту щодо зміни механізму фінансового забезпечення оперативного лікування з трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів (загалом за цією бюджетною програмою виділено 502 млн грн)» [1].

На рис.2.3 зображено фінансування основних 5 розпорядників коштів державного бюджету: «Міністерства соціальної політики України Держбюджетом на 2021 р. виділено 311,3 млрд грн. Видатки на Міністерство оборони України становлять 117,6 млрд грн, Міністерство внутрішніх справ України - 98,3 млрд грн, Міністерство освіти і науки України - 50,7 млрд грн (рис. 2), Міністерство фінансів України - 24,4 млрд грн, Міністерство розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства України - 15,9 млрд грн»[56] .

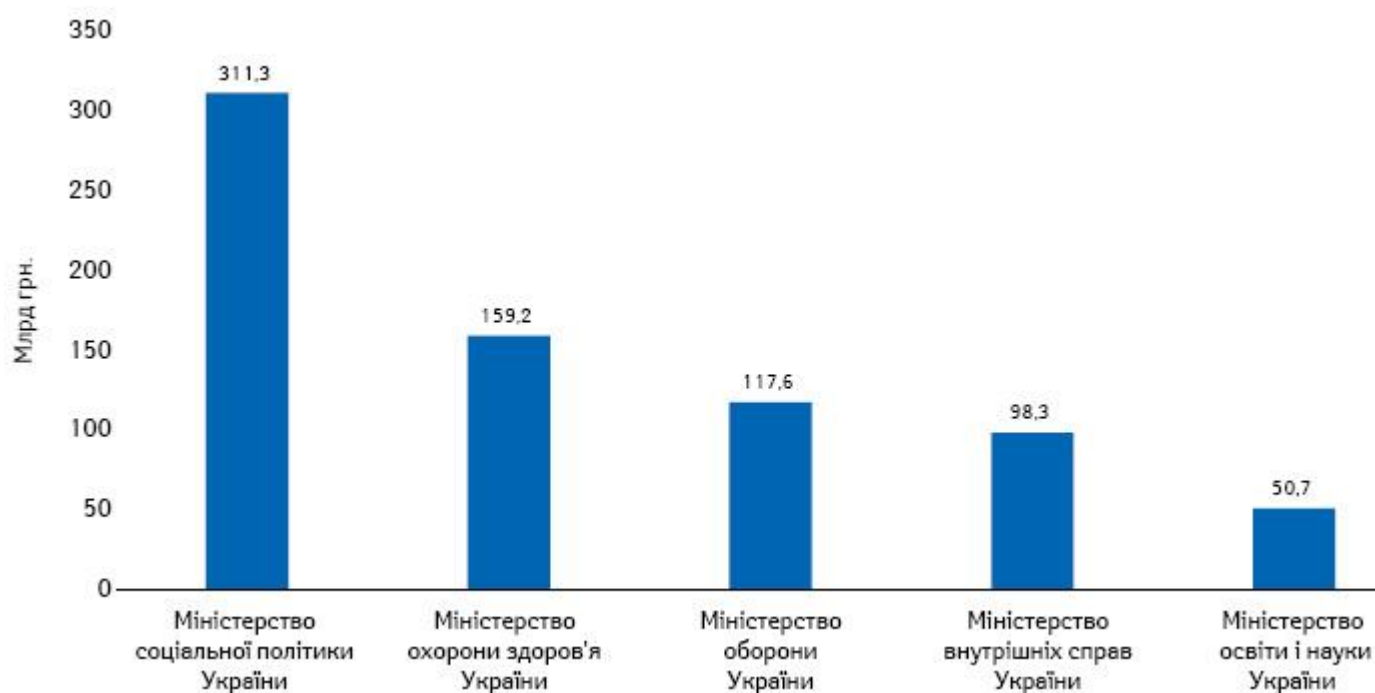


Рис. 2.3 Видатки на центральні органи виконавчої влади на 2021 р.

Отже, як бачимо, виділених державою коштів вкрай недостатньо для безперебійного функціонування медичної системи.

Що стосується фінансування видатків з питань пандемії то з 1 квітня 2021 року стартувала нова програма медичних гарантій 2021. Нова програма включає

певний пакет вакцинації від COVID-19. Це все і пов'язане з тим що бюджет самої Програми медичних гарантій України у 2021 році порівняно із 2020 збільшено у сумі на 34,6 млрд. грн. і в абсолютному вимірі становить 123,5 млрд. грн.

Структура цього бюджету наступна – видатки на екстренну медичну допомогу передбачені у загальній сумі 14,0 млрд. грн., а сама первинна медична допомога буде фінансуватися у загальній сумі - 20,7 млрд. грн.

Фінансування медичної допомоги пацієнтам з COVID-19 передбачено у бюджеті у сумі 10,0 млрд. грн. Фінансування на лікування онкологічних захворювань передбачено у загальному обсязі - 4,7 млрд. грн.

Значимо, що фінансування самої медичної допомоги вагітним, породіллям та новонародженим у видатках передбачено у загальній сумі 6,0 млрд. грн.. Що стосується фінансування такої галузі як лікування пріоритетних серцево-судинних захворювань сюди входить інфаркти та інсульти фінансуються у розмірі 3,7 млрд. грн.

Крім того, на новий напрям що передбачає централізовану закупівлю ліків національною службою ЗУ у 2021 році передбачено 10,3 млрд. грн. Суттєво, зросли видатки бюджету на підготовку і підвищення кваліфікації кадрів у сфері охорони здоров'я в Україні та розвиток екстреної медичної допомоги.

Що стосується Державного бюджету на 2022 рік то також, було передбачено фінансування системи охорони здоров'я в Україні на рівні що дозволить забезпечення надання якісних медичних послуг для усіх громадян, особливо у частині підвищення оплати праці медичним працівникам. У 2022 році на розвиток самої медичної галузі у бюджеті передбачено 192,5 млрд. грн.. Також у бюджеті 2022 року передбачено багато видатків на охорону здоров'я, тут зокрема можна виділити, видатки на забезпечення та розвиток трансплантації в Україні органів і лікування громадян України за кордоном у сумі 1,5 млрд. грн., на видатки на систему охорони здоров'я передбачено в розмірі 192,5 млрд грн.

Відмітимо, що, на реалізацію: «Програми медичних гарантій враховані видатки в обсязі 157,5 млрд грн для: первинної медичної допомоги з урахуванням кількості населення, яке уклало декларацію з лікарем; реімбурсації вартості

лікарських засобів з урахуванням збільшення кількості пацієнтів, які отримують ліки за кошти державного бюджету або з незначною доплатою; екстреної медичної допомоги за новою організаційною моделлю, спроможною забезпечити вчасне, якісне та ефективне реагування на випадки невідкладних станів; вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги з урахуванням пріоритетних послуг та станів; паліативної медичної допомоги та медичної реабілітації» [54].

Крім того, для підтримки комунальних закладів в системі охорони здоров'я України, які не надають медичних послуг за новою програмою медичних гарантій, урядом планується збереження бюджетної субвенції на обов'язкове здійснення підтримки окремих закладів та установ та заходів у системі охорони здоров'я країни в обсязі 2,2 млрд грн, що повинно забезпечити безперервність надання необхідних медичних послуг всьому населенню України.

Як бачимо, враховано 6 млрд грн на формування спроможної системи громадського здоров'я, що включає видатки на проведення самої процедури вакцинації населення від COVID-19, яка спричинена коронавірусом. На ці статті передбачені видатки у сумі 489,5 млн грн зокрема на придбання обладнання мікробіологічного профілю для значного посилення самої спроможності мережі центрів контролю та профілактики хвороб.

Також у бюджеті на 2022 рік є видатки в загальній сумі 2,7 млрд грн на придбання досить дороговартісного медичного обладнання для можливості створення спроможної мережі закладів охорони здоров'я в Україні.

При бюджетному формуванні обсягу загальних видатків бюджету на охорону здоров'я у розрахунках була врахована загальна ринкова заробітна плата медичним працівникам. Зростання зарплати встановлено таким чином, що базовий рівень заробітної плати у лікарів буде 20 тис. грн., а зарплата у середніх медичних працівників 13,5 тис. грн що є досить прогресивни та позитивним у реформі фінансування охорони здоров'я.

2.2. Вплив пандемії на формування бюджетної політики

Сучасний економічний та соціальний вимір циклічного глобального економічного та фінансового розвитку обґрунтовує та демонструє пріоритет економічної соціалізації економіки та фінансів у вирішенні сучасних глобальних проблем людства, що також, безпосередньо впливає на саму методологію загального системного наукового дослідження бюджетної та фінансової політики, що за змістом сьогодні не може бути розглянутий окремо від бюджетної політики України.

Процеси економічної глобалізації на сучасному етапі проявили себе як правильний та об'єктивний процес, що має багатогранну природу і показує себе у негативних та окремих позитивних наслідках для самого розвитку суспільства.

Тут бачимо, що з одного боку, сама економічна глобалізація формує певні досить об'ємні взаємозв'язки, взаємодії, та взаємозалежності перетворюючи весь отриманий науково-технологічний, фінансово-економічний, загальноцивілізаційний соціальний і прогрес.

А з іншої сторони, в особливий період критичних та непередбачуваних світових криз сама глобалізація є досить складним та негативним негативним чинником, бо сьогодні у цьому процесі жодна країна світу не може самостійно і якісно захистити свою фінансово-бюджетну систему від загальних потрясінь та навіть знищення. Це все ми спостерігали від наслідків світової пандемія COVID-19 яка не оминула жодної країни не залежно від її розвитку.

Незаперечна економічна криза сьогодні вимагає рішучих змін у самій бюджетній політиці нашої країни.

Тут констатуємо, що виникла потреба у дієвих нових підходах для безперебійного фінансування сучасних антикризових заходів з різних джерел тобто як рахунок державного бюджету, так і можливо, за рахунок коштів територіальних громад в Україні. Тут також не треба забувати про осодливості та можливості використовувати певні нестандартні інструменти фіскальної та

сучасної грошово-кредитної політики що можливі до використання під час карантинних обмежень.

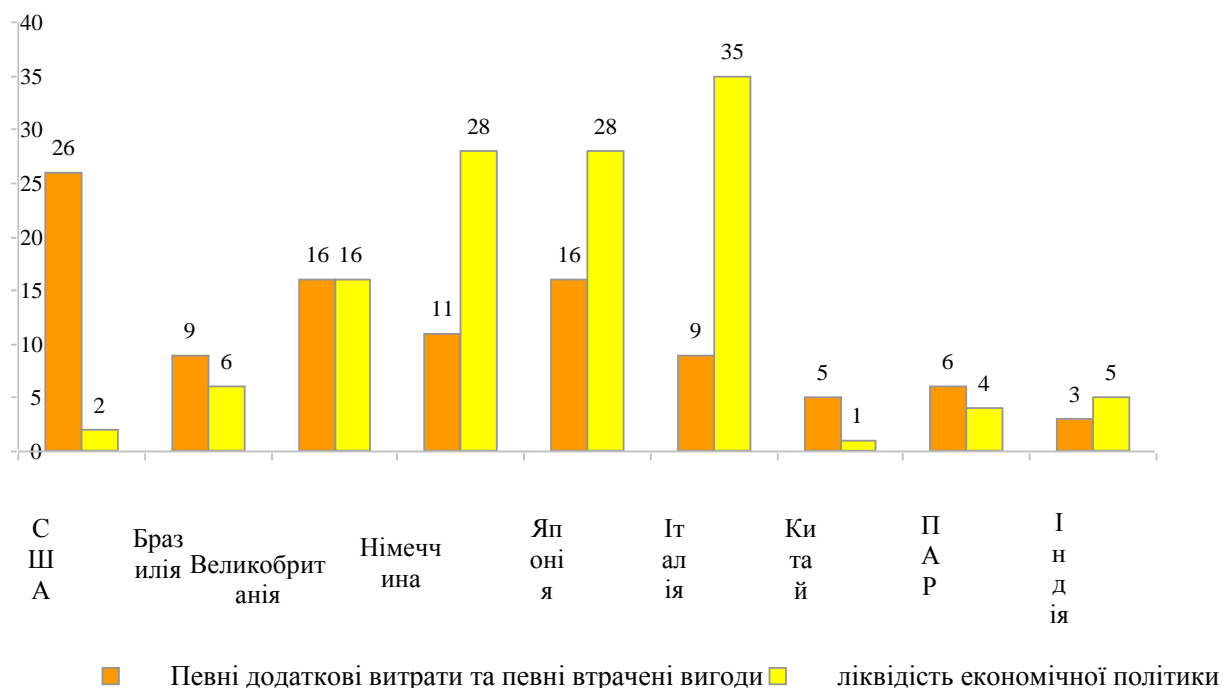


Рис. 2.4 Витрати на боротьбу з COVID-19 у 2021 році

Сума державні витрат більшості країн в світі не залежно від рівня їхнього розвитку як демонструє рисунок показує тенденцію до зростання. Так у 2021 році зросли видатки державного бюджету на фоні самої боротьби з пандемією COVID-19.

Як бачимо, що у більш розвинених світових країнах на саму боротьбу з страшною пандемією витратили приблизно 17% від ВВП.

А на противагу їм в країнах із низьким середнім доходом ця сума склала 4% від ВВП.

Тоді як в низькорозвинених країнах ця сума склала 1.6% від ВВП.

Ця особливість дійсної ситуації має своє пояснення так як у цей період майже повна відсутність складових доходів, має вплив та серйозну загрозу досить великої частки відпливу з ринку дуже невеликих тобто тих хто не мають невеликих резервів підприємств та фірм, масового розриву виробничих зв'язків, досить різкого та болючого зростання безробіття, і як наслідок, збільшення

бідності. Сьогодні всіма розвиненими країнами було зроблено багато дивних на перший погляд за масштабам антикризових програм. Такі програми включають досить об'ємний та широкий набір групи фіскальних заходів і бюджетних заходів грошово-кредитної політики. На рисунку 2.3 бачимо самі обсяги додаткових витрат бюджету країн, що зображені без урахування певних державних гарантій, певних пільгових кредитів, крім цього є обов'язкове урахування податкових пільг. Більшості розвинених країн на сьогодні перевищують більше 5% ВВП, а в окремих країнах наприклад таких як США розмір цих заходів перевищує понад 26% ВВП. Особливості формування нових програм сьогодні зводиться до сучасного принципу що не залежно від ціни необхідно забезпечити повну підтримку економіки і населення. Тут унікальний масштаб викликів самостійно робить не тільки самимнеобхідним, але і вигідним так як є можливість побудувати свої логічні економічні зв'язки.

Економічна та бюджетна криза 2020 року має новітню свою епідеміологічну і фінансову та соціальну специфіку, тому так ми не знаємо чи можливо буде зменшити деякі нові витрати які появились. Думаємо, що в розвинених країнах після такої дивної кризи 2020 року зростатимуть в абсолютній і відносній сумі загальні витрати на саму систему охорони здоров'я, і як наслідок на фінансування добробуту населення а також на соціальну політику.

Що стосується Німеччини то вона: «Протягом 2021 року продовжує м'яку бюджетну політику, незважаючи на бюджетне правило. Останні кілька років країна жорстко дотримувалася бюджетного правила «боргового гальма», введеного після кризи 2008-2009 року і закріпленого в Основному законі. Це правило виключає можливість запозичень для фінансування структурного дефіциту, що перевищує 0,35% ВВП. Однак у 2020 році уряд прийняв додатковий бюджет, який передбачає перевищення майже на 120 мільярдів євро максимально допустимого порогу нової заборгованості. Більшість антикризових заходів зберігають свою дію і в 2021 році, тому зростання витрат триває, їх підвищений рівень знову закріплений в «додатковий бюджет», а правило «боргового гальма» як і раніше не дотримується. Міністр фінансів Олаф Шольц недавно заявив, що

така практика, ймовірно, пошириться і на наступний рік, оскільки правило не дозволяє зробити все необхідне, щоб допомогти Німеччині вибратися з економічного спаду, викликаного COVID-19». [5]

У той час як Великобританія: «Планує фінансування додаткових витрат частково за рахунок підвищення податків на великий бізнес, частково за рахунок нарощування держборгу. Мінфін Великобританії оголосив про тимчасову відміну оподаткування "надприбутків", щоб залучити додаткові 25 мільярдів фунтів стерлінгів у вигляді інвестицій в найближчі 2 роки. Для компенсації випадаяючих доходів Мінфін Великобританії вирішив заморозити процентні ставки податку на доходи фізичних осіб на найближчі 5 років, а також підвищити корпоративний податок з 19% до 25% для компаній з прибутком понад 250 000 фунтів стерлінгів з одночасним зниженням ставок для компаній з прибутком від 50 000 до 250 000 фунтів стерлінгів. Адаптивна грошово-кредитна політика буде в першу чергу спрямована на збереження робочих місць і доходів населення, що неодмінно призведе до зростання держборгу країни в середньостроковій перспективі. За оцінками бюджетного управління підвищення корпоративного податку принесе 2,9% ВВП в 2024 фінансовому році в порівнянні з 2,1% в 2020 фінансовому році, а заморожування порогових значень податку на прибуток забезпечить 0,7 п. П. ВВП в період з 23 по 2026 фінансовий рік. В цілому, за оцінками відомства, заходи, оголошені в бюджеті, майже усунуть поточний дефіцит бюджету до 2026 фінансовому році, в той час як чистий борг державного сектора досягне максимуму в 109,7% ВВП в 2024 фінансовому році і впаде до 103,8% до квітня 2026 року. Представники Мінфіну Великобританії відзначають, що дана стратегія консолідації бюджету обрана владою виходячи з неясності перспектив закінчення пандемії». [5].

У Бразилії: «На тлі пандемії вперше був перевищений допустимий Конституцією рівень державних витрат, встановлений Конгресом в 2016 році в рамках політики по скороченню бюджетного дефіциту. Відповідно до прийнятої конституційної поправки, зростання державних витрат не повинен перевищувати рівень інфляції попереднього року. Щоб уникнути порушення цієї поправки

надзвичайні заходи були включені в окремий, так званий «військовий», бюджет на 2020 рік. Термін дії більшості надзвичайних заходів закінчився до кінця 2020 року, але програма «екстреної допомоги» вразливим домогосподарствам і підтримки зайнятості були відновлені в другому кварталі 2021 року. Величезні витрати і накопичений за 2020 рік борг викликані зняттям конституційного обмеження на державні витрати. За підрахунками МВФ, за підсумком 2020 року Бразилія знаходиться на другому місці по співвідношенню державного боргу до ВВП серед країн із середнім доходом, поступаючись тільки Анголі. Незважаючи на зниження кредитного рейтингу більшістю міжнародних агентств, фінансування держборгу триває через зовнішні запозичення. За оцінками агентства Fitch, введення федеральними властями Бразилії нових податків малоімовірно, тому що існуючий обсяг податкових зборів майже досягли своєї стелі». [5]

У США: «Федеральний уряд прийняв п'ять законів для підтримки громадян і економіки загальним обсягом \$ 3,4 трлн до 2021 фінансового року (і 3,3 трлн дол. США для 2020-2030 фінансового року). У березні 2021 р Президент США Джо Байден підписав схвалений Конгресом пакет антикризових заходів, який отримав назву «Американський план порятунку». Головною відмінністю цього пакета від попередніх стало різке збільшення державних витрат і в цілому розширення відповідальності держави в соціальній сфері. «План порятунку» припускав як разове виділення бюджетних коштів на конкретні потреби (наприклад, більше \$ 150 млрд на вакцинацію та інші медичні витрати, \$ 350 млрд - на покриття дефіцитів бюджетів штатів і муніципальних бюджетів, більше \$ 100 млрд - на покриття втрат малого бізнесу), так і довгострокові зміни податково-бюджетної політики. Антикризовий пакет вже зараз користується широкою підтримкою населення, а до моменту виборів може стати ще популярнішим на тлі очікуваного відновлення економіки, так що такий розрахунок команди президента не позбавлений підстав. Деякі конгресмени від Демократичної партії вже оголосили про плани переведення частини прямих виплат і субсидій з даної програми в формат постійних. (Наприклад, таких, як виплати на дітей).

Фінансування масштабних проектів підтримки також буде здійснюватися за

рахунок підвищення податків на багатих (домогосподарства, чий дохід становить більше \$ 400 000 на рік), і на корпорації, а також за рахунок нарощування держборгу. Ставка корпоративного податку буде збільшена з 17% до 25%, що нижче, ніж ставка цього податку до зниження, прийнятого при Трампа. Згідно з базовим прогнозом Управління Конгресу США по бюджету, федеральний борг в державних руках досягне 195% ВВП до 2050 року, що майже в два рази більше, ніж в кінці Другої світової війни». [5]

Країни, що розвиваються у відповідь на пандемію COVID-19 в мають дуже маленькі антикризові програми. І це є зрозуміло, бо вони є досить обмеженими можливостями фінансування.

Ми пропонуємо такі заходи та набір для використання економічних інструментів що дозволять компенсувати зменшення попиту та адресно підтримати тих хто постраждав від страшної пандемії.

Тобто у світі для цього паралельно використовуються такі інструменти як:

- значне пом'якшення діючої грошової політики тут використовують як зниження ключової ставки, так і використовується можливість купівлі державних облігацій;

- кількісне надання державних гарантій та державної підтримки за кредитами,;

- можливість розстрочки по сплаті податків та надання податкових пільг та приференцій і обслуговування кредитів.

Важливим для всіх сфер при скороченні обсягів виробництва не допустити масового звільнення своїх співробітників, обов'язково забезпечити дієву підтримку своїх громадян, які у вимушених обставинах залишилися без джерела доходів для свого існування.

Фахівцями оціено, що мінімальний необхідний обсяг фінансових антикризових заходів сьогодні повинен бути на рівні як 3-4% ВВП.

Такий обсяг повинен бути забезпечений у вигляді суми додаткових дієвих бюджетних витрат і зниження податків і зборів на окремих територіях. Тут ми вважаємо, що досить значну перевагу ми повинні віддавати ефективним заходам,

характерною ознакою яких є мобільність та швидкість до реалізації у життя. Досить дискусійними на наш погляд є окремі пропозиції щодо того щоб видати певну суму готівки всім громадянам. Тут вважаємо, що в діючих умовах обмежених ресурсів дуже потрібно зосередитися та приділити увагу найбільш нужденним верствам населення.

Висновок до розділу 2

Таким чином, в результаті проведеного дослідження нами було визначено особливості реформування фінансового забезпечення системи охорони здоров'я України. Встановлено особливості фінансування первинної медичної допомоги державним та місцевими бюджетами. У дослідженні обґрунтовано сукупність загальних напрямів щодо удосконалення фінансового механізму в управлінні системою охорони здоров'я та особливого державного регулювання діяльності закладів охорони здоров'я на сучасному етапі. Впровадження визначених нами реформ дозволить підвищити результативність державного управління та уникнути сукупності ризиків, які обумовлені сучасними реформами в досліджуваній сфері.

Під час війни та в перші повоєнні роки держава потребуватиме колосальних ресурсів для відбудови виробничої та соціальної інфраструктури, відновлення виробничих активів і житлового фонду, надання доступу до соціальних і медичних послуг. У середньо-строковому періоді ці завдання доповнюватимуться цілями побудови стійкої енергоефективної та інклюзивної інфраструктури, стимулювання розвитку конкурентоспроможної промисловості та підвищення якості людського капіталу. Безперечно, досягнення таких цілей потребуватиме ефективної та злагодженої роботи всіх регуляторних і управлінських органів.

Реформа медичної галузі в Україні базується на необхідності широкого використання інформаційних технологій. Її важливим інструментом стала

розбудова сучасної електронної системи охорони здоров'я, що дає змогу поступово підвищувати ефективність та прозорість сфери. У зв'язку з цим розпорядженням Кабінету Міністрів України схвалено Концепцію розвитку електронної охорони здоров'я, метою якої є формування засад розвитку е-здоров'я в Україні, що сприятиме підвищенню якості та доступності медичних послуг, розширенню прав і можливостей пацієнтів, забезпеченню їх безперервної медичної допомоги та безпеки, підвищенню ефективності управління та використання ресурсів, високому рівню поінформованості населення щодо питань здорового способу життя, профілактики захворювань та отримання медичної допомоги. [13] Так, на сьогодні електронна система охорони здоров'я забезпечує укладення електронних декларацій із сімейними лікарями, виписку електронних рецептів за програмою “Доступні ліки” та електронних направлень, ведення електронної медичної картки тощо.

РОЗДІЛ 3

ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ УДОСКОНАЛЕННЯ БЮДЖЕТНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Особливості фінансування охорони здоров'я в умовах загроз пандемії: досвід Європейського союзу

Сьогодні в процесі інтеграції Європейський Союз досить ефективно пройшов два етапи - економічний та політичний. Іншим послідовним кроком є реалізація третього важливого сегменту - інтеграції в діючій соціальній сфері, що передбачає, серед всього іншого, інтеграцію в самій сфері охорони здоров'я. Так, організована спільна соціальна політика має такі достатні складники: перше - спільну бюджетну політику, загальні стандарти щодо тарифних сіток за зарплатами, страхову медицину, соціальними виплатами, а також пенсійну політику.

Плштовхом для таких реформ та для швидкого поглиблення інтеграції стала така причина як коронавірусна криза. При інших обставинах держави-члени ЄС не передбачали такої глибокої інтеграції та швидкої уніфікації систем охорони здоров'я в найближчі 10-15 років.

Але складність і проблеми полягають у тому, що сам перехід до соціальної інтеграції вимагає від усіх учасників як великих фінансових, так і значних часових об'ємних ресурсів. У всьому світі сама Пандемія COVID-19 показала слабкість усіх держав-членів у швидкому та дієвому реагуванні на такі загрози та відсутність чи обмеження у координації між ними в сфері охорони здоров'я.

Отже, таким чином, сьогодні потребує великої уваги саме реформування фінансових реформ, спрямованих на поліпшення системи охорони здоров'я. Тут, пошуки оптимальних складних рішень стали основною причиною вироблення все більш обґрунтованої політики в самій галузі охорони здоров'я. Сьогодні країни ЄС не висувають жодних жорстких вимог до організації самої системи охорони здоров'я держав, які хочуть вступити до співдружності. Тут головним є те, щоб

усі верстви населення які незалежно від їх місця проживання та фінансової платоспроможності мали можливість отримати дієву медичну допомогу: «Так, у Договорі про ЄС внесений параграф, який передбачає, що ЄС сприятиме досягненню високого рівня захисту здоров'я. Потім Маастрихтський договір включив охорону здоров'я в реалізацію всіх інших політик ЄС і надав цьому напряму нових функцій, які доповнюють зусилля країн ЄС»[6].

Всі заходи які спрямовані на формування організаційних механізмів щодо самого подолання кризи що виникла у сфері охорони здоров'я в складних та непередбачуваних умовах пандемії COVID-19 вимагають організацію наступних заходів: щодо самого встановлення досить високих та дієвих стандартів якості та самої строгої та відповідальної безпеки медицини та інших стимулюючих заходів для захисту і поліпшення здоров'я населення.

Тут зазначимо, що всі подібні заходи Європейському Союзу виключають будь-яку гармонізацію чинного законодавства про охорону здоров'я держав-членів. Отже, основна і дієва компетенція і головні зусилля саме у сфері охорони здоров'я України перебували і продовжують сьогодні перебувати в самих країнах-членах, а Європейський Союз тільки доповнює ці зусилля. Зокрема, країни Європейському Союзу запобігають поширенню певних інфекцій через кордони, маршрутизація раціоналізує рух пацієнтів, обмежує розрізнення в якості медичних послуг та обслуговування тощо.

«Серед більш практичних інструментів варто відзначити різноманітні дослідження та оцінки стану здоров'я в ЄС. Частина з дослідників займається збором даних з кожної країни за різними індикаторами. ЄС має власний перелік із 88 ключових європейських показників здоров'я (The European Core Health Indicators). Серед них – не лише ті, що стосуються демографії і власне хвороб, а й так звані детермінанти здоров'я (кількість курців, середня вага та фізична активність населення), обслуговування в сфері охорони здоров'я (нові технології в медицині, рівність доступу до отримання послуг), а також відповідні державні політики (заборона куріння до визначеного віку, дотримання здорового способу життя тощо)» [8].

У новій рамковій стратегії з охорони здоров'я на 2021– 2027 роки встановлені основні пріоритети та заходи, що сьогодні необхідні для самого покращення здоров'я та самої безпеки працівників у наступні роки в умовах постпандемічного світу, який позначеного екологізацією та самою цифровізацією, значними економічними та значними демографічними сучасними викликами й зміною самого поняття традиційного робочого середовища. Важливо , що самі здорові та безпечні умови праці і будуть передумовою до існування здорової та продуктивної дієвої робочої сили, забезпечення сучасної ефективної діяльності усієї системи охорони здоров'я.

Здорові та безпечні умови праці сьогодні є досить важливим аспектом як постійності, так і забезпечення конкурентоспроможності економіки ЄС. Сучасне та діюче законодавство Європейського постійно розробляється в дуже плідній співпраці з так званим Консультативним комітетом із питань безпеки та здоров'я(ККБЗР).

Консультативний комітет із питань безпеки та здоров'я сьогодні є тристороннім органом, до складу такого органу входять ряд певних представники урядів, наші профспілки та самі створені організації роботодавців.

Цікавим та змістовним показником для оцінки самих можливостей систем охорони здоров'я країн світу є Глобальний індекс безпеки здоров'я. Глобальний індекс безпеки здоров'я. передбачає саму оцінку реальних можливостей самої глобальної охорони здоров'я в присутніх 195 країнах.

Визначимо, що одним із основних принципів щодо використання Глобальний індекс безпеки здоров'я є визначення того, що глобальна безпека охорони здоров'я в сучасних умовах є ринковою колективною відповідальністю.

Глобальний індекс безпеки здоров'я. може сьогодні допомогти лідерам країн, та головним лікарям чи високого чину державним службовцям сфери охорони здоров'я. Тобто, всім фахівцям високого рівня, які напрацьовують певні державні політики, та лікарям-практикам дозволить виявляти певні прогалини та дозволить формувати дуже стійку готовність у своїх країнах та у своїх регіонах. Крім того, Глобальний індекс безпеки здоров'я сьогодні може

використовуватися як один з основних орієнтирів для дослідження, виявлення та звичайно, усунення недоліків з метою зменшення негативних наслідків для здоров'я та економіки.

Глобальний індекс безпеки здоров'я надає змогу всім сформувати головні напрями розвитку сфери охорони здоров'я: тобто країни повинні виділяти значні кошти на охорону здоров'я в своїх національних бюджетах та проводити дієві оцінки використовуючи Глобальний індекс безпеки здоров'я як посилення для розробки національного плану дій та для визначення всіх своїх ризиків та самого заповнення прогалів; у свою чергу міжнародні організації повинні використовувати Глобальний індекс безпеки здоров'я для визначення тих країн, які сьогодні найбільше потребують додаткової підтримки; приватному сектору слід використовувати Глобальний індекс безпеки здоров'я для пошуку перспектив для партнерства з урядами; інвесторами та благодійним організаціям яким потрібно розробити нові механізми фінансування та дієво використовувати Глобальний індекс безпеки здоров'я для визначення пріоритетівних ресурсів.

Глобальний індекс безпеки здоров'я складається зі 140 питань, організованих за основними 6 категоріями, важливими 34 показниками та якісними 85 субпоказниками.

Так як у грудні 2021 року був опублікований звіт щодо Глобальний індекс безпеки здоров'я 2021 року, який демонструє, що, попри значні заходи, які були вжиті країнами для реагування на пандемію COVID-19, усі країни так залишаються неготовими до наступних епідемій та пандемічних загроз.

Провівши аналіз літературних джерел ми прослідкували те, що країни продовжують зазнавати шкоди від самої пандемії COVID-19 і це є наслідком недостатнього потенціалу охорони здоров'я.

Такий недолік як нестача виникає тоді, коли саме політичні ризики та самі ризики бюджетної безпеки практично зросли у всіх країнах. У той же час, як бачимо, що не відбувається формування до стійких фінансових інвестицій, які необхідні для підтримки системи охорони здоров'я..

Ці всі зазначені мотиви робити наш світ дуже вразливим до майбутніх надзвичайних ситуацій що можуть статися у сфері охорони здоров'я, можливо навіть, і потенційно більш руйнівних, ніж COVID-19.

Проаналізувавши результати статистики та громадського індексу здоров'я-2021 бачимо що вони є невтішними та достатньо гіршими порівняно з 2019 роком. Зупинимось на цій статистиці так середній бал у самій категорії системи охорони здоров'я становить близько 31,5 із 100, зазначимо, що при цьому інші 73 країни сидять на нижній ланці .

Як бачимо із звітів що жодна країна не досягла найвищого рівня рейтингу і не отримала більше 75,9 балів. Крім того 69 країн мають недостатньо можливостей роботи у клініках, лікарнях та громадських центрах. 91% країн не мають відповідного нормативно-правового та організаційного забезпечення – плану, програми чи рекомендацій щодо застосування медичних контрзаходів, таких як вакцини та противірусні препарати, для національного використання під час надзвичайної ситуації у сфері охорони здоров'я. Загалом категорія системи охорони здоров'я демонструє незначний прогрес порівняно з 2019 роком та визначає серйозні прогалини у потенціалі медичних кадрів, закладів та доступу до медичних послуг на національному рівні». [8]

Страшна Пандемія COVID-19 показала, що деякі країни, які були визначені Глобальний індекс безпеки здоров'я у 2019 році, які мали найбільший потенціал безпеки охорони здоров'я зокрема це США та Велика Британія, але на даний момент постраждали від досить великої кількості випадків, пов'язаних з коронавірусом, у тому числі і смертей.

Це дає припустити що COVID-19 є ілюстрацією того, як низька підготовленість до будь якої пандемії і повільне реагування на неї можуть відгукнутися на здоров'ї та безпеці на кожному рівні – місцевому, національному та глобальному.

«Країнами в категорії «найбільш підготовлені» стали США, Велика Британія, Нідерланди, Австралія, Канада, Таїланд, Швеція, Данія, Південна Корея, Фінляндія, Франція, Словенія та Швейцарія. США посіли перше місце зі

значенням індексу 83,5 зі 100. Найбільша кількість країн у категорії «найменш підготовлені» була в Західній та Центральній Африці» [6].

Зазначимо, що осмислення кожною країною ЄС перспектив щодо реформи для забезпечення достатньо високий рівень загальної соціальної обізнаності про види складної пандемії на тривале довгострокове підвищення самої готовності до нових загроз у сфері охорони здоров'я. Провідником в цьому напрямі є створення нових стратегічних документів, напрацювань, інструментів та внесення змін до існуючої нормативної бази, утворення нових додаткових можливостей для якнайліпшого захисту життя та засобів до існування.

Між базових спільних рухів усіх сильних держав-членів європейського союзу до розвитку сучасної системи охорони здоров'я при COVID-19 можна назвати: «Вакцинацію – один зі спільних інструментів усіх держав-членів для зменшення захворюваності серед населення. Тренд є загальноєвропейським, тому держави-члени посилено співпрацюють у цій сфері; скорочення витрат на медицину – в усіх країнах ЄС триває пошук моделі для оптимізації витрат на охорону здоров'я; пошук моделей для забезпечення загального доступу до медичної допомоги та сталих показників середньої тривалості життя».

3.2. Проблеми та перспективи реалізації бюджетної політики у сфері охорони здоров'я в період викликів пандемії

Відповідно до основних принципів державної соціально-гуманітарної політики практично у всіх країнах із розвиненою ринковою економікою були організовані громадські системи охорони здоров'я, які доступні для всіх або для більшості громадян.

Сьогодні все частіше, висуваються проблеми формування бюджетної політики а також аргументовані дослідження та дискусії, що COVID-19 дуже спотворює загальної статистики світової глобальної смертності від самої пневмонії, а також масштаб абсолютної та відносної смертності від пандемії COVID-19. Епідемія стала несподіваним каталізатором легітимізації економічних,

політичних контурів нової моделі громадянського суспільства, стабілізації соціуму. Формується суспільство, у якому домінуватимуть механізми соціальної регуляції, що перерозподіляють дедалі більшу частку суспільних ресурсів

Важливими аспектами реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я України є розробка та впровадження тих умов, за яких зазначені процеси організованого надання медичних послуг що постійно реалізуються ефективно досягаються. У загальній системі охорони здоров'я України сьогодні спостерігається недостатнє повноцінене використання фахівців, котрі мають профільну вищу освіту і підвищений рівень освіти, за повної комплектації посад керівного складу головних управлінців - медичних фахівців.

Сьогодні, матеріальне забезпечення медичної галузі фінансовими ресурсами є досить головним фактором, який спрямованим на дієве забезпечення досить ефективного розвитку галузі на сучасному етапі її постійного реформування і розвитку. Тому, що стосується системи охорони здоров'я, то воно полягає сьогодні в удосконаленні діючої системи забезпечення фінансовими ресурсами, а також оптимального пошуку нових та альтернативних джерел фінансування за допомогою такого інструменту - медичного страхування. Як бачимо, реалізація ефективної державної політики сьогодні, тісно пов'язана із застосуванням всіх методів нормативно-правового регулювання наявних суспільних відносин, однак за діючих сучасних умов щодо формування самих ринкових відносин, а також, загальна демократизації сучасного суспільства значення цих методів дуже сильно змінилося.

«Розвиток конкуренції між споживачами за кращі медичні організації та застрахованих, а також між виробниками за споживачів і за пацієнтів повинен розглядатися як головна рушійна сила підвищення ефективності системи фінансування охорони здоров'я»[7].

Збільшення розміру бюджетного дефіциту зумовлено зниженням бюджетних доходів у міру зменшення економічної активності та світової торгівлі, крім того дуже безпрецедентними за обсягом заходами підтримки самого

приватного сектору для нівелювання тих наслідків пандемії COVID-19 що стикнулось людство.

«Запропоновані зміни державної політики в охороні здоров'я значною мірою можуть вплинути на свідомість громадян і на їхній спосіб життя, а потім поліпшити стан здоров'я і підняти рівень життя населення. Втілення такої стратегії має значну економічну ефективність і може сприяти підвищенню особистої відповідальності за умови створення відповідного середовища, що дозволить формувати і реалізувати економічну державну політику, а людям підтримувати особисте здоров'я та суспільний добробут»[11].

Сучасна дієва вимога населення України щодо самої якості роботи всієї системи охорони здоров'я постійно продовжували збільшуватися, державні інститути зіткнулися з неможливістю збільшувати фінансові кошти, що скеровуються на охорону здоров'я, марнувати їх колишнім чином, тим самим забезпечувати підвищення якості самих страхових та медичних послуг.

На нашу думку напрями такого змісту повинні мати в основі механізми впровадження реального системного підходу до самої державної соціально-фінансово-економічної політики, впровадження більш сталого споживання та виробництва, прагнути до дієвої до управлінської діяльності, обов'язкового підвищення самого рівня обізнаності сучасного суспільства про особливе значення та конкурентні переваги щодо його застосування. Мета такого механізму це і є збереження здоров'я громадян. Сьогодні саме в складних умовах господарювання і стоїть завдання із реалізації державної політики перед керівниками медичних закладів щодо певного прийняття управлінських рішень для того щоб знайти та організувати певне необхідне ресурсне забезпечення всього необхідного обсягу медичної допомоги обов'язковий пошук альтернативних та додаткових джерел фінансування, щодо вирішення проблем здоров'я суспільства.

Тут на потрібно відмітити що є певні ризики на думку окремих дослідників: «Своїм втручанням держава може зруйнувати матеріально-економічну базу їхнього існування, але навряд чи здатне, навіть за реалізації державної соціально-

гуманітарної політики, запропонувати натомість щось істотне у плані зайнятості, а це загрожує лише зростанням протестних настроїв. Слід формувати і реалізовувати державну політику подальшого розширення електронних сервісів, починаючи від доступу до державних послуг і закінчуючи розвитком електронної демократії» [45].

Позитивним стане розвиваток онлайн-сервісів від електронної торгівлі до телемедицини та традиційної пошти, які отримують стимул використовувати технології, що дозволяють дуже зменшити число можливих контактів клієнтів один з одним.

З другої сторони, електронні технології дуже активно застосовуються в цілях контролю громадян, але самі по собі сучасні гаджети не програмують певного типу соціального встановленого устрою. Тому, коли будуть вирішені легкі, технічні проблеми, тоді і вирішиться, як ми хочемо жити в оптимізованому онлайн-світі.

Сьогодні дякуючи ефективній реалізації державної політики дуже великі діючі основні програми успішно були переведені в онлайн-режим, незважаючи на те, що деякі активні формати були змінені, так: «у безкоштовних сервісах є низка обмежень, тому слід перевіряти, що властиво в конкретному випадку, і все ж краще отримати максимально зручний сервіс. У системах бюджетного фінансування охорони здоров'я територіальні органи управління охороною здоров'я не зобов'язані фінансувати тільки ті державні медичні організації, які розташовані на їхній території, а можуть укласти контракти на свій вибір також із недержавними організаціями» [8].

Значимо, що: «Найбільш очевидними виявилися зміни в соціально-економічній складовій частині медичного обслуговування, підвищився соціальний статус лікарів загальної практики, посилилася увага до них із боку органів управління охороною здоров'я, менеджерів і лікарів, котрі працюють у стаціонарах. Завдяки укладенню контрактів між одержувачами та виробниками медичних послуг, останні стали краще розуміти, які види медичної допомоги вони повинні надавати, кому, за якими стандартами та за якою ціною» [9].

Крім того, знаємо, що обмежувалися права адміністрацій медичних закладів з боку органів державної влади, а керівникам медичних закладів надавалися самостійні рішення для прийняття певних оперативних рішень щодо розпорядження фінансовими та матеріальними ресурсами.

«Органи державної влади уповноважені стежити, щоб вироблені трансформації не призвели до звуження кола споживачів послуг цих інституцій і погіршення доступності медичної допомоги для всіх категорій населення. Повільне впровадження нових медичних технологій, препаратів і оновлення медичного обладнання, дефіцит лікарських засобів, низька заробітна плата лікарів і медичних сестер породжує тіньові платежі за їхні послуги, нерівність у доступності до медичної допомоги, зумовлену соціальним статусом. Це викликало надзвичайно критичне ставлення з боку як населення, так і медиків, система охорони здоров'я функціонувала неефективно через недостатню забезпеченість лікарів медичним обладнанням» [4].

Цей все говорить про спрямованість всіх здійснюваних перетворень щодо самої підвищення ефективності системи охорони здоров'я, а здійснювані реформи стали вираженням прагнення нарощувати фінансування системи охорони здоров'я України шляхом розширення джерел надходження коштів і зміни всієї структури фінансових потоків. Зазначимо, що у період пандемії COVID-19, для того щоб подолати цю важку та неприємну ситуацію й обмежити поширення складного смертельного захворювання, органи сучасної державної влади, обов'язково формуючи та постійно реалізуючи державну політику, однозначно пішли на деякі безпрецедентні кроки.

Отже, у галузі охорони здоров'я належить здійснити структурні перетворення, спрямовані на саму бюджетну оптимізацію медичної допомоги на основі посилення координації, більш чіткої цілеспрямованої та якісної підготовки самого медичного персоналу і самого покращення оснащення медичних установ у час самої пандемії.

Відмітимо, що ефективна державна медична, соціально-гуманітарна політика підвищує саму стабільності суспільства, даючи можливість долати

надзвичайні ситуації, та зводить до мінімуму наслідки можливих майбутніх криз. Масштабні заходи та рішення, формування та реалізація такої державної політики абсолютно необхідні для подолання кризи, збереження рівня життя населення.

3.3. Бюджетна політика охорони здоров'я в умовах війни

Вторгнення РФ в Україну спричинило критичне навантаження на систему охорони здоров'я, що пов'язано не лише зі значними знищенням та руйнуваннями об'єктів закладів охорони здоров'я, але й підвищенням попиту громадян на різні види медичної допомоги та послуг, які не були пріоритетними до війни, а саме поранення, травми та захворювання, пов'язані з війною. І завдання нашого Проекту насамперед допомогти територіальним громадам знайти першочергові виклики в охороні здоров'я та знайти донорів, які б допомогли вирішити ці виклики.

Так, згідно з офіційними даними, на початок липня 2022 року повністю зруйновано 118 об'єктів, частково зруйновано (руйнування від 2% до 90%) 633 об'єктів закладів охорони здоров'я. Орієнтовна вартість збитків попередньо складає майже 35 млрд. грн. Згідно з інформацією отриманої з територіальних громад проектом зруйновано та пошкоджено закладів охорони здоров'я на територіях громад: Великописарівська громада від 10% до 80%, Краснопільська селищна рада – 40%, Новгород – Сіверська громада – 79%, Тростянецька -40%.

«Суттєво вплинула на навантаження на систему охорони здоров'я й міграція серед населення та медичних працівників. За різними даними 8-10 млн. українців стали переселенцями, при цьому закордон виїхали 2 273 медичних працівників, це – 0,5% від усієї кількості медичних працівників в країні. Окрім того, 1714 лікарів та 1095 медичних сестер змінили місце роботи через війну. 2 372 працівників центрів екстреної медичної допомоги перебувають на окупованих територіях. У зв'язку з неукомплектованістю закладів охорони здоров'я на деокупованих територіях, із столичних лікувальних закладів організовується набір медичних працівників на роботу вахтовим методом в

деокупованих територіях. Брак кадрової та організаційної спроможності системи охорони здоров'я надавати послуги з реабілітації та психічного здоров'я загострює ситуацію із забезпеченням потреби громадян у якісних і доступних послугах.

«Пандемія COVID-19 виявила слабкі сторони системи громадського здоров'я та реагування на надзвичайні ситуації, а в деяких випадках - відсутність національних, регіональних та місцевих планів і процедур готовності до надзвичайних ситуацій. При Міністерстві охорони здоров'я України було створено Центр громадського здоров'я, що відзначає початок трансформації системи громадського здоров'я в країні. Протягом останніх чотирьох років в Україні було здійснено низку масштабних заходів щодо цифровізації сфери охорони здоров'я. Запроваджено електронний рецепт, електронний лікарняний, електронний сертифікат вакцинації тощо. Слабка сторона охорони здоров'я – це те, що Програма медичних гарантій не в повній мірі відображає пакети пріоритетних послуг, які набувають першочергового значення в умовах війни та у післявоєнний період: лікування травм, опіків, реабілітація, послуги з психічного здоров'я та безперечно ПМД. Державні програми у сфері охорони здоров'я не враховують втрат системи охорони здоров'я, понесених збитків, необхідних змін пріоритетів у сфері охорони здоров'я.

Для реалізації відновлення сфери охорони здоров'я:

- Посилення політик та інститутів національної системи охорони здоров'я для керівництва процесом відновлення.
- Забезпечення фінансової стабільності системи охорони здоров'я шляхом вирішення цієї проблеми різними шляхами: заохочення донорів, збільшення загального обсягу державних видатків на охорону здоров'я, пріоритизації охорони здоров'я у загальних бюджетних видатках, консолідації об'єднання коштів на індивідуальні медичні послуги на національному рівні під НСЗУ та поступового підвищення її потенціалу як єдиного стратегічного закупівельника медичних послуг, запровадження гнучких та орієнтованих на результат методів фінансування у сфері охорони здоров'я, розширення програми

медичних гарантій, розвитку ринку добровільного медичного страхування таким чином, щоб воно доповнювало державне фінансування та не поглиблювало нерівність за рахунок податкових субсидій.

- Відновлення та трансформація мережі закладів охорони здоров'я.
- Посилення медичних послуг для задоволення особливих потреб людей (включаючи ВПО, ветеранів війни), викликаних війною.
- Зміцнення та посилення кадрових ресурсів системи охорони здоров'я.
- Посилення системи громадського здоров'я та готовності до надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я.
- Розвиток електронної охорони здоров'я та посилення кібербезпеки.
- Посилення системи управління якістю.
- Відновлення фармацевтичного сектора, покращення доступу та належне використання ліків.

Війна спричинила масове переміщення людей, загострення тяжких захворювань, поширення рідкісних у минулому хвороб, проблеми ментального здоров'я, професійного вигорання й переміщення медпрацівників, руйнування інфраструктури та ланцюгів постачання, а також значне падіння доходів людей і держави.

Станом на кінець лютого 2023 року країну залишили понад 18 мільйонів людей, 11 756 отримали поранення, 7199 загинули внаслідок воєнних дій, зафіксовано 769 нападів на медичні заклади (WHO, 2023).

І хоча війна також надає можливість реформувати медичну галузь так, щоб уможливити "стрибок уперед" системи охорони здоров'я, потенційними загрозами цьому є довгостроковий вплив війни на економіку (безробіття, девальвація гривні), низький кадровий потенціал, залежність від міжнародних донорів і неурядових організацій, що діють через множинну паралельних систем, викривлення в оплаті праці медичних працівників, нерівність у наданні медичних послуг по всій країні, потенційне зниження довіри до уряду у майбутньому (WHO, 2023).

Фінансування системи охорони здоров'я в осяжному майбутньому значною мірою покладатиметься на кошти, що надходять з-за кордону. Всередині країни наразі не вистачає фінансів, і навіть, якщо цього року відновиться помірне економічне зростання, фіскальна позиція залишиться напруженою у середньостроковій перспективі (IMF, 2022).

У 2022 році доходів зведеного бюджету без урахування міжнародної допомоги ледь вистачало на фінансування оборони й безпеки, яке сягнуло 48,4 загальних видатків.

Навіть якщо військові витрати зменшаться, внутрішніх надходжень буде недостатньо, щоб повністю покривати функції, не пов'язані з безпекою, зокрема охорону здоров'я.

Враховуючи масштаби та важливість міжнародної допомоги для підтримки як відбудови системи охорони здоров'я, так і надання послуг, ці механізми фінансування вимагатимуть спеціальних механізмів управління.

Важливо, щоб міжнародна допомога для відновлення системи охорони здоров'я спрямовувалася через єдине незалежне агентство у відповідності з цілями України.

Закупівля медичних послуг має і надалі проводитися НСЗУ, що потребує відповідної домовленості про пряму бюджетну підтримку, можливо, разом із певним цільовим призначенням та умовами.

Але навіть з урахуванням донорської підтримки обсяг доступного фінансування може виявитись обмеженим. Прогнози МОЗ щодо державних витрат у 3,5% ВВП у короткостроковій перспективі та 7% ВВП через 10 років можуть означати зменшення фінансування в разі, якщо економіка значно не виросте.

Це вплине на спроможність системи охорони здоров'я надавати послуги та, відповідно, гарантований пакет, а також роль приватних платежів, зокрема прямих оплат із кишень пацієнтів.

Перше й найголовніше, потрібно більш чітко визначити гарантований пакет медичних послуг. Наскільки щедрим може бути цей пакет з точки зору обсягу та глибини охоплення, нелегко визначити як технічно, так і політично.

Це залежить ще й від того, скільки саме коштів, що надходять в Україну, можна буде використати на охорону здоров'я. По суті це політичні рішення, й доволі складні.

Однак вони не вирішуються відсутністю конкретики щодо того, що може дати держава. Відсутність чітко визначеного гарантованого пакету призводить до неявних обмежень.

Щойно ресурси стануть обмеженими, виникне ситуація, коли люди шукатимуть інші способи отримання медичної допомоги, включно зі сплатою за такі послуги з власної кишені.

Це збільшує нерівність у доступі та результатах лікування й зменшує довіру до спроможності системи забезпечувати надання послуг. Це також може призвести до того, що заможніші люди вийдуть із системи й будуть менш готові платити податки на її підтримку.

Відповідно виникне ризик утворення "порочного кола", в якому система охорони здоров'я стане "неякісними послугами для бідних".

Належне врядування є дуже важливою складовою реформи охорони здоров'я. Проблеми управління є звичним явищем у постраждалих від кризи регіонах із припливом різноманітних стейкхолдерів – НУО, агенцій ООН, донорів із різними повноваженнями, досвідом і планами.

Це може призвести до виникнення погано скоординованих і паралельних систем, фрагментації та, зрештою, розмивання управління та цілей центральної влади.

Нагальним для підтримки належного управління є те, щоб зовнішнє фінансування спрямовувалося через центральне агентство, яке не залежить від донорів (наприклад, ЄБРР).

Має бути створена незалежна установа, яка буде тісно пов'язана з центральним національним органом (центральним урядом та/або МОЗ) для

прямого використання коштів від закордонних донорів, будь то урядові, неурядові чи приватні організації. Необхідність такого функціоналу зникне, якщо/коли Україна приєднається до ЄС.

Потрібно зберегти функцію центрального національного закупівельника, що полегшить донорам завдання залишатись на достатній відстані від уряду, але водночас ця агенція має розвиватися саме як стратегічний закупівельник, що первісно передбачалося реформами 2017 року, проте не було реалізовано.

Хоча розбудова стратегічної агенції передбачає політичне і технічне рішення, пріоритетними діями мають бути збереження централізованої системи отримання і розподілу коштів з метою досягнення рівності за регіональним та іншими вимірами, відновлення та прискорення розвитку системи оплати медичних послуг, а також розробка й оприлюднення показників ефективності роботи НСЗУ та всіх постачальників медичних послуг, які можна використовувати в бюджетних переговорах, щоб сприяти розвитку вибору користувача та посилювати підзвітність.

Висновки до розділу 3

Підсумовуючи зазначимо що нами було зроблено висновки для загальних змін що допоможуть підвищити готовність нашої бюджетної політики до можливих складних майбутніх загроз здоров'ю медичних працівників, населення та бізнесу. Тут ключовими діями, які дадуть можливість щодо покращення здоров'я та самої безпеки працівників, є саме управління змінами що виникли у новому світі праці, обов'язковим напрямом змін є покращення профілактики професійних захворювань а також, підвищення готовності до певних можливих майбутніх загроз здоров'ю що можуть виникнути.

На сьогодні, виділимо основні спільні дії держав-членів ЄС до поступального розвитку в умовах пандемії COVID-19 системи охорони здоров'я: вакцинація, зменшення витрат на медицину, додатковий пошук сучасних моделей для забезпечення доступу до загальної медичної допомоги збільшення показників

середньої тривалості життя.

У процесі проведення реформування самої системи охорони здоров'я і для того щоб досягти високої якості щодо надаваних медичних послуг населенню та установам держава застосовуючи адміністративні механізми має можливість зберегти фінансову і соціальну справедливість для збереження життя та тривалості і якості життя свої співгромадян.

ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ

Сучасна, але надто громіздка і складна реформа медичної галузі в Україні сьогодні ґрунтується на досить великій потребі більш широкого та масштабнішого використання інформаційних технологій.

Тут на перший план важливим інструментом стала сама розбудова дієвої сучасної електронної системи охорони здоров'я. Електронна система охорони здоров'я сьогодні дає змогу поетапно підвищувати ефективність та прозорість сфери системи охорони здоров'я. Тому і урядом України у цьому напрямі було затверджено Концепцію розвитку електронної охорони здоров'я. Метою Концепції розвитку електронної охорони здоров'я сьогодні є формування сучасних засад розвитку е-здоров'я в Україні. Розвиток е-здоров'я в Україні на сучасному етапі повинне сприяти самому підвищенню якості та доступності медичних послуг. Розвиток е-здоров'я в Україні дасть можливість розширенню прав і можливостей самих пацієнтів, щодо питань їх забезпеченню у можливостях безперервної медичної допомоги та безпеки. Крім того тут на перший план виходить підвищення ефективності управління та самого використання ресурсів, для підтримки населення щодо питань здорового способу життя обов'язкової профілактики хронічних захворювань та інструментів для отримання медичної допомоги. Яка буде вчасною та ефективною.

Створена та успішно введена у дію електронна система охорони здоров'я України основною функцією має забезпечення процедури обліку та укладення електронних декларацій із практикуючимися сімейними лікарями. Через саму систему е-здоров'я в Україні робиться виписка електронних рецептів за діючою програмою “Доступні ліки” та через систему е-здоров'я в Україні здійснюється виписка та реалізація електронних направлень, новим стало ведення електронної медичної картки пацієнта тощо.

Підсумуємо та відмітимо, що наукові і практичні результати нашого дослідження підтверджують, що сучасні діючі етапи медичної реформи дозволили перетворити фінансовий механізм бюджетного та соціального

управління системою охорони здоров'я. Новітнім та подитивним і результативним стало запровадження фінансування медичних закладів за принципом «гроші йдуть за пацієнтом». Таке фінансування є справедливим і відповідає принципу субсидіарності. У перспективі результатом реформи має стати ефективність використання та фінансування бюджетних коштів на різні заходи з метою забезпечення добробуту населення.

Ми всі розуміємо якщо є брак коштів то надання якісної медичної допомоги просто не можливе. Тому адміністратори комунальних закладів повинні шукати та залучати додаткові фінансові ресурси. І тут не потрібно забувати про саме надання медичних послуг для найбільш соціально незахищеним прошарків суспільства, складного та дорогого лікування важких захворювань, а також такого лікування яке проводиться і потребує використанням інноваційних технологій та сучасного дороговартісного медичного обладнання.

Є думки в Україні та закордоном, що фінансову кризу подолати у українській та інших типових медицинах можливо, через запровадження багатоканального різновекторного фінансування охорони здоров'я.

Грунтовний світовий досвід, сучасні та об'ємні рекомендації ВООЗ, говорять що найкращим моноспособом організувати якісний медичний захист є перехід до самого фінансування медицини України за страховим принципом. Цей підхід всім нам дозволяє рознести ризики хвороби та самі витрати на лікування між дуже великою кількістю всіх застрахованих осіб, наперед збираючи реальні не накладні внески з великого охоплення людей і направляючи зібрані кошти на самі виплати за всім страховим випадком у випадку хвороби чи іншого розладу здоров'я.

Запровадження системи страхової медицини в Україні є надзвичайно важливим та необхідним. Вона є не лише складовою соціального захисту населення кожної розвиненої країни, а й розглядається як альтернативна модель організації охорони здоров'я. Обов'язкове медичне страхування дає змогу раціональніше використовувати кошти, призначені для забезпечення охорони здоров'я, підвищувати якість цих послуг і рівень забезпеченості ними населення.

Проведений аналіз фінансового забезпечення охорони здоров'я протягом останніх років показав, що галузь не отримала необхідного державного фінансування, якого вона так гостро потребує, особливо в умовах пандемії COVID-19. За період реформування системи охорони здоров'я уряд країни не приділяє достатньої уваги зростанню пріоритетності медичної галузі, також не зроблено ніяких кроків для стимулювання населення до страхування. При тому, що страховий ринок в Україні має необхідний досвід і може стати учасником створення ефективної системи охорони здоров'я.

Крім того, у багатьох розвинутих країнах світу важливим механізмом фінансування видатків на охорону здоров'я є добровільне медичне страхування. Добровільне медичне страхування дає змогу отримати додаткове медичне обслуговування, шляхом формування різноманітних додаткових програм, які не включені в гарантовану державою програму обов'язкового медичного страхування. В Україні такий вид страхування майже не розвинутий, і, відповідно, частка його у структурі витрат на охорону здоров'я є мізерною.

Ефективним механізмом фінансування охорони здоров'я є державно-приватне партнерство, сутність якого зводиться до того, що всі державні установи України та приватні партнери повинні озлити свої ресурси для проведення певного проекту з достатнім і справедливим і конкурентним розподілом ризиків, що виникли .

В короткій перспективі в охороні здоров'я Україні треба звернути увагу на надану можливість прирівнення функціональної структури загальних бюджетних видатків до видатків бюджетусереднього загального рівня європейських країн, обов'язково забезпечивши зростання частки витрат на охорону здоров'я. Тому, досить важливо всім працювати у загальному напрямку розвитку розвинутої страхової медицини. Світовий досвід, підтверджує такий формат фінансових відносин у медицині і як зазначають фахівці є одним найбільш ефективним в реаліях сьогодення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ