

УДК 336.61

В. П. Горин,  
д. е. н., професор, професор кафедри фінансів ім. С. І. Юрія,  
Західноукраїнський національний університет  
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6048-8330>  
О. В. Квасниця,  
к. е. н., доцент кафедри фінансів ім. С. І. Юрія,  
Західноукраїнський національний університет  
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3003-7616>

DOI: 10.32702/2306-6814.2023.14.27

# ПЕРСПЕКТИВИ НАРОЩУВАННЯ ФІНАНСОВИХ РЕСУРСІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВІЙНИ ТА ПОСТВОЄННОГО ВІДНОВЛЕННЯ УКРАЇНИ

V. Horyn,  
Doctor of Economic Sciences, Professor,  
Professor of S. Yuriy Department of Finance, West Ukrainian National University  
O. Kvasnystia,  
PhD in Economics, Associate Professor of S. Yuriy Department of Finance, West Ukrainian National University

## PROSPECTS FOR INCREASING OF HEALTHCARE INSTITUTIONS FINANCIAL RESOURCES IN THE CONDITIONS OF WAR AND POST-WAR RECONSTRUCTION OF UKRAINE

**У статті розкриті особливості формування фінансових ресурсів системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану, охарактеризовані основні стратегії вирішення проблеми дефіциту фінансування галузі та ймовірність їхньої реалізації. Обґрунтовано позитивні наслідки активізації добровільного медичного страхування, впровадження співоплат при отриманні медичних послуг як форми легалізації тіньових платежів у закладах охорони здоров'я. Окрему увагу приділено розкриттю переваг спеціалізованого фасиліті-менеджменту, що дасть можливість досягти економії експлуатаційних витрат закладів охорони здоров'я без негативного впливу на якісні параметри надання медичних послуг. Розглянуто перспективи нарощування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я від надання телемедичних послуг, залучення коштів накопичувальних фондів територіальних громад і благодійних фондів, розвитку державно-приватного партнерства, корпоративної соціальної відповідальності.**

**The article reveals the formation peculiarities of health care system financial resources in the martial law conditions, characterizes the main strategies for solving the problem of the industry's funding deficit, and evaluates the possibilities of their implementation. These strategies assume, that the problem of health care financial resources deficit can be solved in the following ways: budget expenditures redistribute in favor of health care by refusing to other budget programs financing; attract additional resources for the health care system from raising taxes or targeted fiscal payments introducing; attract resources from international technical assistance programs, international and domestic donors; free up resources due to costs control in health care institutions. However,**

*budgetary resources additional redistribution and the new fiscal payment's introduction for health care financing may have negative consequences for economy in war conditions and will be negatively perceived by society. Authors have been identified the positive consequences of voluntary health insurance activation and co-payment (medical deductible) introduction during medical services receiving as a form of shadow payments legalization in health care institutions. Particular attention is paid to disclosure of advantages of outsourcing using in health care institutions, which will make it possible to achieve the operating costs savings in health care institutions without a negative impact on the quality parameters of medical services provision. A facility management in the health care institutions should provide for the auxiliary non-medical personnel recruitment, the financial resources saving due to the wholesale purchase of consumables, food products, and construction materials. It is substantiated that the mandatory health insurance introduction is the most rational in modern conditions with the distribution of responsibility for the payment of insurance premiums between the state, workers and employers. Prospects for increasing the health care institutions financial resources from the telemedical services provision, attracting resources from local community savings funds and charitable funds, public-private partnerships developing, and corporate social responsibility were also considered.*

*Ключові слова: фінансові ресурси, заклади охорони здоров'я, медичні послуги, медичне страхування, фасиліті-менеджмент, співплата.*

*Key words: financial resources, healthcare institutions, medical services, medical insurance, facility management, co-payment.*

## ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ У ЗАГАЛЬНОМУ ВИГЛЯДІ ТА ЇЇ ЗВ'ЯЗОК ІЗ ВАЖЛИВИМИ НАУКОВИМИ ЧИ ПРАКТИЧНИМИ ЗАВДАННЯМИ

В сучасних умовах охорона здоров'я належить до найважливіших галузей економіки, ефективно функціонування якої визначає перспективи розвитку держави. Прискорений розвиток наукоємних та інтелектуальних виробництв перетворює людський капітал на стратегічний ресурс, який відіграє провідну роль у формуванні траєкторії економічного зростання. Поряд з цим, здоров'я суспільства визначають однією із головних цінностей країни, включаючи до методики розрахунку індексу людського розвитку — показника, що, з одного боку, все більш активно використовується у якості вимірника прогресу країни, а з іншого боку, може свідчити про ефективність публічного управління у галузі охорони здоров'я. Турбота про розвиток охорони здоров'я, створення належних умов для діяльності медичних закладів, забезпечення доступності та якості медичних послуг належать до ключових завдань держави на будь-якому етапі державотворення.

Виняткове значення системи охорони здоров'я особливо актуалізується в сучасний період безпрецедентних викликів для нашої країни, яка стикається з іноземною агресією, окупацією частини територій, небаченими масштабами переміщення населення на фоні глибокої кризи в економіці. Активні бойові дії в Україні, погіршення фізичного та психологічного стану суспільства вимагають активізації роботи усіх підсистем охорони здоров'я, що потребує як спрямування у галузь додаткових фінансових ресурсів, так і підвищення ефективності їхнього використання. Це завдання має бути

реалізоване в умовах продовження медичної реформи, що започаткувала перехід до інноваційної моделі її функціонування, в тому числі трансформацію схеми фінансування закладів охорони здоров'я зі зміщенням акцентів з пропозиції на попит медичних послуг. Проте, зміна підходів до фінансування медичних установ не зменшує важливості питання щодо залучення додаткових джерел фінансування охорони здоров'я, що значною мірою визначатиме успішність втілюваних у галузі реформ.

## АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ПУБЛІКАЦІЙ

Питання теорії та практики формування фінансових ресурсів охорони здоров'я постійно привертають увагу як фахівців галузі, експертного середовища, так і науковців. Серед наукової спільноти вагомий внесок у розробку цієї проблематики здійснили такі вчені, як А. Боднар, В. Дем'янин, Н. Карпшин, Е. Лібанова, З. Лободіна, В. Лехан, О. Портна, О. Тулай та інші. Серед публікацій останнього часу доцільно відмітити праці: Д. Гавриченко, О. Козирєвої, Т. Попової, Л. Сергієнко [6], де висвітлені особливості функціонування механізму фінансування охорони здоров'я в період реформування галузі; С. Жукевич, Н. Карпшин, О. Шегери [8], у якій розкрито теоретико-методологічні підходи до аналізу фінансової стійкості закладів охорони здоров'я в умовах сталого розвитку; М. Дубини, М. Забаштанського, А. Рогового [7], де автори обґрунтовують місце фінансово-кредитних установ у стратегічному розвитку сфери охорони здоров'я. Проте, напрацьовані у мирний час рекомендації щодо реформування системи фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я не

враховують впливу війни на можливість їхньої реалізації. Тому важливим науковим завданням є адаптація вітчизняної моделі формування фінансових ресурсів охорони здоров'я та векторів її реформування до сучасних реалій.

## ФОРМУЛЮВАННЯ ЦІЛЕЙ СТАТТІ (ПОСТАНОВКА ЗАВДАННЯ)

Мета статті передбачає розкриття перспективних напрямів збільшення обсягів фінансових ресурсів, які надходять на потреби закладів охорони здоров'я з урахуванням цілей медичної реформи та нових реалій, зумовлених повномасштабним вторгненням росії на суверенну територію нашої країни.

## ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ ДОСЛІДЖЕННЯ

Як свідчить зарубіжний досвід, у більшості країн з ринковою економікою галузь охорони здоров'я відчуває більшою чи меншою мірою дефіцит фінансових ресурсів для покриття власних потреб. Масштаби цього дефіциту визначаються особливостями обраної моделі фінансування охорони здоров'я, а також рівнем економічного розвитку, суспільними очікуваннями та ін. Особливістю медичних послуг є те, що вони є об'єктом протиріччя між суспільством та державою: для населення найбільш бажаним було б максимальне розширення спектру послуг, які держава гарантує для усіх громадян; натомість, можливості надання цих послуг за коштів держави визначаються наявними у неї фінансовими ресурсами, які зазвичай обмежені. За цих умов уряди змушені відшукувати нестандартні способи мобілізації фінансових ресурсів для того, щоб забезпечити поліпшення фінансування галузі.

Одним із головних моментів медичної реформи в Україні стало зміцнення інституційного забезпечення галузі охорони здоров'я через створення єдиного стратегічного закупівельника медичних послуг — Національної служби здоров'я України. Діяльність цієї інституції спрямована на те, щоб будь-який громадянин країни мав можливість реалізувати своє право на отримання якісних і доступних медичних послуг в межах гарантованого державою пакету медичних гарантій. Обсяг цих гарантій найперше залежить від наявності фіскальних можливостей держави.

Відповідно до стратегічних завдань реформування охорони здоров'я, із зміцненням економічного зростання прогнозувалось поступальне розширення пакету гарантованих для населення медичних послуг, що фінансуються за рахунок коштів НСЗУ. Проте, макроекономічні та фіскальні наслідки війни в Україні вказують на те, що фіскальні доходи бюджету будуть обмеженими, що може негативно позначитись на обсягу фінансового ресурсу НСЗУ. Як свідчать дослідження фахівців Світової організації охорони здоров'я, в Україні галузь охорони здоров'я впродовж останнього десятиліття не була серед реальних пріоритетів державного фінансування, а видатки на неї у відношенні до ВВП стабільно знижувались. Проте, приріст витрат в розрахунку на одного мешканця країни був пов'язаний із реальним економічним зростанням. Сплеск уваги до галузі охорони здоров'я припадає на 2020-2021 рр., що пов'язане

із протидією епідемії коронавірусу COVID-19. Однак, негативний вплив війни на зростання ВВП та доходів держави може відновити тенденцію до депріоритетизації галузі, яка існувала у минулому, що означає реальне скорочення обсягів фінансування потреб медичних закладів.

У наукових джерелах вирішення проблеми дефіциту фінансових ресурсів охорони здоров'я вбачають у реалізації кількох варіантів стратегії поведінки:

— перерозподіл видатків бюджетів усіх рівнів на користь охорони здоров'я за рахунок відмови від фінансування непершочергових бюджетних програм; збільшення обсягів фінансування за рахунок акумуляції додаткового ресурсу від підвищення податків чи впровадження цільових фіскальних платежів на користь системи охорони здоров'я. Такі варіанти стратегії вирішення проблеми дефіциту фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я називають кількісними, оскільки вони передбачають мобілізацію додаткових ресурсів за рахунок посилення рівня фіскального навантаження;

— збільшення фінансового ресурсу закладів охорони здоров'я за рахунок активізації їхнього залучення з альтернативних джерел, зокрема від програм міжнародної технічної допомоги, міжнародних та вітчизняних донорів тощо. На думку окремих науковців, в умовах обмеженості бюджетних ресурсів і значного інтересу до України як постраждалої держави від невмотивованої агресії, можна очікувати значного збільшення обсягів надходження фінансових ресурсів від іноземних джерел для реалізації проєктів розвитку в різних галузях економіки, в тому числі в охороні здоров'я;

— вивільнення фінансового ресурсу за рахунок контролю і стримування витрат (через вплив на попит і пропозицію медичних послуг). За відсутності необхідних фінансових ресурсів держава може вимушено піти на обмеження гарантованого пакету медичних послуг, які покриваються з бюджету, а також відмовитись від реалізації окремих цільових програм для специфічних категорій споживачів медичних послуг. На сьогодні можна спостерігати певні кроки у напрямку щодо перекладання частини витрат із забезпечення діяльності галузі охорони здоров'я на органи місцевого самоврядування. Територіальні громади мають активніше вишукувати можливості для фінансування медичних установ в рамках виконання місцевих цільових програм. На рівні конкретних закладів охорони здоров'я така стратегія виявляється у впровадженні таких інструментів, як аутсорсинг, фасиліті-менеджмент, що дають можливість знизити витрати на організацію надання медичних послуг при збереженні фактичних об'ємів благ.

Оцінюючи перспективи впровадження кожної з цих стратегій нарощення фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я (що відповідно позначиться на обсягах доходів медичних закладів), слід зауважити, що перша із них пов'язана із прийняттям непростих політичних рішень щодо перерозподілу бюджетних ресурсів від інших галузей економіки на користь медицини. В умовах, коли більшість бюджетних програм розвитку припинені на невизначений період у зв'язку з необхідністю фінансування потреб оборони країни, додатковий перерозподіл коштів може спричинити погіршення фінансування соціально важливих галузей, таких як освіта, культура

ра чи соціальне забезпечення, або ж позбавити ресурсу програми підтримки економіки, що негативно позначиться на показниках її поствоєнного відновлення. Ще більш дискусійним є ідея щодо впровадження додаткових податків чи підвищення ставок існуючих для акумуляції додаткових ресурсів у галузі охорони здоров'я. В умовах війни, коли бізнес змушений адаптуватись до функціонування в умовах постійної загрози ракетних ударів, порушення логістичних ланцюгів, енергетичної кризи, підвищення податкового тиску може стати катастрофічним для забезпечення стабільності економіки й стримування рецесії. В період поствоєнного відновлення країни така стратегія збільшення фінансового ресурсу охорони здоров'я також неприйнятна, оскільки в Україні мають бути створені максимально комфортні умови для активізації бізнес-процесів, залучення інвестицій з метою подолання наслідків війни, що аж ніяк не передбачає підвищення рівня фіскального тиску.

Проте, на наш погляд, прийнятним є часткове впровадження ідей цієї стратегії у частині підвищення податкового навантаження на товари, які шкодять здоров'ю людини й зумовлюють витрати на його відновлення. Відповідно до стратегічних цілей розвитку охорони здоров'я до 2030 року, має продовжитись політика поступального підвищення рівня акцизного навантаження на тютюнові вироби (відповідно до євроінтеграційних зобов'язань України), розширюватись оподаткування алкогольних напоїв, а також розширюватись перелік товарів, які підлягають обкладенню акцизним податком (за рахунок введення податку на цукор та підсолонжені напої, товари-комплементи слабоалкогольних напоїв (так звані снеки). За оцінками експертів, такі кроки можуть дати в короткостроковій перспективі певний фіскальний ефект у формі збільшення надходжень бюджету, що можуть бути спрямовані у галузь охорони здоров'я.

Натомість, значні перспективи в сучасних умовах має стратегія, що передбачає нарощування обсягів фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я за рахунок використання альтернативних бюджетам джерел залучення коштів для надання медичних послуг. На думку фахівців ВООЗ, слід очікувати значного збільшення потоків міжнародної допомоги для підтримки процесу відновлення сектору охорони здоров'я у поствоєнний період, проте важливо, щоб зовнішні надходження не розглядались як альтернатива, а як доповнення до бюджетного фінансування медичних послуг. Медична допомога є одним з трьох пріоритетних напрямів діяльності, на які відповідно до започаткованої Президентом України ініціативи United-24 передбачено можливість залучення благодійних коштів до державного бюджету.

У науковому середовищі серед перспективних варіантів залучення коштів для потреб охорони здоров'я визначають активізацію добровільного медичного страхування, а також легалізацію співоплат при отриманні медичних послуг. Проте, світовий досвід переконує, що жоден із цих інструментів недоречно розглядати як односторонньо позитивний з точки зору його наслідків для вирішення проблеми недостатнього фінансування охорони здоров'я. "Проблема, яку досі вдалося вирішити лише кільком країнам, полягає в тому, щоб розробити умови залучення цих приватних коштів так, щоб вони

дійсно доповнювали державне фінансування гарантованого пакету послуг" [12].

Проте, впровадження добровільного медичного страхування та співоплати за медичні послуги, на думку фахівців ВООЗ, не є ефективним інструментом для зниження індивідуальних витрат на охорону здоров'я. Більш того, на думку С. Томсон та А. Саган, воно може навіть погіршувати показники нерівності у доступі до медичних послуг [4]. Ефективним це нововведення виявилось тільки у кількох країнах (Франції, Хорватії та Словенії), де співоплати є частиною загальнообов'язкового медичного страхування. Рівність у доступі до медичних послуг забезпечена у цих країнах за рахунок обмеження ролі добровільного медичного страхування й додатково субсидування участі у ньому для певних категорій населення з низькими доходами [2; 3].

На думку С. Томсон та А. Саган, особливо шкідливим є впровадження податкових стимулів (пільг) для активізації участі населення у добровільному медичному страхуванні, якщо воно не призначене для доповнення гарантованого державою пакету медичних послуг. У цьому випадку податкові субсидії мають негативний вплив на нерівність, адже приносять більшу користь для громадян з вищим рівнем доходів, які й без допомоги мають можливість скористатися таким благом, як добровільне медичне страхування. Тому, на думку вчених, перш, ніж впроваджувати фіскальні стимули для участі у такому страхуванні, "необхідно створити сприятливі умови для взаємодоповнюваності та рівності" [2], зокрема через правове врегулювання цих ймовірних ризиків.

План медичної реформи передбачає впровадження гарантованого пакету медичних послуг, який із збільшенням бюджетного ресурсу має поступально розширюватись за рахунок включення до нього додаткових послуг. На думку фахівців ВООЗ, вирішити проблему неформальних платежів через впровадження співоплати не вдасться. На їхню думку, "реальне впровадження гарантованих безоплатних послуг для населення критично залежить від скоординованих дій стосовно збільшення обсягів бюджетного фінансування мінімального пакету медичних послуг, покращення методів закупівлі послуг через НСЗУ таким чином, щоб стимулювати постачальників підвищувати ефективність діяльності, а також посилення моніторингу та управління задля визначення того, чи дійсно послуги, за які передбачено нульову співоплату, надаються безоплатно" [12].

Проте, фахівці ВООЗ не відкидають категорично ідею про впровадження співоплат, проте наполягають на тому, що вона виправдана лише щодо послуг, які не входять до гарантованого державою пакету медичної допомоги. При цьому, співоплати повинні відповідати певним ознакам: бути фіксованими, а не у відсотках до вартості послуги; встановлюватись на такому рівні, щоб не бути фінансово обтяжливими для пацієнтів; передбачати механізми захисту окремих категорій населення з низькими доходами. Це забезпечить дотримання принципів справедливості, рівності, транспарентності при впровадженні інновацій у процес управління фінансовими ресурсами охорони здоров'я [1].

Серед головних мотивів впровадження в Україні співоплати медичних послуг (що було передбачено у

початковому варіанті медичної реформи, але в процесі її ухвалення вилучено із законопроектів) було намагання легітимізувати неформальні платежі у закладах охорони здоров'я, або так звану "віддачу лікареві". Незважаючи на введення основних механізмів медичної реформи, неформальні платежі при отриманні медичних послуг, хоча й зменшились в масштабах, проте повністю не зникли. Їхнє існування, на наш погляд, зумовлене специфікою медичних послуг (пацієнт не може самостійно оцінити рівень якості медичної послуги, проте від цього залежить його власне здоров'я; тому пацієнти намагаються мотивувати лікаря належно виконувати функціональні обов'язки), а також усталеними стереотипами суспільства, від яких значній частині людей складно відмовитись. На наш погляд, оскільки побороти таке явище на даний час складно, то неформальні платежі за медичні послуги мають бути легалізовані через їхню трансформацію у медичну франшизу — фіксовану помірну за розміром плату за кожен випадок звернення за медичною допомогою. Розміри цієї плати мають бути співмірними із середнім розміром неформальної "віддачі", щоб не спричинити спротиву в населення. Більш видимим, на наш погляд, буде також моральний аспект такої новації, а саме сатисфакція почуття морального боргу реципієнта медичної послуги перед лікарем.

Реальна альтернатива збільшенню фінансових ресурсів охорони здоров'я через впровадження додаткових фіскальних платежів чи перерозподіл видатків бюджету є реалізація заходів, спрямованих на економію експлуатаційних витрат закладів охорони здоров'я без негативного впливу на якісні параметри надання медичних послуг. Значні перспективи у цьому контексті має впровадження спеціалізованого фасиліті-менеджменту, в основі якого покладений повний та частковий аутсорсинг. Завдяки цій формі державно-приватного партнерства можна досягти зниження витрат на утримання об'єктів нерухомості (будівель медичних закладів) за одночасного підвищення якості обслуговування.

За словами Ю. Загуменної, "у зарубіжній практиці на аутсорсинг прийнято передавати різні види послуг, які умовно можуть бути розмежовані на три групи: по-перше, сервісні послуги, які не вимагають високого рівня кваліфікації виконавців та не пов'язані з основним профілем діяльності установи чи органу влади (клінінгові послуги, охоронні послуги, організація харчування та ін.); по-друге, сервісні послуги, які вимагають високого рівня кваліфікації виконавців (ведення бухгалтерського обліку та звітності, обслуговування комп'ютерних мереж, юридичні послуги, послуги планування, рекрутингу та ін.); послуги, які відображають основні функціональні повноваження закладу чи установи" [9, с. 81]. Фасиліті-менеджмент у закладі охорони здоров'я передбачає рекрутинг допоміжного немедичного персоналу, а також економію фінансових ресурсів за рахунок оптової закупівлі витратних матеріалів, продуктів харчування, будівельних матеріалів. Іншим позитивним ефектом від впровадження фасиліті-менеджменту є те, що завдяки переведенню на аутсорсинг непрофільних функцій закладу медичні працівники та керівництво мають можливість повністю сконцентрувати свою увагу на виконанні основних професійних обов'язків — органі-

зації надання та безпосередньому наданні медичних послуг пацієнтам. На думку С. Кондратюка, аутсорсинг, покладений в основу фасиліті-менеджменту, є "...випробуваним способом управління коштами, що здатний вирішувати проблеми їх економного та ефективного використання" [10, с. 367].

Ключова перевага застосування аутсорсингу в закладі охорони здоров'я при організації непрофільних послуг полягає в тому, що менеджмент закладу виступає у ролі замовника і має можливість висувати кількісні та якісні вимоги до обслуговування. Конкуренція надавачів немедичних послуг за отримання замовлення буде стимулювати ці структури пропонувати найбільш прийнятні умови продукування своїх послуг, а також знижувати тарифи. Відповідно, заклад охорони здоров'я має можливість забезпечити належний рівень якості послуг, які не пов'язані із медичною допомогою, а також досягти економії витрат. Більш того, в угоді між закладом охорони здоров'я та підрядником закріплюють якісні й кількісні параметри закупівлі, відповідальність за їх недотримання та інші умови, що дає можливість менеджменту медичної установи контролювати те, наскільки характеристики немедичних послуг відповідають обумовленим.

Незважаючи на те, що використання інноваційних способів мобілізації фінансових ресурсів для потреб закладів охорони здоров'я є реалістичним, воно не спроможне забезпечити значних обсягів фінансування. На думку галузевих фахівців та багатьох вчених, єдиним варіантом вирішення проблеми необхідного рівня фінансування медичних потреб є впровадження обов'язкового медичного страхування. Як зазначає С. Бойко, "ефективне медичне страхування вимагає створення страхових пулів (об'єднань) коштів для того, щоб перерозподілити ризик витрат на лікування (ризик страхового випадку) між якомога більшою кількістю застрахованих осіб" [5]. Необхідність такого кроку пояснюється тим, що передбачити індивідуальні витрати на лікування окремого громадянина складно, як з позиції величини цих витрат, так і з погляду ймовірності настання. Відповідно, охоплення обов'язковим медичним страхуванням ширшого кола осіб дає можливість досягти стійкості страхової системи з точки зору спроможності задовольнити непрогнозовані витрати у будь-якій ситуації. Тому обов'язкове медичне страхування можна розглядати як надійну схему гарантування покриття додаткових витрат на медичні послуги, які не передбачені пакетом медичних гарантій.

Альтернативою ринковій моделі обов'язкового медичного страхування (коли громадяни зобов'язані придбати страховий поліс, проте страхувальником може бути будь-який суб'єкт страхового ринку, що має ліцензію на надання цих послуг) є його впровадження для формування особливого виду консолідованих бюджетних коштів за рахунок внесків роботодавців, працівників і держави. При цьому розпорядником цього фонду може виступати єдиний замовник медичних послуг, тобто НСЗУ, який володіє необхідною інформацією про мережу закладів охорони здоров'я, їхні матеріальні, кадрові та інші можливості. Апологети такої новації проєктують покладення відповідальності за сплату внесків на медичне страхування на роботодавців, які зацікавлені

у здоров'ї працівників. Проте, як свідчить практика функціонування інших видів обов'язкового страхування, такий підхід до розподілу фіскальної відповідальності за сплату внесків зазвичай супроводжується високим рівнем ухилення від виконання зобов'язань, оскільки у цьому випадку порушується принцип індивідуальної зацікавленості платника. Крім того, впровадження обов'язкового медичного страхування із покладанням додаткових фіскальних зобов'язань на роботодавців може стати додатковим чинником пригнічення бізнесу, який потерпає від впливу воєнних дій та інших кризових умов сьогодення.

На рівні конкретного закладу охорони здоров'я значні можливості для збільшення обсягів фінансових ресурсів має експансивна політика нарощування переліку медичних послуг та контингенту в рамках міжмуниципальної співпраці з суміжними територіальними громадами. Зокрема, в Україні створені необхідні умови для розвитку телемедичних послуг, що актуально в умовах запровадження карантинних обмежень чи нерегулярного сполучення між населеними пунктами громади. Телемедицина — це комплекс технологій та заходів, які застосовують для надання медичної допомоги з використанням дистанційного зв'язку у формі обміну електронними повідомленнями. Хоча організація надання телемедичних послуг потребує від закладу охорони здоров'я витрат на отримання ліцензії, облаштування спеціального кабінету телемедицини, "технічне забезпечення (програмне та апаратне забезпечення для роботи порталу телемедицини, забезпечення відео — й аудіозв'язку; технічні прилади із засобами збереження та передачі даних і зображень у формі електронних повідомлень; засоби телеметрії; програмне забезпечення для передавання, збереження та інтерпретації знімків і цифрових зображень)" [11] та інше, вона дає можливість розширити контингент пацієнтів і таким чином забезпечити додаткові надходження від оплати вартості медичних послуг.

На думку С. Бойко, перспективним джерелом формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я можуть стати кошти накопичувальних фондів територіальних громад і благодійних фондів, благодійні пожертвування та внески юридичних і фізичних осіб. "Проте, зважаючи на епізодичний характер допомоги від таких джерел фінансування, потрібно їх розглядати як додаткові, незаплановані надходження, які можна використовувати зважаючи на конкретну ситуацію у певному медичному закладі" [5].

На наш погляд, говорити про використання накопичувальних фондів для фінансування закладів охорони здоров'я можна лише гіпотетично, оскільки за сучасних умов можливість їхнього формування сумнівна. В період посвоєнного відновлення України більш реалістичним є активізація фінансування потреб охорони здоров'я через механізм державно-приватного партнерства. Його суть полягає в тому, що засновник медичної установи та приватні партнери об'єднують свої ресурси для реалізації певного проєкту розвитку або забезпечення роботи установи з відповідним розподілом ризиків, відповідальності та вигод, тобто взаємовигідної співпраці. Очевидно, що зважаючи на неприбутковий характер роботи закладів охорони здоров'я,

очікувати вигод у формі прибутку недоречно. Проте, характерним трендом розвитку бізнесу в сучасних умовах є посилення уваги до питань корпоративної соціальної відповідальності як інструмента для формування позитивного іміджу компанії та вияву її співучасті у суспільному розвитку. Відповідно, значна частина крупних представників бізнесу реалізує розроблені самостійно програми корпоративної соціальної відповідальності, що передбачають спрямування коштів на різні соціально чутливі проєкти. Взаємодія між менеджментом закладів охорони здоров'я та структурами, відповідальними у компаніях за реалізацію програм корпоративної соціальної відповідальності створює поле для залучення значних обсягів фінансових ресурсів для надання медичних послуг, створення комфортних умов обслуговування пацієнтів тощо.

## ВИСНОВКИ

В умовах безпрецедентних викликів для нашої країни система охорони здоров'я потребує додаткових фінансових ресурсів. Проведення медичної реформи, що передбачала серед іншого, автономізацію закладів охорони здоров'я та зміну схеми фінансування медичних послуг, водночас розкрило для медичних закладів можливість щодо диверсифікації джерел фінансування, залучення додаткових фінансових ресурсів для потреб їхнього розвитку.

Вирішення проблеми дефіциту фінансових ресурсів охорони здоров'я може передбачати кілька варіантів стратегії поведінки: перерозподіл видатків бюджетів на користь охорони здоров'я за рахунок відмови від фінансування непершочергових бюджетних програм; збільшення фінансування за рахунок підвищення податків чи впровадження цільових фіскальних платежів на користь охорони здоров'я; активізацію залучення додаткових фінансових ресурсів з альтернативних джерел, зокрема від програм міжнародної технічної допомоги, міжнародних донорів; вивільнення фінансового ресурсу за рахунок контролю і стримування витрат. Критичний аналіз цих стратегій засвідчив, що кожна із них має свої позитивні риси й недоліки. Проте, перерозподіл бюджетних коштів на користь програм охорони здоров'я має дискусійний характер через ймовірний негативний вплив на фінансування інших соціально важливих благ та зниження темпів економічного росту. Неприйнятною є стратегія підвищення фіскального тиску з метою акумуляції додаткових ресурсів для охорони здоров'я, оскільки це пригнічуватиме економічну діяльність. Раціональним є підвищення податкового навантаження на товари, які шкодять здоров'ю людини й зумовлюють витрати на його відновлення.

Попри те, що основним джерелом коштів для закладів охорони здоров'я продовжує залишатись оплата медичних послуг з бюджету, актуальним питанням сьогодення є впровадження обов'язкового медичного страхування як додаткового каналу надходження коштів в охорону здоров'я, а також активізація діяльності медичних закладів щодо використання можливостей проєктного фінансування за рахунок коштів фізичних та юридичних осіб, міжнародних донорів. Проте, реалізація таких можливостей потребує від

менеджменту закладів охорони здоров'я підвищення власної компетентності щодо основ фандрайзингової діяльності, розробки проектів розвитку, співпраці з донорами тощо.

#### Література:

1. Habicht, T., Thomson, S., Demeshko, O. Co-payment policy: considerations for Ukraine. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341727>
2. Sagan A., Thomson S. Voluntary health insurance in Europe: role and regulation. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326316>.
3. Thomson S., Cylus J., Evetovits T. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311654>.
4. Thomson S., Sagan A., Mossialos E. Private health insurance: history, politics and performance. Cambridge: Cambridge University Press, 2020.
5. Бойко С. Г. Диверсифікація джерел фінансування охорони здоров'я. Аналітична записка. К.: НІСД, 2019. URL: <https://niss.gov.ua/doslidzhennya/socialna-politika/diversifikaciya-dzherel-finansuvannya-okhoroni-zdorovya>
6. Гавриченко Д., Козирєва О., Попова Т., Сергієнко Л. Механізм фінансування охорони здоров'я України в умовах трансформацій. Фінансово-кредитна діяльність: проблеми теорії і практики. 2022. № 1 (42). С. 125—133.
7. Дубина М., Забаштанський М., Роговий А. Роль фінансово-кредитних установ у стратегічному розвитку сфери охорони здоров'я. Проблеми і перспективи економіки та управління. 2020. № 4 (24). С. 64—73.
8. Жукевич С., Карпшин Н., Шегера О. Аналіз фінансової стійкості закладів охорони здоров'я в умовах сталого розвитку. Світ фінансів. 2022. № 3 (72). С. 111—126.
9. Загуменна Ю. О. Аутсорсинг державних функцій у контексті завдань реформування державного управління: зарубіжний досвід. Правоохоронна функція держави: теоретико-методологічні та історико-правові проблеми: Збірн. матер. круглого столу. 2017. № 27. С. 79—82.
10. Кондратюк С. Я. Аутсорсинг як спосіб боротьби з неефективністю в бюджетних закладах держави мережевого типу. Фінанси, облік і аудит. 2012. Вип. 28. С. 367—375.
11. Озерова О. Телемедицинські послуги: як організувати, оподаткувати та відобразити в бухгалтерії. Головбух. URL: [https://buhplatforma.com.ua/article/9412-yak-organizuvati-opodatkovati-ta-vdobraziti-v-buhobliku-telemedichn-poslugi?from=Rubrcontentblock\\_articles#anc\\_1](https://buhplatforma.com.ua/article/9412-yak-organizuvati-opodatkovati-ta-vdobraziti-v-buhobliku-telemedichn-poslugi?from=Rubrcontentblock_articles#anc_1)
12. Принципи відновлення та трансформації системи охорони здоров'я в Україні / за ред. Я. Хабіхта. Копенгаген, Європейське регіональне бюро ВООЗ, 2022. 62 с. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/361136/WHO-EURO-2022-5750-45515-65487-ukr.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

#### References:

1. Habicht, T., Thomson, S. and Demeshko, O. (2021), Co-payment policy: considerations for Ukraine, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark, available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341727> (Accessed 30 June 2023).
2. Sagan, A. and Thomson, S. (2016), Voluntary health insurance in Europe: role and regulation, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark, available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326316> (Accessed 30 June 2023).
3. Thomson, S., Cylus, J. and Evetovits, T. (2019), Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark, available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311654> (Accessed 30 June 2023).
4. Thomson, S., Sagan, A. and Mossialos, E. (2020), Private health insurance: history, politics and performance, Cambridge University Press, Cambridge, UK.
5. Bojko, S. H. (2019), DIVERSYFIKACIJA DZHEREL FINANSUVANNIA OKHORONY ZDOROV'IA [Diversification of health care financing sources], National Institute of Strategic Studies, Kyiv, Ukraine, available at: <https://niss.gov.ua/doslidzhennya/socialna-politika/diversifikaciya-dzherel-finansuvannya-okhoroni-zdorovya> (Accessed 30 June 2023).
6. Havrychenko, D., Kozyrieva, O., Popova, T. and Serhiienko, L. (2022), "Mechanism of financing of healthcare of Ukraine in transformation conditions", Financial and Credit Activity Problems of Theory and Practice, vol. 1 (42), pp. 125—133.
7. Dubyna, M., Zabashtans'kyj, M. and Rohovyj, A. (2020), "The role of financial and credit institutions in strategic health development", Problemy i perspektyvy ekonomiky ta upravlinnia, vol. 4 (24), pp. 64—73.
8. Zhukevych, S., Karpysyn, N. and Shehera, O. (2022), "Analysis of the financial sustainable of healthcare institutions in the sustainable development conditions", Svit finansiv, vol. 3 (72), pp. 111—126.
9. Zahumenna, Yu. (2017), "Outsourcing of state functions in the context of public administration reform tasks: foreign experience", Pravookhoronna funktsiia derzhavy: teoretyko-metodolohichni ta istoryko-pravovi problemy, vol. 27, pp. 79—82.
10. Kondratiuk, S. Ya. (2012), "Outsourcing as a way of combating inefficiency in the network-type state budget institutions", Finansy, oblik i audyt, vol. 28, pp. 367—375.
11. Ozerova, O. (2023), "Telemedicine services: how to organize, tax and reflect in accounting", available at: [https://buhplatforma.com.ua/article/9412-yak-organizuvati-opodatkovati-ta-vdobraziti-v-buhobliku-telemedichn-poslugi?from=Rubrcontentblock\\_articles#anc\\_1](https://buhplatforma.com.ua/article/9412-yak-organizuvati-opodatkovati-ta-vdobraziti-v-buhobliku-telemedichn-poslugi?from=Rubrcontentblock_articles#anc_1) (Accessed 30 June 2023).
12. Habicht, T. (ed.) (2022), Pryntsyvy vidnovlennia ta transformatsii systemy okhorony zdorov'ia v Ukraini [Principles of recovery and transformation of the health care system in Ukraine], WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark, available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/361136/WHO-EURO-2022-5750-45515-65487-ukr.pdf?sequence=2&isAllowed=y> (Accessed 30 June 2023).

*Стаття надійшла до редакції 30.06.2023 р.*