

DOI: <https://doi.org/10.32836/2521-666X/2019-65-26>
УДК 336.58

Зюзін В.О.

аспірант кафедри державних,
місцевих та корпоративних фінансів,
Університет митної справи та фінансів

Ziuzin Vitalii

University of Customs and Finance

ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ФІНАНСУВАННЯ ПРОГРАМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА УКРАЇНСЬКІ РЕАЛІЇ

FOREIGN EXPERIENCE IN FINANCING HEALTH PROGRAMS AND UKRAINIAN REALITIES

У статті досліджено фінансове забезпечення програм охорони здоров'я у різних країнах світу. Суспільство виявляє більший інтерес до змішаної системи фінансування охорони здоров'я, яка передбачає належний рівень медичного обслуговування населення та створює певну зацікавленість населення у посиленні турботи про власне здоров'я. Розглянуто системи фінансування охорони здоров'я та проаналізовано обсяги витрат на цю сферу у зарубіжних країнах. Детально розглянуто реформування системи охорони здоров'я в Естонії та Україні. В Естонії була реалізована одна з найбільш вдалих медичних реформ серед пострадянських країн, коли в короткі терміни було змінено принципи медичного фінансування та надано автономію клінікам. Проаналізовано регіональну програму «Здоров'я населення Дніпропетровщини на 2015-2019 р.» Для України найбільш актуальним є системність у проведенні реформ та трансформація фінансового механізму охорони здоров'я.

Ключові слова: соціальні програми, програми охорони здоров'я, фінансування програм охорони здоров'я, зарубіжний досвід, медична реформа.

В статье исследовано финансовое обеспечение программ здравоохранения в разных странах мира. Общество проявляет больший интерес к смешанной системе финансирования здравоохранения, которая предусматривает надлежащий уровень медицинского обслуживания населения и создает определенную заинтересованность населения в усилении заботы к собственному здоровью. Рассмотрены системы финансирования здравоохранения и проанализированы объемы расходов на эту сферу в зарубежных странах. Детально рассмотрено реформирование системы здравоохранения в Эстонии и Украине. В Эстонии была реализована одна из самых удачных медицинских реформ среди постсоветских стран, когда в короткие сроки были изменены принципы медицинского финансирования и предоставлена автономия клиникам. Проанализирована региональная программа «Здоровье населения Днепропетровщины на 2015-2019 г.» Для Украины наиболее актуальным является системность в проведении реформ и трансформация финансового механизма здравоохранения.

Ключевые слова: социальные программы, программы здравоохранения, финансирование программ здравоохранения, зарубежный опыт, медицинская реформа.

The article examines the financial support of health programs in different countries around the world. The level of financial support for the health care system is an integral part of the level and quality of life population and plays a crucial role in the socio-economic development of the country. Public health issues in the world need constant attention from states. The continued effective functioning and development of the health care system in the context limited financial resources is a key task for all levels of government. The community is more interested in a mixed health financing system that provides the right level of health care for the population and creates a certain interest in the public to increase the concern for health and to ensure the responsibility of health professionals for quality of work. Health financing systems have been reviewed and the amount of these expenditures across countries has been analyzed. Positive and negative sides of each of the systems were identified. In Belgium, healthcare is generally available and relatively cheap for all citizens, but very expensive for

employers and taxpayers. Countries grouped and researched depending on health care funding. A mixed-health health care system must comply with the principles of social justice, ensuring that health care is equitable and accessible to all citizens sufficiently high quality. The regional program "Health of the population of Dnipropetrovsk region for 2015 - 2019" is analyzed. The reform of the health care system in Estonia and Ukraine is considered in detail. In Estonia, one of the most successful medical reforms in the post-Soviet countries was implemented, in which the principles of medical funding were changed and autonomy was granted to clinics in a short time. For Ukraine, the most urgent is the systematic implementation of reforms and transformation of the financial mechanism of health care on the basis of increasing the efficiency of spending of budgetary funds, introduction of program-targeted budgeting, proper financial control over the efficiency and effectiveness of budgetary policy in the field of expenditures for the needs of the industry and supplementing existing sources, introduction of health insurance.

Keywords: social programs, health programs, financing health care programs, foreign experience, medical reform.

Постановка проблеми. Рівень фінансового забезпечення системи охорони здоров'я є невід'ємною складовою рівня та якості життя населення і виконує найважливішу роль в соціально-економічному розвитку країни. Охорона здоров'я визнається одним із пріоритетних напрямів державної політики та одним із основних факторів національної безпеки в Україні [6]. Подальше ефективне функціонування та розвиток системи охорони здоров'я в умовах обмеженості фінансових ресурсів є найважливішим завданням органів влади всіх рівнів. Тому питання вивчення зарубіжного досвіду фінансування охорони здоров'я та визначення основних напрямків є актуальним.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблема фінансування програм охорони здоров'я досліджується в працях багатьох українських та зарубіжних учених. Вагомий внесок в аналіз стану фінансових ресурсів охорони здоров'я зробили: Я.М. Буздуган, О.В. Виноградов, О.В. Гушта, Л.І. Жаліло, Д.В. Карамішев, І.І. Кичко, Є.С. Ковжарова, В.А. Козирева, Л.В. Лисяк, В.Ф. Москаленко, Т.В. Педченко, Н.Н. Пилипцевич, М.М. Шутов. В Україні кількість соціальних програм зменшується, і їхня результативність є невисокою. Вивчення вже наявного зарубіжного досвіду має бути поштовхом для пошуку шляхів подальшого удосконалення системи фінансування ефективної вітчизняної системи охорони здоров'я в умовах сучасного реформування.

Метою статті є оцінка фінансування програм охорони здоров'я в зарубіжних країнах та окреслення можливостей імплементації

кращого досвіду в Україні в умовах бюджетного реформування.

Виклад основного матеріалу. Одним зі складників соціальної сфери є охорона здоров'я. Дотепер визначаються чотири основні види фінансування охорони здоров'я: державне, муніципальне, через обов'язкове і добровільне медичне страхування та змішана форма [2].

Треба зауважити, що ці види у відокремленому вигляді практично не використовуються ні в одній державі, але в деяких державах вони займають домінуюче положення. Так, наприклад, у Великобританії, Швеції, Шотландії, Італії та Данії домінує державна система фінансування, а в Алжирі – муніципальна. В таких країнах, як Німеччина, Франція, Австрія, Бельгія, Нідерланди та Ізраїль, домінує система медичного страхування, тоді як у США має перевагу змішана форма фінансування медичної допомоги.

Наведені в таблиці 1 форми, насамперед змішана, націлені на досягнення повної рівноваги між джерелами коштів, що витрачаються на охорону здоров'я, і ефективністю діяльності медичних закладів. З фінансової позиції державна модель потребує менших витрат коштів. Змішана система побудована за такою схемою: першу медичну допомогу пацієнтам надають сімейні лікарі, коли сімейний лікар наполягає на госпіталізації, тоді вступає в дію друга ланка – лікарні, консультативні пункти та діагностичні центри, які фінансуються зі страхових фондів.

Усі форми фінансування мають свої переваги та недоліки, однак суспільство виявляє більший інтерес до змішаної системи. Вона

Групи країн в залежності від фінансування систем охорони здоров'я

Країна	Вид фінансування охорони здоров'я
Великобританія, Швеція, Шотландія, Італія, Данія	Державне
Алжир	Муніципальне
Німеччина, Франція, Австрія, Бельгія, Нідерланди та Ізраїль	Медичне страхування
США	Змішане

Джерело: розроблено автором за даними [2]

забезпечує, з одного боку, потрібний рівень медичного обслуговування населення, а з іншого – створює певну зацікавленість у населення в посиленні турботи до здоров'я, а також забезпечує відповідальність медичних працівників за якість роботи. Перехід від однієї системи до іншої – дуже складний і тривалий процес. Розглянемо основні види фінансування охорони здоров'я на прикладі окремих держав.

Шведська система охорони здоров'я виходить із засад доступності медичного обслуговування для всіх верств населення, незалежно від того, працюють вони чи ні. Головне наявність громадянства цієї країни чи дозволу на перебування на її території на час праці. Шведський фонд охорони здоров'я на 80% поповнюється за рахунок внесків роботодавців, громадян та державних дотацій. Решту 20% становлять оплата пацієнтів та продаж послуг. Кожен місцевий роботодавець сплачує 32,8%-й податок із фонду оплати праці. Із них на медичну опіку йде лише 11,81%, решта з 20 із лишком відсотків потрапляють до пенсійного фонду, на страхування від нещасних випадків на виробництві та до інших обов'язкових фондів. Працівники вільних професій та люди, які є самі собі роботодавцями, теж сплачують податок роботодавця, але при цьому користуються системою пілг, згідно з якою він знижується з 32,8% до 26% [5].

У Франції домінує система обов'язкового медичного страхування. Населення цієї країни, саме може вибирати лікарів, а вартість лікування майже повністю покривається за рахунок соціального страхування. Іншу частину оплачують завдяки соціальним гарантіям, передбаченим у колективних трудових угодах. Соціальне страхування здоров'я фі-

нансується із внесків та спеціальних податків. До соцстраху відраховують 13,55% від загальної суми заробітної плати працівника, але це не означає, що гроші повністю вираховують з його зарплати. Робітник платить лише 0,75%, а решту покриває роботодавець. Натомість із заробітної плати працівника вираховують 6,2% на суспільний внесок та 0,5% – на повернення суспільного боргу. Окрім того, до фонду страхування здоров'я знімають фіксовану суму від кожної проданої пляшки міцного алкоголю та віднедавня з пачки цигарок.

Система охорони здоров'я Австрії рухається в напрямі профілактичної медицини. У 2005 р. Міністерство охорони здоров'я впровадило рекомендації превентивної медицини, ключовим пунктом яких стало проведення обстежень груп ризику. Такі щорічні медичні огляди оплачуються державними страховими фондами [8].

Соціальне страхування Австрії передбачає послуги у випадках: захворювання, інвалідності, вагітності і народження дитини, безробіття, похилого віку, смерті годувальника. Фінансування соціального страхування здійснюється через внески, які платять самі застраховані або їхні роботодавці. Розмір внесків залежить від річних доходів. Близько 2/3 населення самостійно оплачують страхування, а решта отримують послуги безкоштовно як члени сімей (наприклад, діти). 98% населення Австрії мають медичну соціальну страховку.

Застрахований має право на лікування в стаціонарних умовах без обмежень перебування в клініці. Австрійські лікарні встановлюють два типи вартості подібного лікування – загальну і спеціальну. За кожен день

у госпіталі пацієнти зобов'язані заплатити 8-15 євро. Максимальна кількість оплачених днів стаціонарного лікування становить 28 на рік. Деякі медичні та медсестринські послуги надаються на дому. До переліку послуг на дому, які покриває страховка, входять ін'єкції, перев'язування післяопераційних ран, догляд за важкохворим. Варто зазначити, що страховка покриває лише психологічні діагностичні процедури. Психотерапія ж оплачується самим пацієнтом.

Вважається, що Бельгія має одну з найкращих систем охорони здоров'я у Європі. Медичне обслуговування тут є загальнодоступним та відносно дешевим для всіх громадян, але дуже дорогим для роботодавців та платників податків. Бельгійську систему охорони здоров'я фінансують з централізованого Національного управління соціального страхування. Воно накопичує кошти головним чином за рахунок внесків роботодавців, робітників та пенсіонерів, а також бюджетних дотацій, частини прибутків від податку на додану вартість, 10% відрахування з приватного страхування автомобілів та внесків фармацевтичних фірм. Та все ж найбільше коштів надходить завдяки медичному страхуванню. З приватних підприємств вираховують 37,94% від суми зарплати працівника, але сам робітник платить лише 13,07%, а решту – 24,87% – сплачує роботодавець. Відрахування із зарплатні держслужбовців значно менші – 7,35% від своєї зарплати платить сам чиновник, а 3,8% за нього доплачує держава [1].

Сполучені Штати не мають гарантованої державою системи загального страхування здоров'я, проте існує система приватного страхування, яка також забезпечує високий рівень медичного обслуговування. Федеральний уряд гарантує медичне страхування лише для літніх та найбільш вразливих людей. Пенсіонери користуються коштами з фонду Medicare («Медична опіка»), а бідні – з фонду Medicaid («Медична допомога»). Усі інші американці повинні покладатися на надзвичайно складну систему приватних страховок, які оплачують або роботодавці, або самі зацікавлені, якщо вони ні від кого не залежать і працюють лише

на себе. Мільйони американців мають лише часткове страхування, яке аж ніяк не покриває коштів на перебування у лікарні, ліки та медичні процедури й операції.

У Великобританії використовується система бюджетного фінансування охорони здоров'я, що обумовлює його державний характер та централізацію управління. Фінансовою основою Національної системи охорони здоров'я є надходження від податків, які становлять 90% бюджету охорони здоров'я. Тільки 7,5% бюджету формується за рахунок внесків роботодавців. Таким чином, Національна систему охорони здоров'я практично існує за рахунок коштів, що вносяться платниками податків та виділяються урядом на охорону здоров'я зі статті затрат на соціальні потреби. Загалом пацієнти платять 10% вартості лікування. Всі працюючі підлягають обов'язковому страхуванню здоров'я, за винятком непрацюючих, жінок у шлюбі, які можуть приєднатися до страхування за добровільними програмами. За рахунок цих коштів часто надаються фінансові допомоги по тимчасовій непрацездатності в зв'язку із хворобою. Уряд Великобританії пропонує стимулювати намагання Національної системи охорони здоров'я до підвищення ефективності надання медичних послуг за рахунок збільшення конкуренції між її різновидами. Приватне медичне страхування у Великобританії охоплює переважно ті сфери медичних послуг, що не забезпечуються Національною службою охорони здоров'я. Приватним та добровільним медичним страхуванням охоплено більше 13% населення [2].

В Естонії була реалізована одна з найбільш вдалих медичних реформ серед пострадянських країн. Як бачимо у таблиці 2, у відносно короткі терміни було змінено принципи медичного фінансування та надано автономію клінікам. За десять років в країні було створено нову систему охорони здоров'я, яка за показниками не поступається іншим європейським країнам. Система охорони здоров'я в Естонії фінансується в основному за рахунок податків. З 1992 року головним джерелом фінансування є цільовий податок із

Реформування системи охорони здоров'я в Естонії

Етап	Способи реалізації	Результати
Перший етап – радикальний. Дії були направлені на зміну фінансування та впровадження пацієнтоорієнтованого підходу.	– впровадження фінансування медичної допомоги за рахунок цільового податку на медичне страхування, який збирали до фондів соціального страхування; – застосування системи договорів між фондами та медичними установами щодо оплати в залежності від обсягу наданих послуг.	Автономія медичних установ, свобода в розпорядженні фінансами і кадровій політиці. Реформи призвели до повної перебудови системи охорони здоров'я, створеної в радянський період.
Другий етап – підвищення ефективності медичних установ; раціональне використання фінансових і кадрових ресурсів; підвищення відповідальності медичних установ.	– визначення правового статусу медичних установ: делегування їм частини фінансових ризиків і забезпечення якості медичних послуг; – зміна і системність відшкодування витрат на ліки; для більш раціонального витрачання коштів були введені базові ціни.	Реформа була повністю введена в дію протягом 10 років. Результат другого етапу – підвищення якості медичних послуг та їх доступності для населення.

Джерело: розроблено автором за даними [8]

заробітної плати [8]. На його частку припадає понад 60% всіх витрат на охорону здоров'я. З державного бюджету покривається трохи більше 8% загальних витрат на охорону здоров'я, з муніципальних – близько 2%.

Охорона здоров'я Польщі фінансується за рахунок декількох видів надходжень до Національного фонду медичного страхування. У структурі бюджету фонду третину становлять внески громадян і 2/3 – державні кошти. Також залучаються надходження з альтернативних джерел. Близько 98% населення мають обов'язкове медичне страхування, яке гарантує доступ до медичних послуг.

З 1989 р. рівень і структура фінансування системи охорони здоров'я Польщі мали істотні зміни. У період 1995-2009 рр. витрати на охорону здоров'я збільшилися в 5 разів (з 18,5 млрд. злотих до 99 млрд.). Проте у цей період спостерігалось зростання ВВП. Тому частка ВВП, що виділялася на охорону здоров'я, послідовно виросла всього на 1,9 пункти (з 5,5% від ВВП в 1995 р. до 7,4% від ВВП в 2009) [8].

Неформальні платежі на сьогодні залишаються поширеними у країні. Проте їх стає дедалі менше у зв'язку з проведенням серйозних антикорупційних заходів. Порядок оплати праці медичних працівників визначається на основі трудового договору.

У державі Ізраїль немає державної системи медичного обслуговування, 94% населення

охоплене всебічним страхуванням здоров'я. В основному медичне страхування здійснюється в межах медичного страхового фонду величезного профспілкового об'єднання Гістадруд (83% випадків), а також на базі інших фондів медичного страхування (17% випадків). Медичні заклади знаходяться у відомстві різних агентств, головними з яких є профспілки та уряд. У відомстві робочої профспілки Ізраїлю, Купат Халім, знаходяться найкращі в країні лікарі. У приватній власності знаходиться невелика кількість лікарень. Найбільша профспілка Ізраїлю є головним поставником медичних послуг через посередництво всезагального робочого фонду допомоги хворим [5].

В Алжирі є спеціальні муніципальні медичні заклади, що надають невідкладну медичну допомогу безкоштовно як громадянам Алжиру, так і іноземцям. Джерелами їх фінансування є муніципальні чи територіальні бюджети. Муніципальні лікарні розраховані на надання медичних послуг бідним верствам населення. Ці заклади мають низку проблем, серед яких: низька якість обслуговування; переповнення госпіталів; слабке забезпечення муніципальних медичних закладів медичним обладнанням та ліками; санітарні умови в таких госпіталах не відповідають прийнятним нормам. Водночас в Алжирі є приватні та відомчі медичні заклади, які надають медичну допомогу на платній основі [2].

Система охорони здоров'я, побудована на засадах змішаного медичного страхування, повинна відповідати принципам соціальної справедливості, забезпечуючи рівність і доступність медичних послуг досить високої якості для всіх громадян.

У 2018 р. в Україні реалізовувалася Загальнодержавна цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 р. Метою Програми є зниження рівня захворюваності і смертності від ВІЛ-інфекції/СНІДу, надання якісних і доступних послуг з профілактики та діагностики ВІЛ-інфекції, насамперед представникам груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, послуг із лікування, медичної допомоги, догляду і підтримки людей, які живуть з ВІЛ, у межах реформування системи охорони здоров'я [4]. На реалізацію програми з державного бюджету було фактично залучено 0,92 млрд. грн., з місцевого бюджету 0,69 млрд. грн., з інших джерел – 0,68 млрд. грн. Загальний фактич-

ний обсяг фінансування програми становив 2,29 млрд. грн., що на 1,01 млрд. грн. більше планових показників. Порівняно з 2018 р. в Україні 2013 р. реалізовувалися програми з протидії захворюванню на туберкульоз; профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів.

Якщо розглядати регіональні цільові програми охорони здоров'я, то в 2018 р. у Дніпропетровській обл. реалізовувалася обласна програма «Здоров'я населення Дніпропетровщини на 2015-2019 р.»). Метою програми є поліпшення демографічної ситуації, збереження і зміцнення здоров'я населення шляхом підвищення якості та ефективності надання медичної допомоги з пріоритетним напрямом профілактики та лікування хронічних неінфекційних та інфекційних захворювань, найбільш значущих у соціально-економічному та медико-демографічному плані класів і нозологічних форм хвороб [11]. Як бачимо в таблиці 3, найбільше фінансування було

Таблиця 3

Обсяги фінансування за напрямками діяльності програми «Здоров'я населення Дніпропетровщини на 2015–2019 р.»

Назва напрямку діяльності (пріоритетні завдання)	Орієнтовні обсяги фінансування, тис. грн.
1. Забезпечення умов безпечного материнства, здорового дитинства та збереження репродуктивного здоров'я населення	51215,392
2. Протидія поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу	3859,629
3. Протидія поширенню наркозалежності	2197,290
4. Забезпечення інфекційної безпеки донорської крові та її компонентів	20661,501
5. Забезпечення доступності ендопротезування суглобів для пільгових категорій населення	600,00
6. Підвищення рівня забезпечення хворих серцево-судинного, судинно-мозкового та хірургічного профілю медикаментами та виробами медичного призначення	183763,071
7. Запобігання та лікування вірусних гепатитів	5805,078
8. Діагностика та лікування цукрового діабету, профілактика ускладнень	371030,245
9. Забезпечення якості лікування хворих на гематологічні захворювання	22434,059
10. Забезпечення якості лікування хворих на офтальмологічні захворювання	3059,831
11. Забезпечення якості лікування хворих з трансплантованими органами	22357,525
12. Забезпечення якості лікування хворих з термінальною нирковою недостатністю	494014,453
13. Забезпечення якості лікування хворих з онкологічними захворюваннями	28663,293
14. Отримання управлінським персоналом закладів охорони здоров'я, навчальних закладів, органів управління галузі навичок сучасного менеджменту	624,00
15. Аналіз ефективності роботи та якості надання медичної допомоги населенню закладами галузі охорони здоров'я	22600,00
Усього за програмою:	1232885,367

Джерело: розроблено автором за даними [12]

спрямоване на забезпечення якості лікування хворих з термінальною нирковою недостатністю – 494014,453 тис. грн., найменше на забезпечення доступності ендопротезування суглобів для пільгових категорій населення – 600,00 тис. грн.

В Україні усі заклади, що надають первинну медичну допомогу, у 2019 р. будуть отримувати оплати за надання медичних послуг тільки за договорами з Національною службою здоров'я. Принцип «гроші йдуть за пацієнтом» запрацює в усіх комунальних медзакладах, де працюють сімейні лікарі, терапевти і педіатри. У 2019 р. бюджет на оплату послуг первинної медичної допомоги за програмою медичних гарантій Національною службою здоров'я становить 15,2 млрд. грн. 95% усіх комунальних медичних закладів первинки долучилися до змін і переходять на нову модель фінансування – коли держава оплачує медичні послуги, надані конкретному пацієнту.

Програма «Безкоштовна діагностика» розпочнеться у липні 2019 р. Медичні заклади зможуть приєднуватися до програми у рамках одного бюджету – місто, район, ОТГ. Для реалізації програми у бюджеті передбачено 2 млрд. грн. Програма «Безкоштовна діагностика» – це забезпечення 80% потреб пацієнта з діагностики у сімейного лікаря, терапевта і педіатра. Це найбільш необхідні діагностичні та лікувальні послуги (наприклад, рентген, УЗД, ехокардіографія серця). Ці послуги пацієнти зможуть отримати безоплатно тільки за направленням свого сімейного лікаря, терапевта або педіатра, оплатити їх Національна служба здоров'я.

Програма «Доступні ліки» передбачає отримання ліків від серцево-судинних захворювань, діабету 2 типу та бронхіальної астми безоплатно або з незначною доплатою. На це у Державному бюджеті виділено 1 млрд. грн.: 250 млн. на регіональну субвенцію і 750 млн. – на забезпечення функціонування програми через Національну службу здоров'я.

У 2019 р. у Державному бюджеті України передбачено 689,95 млн. грн. на програму «Лікування громадян України за кордоном». Щороку на лікування у закордонних клініках

відправляються пацієнти, захворювання яких поки не лікуються в Україні. Направлення на лікування не залежить від віку пацієнта, статі, соціального походження, майнового стану, місця проживання та інших ознак та відбувається у разі неможливості надання медичної допомоги пацієнтам у закладах охорони здоров'я України [9].

Обмеженість коштів бюджету і підвищення потреб населення у послугах галузі охорони здоров'я призвели до стану, за якого «бюджетна форма відповідальності держави не відповідає тим потребам у суспільних благах, які могли б забезпечити належний рівень відтворення людського потенціалу» [10]. Незважаючи на проголошені Конституцією України принципи, система охорони здоров'я не забезпечує рівного безкоштовного доступу населення до якісних медичних послуг. Це виявляється в низькій якості медичних послуг та нерівному доступі населення до послуг охорони здоров'я [3]. В 2018 р. в Україні діяла лише 1 державна цільова програма – «Загальнодержавна цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 р.» та 1 обласна програма у Дніпропетровській обл. – «Здоров'я населення Дніпропетровщини на 2015-2019 р.».

Для України найбільш актуальним є системність у проведенні реформ та трансформація фінансового механізму охорони здоров'я на основі підвищення ефективності витрачання бюджетних коштів, впровадження програмно-цільового бюджетування, належний фінансовий контроль за ефективністю та результативністю бюджетної політики у сфері видатків на потреби галузі та доповнення медичного страхування, що є перспективою подальших досліджень [7].

Висновки. Різні форми фінансування охорони здоров'я, що реалізуються в зарубіжних країнах, мають свої переваги та недоліки, однак переважно використовується змішана система. Така система забезпечує, з одного боку, потрібний рівень медичного обслуговування населення, а з іншого – створює певну зацікавленість населення в посиленні

турботи до власного здоров'я, а також забезпечує відповідальність медичних працівників за якість роботи.

В Україні склалася ситуація, за якої якість медичних послуг знаходиться на дуже низькому рівні, бюджетні кошти на охорону здоров'я використовуються неефективно, відсутній механізм управління потоками пацієнтів на різних рівнях надання медичних послуг, відповідно дублюється їх надання. За цих умов процес реформувати системи фінансування охорони здоров'я є неефективним, а кількість програм

з охорони здоров'я не забезпечує суспільні потреби. Фактично в Україні відбувається фінансування короткочасних програм, залежних від політичної кон'юнктури та відсутнє програмне оформлення тих напрямів у сфері охорони здоров'я, які є гостро необхідними для населення. В майбутніх дослідженнях доцільно буде запропонувати зміни до механізму фінансування програм охорони здоров'я з урахуванням позитивного зарубіжного досвіду з урахуванням особливостей національного соціально-економічного середовища.

Список літератури:

1. Глазко Н.Д. Зарубіжний досвід забезпечення соціальної сфери / Н.Д. Глазко // *Ефективна економіка: наукове фахове видання*. 2014. №5. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=3059> (дата звернення: 01.09.2019).
2. Гончаренко І.В. Світовий досвід подолання проблем охорони здоров'я у формуванні людського капіталу сільських територій України / І.В. Гончаренко // *Вісник аграрної науки Причорномор'я*. 2013. Вип. 1. С. 26–34. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vanp_2013_1_6 (дата звернення: 01.09.2019).
3. Дубінський С.В. Проблеми забезпечення якості послуг в медичній галузі України / С.В. Дубінський // *Європейський вектор економічного розвитку*. 2016. № 1 (20). С. 51-59. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ever_2016_1_7 (дата звернення: 01.09.2019).
4. Закон України «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 р.» // *Відомості Верховної Ради України (ВВР)*. 2014. №48. Ст. 2055. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1708-18#n65> (дата звернення: 01.09.2019).
5. Зеленевиц В.О. Зарубіжний досвід фінансування охорони здоров'я / В.О. Зеленевиц, А.І. Кузьмин. URL: <http://intkonf.org/zelenevich-vo-ktn-kuzmin-ai-zarubizhniy-dosvid-finsuvannya-ohoroni-zdorovya/> (дата звернення: 01.09.2019).
6. Конституція України від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80> (дата звернення: 01.09.2019).
7. Лисяк Л.В. Бюджетна політика у сфері охорони здоров'я як підґрунтя сталого людського розвитку / Л.В. Лисяк, Ю.О. Красільнікова // *Вісник Донбаської державної машинобудівної академії*. 2016. № 3. С. 113-119. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vddma_2016_3_23 (дата звернення: 01.09.2019).
8. Інформаційна довідка «Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу)» / *Європейський інформаційно-дослідницький центр*. URL: <http://radaprogram.org/sites/default/files/infocenter/piblications/29195.pdf> (дата звернення: 01.09.2019).
9. МОЗ: У Державному бюджеті на 2019 рік на охорону здоров'я передбачено 95,08 млрд. грн. / *Урядовий портал*. – 03.01.2019. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/news/moz-u-derzhavnomu-byudzheti-na-2019-rik-na-ohoronu-zdorovya-peredbacheno-9508-mlrd-grn> (дата звернення: 01.09.2019).
10. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років / *Міністерство охорони здоров'я України*. – URL: <http://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf> (дата звернення: 01.09.2019).
11. Перелік регіональних цільових програм, які діють у 2018 році / *Дніпропетровська обласна державна адміністрація*. – 16.03.2018. URL: <https://adm.dp.gov.ua/storage/app/media/uploaded-files/2018.03.16.pdf> (дата звернення: 01.09.2019).

12. Рішення обласної ради «Про внесення змін до рішення обласної ради від 05 грудня 2014 року № 586-28/VI «Про обласну програму «Здоров'я населення Дніпропетровщини на 2015-2019 роки» / *Дніпропетровська обласна рада* – 07.12.2018. – № 421-15/VII. URL: <https://oblrada.dp.gov.ua/category/rishennia/sklikannia-7/xv-sesiia/> (дата звернення: 01.09.2019).

References:

1. Ghlazko N.D. (2014) Zarubizhnyj dosvid zabezpechennja socialjnoji sfery [Foreign experience providing social services]. *Efektivna ekonomika* [Effective Economics] (electronic journal), no. 5. Available at: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=3059> (accessed 01 September 2019).
2. Goncharenko I.V. (2013) Svitovyj dosvid podolannja problem okhorony zdorov'ja u formuvanni ljudskogho kapitalu sils'jkykh terytorij Ukrainy [The world experience of health problems management in the formation of human capital of rural areas of Ukraine]. *Visnyk aghrarnoji nauky Prychornomor'ja* [Ukrainian Black Sea region agrarian science] (electronic journal), no. 1, pp. 26-34. Available at: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vanp_2013_1_6 (accessed 01 September 2019).
3. Dubins'kyj S.V. (2016) Problemy zabezpechennja jakosti poslugh v medychnij ghaluzi Ukrainy [Problems of quality assurance of services in the medical sector of Ukraine]. *Jevropejs'kyj vektor ekonomichnogho rozvytku* [European Vector Of Economic Development] (electronic journal), vol. 20, no. 1, pp. 51-59. Available at: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ever_2016_1_7 (accessed 01 September 2019).
4. On approval of the National Targeted Social Program for Combating HIV / AIDS for 2014-2018 № 1708-VII. (2014, October 20). *Vidomosti Verkhovnoyi Rady Ukrainy*, 48, 2055 [in Ukrainian]. Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1708-18#n65> (accessed 01 September 2019).
5. Zelenevych V.O., Kuzjmyyn A.I. Zarubizhnyj dosvid finansuvannja okhorony zdorov'ja [Foreign experience in healthcare financing]. Available at: <http://intkonf.org/zelenevich-vo-ktn-kuzmin-ai-zarubizhnyj-dosvid-finansuvannja-okhoroni-zdorovya/> (accessed 01 September 2019).
6. The Constitution of Ukraine. (2019, February 21). *Vidomosti Verkhovnoyi Rady Ukrainy*. Kyiv: Parlam. vyd-vo [in Ukrainian]. Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80> (accessed 01 September 2019).
7. Lysjak L.V., Krasil'nikova Ju.O. (2016) Bjudzhetna polityka u sferi okhorony zdorov'ja jak pidgruntja stalogho ljudskogho rozvytku [Budgetary policy in the health protection sphere as basis of steady human development]. *Visnyk Donbas'koji derzhavnoji mashynobudivnoji akademiji* [Herald of the Donbass State Engineering Academy] (electronic journal), vol. 39, no. 3, pp. 113-119. Available at: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vddma_2016_3_23 (accessed 01 September 2019).
8. European Information and Research Center (2017) Mizhnarodnyj dosvid reformuvannja systemy okhorony zdorov'ja (dosvid krajyn Jevropejs'kogho Sojuzu) [International experience in reforming the health care system (European Union experience)]. Available at: <http://radaprogram.org/sites/default/files/infocenter/publications/29195.pdf> (accessed 01 September 2019).
9. Ministry of Health of Ukraine (2019) MOZ: U Derzhavnomu bjudzheti na 2019 rik na okhoronu zdorov'ja peredbacheno 95,08 mlrd. ghrn. [Ministry of Health: The State Budget for 2019 provides for UAH 95.08 billion]. Available at: <https://www.kmu.gov.ua/ua/news/moz-u-derzhavnomu-byudzheti-na-2019-rik-na-okhoronu-zdorovya-peredbacheno-9508-mlrd-grn> (accessed 01 September 2019).
10. Ministry of Health of Ukraine (2014) Nacional'na strateghija reformuvannja systemy okhorony zdorov'ja v Ukraini na period 2015-2020 rokiv [The National Strategy for health care reform in Ukraine in 2015-2020 years]. Available at: <http://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf> (accessed 01 September 2019).
11. Dnipropetrovsk Regional State Administration (2018) Perelik regional'nykh cil'ovykh program, jaki diujut u 2018 roci [The list of regional programs operating in 2018]. Available at: <https://adm.dp.gov.ua/storage/app/media/uploaded-files/2018.03.16.pdf> (accessed 01 September 2019).
12. On Amendments to the decision of Regional Council on December 5, 2014 № 586-28 / VI «About regional program» Health of the population of Dnipropetrovsk on 2015-2019 № 421-15/VII. (2018, December 07). *Dnipropetrovsk Regional Council* [in Ukrainian]. Available at: <https://oblrada.dp.gov.ua/category/rishennia/sklikannia-7/xv-sesiia/> (accessed 01 September 2019).