

Міністерство освіти і науки України  
Національний технічний університет  
«Дніпровська політехніка»

Навчально-науковий інститут державного управління  
Кафедра державного управління і місцевого самоврядування

**ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА**  
**кваліфікаційної роботи ступеня магістра**

студента Мартинюк Марії Едуардівни

академічної групи 281М-21з-1 ІДУ

спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування

на тему: «Розвиток ресурсного забезпечення підприємств охорони здоров'я на регіональному рівні»

Керівники	Прізвище, ініціали	Оцінка за шкалою		Підпис
		рейтинговою	інституційною	
кваліфікаційної роботи	Кравцова Т.В.			
розділів:				

Рецензент:				
------------	--	--	--	--

Нормоконтролер:	Вишнеvsька О.В.			
-----------------	-----------------	--	--	--

Дніпро  
2022

## РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка кваліфікаційної роботи магістра на тему «Розвиток ресурсного забезпечення підприємств охорони здоров'я на регіональному рівні»

114 стор., 23 рис, 13 табл., 103 джерела.

СФЕРА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ФІНАНСИ, МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ, ДЖЕРЕЛА ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, РЕФОРМУВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, АНАЛІЗ ФІНАНСУВАННЯ ВИДАТКІВ.

Об'єкт дослідження – суспільні відносини у сфері ресурсного забезпечення підприємств охорони здоров'я.

Предмет дослідження – розвиток ресурсного забезпечення підприємств охорони здоров'я на регіональному рівні.

Мета дослідження – визначення теоретичних та практичних засад ресурсного забезпечення підприємств охорони здоров'я та обґрунтування напрямів його покращення.

У першому розділі розкрито теоретичні основи ресурсного забезпечення підприємств охорони здоров'я, визначено сутність ресурсів підприємств охорони здоров'я та особливості їх формування. Другий розділ присвячено аналізу сучасного стану ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я, проведено аналіз стану забезпечення фінансовими та трудовими ресурсами закладів охорони здоров'я, визначені проблеми ресурсного забезпечення. У третьому розділі визначені напрями покращення ресурсного забезпечення підприємств охорони здоров'я.

Сфера практичного застосування результатів роботи – органи публічного управління у сфері охорони здоров'я.

## ABSTRACT

Explanatory note of the master's degree qualification thesis on the topic «Development of resource provision of healthcare enterprises at the regional level».

114 pages, 23 figures, 13 tables, 2 applications, 103 sources.

HEALTH CARE, FINANCE, MEDICAL INSURANCE, HEALTH CARE FINANCING SOURCES, HEALTH CARE REFORMS, ANALYSIS OF FINANCING EXPENDITURES.

Object of research – public relations in the field of resource provision of health care enterprises.

Subject of research – development of resource provision of healthcare enterprises at the regional level.

The purpose of research – determination of theoretical and practical principles of resource provision of health care enterprises and substantiation of directions for its improvement.

In the first chapter, the theoretical foundations of resource provision of health care enterprises are revealed, the essence of resources of health care enterprises and the peculiarities of their formation are determined. The second section is devoted to the analysis of the current state of resource provision of health care institutions, an analysis of the state of provision of financial and labor resources of health care institutions was carried out, and the problems of resource provision were identified. In the third section, directions for improving the resource provision of health care enterprises are defined

Scope of practical application – public administration bodies in the field of health care.

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	5
РОЗДІЛ 1.	
ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ РЕСУРСНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПІДПРИЄМСТВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....	8
1.1. Визначення сутності ресурсів підприємств охорони здоров'я .....	8
1.2. Особливості забезпечення ресурсами закладів охорони здоров'я...	20
1.3. Зарубіжний досвід ресурсного забезпечення підприємств медичної сфери.....	36
РОЗДІЛ 2.	
АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ РЕСУРСНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....	46
2.1. Аналіз сучасного стану фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я .....	46
2.2. Аналіз забезпечення трудовими ресурсами в медичній сфері .....	66
2.3. Проблеми ресурсного забезпечення сфери охорони здоров'я.....	71
РОЗДІЛ 3.	
НАПРЯМИ ПОКРАЩЕННЯ РЕСУРСНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПІДПРИЄМСТВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....	78
3.1. Напрями удосконалення системи фінансування галузі охорони здоров'я .....	78
3.2. Впровадження державно-приватного партнерства в медичній сфері.....	88
3.3. Удосконалення управління формуванням та розвитком трудових ресурсів закладів охорони здоров'я.....	96
ВИСНОВКИ.....	106
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	115
ДОДАТКИ.....	127

## ВСТУП

Сфера охорони здоров'я є системою державних та громадських медичних та соціально-економічних заходів, спрямованих на попередження та лікування хвороб, поліпшення умов життя і праці населення, збереження і покращення здоров'я суспільства й кожного його члена з метою забезпечення подальшого зменшення та ліквідації хвороб, скорочення інвалідності й зниження смертності, гармонійного розвитку фізичних і духовних сил людини, досягнення високого рівня працездатності та довготривалого життя громадян.

Ефективне фінансове забезпечення галузі охорони здоров'я виступає гарантією якості та доступності медичних послуг для населення. На сьогодні система надання медичної допомоги в Україні має характерні риси обмеження доступу пацієнтів до медичних послуг в умовах зростання захворюваності населення, не достатньою забезпеченістю сучасним лікувально-діагностичним обладнанням у державних та комунальних закладах охорони здоров'я, застарілістю матеріально-технічної бази, неефективністю управління фінансами медичних інституцій, соціальною незахищеністю медичних працівників. Відповідно перед системами охорони здоров'я постають завдання щодо задоволення зростаючих потреб у медичній допомозі, з одного боку, та стабілізації чи стримуванні зростання витрат на охорону здоров'я – з іншого, що вимагає або вдосконалення їх структурно-функціональних моделей, або створення принципово нових, що відповідали б сучасним реаліям. Розвиток ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я є надзвичайно важливим етапом покращення становища у цій сфері.

Значущість проблеми формування та використання ресурсного потенціалу системи охорони здоров'я значно загострюється в умовах воєнного стану та повномасштабної воєнної агресії Російської Федерації, оскільки її вирішення в умовах недостатнього фінансування галузі поєднується з низькою ефективністю та нераціональністю використання ресурсів, обумовленою незбалансованістю структури, процесу і результату медичної допомоги.

Постановка загальної проблематики ресурсовикористання пов'язана з питанням як філософського, теоретико-методологічного, так і прикладного характеру. Розвиток закладів охорони здоров'я повинен бути забезпечений всіма факторами виробництва певної кількості і якості, а саме: організаційними заходами, трудовими, матеріальними, інформаційними, інвестиційними та іншими ресурсами.

Теоретичні та практичні аспекти ресурсного забезпечення охорони здоров'я висвітлені у наукових працях вітчизняних і зарубіжних вчених: Я. Буздуган [6], О. Виноградов [13], В. Долот [22; 23], В. Карлаш [29 – 31], В. Лехан [43], С. Пак [60, 61], І. Солоненко [83, 84], В. Степанова [87, 88], Ю. Шевчук [102] та ін. Проте, незважаючи на значні напрацювання у цьому напрямі, відкритою залишається проблема пошуку можливостей удосконалення ресурсного потенціалу галузі, особливо на регіональному рівні. У той же час інтеграція України у європейський простір і необхідність поширення використання рекомендацій міжнародних стандартів на системи управління якістю ISO серії 9000 версії 2000 р. або їх національних аналогів ДСТУ у закладах охорони здоров'я визначають доцільність та актуальність обраного напрямку досліджень.

Об'єкт дослідження – суспільні відносини у сфері ресурсного забезпечення підприємств охорони здоров'я.

Предмет дослідження – розвиток ресурсного забезпечення підприємств охорони здоров'я на регіональному рівні.

Мета дослідження – визначення теоретичних та практичних засад ресурсного забезпечення підприємств охорони здоров'я та обґрунтування напрямів його покращення.

Для досягнення поставленої мети необхідно виконати наступні завдання:

- розкрити сутність ресурсів підприємств охорони здоров'я;
- дослідити особливості забезпечення ресурсами закладів охорони здоров'я;

- описати зарубіжний досвід ресурсного забезпечення підприємств медичної сфери;
- провести аналіз сучасного стану фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я;
- проаналізувати забезпечення трудовими ресурсами в медичній сфері;
- визначити проблеми ресурсного забезпечення сфери охорони здоров'я;
- розробити напрями удосконалення системи фінансування галузі охорони здоров'я;
- запропонувати впровадження державно-приватного партнерства в медичній сфері;
- розкрити шляхи удосконалення управління формуванням та розвитком трудових ресурсів закладів охорони здоров'я.

Для реалізації визначеної мети й завдань застосовувався комплекс загальнонаукових і спеціальних методів. У роботі використані методи класифікації й систематизації, що дозволило узагальнити нормативно-правові акти і наукову літературу за темою дослідження. Системний підхід як методологічна основа дослідження дав змогу здійснити загальний аналіз стану вирішення проблем ресурсного забезпечення медичної галузі на регіональному рівні. Крім того, використані методи аналізу і синтезу, індукції і дедукції, порівняльного аналізу з метою виокремлення тенденцій розвитку ресурсного забезпечення підприємств охорони здоров'я та гальмуючих цей розвиток факторів. Застосування сукупності цих та інших методів дали змогу забезпечити всебічність вивчення проблеми та достовірність отриманих висновків.

Отримані в магістерській роботі практичні результати можуть бути використані в діяльності органів публічного управління під час вирішення проблем ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ РЕСУРСНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПІДПРИЄМСТВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

### 1.1. Визначення сутності ресурсів підприємств охорони здоров'я

Як відомо, ефективність функціонування та розвитку будь-якого підприємств досягається через оптимізацію складу і обсягів ресурсів, що формують фактори виробництва. Сукупність ресурсів підприємств створює базу для формування ефективного ресурсного забезпечення. Тож, для подальшого дослідження важливо з'ясувати, що варто розуміти під категорією «ресурси» (табл. 1.1.).

Таблиця 1.1

#### Система визначень стосовно категорії «ресурси» [43]

	Визначення
Ресурси	(франц. resource – допоміжний засіб) розглядаються як цінності, засоби, можливості, грошові засоби, джерела доходів, які є фактором внутрішніх резервів економічного розвитку організації за умови їх ефективного використання, що дозволяє забезпечити не тільки потреби організації, але й суспільства.
	розглядаються як запаси, засоби, джерела та можливості, якими можна скористатись в разі потреби, чи які є в наявності для використання на випадок необхідності.
	(латин. resurgo - підіймаюсь виникаю, поновлююсь знову) це природні, сировинні, матеріальні, трудові, фінансові цінності, які можуть бути використані у разі виникнення потреби для створення товарів, надання послуг, одержання додаткової вартості.
	матеріальні та інформаційні об'єкти, джерела і передумова отримання необхідних людям матеріальних і духовних благ, які можна використовувати та реалізовувати при існуючих технологіях і соціально-економічних відносинах. Виділені наступні групи природних ресурсів: 1) необмежені та обмежені ресурси; 2) поновлювані та не поновлювані; 3) матеріальні та інформаційно-духовні.
	засоби, можливості, цінності, запаси фірми, джерела її прибутків, які забезпечують стабільну роботу фірми по основним видам її діяльності і отримання прибутку.
	основні елементи виробничого потенціалу, які має в розпорядженні система і які використовуються для досягнення цілей економічного розвитку.
	це будь-яка субстанція, що здатна завдяки своєму енерго інформаційному потенціалу задовольнити потреби людства (у тому числі будь-яких відкритих стаціонарних систем).



Слід відзначити, що сучасна система поглядів стосовно категорії «ресурс» дуже широка. Найчастіше дана категорія згадується в джерелах соціально-економічної спрямованості. На думку Ю. Дерев'яненка її необхідно розглядати в трьох напрямках: ресурс як загальна категорія, що має іноземне походження; ресурс як категорія загальноекономічна чи соціально-економічна; ресурс як категорія виробничо-господарської діяльності суб'єктів господарювання [19].

Ресурси можна розглядати як економічні, якщо вони забезпечують майбутній економічний ефект у результаті здійснення господарської діяльності, що можливо під час виконання таких умов: ресурси є грошовими коштами або легко можуть бути перетворені у грошові кошти; ресурси є товарами, які передбачається продати й отримати за них грошові кошти; ресурси будуть використані у майбутній господарській діяльності, яка призведе до надходження грошових коштів. Зазначимо, що головний зміст визначень науковців щодо економічних ресурсів в основному співпадає, існують лише деякі відмінності в описі структури складових елементів.

Історія тлумачення сутності категорії «ресурси» і факторів їхньої здатності приносити прибуток починається з Аристотеля, який вважав працю одним з основних економічних ресурсів. Подібний підхід розділяла і перша економічна школа в світі – меркантилізм. Школа фізіократів надавала особливого значення землі як економічному ресурсу. Адам Сміт розглядав такі економічні ресурси як праця, земля і капітал. Англійський економіст Альфред Маршалл запропонував додати четвертий фактор – підприємницькі здібності. Сучасні економісти вважають, що на даний час за значимістю в якості фактору економічного зростання лідируючу позицію займає фактор «знання» («технологія», «науково-технічний прогрес», «наука», «інформація») [26].

Загальновідомо, що видів ресурсів існує безліч, тому вчені вдаються до виділення деяких типів ресурсів і до вивчення цих типів, а не всіх ресурсів, які входять до них. Це одна з причин того, що класифікаційна проблема визнається надто важливою для управлінської науки. Класифікації ресурсів, що

запропонували Г. Атаманчук, В. Бабаєв, І. Бажін, О. Длігач, В. Козбаненко стосуються системи управління в цілому. Крім того, вони ґрунтуються на типології ресурсів з точки зору напрямів їх використання, а не на особливостях внутрішньої будови та специфіці володіння ресурсами в різноманітних формах. Підходи до класифікації ресурсів як інструментів використання інших видів ресурсів (О. Авраамова, Д. Ковалевич) базуються на їх систематизації як основних засобів реалізації потреб, акцентуючи увагу на джерелах їх формування [4].

У загальному виді економічні ресурси – це ті природні й соціальні сили, що можуть бути залучені у виробництво, у процес створення товарів, послуг та інших цінностей. В економічній науці ресурси найчастіше поділяють на чотири групи: природні, матеріальні, трудові та фінансові. Загалом, це ті блага, котрі використовують для виробництва інших благ, тому деякі науковці використовують наступні терміни: «виробничі ресурси», «виробничі фактори», «фактори виробництва», «фактори економічного зростання» [19].

Разом з тим, слід детальніше розглянути ресурси як категорію виробничо-господарської діяльності підприємств, оскільки підприємство є складовою системи національної економіки, а виробничо-економічна діяльність будь-якого підприємства починається з формування виробничих ресурсів в натуральній та грошовій формах. Під ресурсами підприємств розуміють сукупність засобів, запасів, джерел, предметів і засобів праці, що мають у наявності у підприємства і можуть бути мобілізованими і приведеними в дію, а також використаними для досягнення цілей [19]. Мати достатні ресурси для підприємств означає мати у своєму розпорядженні необхідні можливості за певних умов для свого розвитку і нормального функціонування відповідно до поставленої мети. Економічні ресурси господарських формувань також визначають як активи [55].

В. Ковальов визначає сукупність ресурсів як матеріально-технічну базу (довгострокові ресурси, обумовлені сутністю технологічного процесу),

оборотні активи (активи, що забезпечують виконання технологічного процесу), трудові ресурси і фінансові ресурси.

В. Загорський до ресурсів підприємств відносить технічні, технологічні, трудові, просторові (територія, приміщення, комунікації), фінансові ресурси і можливості [24].

О. Михайловський згрупував основні ресурсні складові, без яких неможливо упорядкувати та здійснити будь-яку господарську діяльність: інформація, засоби праці, трудові, фінансові, земельні, організаційні, науково-технічні або інтелектуальні ресурси та предмети праці [49].

У сучасних теоріях управління виділяють чотири основних типи ресурсів: вхідні – основні та допоміжні матеріали, енергія та послуги; будівлі та обладнання; фінанси і трудові ресурси, основну частину яких використовують для отримання інших ресурсів; інформація як особливий вид ресурсів, яка необхідна для ефективного управління.

Вітчизняна ресурсна концепція підприємства розглядає практично такі ж види ресурсів, вносячи лише деяку диференціацію: матеріально-технічні, технологічні, просторові, кадрові, організаційно-інформаційні, соціально-правові, фінансово-економічні, ресурси організаційної структури системи управління [10].

Отже, у науковій літературі немає однозначної думки щодо структури ресурсів. Водночас науковці найчастіше досліджують наступні їх види: природні, матеріальні, нематеріальні, трудові, фінансові, інформаційні.

Значення ресурсного забезпечення полягає у своєчасному задоволенні потреб виробництва та забезпеченні його ритмічності протягом всього операційного циклу. А. Полянська наголошує на тому, що «значення та вплив ресурсів на ефективність роботи підприємства визначається роллю, яку відіграє ресурс для досягнення цілей підприємства, можливостями його заміни, рівнем впливу ціни на окремі ресурси та оцінюється системою показників, що характеризують ефективність використання ресурсів підприємства та визначають їх вплив на кінцеві результати діяльності» [66].

Досліджуючи «ресурсне забезпечення» підприємств зупинимося на визначенні наступної складової даного словосполучення, а саме значенні терміну «забезпечення». Отже, термін «забезпечення» словник з української мови визначає як постачання чогось у достатній кількості, задоволення певних потреб, створення умов для здійснення чого-небудь, гарантування чогось, захист, охорона кого-небудь, чого-небудь від небезпеки [11]. В літературі існує безліч підходів до розуміння ресурсного забезпечення. Розглянемо окремі з них.

Таблиця 1.2

### Трактування поняття «ресурсне забезпечення» окремими авторами [66]

Автор/джерело	Пропоноване визначення
М. Французова	система інституційних елементів, необхідних для розподілу й перерозподілу ресурсів господарюючими суб'єктами.
Т. Безверхнюк	система державних заходів, спрямованих на створення матеріальних, правових, інституційних умов перетворення елементів ресурсного простору в засоби досягнення цілей
А. Мельник, О. Оболенський, А. Васіна, Л. Гордієнко	сукупність ресурсів, що використовуються чи можуть використовуватися організацією для здійснення своєї діяльності.
А. Чорна	процес пошуку, залучення та використання різних видів ресурсів; складна система, яка включає в себе сукупність послідовних, взаємопов'язаних етапів, систематизованих до цих завдань методик, методів, моделей, які дають можливість обґрунтувати, вибрати спосіб ресурсного забезпечення та оцінити ефективність обраного способу
О. М. Кремінь	сукупність певних видів ресурсів (матеріальних, технологічних, трудових, фінансових, інформаційних, інтелектуальних) і джерел їх формування, що беруть безпосередню участь у процесах розвитку підприємства або можуть бути мобілізовані з метою забезпечення широкомасштабного використання його потенційних можливостей та переходу до якісно нового стану.
К. Кузнецова	це можливість підприємства забезпечити свою діяльність необхідною кількістю та набором ресурсів для досягнення позитивного економічного ефекту в певний момент часу
В. Алькема, Т. Пазєєва	комплекс заходів забезпечення підприємства ресурсами відповідного виду та складу, що включає механізми пошуку, отримання, зберігання, накопичення, планування, обліку, використання та витрат.
І. Сокових	сукупність ресурсів доступних господарському суб'єкту, які можуть бути включені в процес виробництва в різних комбінаціях, що визначаються технологіями з врахуванням прогнозних змін умов господарювання

Здійснення ресурсного забезпечення має ґрунтуватися на наступних принципах:

1. Автономність – можливість повністю забезпечити виробництво ресурсами або звести залежність від постачальників до мінімуму.
2. Безперервність – забезпечення ритмічності виробництва та зменшення простоїв.
3. Відповідність – наявні ресурси мають забезпечити виконання поставлених цілей і мети.
4. Адаптивність (гнучкість) – реагування на зміни і вплив факторів зовнішнього і внутрішнього середовища.
5. Плановість – має здійснюватися з урахуванням певної складеної програми розвитку на підприємстві.
6. Цілеспрямованість – ресурси мають залучатися тільки на досягнення поставлених завдань і виконання поставлених цілей і задач функціонування.
7. Ресурсозбереження – ощадливе використання ресурсів, які не підлягають відтворенню, використання енергозберігаючих технологій [12].

Важливим при розгляді питання ресурсного забезпечення є дослідження структури ресурсного забезпечення підприємства. За визначенням А. Чорної це сукупність видів ресурсів, що є специфічними способами їх взаємозв'язку і взаємодії, направлені на досягнення поставлених цілей підприємства [100].

Існує багато класифікацій видів ресурсів. Узагальнивши наявні підходи, виділимо наступні види ресурсів які найбільш визначають специфіку діяльності закладів охорони здоров'я:

- матеріальні ресурси – включає основні фонди і обігові активи підприємства;
- технологічні ресурси – використовувані технології та особливості організації виробничого процесу, динамічність технологічних змін, інновацій, наявність конкурентоспроможних ідей та наукових розробок;
- трудові (кадрові) ресурси – люди, здатні до праці, становлять основний елемент продуктивних сил суспільства, оскільки саме вони

сполучають засоби і предмети праці, і в результаті трудових зусиль створюється готова продукція;

– фінансові ресурси – це грошові кошти, що знаходяться в розпорядженні підприємства;

– інформаційні ресурси – інформація, доступ до неї, можливість розширення інформації і підвищення її ймовірності та інше [65].

Структура ресурсів закладів охорони здоров'я представлена на рис. 1.1.

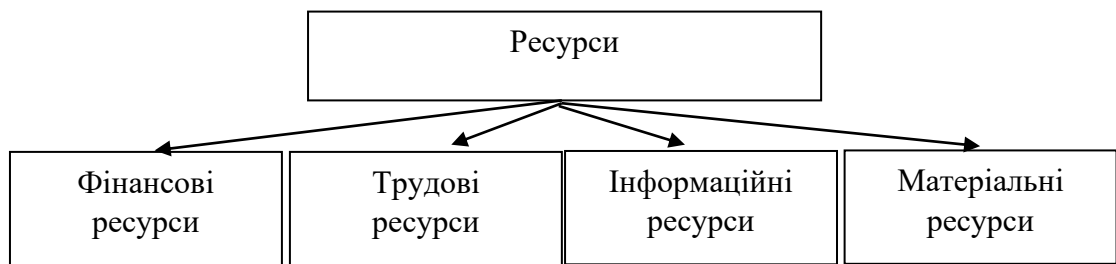


Рис. 1.1. Ресурси підприємств охорони здоров'я [65]

Матеріальні ресурси охорони здоров'я – це ресурси в матеріально-речовій формі, що дозволяють надавати медичні послуги та виробляти медичні товари, це сукупність засобів і предметів праці, якими володіє і користується охорона здоров'я як галузь соціального сектора економіки.

Матеріальні ресурси організацій охорони здоров'я можна поділяються на основні і оборотні фонди. До основних фондів відносяться будівлі, споруди, ліжковий фонд, виробнича інфраструктура, лабораторне обладнання, транспорт. Основні фонди переносять свою вартість у вартість вироблених медичних послуг по частинах. Ця частина характеризується як фізичний знос медичного обладнання (або будівлі), який дорівнює величині амортизаційних відрахувань за рік (від первісної вартості). Кількість медичного та лабораторного обладнання, ліжковий фонд залежать від профілю і потужності установи (організації) охорони здоров'я [32].

Оборотні фонди організацій охорони здоров'я є предмети одноразового використання, тобто лікарські препарати, м'який інвентар, продукти харчування для пацієнтів, грошові кошти, касові залишки, кошти в розрахунках

та ін. Оборотні фонди переносять свою вартість у вартість вироблених медичних послуг цілком за рік. Інакше кажучи, якщо предмети і матеріали мають термін придатності до року, то вони відносяться до оборотних фондів.

Фінансові ресурси – це грошові нагромадження й доходи, створені у процесі розподілу, перерозподілу й використання ВВП та зосереджені у відповідних фондах для забезпечення й задоволення інших суспільних потреб.

В економічній літературі немає визначення фінансових ресурсів у галузі охорони здоров'я. Для того, щоб це поняття було науково обґрунтованим, необхідно чітко з'ясувати його основні риси та характеристики. До них належать джерела створення, форми прояву, цільове призначення [24].

Зважаючи на особливість досліджуваної сфери, що функціонує з метою забезпечення охорони здоров'я громадян та досягнення як соціальних, так і економічних результатів, пропонуємо таке трактування: фінансові ресурси в галузі охорони здоров'я – це сукупність коштів, які можуть мати як фондову, так і нефондову форму, формуються за рахунок коштів державного й місцевого бюджетів, підприємств усіх форм власності, організацій і окремих громадян, перебувають у розпорядженні установ охорони здоров'я на правах оперативного управління та використовуються для задоволення потреб суспільства в охороні здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги й послуг медичного характеру [18].

Також, під фінансовими ресурсами охорони здоров'я розумітимемо грошові кошти у фондовій та нефондовій формах, які акумулюються в руках держави в наслідок розподілу і перерозподілу ВВП, а також суб'єктів господарювання та окремих громадян і призначені для задоволення потреби в охороні здоров'я. Фондова форма фінансових ресурсів забезпечення сфери охорони здоров'я охоплює кошти державного бюджету, акумульованих за рахунок коштів загальнодержавних податків, а також кошти позабюджетного фонду (Фонд соціального страхування України), акумульованих за рахунок єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування, спрямованих на фінансування сфери охорони здоров'я.

Наведене визначення фінансових ресурсів дає змогу пов'язати джерела створення фінансових ресурсів із формами їх прояву та цільовим призначенням у галузі охорони здоров'я. Також у ньому виражено економічний зміст та призначення фінансових ресурсів, що, у свою чергу, допомагає визначити їх склад і структуру [16].

Фонд фінансового забезпечення соціальної інфраструктури, у тому числі галузі охорони здоров'я, формується за рахунок бюджетних ресурсів та коштів відомств і підприємств, які спрямовуються на ці потреби. Проте основна частина фонду – бюджетні ресурси; з цієї причини установи охорони здоров'я дістали назву «бюджетні установи». Бюджетні витрати на охорону здоров'я надають можливість отримати медичне обслуговування, медичні послуги та деякі соціальні пільги.

Бюджетні кошти є важливим фактором розширеного відтворення, що сприяє зростанню продуктивності праці: фінансуванню освіти, науки, охорони здоров'я, дає змогу забезпечити підготовку трудових ресурсів для народного господарства, відновити працездатність робітників, розвивати науку й техніку.

Через розвиток ринкових відносин і водночас обмеженість бюджетних ресурсів бюджетні установи змушені залучати кошти з інших джерел. Однією з визначальних рис фінансового забезпечення установ галузі охорони здоров'я є наявність багатоканальної системи надходження фінансових ресурсів. Джерелами фінансування діяльності таких установ виступають як бюджетні ресурси, так і кошти підприємств, організацій, населення. Слід зазначити, що вибір джерела фінансування із суспільних фондів споживання, а також співвідношення між ресурсами, розподіленими через суспільні фонди споживання, й коштами населення, які спрямовуються на відшкодування затрат із надання матеріально-побутових і соціально-культурних послуг, залежить від характеру й особливостей потреб, які планується задовольнити [39].

Для реалізації потреб у сфері медичного обслуговування використовуються, головним чином, кошти державного й місцевих бюджетів. Затрати на послуги, пов'язані з відпочинком та охороною здоров'я громадян,



відшкодовуються за рахунок коштів населення і децентралізованих соціальних фондів [24].

Отже, фінансові ресурси галузі охорони здоров'я формуються з державних і недержавних коштів.

На нашу думку, фінансові ресурси можна класифікувати за такими ознаками, як джерела:

1. Бюджетні ресурси:

- Державного бюджету України;
- бюджетів місцевого самоврядування;
- інші державні кошти;

2. Власні та прирівняні до них фінансові ресурси:

- кошти від надання платних послуг;
- кошти від реалізації продукції, виробів і виконаних робіт;
- міжнародна допомога, гуманітарна допомога, благодійні внески;
- внески спонсорів, меценатів;
- кошти добровільного медичного страхування;

3. Залучені:

- кошти для виконання певних доручень;
- іноземні надходження та інвестиції;
- кредити;

Форма реалізації:

- матеріальні;
- нематеріальні [3].

У процесі фінансово-господарської діяльності установи охорони здоров'я вступають у певні грошові відносини у частині відшкодування на заробітну плату, придбання медикаментів, інвентарю, матеріалів та інших видатків. Ці відносини реалізуються через утворення й використання грошових доходів і фондів коштів та в сукупності визначають сутність фінансів установ охорони здоров'я. Розглядаючи останню, необхідно враховувати як загальні ознаки децентралізованих фінансів, так і специфічні сторони організації фінансових

відносин у невиробничій сфері. Специфіка цих відносин полягає в тому, що джерелом формування грошових доходів і фондів коштів є ресурси, які перерозподіляються зі сфери матеріального виробництва; використання грошових доходів і фондів коштів означає їх кінцеве споживання, завершення розподільчих процесів; діяльність переважної кількості підприємств і установ сфери охорони здоров'я фінансується згідно з кошторисом видатків. Фінансування галузі охорони здоров'я здійснюється за рахунок бюджетних ресурсів та коштів відомств і підприємств, які спрямовують їх на ці потреби.

Трудові ресурси – це сукупність осіб, що працюють на певному підприємстві і вкладають свій труд, фізичні та розумові здібності, знання та навички в проведення господарсько-фінансової діяльності підприємства, реалізацію його статутних завдань (закупівлю та реалізацію товарів, надання послуг та інше) [66].

Медичний персонал розглядається як стратегічний капітал, більша частка усіх капіталовкладень в галузь охорони здоров'я у світі спрямовується саме на кадрове забезпечення. Характеризуючи кадровий потенціал закладів охорони здоров'я, можна виділити такі його характеристики:

- кількісні (чисельність, склад, структура, вік, стаж роботи, укомплектованість, плинність та рівень ротації кадрів, рентабельність та продуктивність праці);

- якісні (фізичний, психологічний, адаптаційний, інтелектуальний, етичний, духовно-творчий, кваліфікаційний, організаційний потенціали) [55].

Головним є те, що він поєднує ступінь використання потенційних можливостей як окремо взятого медичного працівника, так і сукупності працівників, забезпечуючи на практиці активізацію людського чинника в трудовій діяльності за певних умов. Управління кадровим потенціалом здійснюється у двох напрямках, які тісно взаємопов'язані між собою [4]:

- формування кадрового потенціалу;
- активного використання кадрового потенціалу.

Інформаційні ресурси в охороні здоров'я – це паперові, електронні чи інші носії інформації про здоров'я населення та діяльності закладів охорони здоров'я, що містяться в бібліотеках, архівах, фондах, файлах, базах даних та інших інформаційних джерелах [66].

Інформаційні ресурси мають деякі особливі характеристики, які відрізняють їх від традиційних понять економічних ресурсів. На відміну від інших ресурсів, вони відтворюються швидше, ніж використовуються, і при цьому схильні до поширення з обмеженнями, що накладаються тільки часом і людськими можливостями. Інформаційні ресурси, одержувані і витрачаються з інформаційних потоків, переважно грають роль засобу, носія медичних відомостей.

Специфіка використання інформаційних ресурсів в охороні здоров'я:

- великий обсяг даних;
- багаторазове повторення циклів отримання даних і необхідність перетворення їх у встановлені часові періоди;
- різноманіття джерел отримання інформації;
- велике число логічних операцій при обробці даних [100].

Отже, ресурси як категорії виробничо-господарської діяльності – це всі блага, що надходять до системи забезпечення та, в разі потреби, перетворюються у фактори виробництва й, трансформуючись, надходять до системи споживання задля задоволення потреб споживачів та досягнення ефективності функціонування виробничо-господарських структур.

Структура ресурсного забезпечення для кожної організації є індивідуальною, виходячи зі специфіки галузі, в якій вона функціонує, рівня економічного розвитку, стану потенціалу розвитку, вибраної стратегії подальшого розвитку [23].

З метою формування ефективної системи ресурсного забезпечення на підприємстві в межах загальної системи менеджменту має бути створена дієва підсистема управління ресурсним забезпеченням діяльності підприємства, яка в

кінцевому результаті забезпечить ефективність господарської діяльності суб'єкта господарювання.

## **1.2. Особливості забезпечення ресурсами закладів охорони здоров'я**

В Україні функціонує національна або державна модель системи охорони здоров'я, яка заснована на принципах загальної доступності і безоплатності. Конституція України передбачає, що кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування [34]. Право на охорону здоров'я включає життєвий рівень, необхідний для підтримання здоров'я людини, сприятливе для життя довкілля, безпечні умови праці, побуту, навчання, кваліфіковану медичну допомогу, правовий захист від будь-яких незаконних форм дискримінації [2]. Проголосивши зазначене право, держава взяла на себе зобов'язання створити умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування шляхом забезпечення державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровче-профілактичних програм.

Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності» [12].

На основі територіально-адміністративного поділу України лікувально-профілактичну допомогу населенню надають на трьох рівнях. Перший рівень – первинна медико-санітарна допомога – передбачає консультацію лікаря загальної практики (сімейного), діагностику та лікування найпоширеніших захворювань, спрямування пацієнта для надання спеціалізованої допомоги, проведення профілактичних заходів. Вторинна (спеціалізована) медична

допомога – це кваліфіковане консультування, профілактика та лікування, які здійснюють лікарі-спеціалісти. Зазначені види медичної допомоги надають в амбулаторіях, сільських дільничних лікарнях, поліклініках, міських і центральних районних лікарнях. Третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу надають лікарі у спеціалізованих і багатопрофільних лікарнях, діагностичних та медичних центрах, диспансерах [11]. Сьогодні в Україні функціонує триланкова система управління охороною здоров'я національного, обласного та місцевого рівнів.

Стратегічне управління фінансовими ресурсами здійснюють згідно зі статтями 13 та 14 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» Верховна Рада України, Президент України, Кабінет Міністрів України.

Верховна Рада України формує основи державної політики охорони здоров'я шляхом закріплення законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, головних завдань, напрямів, принципів та пріоритетів, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення системи відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних й інших регуляторів, затвердження переліку комплексних і цільових загальнодержавних програм охорони здоров'я.

Складовою частиною державної політики охорони здоров'я в Україні є місцеві та регіональні комплексні та цільові програми, що формуються органами місцевого і регіонального самоврядування та відображають специфічні потреби охорони здоров'я населення, яке проживає на відповідних територіях [8].

Оперативне управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я здійснюють органи виконавчої влади спеціальної компетенції у галузі охорони здоров'я.

На державному рівні управлінням фінансовими ресурсами медичних інституцій займається Міністерство охорони здоров'я України, яке забезпечує дотримання закладами охорони здоров'я права громадян на охорону здоров'я; бере участь у розробленні проектів Державної програми економічного і

соціального розвитку України, Державного бюджету України, Програми діяльності КМУ; готує пропозиції щодо визначення пріоритетних напрямів розвитку охорони здоров'я, розробляє та організовує реалізацію державних програм охорони здоров'я; управляє об'єктами державної власності у межах наданих повноважень; здійснює державну акредитацію закладів охорони здоров'я та проводить заходи щодо розвитку підприємницької діяльності закладами охорони здоров'я; аналізує і прогнозує показники стану здоров'я населення залежно від стану середовища життєдіяльності людини; бере участь у розробленні й затверджує державні соціальні нормативи [19].

Упродовж багатьох років в Україні функціонувала модель фінансування системи охорони здоров'я, яка передбачала спрямування бюджетних коштів переважно на утримання медичної інфраструктури. В той час, громадяни були обмежені у доступі до надання якісних медичних послуг, а заклади охорони здоров'я не 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 створення та запровадження нової моделі фінансування, яка передбачає:

- чіткі та прозорі гарантії держави щодо обсягу безоплатної медичної допомоги;
- кращий фінансовий захист громадян у випадку хвороби, ефективний та справедливий розподіл публічних коштів і скорочення неформальних платежів;
- створення стимулів до поліпшення якості надання медичної допомоги населенню державними і комунальними закладами охорони здоров'я [14].

За для досягнення мети Кабінетом Міністрів України прийнято Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я, яка містить

основні етапи та покроковий план впровадження реформи. Основним завданням реформи визначено перехід від постатейного фінансування медичних послуг до фінансування за результатами діяльності, що сприятиме як підвищенню ефективності діяльності самої системи, так і вдосконаленню підходів до моделі її фінансування. До числа основних змін, передбачених 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 [12].

29.10.2017р. Верховною радою України прийнято Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [67], згідно з яким держава коштами Державного бюджету України у межах програми медичних гарантій забезпечує фінансування необхідних медичних послуг та 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 допомоги 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.

Обсяги коштів, що спрямовуються на реалізацію програми медичних гарантій, визначається Законом України про Державний бюджет України у розмірі не менше 5% валового внутрішнього продукту України. Видатки на програму медичних гарантій є захищеними статтями видатків бюджету [3].

Також було прийнято пакет підзаконних нормативно-правових актів, який створив міцну політико-правову основу для впровадження нових механізмів фінансування охорони здоров'я [5].

Таблиця 1.3

**Законодавча та нормативно-правова база [24]**

№ документа	Назва документа	Рівень затвердження	Дата затвердження
<b>Закони</b>			
2168-VII	Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»	Парламент	19 жовтня 2017
2206-VIII	Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості»	Парламент	14 листопада 2017
2246-VIII	Закон України «Про Державний бюджет України на 2018 рік»	Парламент	7 грудня 2017
2696-VIII	Закон України «Про Державний бюджет України на 2019 рік»	Парламент	28 лютого 2019
294-IX	Закон України «Про Державний бюджет України на 2020 рік»	Парламент	14 листопада 2019
<b>Розпорядження</b>			
	Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції реформи системи фінансування охорони здоров'я»	Кабінет Міністрів	30 листопада 2016
<b>Постанови</b>			
180	Постанова Кабінету Міністрів України «Про внесення змін та визнання такими, що втратили чинність, деяких постанов Кабінету Міністрів України» (Урядова програма реімбурсації «Доступні ліки»)	Кабінет Міністрів	16 березня 2017
1101-2017-п	Постанова Кабінету Міністрів України «Про утворення Національної служби здоров'я України»	Кабінет Міністрів	27 грудня 2017
407	Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік»	Кабінет Міністрів	25 квітня 2018
<b>Накази</b>			
503	Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації пре вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» 5	Міністерство охорони здоров'я	19 березня 2018
504	Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги»	Міністерство охорони здоров'я	19 березня 2018



Отже, основні зміни у підходах до фінансування вітчизняної системи охорони здоров'я задекларовані у Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [67], Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я [69], Положенні про Національну службу здоров'я України [70] і частково вже реалізовані відповідно до «Плану заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 року». Зазначені нормативно-правові акти забезпечили підґрунтя для зміни характеру відносин між надавачами медичних послуг та розпорядником бюджетних коштів, а також зміни механізмів оплати медичних послуг.

Таким чином, відповідно до Закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», держава гарантує: «повну оплату згідно з тарифом за рахунок коштів Державного бюджету України надання громадянам необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, що передбачені програмою медичних гарантій; визначено, що фінансове забезпечення програм громадського здоров'я, заходів боротьби з епідеміями, проведення медико-соціальної експертизи, діяльності, пов'язаної з проведенням судово-медичної та судово-психіатричної експертиз, та інших програм у сфері охорони здоров'я здійснюється за рахунок коштів Державного бюджету України. Органи місцевого самоврядування в межах своєї компетенції можуть фінансувати місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, зокрема щодо оновлення матеріально-технічної бази, капітального ремонту, реконструкції, підвищення оплати праці медичних працівників та фахівців з реабілітації (програми «місцевих стимулів»), а також місцеві програми надання населенню медичних послуг, місцеві програми громадського здоров'я та інші програми в охороні здоров'я» [67].

Для здійснення державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій Постановою Кабінету Міністрів утворена Національна служба здоров'я України (НСЗУ) [5], яка є замовником медичних послуг лікарських засобів за

програмою медичних гарантій, та укладає договори про медичне обслуговування із закладами охорони здоров'я усіх форм власності та фізичними особами – підприємцями, які мають ліцензію на провадження медичної практики.

Національна служба здоров'я України (НСЗУ) – Єдиний національний замовник медичних послуг та лікарських засобів, незалежна інституція, яка діє в інтересах пацієнтів, та закуповує медичні послуги з єдиного національного пулу коштів на основі єдиних базових тарифів та вимог до якості.

Національна служба здоров'я України була створена для того, щоб почати стратегічні закупівлі в постачальників медичних послуг (для послуг, передбачених у пакеті пільг). Об'єднуючи кошти в рамках НСЗУ, уряд прагне зменшити фрагментацію розподілу ресурсів. Через обмежену здатність істотно збільшити ресурси на центральному рівні реформа націлена на місцеві органи влади в поліпшенні надання послуг. Без ретельного моніторингу і своєчасних коригувальних заходів поточна політика бюджетної децентралізації, яка значно розширює податкові повноваження й автономію місцевих органів влади, може ненавмисно призвести до менш справедливих та ефективних витрат на охорону здоров'я в усій країні [70].

Відповідно до рекомендацій щодо практики належного управління, стаття 5 Закону № 2168 установлює збалансований набір цілей («Принципів») для НСЗУ. До них відносять: загальне охоплення, справедливість, відновлення і збереження здоров'я населення, відкритість, прозорість, підзвітність, конкуренція і недискримінаційне ставлення до пацієнтів і постачальників медичних послуг. Стаття 7 урівноважує цей список, вимагаючи від НСЗУ забезпечити цільове та ефективне використання своїх коштів. Закон також установлює загальні параметри політики щодо дизайну пакета пільг. Він також передбачає, що НСЗУ може використовувати фактичні дані і технічні методології як основу для узгоджених пропозицій Міністерству охорони здоров'я, Міністерству фінансів і уряду з пакета пільг, тарифів і цільового використання його коштів відповідно до балансу цього набору принципів.

Попри те, що Закон № 2168 забезпечує міцну основу, варто вести узгоджену і стабільну політику і стратегію та втілювати послідовні рішення на рівні Міністерства фінансів і Уряду [67].

Важливим аспектом медичної реформи є реорганізація медичних закладів у комунальні некомерційні підприємства, так звана автономізація. Такі заклади можуть укладати договори з НСЗУ й отримувати пряме бюджетне фінансування за послуги з медичного обслуговування, а не медичну субвенцію із Державного бюджету. Договори про медичне обслуговування укладаються у обсягах, передбачених бюджетом на охорону здоров'я на відповідний бюджетний період на підставі вартості та обсягу послуг з медичного обслуговування, замовником яких є держава або органи місцевого самоврядування. Вартість такої послуги розраховується з урахуванням структури витрат, необхідних для їх надання. Таким чином НСЗУ реалізувала основний принцип медичної реформи «гроші йдуть за пацієнтом», сплачуючи вартість реально наданих медичних послуг. Принцип «гроші йдуть за пацієнтом» на практиці означає, що хворий звертається до конкретного лікаря за допомогою, а держава оплачує конкретний пакет медичних послуг, наданий пацієнтам, а не медичний заклад. Такий механізм поступово почав замінювати неефективне фінансування оплати ліжка-місця [24].

Відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [67] надавачами медичних послуг є заклади охорони здоров'я усіх форм власності та фізичні особи-підприємці, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та уклали договір про медичне обслуговування населення з головними розпорядниками бюджетних коштів. Заклади охорони здоров'я функціонують як державні, комунальні, приватні чи засновані на змішаній формі власності [12]. Медичні заклади можуть функціонувати на основі:

- державної власності – як казенні підприємства або державні установи;
- комунальної власності – як комунальні некомерційні підприємства або комунальні установи.

Таким чином, відносини між надавачами медичних послуг та розпорядником бюджетних коштів, а також фінансування медичних послуг НСЗУ передбачає:

- підписання декларації населенням з обраним сімейним лікарем;
- укладання договорів між НСЗУ та державними, комунальними, приватними надавачами послуг (медичними закладами, аптеками) на основі капітаційної ставки;
- визначення гарантованого державою пакету медичних послуг;
- безпосередню закупівлю послуг та медичних засобів [44].

Отже, вперше українці змогли вільно обирати лікаря, підписавши з ними декларацію, а комунальні медичні заклади, де працюють сімейні лікарі, перейшли на оплату послуг за контрактами з НСЗУ. Медичні заклади, які уклали договір з НСЗУ, стали фінансово незалежними, можуть самостійно розпоряджатися своїм бюджетом, не обмежені тарифною сіткою чи штатним розписом. Це дало можливість керівникам закладів визначати напрями спрямування коштів на поточні потреби у межах бюджету, у тому числі і переглядати оплату праці медичним працівникам [15].

3 квітня 2020 року стартувала перша в Україні Програма медичних гарантій, яка включає первинну, спеціалізовану амбулаторну, госпітальну, екстрену, паліативну та реабілітацію, а також реімбурсацію лікарських засобів. Договори з НСЗУ на надання медичних послуг за Програмою медичних гарантій на цей період підписали 90 % закладів, які подали свої пропозиції НСЗУ. Таким чином, практично всі комунальні медичні заклади (районні, міські, обласні лікарні) країни увійшли в реформу і почали отримувати кошти за договором з НСЗУ.

Новий механізм оплати медичної послуги передбачає визначення медичної послуги як об'єкта фінансування. Підхід до медичної послуги як суспільного блага включає наступні положення:

- медичні послуги охорони здоров'я як суспільне благо, доступ до якого повинні мати усі члени суспільства, незалежно від можливості оплатити його,

оскільки попередження захворюваності спричиняє позитивний ефект не лише для однієї особи, а й для всіх інших індивідів;

– медичні послуги як недосконале суспільне благо, тому що існують певні обмеження у його використанні (медичний заклад може бути розташований далеко від певних груп пацієнтів; брак бюджетного фінансування, що спонукає до оплати медичних послуг за рахунок пацієнта; переповнення закладів охорони здоров'я) [17].

Медична послуга як об'єкт фінансування характеризується наступними ознаками [28]:

– медична послуга надається тільки на підставі договору, на підставах, відмінних від договору, медична послуга не надається;

– у відсутність договору медична послуга надається не як медична послуга.

Медичні послуги мають вартість, тому їх надання супроводжується еквівалентним обов'язком з їх оплати. Оплату медичних послуг здійснює Національна служба здоров'я України за рахунок коштів Державного бюджету (податків) у межах державного гарантованого пакету відповідно до укладених з надавачам медичних послуг договорів про медичне обслуговування населення та на основі єдиних для всієї території України тарифів. Тарифи можуть встановлюватися, зокрема, як:

– глобальні ставки, що передбачають сплату надавачам медичних послуг фіксованої суми за визначену кількість послуг чи визначений період;

– капітаційні ставки, які встановлюються у вигляді фіксованої суми за кожного пацієнта;

– ставки на пролікований випадок;

– ставки на медичну послугу;

– ставки за результатами виконання договорів про медичне обслуговування населення надавачем медичних послуг [45].

Відповідно до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [57] основними джерелами фінансування охорони здоров'я :

- кошти Державного бюджету України та місцевих бюджетів,
- кошти юридичних та фізичних осіб, інших осіб (не заборонених законом) [57].

Підставою для розрахунку рівня фінансового забезпечення охорони здоров'я є науково обґрунтовані нормативи.

Призначені на охорону здоров'я кошти Державного бюджету України та місцевих бюджетів направлені на фінансування медичної допомоги для населення, державних цільових та місцевих програм охорони здоров'я, а також фундаментальних наукових досліджень у цьому напрямку. Фінансування державних та комунальних закладів охорони здоров'я – бюджетних установ виконується відповідно до бюджетного законодавства. У закладах охорони здоров'я та у фізичних особах-підприємцях (якщо вони зареєстровані та отримали ліцензію на здійснення господарської діяльності з медичної практики, в порядку установленому законом, з якими укладені договори про надання медичних послуг населенню) медична допомога надається безоплатно за кошти бюджету [7].

У додатку А представлено систему фінансування охорони здоров'я.

Згідно з концепцією реформи системи фінансування охорони здоров'я основним джерелом фінансування оновленої системи залишаються кошти Державного бюджету України, отримані із загальнодержавних податків (рис. 1.2) [3].

Враховуючи вагомість цього джерела фінансування, воно, на жаль, неспроможне у повному обсязі забезпечити усі потреби сфери охорони здоров'я. Оскільки коштів недостатньо, необхідно залучити додаткові джерела фінансування шляхом широкого застосування державного медичного страхування, не виключаючи розвиток добровільного медичного страхування і приватної медицини. Потреба у функціонуванні Фонду медичного страхування зумовлена тим, що порядок розподілу коштів, які спрямовуються з державного бюджету на охорону здоров'я, має в Україні залишковий характер, що породжує фінансові негаразди в установах цієї сфери. На сьогоднішній день

більшість більша частина населення повністю оплачує ліки для амбулаторного та стаціонарного лікування.

Джерела фінансового забезпечення охорони здоров'я представлено на рис.1.2.



Рис. 1.2 Джерела фінансового забезпечення охорони здоров'я [3]

Формування фінансових ресурсів державних і комунальних закладів охорони здоров'я здійснюється відповідно до можливостей бюджету та з урахуванням потреб бюджетних установ, на основі затвердженого бюджету, розпису бюджету, кошторису, плану асигнувань та інших документів, які використовуються у бюджетному процесі, з урахуванням певних вимог – принципів бюджетного фінансування. Планування видатків бюджетів на охорону здоров'я передбачає визначення загального обсягу бюджетних призначень для галузі при розробленні проектів державного та місцевих бюджетів, встановлення бюджетних асигнувань розпорядникам бюджетних коштів на основі і в межах затвердженого розпису бюджету та нерозривно пов'язане із кошторисним плануванням на рівні закладів охорони здоров'я [9].

В межах своєї компетенції органи місцевого самоврядування можуть фінансувати місцеві програми розвитку та підтримки для закладів охорони

здоров'я, зокрема, на оновлення матеріально-технічної бази, капітальний ремонт, реабілітацію, підвищення заробітної плати медичним працівникам (місцеві програми заохочення), місцеві медичні служби охорони здоров'я, місцеві програми громадського здоров'я та інші програми медичної допомоги.

Інституціональні фактори фінансового забезпечення розвитку сфери охорони здоров'я включають:

- нормативно-правове забезпечення (нові нормативно-правові акти: фінансові гарантії, програми, стратегія);
- зростання автономності постачальників медичних послуг (вільний вибір лікаря, укладання декларацій, гроші йдуть за пацієнтом);
- зміну характеру відносин між надавачами медичних послуг (медичні заклади) та розпорядником бюджетних коштів – Національною службою здоров'я України (замовник медичних послуг);
- механізм контрагування (контрактна модель фінансових відносин) у сфері надання медичних послуг – відносини регулюються договорами про медичне обслуговування з чітко визначеними параметрами фінансування результату;
- оптимізацію процесу закупівлі (лікарських засобів, медичних виробів, допоміжних товарів медичного призначення) через програму реімбурсації;
- систему підвищення кваліфікації лікаря, трансформація медичної освіти;
- формування нової моделі фінансування сфери охорони здоров'я;
- нові можливості здійснення місцевою владою повноважень у сфері охорони здоров'я – кошти місцевих бюджетів спрямовуються на забезпечення роботи системи, запровадження місцевих програм тощо [20].

Чималу роль у фінансовому забезпеченні сфери охорони здоров'я в Україні відіграють надходження від донорських організацій, якими виступають такі міжнародні організації, як агенції ООН, Європейський союз, Світовий банк), а також уряди інших країн, які реалізують фінансування на покриття



витрат по боротьбі з особливо небезпечними інфекційними хворобами, такими як туберкульоз, СНІД, а також на підтримку охорону материнства і дитинства.

Додатковими джерелами фінансових ресурсів приватних медичних закладів можуть виступати ресурси отримані шляхом кредитування або інвестування. Для відомчих закладів та комунальних некомерційних підприємств додатковим джерелом фінансових ресурсів можуть стати ресурси, отримані за надання платних медичних послуг [49].

Також слід зазначити, що договори про медичне обслуговування укладаються на певний бюджетний період, підставою для яких є обсяг та вартість послуг, замовником яких є державні та місцеві органи самоврядування. Вартість послуг, які надаються розраховується відповідно до структури витрат для надання послуги та з урахування галузевих стандартів. Кабінет Міністрів України затверджує порядок укладання договорів, типову форму договору, методику розрахунку вартості послуги та перелік платних послуг з медичного обслуговування.

Для підвищення якості обслуговування заклади охорони здоров'я також можуть використовувати кошти юридичних та/або фізичних осіб. Заклади охорони здоров'я визначають плату за послуги з медичного обслуговування, у випадку коли такі знаходяться поза умовами договорів про медичне обслуговування, укладеними з ключовими розпорядниками бюджетних коштів.

Що стосується державних фінансових гарантій, то тут держава гарантує надання медичних послуг та лікарських засобів.

На рис. 1.3 можна побачити, що саме включає в себе названий елемент системи фінансування. Відповідно до інформації Міністерства фінансів України, вони співпрацюють із Міністерством охорони здоров'я та з громадянськими експертами з метою покращення надання медичних послуг [8].

Основними принципами програми медичних гарантій є відповідність законодавчим вимогам, різноманітні державні гарантії, якість медичних послуг, раціональне та цільове використання коштів, використання медичних послуг, передбачуваність медичних послуг, прозорість, відкритість, конкуренція.

Надавачі медичних послуг мають дотримуватись умов та специфікацій на групи послуг або конкретні послуги [11].



Рис.1.3. Державні фінансові гарантії та програми медичних гарантій [24]

У сфері охорони здоров'я було впроваджено новий термін «пакет медичних послуг», який «складається, з медичних послуг, до яких застосовується єдиний опис щодо специфікації послуг і до надання яких встановлюються єдині умови надання таких послуг» [11].

Оплата послуг відбувається згідно з єдиним типом тарифу, також розроблені вимоги до послуг, які надаватиме заклад охорони здоров'я (в разі укладання договору з Національною службою здоров'я України). Вимоги сформовані відповідно до галузевих стандартів, медичних протоколів, нормативно-правових актів, рекомендацій тощо [59].

На рис. 1.4 представлено систему взаємодії пацієнта із закладом охорони здоров'я та фінансування відповідно до програми медичних гарантій.



Рис. 1.4. Система взаємодії та фінансування надання послуг відповідно до програми надання медичних гарантій [73]

На сьогодні суттєвою проблемою є пандемія COVID-19, яка загострила ситуацію зі станом фінансування та функціонування системи охорони здоров'я України. Значна частина населення фінансово неспроможна забезпечити собі якісне лікування, а держава не в змозі забезпечити всім хворим, які потребують лікування, госпіталізацію та безоплатне надання послуг. Тому питання об'єднання зусиль та фінансових потоків для підтримки, розвитку та якісного функціонування системи охорони здоров'я є пріоритетним. Як згадувалось вище, одним з ефективних рішень є обов'язкове медичне страхування.

Серед усіх ресурсів закладів охорони здоров'я найціннішим для якості медичної допомоги ВООЗ визнає кадрове забезпечення [21]. Як наголошено в доповіді Генерального директора Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я, саме лікарі відіграють одну з найважливіших ролей в прискоренні прогресу по досягненню Цілі 3 в області сталого розвитку «Забезпечення здорового способу життя і сприяння благополуччю для всіх у будь-якому віці». Водночас, кадри та система управління ними є одною з основних причин негативних ризиків для якості надання медичної допомоги. Адже, ефективне функціонування систем

охорони здоров'я та відповідне реагування з їх боку на нові виклики сучасності залежить від достатньої кількості медичних працівників, які належно підготовлені для роботи в місцях з найбільшою потребою в лікарях [13]

На ефективність розвитку систем охорони здоров'я значно впливають кадрові ресурси. Наявність достатньої кількості кваліфікованих та мотивованих медичних працівників є центральним фактором ефективності будь-якої системи охорони здоров'я. Основа сильного та ефективного кадрового потенціалу системи охорони здоров'я, здатного реагувати на мінливі потреби в галузі охорони здоров'я, вимагає стратегічного планування розвитку навичок медичних працівників відповідно до потреб населення та умов сучасності.

Визнаючи, що адекватна та доступна робоча сила охорони здоров'я є фундаментальною для інтегрованої та ефективної системи охорони здоров'я та для надання медичних послуг, Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) прагне створити кадровий потенціал для країн із застосуванням стратегічного планування розвитку кадрів в сфері охорони здоров'я.

### **1.3. Зарубіжний досвід ресурсного забезпечення підприємств медичної сфери**

На сьогоднішній день дуже гостро стоїть питання вдосконалення фінансування охорони здоров'я, бо це є важливою передумовою подолання негативних явищ в економіці та суспільстві в цілому.

Оскільки рівень охорони здоров'я населення на пряму залежить від ефективності фінансування галузі. З цього приводу завжди виникали жваві дискусії в країнах із різним рівнем розвитку економіки.

На часі усталеними у світі вважаються три моделі охорони здоров'я, що носять назви відповідно до імен їх авторів-розробників: Бісмарка, Семашко та Беверіджа. Оскільки ключовим при формуванні зазначених моделей є диференціація за джерелами фінансування, то також визначають ще й приватну модель. Разом з тим, на часі існує значна кількість гібридних моделей, що

обумовлюється впливом специфічних рис країни в процесі впровадження «чистих» моделей. Саме тому з'являються й інші варіанти класифікацій. Так, М. Фотакі враховуючи рівень соціального розвитку країни, класифікує системи охорони здоров'я на:

- універсалістську (модель Беверіджа);
- соціального страхування (модель Бісмарка);
- «південну модель» (Іспанія, Португалія, Греція і частково Італія);
- інституційну чи соціал-демократичну «скандинавську модель»;
- ліберальну (залишкового соціального забезпечення);
- консервативну корпоративну (Японія);
- латиноамериканську;
- системи охорони здоров'я індустріальних держав Східної Азії;
- системи охорони здоров'я країн з перехідною економікою [12].

М. Філд, беручи за класифікаційний критерій соціально-політичної структури суспільства умовно виділив п'ять моделей: класичну (неупорядковану); плюралістичну; страхову; національну; соціалістичну [89]. Аналізуючи дану класифікацію дискусійним є виокремлення моделі національного типу, адже кожна з наявних моделей, адаптована до реалій конкретної країни може вважатися моделлю національного типу.

Щодо Б. Логвиненка, то він пропонує виділити три основні моделі публічного управління системою охорони здоров'я за критерієм обсягу публічних повноважень: імперативну (державі належить виняткова роль в управлінні охороною здоров'я); державну (домінуюча роль держави, яка є ключовим суб'єктом влади); конкурентну (держава є «арбітром», який встановлює правила гри, але участі в ній не бере). Тобто, держава надає юридичну підтримку галузі охорони здоров'я, формує та реалізує окремі державні програми її розвитку для захисту і підвищення добробуту суспільства. Однак, досить спірним є питання щодо відмінностей у поняттях «виняткова роль» та «домінуюча роль». Маємо на увазі не теоретичні підходи до сутності дефініцій, а їх реальне запровадження на практиці [24].

Варто зазначити, що кожна країна має власну систему охорони здоров'я, в основі якої домінують елементи однієї із трьох класичних моделей. Так, модель Бісмарка є моделлю, що ґрунтується на системі соціального страхування, модель Беверіджа – на системі державного забезпечення, система Семашко – на опорі на чітку вертикаль управління та утримання системи установ (централізована система). Вони органічно доповнюються четвертою, приватною, яку інколи називають моделлю переваги споживачів, що опирається на фінансово-економічні регулятори, наявність конкуренції, не є всезагальною. Причому слід зазначити, що підчас науковці вирізняють суспільно-приватну модель, що фінансується із суспільних фондів та з приватних страхових фондів, і ринкову, для якої характерним є приватне фінансування галузі [51].

Найчіткіше ключові відмінності між зазначеними системами видно з представленої табл. 1.4.

Таблиця 1.4

### Порівняльна таблиця систем охорони здоров'я [50]

Приватна система (модель переваги споживачів)	Система соціального страхування (модель Бісмарка)	Державна система (модель Беверіджа)	Централізована система (модель Семашко)
Країни			
США	Діючі: Австрія, Бельгія, Франція, Німеччина, Люксембург, Швейцарія, Японія На перехідному етапі: Ізраїль, Туреччина	Діючі: Данія, Фінляндія, Ісландія, Норвегія, Швеція, Великобританія, Ірландія, Австралія, Нова Зеландія На перехідному етапі: Греція, Італія, Португалія, Іспанія	Всі колишні республіки СРСР та країни соціалістичної співдружності (на часі знаходяться на перехідному етапі до страхової та змішаної систем)
Охоплення населення			
Залежить від працевлаштування	Обов'язкове охоплення всіх громадян	Обов'язкове охоплення всіх громадян	Обов'язкове охоплення всіх громадян
Переважає джерело фінансування			
Внески роботодавців та/або особиста купівля страхового полісу через приватні страхові компанії	Обов'язкові цільові внески	Державний бюджет (загальні податкові надходження), наявна значна частка приватного сектору	Державний бюджет (загальні податкові надходження), приватний сектор відсутній

Отже, на сьогодні визначаються такі основні види фінансування охорони здоров'я: державне, муніципальне (через обов'язкове і добровільне медичне страхування) та змішана форма. Але ці види у відокремленому вигляді практично не використовуються не в одній державі, проте в деяких державах вони займають домінуюче положення.

Розглянемо основні види фінансування охорони здоров'я на прикладі окремих держав (Додаток Б).

Проведений аналіз основних видів фінансування охорони здоров'я в різних країнах світу показав, що найбільш прийнятною для більшості країн є змішана форма фінансування. Доцільним є поєднання змішаної системи медичного страхування та фінансування з бюджету держави. Система охорони здоров'я, побудована на засадах змішаного медичного страхування, повинна відповідати принципам соціальної справедливості, забезпечуючи рівність і доступність медичних послуг достатньо високої якості для всіх громадян. Більшість країн шукають шляхи забезпечення базових мінімальних рівнів послуг і умов їх надання, однакових для всіх громадян [97].

Слід зазначити, що охоплення приватним медичним страхуванням в більшості країн ЄС залишається на досить низькому рівні, а державний сектор цих країн, як і раніше, залишається основним джерелом фінансування системи охорони здоров'я (табл. 1.5.).

При цьому державне медичне страхування сильно розвинене у Великобританії, Норвегії, Чехії, Швеції та Франції. Його обов'язковість в Великобританії і Франції здійснює значний конкурентний тиск на приватних провайдерів. Державне медичне страхування також має деякі відмінності в розрізі його фінансування. Так, воно може повністю фінансуватися з державного бюджету (як у Великобританії і Швеції) або за рахунок внесків до державних страхових фондів, або поєднувати обидва підходи, як у більшості країн – членів ЄС [16].

Вітчизняна система охорони здоров'я знаходиться у складному реформаційному процесі, якому передувала значна кількість спроб

модифікувати та модернізувати екстенсивну систему Семашка. Ці спроби були мало ефективними, що обумовило пошук нових орієнтирів та кращих зразків у європейських практиках. З усталених моделей було обрано за орієнтир модель Беверіджа у її Британському варіанті, а Національна служба охорони здоров'я стала прообразом для утворення аналогічної інституції на вітчизняних теренах.

Таблиця 1.5

### Джерела фінансування витрат на охорону здоров'я в країнах ЄС, % [97]

Країна	Державний сектор	Приватний сектор
Великобританія	84,1	15,9
Норвегія	84,1	15,9
Чехія	84,0	16,0
Швеція	81,5	18,5
Франція	77,9	22,1
Італія	77,9	22,1
Німеччина	76,9	23,1
Естонія	75,3	24,7
Бельгія	75,1	24,9
Ірландія	75,0	25,0
Фінляндія	74,7	25,3
Іспанія	73,6	26,4
Словенія	73,4	26,6
Польща	72,4	27,6
Угорщина	69,7	30,3
Словаччина	65,7	34,3

Як і у будь-якої системи, у зазначеній також є недоліки, але принцип «гроші за пацієнтом» є на практиці у рази кращим, ніж фінансування у «ліжкомісця», а ключові принципи моделі надають змогу усунути низку недоліків системи, таких як низька мотивація медичних працівників, низька якість медичних послуг, безальтернативність у частині вибору надавачів послуг, неефективний розподіл ресурсів, їх розпорошення тощо. По-суті, відбувається складний процес формування децентралізованої моделі публічного управління системою охорони здоров'я з широким делегування повноважень вищих органів влади нижчим, до місцевого рівня [16].

Розглянемо також досвід забезпечення медичної сфери кадровим потенціалом. Зазначимо, що кадровий потенціал системи охорони здоров'я становить близько двох третин виробничої функції медичних послуг. За даними



ВООЗ зі 194 держав-членів станом на 2021 рік, глобальна робоча сила охорони здоров'я оцінюється в 65 млн. Даний показник починаючи з 2016 року збільшився на 29 %.

Рівномірний розподіл та доступність медичних працівників для населення забезпечує мотивованість медичного персоналу для надання якісних послуг. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я нерівномірно поширені по всьому світу з великим географічним дисбалансом між регіонами та країнами, а також усередині країни [50].

В країнах Організації з економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР) зростання лікарів загального профілю було особливо сильним в Австрії, Норвегії, Литві, Німеччині (рис.1.5). У більшості країн ОЕСР кількість медсестер перевищує кількість лікарів. У середньому на кожного лікаря припадає менше трьох медсестер. Співвідношення медичних сестер на одного лікаря коливається від приблизно однієї медсестри на лікаря в Колумбії, Чилі, Коста-Ріці, Мексиці та Туреччині до більш ніж чотирьох у Японії, Фінляндії, США та Швейцарії.

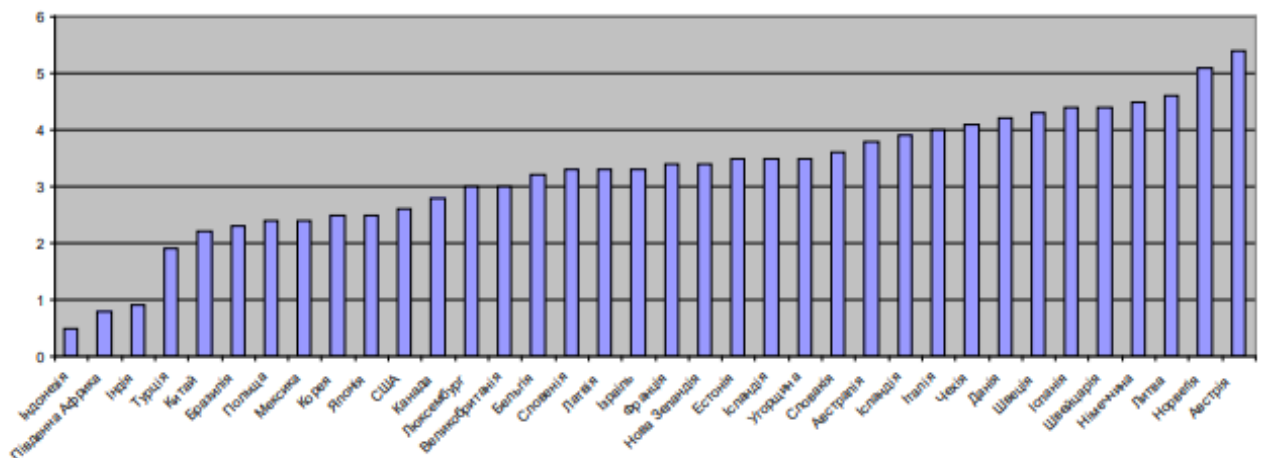


Рис 1.5. Кількість лікарів у країнах ОЕСР на 1000 осіб в 2021 році [16]

Рівень та структура оплати праці різних категорій лікарів впливають на фінансову привабливість лікарів загальної практики та різних спеціальностей. У багатьох країнах уряди можуть визначати або впливати на рівень і структуру винагороди лікарів, регулюючи їх плату або встановлюючи заробітну плату,

коли лікарі працюють у державному секторі. Оплата праці різних категорій хірургічних або медичних спеціальностей відрізняються в кожній країні. У Франції хірурги, анестезіологи та радіологи заробляють щонайменше вдвічі більше, ніж педіатри та психіатри. В Канаді офтальмологи та багато хірургічних спеціалістів заробляють щонайменше вдвічі більше, ніж педіатри та психіатри [24].

У більшості країн винагорода лікарів зросла з 2010 року, але різними темпами в різних країнах. Зростання оплати праці в 2019 – 2021 рр. спостерігається в Чилі та Угорщині. У деяких країнах (Португалія, Словенія та Великобританія) оплата праці лікарів загальної практики та спеціалістів знизилася (рис. 1.6).

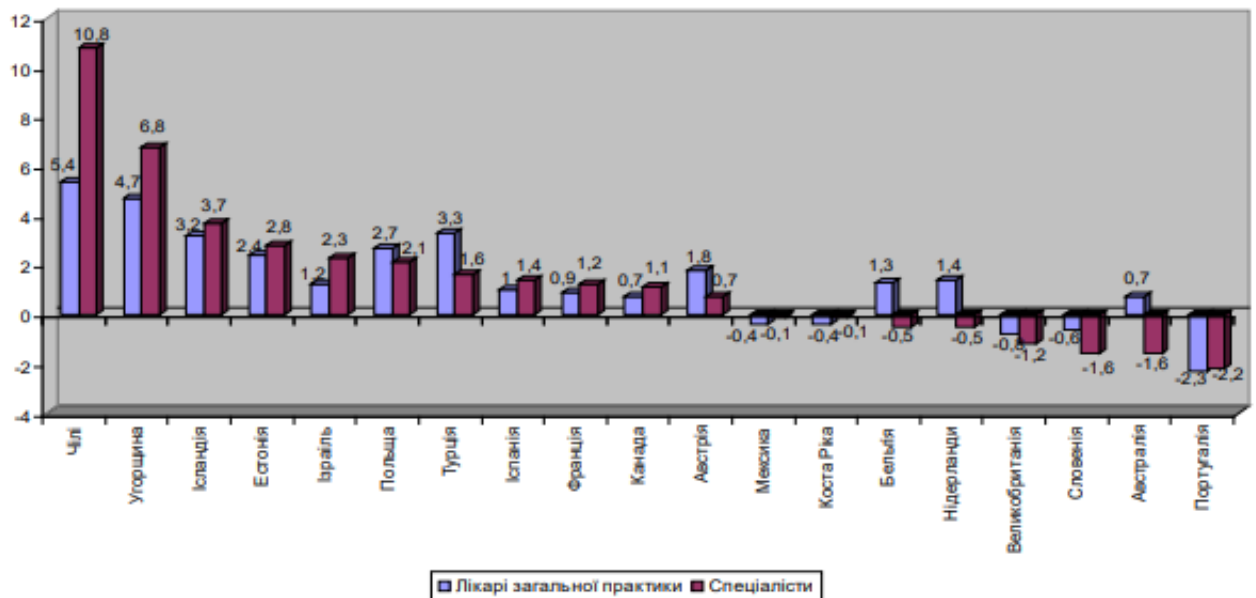


Рис. 1.6. Темпи зростання оплати праці лікарів загальної практики та спеціалістів в 2019 – 2021 рр. [50]

Показник оплати праці медичного персоналу є одним з факторів, що впливає на міграцію кадрових ресурсів. Щорічна міграція лікарів у країнах Європейського регіону становить 5 %; у країнах ОЕСР – 20 %, у країнах Персидської затоки – 50 %, що призводить до дефіциту медичного персоналу в окремих країнах.

Криза COVID-19 ще більше підкреслила проблему дефіциту персоналу. Тенденції ринку праці в галузі охорони здоров'я доводять, що попит на медичних працівників випереджає пропозицію та створює серйозний тиск на системи охорони здоров'я в світі. За прогнозними даними ВООЗ в 2023 році попит на медичних працівників зросте до 80 млн. працівників, тоді як пропозиція досягне 75 млн.

В 2021 році потреба в медичних працівниках в світі склала 17,4 млн., з яких майже 2,6 млн. – лікарі, понад 9 млн. – медсестри та акушерки, решта – інші медичні працівники. Аналіз дефіциту медичних працівників на основі потреб у 2021 та 2030 роках за регіонами світу наведений в табл.1.6.

Таблиця 1.6

**Дефіцит медичних працівників на основі потреб у 2021 та 2030 роках за регіонами ВООЗ, млн. [8]**

Регіон	2021				2030				Зміна, %
	Лікарі	Медсестри	Інші медичні працівники	Всього	Лікарі	Медсестри	Інші медичні працівники	Всього	
Африка	0,9	1,8	1,5	4,2	1,1	2,8	2,2	6,1	45
Америка	0,0	0,5	0,2	0,8	0,1	0,5	0,1	0,6	-17
Східне Середземномор'є	0,2	0,9	0,6	1,7	0,2	1,2	0,3	1,7	-1
Європа	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	-33
Південно-Східна Азія	1,3	3,2	2,5	6,9	1,0	1,9	1,9	4,7	-32
Океанія	0,1	2,6	1,1	3,7	0,0	1,2	0,1	1,4	-64
Всього	2,6	9,0	5,9	17,4	2,3	7,6	4,6	14,5	-17

Найбільший дефіцит медичних працівників зумовлений потребами у Південно-Східній Азії – 6,9 млн. та в Африці – 4,2 млн. Дефіцит в абсолютному вираженні найбільший у Південно-Східній Азії через велику кількість населення країн цього регіону, але з урахуванням чисельності населення найбільш серйозні проблеми характерні для африканського регіону. Прогнозований дефіцит медичних працівників, виходячи з потреб у 2030 році,

все ще перевищуватиме 14 млн. (зниження на 17%). Таким чином, сучасні тенденції розвитку електронних медичних послуг не матимуть достатнього впливу на скорочення дефіциту медичних працівників до 2030 р. в країнах Африканського регіону. В 2030 році даний показник залишатиметься в цілому стабільним в країнах Східного Середземномор'я [50].

Наслідки пандемії доводять, що державна політика країн, які традиційно формували кадрову політику в сфері охорони здоров'я на основі простих коефіцієнтів чисельності населення та еталонних показників щільності медичних працівників, не відповідає сучасним потребам населення у сфері охорони здоров'я чи надзвичайним ситуаціям. Пандемія COVID-19 підкреслює важливість оптимального управління людськими ресурсами для сфери охорони здоров'я. Криза у сфері охорони здоров'я, викликана COVID-19 дозволила визначити проблеми управління кадровими ресурсами в сфері охорони здоров'я, які умовно можна поділити на три групи: особисті виклики, проблеми з організацією та власним персоналом, правові виклики (рис.1.7.).

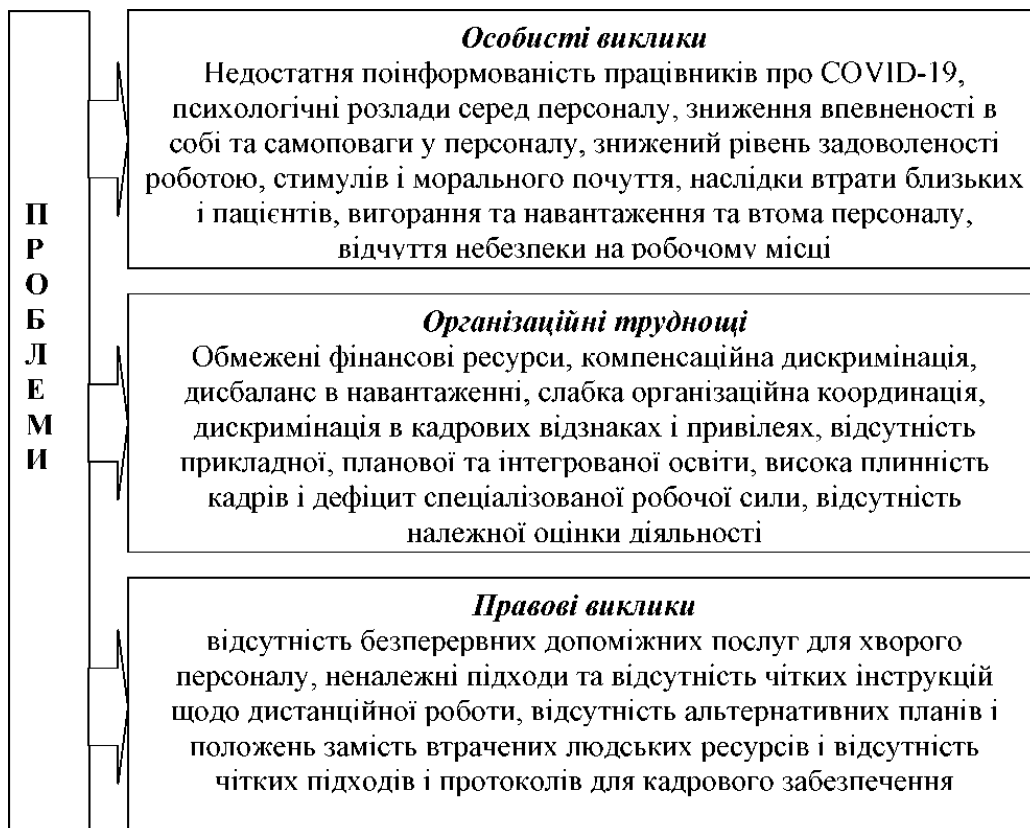


Рис.1.7. Проблеми управління кадровими ресурсами в сфері охорони здоров'я за даними ВООЗ [19]

Хоча системи охорони здоров'я в усьому світі дедалі частіше стикаються з проблемами нестачі кадрових ресурсів і неналежного розподілу їхніх навичок, застосування оптимального менеджменту разом із стратегічним плануванням щодо покращення якості цих ресурсів може призвести до покращення компетенцій, а також підвищення якості послуг та зменшення пов'язаних із цим проблем в сфері охорони здоров'я.

Для забезпечення ефективного функціонування системи охорони здоров'я потрібні стратегічне планування, підтримка та зміцнення потенціалу кадрових ресурсів. Для нарощування та розгортання ефективної кадрової політики в сфері охорони здоров'я необхідні стратегічні підходи, які охоплюють розгляд питань щодо чисельності та наявності медичних працівників; їх розподілу; спеціальних знань та навичок, отриманих у ході належної підготовки; організації шляхів надання послуг; безпечних та гідних умов праці, включаючи безпеку та гігієну праці; оперативного огляду політики та регулюючих положень; допоміжних механізмів, у тому числі фінансових ресурсів [98].

Пандемія COVID-19 вказує на необхідність стійких інвестицій у кадрові ресурси охорони здоров'я та гідні умови праці, як основи для найму, розподілу, утримання та захисту достатньої кількості добре підготовлених, захищених та зацікавлених медичних працівників. Головним ресурсом, що направляється на посилення належної підтримки кадрових ресурсів в сфері охорони здоров'я, є коротко- та довгострокові інвестиції у нарощування потенціалу реагування на короткострокові загрози для здоров'я для підвищення готовності до епідемій та забезпечення довгострокової глобальної безпеки охорони здоров'я.

## РОЗДІЛ 2

### АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ РЕСУРСНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### **2.1. Аналіз сучасного стану фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я**

Оцінювання макроекономічних індикаторів функціонування суб'єктів господарювання, основним видом економічної діяльності яких є надання послуг у сфері охорони здоров'я, підтвердило тезу формування висококонкурентного середовища, яке у статистичній оцінці упродовж 2010 – 2020 рр. в Україні відобразилося у майже трьохкратному кількісному зростанні суб'єктів медичних послуг з 25 до 69 у розрахунку на 100 тис. населення, більш ніж дворазовому нарощенні обсягу реалізованих послуг, що припадає на один суб'єкт господарювання, з 74 до 167 тис. дол. США [59].

Примітно, що у структурному вимірі понад 90 % учасників ринку медичних послуг станом на 2020 рік відносилися до суб'єктів малого підприємництва, в тому числі в середньому 75 % припадає на фізичних осіб-підприємців [76].

Разом з тим, для визначення результатів реформування у сфері медицини доцільно проаналізувати тенденції зміни питомої ваги видатків на охорону здоров'я як протягом періоду реалізації реформи децентралізації (з 2015 р.), так у пандемічний період (2020 – 2021 рр.). Відповідні аналітичні дані візуально представлено на рис. 2.1 – 2.3.

За даними, представленими на рис. 2.2 та 2.3 можна зауважити, що протягом періоду активної імплементації реформи фінансової децентралізації (2015 – 2018 рр.), питома вага видатків на охорону здоров'я у видатках Державного бюджету України була відносно стабільною та коливалася у межах 2 %, тоді як у 2019 році було зафіксовано зростання частки цієї групи видатків

на 56,35 % до рівня майже 3,6 % від загальних видатків Державного бюджету України.

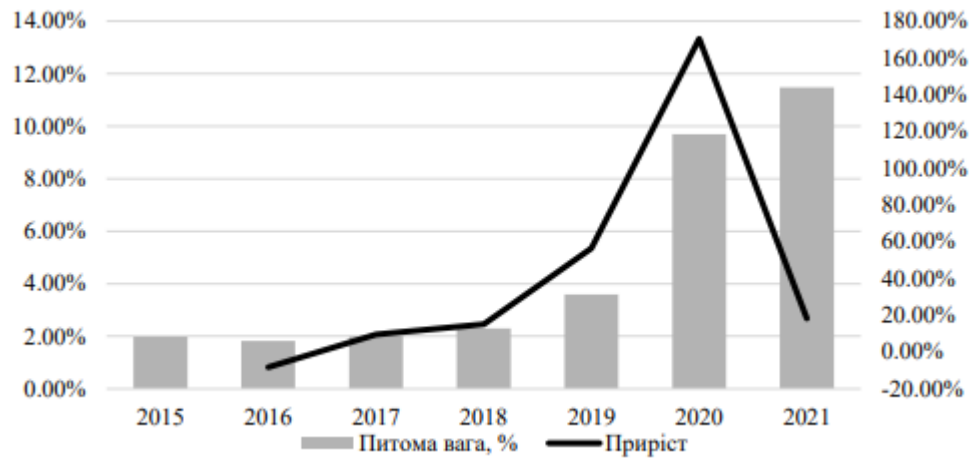


Рис. 2.1. Питома вага видатків на охорону здоров'я у видатках Державного бюджету України (ліва вісь) та динаміка його зміни (права вісь) за 2015 – 2021 рр. [59]

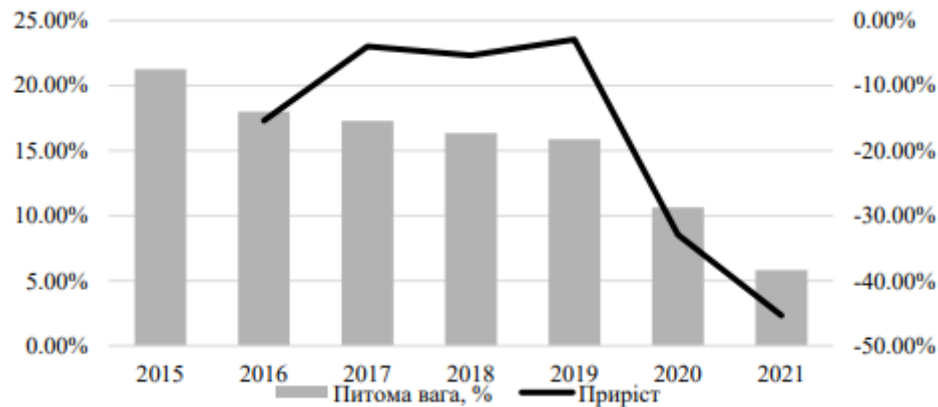


Рис. 2.2. Питома вага видатків на охорону здоров'я у видатках місцевих бюджетів України (ліва вісь) та динаміка його зміни (права вісь) за 2015 – 2021 рр. [59]

Варто відмітити, що саме пандемія COVID-19, а не фіналізація реформи фінансової децентралізації та охорони здоров'я призвели до майже трикратного збільшення цієї групи видатків у загальній структурі у пандемічних 2020 – 2021 рр., що є цілком закономірним наслідком розгортання цієї кризи. Варто

також відмітити, що при цьому відбулося скорочення видатків на охорону здоров'я у видатках місцевих бюджетів України (якщо протягом 2015 – 2019 рр. їх частка поступово зменшувалася на 3 – 5 % щорічно, то у 2020 – 2021 рр. інтенсивність цих процесів суттєво зросла, а скорочення склали майже 33 % та 45 % відносно рівня попереднього року відповідно) [76].

Попри існування діаметрально протилежних трендів щодо рівня фінансування видатків на охорону здоров'я з державного та місцевих бюджетів, доцільно проаналізувати узагальнений тренд шляхом виявлення флуктуацій видатків на охорону здоров'я у видатках Зведеного бюджету України (рис. 2.3).

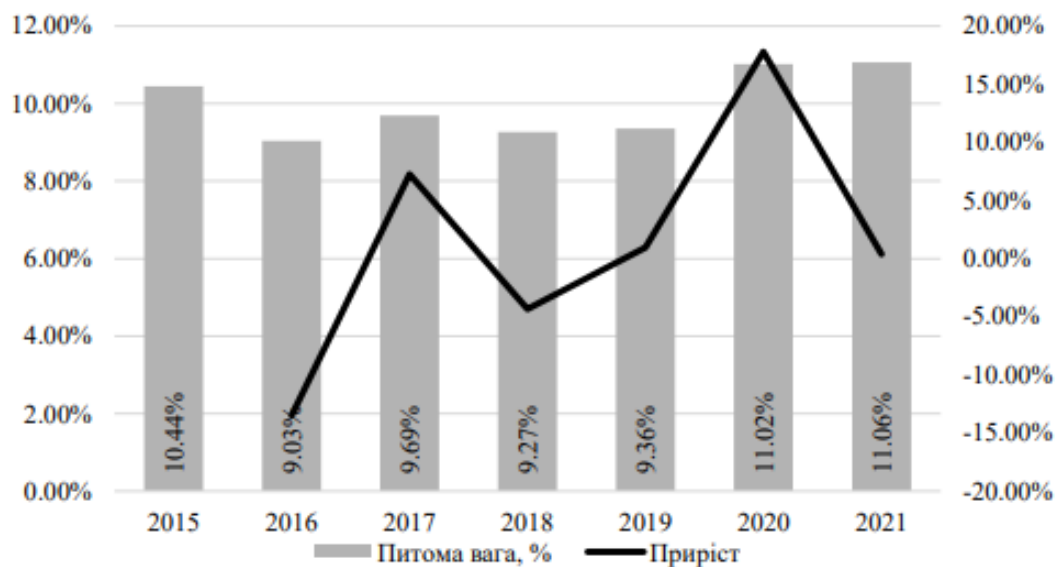


Рис. 2.3. Питома вага видатків на охорону здоров'я у видатках Зведеного бюджету України (ліва вісь) та динаміка його зміни (права вісь) за 2015 – 2021 рр. [59]

За результатами аналізу представленої на рис. 2.3. інформації можна відзначити, що питома вага цієї групи видатків у зведеному бюджеті є відносно стабільною і коливається за період від 9 % до 11,1 %. Таким чином, пандемія COVID-19 не спричинила такого критичного навантаження на Зведений бюджет України, як на Державний.

Фіскальний простір або здатність України реалізовувати позабюджетні можливості для стійкого збільшення державного фінансування обмежені через



низку проблем, пов'язаних із змінами фінансово-кредитної діяльності у країні. Податкова реформа, проведена 2015 року, значно знизила податкові відрахування до фондів соціального страхування, тим самим збільшивши дефіцит пенсійного фонду до 5 % ВВП. Більш високі тарифи на газ призвели до введення субсидій на паливо, житло-комунальні послуги, щоб забезпечити соціальний захист бідних і вразливих верств населення. Витрати на охорону здоров'я у 2012 – 2013 рр. становили 58,5 млрд грн і 61,6 млрд грн відповідно. У наступні роки витрати на медицину були набагато нижчими і становили 10 – 16 млрд грн; 2018 року вказані напрями витрачання державних коштів становили 3,3 % ВВП. Але 2019-го уряд скоротив витрати на охорону здоров'я (зі 100 дол. США 2018 р. до 97 дол. США 2019 р.), щоб скоротити дефіцит бюджету (рис. 2.4). Саме з 2020 року держава почала витрачати помітно більше коштів на освіту і охорону здоров'я – ключові сфери розвитку людського капіталу. Лише 2020-го в умовах пандемії фінансування охорони здоров'я помітно збільшилося (до 4,1 % ВВП), у той час як витрати в усіх інших секторах були істотно скорочені [76].

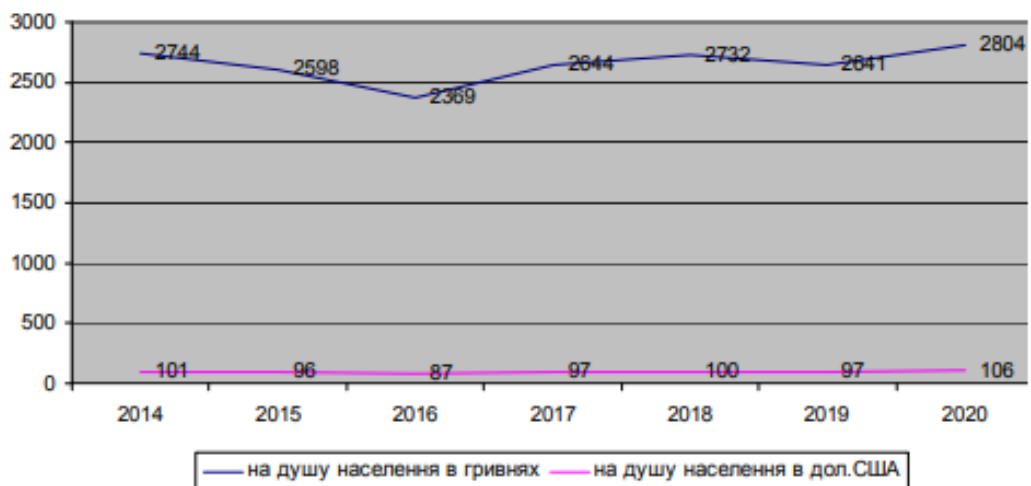


Рис. 2.4. Державні витрати на охорону здоров'я у 2014 – 2020 рр., грн. і долари США [76]

Аналіз динаміки бюджетних показників у сфері медицини (рис. 2.5) вказує на такі висновки: найбільший приріст виділених коштів з державного

бюджету на керівництво та управління у сфері охорони здоров'я спостерігається 2017 року і становить 22 914,10 тис. грн, або на 64,98 % більше, ніж 2016-го, на кінець 2019 року цей показник збільшився лише на 4 824,80 тис. грн, що на 5,72 % більше, ніж 2018-го, на кінець 2020 року цей показник збільшився на 84,7 млрд грн, що у 3,3 рази більше від показника 2020-го. Щодо показника виділених коштів на дослідження, наукові і науково-технічні розробки та інші суттєвий приріст зосереджено у 2019 – 2020 роках [97].

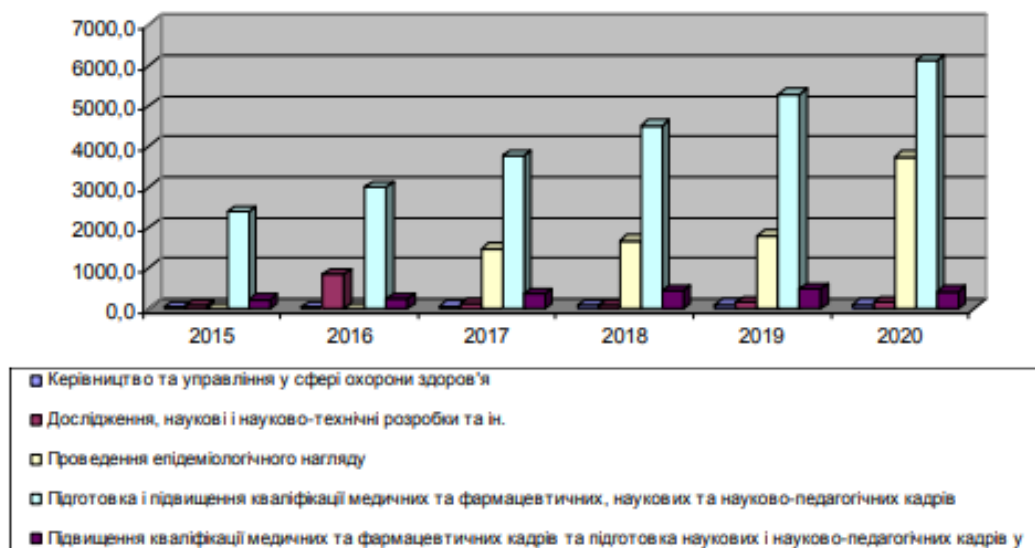


Рис. 2.5. Аналіз динаміки державних видатків у сфері охорони здоров'я в розрізі відомчої і програмної класифікації видатків державного бюджету у 2015 – 2020 рр., млн грн [97]

На проведення епідеміологічного нагляду (спостереження), діяльність лабораторних підрозділів Центру громадського здоров'я та заходи боротьби з епідеміями 2020 року виділено коштів на 3549,4 млн грн більше, ніж 2018-го. Значний приріст показника підвищення кваліфікації медичних і фармацевтичних кадрів та підготовка наукових і науково-педагогічних кадрів у сфері охорони здоров'я зосереджено 2020 року, адже він зріс на 329 % порівняно з попереднім роком і становив 413,9 млн грн. [76]

Реформи бюджетної децентралізації призвели до скорочення централізованих субсидій у деяких областях України, що може посилити

подальшу нерівність між регіонами і всередині них. У сфері охорони здоров'я із загального фонду державного бюджету надано субвенції місцевим бюджетам на суму 22,4 млрд грн (або 138,2 % бюджетних призначень), з них на медичну субвенцію – 14,55 млрд грн (або 99,8 % бюджетних призначень). За рішеннями Кабінету Міністрів України з Фонду боротьби з COVID-19 надано шість нових субвенцій місцевим бюджетам у сумі 4,3 млрд грн [14]. Приріст коштів на медичну субвенцію з державного бюджету місцевим бюджетам 2019 року значно зріс порівняно з 2015-м (на 1 325,3 млн грн більше, або в 11,2 рази). На субвенцію з державного бюджету місцевим бюджетам на реформування регіональних систем охорони здоров'я 2020 року виділено лише 22 400 млн грн (рис. 2.6).



Рис. 2.6. Аналіз динаміки державних субвенцій у 2015 – 2020 рр., млн грн. [97]

Органи місцевого самоврядування в межах своєї компетенції можуть фінансувати місцеві програми розвитку та підтримки закладів охорони здоров'я, зокрема на оновлення матеріально-технічної бази, капітальний ремонт, реабілітацію, підвищення заробітної плати медичним працівникам (місцеві програми стимулювання), місцеві служби здоров'я, місцеві програми суспільної охорони здоров'я та інші програми охорони здоров'я.

Позитивна тенденція є у витратах на первинну медико-санітарну допомогу (ПМСД), що відображає зусилля із зміцнення первинних послуг. На

ПМСД припадає 14,6 % державних витрат на охорону здоров'я 2019 року в порівнянні з 11,5 % 2018-го; 2020 року – 14,3 % за загального збільшення державних витрат на охорону здоров'я (рис. 2.7).

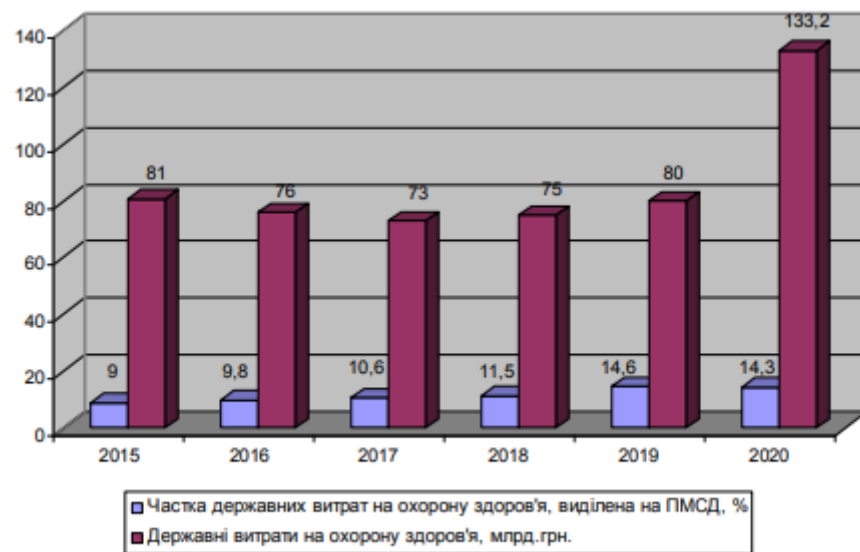


Рис. 2.7. Частка державних витрат на охорону здоров'я, виділена на ПМСД, у загальних витратах у 2015 – 2020 рр. [97]

Збільшення балансу витрат на користь ПМСД є важливим показником визначення пріоритетів усередині сектору. Видима пріоритетність ПМСД підтримує прагнення поліпшити послуги на первинному рівні. Це буде важливо зберегти під час розгортання реформ вторинної та третинної медичної допомоги. Однак адекватне бюджетне планування має вирішальне значення для забезпечення фінансової дисципліни і стійкості реформ [50].

З 2017 року почала діяти Програма доступних ліків. Програма забезпечила мільйони людей субсидованими основними ліками, в основному для лікування таких чутливих станів первинної медико-санітарної допомоги, як серцево-судинні захворювання і цукровий діабет. На першому етапі вона реалізовувалася через органи місцевого самоврядування. НСЗУ взяло на себе управління Програмою з 2019 року з метою поліпшити відмінності в регіональному охопленні. Позитивний список основних амбулаторних ліків у рамках Програми є частиною Програми медичних гарантій (ПМГ). На першому

етапі реформ у липні 2018 року Міністерство фінансів передало частину медичних субвенцій для ПМСД НСЗУ, яка уклала контракти з державними і приватними постачальниками. Починаючи з 2020 року, той самий принцип використовується для всіх послуг, які охоплюються пакетом пільг, включаючи лікарняні послуги, що оплачуються з використанням груп, пов'язаних із діагнозом, і глобальних бюджетів. Таким чином, колишня медична субсидія направлена через НСЗУ [97].

З 1 квітня 2020 року запрацювала ПМГ на рівні вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Заклади охорони здоров'я, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, розпочали роботу за договорами з НСЗУ. Станом на вересень 2020 року з НСЗУ законтрактовано 3 095 надавачів медичних послуг населенню, яким виплачено 51,6 млрд грн за надання послуг пацієнтам за ПМГ, з них: 13,3 млрд грн виплачено закладам первинної ланки; 29,7 млрд грн – закладам, що надають вторинну (спеціалізовану) допомогу; 3,7 млрд грн – закладам екстреної медичної допомоги. Також 4,9 млрд грн виплачено медичним закладам, що надають допомогу пацієнтам, хворим на COVID-19 або з підозрою на нього [15].

У 2020 році НСЗУ уклала 3862 договори з 1675 закладами спеціалізованої та екстреної медичної допомоги та виплачено 56,2 млрд. грн. Відповідно до пріоритетних пакетів послуг заклади охорони здоров'я надали допомогу майже 29 тис. дітей за пакетом «неонатологія»; 58 тис. пацієнтів отримали допомогу при інсульті; 16 тис. пацієнтів з інфарктом міокарда; 230 тис. пацієнтів отримали пацієнти на амбулаторному етапі з метою ранньої діагностики онкологічних захворювань; в рамках пакету «пологи» надали послуги 187 тис. жінок. За ці пріоритетні послуги у 2020 році НСЗУ сплатила 4,3 млрд. грн. [6]

У зв'язку з реалізацією II етапу медичної реформи, відповідно до Закону України «Про державні гарантії медичного обслуговування населення» зі змінами та Бюджетного кодексу України з 1 квітня 2020 року, надання медичної субвенції місцевим бюджетам не передбачено. Відповідні видатки здійснюються за рахунок коштів КПКВК 2308060 «Реалізація програми

державних гарантій медичного обслуговування населення» та КПКВК 2311500 «Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення підтримки окремих закладів та заходів у системі охорони здоров'я» [97].

Законом України «Про державний бюджет України на 2020 рік» затверджено бюджетну програму «Реалізація програми гарантій медичного обслуговування населення», у обсязі 72,0 млрд. грн., фактично виділено коштів 89,5 млрд. грн. Протягом року, з урахуванням змін до Державного бюджету, обсяг бюджетної програми зріс на 20,2 млрд. грн. і склав 92,2 млрд. грн. Зменшення видатків за напрямками використання бюджетних коштів «Оплата медичних послуг первинної медичної допомоги» та «Відшкодування вартості лікарських засобів» відбулося з метою збільшення обсягу субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення підтримки окремих закладів та заходів у системі охорони здоров'я. Реалізація програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році обумовила потребу у коштах для забезпечення оплати послуг, пов'язаних з наданням медичної допомоги хворим на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2 (табл. 2.1).

Державний бюджет України у 2020 році 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. 2.8).

**Аналіз виконання бюджетної програми «Реалізація програми державних гарантій медичного обслуговування населення» у 2020 році, млрд. грн. [82]**

Напрями використання бюджетних коштів	план	план зі змінами	факт	відх. (3-2), +/-	відх. (4-3), +/-
Всього за бюджетною програмою, у т.ч.	72,0	92,2	89,5	+20,2	-2,7
Оплата медичних послуг екстреної медичної допомоги	4,7	5,9	5,9	+1,2	-
Оплата 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	44,2	46,3	45,1	+2,1	-1,2
Оплата медичних послуг вторинної (спеціалізованої), медичної допомоги за програмою медичних гарантій у Полтавській області, що надаються у рамках виконання пілотного проекту	0,35	0,35	0,35	0,0	0,0
Оплата медичних послуг, пов'язаних з наданням медичної допомоги пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2	-	15,1	15,1	+15,1	0,0
Оплата медичних послуг, пов'язаних з наданням медичної допомоги пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, за рахунок коштів ковідного фонду	-	5,3	3,9	+5,3	-1,4
Відшкодування вартості лікарських засобів	3,1	1,0	0,9	-2,1	-0,1
Оплата витрат, 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 коштів	0,5	0,0	0,0	-0,5	0,0

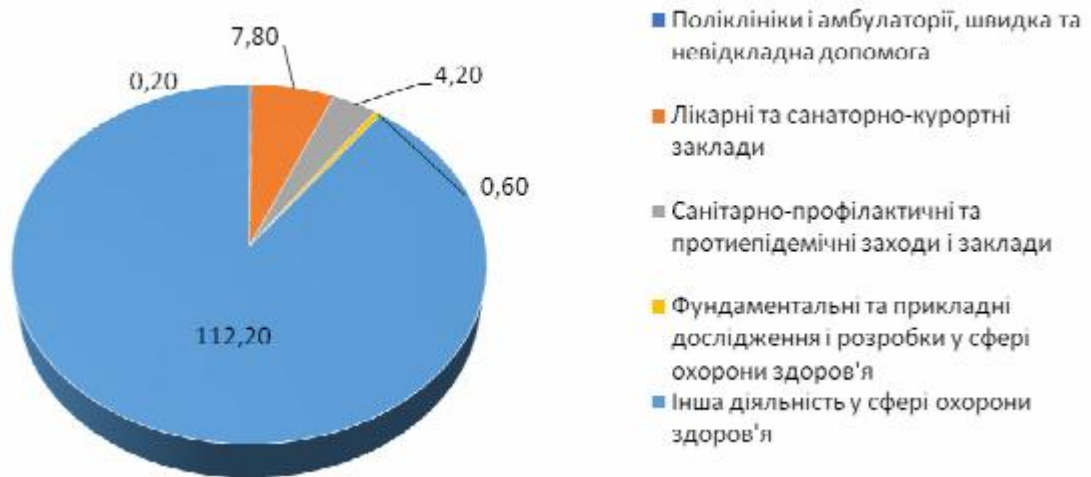


Рис. 2.8. Видатки державного бюджету на охорону здоров'я у 2020 році, млрд. грн. [82]

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].

У 2021 р обсяг видатків Державного бюджету України на охорону здоров'я зріс на 30,3 %, порівняно із попереднім роком, і склав 173,6 млрд. грн. Таке зростання обумовлене зміною механізму надання медичних послуг. Основні групи видатків Державного бюджету України на охорону здоров'я у 2020 – 2021 роках відображено на рис. 2.9.

З 1 квітня 2021 року стартувала програма медичних гарантій 2021, до якої включено пакет вакцинації від COVID-19, у зв'язку з цим бюджет Програми медичних гарантій у 2021 році порівняно із 2020 збільшено на 34,6 млрд. грн. становить 123,5 млрд. грн. Кошти програми розподілені наступним чином: екстрена медична допомога – 14,0 млрд. грн., первинна медична допомога – 20,7 млрд. грн., медична допомога пацієнтам з COVID-19 – 10,0 млрд. грн., лікування онкологічних захворювань – 4,7 млрд. грн., медична допомога



вагітним, роділлям, породіллям та новонародженим – 6,0 млрд. грн., лікування пріоритетних серцево-судинних захворювань, зокрема інфаркти та інсульти – 3,7 млрд. грн., лікування пацієнтів із нирковою недостатністю в амбулаторних умовах – 3 млрд. грн. [82].

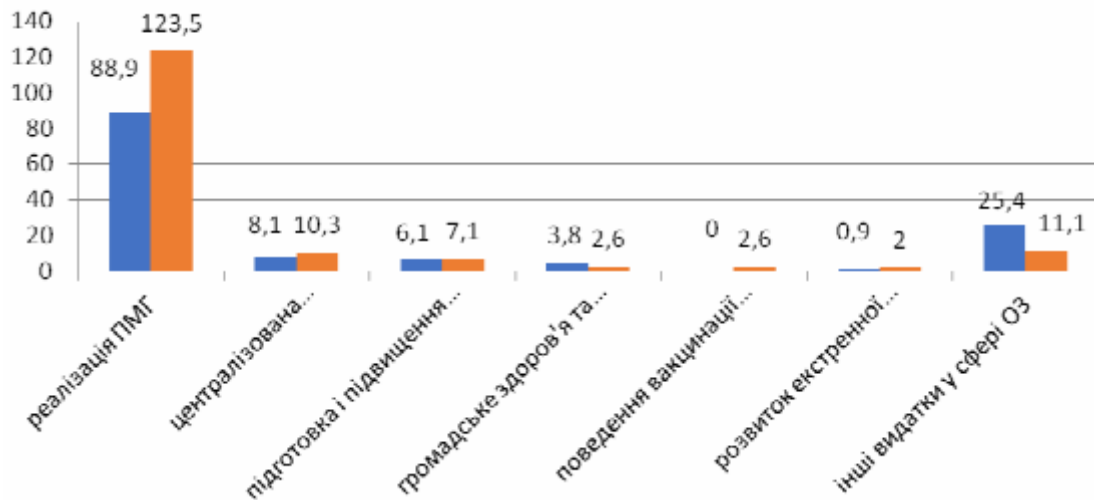


Рис. 2.9. Видатки Державного бюджету України на охорону здоров'я у 2020 – 2021 роках., млрд. грн [82]

На централізовану закупівлю ліків НСЗУ у 2021 році передбачено 10,3 млрд. грн., що на 27,6 % більше, ніж у 2020 році. Зросли видатки на підготовку і підвищення кваліфікації кадрів у сфері охорони здоров'я та розвиток екстреної медичної допомоги.

Державним бюджетом на 2021 рік виділено 2,6 млрд. грн. на проведення вакцинації населення проти COVID-19, замість 15,1 млрд. грн., які ініціювало Міністерство охорони здоров'я України. Таку ж суму виділено на «Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями».

Також бюджетом передбачено виділення коштів на модернізацію й оновлення матеріально технічної бази, реконструкцію приміщень закладів охорони здоров'я, на реалізацію державного інвестиційного проекту «Будівництво сучасного лікувально-діагностичного комплексу Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит», лікування громадян України за

кордоном. Крім того, передбачено Субвенція місцевим бюджетам на здійснення підтримки окремих закладів та заходів у системі охорони здоров'я в обсязі 2,9 млрд грн. [11].

Належне фінансування системи охорони здоров'я в Україні задля забезпечення надання якісних медичних послуг для усіх громадян, підвищення оплати праці медичним працівникам є одним з основних пріоритетів Державного бюджету на 2022 рік. На розвиток галузі у бюджеті передбачено 192,5 млрд. грн., у тому числі на реалізацію Програми медичних гарантій – 157,5 млрд. грн. Також у бюджеті передбачено низку видатків на охорону здоров'я, зокрема, на забезпечення та розвиток трансплантації в Україні органів та інших анатомічних матеріалів і лікування громадян України за кордоном (1,5 млрд. грн.), на придбання дороговартісного медичного обладнання для створення спроможної мережі закладів охорони здоров'я (2,7 млрд. грн.) [82].

При формуванні обсягу видатків бюджету на охорони здоров'я врахована ринкова заробітна плата медичним працівникам. Базовий рівень заробітної плати в 2022 році у лікарів буде 20 тис. грн., у середніх медичних працівників 13,5 тис. грн. [12] Серед нововведень передбачено виплати працівникам закладів охорони здоров'я у зв'язку з їх переїздом на нове місце роботи або, за необхідності, перекваліфікацію під час формування спроможної мережі лікарень у госпітальних округах.

Розв'язана Російською Федерацією повномасштабна війна завдала значної шкоди системі охорони здоров'я (СОЗ) України. Йдеться про руйнування медичної інфраструктури, неможливість дотримання норм профілактики та лікування, брак медичних кадрів в деяких регіонах та порушення логістичних зв'язків, що перешкоджає вчасному та повному забезпеченню населення засобами медичного призначення.

З огляду на те, що попит на медичні послуги суттєво змінився в різних регіонах унаслідок переміщення значної частини громадян усередині країни та за її межі, загострилися диспропорції ресурсного забезпечення галузі охорони здоров'я.

Так, за даними ООН, станом на 24 серпня 2022 р. зафіксовано 473 підтверджених атаки на заклади охорони здоров'я, в результаті яких загинуло щонайменше 98 осіб і 134 – зазнали поранень. Пошкоджено понад 927 медичних закладів, понад 400 – опинилися на тимчасово окупованих росіянами територіях, зруйновано 123 заклади СОЗ. При цьому, наприкінці 2021 р. в Україні налічувалося близько 3 тис. медичних закладів. Станом на початок жовтня 2022 р., відновлено 85 закладів СОЗ та ще 209 перебували на стадії відбудови. Пріоритетом МОЗ є відновлення послуг для населення, зокрема для внутрішньо переміщених осіб (ВПО), та робочих місць для працівників медичної сфери. З метою зміцнення спроможності СОЗ триває розгортання мережі мобільних амбулаторій, хоча залишається значною потреба в них у Вінницькій та Хмельницькій областях, які є одними з лідерів за кількістю ВПО. Наразі майже третина (30 %) ВПО мають проблеми із доступом до медичної допомоги [101].

За інформацією МОЗ, проблема критичної нестачі лікарів для України не актуальна, оскільки є потенційна можливість залучати іноземних медпрацівників, які готові працювати в Україні на волонтерських засадах. Таку можливість надано згідно із Законом України від 29.07.2022 р. № 2494-IX «Про внесення змін до деяких законів України щодо підвищення доступності медичної та реабілітаційної допомоги у період дії воєнного стану». Водночас такий крок має розглядатись як виключно допоміжний, оскільки політика держави має спрямовуватися не тільки на ресурсне забезпечення галузі, а передусім на стабілізацію галузевого ринку праці у спосіб надання всебічної підтримки працевлаштуванню ВПО, зокрема медичних працівників. Крім того, передбачається, що іноземні фахівці надаватимуть медичні послуги лише на тимчасовій основі, що в найближчому майбутньому змусить знову повернутись до вирішення кадрового питання галузі охорони здоров'я.

Станом на кінець вересня 2022 р. можливістю працевлаштуватися в іншому медзакладі скористалося 4050 внутрішньо переміщених медичних працівників. Найбільше їх зареєстровано у Дніпропетровській, Харківській та

Полтавській областях. Також МОЗ запустило портал пошуку роботи для медичних працівників. Проте наявні на ньому вакантні посади стосуються здебільшого лікарів. Найбільше вакансій – у Києві та Київській області, центральних – Кіровоградській, Черкаській, Вінницькій – та Донецькій областях [101].

Водночас повідомляється про труднощі із працевлаштуванням для медичних працівників зі статусом ВПО. Це змушує їх або погоджуватися на інші, менш кваліфіковані професії, або виїжджати за межі України, що погіршує кадровий потенціал галузі.

Ситуація ускладнюється на тлі відсутності актуальної інформації про точну кількість наявних медичних працівників, оскільки такий облік в умовах війни централізовано та систематично не здійснюється.

Порівняльний аналіз макроекономічних результатів функціонування закладів охорони здоров'я на національному та регіональному рівнях показав, що даний Дніпропетровській регіон слід віднести до територій із порівняно високим рівнем підприємницької активності у сфері охорони здоров'я, так як упродовж 2014 – 2020 рр. кількість зареєстрованих суб'єктів господарювання з медичним профілем у розрахунку на 10 тис. населення та частка фізичних-осіб підприємців перевищувала середньодержавний рівень на 17 % та 6 % відповідно [24].

З одного боку, ділова активність малого бізнесу інтенсифікує процеси конкурентної боротьби між суб'єктами господарювання та виступає однією з макроекономічних передумов і характеристик системного розвитку закладів охорони здоров'я. З іншого боку, обмежені інвестиційно-фінансові можливості, неоднозначні стандарти управлінської культури та компетенцій персоналу мікропідприємств охорони здоров'я підвищують ризики стабільного розвитку, які ототожнюються здебільшого із максимізацією прибутку у поточних звітних періодах та не враховують потребу стратегічно-варіативного планування діяльності медичної компанії у залежності від мінливості ситуації та викликів часу. Зокрема, пандемія COVID-19 наочно продемонструвала недостатню

неготовність закладів охорони здоров'я ефективно функціонувати в умовах підвищеного попиту населення на окремі види медичних послуг [97].

Результати аналізу узагальнених фінансово-економічних результатів функціонування підприємств сфери охорони здоров'я України у 2010 – 2020 рр. дозволили виявити суперечливу закономірність кількісного зростання обсягів наданих послуг у 2,3 рази при збереженні наднизького рівня рентабельності операційної діяльності (у 2014 та 2015 рр. вона була збитковою на рівні 3,7 % та 0,5 % відповідно, в той час як в середньому за період показник закріпився на позначці 3 %) та значної чисельності збиткових підприємств, яка, не зважаючи на сталу тенденцію до зниження їх частки з 40 % до 24 % упродовж досліджуваного періоду залишалася доволі високою. Заклади охорони здоров'я Дніпропетровської області в цілому повторюють загальнонаціональні тренди низької прибутковості, проте характеризуються вищим рівнем збитковості в межах 28 – 42 % та майже вдвічі нижчими обсягами реалізованих медичних послуг [24].

Низький рівень дохідності закладів охорони здоров'я засвідчує факт слабкості їх фінансово-економічного розвитку та стійкості до чинників агресивного мінливого середовища, недосконалості використовуваних, часто застарілих методів управління розвитком, як на етапі планування витрат та доходів, так і у процесі організації медичних послуг, що у підсумку підвищує собівартість операційної діяльності у тому числі через малі обсяги наданих послуг. Такий стан справ сигналізує потребу впровадження нових антикризових підходів до управління медичними закладами, які у результаті проведення комплексних реорганізаційних заходів мали б оптимізувати стан фінансово-господарської діяльності та забезпечити нарощення асортименту послуг з високим рівнем попиту серед пацієнтів та прийнятною ефективністю, що дозволило б у підсумку покривати власні витрати доходами, а накопичені фінансові ресурси спрямовувати в інвестиції та на досягнення цілей системного розвитку закладу охорони здоров'я.

Поширеність проблеми низьких фінансово-економічних результатів медичних закладів сьогодні, у великій мірі, пов'язана з особливостями ретроспективного бюджетного фінансування охорони здоров'я перших десятиліть незалежності України. По-перше, нераціональне управління фінансовими ресурсами менеджерами-лікарями без управлінського досвіду та відповідних знань і навичок послаблювало рівень мотивації персоналу, відтак не сприяло появі нових раціоналізаторських ідей та ініціатив, а також створило передумови для тінізації значної частини доходів отриманих унаслідок надання медичних послуг. По-друге, незрілість ринкового конкурентного середовища через слабкий рівень підприємницької активності приватних закладів каталізувало процес консервації та певного старіння номенклатури, асортименту, якості та сервісу послуг [13].

З іншого боку, поетапне впровадження реформи фінансування системи охорони здоров'я та медичних закладів на первинному та вторинному рівнях у 2019 – 2020 рр. дещо видозмінило усталений порядок взаємовідносин між пацієнтами, лікарями та державою, спрямувавши кошти не на традиційну підтримку діяльності мережі закладів охорони здоров'я, а на фінансування потреб пацієнтів через закупівлю і доступ до відповідних медичних послуг. У практичному вимірі, на перший погляд, це відобразилось у 7-кратному зростанні величини прибутку до оподаткування, що припадає на одне підприємство медичного профілю, з 15 до 110 тис. дол. США у 2019 – 2020 рр. та трьох разовому зростанні рівня рентабельності операційної діяльності закладів охорони здоров'я з 3,7 до 11,3 %. Водночас, з іншого боку, значне прискорення темпів фінансово-економічного розвитку 2020 року слід також пояснювати через призму поширення коронавірусної інфекції, яка у 2020 році створила передумови для 6-разового зростання державних бюджетних видатків та асигнувань (з 19 до 111 дол. США на одну особу) на забезпечення поточних витрат закладів охорони здоров'я у період пандемії COVID-19, збільшивши при цьому обсяги капіталовкладень у закупівлю спеціальних приладів та устаткування, модернізацію та переобладнання існуючих медичних закладів під

COVID-потреби, а також значно підвищила попит населення на платні лабораторно-діагностичні та лікувальні послуги. У підсумку підприємства сфери охорони здоров'я в Україні та Дніпропетровській області у результаті надання медичних послуг у 2020 р. акумулювали понад 100 та 120 тис. дол. США річного прибутку до оподаткування на одне підприємство відповідно. Слід акцентувати увагу, що у попередні звітні періоди, сумарні фінансові результати діяльності закладів в Україні та Дніпропетровській області набирали здебільшого від'ємних значень, тобто функціонування закладів охорони здоров'я у фінансовому вимірі було нерентабельним та збитковим, а сума збитків за період 2014 – 2019 рр. склала 7,4 тис. дол. США в Україні та 15 тис. дол. США в Дніпропетровській області [13].

Варто відзначити, що якість управління інноваційно-інвестиційними процесами на підприємствах медичного профілю все ще низька, відтак наявні інвестиційні ресурси використовуються здебільшого на ремонт уже діючого обладнання, ніж закупівлю нового з високим рівнем технологічності та діагностичної точності. Зокрема, у 2010 – 2020 рр. понад 95 % капіталовкладень підприємств сфери охорони здоров'я спрямовувались на нарощення матеріальної складової. У кількісному вимірі розмір капіталовкладень у розрахунку на один суб'єкт господарювання, за винятком 2020 року залишався на сталому невисокому рівні – 20,6 тис. дол. США, в той час як у 2020 р. зріс більш ніж у три рази до 69,3 тис. дол. США, у тому числі у результаті значних бюджетних асигнувань через поширення коронавірусної інфекції. Додатково у 2020 р. заклади охорони здоров'я більш активно включилися у процеси цифровізації економіки, що дозволило наростити капіталовкладення медичного бізнесу у нематеріальні активи через придбання програмного забезпечення у 14 разів за період 2019 – 2020 рр. Відсутність системного підходу до управління інноваційно-інвестиційним потенціалом, в тому числі через залежність від бюджетних фінансових надходжень, ускладнює процес системного розвитку закладів охорони здоров'я та актуалізує потребу у розробці і реалізації

комплексу заходів, які забезпечуватимуть системність та безперервність інноваційної трансформації підприємств галузі [82].

Моніторинг ситуації щодо зайнятості, мобільності кадрів на підприємствах сфери охорони здоров'я, а також рівня оплати їх праці підтвердив гіпотезу, що рівень матеріальної мотивації працівників медичних закладів залишався низьким. Зокрема, упродовж 2010 – 2020 рр. рівень плинності кадрів практично у три рази перевищував природне порогове значення 5 %, а рівень середньомісячної заробітної плати штатних працівників закладів охорони здоров'я коливався в межах 130 – 334 дол. США, що майже на третину нижче від середньодержавного рівня. Незважаючи на те, що кількість зайнятих працівників у розрахунку на один заклад охорони здоров'я у 2020 р. на противагу до 2010 р. зросла утричі з 9 ос. до 27 ос., медичний бізнес й надалі продовжує залишатися менше привабливим для працевлаштування. Разом з тим надвисока плинність медичних працівників підвищує ризик вимивання та відтоку висококваліфікованих кадрів з системи охорони здоров'я, погіршує трудову дисципліну та соціально-психологічний клімат в колективі, знижує згуртованість та якість функціонування налагоджених внутрішньо-організаційних, комунікаційних каналів між медичними працівниками, підвищує фінансові витрати на пошук, навчання та адаптацію нових працівників та, у підсумку, призводить до зниження якості медичних послуг, низького рівня сервісу їх надання [13].

У структурному вимірі якість інтелектуально-кадрових ресурсів закладів охорони здоров'я додатково детермінується параметрами забезпеченості лікарями та середнім медичним персоналом, в тому числі за профілем їхньої спеціалізації, рівнем кваліфікації, інтенсивністю старіння кадрів, а також наявності та тривалості практичного досвіду у сфері надання медичних послуг.

Загалом за період 2010 – 2020 рр. чисельність лікарів та середнього медичного персоналу, що припадає на 100 тис. населення, в Україні скоротилась майже на 20 % (з 517 лікарів на 100 тис. населення у 2010 р. до 430 – у 2020 р.) та понад 30 % відповідно, що в цілому негативно впливає на темпи



та потенціал системного розвитку закладів охорони здоров'я в тому числі через обмеження можливостей ефективно задовольняти підвищений попит споживачів на лікувальні послуги. Водночас до позитивних трендів слід віднести тенденцію повільного омолодження вікової структури медичних кадрів працевлаштованих на підприємствах сфери охорони здоров'я, яка на практиці знайшла відображення у зниженні частки медичних працівників пенсійного віку на близько 10 % для лікарського та понад третину серед молодшого медичного персоналу відповідно [13].

Не менш важливе значення у процесі системного розвитку медичного підприємства відіграють дії управлінського характеру спрямовані на нарощення матеріально-технічних та інноваційно-технологічних засобів виробництва у вигляді медичного устаткування та обладнання. Оцінюючи техніко-технологічний рівень озброєності лікувальних установ України медичним обладнанням, слід зауважити, що за даними Центру медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України, рівень зносу технічних засобів у медичних закладах України коливається в межах 50 – 70 %. Понад 15 % рентгенологічно-діагностичного та лабораторного устаткування, яке перебуває на балансі медичних установ, станом на кінець 2020 року вийшли з ладу та не піддаються ремонту через моральну застарілість і зношеність. Водночас стан оснащення медичних закладів обладнанням з новітніми цифровими технологіями у загальній структурі наявного устаткування залишається обмеженим, хоч і у структурному співвідношенні у 2019 – 2021 рр. демонструє висхідну тенденцію до покращення значень з 20 % до 29 %. В абсолютному вимірі у 2010 – 2020 рр. в Україні простежувалась динаміка скорочення кількості рентгено-діагностичного обладнання з 283 од. до 258 од. у розрахунку на 1 млн населення та зменшення кількості ліжко-місць на 30 %. Водночас у регіональному зрізі Дніпропетровська область у більшій мірі повторює загальнонаціональні вектори розвитку, що засвідчує територіальних процесів комплексного реформування галузі охорони здоров'я держави [87].

Отже, результати дослідження засвідчують, що реалізовані етапи медичної реформи трансформували фінансовий механізм державного управління системою охорони здоров'я, запровадивши фінансування медичних закладів за принципом «гроші йдуть за пацієнтом». Передбачається, що реформована система охорони здоров'я підвищить ефективність використання та фінансування бюджетних коштів. Проте надання якісної медичної допомоги за умов обмеженості бюджетних ресурсів не можливе. З цією метою необхідно залучати додаткові фінансові ресурси. Це стосується, перш за все, надання медичних послуг соціально незахищеним верствам населення, лікування важких захворювань, лікування яких проводиться із використанням інноваційних технологій та сучасного медичного обладнання [14].

## **2.2. Аналіз забезпечення трудовими ресурсами в медичній сфері**

Тривалий час у медичній системі нашої держави, як і в інших країнах світу, спостерігається негативна динаміка щодо кадрового забезпечення, що проявляється у зниженні забезпеченості лікарським та молодшим медичним персоналом з відповідною медичною освітою та рівня укомплектованості посад лікарів і медичних сестер. Протягом останніх років в Україні відбувається масштабне реформування системи охорони здоров'я. Однією з ключових вимог медичної реформи є забезпеченість медичних закладів необхідним медичним персоналом для того, щоб відповідний лікувально-профілактичний заклад зміг укласти договір із Національною службою здоров'я України й отримав достатній рівень фінансування [92].

З квітня 2020 р. на нову систему фінансування перейшли заклади охорони здоров'я так званого другого рівня, які надають спеціалізовану медичну допомогу. Після укладання договору із НСЗУ такі медичні заклади почали отримувати фінансові відшкодування за надані медичні послуги за програмою медичних гарантій. Перед початком другого етапу медичної реформи у суспільстві спостерігалися побоювання, що окремі медичні заклади закриють, а

лікарі виїжджатимуть у пошуках роботи за кордон. Проте, як показують дані електронної системи охорони здоров'я України, прогнозованої критичної ситуації з кадровим забезпеченням вітчизняної медичної системи не спостерігається. Так, станом на 1 лютого 2021 р. у медичних закладах нашої держави, які мають укладені договори з НЗСУ, зареєстровано 274 899 медичних працівників, що на 6 566 осіб більше, ніж у квітні 2020 р. (табл. 2.2). Серед них 23 425 лікарів первинної ланки, 94 233 лікарі спеціалізованої медичної допомоги і 153251 молодшого медперсоналу.

Таблиця 2.2

**Показники руху кадрів у сфері охорони здоров'я України  
у 2020 – 2021 рр. (за даними електронної системи охорони здоров'я  
України) [92]**

Показник	Станом на 01.04.2020 р.	Станом на 01.02.2021 р.	Звільнено з 01.04.2020 р. по 01.02.2021 р.	Прийнято з 01.04.2020 р. по 01.02.2021 р.	Приріст чисельності працівників
Всього медичних працівників, з них:	268 333	274 899	17 001	23 567	6 566
- лікарі первинної ланки	23 425	23 980	1 950	2 505	555
- лікарі спеціалізованої медичної допомоги	94 233	97 668	6 620	10 055	3 435
- молодший медичний персонал	150 675	153 251	8 431	11 007	2 576

Як і в будь-якому іншому сегменті ринку праці, у медичній галузі також спостерігаються процеси руху кадрів: одні працівники звільняються з роботи, натомість працевлаштовуються інші. Проте загалом можна зробити висновок, що професія лікаря є затребуваною і дає змогу працевлаштуватися як в державному, так і приватному секторі охорони здоров'я. Так, переважна більшість лікарського (83,5 %) і молодшого медичного персоналу (89 %) зайняті в державних та комунальних закладах охорони здоров'я МОЗ України. У медичних закладах приватної форми власності працює близько 11 % лікарів та 5,7 % медичних сестер. Ще близько 5 % від загальної кількості лікарів та медичних сестер зайнято у відомчих медичних закладах. Слід також зазначити,

що за 2010 – 2019 рр. питома вага кадрів приватного медичного сектора зроста майже вдвічі [92].

Електронна система охорони здоров'я містить також відомості про розподіл чисельності лікарів за спеціальностями та регіонами країни. Зокрема, у переліку лікарів спеціалізованої медичної допомоги у 2021 р. на першій позиції перебували акушери-гінекологи, яких в країні налічується 9112 осіб. За показником кількості фахівців на 100 тис населення, лідирують Івано-Франківська (37 акушерів-гінекологів на 100 тис. осіб) та Київська (36 акушерів-гінекологів на 100 тис. населення) області. Найменше цих фахівців є у Луганській і Донецькій областях – 6 і 8 осіб на 100 тис населення [6]. На третьому місці знаходилися хірурги, яких зареєстровано 6 106 осіб. Лідерами за кількістю хірургів на 100 тис. населення є Тернопільська і Чернівецька області (по 24 спеціалісти), а найменш забезпеченими фахівцями хірургічного профілю залишалися Луганська і Донецька області (відповідно, 5 і 7 спеціалістів на 100 тис населення). Лікарями первинної ланки медичної допомоги найбільш забезпечена Волинська область, де працює 69 фахівців у розрахунку на 100 тис населення, а найменше медиків є у Чернігівській області – 46 фахівців на 100 тис населення [61].

В таблиці 2.3. приведена узагальнена інформація про забезпеченість населення нашої країни лікарями і, зокрема, лікарями-лікувальниками.

Таблиця 2.3

**Динаміка забезпеченості населення України лікарями  
у 1995 – 2020 рр. [92]**

Забезпеченість лікарями (фізичними особами) на 10 тис. населення	Роки									
	1995	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Лікарями (всього)	40,4	40,8	41,6	43,2	38,0	37,9	37,8	37,4	37,0	35,6
Лікарями-лікувальниками	26,7	26,9	26,6	27,0	25,0	24,9	24,9	24,7	24,7	24,2

На жаль, можна констатувати невтішну динаміку: на фоні загального скорочення населення України зменшується кількість медиків і, відповідно, знижується рівень забезпечення громадян лікарями. Так, якщо у 2010 р.

кількість лікарів на 10 тис. населення становила 43,2 особи, то у 2020 р. ця кількість знизилася до 35,6 осіб (на 17,6 %). Схожа ситуація спостерігається й щодо забезпечення населення лікарями-лікувальниками, чисельність яких впала на 10,4 %: з 27 осіб на 10 тис. населення у 2010 р. до 24,2 осіб у 2020 р. [92]

Щодо структури лікарських кадрів, то найбільшою є кількість лікарів терапевтичної групи – 18,7 %, хірургічної групи – 16,3 %, сімейних лікарів – 10 %, стоматологів – 8,6 %, педіатрів – 6,4 % (рис. 2.10).

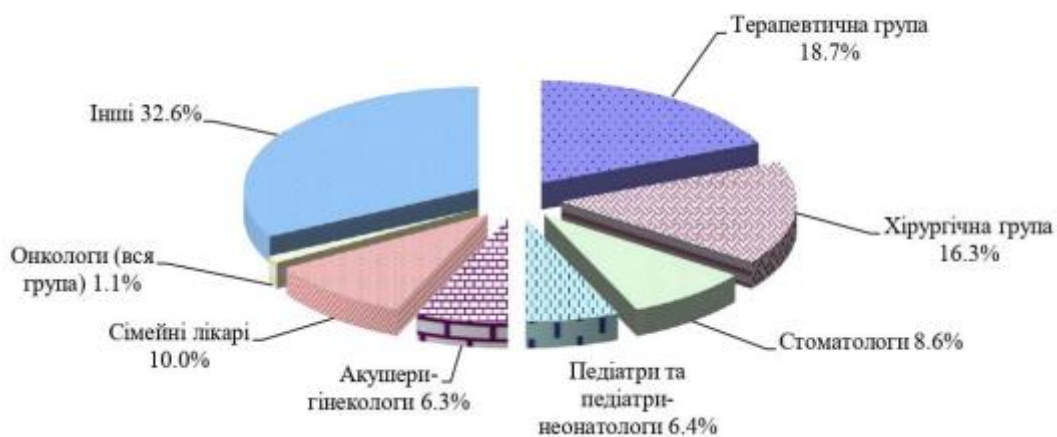


Рис. 2.10. Структура лікарських кадрів у розрізі спеціальностей у 2020 р. [92]

Аналіз забезпечення України лікарями у розрізі адміністративно-територіальних одиниць, показує наступну ситуацію (табл. 2.4).

Існуючі регіональні диспропорції щодо кадрового забезпечення окремих регіонів нашої країни обумовлені такими чинниками:

- різним рівнем соціально-економічного розвитку регіонів країни. Для регіонів з високим рівнем промислового розвитку і потужною інфраструктурою характерною є розгалужена мережа закладів охорони здоров'я, й відповідно високий рівень забезпечення населення медичним персоналом. До прикладу, рівень забезпечення населення лікарями в м. Київ становить 58,8 фахівців на 10 тис. населення, а в Київській області – лише 38,03 лікарів [92];

- різним рівнем розвитку медичної освіти в регіонах. Якщо у певному регіоні сформована розгалужена мережа медичних навчальних закладів та

науково-дослідних установ, є висока ймовірність того, що випускники медичних вишів забезпечуватимуться роботою в цьому ж регіоні. Статистика свідчить, що у регіонах, де є багато медичних вишів, рівень забезпеченості населення лікарями вищий: в м. Київ – 58,8 фахівців, в Харківській області – 48,6, у Львівській – 52,3, в Одеській – 42,8, Чернівецькій – 59,8 особи на 10 тис. населення [31];

– різним рекреаційно-курортним потенціалом окремих регіонів країни. У регіонах, які мають високий рекреаційно-курортний потенціал, як правило, розбудована широка мережа санітарно-курортних закладів, що очевидно, підвищує забезпеченість населення лікарями. Наприклад, у Одеській області рівень забезпечення складає 42,8 фахівців на 10 тис. населення, в Івано-Франківській області – 57,6 лікарів, у Львівській – 52,3, а в середньому по Україні цей показник складає 43,14 осіб на 10 тис. населення [92].

Таблиця 2.4

### Забезпеченість медичними працівниками різних регіонів України [17]

Забезпеченість практикуючими лікарями	Області	Забезпеченість молодшим медичним персоналом	Області
Забезпеченість вища, ніж середня по країні	Івано-Франківська, м. Київ, Львівська, Тернопільська	Забезпеченість вища, ніж середня по країні	Рівненська, Івано-Франківська, Чернігівська, Тернопільська
Забезпеченість на рівні середньому по країні (24,7 на 10 тис. осіб)	Чернівецька, Запорізька, Хмельницька, Полтавська, Рівненська, Вінницька, Волинська, Сумська, Харківська, Чернігівська, Черкаська, Житомирська, Дніпропетровська, Закарпатська, Київська, Одеська, Кіровоградська, Миколаївська	Забезпеченість на рівні середньому по країні (70,9 на 10 тис. осіб)	Сумська, Волинська, Хмельницька, Кіровоградська, Львівська, Черкаська, Чернівецька, Вінницька, Полтавська, Запорізька, Херсонська, Закарпатська, Луганська, Київська, Дніпропетровська, Донецька
Забезпеченість нижча, ніж середня по країні	Херсонська, Донецька, Луганська	Забезпеченість нижча, ніж середня по країні	м. Київ, Харківська, Одеська, Миколаївська

З першого погляду видається, що середній рівень забезпеченості населення лікарями, який у 2020 р. склав 35,6 осіб на 10 тис. населення, є високим, адже перевищує аналогічний показник для європейських країн – 33 фахівці на 10 тис. населення. Проте варто зазначити, що в Європі мова йде виключно про лікарів-практиків, які безпосередньо надають медичні послуги, тоді як в Україні даний показник включає також методистів і організаторів, які працюють у сфері охорони здоров'я, санітарних лікарів, науковців. Так, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я на сьогоднішній день за рівнем забезпеченості лікарями та медичними сестрами й акушерками Україна знаходиться на 38-му місці в Європейському регіоні [40]. Цікаво, що за рівнем забезпеченості практикуючими лікарями Україна знаходиться на одному рівні з такими розвиненими країнами як Південна Корея, Японія, Польща й Великобританія. Разом з тим вдвічі поступається за цим показником Словаччині, Угорщині, Норвегії та Італії [22].

Як свідчать статистичні дані, в 2019 р. укомплектованість штатних посад фізичними особами у медичній галузі становить 94,5 %, тобто дефіцит кадрів складає 5,5 %. А з огляду на те, що 16 % медичного персоналу складають особи пенсійного віку, можна спрогнозувати, що ближчим часом в окремих регіонах країни може загостритися проблема нестачі медичних працівників, а особливо лікарів сімейної медицини, які працюють у сільській місцевості [17].

### **2.3. Проблеми ресурсного забезпечення сфери охорони здоров'я**

Здоров'я українців залишає бажати кращого. У нашого населення високі показники захворюваності, смертності та інвалідності, особливо від неінфекційних захворювань, таких як рак, серцево-судинні захворювання, хвороби обміну речовин, інші. Тривожні цифри показують, що переважна більшість українців не отримують своєчасної, ефективної та якісної допомоги на рівні цивілізованих країн. Люди відчувають себе незахищеними державою і розраховують тільки на власні сили: українці власними коштами фінансують

систему охорони здоров'я на 60 %, держава – на 40 % (за 2020 рік згідно Національним рахункам охорони здоров'я домогосподарства витратили на охорону здоров'я більш ніж 135,5 млрд грн). В результаті медична допомога для українців стала катастрофічно недоступною економічно та фізично. А це – становить реальну загрозу генофонду нації, національній безпеці [29].

Через непослідовну політику в охороні здоров'я накопичилась низка проблем – організаційні, правові, фінансові, управлінські, економічні, структурні, кадрові, інформаційні складові є дискоординованими та мають різний ступінь модернізації або деградації. Існують значні внутрішньорегіональні відмінності. Корупція та хабарництво, спричинена головним чином дефіцитом фінансуванням, стала явищем системним.

Формально, держава повинна забезпечити універсальний доступ до необхідної медичної допомоги, яка повинна надаватися безоплатно в державних та комунальних закладах охорони здоров'я, але, фактично протягом десятиліть громадяни були незахищені від катастрофічного фінансового зубожіння через витрати на охорону здоров'я у випадку хвороби.

Мережа закладів охорони здоров'я не відповідає потребам населення через технологічну відсталість і недосконалу інфраструктуру. Практично відсутні такі сектори медичного обслуговування як медико-соціальний та паліативний/хоспісний, медична реабілітація тощо [73].

Доступність до якісної первинної медичної допомоги залишається низькою, особливо у сільській місцевості. Значна частина громадян, перш за все тих, що проживають у сільській місцевості та малих містах, не мають фізичного (вчасного) доступу до якісного та комплексного інтенсивного лікування, у т. ч. при гострих станах і захворюваннях.

Не дивлячись на достатньо стрімке збільшення фінансування системи охорони здоров'я в Україні із року в рік спостерігається дефіцит ліків в лікарнях, затримки виплат медичним працівникам та зношеність та застарілість медичного обладнання. Таке становище зумовлене тим, що на відміну від усіх інших галузей охорона здоров'я в Україні майже повністю залежить від



державного бюджетного фінансування. Розвиток та залучення інших джерел фінансування стримується недостатнім зацікавленням приватного сектора та дещо негативним ставленням з боку державних органів управління охороною здоров'я до підприємництва у сфері охорони здоров'я в цілому. Тому у сфері фінансування галузі охорони здоров'я першочерговою проблемою є нестача державних коштів, що веде до зменшення обсягів безоплатної медичної допомоги. Дефіцит фінансування не дозволяє здійснювати своєчасне оновлення морально і фізично застарілого обладнання, а заробітна плата медичних працівників залишається низькою і не залежить від обсягу та якості наданих медичних послуг. Тут можна сказати, що ця обставина є основною причиною постійного підвищення неофіційних платежів населення лікарям [73].

Отже сучасний стан фінансування системи охорони здоров'я України за рахунок бюджету є вкрай недостатнім і не створює передумов для виконання якісної медичної допомоги в необхідних об'ємах. В умовах обмеженого фінансування охорони здоров'я України, лише близько 40% від потреб галузі фінансується з бюджету.

Також, існують проблеми у кадровому забезпеченні медичної галузі. Важливим фактором удосконалення системи управління медичних кадрів є освоєння сучасних технологій кадрової роботи, які забезпечують підбір, професійну орієнтацію, адаптацію та мотивацію працівників, їх професійний розвиток, вирішення проблеми доступності та якості медичних послуг.

У кадровому ресурсозбереженні охорони здоров'я можна виокремити три основні проблеми: нераціональне використання існуючих трудових ресурсів, обмежене їх відтворення, вибуття ресурсів за рахунок відтоку фахівців з охорони здоров'я.

Сьогодні заклади охорони здоров'я стикаються з дисбалансом кадрових ресурсів, що посилюється під впливом демографічних, політичних, соціально-економічних змін. Однією з головних проблем забезпечення кадрами охорони здоров'я є збереження балансу між кількістю фахівців лікувального і діагностичного профілю, а також лікарів первинної ланки та лікарів вузького

профілю. Так, розвиток первинної ланки охорони здоров'я не супроводжується необхідними змінами у вузькопрофільних відділеннях. В охороні здоров'я на частку дільничних лікарів припадає не більше 25 % проти 45 – 55 % в західних країнах [29]. Дефіцит кадрів ускладнюється збільшенням частки працівників старшого віку. Останні десять років спостерігається стійке зростання осіб передпенсійного та пенсійного віку, які продовжують працювати в зв'язку з низьким рівнем пенсійного забезпечення. У віддалених районах і сільській місцевості часто вони є основною робочою силою [24].

Крім безпосереднього дефіциту кадрів, ще однією серйозною проблемою є нерівномірний розподіл медичних кадрів між містом і селом, між лікарями-фахівцями та лікарями загальної практики.

Недостатня увага з боку державних органів влади до проблем забезпечення вітчизняної системи охорони здоров'я людськими ресурсами, призвела до виникнення цілого ряду негативних тенденцій і процесів, а саме:

- скорочення чисельності лікарів та молодших медичних працівників з медичною освітою, особливо у сільській місцевості;
- нівелювання статусу та престижності професії лікаря;
- значного скорочення обсягів професійної підготовки медичних кадрів вищими навчальними закладами та закладами післядипломної освіти;
- суттєвого зниження рівня доступності медичної освіти, в тому числі й післядипломної, для українських громадян через її високу вартість;
- існування значних дисбалансів щодо забезпечення медичними кадрами у міській та сільській місцевості, на первинній, вторинній і третинній ланках надання медичної допомоги;
- посилення неконтрольованих міграційних процесів серед працівників медичних професій з України до інших країн [31].

На думку фахівців, у вітчизняній охороні здоров'я основними причинами дефіциту кадрів є:

- низька заробітна плата медичних працівників;
- зрівняльні підходи до оплати праці медичного персоналу;

- низька соціальна захищеність і престиж медичної професії;
- низька інформованість медичних працівників про сучасні методи діагностики та лікування захворювань

Про важливість кадрового ресурсу зазначає й ВООЗ, яка рекомендує вже нині будувати кадрову політику з огляду на повернення медперсоналу, а також розробити цифровий реєстр медичних працівників [12].

Потребує вдосконалення мотивація медичних працівників на тлі підвищення попиту на медичні послуги.

Зокрема це стосується встановлення конкурентоспроможної оплати праці, середній рівень якої для лікарів зріс на 30 %, а для молодшого та середнього медперсоналу – лише на 16 %. Разом із тим, рівень споживчих цін за дев'ять місяців 2022 р. зріс на 21,8 %, що значно нівелює ефект такого підвищення для лікарів та свідчить про зниження купівельної спроможності молодшого та середнього медперсоналу. Питання особливо актуальне через системність проблеми нестачі молодшого медперсоналу практично протягом усіх років незалежності України та з урахуванням підвищеного навантаження на систему охорони здоров'я під час війни.

Вирішення кадрового питання має спрямовуватися не тільки на збереження наявного потенціалу, а й на навчання медпрацівників за програмами для потреб воєнного та поствоєнного часу, зокрема – у сферах фізичної реабілітації та забезпечення ментального здоров'я.

Бойові дії безпосередньо вплинули на доступність лікарських засобів. Від початку 2022 р. ДП «Медичні закупівлі України» придбало лікарських засобів та обладнання в обсязі 53 % від потреби. З безпекових міркувань централізовані медзакупівлі у 2022 р. проводяться поза системою Prozorro, відповідно до Постанови Кабміну від 28.02.2022 р. № 169 (зі змінами) «Деякі питання здійснення оборонних та публічних закупівель товарів, робіт і послуг в умовах воєнного стану».

Через періодичні ускладнення вантажопотоку в пунктах пропуску вантажі низки фармацевтичних компаній затримуються під час перетину кордону. Крім

того, перевезення певних лікарських засобів, сировини для їх виготовлення та виробів медичного призначення вимагають дотримання температурних режимів. Вирішення цієї проблеми потребує спрощення перетину кордону для вантажів фармацевтичної галузі, зокрема надання їм права на першочерговий перетин кордону [24].

У проєкті Державного бюджету на 2023 р. закладено приблизно такі самі обсяги фінансування придбання лікарських засобів, що й на поточний рік. Якщо врахувати прогнозований рівень інфляції, зростання курсу іноземних валют (значна частина лікарських засобів в Україні є імпортними) та загострення хронічних станів, так само як і появу нових захворювань у населення, що потребують медикаментозного лікування, система охорони здоров'я матиме дефіцит якісної фармацевтичної продукції. Проблему частково доведеться вирішувати самим громадянам, що негативно позначиться на їхньому рівні життя. Варто наголосити, що в низці громад досі не працює належним чином програма «Доступні ліки». Насамперед йдеться про деокуповані території Київщини, Чернігівщини, Сумщини та Житомирщини [13].

Продовжується міжнародна підтримка охорони здоров'я України. Згідно з інформацією Єврокомісії, до країн ЄС уже здійснено понад 1000 медичних евакуацій українських пацієнтів, а низка європейських країн оголосила про партнерство у сфері зміцнення системи громадського здоров'я України, на що вже виділено 45 млн дол. США. З початку повномасштабної війни на потреби системи охорони здоров'я України перераховано понад 4 млрд грн. Водночас, за оцінками МОЗ, Україні для відбудови системи охорони здоров'я знадобиться від 14,6 до 20 млрд євро [15].

Набуває актуальності лікування травм, завданих ментальному здоров'ю українців. За заявами міністра охорони здоров'я, після завершення війни щонайменше 15 млн осіб потребуватимуть психологічної допомоги [26]. Попри те, що держава наголошує на важливості реабілітації, зокрема психологічної, її доступність наразі є низькою. МОЗ надає інформацію про успішність певних

програм реабілітації Міноборони та Мінветеранів, тоді як загальнодержавної політики реабілітації досі не вироблено.

Успішній протидії викликам війни сприяє відносна автономізація закладів охорони здоров'я та децентралізований підхід до ухвалення управлінських рішень з боку місцевих громад, з огляду на конкретну ситуацію на місцях [24].

Наразі спостерігається поступове налагодження функціональності системи охорони здоров'я в умовах ризиків війни, зумовлене наданням медичних послуг у повному обсязі в окремих регіонах України та відновленням медичної інфраструктури.

Подальші кроки належної роботи системи охорони здоров'я полягатимуть у визначенні поточних та прогнозованих потреб у медичних послугах із відповідним перерозподілом ресурсів. Так, залишаються актуальними проблеми низького рівня вакцинації від низки інфекційних хвороб, зокрема кору, поліомієліту, а також зростання сезонної захворюваності на інфекційні хвороби, у тому числі – на COVID-19. Разом із тим, наростають потреби в організації надання медичних послуг з лікування травм, спричинених бойовими діями [7].

Важливим аспектом відновлення є належний облік ресурсів з метою формування об'єктивного уявлення про стан системи охорони здоров'я. Зокрема це стосується налагодження цифровізації даних та медичної статистики. Державна політика потребує перегляду функціонування медичних реєстрів та формування моделі їх взаємної інтеграції. Однак, не зрозуміло, скільки часу займуть розроблення такої моделі та її практична реалізація, тоді як нині реєстри залишаються обмежено функціональними (або не функціонують зовсім). До того ж, є ризик втрати частини даних, якщо вони не будуть сумісні із зазначеною моделлю, а це вплине на якість та швидкість управлінських рішень.

## РОЗДІЛ 3

### НАПРЯМИ ПОКРАЩЕННЯ РЕСУРСНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПІДПРИЄМСТВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### **3.1. Напрями удосконалення системи фінансування галузі охорони здоров'я**

Міжнародний досвід, рекомендації ВООЗ, а також дослідження особливостей діючої моделі системи охорони здоров'я в Україні свідчать, що єдиним способом забезпечити якісний медичний захист є перехід до фінансування медицини за страховим принципом. Цей підхід дозволяє розподілити ризики хвороби та витрати на лікування між великою кількістю застрахованих осіб, заздалегідь збираючи посильні внески з великого пулу людей і спрямовуючи зібрані кошти на виплати за страховим випадком у разі хвороби чи іншого розладу здоров'я [85].

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 населення.

Медичне страхування – це страхування на випадок втрати здоров'я з будь-якої причини, в тому числі у зв'язку з хворобою та нещасним випадком.

Соціальна та економічна ефективність медичного страхування залежить від того наскільки глибоко і всебічно пророблено концепцію розвитку страхової медицини в країні.

Об'єктом медичного страхування є майнові інтереси, пов'язані з життям і здоров'ям громадян, а його метою – забезпечення громадян у разі виникнення страхового випадку можливості одержання медичної допомоги за рахунок накопичених коштів і фінансування профілактичних заходів [87].

Згідно з українським страховим законодавством медичне страхування відрізняється від страхування життя, оскільки не передбачає ризику смерті або дожиття до певного віку чи до закінчення терміну дії договору, що перетворює його в ризиковий вид страхування.

Основними завданнями медичного страхування є: посередницька діяльність в організації та фінансуванні страхових програм із надання медичної допомоги населенню; контроль за обсягом та якістю виконання страхових медичних програм лікувально-профілактичними, соціальними закладами і окремими приватними лікарями; розрахунок з медичними, соціальними установами та приватними лікарями за виконану роботу згідно з угодою через страхові фонди, які формуються за рахунок грошових внесків підприємств, закладів, організацій, громадян [85].

Медичне страхування може проводитися в обов'язковій і добровільній формах. Обов'язкове медичне страхування є частиною системи соціального страхування і основною формою медичного страхування у країнах з ринковою економікою. Добровільне медичне страхування є доповненням до обов'язкового і гарантує оплату медичних послуг, що надані понад його програму.

Медичне страхування трактується як система економічних відносин, і тому характерним для нього є наявність декількох суб'єктів страхової діяльності.

Суб'єктами медичного страхування є : страховики, страхувальники; застраховані особи; медичні заклади.

Обов'язкове медичне страхування (ОМС) базується на принципах: загальності, державності, некомерційності.

Принцип загальності полягає в тому, що всі громадяни незалежно від статі, віку, стану здоров'я, місця проживання, рівня особистого доходу мають право на одержання медичних послуг [87].

Принцип державності означає, що кошти ОМС – державна власність. Держава забезпечує сталість системи обов'язкового медичного страхування і є

безпосереднім страхувальником для непрацюючої частини населення (наприклад, пенсіонерів).

Некомерційний характер ОМС базується на тому, що його здійснення і прибуток – несумісні речі. Прибуток від проведення ОМС є джерелом поповнення фінансових резервів системи такого страхування і не може бути засобом збагачення [85].

Для ОМС характерне те, що сплата страхувальниками внесків здійснюється у встановлених розмірах і у встановлений час, а рівень страхового забезпечення однаковий для всіх застрахованих.

Суб'єкти ОМС: страховики, страхувальники, застраховані, медичні установи.

Страховики – незалежні страхові організації, які мають статус юридичної особи і ліцензію держави на право здійснювати медичне страхування. Страхові медичні організації (СМО) за рахунок сформованих страхових фондів здійснюють оплату медичної допомоги застрахованим, а також інші види діяльності з охорони здоров'я громадян. МС як основу спеціалізації страховика важко поєднати з іншими видами страхової діяльності, зважаючи на його специфічність [87].

Страхувальниками в системі ОМС для працюючого населення є роботодавці (підприємства, установи, організації; селянські (фермерські) господарства; особи, котрі здійснюють індивідуальну трудову діяльність; особи які займаються підприємництвом без створення юридичної особи; громадяни, які мають приватну практику у встановленому порядку; громадяни, які використовують працю найманих працівників у особистому господарстві); для непрацюючого населення – органи державного управління, виконавчої влади, місцеві адміністрації.

Застраховані – громадяни, на користь яких укладаються договори страхування.

Добровільне медичне страхування (ДМС) є доповненням до обов'язкового. У рамках ДМС передбачається оплата медичних послуг понад



програму ОМС. ДМС на відміну від ОМС є галуззю не соціального, а комерційного страхування. ДМС поряд із страхуванням життя і страхуванням від нещасних випадків належить до сфери особистого страхування [87].

ДМС базується на залученні вільних коштів підприємств і населення до сфери охорони здоров'я. ДМС має на меті забезпечити страхувальникові (застрахованому) гарантії повної або часткової компенсації страховиком додаткових витрат, пов'язаних із зверненням до медичної установи за послугою, яка надається згідно з програмою ДМС.

Отже, одним з ефективних та діючих способів удосконалення системи фінансування охорони здоров'я є активне залучення страхових компаній. Вважаємо за доцільне таку систему взаємодії зі страховими компаніями (рис. 3.1)



Рис. 3.1. Страхові компанії в системі фінансування охорони здоров'я [33]

Пропонується залучення страхових компаній для покриття фінансування тарифів за надання послуг закладами охорони здоров'я.

Для функціонування запропонованого рішення необхідно вжити таких заходів:

- укладання договорів між страховими компаніями та закладами охорони здоров'я;
- укладання договорів між аптеками та страховими компаніями;
- реєстрація пацієнтів в електронній системі охорони здоров'я;
- реєстрація аптек, страхових компаній в електронній системі охорони здоров'я [33].

Пропонуємо варіанти страхового платежу:

- держава платить за пацієнта платіж в страхову компанію;
- пацієнт самостійно сплачує страховий платіж;
- можливо залучення роботодавців та профспілки для працюючої категорії населення [87].

Для спрощення впровадження страхової медицини також можливо поділити населення за категоріями: діти, пенсіонери, працюючі, люди з обмеженими можливостями і т.д. Проте є основна перешкода, яка буде заважати впровадженню та розвитку страхової медицини, – конфіденційність медичної інформації про пацієнтів та неможливість передачі даних третім особам або установам. У такому випадку можливо впровадження унікального ідентифікатора, які буде присвоєно пацієнту при укладанні договору зі страховою компанією, який буде використовуватись для оплати послуг закладу охорони здоров'я. Схематично це можна представити так (рис. 3.2.):

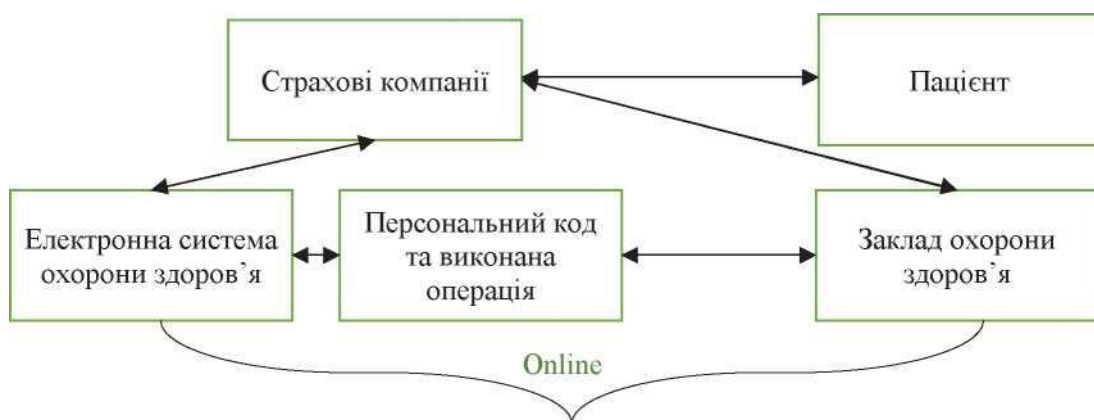


Рис. 3.2. Взаємодія учасників при отриманні медичної послуги з використанням унікального ідентифікатора [33]

В Україні сьогодні діє ряд економічних, правових і соціальних чинників, вплив яких стримує розвиток медичного страхування. До них в першу чергу можна віднести:

- у населення відсутній позитивний досвід взаємостосунків із страховими компаніями;
- у суспільстві є наявним соціальна невизначеність статусу і перспектив медичного страхування;
- феноменальна колізія безкоштовності медичної допомоги і реалій фактично сформованого ринку платних медичних послуг створює серед більшості населення ілюзію не актуальності медичного страхування;
- податкове законодавство практично зводить нанівець страховий інтерес працедавця в проведенні медичного страхування працівників підприємств і членів їх сімей;
- можливість проведення медичного страхування за рахунок засобів громадян різко обмежена низьким рівнем реальних доходів населення, затримками з виплатою заробітної плати, збільшенням чисельності непрацюючого населення [33].

В цих умовах дуже важко компенсувати недостачу засобів за рахунок медичного страхування і забезпечити високий рівень медичної допомоги застрахованим. За статистичними даними, на сьогодні в Україні застраховано лише близько 10 % ризиків, тоді як у більшості країн цей показник становить 90 – 95 %. Частка українського страхового ринку в загальноєвропейському обсязі страхових послуг дорівнює лише 0,1 %, і це при тому, що в Україні проживає 7 % населення Європи. Найбільшим попитом користуються послуги не зі страхування здоров'я, а з добровільного страхування майна (71 % від загального обсягу страхових послуг). Страхування життя як надійне джерело довгострокових інвестиційних ресурсів становить в Україні найменшу частку на ринку страхових послуг (1 %), хоча в країнах з розвинутою економікою – 50 – 60 % [87].

Проте, нагромаджений багаторічний світовий досвід у галузі медичного страхування свідчить про високу ефективність різних моделей і систем медичного страхування [87].

На сьогоднішній день існують проблеми, які сьогодні затримали розвиток медичного страхування в Україні. Сюди входять відсутність систем навчання, неотримання лікарів належної заробітної плати та бонусів, страхувальники, які під будь-яким приводом відмовляються платити страхувальникам за лікування, відсутність законодавства, що регулює медичне страхування, різне сприйняття здоров'я чиновниками, страховиками та лікарями серед застрахованого населення. плюси і мінуси медичного страхування.

Іншими словами, залишаються невирішеними такі питання.

1. Невизначеність правового статусу та перспектив медичного страхування на національному рівні.

2. Низькі доходи українців привели до того, що невелика кількість співвітчизників завчасно подбала про своє здоров'я.

3. Висока вартість поліса унеможлиблює його отримання для більшості страхувальників.

4. Якість медичної допомоги в медичних закладах низька, а умови проживання пацієнтів погані.

5. Відсутність нагромадженого досвіду проведення медичного страхування у вітчизняних страхових компаній [76].

Вирішення всіх цих проблем вимагає часу, грошей і відповідних фахівців. Головна роль у вирішенні зазначених проблем відводиться державі. Координація політики, спрямована на розробку єдиної стратегії медичного страхування, залишається важливою проблемою для країн. Серед них була б продумана державно-територіальна цінова політика, оскільки їх штучне страхування медичних послуг знижує якість медичної допомоги населенню. Але це має підтримувати відповідність між темпами зростання доходів, показниками здоров'я населення та особистого населення та темпами зростання

цін на охорону здоров'я. Регулювання цін має здійснюватися економічно, уникаючи запровадження штучних обмежень та адміністративного тиску.

Для конкретного вирішення даних проблем потрібно.

1. Прийняти Закон «Про медичне страхування», який має регулювати відносини між суб'єктами медичного страхування і буде основою для розробки нормативного забезпечення договірних відносин між страховиками, виробниками медичних послуг.

2. Розробити класифікатор медичних послуг, що дасть змогу чітко виділити ті медичні послуги, які надаються безоплатно в рамках базової програми державних гарантій, решта за рахунок ДМС або власних коштів пацієнтів.

3. Організувати для комерційних страховиків та медичних закладів конкурентне середовище.

4. Розробити механізм застосування штрафних санкцій до медичних закладів за неякісно надані медичні послуги.

5. Створити незалежні органи контролю якості медичної допомоги та органи контролю використання коштів медичного страхування на рівні страховиків та надавачів медичних послуг [33].

Таким чином, враховуючи усе зазначене вище можемо стверджувати, що медичне страхування треба розглядати як систему правових, економічних та організаційних заходів, спрямованих на компенсацію та зниження ризику втрати здоров'я фізичними особами внаслідок хвороби та забезпечення реалізації цивільно-правових механізмів компенсації, пов'язана з медичним обслуговуванням, і є механізмом забезпечення державою громадської безпеки

Окрім уведення страхової медицини, можливі й інші варіанти більш широкого використання додаткових джерел фінансування охорони здоров'я:

– можливе введення цільового податку на тютюнові і алкогольні вироби, що можна також трактувати як часткову оплату споживачів цих товарів за додаткову медичну допомогу, яка потенційно необхідна для нейтралізації загрози їх здоров'ю;

- іншим варіантом уведення вище обумовленого податку є виділення у складі акцизного податку цільової частини для охорони здоров'я;
- надання державних гарантій іноземним компаніям фармацевтичної і медичної промисловості з метою залучення інвестицій, також розвитку приватного підприємництва в охороні здоров'я [87].

Одним із можливих дієвих інструментів покращення фінансування комунальних некомерційних підприємств є отримання грантів. Грант – це безповоротні кошти, які надаються юридичним і фізичним особам для здійснення діяльності, яка є неприбутковою та прописана у апікаційній формі (пропозиції), затвердженій грантодавцем. Будь-який проект проходить різні етапи реалізації, що становить його життєвий цикл, який включає у себе наступні фази: діагностика, ідентифікація, подання заявки, затвердження, реалізація, евалюація [33].

Актуальність проекту визначає його мета, яка є узгодженим баченням майбутнього для отримання очікуваних змін у суспільстві завдяки його виконанню (як приклад, отримання медичним закладом гранту на протезування та щелепнолицеву реабілітацію військовослужбовців, які отримали вогнепальне поранення).

Процедура надання грантів проходить за результатами грантових програм-конкурсів, під час яких фандрайзер (особа, яка залучає грошові кошти та інші ресурси, які організація не може забезпечити самостійно та які є необхідними для реалізації певного проекту або своєї діяльності у цілому) подає заявку на отримання гранту. У випадку перемоги у конкурсі фандрайзер отримує кошти для реалізації проекту [87].

Отже, головною умовою отримання гранту є позитивна рецензія на заявку. Заявка є письмовим зверненням із проханням щодо надання гранту. Вона необхідна для того, щоб переконати організацію надати допомогу на розвиток певного проекту. Заявка має містити план оцінки ефективності проекту та механізм оцінки його результатів, зазначати, що медичний заклад професійної відповідально підходить до його виконання. Отже, для того, аби

заявка виконала свою роль – отримала ресурси для реалізації проекту, потрібно правильно та чітко для сприйняття грантодавцем її написати [4]

Вагомим завданням є подальший розвиток системи інформатизації охорони здоров'я. Оскільки, на даний час, система інформатизації охорони здоров'я характеризується досить низьким рівнем сумісності інструментарію, недосконалістю інформаційної інфраструктури та взаємодії між загальнодержавними реєстрами.

Сучасна електронна система охорони здоров'я, надасть змогу поступово підвищувати ефективність та прозорість медичної 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.

Також, враховуючи обмеженість державних фінансових ресурсів вагомим завданням є оптимізація архітекtonіки бюджетних видатків на охорону здоров'я, що передбачає:

- підтримку оптимального обсягу і структури видатків на охорону здоров'я на реалізацію функцій і зобов'язань постійного характеру з урахуванням актуальних соціальних реалій;

- стимулювання головних розпорядників бюджетних коштів до пошуку внутрішніх резервів оптимізації державних фінансових ресурсів з метою

забезпечення фінансування пріоритетних напрямків фіскальної політики як складової економічного розвитку;

– забезпечення модернізації механізму фінансування сфери охорони здоров'я, застосування альтернативних інструментів щодо досягнення цілей державної політики у сфері охорони здоров'я [12].

Необхідне формування єдиної системи оцінки ефективності заходів державної політики у сфері охорони здоров'я як складової суспільного розвитку.

### **3.2. Впровадження державно-приватного партнерства в медичній сфері**

Шляхом запровадження страхової медицини як альтернативної моделі організації охорони здоров'я в нашій країні, повинно стати державно-приватне партнерство, що здатне забезпечити залучення до системи соціального страхування додаткових фінансових ресурсів, і, разом з тим, дієвий контроль за цільовим використанням наявних коштів. В теперішній час країнах Європи і світу чітко визначилася тенденція до зменшення участі держави і збільшення участі приватних страховиків в забезпеченні соціального і, зокрема, медичного захисту населення [16].

Дефіцит бюджетних коштів спонукає до пошуку альтернативних джерел фінансування охорони здоров'я. У світі таким найчастіше стає механізм державно-приватного партнерства (ДПП). Ключовими перевагами є можливість залучення коштів приватних інвесторів для розвитку державних і комунальних закладів охорони здоров'я, збереження майна в комунальній або державній власності (діє пряма заборона на приватизацію), передання новопроданих і придбаних у рамках ДПП об'єктів у державну чи комунальну власність, підвищення якості медичних послуг для населення, а також підвищення заробітної плати для медичних працівників. Світова практика ДПП підтверджує унікальність його застосування, що зумовлено особливостями побудови



механізму фінансування та організації системи охорони здоров'я, тенденціями економічного розвитку, структурою й організацією правової системи у країні, рівнем децентралізації й автономності управління закладами охорони здоров'я.

Незважаючи на наявність досвіду застосування довгострокового ДПП у сфері транспорту, енергетики, будівництва та утилізації відходів, який мали країни з низьким і високим рівнем доходів, партнерські відносини держави і приватного сектору в галузі охорони здоров'я налагоджувалися більш обережно і стосувалися переважно покращення інфраструктури медичних закладів та надання доклінічних та клінічних послуг [42].

Слід зазначити, що попри наявний досвід застосування ДПП, на даний час у науковій спільноті і серед практиків не існує загальноприйнятого визначення ДПП. Їхні думки розходяться також відносно того, які моделі підходять під визначення ДПП, а які ні [12]. В основному цей термін, як правило, використовується для опису довгострокового контракту між державною та приватним сектором, за допомогою якого два їх суб'єкта є партнерами у наданні державних послуг. Такі довгострокові відносини між державою і приватним сектором дають можливість обом сторонам скористатися сильними сторонами партнерства, використовуючи можливості один одного [102].

Характерними особливостями, які відрізняють ДПП від інших форм співробітництва держави з приватним сектором є: довгостроковий характер договорів ДПП (як правило, більше 5 років); розподіл ризику між державним і приватним партнером; наявність в договорах взаємно узгоджених показників ефективності; незмінне право власності держави на свої активи (будівлі, обладнання) наприкінці дії договору.

Враховуючи подібні особливості, більшість договорів ДПП в сфері охорони здоров'я підпадає під три загальні категорії:

– договори ДПП, які задовольняють потреби системи охорони здоров'я шляхом будівництва та подальшої експлуатації збудованих об'єктів, зокрема для надання доклінічних або клінічних послуг;

– договори ДПП, які орієнтовані на надання самостійних клінічних послуг;

– договори ДПП, які пропонують комплекс клінічних послуг, передбачають будівництво нової або реконструкцією існуючої інфраструктури [12].

Таким чином договори ДПП спрямовані на вирішення проблем системи охорони здоров'я, викликаних:

- потребами в новій або модернізованій інфраструктурі;
- обмеженнями бюджетних коштів;
- потребами в покращенні управлінських навичок для підвищення якості та економічної ефективності надання медичної допомоги;
- потребами в більш міцних та ефективних ланцюгах закупівель і поставок;
- потребами в додаткових послугах/навичках (наприклад, спеціальні послуги) або розширення можливостей обслуговування [93].

В той же час, у партнерстві з приватним сектором за допомогою договорів ДПП уряди отримують доступ до більш гнучких та інноваційних методів і технологій, що дозволяє їм розширити власні потенційні можливості та підвищувати якість надання послуг. Крім того, вони отримують доступ до нових джерел фінансування та мають можливість розділити ризики з приватним сектором, наприклад, щодо вартості та термінів будівництва, при цьому оплата утримується до повного відкриття та експлуатації об'єкта. Для приватного сектора ДПП надає можливість отримати доступ до нових ринків з меншими ризиками, а також дозволяє диверсифікувати свої інвестиції та портфель надання послуг [86].

Здебільшого контракти ДПП у сфері охорони здоров'я укладалися для вирішення одного або кількох із наступних шести завдань:

- фінансування або співфінансування проекту (Finance);
- розробка проекту, включаючи проектування інфраструктури та моделі надання допомоги (Design);

- будівництво або реконструкція об'єктів, включених до проекту (Build);
- обслуговування технічної інфраструктури (об'єктів, а також обладнання, якщо це необхідно) (Maintain);
- постачання відповідного обладнання, ІТ та надання/керування доклінічними послугами (Operate);
- надання та управління певними клінічними та клінічними послугами підтримки (Deliver) [16; 86; 102].

У більшості договорів ДПП реалізація даних завдань відбувається за трьома моделями:

1. Інфраструктурна модель, За даною моделлю здійснюється будівництво або оновлення інфраструктури закладів охорони здоров'я.
2. Модель дискретних клінічних послуг передбачає збільшення або розширення можливостей з надання послуг.
3. Інтегрована модель ДПП. Дана модель забезпечує реалізацію в комплексі розбудову інфраструктури та надання послуг [12; 42].

Рішення державного партнера щодо того яку модель слід використовувати зумовлюється переважно місцевими потребами охорони здоров'я, політичними та соціальними факторами:

1. Основними цілями інфраструктурної моделі є:
  - підвищення спроможності інфраструктури системи охорони здоров'я надавати якісні медичні послуги;
  - будівництво або реконструкція інфраструктури державних медичних закладів;
  - надання державному сектору доступу до фінансових ресурсів, необхідних для реалізації великих інфраструктурних проектів [86].

Інфраструктурна модель ДПП є найбільш актуальною у випадках коли державному партнеру за браку бюджетних коштів потрібно будувати інфраструктуру, або коли йому не вистачає досвіду чи знань для управління масштабними інфраструктурними проектами.

Дана модель ДПП передбачає укладання уповноваженим державним органом та приватним партнером контракту на будівництво або реконструкцію інфраструктури державних медичних закладів, яким передбачається відповідальність приватного партнера за підтримку інфраструктури протягом усього терміну дії контракту. Контракти за цією моделлю зазвичай є довгостроковими і укладаються на 25 – 30 років. Після їх завершення все державне майно та ресурси, які були передані за договором приватному партнеру, повертаються державному партнеру [16].

Контракти ДПП за інфраструктурною моделлю передбачають, що приватний партнер бере на себе усі ризики з проектування та будівництва, за перевищення витрат на будівництво та технічне обслуговування, а також за затримку терміну завершення проекту. Означені ризики стимулюють приватного партнера завершити будівництво або реконструкцію вчасно та в межах бюджету.

Державний партнер відшкодовує приватному партнеру вартість будівництва шляхом амортизованого щорічного платежу протягом терміну дії контракту разом із платежем за технічне обслуговування. Це дозволяє приватному партнеру скористатися можливостями довгострокового боргового фінансування, що робить проект більш доступним для всіх учасників [12].

Слід зазначити, що дана модель ДПП має певні вади так як при реалізації проектів будівництва чи реконструкції для зменшення витрат і термінів реалізації вони розробляються на основі стандартних або існуючих шаблонів, тому можуть не стимулювати до конструктивних інновацій, які би покращили надання пацієнтам медичних послуг, а збудовані об'єкти можуть не відповідати потребам пацієнтів [86].

2. Друга модель ДПП, модель дискретних клінічних послуг використовується для:

- покращення управління наданням найбільш затребуваних клінічних послуг;
- покращення якості та доступу до конкретних клінічних послуг;

– залучення приватного сектора до надання доклінічних послуг [12].

Згідно з даною моделлю ДПП приватний партнер несе в першу чергу відповідальність за:

- фінансування або співфінансування капітальних витрат;
- обслуговування обладнання, необхідного для надання конкретних клінічних послуг;
- управління та надання конкретних клінічних послуг; у певних випадках включає постачання обладнання [42].

Контракти ДПП з дискретними клінічними послугами передбачають надання приватним партнером конкретних клінічних або пов'язаних з ними послуг, які зазвичай надаються в державних медичних закладах. Дані типи контрактів можуть охоплювати різного роду послуги, включаючи лабораторні, діагностичні, діалізні та інші спеціалізовані послуги. Контракти та управління ними зосереджені перш за все на кількісних показниках: кількості наданих послуг або охоплених пацієнтів. Подібні контракти зазвичай коротко- та середньострокові (менше 10 років), але можуть продовжуватися [12].

Контракти ДПП із дискретними клінічними послугами застосовується у випадках обмежених можливостей державних медичних закладів щодо їх надання, наприклад, через відсутність доступу до сучасних діагностичних послуг за допомогою високоякісних пристроїв, таких як КТ та МРТ.

При наявності структурованих з чіткими показниками ефективності контрактів ДПП із дискретними клінічними послугами вони несуть у собі менші ризики для державного партнера та забезпечують приватним партнерам доступ до надання державних послуг, відкриваючи цим шлях для більш складних інтегрованих моделей ДПП. Крім того, дана модель ДПП стимулює конкуренцію та усуває обмеження в державному секторі охорони здоров'я.

3. Інтегрована модель ДПП поєднує у собі комплекс завдань перших двох моделей ДПП. За даною моделлю ДПП приватний партнер відповідає за: проектування об'єктів на основі вимог державного партнера; будівництво нових або реконструкція існуючих об'єктів; фінансування або

співфінансування капітальних витрат; технічне обслуговування твердого обладнання та обладнання, якщо це необхідно; управління та надання доклінічних послуг; включаючи постачання обладнання, якщо це необхідно; управління та надання послуг клінічної допомоги та клінічної підтримки [16].

На додаток до покращення або розширення інфраструктури закладу, ця модель використовує досвід приватного сектору в управлінні наданням стаціонарних та амбулаторних клінічних послуг, часто включаючи нові послуги. Інтегрована модель ДПП є найскладнішою з усіх моделей ДПП.

Одним із прикладів застосування інтегрованої моделі ДПП в Україні є запропонований міською радою Львова проект створення Центру діагностичної візуалізації та/або розгалуженої мережі діагностичних відділень, які обслуговуватимуть ЛШМД та інші лікарні за допомогою хабової моделі (рис. 3.3).



Рис. 3.3. ДПП з медичної (діагностичної) візуалізації [72]

Передбачається, що Центр забезпечуватиме необхідний спектр послуг діагностичної візуалізації, певна частина яких буде інтерпретуватися за допомогою ІТ-рішень телемедици.

Передбачається також, що державний партнер: забезпечує доступ до центру, його підключення до комунальних служб; оплачує медичні послуги для державних пацієнтів; видає направлення. До завдань приватного партнера

входить: проектування; фінансування; будівництво та обладнання центру; набір і підготовка персоналу; експлуатація та обслуговування центру; за узгодженими параметрами якості та часу виконання, цілодобове надання послуг, які фінансуються з державного бюджету; концентрація результатів діагностичної візуалізації в центрі [17].

Незважаючи на те, що на сьогодні у сфері охорони здоров'я інтегрована модель ДПП є найменш поширеною з розглянутих трьох моделей ДПП, вона відкриває значні можливості для країн, які прагнуть впровадити реформу охорони здоров'я, так як ставить більший акцент на управлінні, вартості та якості надання клінічних послуг. Очевидно, що інтегровані ДПП мають найвищий потенціал для покращення клінічних показників, однак вони також дуже складні, і урядам потрібно буде оцінити свої можливості для управління та мати політичну волю для підтримки таких проектів, перш ніж приступати до їх реалізації.

Огляд різних моделей ДПП у сфері охорони здоров'я та окремих прикладів їх застосування дає кілька ключових уроків та рекомендацій щодо умов і міркувань, які дозволяють або загрожують успіху проектів ДПП [93].

Перша за все слід мати на увазі, що перехід від державного до приватного управління для керівного складу та медичного персоналу державних закладів є нелегким але важливим. Перед застосуванням тієї чи іншої моделі необхідно отримати достовірну інформацію про поточні та прогнозовані потреби та витрати на охорону здоров'я, окреслити коло зацікавлених осіб у конкретному проекті ДПП. Не менш важливим є наявність політичної волі до змін та готовність до певних ризиків, впроваджуючи той чи інший проект ДПП, а також розробленої необхідної нормативно-правової бази. Прийняття рішення щодо започаткування проекту ДПП має бути прозорим для суспільства і зацікавлених у проекті учасників і відповідати національній та місцевій стратегії охорони здоров'я.

Особливо важливим для проектів ДПП в сфері охорони здоров'я є визначення чи встановлення чітких показників для вимірювання клінічної

ефективності та впливу результатів ДПП, які за згодою сторін можуть складати офіційну оцінку проекту, як складової контракту [12].

Драйверами, які відображають тенденції розвитку ДПП в охороні здоров'я, є підвищення ефективності та якості надання державних послуг; прискорення інвестицій в інфраструктуру; використання ефективності приватного сектора; механізм розподілу ризиків; співвідношення ціни та якості для державного сектора; фіскальне середовище; реформа державних закупівель та галузей постачання [102].

Розвиток взаємодії державного і приватного секторів дозволить поліпшити ситуацію у сфері охорони здоров'я шляхом оптимізації бюджетних витрат, підвищити ефективність використання ресурсів та управління, створити умови для підвищення якості надання медичної допомоги, стабільності функціонування всієї системи.

### **3.3. Удосконалення управління формуванням та розвитком трудових ресурсів закладів охорони здоров'я**

Ефективний механізм формування та розвитку професійної компетентності медичних працівників забезпечує досягнення головної мети функціонування медичної організації – зростання конкурентоспроможності на основі підвищення якості надання медичних послуг. В результаті виникає необхідність вбудовування стратегії управління кадровим потенціалом підприємства охорони здоров'я в загальну стратегію його розвитку, а значить, необхідність сполучення напрямків кар'єрного зростання окремих співробітників з цілями розвитку організації.

При цьому виникає задача розробки таких інструментів, які б забезпечували управління розвитком кадровими ресурсами як єдиної системи в рамках загальної мети зростання конкурентоспроможності організації. Сполучення індивідуальних планів навчання зі стратегією його кар'єрного зростання та стратегією розвитку кадрового потенціалу організації має



здійснюватися в рамках цільового блоку механізму формування та розвитку професійних компетенцій працівника. З цією метою вважаємо за доцільне впровадження в практику управління формуванням та розвитком кадрового потенціалу підприємств охорони здоров'я в якості базового інструменту планування і контролю таких інструментів:

- стратегічної карти розвитку кадрового потенціалу організації;
- дорожньої карти професійного розвитку працівника [40].

Стратегічна карта розвитку кадрового потенціалу організації являє собою інструмент ефективного управління кадровим потенціалом на основі планування його кількісних та якісних параметрів у прив'язці як до стратегії розвитку медичного закладу, так до цілей модернізації сфери охорони здоров'я в цілому. Вона формується з орієнтацією на реалізацію потенційних конкурентних переваг медичної організації, а також лімітують фактори реалізації даних переваг, які визначаються недостатнім рівнем розвитку кадрового потенціалу [73].

Слід вказати, що процес управління кадровим потенціалом може розглядатися як усвідомлене цілеспрямоване здійснення динамічних змін в даному потенціалі, при якому трудові ресурси організації, володіючи деякими вихідними характеристиками і певною цілісністю, мають властивість трансформуватися під впливом різних факторів. Стратегічна карта дозволяє чіткіше позначити поставлені цілі розвитку кадрового потенціалу медичної установи та відповідно визначити найбільш ефективні методи і засоби їх досягнення. Схематично стратегічна карта розвитку кадрового потенціалу підприємства охорони здоров'я представлена на рис. 3.4.

Розглянемо докладніше процедуру формування стратегічної карти розвитку кадрового потенціалу та наведемо модельне подання такої карти стосовно медичній установі. Процес розробки повинен починатися з аналізу стратегічного плану розвитку медичного закладу та формування дерева цілей. Аналіз слід проводити на основі поєднання уявлень про потреби в підвищенні якості надання медичних послуг даної організації і про сучасні тенденції в

сфері медицини. Одночасно слід визначити вимоги до персоналу (кваліфікація, наявність певних компетенцій, наукові досягнення та інші.), які повинні бути забезпечені для досягнення поставлених цілей розвитку.



Рис. 3.4. Схематичне уявлення стратегічної карти розвитку кадрового потенціалу підприємства охорони здоров'я [17]

Важливо підкреслити, що основними факторами, що визначають потребу в медичних кадрах певної спеціальності, є демографічні, а також збільшення поширеності хронічних захворювань, в тому числі, під впливом екологічних факторів. Крім того, потреби населення в певних видах медичних послуг можуть визначатися та іншими факторами, пов'язаними з новими принципами надання послуги, зростаючими вимогами населення до якості медичного обслуговування [73].

Потім слід проаналізувати стан кадрового потенціалу організації на поточний момент часу та зіставити наявні характеристики трудових ресурсів з необхідними. На підставі такого зіставлення формується перелік змін, які необхідно реалізувати для досягнення бажаного стану кадрового потенціалу, а також оцінити попередні фінансові витрати на реалізацію необхідних заходів. Це робиться для того, щоб або виключити ті заходи, які не є досяжними з фінансової точки зору, або намітити заходи щодо залучення додаткових джерел фінансування, або скорегувати стратегію розвитку медичної організації. Одночасно слід визначити тимчасові горизонти реалізації можливих змін, щоб мати можливість вибудувати тимчасові контури стратегічних заходів. Для

документального оформлення даного етапу рекомендується використовувати форму, наведену в табл. 3.1.

Таблиця 3.1

**Аналіз відповідності кадрового потенціалу медичної установи  
стратегічним орієнтирам розвитку компанії [92]**

Стратегічний період реалізації	Стратегічні напрями розвитку	Вимоги до якості трудових ресурсів (перелік кількісних та якісних показників)	Характеристика поточного стану трудових ресурсів (перелік кількісних та якісних показників)	Відхилення в стані трудових ресурсів	Заходи по доведенню стану трудових ресурсів до бажаного	Фінансові витрати на реалізацію заходів
Короткостроковий (1-2 роки)						
Середньостроковий (від 3 до 5 років)						
Довгостроковий (Більше 5 років)						

Наступним етапом формування стратегічної карти розвитку кадрового потенціалу медичної установи є розробка плану заходів (дерево рішень), які дозволяють задовольнити потребу в необхідному персоналі як шляхом найму на роботу нових співробітників, так і на основі підвищення кваліфікації, перепідготовки існуючих. Горизонт планування має охоплювати як найближчу перспективу (1-2 роки), так і стратегічну (більше 5 років). На найближчий та середньостроковий період, даний план заходів може бути підготовлено з конкретними медичними працівниками. Для довгострокової перспективи це може бути важко. В такому випадку, визначаються загальні напрямки реалізації програм підготовки, перенавчання в прив'язці не до конкретних працівників, а до посад або структурних підрозділів. Дані напрямки конкретизуються за формами: перенавчання, стажування, цільової підготовки фахівців тощо.

Після того, як визначені основні напрямки розвитку кадрового потенціалу, слід здійснити вибір освітніх програм та організацій, що забезпечують їх реалізацію. В рамках функціонування науково-освітнього кластера (підприємство охорони здоров'я та заклад вищої освіти) дана задача значно полегшується. За сукупністю планів розвитку кадрового потенціалу можлива розробка спеціалізованих програм додаткової освіти, організація проведення тематичних конференцій та інших найбільш затребуваних сферою охорони здоров'я регіону заходів. При цьому реалізація таких заходів буде проводитися на системній основі. Результати реалізації зазначених етапів зводяться в форму, подану у вигляді таблиці 3.2, що представляє собою стратегічну карту розвитку кадрового потенціалу медичної установи.

Таблиця 3.2

**Стратегічна карта розвитку кадрового потенціалу  
підприємства охорони здоров'я [40]**

Заходи	Виконавці		Період реалізації	Очікуємий результат	Відповідальний за виконання
	Співробітники	Організації - партнери			
20_р.					
1					
п					
20_р.					
1					
п					
20_р.					
1					
п					
Цільові показники					
Показник	1 рік	2 рік	3 рік		п- рік
1					
2					
3					

Деталізований опис стратегічної карти за доцільне складати на термін 1-2 роки, оскільки на більш тривалий період часу він так чи інакше буде істотно змінюватися за виконавцями, за змістом реалізованих освітніх програм. Тому

для довгострокового періоду досить буде вказати основні напрямки розвитку кадрового потенціалу організації.

Стратегічна карта розвитку кадрового потенціалу медичної установи дозволяє наочно, в логічній послідовності уявити зміст його кадрової політики, а також сформуванню конкретний дерево цілей і дерево рішень щодо реалізації даної політики. Тим самим, підвищується прозорість здійснюваних в рамках кадрової політики управлінських рішень для працівників усіх рівнів управління, що в значній мірі підвищує ефективність її реалізації [78].

Етапність вирішення завдань формування стратегічної карти розвитку кадрового потенціалу організації представлена у вигляді схеми на рис. 3.5.

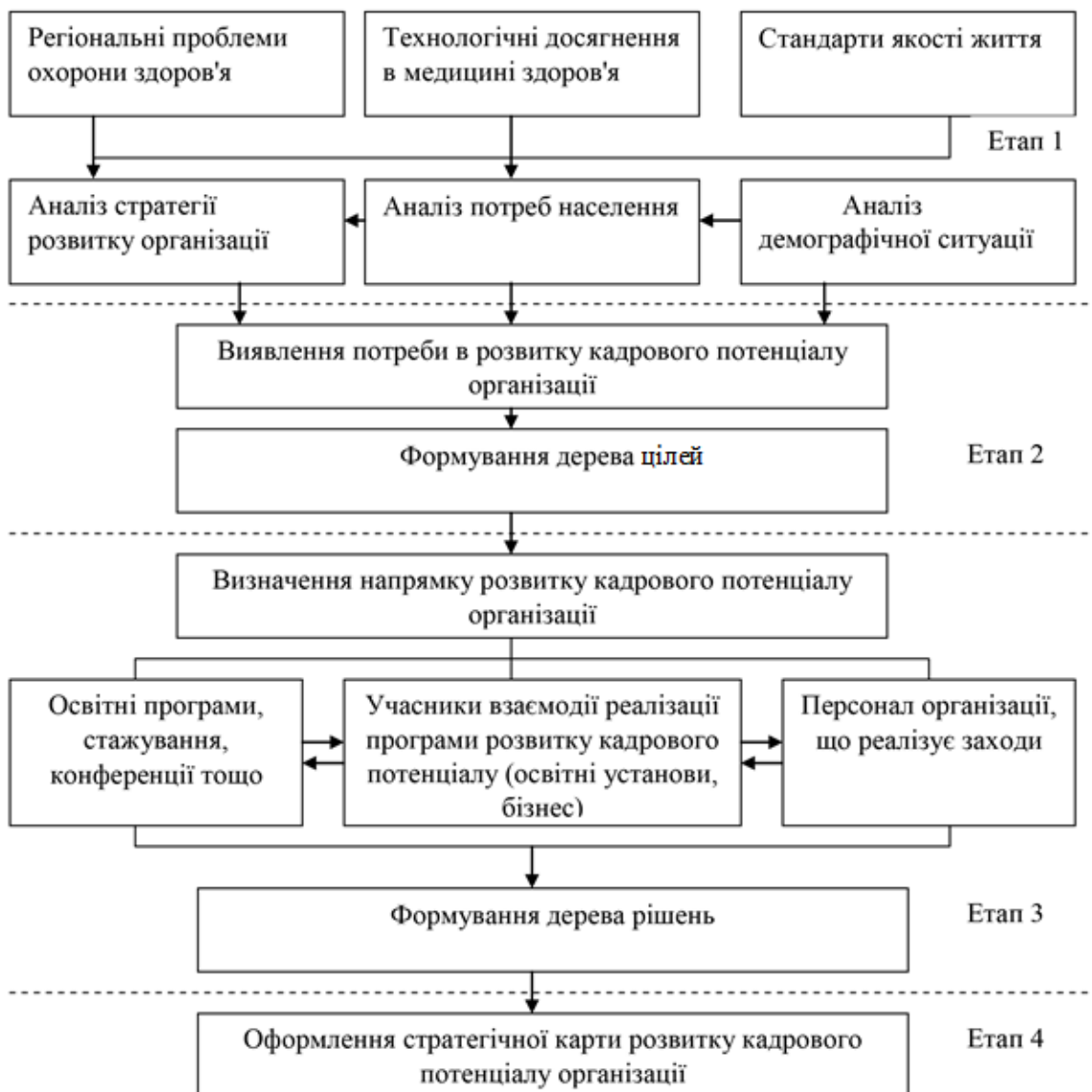


Рис. 3.5. Етапність вирішення завдань формування стратегічної карти розвитку кадрового потенціалу організації [10]

Дорожні карти професійного розвитку працівника формуються з урахуванням стратегічної карти розвитку кадрового потенціалу медичного закладу. Дорожня карта професійного розвитку працівника являє собою специфічний інструмент управління трудовим потенціалом організації, що забезпечує завдання такого напрямку вектора професійного розвитку працівника, яке забезпечує узгодженість особистих потреб, пов'язаних з кар'єрними аспектами працівника і його професійним розвитком, зі стратегічними орієнтирами розвитку медичного закладу.

У них відображаються:

– основні цілі в сфері професійного розвитку працівника у вигляді загального опису основних функціональних областей, де необхідно розширення рівня професійної конкурентоспроможності;

– очікуваний результат, для чого розробляється дорожня карта, що включає опис конкретних знань, умінь та ключових компетенцій працівника в даній функціональній області;

– технології, методи, засоби розвитку необхідних складових професійної компетентності працівника [5].

Беручи до уваги, що в рамках систем неперервної професійної освіти акредитація дається працівнику на 5 років, протягом яких він повинен реалізувати індивідуальний план навчання, передбачається, що дорожня карта також має розроблятися на у років. Важливою умовою цілеспрямованого формування певної якості трудових ресурсів медичної установи в рамках управління його кадровим потенціалом є узгодженість ділової кар'єри працівника зі стратегією та планами розвитку організації.

Для забезпечення узгодженості дорожньої карти професійного розвитку працівника зі стратегічної картою розвитку кадрового потенціалу організації в ній необхідно «закласти» такі показники, які дозволяють надати траєкторії професійного зростання формальні рамки з метою забезпечення планування та контролю процесу нарощування якості робочої сили медичного закладу.

Зокрема, мова йде про наступні показники: довжина маршруту – кількість професійних позицій (посад) на шляху від початку руху до розглянутої найвищої (кінцевої) точки руху; тривалість кожного етапу – період часу, необхідний для отримання необхідних професійних компетенцій або досягнення певного рівня професійної конкурентоспроможності [17].

Безумовно, дана карта не є жорстко заданим «маршрутом» професійного руху працівника і може бути скоригована як з урахуванням зміни особистих мотивів працівника, так і відповідно до змін цільових установок розвитку медичного закладу.

Безумовно, змістовне наповнення дорожніх карт професійного розвитку визначається працівником самостійно, а необхідність її сполучення зі стратегічним планом розвитку кадрового потенціалу організації носить рекомендаційний характер. Цілком можливо, що медичний працівник планує розвиток своєї кар'єри відповідно до особистих уявлень, які можуть не завжди відповідати планам вищого керівництва. Тому після заповнення працівниками своїх дорожніх карт слід проаналізувати, якою мірою вони взаємопов'язані зі стратегічної картою розвитку кадрового потенціалу організації. Слід зазначити, що така орієнтація системи управління розвитком кадрового потенціалу медичної організації дозволить не тільки забезпечити формування заданих якісних характеристик трудових ресурсів, а й забезпечить формування кадрового резерву, що сприяє зростанню конкурентного потенціалу підприємства охорони здоров'я в цілому [92].

Структурний взаємозв'язок процесів формування та розвитку професійних компетенцій працівника в рамках загальної стратегії розвитку медичного закладу, а також відповідно до цілей модернізації сфери охорони здоров'я наведено на рис. 3.6.

Слід зауважити, що аналіз виконання напрямків та заходів стратегічної карти розвитку кадрового потенціалу повинен проводитися щорічно. За результатами даного аналізу вона може коригуватися з урахуванням невиконання тих чи інших її параметрів, а також в результаті необхідності

врахування зовнішніх факторів, постановки нових цілей розвитку. Крім того, в стратегічну карту розвитку кадрового потенціалу можуть бути внесені зміни за результатами аналізу дорожніх карт професійного розвитку працівників: змінено склад кадрового резерву, скорочені або продовжені терміни виконання окремих етапів тощо. Коректуватися може не тільки стратегічна карта розвитку кадрового потенціалу медичної установи, але і дорожні карти професійного розвитку працівників [40].



Рис. 3.6. Структурний взаємозв'язок процесів формування та розвитку кадрового потенціалу закладу сфери охорони здоров'я [40]

Причиною зміни змісту та напрямків професійного розвитку медичних працівників може бути зміна стратегічних орієнтирів розвитку медичної організації, зміна складу учасників науково-освітнього кластера, а також зміна особистих цілей співробітника.

Узагальнюючи вищевикладене, представимо в систематизованому вигляді інструментарій управління формуванням та розвитком професійних компетенцій медичних працівників (табл. 3.3).



**Інструменти управління формуванням та розвитком професійних  
компетенцій медичних працівників [78]**

Структурний блок управління	Інструментарій	Завдання, що вирішуються
Цільовий блок	Стратегічна карта розвитку кадрового потенціалу організації	Планування кількісних і якісних параметрів розвитку кадрового потенціалу в прив'язці до стратегії розвитку медичного установи
	Дорожня карта професійного розвитку працівника	Завдання траєкторії розвитку ділової кар'єри працівника, що забезпечує узгодження особистих потреб зі стратегічними орієнтирами організації
Суб'єктно-об'єктний блок	Цільова підготовка фахівців	Задоволення потреби в кадрах відповідно до стратегічних орієнтирів розвитку організації..
Процесно-функціональний блок	Бланк опитування експертів при проведенні процедури оцінки професійної компетентності працівника	Проведення процедури оцінки професійної компетентності працівника
	Бланк оцінки відповідності кадрового потенціалу медичної установи стратегічним орієнтирам розвитку	Виявлення «вузьких» місць підвищення конкурентоспроможності організації, пов'язаних з недостатнім рівнем розвитку кадрового потенціалу
	Процедури розробки стратегічної карти розвитку кадрового потенціалу організації	Забезпечення узгодження кар'єрних інтересів працівника та стратегії розвитку організації
Результативно-діагностичний блок	Матриця оцінки рівня професійної компетентності працівника	Визначення орієнтованості рівня знань, умінь і навичок працівника на ринкову затребуваність
	Трикомпонентний показник профілю професійної компетентності працівника	Визначення відповідності рівня компетентності працівника встановленим критеріям
	Пелюсткова модель профілю професійної компетентності	Визначення відповідності рівня компетентності працівника встановленим критеріям

Таким чином, розроблений інструментарій дозволяє реалізувати комплексне управління формуванням та розвитком кадрового потенціалу підприємства охорони здоров'я в цілому як основного компонента його модернізаційного потенціалу в найбільш повній відповідності з цілями стратегічного розвитку організації та системи охорони здоров'я в цілому.

## ВИСНОВКИ

За результатами проведеного дослідження можна зробити наступні висновки:

1. У роботі розкрито сутність ресурсів підприємств охорони здоров'я, встановлено що ресурси є найважливішою складовою господарської діяльності будь-якого підприємства. Від їх кількості та якості залежить ефективність функціонування та розвитку кожного суб'єкта господарювання. Економіка ресурсів полягає в залученні необхідних і достатніх ресурсів для досягнення поставлених цілей, з'єднанні їх у виробничу силу, обґрунтованому та збалансованому розподіленні між основними напрямками діяльності для отримання доходів, що перевищують витрати на ресурси. Мати достатні ресурси для підприємств означає мати у своєму розпорядженні необхідні можливості за певних умов для свого розвитку і нормального функціонування відповідно до поставленої мети.

У класичному розумінні – ресурси це ті природні й соціальні сили, що можуть бути залучені у виробництво, у процес створення товарів, послуг та інших цінностей. А ресурсне забезпечення це можливість підприємства забезпечити свою діяльність необхідною кількістю та набором ресурсів для досягнення позитивного економічного ефекту в певний момент часу

Встановлено, що існує велика кількість різних ресурсів, тому вчені вдаються до певних їх класифікацій, серед яких найчастіше використовується поділ ресурсів на чотири групи: матеріальні, трудові, фінансові та інформаційні ресурси.

В залежності від сфери діяльності суб'єктів господарювання (а у нашому випадку це заклади охорони здоров'я) формування ресурсів підприємства має певні особливості.

Матеріальні ресурси охорони здоров'я – це ресурси в матеріально-речовій формі, що дозволяють надавати медичні послуги та виробляти медичні товари,

це сукупність засобів і предметів праці, якими володіє і користується охорона здоров'я як галузь соціального сектора економіки

Фінансові ресурси в галузі охорони здоров'я – це сукупність коштів, які можуть мати як фондову, так і нефондову форму, формуються за рахунок коштів державного й місцевого бюджетів, підприємств усіх форм власності, організацій і окремих громадян, перебувають у розпорядженні установ охорони здоров'я на правах оперативного управління та використовуються для задоволення потреб суспільства в охороні здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги й послуг медичного характеру.

Бюджетні кошти є важливим (переважним) джерелом фінансування діяльності закладів охорони здоров'я які надають можливість громадянам безкоштовно отримувати медичне обслуговування, медичні послуги та деякі соціальні пільги. Проте, іншим джерелом фінансування діяльності закладів охорони здоров'я виступають кошти підприємств, організацій, населення. Отже, фінансові ресурси галузі охорони здоров'я формуються з державних і недержавних коштів.

Трудові ресурси – це сукупність осіб, що працюють на певному підприємстві і вкладають свій труд, фізичні та розумові здібності, знання та навички в проведення господарсько-фінансової діяльності підприємства, реалізацію його статутних завдань

Інформаційні ресурси в охороні здоров'я – це паперові, електронні чи інші носії інформації про здоров'я населення та діяльності закладів охорони здоров'я, що містяться в бібліотеках, архівах, фондах, файлах, базах даних та інших інформаційних джерелах

2. На сьогодні, в Україні функціонує національна або державна модель системи охорони здоров'я, яка заснована на принципах загальної доступності і безоплатності. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування.

На основі територіально-адміністративного поділу України лікувально-профілактичну допомогу населенню надають на трьох рівнях. Перший рівень –

первинна медико-санітарна допомога, другий рівень – вторинна (спеціалізована) медична допомога і третій рівень – (високоспеціалізована) медична допомога.

Оперативне управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я здійснюють органи виконавчої влади спеціальної компетенції у галузі охорони здоров'я. (на державному рівні це Міністерством охорони здоров'я України).

Упродовж багатьох років в Україні функціонувала модель фінансування системи охорони здоров'я, яка передбачала спрямування бюджетних коштів переважно на утримання медичної інфраструктури. В той час, громадяни були обмежені у доступі до надання якісних медичних послуг, а заклади охорони здоров'я не 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 створення та запровадження нової моделі фінансування. Основним завданням реформи визначено перехід від постатейного фінансування медичних послуг до фінансування за результатами діяльності.

До числа основних змін, передбачених 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.

Згідно з даною реформою, держава коштами Державного бюджету України у межах програми медичних гарантій забезпечує фінансування необхідних медичних послуг та лікарських засобів. Органи місцевого самоврядування в межах своєї компетенції можуть фінансувати місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, зокрема щодо оновлення матеріально-технічної бази, капітального ремонту, реконструкції, підвищення оплати праці медичних працівників тощо.

Для здійснення державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення утворена Національна служба здоров'я України (НСЗУ) яка є єдиним національним замовник медичних послуг та лікарських засобів.

Важливим аспектом медичної реформи є реорганізація медичних закладів у комунальні некомерційні підприємства. Такі заклади можуть укладати договори з НСЗУ й отримувати пряме бюджетне фінансування за послуги з медичного обслуговування, а не медичну субвенцію із Державного бюджету. Медичні заклади, які уклали договір з НСЗУ, стали фінансово незалежними, можуть самостійно розпоряджатися своїм бюджетом, не обмежені тарифною сіткою чи штатним розписом.

Також, необхідно зазначити, що на ефективність розвитку систем охорони здоров'я значно впливають кадрові ресурси. Наявність достатньої кількості кваліфікованих та мотивованих медичних працівників є центральним фактором ефективності будь-якої системи охорони здоров'я.

3. Досліджено зарубіжний досвід ресурсного забезпечення підприємств медичної сфери який показав, що у світі існують три класичні моделі охорони здоров'я, що носять назви відповідно до імен їх авторів-розробників: Бісмарка, Семашко та Беверіджа. Ключовим фактором при формуванні зазначених моделей є диференціація за джерелами фінансування медичної сфери. Так, модель Бісмарка є моделлю, що ґрунтується на системі соціального страхування, модель Беверіджа – на системі державного забезпечення, система

Семашко – на опорі на чітку вертикаль управління та утримання системи установ (централізована система).

Проведений аналіз основних видів фінансування охорони здоров'я в різних країнах світу показав, що найбільш прийнятною для більшості країн є змішана форма фінансування. Доцільним є поєднання змішаної системи медичного страхування та фінансування з бюджету держави. Система охорони здоров'я, побудована на засадах змішаного медичного страхування, повинна відповідати принципам соціальної справедливості, забезпечуючи рівність і доступність медичних послуг достатньо високої якості для всіх громадян. Більшість країн шукають шляхи забезпечення базових мінімальних рівнів послуг і умов їх надання, однакових для всіх громадян.

4. Аналіз сучасного стану фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я показав, що протягом 2015 – 2018 рр. динаміка видатків на охорону здоров'я у видатках Державного бюджету України мала загальну тенденцію до зростання та коливалася у межах 2 %, тоді як у 2019 – 2020 рр. боротьба з COVID-19 призвела до майже трикратного збільшення цієї групи видатків.

Варто також відмітити, що при цьому відбулося скорочення видатків на охорону здоров'я у видатках місцевих бюджетів України (якщо протягом 2015 – 2019 рр. їх частка поступово зменшувалася на 3 – 5 % щорічно, то у 2020 – 2021 рр. інтенсивність цих процесів суттєво зросла, а скорочення склало майже 33 % та 45 % відносно рівня попереднього року відповідно).

Однак, аналіз цієї групи видатків у Зведеному бюджеті України показав, що питома вага цієї групи видатків є відносно стабільною і коливається за період від 9 % до 11,1 %. Таким чином, пандемія COVID-19 не спричинила такого критичного навантаження на Зведений бюджет України, як на Державний.

Належне фінансування системи охорони здоров'я в Україні задля забезпечення надання якісних медичних послуг для усіх громадян, підвищення оплати праці медичним працівникам є одним з основних пріоритетів Державного бюджету на 2022 рік. На розвиток галузі у бюджеті передбачено

192,5 млрд. грн., у тому числі на реалізацію Програми медичних гарантій – 157,5 млрд. грн.

Однак, розв'язана Російською Федерацією повномасштабна війна завдала значної шкоди системі охорони здоров'я (СОЗ) України. Йдеться про руйнування медичної інфраструктури, неможливість дотримання норм профілактики та лікування, брак медичних кадрів в деяких регіонах та порушення логістичних зв'язків, що перешкоджає вчасному та повному забезпеченню населення засобами медичного призначення

5. Аналіз забезпечення трудовими ресурсами в медичній сфері показав, що стан кадрового забезпечення системи охорони здоров'я України можна вважати задовільним, проте вже зараз у галузі спостерігаються деякі негативні тенденції, які вже в найближчому майбутньому можуть перерости у суттєві проблеми. Зокрема, на фоні загального скорочення населення України зменшується кількість медиків і, відповідно, знижується рівень забезпечення громадян лікарями. Так, якщо у 2010 р. кількість лікарів на 10 тис. населення становила 43,2 особи, то у 2020 р. ця кількість знизилася до 35,6 осіб (на 17,6 %). Також, негативною є динаміка зайнятості та забезпеченості медичним персоналом населення країни, спостерігаються певні диспропорції у структурі лікарського персоналу за спеціальностями, також нераціональним є співвідношення чисельності лікарів та середнього медичного персоналу.

6. За результатами проведеного дослідження визначено проблеми ресурсного забезпечення сфери охорони здоров'я серед яких:

- недостатність фінансових ресурсів, що унеможлиблює якісне надання медичних послуг;

- технологічна відсталість, зношеність та застарілість медичного обладнання мережі закладів охорони здоров'я не відповідає потребам населення;

- низький рівень доступності до якісної первинної медичної допомоги, особливо у сільській місцевості

- дефіцит ліків в лікарнях, затримки виплат медичним працівникам;

- стриманий розвиток та залучення інших джерел фінансування закладів охорони здоров'я, недостатня зацікавленість приватного сектора що до підприємництва у сфері охорони здоров'я;

- нераціональне використання існуючих трудових ресурсів, обмежене їх відтворення, вибуття ресурсів за рахунок відтоку фахівців з охорони здоров'я.

- збільшення частки працівників старшого віку;

- нерівномірний розподіл медичних кадрів між містом і селом, між лікарями-фахівцями та лікарями загальної практики

7. Зазначено, що одним із напрямів удосконалення системи фінансування галузі охорони здоров'я є необхідність активного запровадження страхового методу фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я в Україні на основі обов'язкового медичного страхування.

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.

Отже, одним із шляхів залучення додаткових ресурсів у медичну сферу є залучення страхових компаній для покриття фінансування тарифів за надання послуг закладами охорони здоров'я. Для функціонування запропонованого рішення необхідно вжити таких заходів: укладання договорів між страховими компаніями та закладами охорони здоров'я; укладання договорів між аптеками та страховими компаніями; реєстрація пацієнтів в електронній системі охорони здоров'я; реєстрація аптек, страхових компаній в електронній системі охорони здоров'я.

Для стимулювання розвитку медичного страхування потрібно:

- Прийняти Закон «Про медичне страхування», який має регулювати відносини між суб'єктами медичного страхування і буде основою для розробки



нормативного забезпечення договірних відносин між страховиками, виробниками медичних послуг.

– Розробити класифікатор медичних послуг, що дасть змогу чітко виділити ті медичні послуги, які надаються безоплатно в рамках базової програми державних гарантій, решта за рахунок ДМС або власних коштів пацієнтів.

– Організувати для комерційних страховиків та медичних закладів конкурентне середовище.

– Розробити механізм застосування штрафних санкцій до медичних закладів за неякісно надані медичні послуги.

– Створити незалежні органи контролю якості медичної допомоги та органи контролю використання коштів медичного страхування на рівні страховиків та надавачів медичних послуг.

8. Одним із шляхів удосконалення ресурсного забезпечення підприємств охорони здоров'я є впровадження державно-приватного партнерства в медичній сфері, сутність якого зводиться до того, що державні установи та приватні партнери об'єднують свої ресурси для реалізації певного проекту з відповідним розподілом ризиків, відповідальності та винагород (відшкодувань) між ними, для взаємовигідної співпраці.

У партнерстві з приватним сектором за допомогою договорів ДПП уряд отримує доступ до більш гнучких та інноваційних методів і технологій, що дозволяє їм розширити власні потенційні можливості та підвищувати якість надання послуг. Крім того, вони отримують доступ до нових джерел фінансування та мають можливість розділити ризики з приватним сектором, наприклад, щодо вартості та термінів будівництва, при цьому оплата утримується до повного відкриття та експлуатації об'єкта.

Розвиток взаємодії державного і приватного секторів дозволить поліпшити ситуацію у сфері охорони здоров'я шляхом оптимізації бюджетних витрат, підвищити ефективність використання ресурсів та управління, створити

умови для підвищення якості надання медичної допомоги, стабільності функціонування всієї системи.

9. Запропоновано удосконалення управління формуванням та розвитком кадрового потенціалу включає застосування інструментів, які дозволяють забезпечувати сполучення індивідуальних планів навчання та професійного розвитку медичного працівника зі стратегією розвитку медичної організації. Обґрунтовано доцільність впровадження в практику управління формуванням кадрового потенціалу працівників охорони здоров'я дорожньої карти професійного розвитку працівника та стратегічної карти розвитку кадрового потенціалу медичної установи

Ключовими напрямками кадрової політики в сфері охорони здоров'я мають бути:

- зміцнення потенціалу кадрових ресурсів охорони здоров'я шляхом запровадження оновлених освітніх програм;
- підтримка та захист прав медичних працівників;
- подолання бар'єрів до вступу, зарахування студентів до медичних університетських програм шляхом надання (фінансових і нефінансових) заохочень випускникам середньої та старшої школи до вступу на медичні професії;
- збільшення фінансування в сферу охорони здоров'я для залучення інвестицій у базову підготовку кадрів охорони здоров'я, які відповідають Цілям сталого розвитку, з акцентом на створення робочих місць для молоді та жінок в сільських і приміських районах;
- формування взаємовигідних угод щодо мобільності між країнами для підвищення якості навчання працівників охорони здоров'я та забезпечення гнучкості, мобільності робочої сили між країнами.

Впровадження наданих пропозицій дозволить суттєво підвищити рівень охорони здоров'я в країні, зменшити навантаження на бюджет, підвищити доступність отримання медичних послуг та їх якість.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Антонова О. Є. Професійно-педагогічна компетентність медичних сестер сімейної медицини : сутність, структура, технологія формування: монографія. О. Є. Антонова, З. П. Шарлович. – Житомир: Вид-во Полісся, 2019. – 258 с.
2. Барзилович А. Д. Методи державного регулювання ринку медичних послуг: прямого та непрямого впливу / А. Д. Барзилович // Інвестиції: практика та досвід. – 2021. – № 21 – 22. – Режим доступу : [http://www.investplan.com.ua/pdf/21-22\\_2021/27.pdf](http://www.investplan.com.ua/pdf/21-22_2021/27.pdf).
3. Безверхнюк Т. Принципи ресурсного забезпечення регіонального управління // Т. Безверхнюк. – Режим доступу: [http://www.nbu.gov.ua/old\\_jrn/Soc\\_Gum/Ardu\\_o/2019\\_1/R\\_1/Bezverhruk.pdf](http://www.nbu.gov.ua/old_jrn/Soc_Gum/Ardu_o/2019_1/R_1/Bezverhruk.pdf).
4. Богацька Н. Ресурсне забезпечення діяльності підприємства в сучасних умовах господарювання / Н. Богацька, О. Швець. – Режим доступу : <http://intkonf.org/ken-dotsbogatska-nm-shvetsoi-resursne-zabezpechennya-diynalnosti-pidpriemstva-v-suchasnih-umovah-gospodaryuvannya>.
5. Борщ В. І. Сучасна парадигма системи управління персоналом закладу охорони здоров'я. / В. І. Борщ // Економіка та управління національним господарством. – 2019. – № 1(69). – С. 73 – 79.
6. Буздуган Я. М. Поняття, принципи, форми фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні / Я. М. Буздуган // Віче. – 2018. – № 9 – 10. – С. 26 – 28.
7. В ухваленому Верховною Радою державному бюджеті на 2022 рік на видатки на систему охорони здоров'я передбачено в розмірі 192,5 млрд. грн. – Режим доступу : <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3361723-na-ohoronu-zdorova-v-budzeti2022-peredbacili-1925-milarda.html>.
8. Вежновець Т. А. Дослідження задоволеності працею та синдром вигорання у медичних працівників // ScienceRise. Medical science. – 2017. – № 2. – С. 36 – 40. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/texcsrm\\_2017\\_2\\_9](http://nbuv.gov.ua/UJRN/texcsrm_2017_2_9).

9. Венедіктова І. В. Правова природа медичних послуг / І. В. Венедіктова // Наукові записки Інституту законодавства Верховної Ради України. 2021. – № 5. – С. 44 – 48.
10. Видатки державного бюджету 2018 – 2021 роки. – Режим доступу : <https://openbudget.gov.ua/national-budget/expenses?class=functional&view=table>.
11. Видатки на охорону здоров'я у 2021 р.: коли очікування розбиваються об жорстоку реальність. – Режим доступу : <https://www.apteka.ua/article/579552>.
12. Винницький Б. Досвід та перспективи впровадження державно-приватних партнерства в Україні та за кордоном / Б. Винницький, М. Лендел, Б. Онишук. – Київ : К.І.С., 2018. – 146 с.
13. Виноградов О. В. Державне управління багатоканальним фінансуванням закладів охорони здоров'я / О. В. Виноградов // Статистика України. – 2021. – №2. – С. 65 – 67.
14. Вовк І. Класифікація ресурсів підприємства. Сучасні підходи / І. Вовк // Соціально-економічні проблеми і держава. – 2021. – Вип. 1(4). – Режим доступу до журн. :<http://sepd.tntu.edu.ua/images/stories/pdf/2021/11vippsp.pdf>.
15. Волосовець О. П. Кадрове забезпечення галузі охорони здоров'я в Україні та світі: сучасні виклики / О. П. Волосовець, В. М. Заболотько, А. О. Волосовець // Українські медичні вісті. – 2020. – № 1 (84). Том 2. – С. 20 – 26.
16. Гойда Н. Г. Державно-приватне партнерство в діяльності лікарні: світовий досвід та перспективи впровадження в Україні / Н. Г. Гойда, Н. В. Курділь // Східноєвроп. журн. громад. здоров'я. – 2022. – № 2/3. – С. 68 – 71.
17. Граціотова Г. О. Управління персоналом та підвищення кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я України в умовах європейської інтеграції / Г. О. Граціотова, М. О. Ясіновська // ECONOMICS: time realities. – 2020. – № 6 (52). – С. 25 – 34.

18. Губарева Ю. В. Задоволеність роботою як один з факторів плинності кадрів / Ю. В. Губарева // Проблеми екстремальної та кризової психології. – 2020. – Вип. 7. – С. 113 – 121.

19. Дерев'янку Ю. М. Наукові підходи до визначення категорії «ресурс» / Ю. М. Дерев'янку // Механізм регулювання економіки. – 2019. – № 1. – С. 160 – 165.

20. Деякі аспекти розвитку сімейної медицини в Україні. Кількість сімейних лікарів, терапевтів, педіатрів в Україні. – Режим доступу: [http://zet.in.ua/statistika-2/zdravooxranenie/deyakiaspekti-rozvitku-simejnoi-medicini-v-ukraini-kilkist-simejnih-likariv-terapevtiv-pediatriv-v-ukraini\\_](http://zet.in.ua/statistika-2/zdravooxranenie/deyakiaspekti-rozvitku-simejnoi-medicini-v-ukraini-kilkist-simejnih-likariv-terapevtiv-pediatriv-v-ukraini_)

21. Диверсифікація джерел фінансування охорони здоров'я. – Режим доступу : <https://niss.gov.ua/doslidzhennya/socialna-politika/diversifikaciya-dzherel-finansuvannya-okhoroni-zdorovya>.

22. Долот В. Д. Система охорони здоров'я в Україні: вибір національної моделі розвитку / В. Д. Долот // Електронне наукове фахове видання «Державне управління: удосконалення та розвиток». – 2022. – № 2. – Режим доступу : <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=658>.

23. Долот В. Д. Система охорони здоров'я в Україні: шляхи виходу з кризи / В. Д. Долот // Ефективність державного управління. – 2020. – Вип. 38. – С. 184 – 190.

24. Загорський В. С. Управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я : монографія / В. С. Загорський, З. М. Лободіна, Г. С. Лопушняк. – Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2019. – 276 с.

25. Зеленевиц В. О. Шляхи вдосконалення фінансування охорони здоров'я в Україні / В. О. Зеленевиц. – Режим доступу: <http://intkonf.org/zelenevich>.

26. Зюков О. Л. Аналіз задоволеності медичних сестер професійною діяльністю у лікувально-профілактичних закладах різного профілю / О. Л. Зюков, О. В. Мішуренко // Україна. Здоров'я нації. – 2021. – № 4. – С. 104 – 110. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn\\_2019\\_4\\_20](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2019_4_20).

27. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз / Д. Богдан, А. Бойко, А. Василькова та ін. Проєкт USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2019. – 133 с. – Режим доступу : <https://www.skeptic.in.ua/wp-content/uploads/HRH-situationalanalysis-2019.pdf>.

28. Карамішев Д. В. Програмно-цільовий підхід до реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я / Д. В. Карамішев // Університетські наукові записки (Часопис Хмельницького університету управління та права). – 2019. – № 1 (17). – С. 279 – 284.

29. Карлаш В. В. Актуальні проблеми державного регулювання в сфері охорони здоров'я. / В. В. Карлаш // Державне управління у сфері цивільного захисту : наука, освіта, практика : матеріали Міжнародної науково-практичної конференції, 17 – 18 травня 2019 р. / за заг. ред. В. П. Садкового. – Х.: Вид-во НУЦЗУ, 2019. – С. 85 – 87.

30. Карлаш В. В. Інструменті державного регулювання в системі охорони здоров'я / В. В. Карлаш // Інноваційні економічні механізми для розвитку підприємств, регіонів, країн : матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Київ, 15 – 16 лютого 2019 р. – Київ : Таврійський національний університет імені В.І. Вернадського. – 2019. – С. 53 – 55.

31. Карлаш В. В. Цілі та проблеми реформування системи охорони здоров'я України / В. В. Карлаш // Сучасний стан та перспективи розвитку економіки, фінансів, обліку, менеджменту та права : збірник тез доповідей міжнародної науково-практичної конференції (Полтава, 11 травня 2019 р.) : у 7 ч. – Полтава : ЦФЕНД, 2019. – Ч.4. – С. 55 – 56.

32. Квасницька Р. С. Сучасні підходи до визначення сутності та складових інвестиційних ресурсів / Р. С. Квасницька // Економічний часопис – XXI. – 2020. – № 7 – 8(1). – С. 75 – 82.

33. Кириченко А. В. Розвиток медичного страхування в Україні : монографія / А. В. Кириченко – К. : КОМПРИНТ, 2017. – 197 с.

34. Конституція України. Верховна Рада України. – <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-врText>.

35. Концепція нової системи охорони здоров'я. – Режим доступу : [//http://moz.gov.ua/docfiles/Pro\\_20140527\\_0\\_dod.pdf](http://moz.gov.ua/docfiles/Pro_20140527_0_dod.pdf).

36. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я: розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1013-р. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.Ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text>.

37. Концепція розвитку електронної охорони здоров'я: розпорядження Кабінету Міністрів України від 28.12. 2020 р. № 1671-р. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1671-2020-%D1%80#Text>.

38. Короленко В. В. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я України в контексті європейської інтеграції / В. В. Короленко. – Київ, 2018. – 96 с.

39. Кравченко Ж. Д. Порівняльний аналіз структурно-функціонального забезпечення національних систем охорони здоров'я / Ж. Д. Кравченко // Теорія та практика державного управління. – 2018. – Вип. 3. – С. 82 – 88.

40. Кравчук І. І. Удосконалення управління персоналом закладів охорони здоров'я / І. І. Кравчук, О. Ф. Присяжнюк, О. Б. Веселовський // Ефективна економіка. – 2022. – №2. – Режим доступу : [http://www.economy.nauka.com.ua/pdf/2\\_2022/3.pdf](http://www.economy.nauka.com.ua/pdf/2_2022/3.pdf).

41. Крикун О. Д. Стан та перспективи кадрового забезпечення ринку приватної медицини в Україні / О. Д. Крикун // Економіка, управління та адміністрування. – 2022. – № 2 (9). – С. 74 – 81.

42. Круглов В. В. Моделі державно-приватного партнерства / В. В. Круглов // Державне управління. – 2018. – № 2(62). – Режим доступу : [http://pa.stateandregions.zp.ua/archive/2\\_2018/12.pdf](http://pa.stateandregions.zp.ua/archive/2_2018/12.pdf).

43. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К.: Укр. Інститут стратегічних досліджень МОЗ України, 2019. – 34 с.

44. Матюха Л. Ф. Обґрунтування індикаторів оцінки кращої лікарської практики при наданні первинної медичної допомоги. / Л. Ф. Матюха, Н. В. Медведовська, Ю. В. Барінов // Сучасні медичні технології. – 2022. – 1(32) – С. 28 – 34.

45. Медико-правовий тлумачний словник / За ред. І. Я. Сенюти. Львів: Видво ЛОБФ «Медицина і право». – 2018. – 540 с.

46. Медична реформа. Урядовий портал. – Режим доступу : <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitoklyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya>.

47. Медична реформа: інструкція з використання. – Режим доступу : <http://www.dw.com/uk/медична-реформа-інструкція-звикористання/a-41028428>.

48. Медичні кадри та мережа закладів охорони здоров'я системи МОЗ України за 2019 – 2020 роки. / Укл. Заболотько В. М. Київ, 2021. – Режим доступу : <http://medstat.gov.ua/ukr/ММХХ.html>.

49. Михайловська О. В. Ресурсно-інформаційне забезпечення медичної галузі України: проблеми та перспективи : монографія / О. В. Михайловська. – Київ : Видавничий дім «Кондор», 2016. – 164 с.

50. Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу). – Режим доступу: <http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf>.

51. Мінфін пропонує скасувати норму, яка спрямовує 5% ВВП на медицину. Чим це загрожує? – Режим доступу : <https://hmarochos.kiev.ua/2021/09/29/minfin-proponuye-skasuvaty-normu-yaka-spryamovuyue-5-vvp-na-medyczynu- chym-cze-zagrozhuue>.

52. Мостовенко О. С. Співвідношення понять «медична допомога» та «медична послуга» у контексті реалізації конституційних прав громадян / О. С. Мостовенко // Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Серія Право. – 2017. – Вип.44. Том 1. – С. 59 – 62.

53. На фінансування інфекційних лікарень у Програмі медичних гарантій передбачено понад 333 мільйони гривень. Національна служба здоров'я України. – <https://nszu.gov.ua/novini/na-finansuvannya-infekcijnih-likaren-u-programi-medichnih-ga222>.

54. Науково обґрунтовані підходи до кваліфікаційної характеристики лікаря загальної практики – сімейного лікаря з позиції компетентнісного



підходу : методичні рекомендації / уклад. : Л. Ф. Матюха, Н. Г. Гойда, В. Г. Слабкий, М. В. Олійник. – К. : НМАПО ім. П. Л. Шупика, ДУ «УІСД МОЗ України», 2016. – 27 с.

55. Новицький В. Є. Економічні ресурси цивілізаційного розвитку : навч. посіб / В. Є. Новицький. – К.: НАУ, 2018. – 268 с.

56. НСЗУ: Порядок реалізації Програми медичних гарантій у 2021 році. – Режим доступу : <https://www.kmu.gov.ua/news/poryadok-realizaciyi-programi-medichnih-garantij-u-2021-roci>.

57. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 р. №2801-ХІІ в редакції від 10.03.2018 р. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.

58. Основні принципи реформи системи охорони здоров'я / Модуль 1. Вступ до стратегічного планування. Оцінка ситуації та аналіз даних. – Режим доступу : <https://www1.undp.org/content/dam/ukraine/docs/Donbas/RPP/P2-M1.pdf>.

59. Павлюк К. В. Фінансування охорони здоров'я як складової людського капіталу / К. В. Павлюк // Формування ринкових відносин в Україні. – 2020. – №9. – С. 143 – 148.

60. Пак С. Я. Внутрішньо організаційна структура державного управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні: сучасний стан та перспективи. / С. Я. Пак // Держ. упр. : теорія та практика. – 2021. – № 1. – Режим доступу : <http://www.academy.gov.ua/ej/ej21/txts/Pak.pdf>.

61. Пак С. Я. Розвиток державної політики з функціональної та структурної перебудови системи охорони здоров'я на місцевому рівні в Україні / С. Я. Пак // Актуальні проблеми державного управління на сучасному етапі державотворення : матеріали V наук.– практ. конф., 27 жовт. 2021 р. : тези доп. – Луцьк, 2021. – С. 68 – 70.

62. Пальчук В. Реформування галузі охорони здоров'я в Україні : створення госпітальних округів у регіонах / В. Пальчук // Україна : події, факти, коментарі. – 2021. – №4. – С. 39 – 50. – Режим доступу : [goo.gl/XDwGbK](https://goo.gl/XDwGbK).

63. Панчишин Н. Я. Оцінка ефективності управління в системі охорони здоров'я / Н. Я. Панчишин, В. Л. Смірнова // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2022. – № 3 (53). – С. 57 – 59.

64. Пашков В. Сутність медичних послуг у системі господарського законодавства / В. Пашков // Медичне право. – 2020. – № 2 (12). – С. 88 – 101.

65. Підлісецький Г. М. Підвищення ефективності використання ресурсного потенціалу підприємств / Г. М. Підлісецький // Економіка АПК. – 2022. – № 5. – С. 65 – 66.

66. Полянська А. С. Ресурсне забезпечення розвитку організацій в сучасних умовах господарювання // А. С. Полянська. – Режим доступу: <http://www.pdaa.com.ua/np/pdf/81.pdf>.

67. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: закон України від 19.10.2017р № 2168-VIII. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.Ua/laws/show/2168-19#Text>.

68. Про запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/211-2020-%D0%BF#Text>.

69. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я України : розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2017 р. № 113-р. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80/page>.

70. Про утворення Національної служби здоров'я України: постанова Кабінету Міністрів від 27.12.2017р №1101. – Режим доступу : <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-utvorennya-nacionalnoyi-sluzhbi-zdorovya-ukrayini>.

71. Програма медичних гарантій 2021: НСЗУ розповіла про пріоритети та оновлення – Режим доступу : <https://uacrisis.org/uk/nszu-pmg-2021>.

72. Проект державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. Агенція з питань підтримки державно-приватного партнерства. – Режим

доступу : <https://pppagency.me.gov.ua/uk/project/derzhavno-privatne-partnerstvo-u-sferi-ohoroni-zdorovya>.

73. Прокопець Л. В. Проблеми управління персоналом в закладах охорони здоров'я / Л. В. Прокопець, І. М. Тодоріко // Інфраструктура ринку. – 2020. – Вип.42. – С. 267 – 272.

74. Радиш Я. Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис і перспективи розвитку: / [Кол. авт.; Упорядник – проф. Я. Ф. Радиш, Передмова – проф. Т. Д. Бахтеєва; загальна редакція – проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. К.: Вид-во НАДУ, 2019. – 424 с.

75. Результати оцінки ефективності бюджетної програми за 2020 рік – Режим доступу : <https://moz.gov.ua/uploads/6/32795-2308060.pdf>.

76. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: досвід проекту ЄС «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні» / Малагардіс А., Рудий В., Ліннакко Е. та ін.; Проект ЄС «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні». [Посібник № 2. Вимоги до розробки стратегічного плану запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування в Україні]. К.: СПД Шмельков М.Ю., 2019. – 72 с.

77. Реформування системи охорони здоров'я на муніципальному рівні : навч. посіб. / І. М. Солоненко, О. П. Попов, Л. І. Жаліло, К. О. Надутий. – К. : Вид-во НАДУ, 2019. – 211 с.

78. Ровенська В. В. Управління персоналом закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання та перспективи розвитку в Україні. / В. В. Ровенська, Є. О. Саржевська // Економічний вісник Донбасу. – 2020. – № 3 (57). – С. 162 – 168.

79. Рожкова І. В. Децентралізація управління у сфері охорони здоров'я на місцевому рівні : монографія / І. В. Рожкова, І. М. Солоненко. – К. : Фенікс, 2018. – 160 с.

80. Сіделковський О. Л. Адміністративно-правова сутність публічної політики у контексті формування єдиного медичного простору України /

О. Л. Сіделковський // Вісник Луганського державного університету внутрішніх справ імені Е. О. Дідоренка. – 2021. – № 4. – С. 175 – 182.

81. Скільки лікарів в Україні? Медична освіта (офіційний сайт). – Режим доступу : <http://medosvita.info/2021/02/21/cKiabKU>.

82. Слабкий Г. О. Сучасні підходи до фінансування системи охорони здоров'я / Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко, О. О. Заглада. – К., 2019. – 345 с.

83. Солоненко І. М. Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров'я : монографія / І. М. Солоненко, І. В. Рожкова. – К. : Фенікс, 2018. – 276 с.

84. Солоненко Н. Д. Економіка охорони здоров'я : навч. посіб. / Н. Д. Солоненко. – К. : Вид-во НАДУ, 2019. – 416 с.

85. Степанова О. В. Обов'язкове медичне страхування як фактор фінансової стійкості охорони здоров'я в Україні / О. В. Степанова // Ефективна економіка – 2020. – № 11. – Режим доступу : <http://www.m.nayka.com.ua/?op=1&j=efektyvna-ekonomika&s=ua&z=4578>.

86. Степанова О. В. Стратегічні орієнтири розвитку державно-приватного партнерства в системі охорони здоров'я України / О. В. Степанова // Ефективна економіка. – 2020. – № 6. – Режим доступу : <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=3157>.

87. Стеценко В. Ю. Добровільне медичне страхування: правові засади регулювання. / В. Ю. Стеценко // Публічне право. – 2022. – № 1. – С. 197 – 202.

88. Стеценко С. Г. Конституційна норма про безоплатність медичної допомоги в Україні: чи є необхідність внесення змін? / С. Г. Стеценко // Публічне право. – 2022. – № 3. – С. 40 – 48.

89. Стечак Г. Зарубіжний досвід професійної підготовки сімейних лікарів/ Г. Стечак. – Режим доступу: [http://C:/Users/user/Downloads/Pippo\\_2019\\_4\\_31%20\(1\).pdf](http://C:/Users/user/Downloads/Pippo_2019_4_31%20(1).pdf).

90. Телішевська М. Г. Проблеми впровадження системи соціального медичного страхування в Україні / М. Г. Телішевська, О. Б. Олексюк //

Медичне право України: проблеми становлення та розвитку: матеріали І Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Львів, 19 – 20 квітня 2017 р.). Львів, 2017. – С. 308 – 311.

91. Ткаченко В. І. Історія розвитку та сучасний стан первинної медичної допомоги за кордоном та в Україні, нормативно-правова база впровадження сімейної медицини в Україні / В. І. Ткаченко. – Режим доступу: [http://C:/Users/user/Downloads/simmed\\_2018\\_3\\_6%20\(3\).pdf](http://C:/Users/user/Downloads/simmed_2018_3_6%20(3).pdf).

92. Третьяк О. П. Роль менеджменту персоналу у формуванні та використанні трудового потенціалу медичних закладів. / О. П. Третьяк // Бізнесінформ. – 2020. – № 11. – С. 331 – 336.

93. Тулай О. І. Державно-приватне партнерство в контексті модернізації фінансування сфери охорони здоров'я / О. І. Тулай // Економічний форум. – 2022. – № 3. – С. 235 – 239. – Режим доступу : <http://dspace.tneu.edu.ua/handle/316497/33579>.

94. Турчак Д. В. Інституційне забезпечення реалізації державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я / Д. В. Турчак // Менеджер. Вісник Донецького державного університету управління. – 2022. – № 1. – С. 161 – 167.

95. Українцям не потрібно буде додатково платити за страхову медицину. – Режим доступу : [http://tvoemisto.tv/news/ukraintsyam\\_ne\\_potribno\\_bude\\_dodatkovu\\_platyty\\_za\\_strahovu\\_medytsynu\\_81609.html](http://tvoemisto.tv/news/ukraintsyam_ne_potribno_bude_dodatkovu_platyty_za_strahovu_medytsynu_81609.html).

96. Управління підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я: кол. моногр. За ред.. О. В. Баєвої, І. М. Солоненка. К. МАУП. – 2018. – 376 с.

97. Філіпова Н. Фінансування охорони здоров'я: досвід європейських країн / Н. Філіпова // Вісник Хмельницького національного університету – 2022. – № 4. Том 2. – С. 324 – 327

98. Хусаїнов Р. Моделі державно-приватного партнерства: закордонний досвід та перспективи для України / Р. Хусаїнов. – Режим доступу : <https://www.researchgate.net/publication/279446643>.

99. Центр медичної статистики МОЗ України. – Режим доступу : <http://medstat.gov.ua/ukr/statdanMMXIX.html>.

100. Чорна А. Структура ресурсного забезпечення економічної безпеки підприємства / А. Чорна // Вісник Хмельницького національного університету. – 2022. – № 4. Т. 1. – С. 93 – 101.

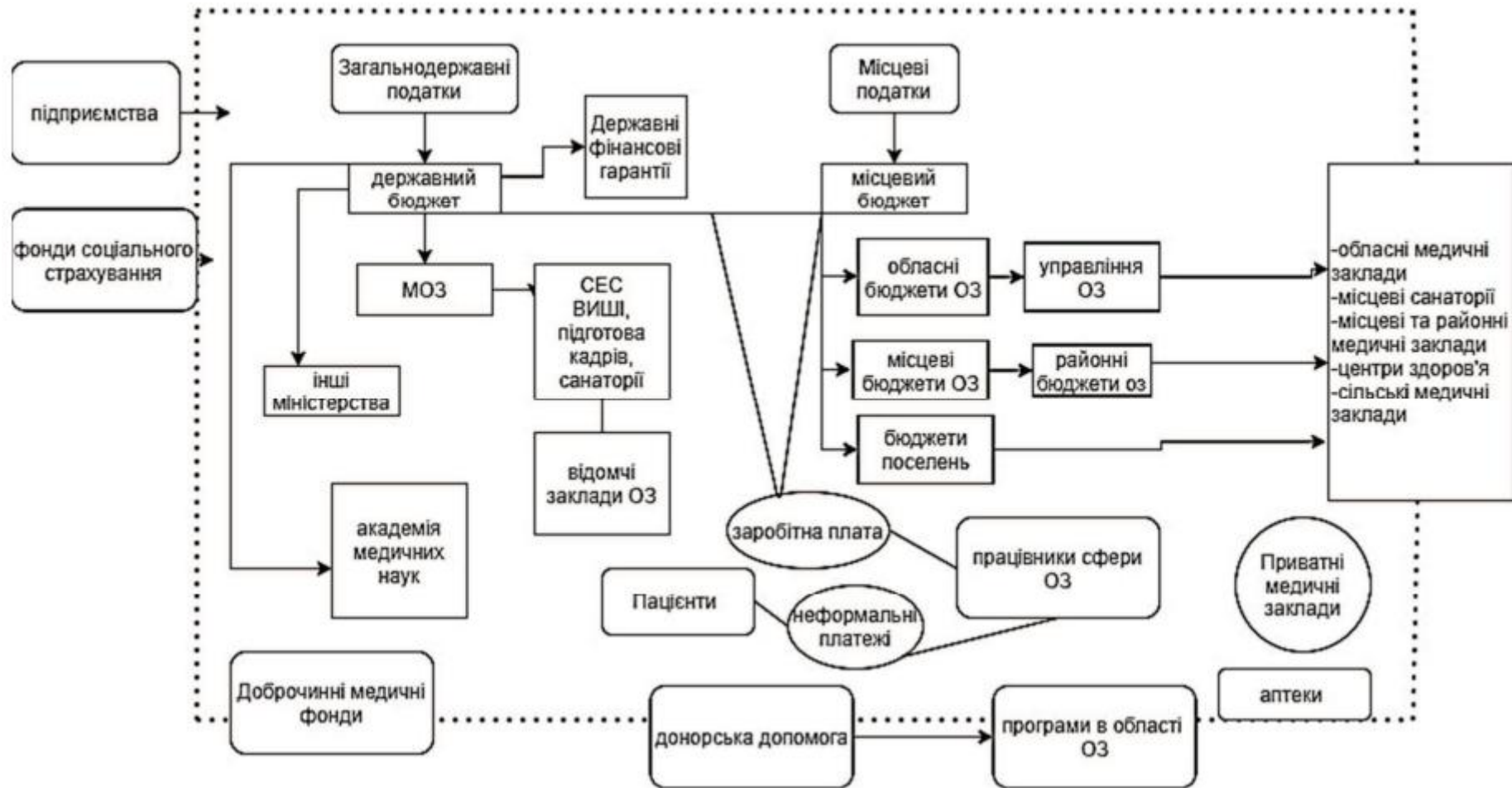
101. Шатковський Я. М. Роль української медичної реформи в модернізації первинної ланки надання медичної допомоги / Я. М. Шатковський // Публічне право. – 2022. – № 2. – С. 132 – 137.

102. Шевчук Ю. В. Розвиток державно-приватного партнерства у контексті вдосконалення фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я / Ю. В. Шевчук // Економ. вісн. університету. – 2021. – Вип. 33/1. – С. 416 – 428.

103. Як трансформується система охорони здоров'я. – Режим доступу : <https://moz.gov.ua/article/reformplan/jak-transformuetsja-sistemaohoroni-zdorovja>.

## ДОДАТКИ

## Додаток А



Фінансування системи охорони здоров'я в Україні



## Додаток Б

## Зарубіжний досвід фінансування закладів охорони здоров'я

№	Країна	Характеристика
1	Ізраїль	У державі Ізраїль не має державної системи медичного обслуговування, 94% населення охоплене всебічним страхуванням здоров'я. В основному медичне страхування здійснюється в рамках 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. Найбільша профспілка Ізраїлю є головним поставником медичних послуг через посередництво всезагального робочого фонду допомоги хворим.
2	Швеція	Система охорони здоров'я виходить із засад доступності медичного обслуговування для всіх, 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 відсотків поповнюється за рахунок внесків роботодавців, громадян та державних дотацій. Решту 20 відсотків становлять оплата пацієнтів та продаж послуг. Кожен місцевий роботодавець сплачує 32,8-відсотковий податок. Із них на медичну опіку йде лише 11,81 відсотка, решта з 20 із лишком відсотків потрапляють до пенсійного фонду, на страхування від нещасних випадків на виробництві та до інших обов'язкових фондів.
3	Франція	Домінує система обов'язкового медичного страхування. Вони самі можуть 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 фінансується із внесків та спеціальних податків. До соцстраху відраховують 13,55 відсотка від загальної суми заробітної плати працівника, але це не означає, що гроші повністю вираховують з його зарплатні. Робітник платить лише 0,75 відсотка, а решту покриває роботодавець. Натомість із зарплатні працівника вираховують 6,2 відсотка на суспільний внесок та 0,5 відсотка - на повернення суспільного боргу. Окрім того, до фонду страхування здоров'я знімають фіксовану суму від кожної проданої пляшки міцного алкоголю та, віднедавна, з пачки цигарок.
4	Бельгія	Одна 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- відсоткового відрахування з приватного страхування автомобілів та внесків фармацевтичних фірм. Та все ж найбільше коштів надходить завдяки медичному страхуванню. З приватних підприємств вираховують 37,94 відсотка від суми зарплати працівника, але сам робітник платить лише 13,07 відсотка, а решту - 24,87 відсотка - «тягне» роботодавець. Відрахування із зарплатні держслужбовців значно менші - 7,35 відсотка від своєї зарплати платить сам чиновник, а 3,8 відсотка за нього доплачує держава.

№	Країна	Характеристика
5	США	Сполучені Штати не мають гарантованої державою системи загального страхування здоров'я. Все тримається на системі приватного страхування, яка, втім, також забезпечує високий рівень медичного обслуговування. Федеральний уряд гарантує медичне страхування лише для літніх та найбідніших 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.
6	Велика Британія	Використовується система бюджетного фінансування охорони здоров'я, що обумовлює його державний характер із великою отупінню централізації управління. Фінансовою основою Національної системи охорони здоров'я є надходження від податків, які складають 90% бюджету охорони здоров'я. Тільки 7,5% бюджету формується за рахунок внесків роботодавців. Таким чином, Національна система 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. В цілому 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 страхування охоплено більше 13% населення.
7	Алжир	Існують 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. Дані заклади мають низку проблем, серед яких: низька якість обслуговування; переповнення госпіталів; слабке забезпечення муніципальних медичних закладів медичним обладнанням та ліками; санітарні умови в таких госпіталях не відповідають прийнятим нормам. В той же час в Алжирі існують приватні та відомчі медичні заклади, які надають медичну допомогу на платній основі.
8	Італія	Центральний уряд встановлює, на які цілі повинні витратитися гроші, наглядає за загальними показниками здоров'я населення і веде переговори з медиками про трудові угоди.