

Висновок кафедри _____
за результатами попереднього захисту: _____

Протокол засідання кафедри _____
№ _____ від «_____» _____ 20____ р.

Завідувач кафедри _____

(науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

(прізвище, ім'я, по батькові)

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти _____ захистив (ла)
(прізвище, ім'я, по батькові)

кваліфікаційну роботу з оцінкою:
сума балів за 100-бальною шкалою _____
за шкалою _____
за національною шкалою _____

секретар ЕК

(науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

(прізвище, ім'я, по батькові)

АНОТАЦІЯ

Ковпанець І.І. Концепція програмно-цільового фінансування витрат бюджету на охорону здоров'я. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування». – Поліський національний університет, Житомир, 2021.

Обґрунтовано актуальні питання державного управління процесами розробки бюджету країни, створення механізмів регулювання бюджету на стадії його виконання для досягнення найкращих фінальних результатів у системи охорони громадського здоров'я у процесі децентралізації влади в Україні. Визначено вплив політики програмно-цільового методу бюджетування та реформування системи охорони здоров'я країни. Сформульовано перспективи розвитку цієї соціальної сфери держави.

Ключові слова: програмно-цільовий метод, фінансування, громадське здоров'я, державне регулювання, децентралізація, законодавча база, система охорони здоров'я,

SUMMARY

Kovpanets I.I. The Concept of Program Targeted Financing of Health Budget Expenditures. - Qualification work on the rights of the manuscript.

Qualifying work for an educational level master's specialty 281 «Public Management and Administration». – Polis'ky National University, Zhytomyr, 2021.

The topical issues of state management of the country's budget development processes, creation of budget regulation mechanisms at the stage of its implementation to achieve the best final results in the public health care system in the process of decentralization of power in Ukraine are substantiated. The influence of the policy of the program-targeted method of budgeting and reforming the health care system of the country is determined. Prospects for the development of this social sphere of the state are formulated.

Keywords: program-target method, financing, public health, state regulation, decentralization, legal framework, health care system.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПЕРЕДУМОВИ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМНО-ЦІЛЬОВОГО МЕТОДУ БЮДЖЕТУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.....	9
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ	16
РОЗДІЛ 2. ЮРИДИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	17
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ	24
РОЗДІЛ 3. ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ПРОГРАМНО- ЦІЛЬОВОГО МЕТОДУ ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.....	25
ВИСНОВКИ	33
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	35

ВСТУП

Актуальність теми. Стабільне та стійке фінансування охорони здоров'я вважається важливим компонентом для досягнення цілі здоров'я населення. Організоване належним чином фінансування охорони здоров'я допомагає урядам мобілізувати достатні ресурси для системи охорони здоров'я, раціонально їх розподілити та використовувати справедливо й ефективно. Справедлива політика фінансування охорони здоров'я, яка стосується бідних, сприяє загальному розвиткові доступу до найбільш необхідних медичних послуг. Це також сприяє соціальному захисту та швидкому зміцненню мереж соціальної безпеки на тлі зміни соціально-економічного середовища. У такому широкому контексті, фінансування охорони здоров'я сприяє загальному процесу соціального та економічного розвитку.

Охорона здоров'я постійно та невпинно дорожчає як у розвинутих, так і в країнах, що розвиваються. Надмірне використання медичних послуг із високими технологічними показниками є одним з провідних факторів охорони здоров'я зі збільшення витрат в Азіатсько-Тихоокеанському регіоні. Широке застосування плати за послуги та погане управління ресурсами та організацією медичної допомоги і послугами є іншими головними факторами, що зумовлюють фінансовий тягар в країнах, що розвиваються. Відсутність державного фінансування призвело до відшкодування витрат, що широко сприяє стягненню плати за користування в державних закладах охорони здоров'я. У деяких країнах та регіонах плата за користування користується як інструмент політики посилення ролі ринкових сил у секторі охорони здоров'я. Деякі заходи з реформування галузі охорони здоров'я підтримують роль приватного сектору у фінансуванні та наданні медичних послуг, у тому числі й приватизація державних закладів охорони здоров'я. Через пропозицію ініціативи, певні медичні послуги, такі як незначні хірургічні втручання, високотехнологічні діагностичні послуги та

фармацевтичні товари широко надавались пацієнтам за повною або частковою вартістю. Лікування хронічних та неінфекційних захворювань є спільне занепокоєння як у Південно-Східній Азії, так і в Західній частині Тихого океану Регіони Всесвітньої організації охорони здоров'я. Тривалі періоди лікування та тяжкість ускладнень призводить до високих витрат на лікування. Ці витрати є тягарем для окремих пацієнтів та сектору збереження суспільного здоров'я і окремих громадян [1].

Вказане становище і наявність аналогічних проблем є характерними і для нашої держави.

Аналіз останніх досліджень і публікацій.

Науковому загальному аналізу, вивченню методичних і практичних аспектів функціонування вітчизняної системи охорони здоров'я, окремих атрибутів методу програмно-цільового фінансування останніми роки незалежності нашої держави надавалось досить уваги таких вітчизняних учених як Бабич Т., Гасанов С., Єфименко Т., Дацюк Л., Дробязко А., Дьяченко Я., Запатріна І., Косаревич Н., Кириленко О., Кульчицький М., Лагутін В., Лушин С. Сукач О., Сунгуровський М., Огонь Ц., Федосов. В., Чугунов І. Шаров Ю., Павлюк К., та зарубіжних дослідників, таких як Kutzin J., Cashin C., Jakab M., Mladovsky P., Srivastava J., Thomson S., Foubister E. та ін. Але, змістовна основа досліджень залишає досить актуальним подальше вивчення наступних можливостей уведення ПМЦ на підставі нового законодавства про бюджет України.

Важливість та актуальність проблеми, яка досліджується, недостатня розробленість теоретичних і методологічних питань, визначили вибір теми дипломної роботи, її мету і завдання, а також методи дослідження.

Метою кваліфікаційної роботи є теоретичне обґрунтування та розробка практичних рекомендацій щодо впровадження, становлення і розвитку нового програмно-цільового методу витрат з бюджету на функціонування системи охорони здоров'я України.

Відповідно до встановленої мети були виконані такі **завдання**:

- Встановити місце України серед інших країн за валовим внутрішнім продуктом і доходу на душу населення.
- Визначити коротку характеристику системи охорони здоров'я, успадкованої від радянських часів.
- Проаналізувати результати діяльності ВООЗ та Світового банку, що зосереджені на системі фінансування охорони здоров'я України.
- Вивчити фактичні державні витрати на охорону здоров'я.
- Обґрунтувати необхідність застосування такої новітньої моделі планування видатків з бюджету, як програмно-цільова модель фінансування.
- Встановити особливості та передумови запровадження програмно-цільового методу фінансування видатків бюджету на охорону здоров'я.
- Виокремити ключові виклики для реформи фінансування системи охорони здоров'я держави.
- Опрацювати наступні дієві шляхи щодо реального втілення архітектури новітнього фінансування галузі охорони здоров'я України.

Об'єктом дослідження є процес фінансування системи охорони здоров'я у процесі її докорінної реформи в Україні.

Предметом даного дослідження є впровадження програмно-цільового методу бюджетування галузі охорони здоров'я України, сукупність теоретико-методичних, юридичних та практичних аспектів його динамічного розвитку.

Методологічну та теоретичну основу досліджень склав критичний та позитивний аналіз практичних розробок побудови державної політики і наукових праць провідних вітчизняних та закордонних вчених в опрацюванні новітніх змін організаційно-функціональних складових системи охорони здоров'я, монографічної і періодичної літератури, спеціальної літератури за проблемою розвитку системи охорони здоров'я України, законодавчих і нормативних актів України, матеріалів Верховної Ради України та документів Кабінету Міністрів, які визначають взаємостосунки її учасників.

Для вирішення поставлених завдань у дипломній роботі використовуються Для вирішення поставлених завдань у кваліфікаційній роботі використано загальнологічні методи дослідження, зокрема: системний аналіз, наукової абстракції, порівняльного аналізу, структурно-логічний, діалектичний, аналізу і синтезу, індукції і дедукції, бібліосемантичний (мета аналіз) та ін., методи емпіричного рівня: описування, монографічний, медико-географічний, підрахунку тощо.

Особистий внесок автора. Кваліфікаційне дослідження – завершена робота. Представлені результати наукових досліджень отримані особисто автором. Висновки та пропозиції, отримані внаслідок дослідження, спрямовані на удосконалення власне економічної, соціальної та медичної ефективності системи охорони здоров'я України.

Кваліфікаційна робота складається зі вступу; теоретичного розділу 1, в якому охарактеризовано передумови впровадження програмно-цільового методу (ПЦМ) фінансування у систему охорони громадського здоров'я; аналітичного розділу 2, в якому здійснено аналіз юридичних положень ПЦМ, засади та сутність способу державного регулювання фінансами системи охорони здоров'я України, що потребують удосконалення та досліджено окремі особливості її функціонування; розділу 3, в якому визначено перспективи функціонування системи охорони здоров'я України за умов використання новітнього методу побудування її бюджетного плану; висновків; списку використаних джерел.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ПЕРЕДУМОВИ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМНО-ЦІЛЬОВОГО МЕТОДУ БЮДЖЕТУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

У 2020 р. Україна знаходиться на 74 позиції серед 189 країн в Індексі людського розвитку за визначеними індикаторами тривалості життя населення, рівня доходів і якості освіти. Першість тримають: Норвегія, Ірландія та Швейцарія. Серед решти десяти чільних держав є Гонконг, Ісландія, Німеччина, Швеція, Австралія, Нідерланди та Данія. Україна перейшла на 14 пунктів вище у порівнянні з 2019 р. (88 місце) при ВВП – \$153,781 і доходу на душу населення \$13 216 [3].

У період після незалежності України в 1991 р. уряд вже не раз відзначив необхідність реформування системи охорони здоров'я Семашка М. О. [4], успадкованої від радянських часів, але здійснення реформ не відбулося, і державна політика націлена більше на збереження існуючої системи. На відміну від інших постсоціалістичних країн, масштабне здоров'я реформа догляду в Україні не була здійснена, але економічні перетворення на початку 2000-них років робили вплив на механізми фінансування охорони здоров'я.

Реформа механізмів вирівнювання регіонального бюджетного фінансування охорони здоров'я була включена до загальної бюджетної реформи. В останні роки існує кілька форм збору коштів з громадян на фінансування охорони здоров'я. Розроблено, зокрема, добровільні лікарняні фонди, нові моделі перевіряються кількома пілотними проектами у регіонах. Але в іншому механізми державного фінансування суттєво не змінилися з радянського періоду. За останні декілька років реформа охорони здоров'я виникла як пріоритет державної політики. Стратегічними напрямками та конкретними моделями організації та фінансування охорони здоров'я є обговорюється, хоча і з недостатньою ясністю щодо проблем нинішньої

системи. А необхідний ретельний аналіз цієї системи для визначення пріоритетних проблем та можливих змін.

Слід зазначити, що нещодавно українська система охорони здоров'я стала предметом аналізу, що проведений під егідою Світової організації охорони здоров'я та Світового банку [5, 6].

Цей звіт характеризується двома основними методологічними відмінностями порівняно з попередніми дослідженнями. По-перше, він зосереджений на системі фінансування охорони здоров'я. По-друге, використано функціональний підхід до досліджень охорони здоров'я. В рамках такого підходу охорона здоров'я розглядається як система з функціями збору, об'єднання, закупівлі та забезпечення [7].

Структура цього звіту відображає логіку аналізу фінансування охорони здоров'я: по-перше, це так розглядається щодо кожної функції, тоді є окремі описи, які синтезуються в характеристиці розподілу функціональних обов'язків більшості учасників системи фінансування разом із узагальненою оцінкою фінансування системи на основі критеріїв, виведених із цілей систем охорони здоров'я сформульована Всесвітньою організацією охорони здоров'я [8].

Пріоритети для реформи фінансів для фінансування охорони здоров'я.

Протягом періоду, ознаменованого крахом колишнього режиму та переходом до ринку економіки, обсяги виробництва та відповідні доходи держави дуже скоротились до значних масштабів. Обсяг виробництва за період з 1989 по 1999 роки був зменшений на 54% [9].

З 2000 по 2004 рр. українська економіка характеризувалась, принаймні відповідно до офіційної статистики, за найвищими темпами економічного зростання в Європі та одними з найвищих у світі, а також за сприятливими економічними показниками. Зовнішній борг країни у 2004 році становив 27,0% ВВП, а виплати відсотків - 0,8% ВВП [10]. Інші макроекономічні дані наведено у табл.1.1.

Макроекономічні показники України у 2000–2005 рр.

Показники	Роки					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
ВВП, у гривнях	170,1	204,2	225,8	264,2	344,8	415,5
Зростання ВВП,% у річному вимірі	6,1	11,1	6,3	10,3	12,1	4,0
Індекс інфляції ІСЦ,% у річному вимірі		6,1	-0,6	8,2	12,3	15,9
Відношення боргу держсектору до ВВП,%		36,6	33,6	29	24,7	21,1
Відношення державних доходів до ВВП,%	35,1	35,6	35,3	35,5	34,5	39,7
Відношення державних витрат до ВВП,%	34,5	35,9	34,6	35,7	38,9	42,7
Відношення дефіциту зведеного бюджету до ВВП,%	-0,6	0,3	-0,7	0,2	2,9	3,4

Джерело: Державний комітет статистики України, Світовий банк, МВФ, 2005 [11].

Це передбачало зростання реального доходу, але воно не вважалося достатнім: у 2004 р. середньомісячна заробітна плата становила 111 доларів, що відповідало половині середньої зарплати в Росії.

Невдоволення соціальною та економічною ситуацією та політичними інститутами спричинила “Помаранчева революція” наприкінці 2004 р. Вона активувала соціальні очікування та збільшення соціальних видатків у 2004–2005 рр. (збільшення мінімальних пенсій та мінімальної заробітної плати, збільшення заробітної плати державних службовців на 57% тощо). Загалом, за оцінками МВФ, дефіцит зведеного державного бюджету у 2005 р. становив 2,9% ВВП. Витрати на забезпечення пенсій у 2005 р. досягли 14,9% від ВВП, що є одним з найвищих показників у світі. Як результат, податкове навантаження на економіку значно зросло. За оцінками МВФ, він становив 33,9% ВВП (у 2004 р. – 29,1% ВВП). Співвідношення доходів і витрат до ВВП (39,7% та 42,7% у 2005 р.) є високими для країни з низьким рівнем доходу.

Популістська соціальна та економічна політика уряду цього періоду, зусилля щодо перегляду результатів попередньої приватизації призвело до різкого зниження показників економічного зростання з 12,1% у 2004 р. до 4,0% у 2005 р. Згідно з прогнозом МВФ, у 2006 р. темпи зростання ВВП мали

би трохи зрости і збільшитися до 5,0% – 5,5%, але дефіцит зведеного державного бюджету в 2006 р. становив не менше 2,3% ВВП.

Макроекономічні фактори та тягар існуючих соціальних зобов'язань значно обмежують можливість збільшення державного фінансування, особливо на охорону здоров'я найближчим часом. Податок навантаження на роботодавців в Україні досить великий, а внески на соціальне страхування є середніми у країнах Центральної та Східної Європи і у середині 2000-х років становило від 20,5 до 50,0 відсотків від заробітної плати (наведено у порядку зменшення): Чехія – 50,0%, Польща, Угорщина, Хорватія, Молдова, Латвія, Україна, Румунія, Естонія, Росія – 20,5%.

Українські роботодавці вносять внески на соціальне страхування від імені працівників, виходячи із фонду оплати праці, у розмірі 32,3% для пенсійного фонду - 2,9% для соціального страхування, 1,6% для допомоги у працевлаштуванні та від 0,84 до 13,8% для страхування від нещасних випадків та професійних захворювань з дотриманням певних обмежень. Співробітники ж роблять внески на основі загальної зарплати від 1 до 2% до пенсійного фонду, від 0,5 до 1% для допомоги у працевлаштуванні та 0,5% на соціальне страхування з дотриманням певних обмежень [12].

Збільшення внесків на соціальне страхування суперечить меті забезпечення економічного зростання. Збільшення доходів держави може бути забезпечене за рахунок зростання податкового рівня з дотриманням норм, але все ще існує серйозне обмеження цих заходів за причини сектору масштабної неформальної економіки. За існуючими оцінками, тіньова економіка у 1998–2002 рр. складала 52% валового національного доходу. Невідповідність державної політики та корупція у середовищі суспільних органів і громадських установ перешкоджають значному вдосконаленню податкового адміністрування та економічної реформи.

Державні витрати на охорону здоров'я майже подвоїлися з 1996 по 2004 рік. Після різке зменшення в 1998 та 1999 рр. загальних витрат на охорону

здоров'я, що фінансуються з державних та приватні джерела зросли на 84% у реальному вираженні з 2000 по 2004 рр.

Одним з головних недоліків охорони здоров'я за радянських часів вважалася його хронічне недофінансування, що приводило до дефіциту ліків і сучасної медичної техніки, а також до широкого поширення практик неформальної плати за кваліфіковану медичну допомогу, що стала повсюдною в кінці радянського періоду. Деякі дослідники відзначали, втім, що недофінансування було наслідком внутрішньої політики СРСР а не фундаментальним недоліком системи Семашко.

Таблиця 1.2

Державний борг України станом на 31.12.2020 р.

(млн. грн.)	зовнішній		внутрішній		усього	
Державний борг	1 258 521,9	49.3%	1 000 709,9	39.2%	2 259 231,8	88.5%
Гарантований борг	260 412,9	10.2%	32 291,0	1.3%	292 703,8	11.5%
Сукупний борг	1 518 934,8	59.5%	1 033 000,8	40.5%	2 551 935,6	100.0%

Джерело: Мінфін України, 22.12.2020 [13].

Парадокс ефективності системи охорони здоров'я полягає у тому, що її складові знаходяться на протилежних кінцях терез. Так, при зростанні інвестицій у галузь очікувано падає економічна ефективність, але при цьому спостерігається зростання соціальної ефективності.

Але це на перший погляд. Правильно розраховані і доцільно використані асигнування впродовж певного часу затримки зворотно призведуть до підвищення якості, а відтак до збільшення медичної, соціальної ефективності, що у свою чергу, просуне ефективність економічну та покращить якість життя. За такої ідеології рівняння стане вирішеним.

Реформа механізмів вирівнювання регіонального бюджетного фінансування охорони здоров'я була включена до загальної бюджетної реформи. В останні роки існує кілька форм збору коштів з громадян на фінансування охорони здоров'я розроблено, зокрема, добровільні лікарняні фонди, нові моделі перевіряються кількома пілотними проектами регіонах. Але в іншому механізми державного фінансування суттєво не змінились з

радянського періоду. За останні два роки реформа охорони здоров'я виникла як політика державного пріоритету.

Таблиця 1.3

Валовий внутрішній продукт України у 2012 - 2020 рр. (млн. грн.)

Роки	Номинальний ВВП (в фактичних цінах)	Реальний ВВП (в цінах попереднього року)	Різниця (реальний – номінальний)	
			Абсолютна	Відсоток
2012	1408889	1304064	-104825	-7.4%
2013	1454931	1410609	-44322	-3.0%
2014	1566728	1365123	-201605	-12.9%
2015	1979458	1430290	-549168	-27.7%
2016	2383182	2034430	-348752	-14.6%
2017	2982920	2445587	-537333	-18.0%
2018	3558706	3083409	-475297	-13.4%
2019	3974564	3675728	-298836	-7.5%

Джерело: Мінфін України, 22.12.2020 [13].

Стратегічними напрямками та конкретними моделями організації та фінансування охорони здоров'я є поки що обговорення, хоча і з недостатньою ясністю щодо проблем нинішньої системи.

А необхідний ретельний аналіз цієї системи для визначення пріоритетних проблем та можливих змін.

Але обсяги фінансування все ж напряду залежать, у першу чергу, від економічного розвитку держави. А ці індикатори свідчать про досить несприятливі для галузі тенденції.

Структуру державного боргу у 2020 році за даними Мінфінансів України дано в табл. 1.2., валового внутрішнього продукту впродовж восьми останніх років у табл. 1.3.

У Держбюджеті – 2019 сфера охорони здоров'я може розраховувати на передбачені 95,08 млрд грн. [14].

Збільшення видатків на існування системи охорони здоров'я на кожного мешканця України на 20% у 2020 році у порівнянні з 2015 роком у реальному змісті вказує не на власне підвищення, а частково на зменшення на 2,9% кількості населення за вказаний термін, та й економічний зріст трапляється суттєво повільніше. Окрім цього, сумарне асигнування галузі

відносно до ВВП у процентах значно скоротилися до 3,0% з 3,6%, що говорить, що бюджет охорони здоров'я збільшувався пропорціонально економіки значно менше, ніж сама економіка. Це означає, що при збереженні такої тенденції на рівні 3%, у 2021 році кошти на галузь громадського здоров'я стануть меншими від 8,4%. Тобто, незважаючи на зростання ВВП, асигнування на галузь відповідно не зростали.

Держава впродовж п'яти останніх років не поширила коридор видатків на збагачення системи охорони здоров'я відносно збільшення показників економіки. Частина державного бюджету, спрямованого на охорону здоров'я становила 9,2% у плані на 2020 рік проти 10,4% у 2015 році.

Для порівняння: витрати на охорону здоров'я в Росії ВВП зріс з 4,5% у 1999 році до 6,1% у 2003 році. У 2004 році темп зростання витрат значно уповільнився і склав 5,5% ВВП.

Витрати коштів з бюджету держави чи установ місцевого підпорядкування на вирішення будь-яких завдань сфер суспільного життя, завжди мали на меті їх ефективно використання.

Ринкові відносини у економіці сучасної України вимагають нових гнучких підходів та більш виважених форм планування в усіх ланках господарювання і особливо це є актуальним при здійсненні децентралізаційних процесів.

Застосування такої новітньої моделі планування видатків з бюджету з досвіду країн зарубіжжя найбільш поширеним є програмно-цільовий метод, який нині застосовується й у нашій країні з 2001 року.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ

Аналіз функціонування галузі охорони здоров'я за успадкованими від СРСР принципами та правилами склало висновок про те, що застарілі методи не в змозі забезпечити потреби населення України у сучасних умовах розвитку держави.

Фактичні витрати на систему охорони здоров'я стабільно не зростають, незважаючи на показники розвитку економіки. Видатки на систему охорони здоров'я України не відповідають її потребам та таким у розвинених країнах.

Реально виникає органічна потреба у зміні фінансування галузі охорони здоров'я за самим фактом, чи побудові новітньої сучасної моделі залучення додаткових коштів на охорону здоров'я одночасно із найбільш раціональним їх витрачанням.

РОЗДІЛ 2.

ЮРИДИЧНІ ЗАСАДИ ТА СУТНІСТЬ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ФІНАНСУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Сьогоднішнє складання бюджету вимагає прозорості і незалежності у процесі формування та ефективності його використання для покращення послуги для громадськості. У ситуації із формуванням бюджету слід впроваджувати радикальні кроки для скорочення витрат при одночасному збереженні вже досягнутого ступеню послуг. Традиційні методи підняття ефективності бюджетних видатків (в першу чергу, дотримання фінансової дисципліни та удосконалення казначейських методів) практично вичерпали себе і не в змозі розв'язати існуючих завдань бюджетного дисбалансу чи низьку якість надаваних послуг.

Один з провідних шляхів бюджетного процесу його радикальних перетворень – переключення на планування середньострокового бюджету, спрямованого на пошукуваний наслідок, головним важелем якого є програмно-цільова технологія провладу та планування бюджету. Стаття має на меті систематизувати відмінності між програмно-цільовим та поодиноким методами формування бюджету, щоб обґрунтувати переваги програмно-цільового методу бюджетного планування і до визначити особливості його використання в Україні та причини, які перешкоджають його повномасштабному впровадженню на практиці діяльності. По-перше, буде використано метод цільової програми допомогти контролювати відповідність вкладених даних та отриманих прямих та соціальних результатів, оцінити значимість економічної та соціальної ефективності певних види діяльності, що фінансуються з бюджету. По-друге, це пов'язано із запровадженням системи середньострокового фінансового планування, коли бюджет є затверджений одночасно з формуванням середньострокового плану соціально-економічного розвитку.

Неправильно стверджувати, що використання програмно-цільового методу виключає інші методи бюджетного планування. Серед таких методів важлива роль належить рівновазі бюджетного плану, регулятивному методу та методу екстраполяції. Балансовий метод - це метод розрахунку планування, тому це важливо в пункті за пунктом бюджетування. Він служить для визначення тотожності між джерела фінансування та обсяги та напрямки бюджету використання коштів.

Для введення програмно-цільового методу у практичне русло необхідно здійснити наступні кроки:

- створення системи попиту в послугах наданні;
- аналіз та оцінка причин розбіжностей між затвердженими річними ставками та фактичними витратами в результаті виконання бюджетів;
- запровадження механізмів формування частини бюджетних видатків, що забезпечують зв'язок між обсягом бюджетного фінансування та системою дії, спрямовані на досягнення цілей;
- стимулювання органів управління та їх структурних підрозділів для пошуку резервів підвищення ефективності бюджетних видатків;
- створення системи моніторингу для оцінки якості та ефективності послуг бюджетних установ, видатків бюджету на основі аналізу ступеня здобутку заключних наслідків;
- проведення анкетування поміж людності для пошуку плюсів та переваг у конструкції державних служб, й оцінка результатів діяльності бюджетної сфери установи та місцеві органи влади;
- розробка методології стратегічного планування для головних розпорядників бюджетних фондів, заснованої для державної та регіональної соціально-економічної політики пріоритетів, спрямованих на створення основи для запровадження середньострокового бюджетного планування;
- реалізація класифікації програм видатки місцевих бюджетів;
- розробка базового переліку кінцевих показників ефективного надання бюджетних програм.

Розробка і реалізація недосконалих програм та механізмів бюджетування, що спрямовані на рішення найбільш актуальних і нагальних проблем стають мотивом опрацювання неефективної політики, яка є також нерезультативною та інколи неспрямованою на цільове використання бюджетних коштів. Програмно-цільовий метод фінансування визнано багатьма державами світу як найбільш ефективний в використанні державних коштів, позаяк він призначений для усунення існуючих недоліків способу створення бюджетів на підставі витратної частки бюджету. Застосування програмно-цільового підходу управління державними фінансами призведе до цільової орієнтації витрат коштів. Учасники бюджетного менеджменту нестимуть відповідальність за досягнення передбачених очікувань та матимуть більше свободи в їх звершенні. Однак оцінюється діяльність розпорядників конкретних бюджетних програм завдяки показникам ефективності їх впровадження. Загалом, введення програмно-цільового планування сприятиме створенню ефективного система державного управління. Удосконалення та розширення обсягу програмно-цільового методу у плануванні бюджету передбачає розробку та впровадження до процедур бюджетного процесу механізму оцінки ефективності видатків бюджету. Але систему належного моніторингу асигнувань бюджету ще не створено та показники оцінки не сформовані і законодавчо не затверджені. Але зрозуміло, що розподіл бюджетних ресурсів повинні знаходитися в прямій залежності від досягнення конкретних результатів.

Особливостями програмно-цільового фінансування видатків бюджету на охорону здоров'я, на нашу думку, є: переважний характер використання по відношенню до державного непрограмного фінансування для проведення структурних реформ в сфері охорони здоров'я; доповнює, а не заміщає характер по відношенню до фінансування програм обов'язкового медичного страхування; відкритість і оптимальність програмно-цільового фінансування видатків бюджету на охорону здоров'я [15].

На нашу думку, реформа системи фінансування охорони здоров'я в Україні відбуватиметься в рамках загальноєвропейських принципів справедливості й рівності при наданні медичної допомоги і послуг з охорони здоров'я, оскільки саме такий підхід дозволив державам Європи здобути високоякісних показників у здоров'ї власних жителів [16].

Ефективне управління бюджетними планами у сучасних умовах розвою України і соціально-економічних перетворень зостається вельми насущним, особливо зважаючи на необхідність тісної ощадливості фінансів як на державному так і на місцевому рівнях. Доцільності до застосування альтернативної методології у виконанні бюджетних планів на всіх їх щаблях вимагає саме необхідність ефективного використання їх обмежених показників.

Брак доброякісного стратегічного планування у побудові бюджету вважається головним фактором недофінансування системи охорони здоров'я та чинником неефективного функціонування її закладів. Неврівноваженість видаткових статей бюджету з його дохідною частиною створює серйозні причини до зменшення чисельності надання послуг населенню країни, а також погіршення їх якості.

Існуюча дійсність у нашій державі призводить до поступового використання одного із таких перевірених світовим досвідом засобів як програмно-цільовий метод фінансування (ПЦМ) процес якого, як у період формування бюджету, так і його реалізації, спрямовано, насамперед, на кінцеву результативність.

Саме фактори функції бюджетної лінії, як виробничого процесу з його механізмами взаємозв'язків поміж результатами здійснення бюджету та застосованими економічними можливостями і регуляторними функціями держави слід положити в основу ПЦМ.

Вперше згадування про програмно-цільовий метод бюджетного процесу відбулося у період створення Державного бюджету на 2002 р., а вже у вересні ц. р. розпорядженням Кабінету Міністрів України № 538-р. було

схвалено Концепцію застосування ПЦМ у бюджетному плануванні. У Концепції «...бюджетна програма визначається, як систематизований перелік заходів, спрямованих на досягнення єдиної мети та завдань, виконання яких пропонує та здійснює розпорядник бюджетних коштів відповідно до покладених на нього функцій» [17].

Залучення ПЦМ має встановити прямі обопільні взаємини між наданням грошей та очікуваними даними їх застосування. Цей процес вивчення результативності пропорції «витрати – наслідки» потребує від учасників державної політики віднайти спосіб здобуття потрібного шабля «виходу», що відповідав би мінімально можливим затратам.

Повнозмістовні дані про паспорти бюджетних планів, що було затверджено Міністерством фінансів, визначають порядок проведення моніторингу, оцінювання здійснення і контролювання ефективності реалізації бюджетної програми та її цільового застосування коштів закладених у бюджет [18].

Серед основних аспектів ПЦМ бюджетування світовий досвід виокремлює такі головні елементи програмно-цільового методу фінансування:

1. Стратегічне планування фінансів як окрему частку загального стратегії функціонування державних органів влади (перша фаза бюджетного циклу).

2. Середньотермінове планування, для визначення певного фіскального меж терміну щодо більше раціонального поділу наявних можливостей упродовж цього періоду (друга фаза бюджетного циклу).

3. Створення системи постійного спостереження й оцінювання бюджетної програми і наслідків роботи їх виконавців (саме тут стратегічні плани є базовими).

Відправними пунктами ПЦМ у реальній ситуації є фінансування за умов:

- опрацювання довгострокового плану основного розподільника державного бюджету;

- визначення стратегічних середніх термінів податкових меж (доходи та їх джерела, витрати);
- бюджетування у вигляді програми з чітко вказаними цілями та передбачуваними вихідними даними;
- опрацювання ідентифікаторів фактичного виконання заходів з кінцевим отриманням конкретних результатів розробленої стратегії;

Очікуване до втілення ПЦМ фінансування передбачає відповідні переважні вигоди, у вигляді:

- створення транспарантності виконання позицій фінансового плану;
- оцінювання на базі практичного моніторингу кожного окремого учасника-виконавця бюджету;
- встановлення на цій платформі чинників неочікуваного його виконання;
- розподілення відповідальності низових виконавців програми та головного розпорядника фінансових коштів;
- підвищення відповідальності провідного розподільника державних коштів за відповідність бюджету його загальній меті та окремим щабельним цілям, а також реальність і легітимність програмно-цільового фінансування для його виконання;
- поряд із наведеним – невинне зростання якості упровадження бюджетної політики.

Передбачуване програмно-цільове складання фінансового плану має створюватись не на пустому місці. Еволюційний шлях свого існування ПЦМ розпочав ще з часів Бюджетного законодавства України у правках 2001 р., відтоді як його визнано пріоритетним у створенні та реалізації бюджету [19].

«Паспорт бюджетної програми визначає мету, завдання, напрями використання бюджетних коштів, відповідальних виконавців, результативні показники та інші характеристики бюджетної програми відповідно до бюджетних призначень, встановлених законом про Державний бюджет України на відповідний бюджетний період, на основі яких здійснюється

контроль за цільовим та ефективним використанням бюджетних коштів і аналіз виконання бюджетної програми» [20].

Закон України «Про державні цільові програми» 2004 р. здійснив подальший рух до запровадження ПМЦ. Цей акт надав визначення державній цільовій програмі – це зведена система обопільно зв'язаних заходів і задач, що цілеспрямовані на вирішення самих важливих справ розвою країни, її окремих сфер, одиниць адміністративно-територіального поділу чи економіки, які вимагають застосування асигнувань бюджету України та погоджені у термінах реалізації, контингентів виконавців, матеріально-технічним забезпеченням.

За цим законом державою передбачено розмежування цільових програм.

Так, «...загальнодержавні програми економічного, науково-технічного, соціального, національно-культурного розвитку, охорони довкілля, які охоплюють всю територію держави або значну кількість її регіонів, мають довгостроковий період виконання і здійснюються центральними та місцевими органами виконавчої влади;

- інші програми, метою яких є розв'язання окремих проблем розвитку економіки і суспільства, а також проблем розвитку окремих галузей економіки та адміністративно-територіальних одиниць, що потребують державної підтримки» [21].

Означені нормативні акти вказують на теоретичне підмур'я програмно-цільового методу для вжитку у бюджетному творенні. Однак, незважаючи на вищенаведене, прикладної реалізації теоретичних підстав, в силу відомих причин, так і не відбулося.

Бюджетний кодекс України від 2010 р., який задіяно у 2011 р. суттєво підвищив увагу до застосування програмно-цільового методу, окремою 20 статтею окреслив відповідальних виконавців бюджетних платформ, процес затвердження цих програм та систему ужитку коштів в рамках програми. Також зауважено, що ПЦМ у бюджетному ході призначає побудування

передбачення бюджету на прийдешні за плановим дві бюджетні часові фази [22].

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ

Вивчення фактичних державних витрат на охорону здоров'я дали можливість та державний досвід бюджетування і обґрунтували необхідність застосування такої новітньої моделі планування видатків з бюджету, як програмно-цільове фінансування.

Застосування програмно-цільового методу не робить його винятковим проти інших способів побудування бюджетного плану таким як регулятивний метод, метод екстраполяції, балансовий метод тощо.

Для впровадження ПЦМ у практичне русло необхідно здійснити низку відповідних підготовчих кроків.

Програмно-цільове фінансування системи охорони здоров'я визнано переважною кількістю держав світу. Застосування ПЦМ бюджетного процесу в Україні уперше відбулося у період створення Державного бюджету на 2002 рік.

Реформування системи фінансування охорони здоров'я в Україні планується у межах загальноєвропейських принципів справедливості й рівності при здійсненні медичної допомоги і послуг.

РОЗДІЛ 3.

ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ПРОГРАМНО-ЦІЛЬОВОГО МЕТОДУ ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Через політичну нестабільність, часті зміни уряду та топ-адміністраторів Міністерство охорони здоров'я, рішення про інституційні зміни в галузі охорони здоров'я – наприклад запровадження соціального медичного страхування (СМС) та реформування вищої освіти – було відкладено. СМС була на порядку денному протягом усіх 15 років незалежності. Задекларована реформа охорони здоров'я має бути міцно пов'язані із запровадженням соціального медичного страхування. Першим відповідним законом було розроблений першим урядом незалежної України в 1991 р. У 2003 р. був ще один законопроект розглянутий парламентом, прийнятий у другому читанні, але відхилений у третьому читанні. На даний момент у парламенті є кілька варіантів цього законопроекту.

Після перемоги "помаранчевої революції" в жовтні 2005 р. Уряд прийняв План дій «Назустріч людям» із розділом, що гарантує перелік безкоштовних медичних послуг всім людям, запровадження обов'язкового медичного страхування, безпосередній розвиток первинної охорони здоров'я та сприяння розвитку інституту сімейних лікарів. Президент проголосив охорону здоров'я першочерговим завданням і в грудні 2005 р. він видав указ, який передбачає:

- розробка плану дій щодо реформи охорони здоров'я;
- прийняття заходів щодо запровадження сучасних економічних механізмів закладів охорони здоров'я та чітко визначених бюджетних асигнувань на первинне, вторинне та третинне медичне обслуговування;
- законопроект про охорону здоров'я та медичні установи та низку цільових програм, що фінансуються державою: розвиток сімейної медицини, створення єдиної системи медичної допомоги при надзвичайних ситуаціях, профілактики серцево-судинних та цереброваскулярних захворювань,

контролю туберкульозу, онкологічних захворювань та ін. Незважаючи на виконавчий поштовх, широкого консенсусу щодо цього питання немає; реформи були якийсь час на слуху, але поки мало що зроблено.

Ключовими викликами для реформи фінансування охорони здоров'я є неефективний захист населення від ризиків витрат на охорону здоров'я та неефективне фінансування охорони здоров'я і є основною проблемою розвитку українського сектору охорони здоров'я. Результати неефективності від фрагментованого об'єднання фондів охорони здоров'я та відсутності стимулів для підвищення ефективності послуг продуктивність. Це багато в чому продукти системи охорони здоров'я, успадковані від Радянських часів, але вони посилювались протягом останніх 15 років. Незважаючи на реформу міжбюджетних відносин, децентралізована чотирирівнева бюджетна система відзначається роздробленістю. Наявність відомчих систем фінансування погіршила фонд роздробленість. Існуюча система зберігає неефективний розподіл потужностей та розподіл потоків пацієнтів та нерівний доступ до медичної допомоги. Статтєве фінансування заклади охорони здоров'я та їх правовий статус як бюджетних установ відтворюють наявні витрати закономірності та збільшити попит на бюджетне фінансування без підвищення ефективності.

Державний сектор в Україні тривалий час отримувал вигоду від недорогих комунальних послуг через низькі експортні ціни на газ та державні субсидії, але ситуація почала змінюватися в 2006 р. заклади охорони здоров'я повинні витратити набагато більше на енергію. Система фінансування охорони здоров'я повинна бути пристосованих до нових економічних умов. Прогрес вимагає припинення роздробленості, децентралізації перекриття домовленостей щодо об'єднання, а також припинення бюджетування на основі вхідних даних. В іншому випадку будь-який спроби поліпшити якість та доступність медичної допомоги будуть надто дорогими. Об'єднання та реформи закупівель допомогли б полегшити проблеми фінансового ризику через медичні витрати та нерівність доступу до

медичної допомоги, але зміни в балансі закупівель між державою та потрібна також громадськість.

Серйозним викликом реформі фінансування охорони здоров'я є жорсткість системи державних фінансів. Є необхідні інституційні перешкоди для необхідних реформ. Занадто багато акторів більше зацікавлені у збереженні існуючих практик, ніж у їх трансформації. Реформа вимагає ретельного вибору можливих нововведень та сильної політичної волі щодо їх реалізації.

З інституційної точки зору можна створити єдиний обласний пул шляхом централізації бюджетних коштів в обласному управлінні охорони здоров'я або створення позабюджетного фонду в області рівень. Останнє може бути квазіурядовим агентством, яке отримує всі доходи від регіону Фонду охорони здоров'я або страховика в системі соціального медичного страхування та страхових внесків від різні джерела (регіональні фонди медичного страхування). Кожен з варіантів вимагав би значного зміни до закону про бюджет та іншого законодавства. Вибір залежить від законодавчої послідовності та політична доцільність альтернатив. Створення єдиних регіональних бюджетних пулів охорони здоров'я під управлінням обласних управлінь охорони здоров'я та квазіурядових установ стикається з високою політичною політикою та законодавчі бар'єри. Створення системи соціального медичного страхування може бути дещо простішим, але стикається з економічними обмеженнями щодо джерел страхових внесків через високий податковий тягар. Останній варіант вимагав би сильного державного нагляду з метою регулювання діяльності страховиків.

Фрагментацію об'єднання фондів охорони здоров'я на національному рівні також потрібно усунути або зменшити найменш полегшені. Рішення про збереження або усунення окремого медичного обслуговування працівників Російської Федерації обрані міністерства та відомства є абсолютно політичними. Якщо збереження нинішньої нерівності мали бути визнані протилежними політиці зробити українське суспільство більш

демократичним (як ініційована "помаранчевою революцією"), то це логічно призведе до ліквідації відомчі системи фінансування охорони здоров'я. У такому випадку вся медична допомога фінансувалася б субнаціональних бюджетів. Але якщо збереження прав деяких на покращення охорони здоров'я є вважається політично виправданим, тоді необхідно буде змінити механізм розподілу. Фінансування відомчих закладів охорони здоров'я слід замінити придбанням медичних послуг включені до відомчих пакетів пільг для здоров'я.

Стимулювання оплати праці та автономність Іншими ключовими елементами реформи фінансування є нові способи оплати постачальникам та багато іншого автономія постачальника у відповіді на нові методи. Варіанти оплати провайдером методи відрізняються силою стимулів, які вони створюють для постачальників діяти відповідно з чотирма цілями: запобігання проблемам здоров'я громадян; надання послуг та рішення проблеми зі здоров'ям пацієнтів; реагувати на законні очікування людей і стримувати. Жоден спосіб оплати з одного постачальника не є найкращим з точки зору досягнення цілі. Бюджетний метод оплати бюджету, який використовується в Україні, є ефективним для стримування державних витрат, але не створило сильних стимулів для постачальника для досягнення інших цілей. До щоб підвищити ефективність їх роботи, необхідно перейти від вхідних даних до вихідних фінансування закладів охорони здоров'я.

Профілактика захворювань, перенесення акценту зі стаціонарної допомоги на амбулаторну та посилення Роль первинної медичної допомоги є найважливішими завданнями реформування. Фінансування постачальників первинної медичної допомоги на розрахунок на душу населення в поєднанні з частковим утриманням фонду найкраще сприятиме їх завершенню завдання. Однак перехід від бюджетного рядка вимагає високої адміністративної спроможності регіону муніципальної влади та покладає велику відповідальність на рівень первинної медико-санітарної допомоги. Ось чому запровадження часткового зберігання коштів може відбутися на

наступних стадіях здоров'я реформа після затвердження пілота. Можливо, буде виплата капітальних витрат для постачальників первинних медичних послуг супроводжується бонусами за досягнення цільових показників як виплати за послугу.

Глобальне бюджетування та методи оплати, що базуються на конкретних випадках, є реальними альтернативами бюджетуванню позицій стаціонарна допомога. Глобальне бюджетування ефективно контролює витрати; це надає гнучкість для провайдерів, створює стимули для попередження ускладнень після лікування та повторної госпіталізації. Однак глобальне бюджетування може зберегти надмірну потужність медичних закладів, ніж зменшити його. Спосіб оплати за окремий випадок створив сильні стимули для постачальників зменшити перевищення потужності та для підвищення продуктивності праці. Як інструмент укладання договору стаціонарної допомоги для громадян покриті єдиним обласним пулом, це може сприяти більш ефективному розподілу коштів серед постачальників та реструктуризація лікарняної мережі. Але відсутність детальної класифікації медичні послуги або база даних про кількість випадків захворювання та низький рівень ІТ-засобів створюють перешкоди для широкомасштабне впровадження цього методу. Перехід до глобального бюджетування легше запровадити і здається кращим на першому етапі реформ. Поєднання двох методів може бути розробляється на наступних етапах. Поділ ролей закупівель та забезпечення є вирішальним для успіху реформи. Змінюється правовий статус більшості існуючих медичних закладів є таким, як державних некомерційних організацій необхідні для нових способів оплати та для забезпечення певної автономії у витратах. Існує Альтернативні шляхи надання більшої автономії існуючим постачальникам медичних послуг з статус бюджетних об'єктів:

- збереження свого правового статусу при зміні бюджетного кодексу та іншого законодавства, яке вимагає обов'язкових бюджетних процедур; або

- перетворення бюджетних установ на державні некомерційні підприємства.

Реалізація першого варіанту зіткнеться з сильним спротивом з боку фінансових органів. Очевидними перевагами другого варіанту є те, що він може бути реалізований без перегляду бюджету законодавства, може забезпечити більш високий рівень управлінської та фінансової автономії для постачальників та може стимулювати постачальників підвищувати якість та ефективність, зберігаючи некомерційну природу їх діяльності. Цей варіант вимагає ретельної розробки законодавства, що створює нові державні структури та засоби контролю. Медичні установи, які змінили свій статус із бюджетних одиниць для державних некомерційних підприємств повинні мати ті самі податкові пільги, субсидії на комунальні послуги тощо, що і установи не реорганізовувались.

Рівний доступ до медичної допомоги з меншими виплатами з кишень. Для досягнення зазначених цілей доступні два методи: збільшення державного фінансування охорони здоров'я або зміна поточного неформального розподілу відповідальності між державою та її громадянами в оплаті праці на послуги охорони здоров'я. Перший залежатиме в основному від економічних реформ та темпів зростання. За будь-яких реалістичних економічних прогнозів, розвиток державних гарантій та державно-приватних змішане фінансування є передумовою успіху. Другий - радикальний перегляд безкоштовного медичного обслуговування пакет пільг, як це зроблено в деяких країнах СНД, навряд чи здійснений в Україні. Альтернативою є поступові реформи, включаючи збалансування обраних вигод із об'єднанням державного та приватного кошти.

У цьому відношенні можуть бути рекомендовані такі способи дій:

- Державні гарантії безкоштовного медичного обслуговування можуть бути визначені відповідно до реалістичних оцінок їх державного фінансування. Розробка клінічних та економічних стандартів для найбільш поширених захворювань з певним пакетом державних послуг та

фармацевтичні препарати були б кроком у цьому напрямку. Стандарти слід періодично переглядати відображати зменшення постійних витрат завдяки реформам, орієнтованим на ефективність.

- Легальне розподіл витрат для окремих компонентів гарантованого медичного обслуговування введено.

- Необхідно розробити законодавство про медичні фонди, щоб забезпечити доповнення виплат або доповнювати, але не замінювати пакет медичних послуг. Діяльність охорони здоров'я фонди повинні бути прозорими для своїх членів.

- Можна розробити змішане медичне страхування, що передбачає співфінансування з фондів національний, регіональний та муніципальний бюджети, громадяни та роботодавці.

- Введення податкових пільг для внесків роботодавців для своїх працівників VHI буде центральним для підвищення ролі VHI.

Досвід держав Європейського Союзу, а також країн Центральної і Східної Європи колишнього радянського табору, які порівняно недавно стали на шлях реформ показує, що механізми фінансування соціальних систем охорони здоров'я можна успішно удосконалювати і в рамках бюджетного фінансування, і в рамках обов'язкового медичного страхування. В багатьох країнах Європейського Союзу уряд приймає участь у системі обов'язкового медичного страхування через бюджетні внески в тому чи іншому вигляді (або від імені певних категорій громадян, або у вигляді капітальних інвестицій, чи іншим чином).

Отже, серед можливих варіантів розвитку системи фінансування галузі охорони здоров'я в Україні існує вибір, який полягає в наступному:

- 1) зберегти бюджетну систему фінансування;
- 2) запровадити систему обов'язкового медичного страхування;
- 3) створити змішану систему фінансування, запровадивши обов'язкове медичне страхування і зберігаючи при цьому роль уряду у фінансуванні певних елементів медичної допомоги.

Підводячи підсумок, можна стверджувати, що метою реформи системи фінансування служби охорони здоров'я в Україні є забезпечення ефективного розподілу ресурсів в системі охорони здоров'я при збереженні принципу рівного, справедливого і безоплатного доступу до послуг.

ВИСНОВКИ

Низький рівень доходу в Україні є свідченням того, що за валовим внутрішнім продуктом вона посіла 52 місце у світі у 2005 р. - \$81,7 млрд., але 131-й показник валового національного доходу на душу населення – \$1520 [2], у 2015 р. показник різниці ВВП (реальний – номінальний) становив: - 27.7%, у 2019 р.: -7.5%.

У 2020 р. Україна знаходиться на 74 позиції серед 189 країн в Індексі людського розвитку за визначеними індикаторами тривалості життя населення і рівня доходів.

Макроекономічні чинники держави та вантаж існуючих соціальних зобов'язань суттєво лімітують перспективу зростання державного фінансування на охорону здоров'я найближчим часом. Також податкове навантаження на роботодавців в Україні досить велике.

Загальна ситуація з державним фінансуванням охорони здоров'я свідчить про її неспроможність забезпечити її навіть нагальні потреби.

В останні роки існує кілька форм збору коштів з громадян на фінансування охорони здоров'я розроблено, зокрема, добровільні лікарняні фонди, нові моделі перевіряються кількома пілотними проектами регіонах. Але в іншому механізми державного фінансування суттєво не змінилися з радянського періоду.

Серед основоположних напрямів радикальних перетворень бюджетного процесу є перехід на планування середньотермінового плану, цілеспрямованого на пошукуваний результат. Разом із тим ПЦМ, незважаючи на свої особливості, не виключає інші відомі методи бюджетного планування.

Програмно-цільовий метод бюджетного плану в Україні не є чимось новим і невідомим. Про нього згадується ще з у період виготовлення Державного бюджету на 2002 р., як обоюдні взаємовідносини між наданням коштів та очікуваними вихідними їх застосування.

Законодавство України з 2004 р. здійснило спрямування подальшого руху до запровадження ПМЦ та надало визначення державній цільовій програмі, але в силу відомих чинників, що час від часу виникають у державі, згаданий метод не знайшов свого віддзеркалення у реальній дійсності сфери охорони здоров'я.

Програмно-цільове фінансування системи здравоохранення позитивно визнано переважною кількістю держав світу. Відтак, реалізація медичної реформи в Україні планується у межах загальноєвропейських принципів справедливості й рівності при здійсненні медичної допомоги і послуг.

Очікувані результати медичної реформи вбачаються у задоволенні очікуваних населенням, насамперед вразливих його груп, потреб у доступній, справедливій, якісній, та ефективній допомозі з боку медичних установ та закладів, зміна власного ставлення і підвищення відповідальності за стан здоров'я громадян, створення умов для ведення здорового способу життя, можливість раціонального перерозподілу ресурсів, зменшення фінансових перешкод для доступу до необхідних послуг, захист від фінансового ризику, пов'язаного з отриманням медичної допомоги, оптимізація формування ресурсів, інфраструктури, технологій і кадрів, як в державному, так і в комерційному секторах галузі та низку інших.

Запропоновані у дослідженні шляхи впровадження ПЦМ, що засновані на вивченні досвіду розвинутих країн світу, нададуть можливість відновлення населення України та його частки репродуктивного віку чис здоров'я, працездатність і життя були збережені.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

- 1.Strategy on Health Care Financing.URL:
https://www.who.int/health_financing/documents/wprosearo-strategy2010.pdf
(27.12.2020).
- 2.The Ukrainian health financing system and options for reform. URL:
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/97423/E90754.pdf
(27.12.2020)
- 3.Индекс человеческого развития: какое место заняла Украина – рейтинг. URL: https://innovation.24tv.ua/ru/indeks-chelovecheskogo-razvitija-kakoe-mesto-poslednie-novosti_n1488280 (дата звернення: 02.02.2021).
- 4.Семашко, Николай Александрович. URL:
https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B5%D0%BC%D0%B0%D1%88%D0%BA%D0%BE,_%D0%9D%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%B0%D0%B9_%D0%90%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D1%81%D0%B0%D0%BD%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D1%87 (дата звернення: 02.02.2021).
5. Lekhan V, Ruidiy V, Nolte E. Health care systems in transition: Ukraine. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
- 6.Lekhan V, Ruidiy V (eds.). Key strategies for further development of the health care sector in Ukraine. Kiev, Rayewsky Scientific Publishers, 2007.
7. Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. Health Policy, 2001, 56:171–204.
- 8.The world health report 2000. Health systems: improving performance. Geneva, World Health Organization, 2000.
- 9.Aslund A. The economic policy of Ukraine after Orange revolution. Eurasian Geography and Economics, 2005, 46,5:327–353.

10. World Development Indicators database. Washington, World Bank, 2005. URL: http://devdata.worldbank.org/AAG/ukr_aag.pdf, accessed 6 June, 2007 (дата звернення: 20.12.2020).

11. World Bank, op. cit.; Ukraine: 2005. Article IV consultation and ex-post assessment of longer-term program engagement - Staff reports; Staff supplement; and Public information notice on the Executive Board discussion. Washington, International Monetary Fund, 2005. URL:

<http://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2005/cr05415.pdf> (дата звернення: 02.02.2021).

12. Source: Preker A, Jakab M, Schneider M. Financial reforms in the countries of central and eastern Europe and former USSR countries. In: Mossialos A et al., (eds.), Funding health care: options for Europe. Buckingham, UK, & Philadelphia, Open University Press, 2002:80–109 (European Observatory on Health Care Systems series).

13. Валовий внутрішній продукт (ВВП) в Україні 2021. URL:

<https://index.minfin.com.ua/ua/economy/gdp/> (дата звернення: 10.02.2021).

14. МОЗ: У Державному бюджеті на 2019 рік на охорону здоров'я передбачено 95,08 млрд грн Кабінет Міністрів України. URL:

<https://www.kmu.gov.ua/news/moz-u-derzhavnomu-byudzheti-na-2019-rik-na-ohoronu-zdorovya-peredbacheno-9508-mlrd-grn> (дата звернення: 10.02.2021).

15. Тимкин, Т.Р. Направления совершенствования программно-целевого финансирования расходов бюджета на здравоохранение. Экономика. Финансы. Право. 2013. № 1-2 (08-09). 2013. С. 77-81.

16. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я уроки для України. URL: https://eeas.europa.eu/archives/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_uk.pdf (дата звернення: 02.02.2021).

17.Про схвалення Концепції застос... від 14.09.2002 № 538-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/538-2002-%D1%80#Text>(дата звернення: 02.02.2021).

18.Про паспорти бюджетних програм | від 29.12.2002 № 1098. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0047-03#Text> (дата звернення: 18.01.2021).

19.Бюджетний кодекс України від 21.06. 2001 р. - №2542-III [Електронний ресурс] / Офіційний сайт Верховної Ради України. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi> (дата звернення: 02.02.2021).

20.Наказ Міністерства фінансів України «Про паспорти бюджетних програм» від 29.12.2002 р. № 1098. Офіційний сайт Верховної Ради України. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z0047-03> (дата звернення: 02.02.2021).

21.Закон України «Про державні цільові програми» від 18.03.2004 р. № 1621-І . Офіційний сайт Верховної Ради України. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1621-15> (дата звернення: 02.02.2021).

22.Бюджетний кодекс України від 08.07. 2010 р. № 2542-III [Електронний ресурс] / Офіційний сайт Верховної Ради України. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2542-14> (дата звернення: 02.02.2021).

23.Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я уроки для України. URL: https://eeas.europa.eu/archives/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_uk.pdf (дата звернення: 30.12. 2020).