

УДК 336.5:614.2

JEL classification: H51, I18

DOI: <https://doi.org/10.17721/1728-2667.2025/226-1/13>

Оксана ЧЕБЕРЯКО, д-р іст. наук, канд. екон. наук, проф.

ORCID ID: 0000-0002-1563-9611

e-mail: cheberyako@knu.ua

Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Київ, Україна,

Національна Академія Служби Безпеки України, Київ, Україна

Віктор КОЛЕСНИК, чл.-кор. НАН України, д-р іст. наук, проф.

ORCID ID: 0000-0003-4696-0747

e-mail: kolesnykvf@ukr.net

Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Київ, Україна

ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ В УМОВАХ СУЧАСНИХ ВИКЛИКІВ: МОДЕЛІ, ДЖЕРЕЛА ТА ПРОБЛЕМИ

Вступ. Дослідження питання фінансування системи охорони здоров'я та порівняння моделей допоможе виокремити основні проблеми, виокремити шляхи їх подолання, зокрема щодо доступності якісної медичної допомоги для всіх верств населення за рахунок різних джерел фінансування. Війна росії проти України порушила доступ до медичних послуг через пошкодження інфраструктури, втрату персоналу, проблеми з безпекою, масове переміщення населення, збільшення витрат на медичні ресурси в поєднанні зі зниженням платоспроможності населення за медичні послуги.

Методи. Матеріалами дослідження є нормативно-правове забезпечення щодо фінансування системи охорони здоров'я в Україні, праці вітчизняних і зарубіжних вчених у сфері моделей, джерел та проблем фінансування системи охорони здоров'я в умовах нових викликів. У процесі здійснення дослідження було використано такі наукові методи: теоретичного узагальнення та групування (для характеристики основних економічних моделей, джерел фінансування охорони здоров'я, розмежування видатків у цій сфері між бюджетами, визначення видатків на охорону здоров'я за програмною ознакою); формалізації, аналізу та синтезу (для аналізу загальних витрат на охорону здоров'я у % від ВВП в країнах ОЕСР); логічного узагальнення результатів (формулювання висновків).

Результати. Висвітлено різні моделі систем охорони здоров'я, які існують у світі, теоретичні та практичні аспекти фінансування цієї системи в Україні, проаналізовано динаміку бюджетного фінансування, структуру і склад видатків Державного та місцевих бюджетів на охорону здоров'я. Виокремлено особливості цих видатків в умовах пандемії Covid-19 та війни. Розкрито основні проблеми та сформовано шляхи вдосконалення системи фінансування охорони здоров'я в повоєнний період.

Висновки. Світова пандемія Covid-19 і війна на території України суттєво вплинули на фінансування системи охорони здоров'я. Бойові дії спричинили збільшення витрат на фінансування і надалі прогнозується лише збільшення цієї групи видатків. Фінансування охорони здоров'я у повоєнний період відіграє ключову роль не лише у відновленні медичної інфраструктури, а й загальної системи надання медичних послуг. Повоєнна реконструкція охорони здоров'я потребує значних інвестицій, залучення міжнародної допомоги, державно-приватного партнерства й ефективного управління внутрішніми ресурсами для відновлення та модернізації інфраструктури, впровадження сучасних медичних технологій та цифрових рішень для підвищення ефективності надання медичних послуг.

Ключові слова: система охорони здоров'я, форми фінансування, ринкова модель, соціальна модель, суспільно-приватна модель, державний бюджет, місцеві бюджети.

Вступ

Несприятливі довгострокові тенденції, які особливо загострилися в умовах пандемії COVID-19 та широкомасштабної війни, призвели до необхідності пошуку балансу між обсягом соціальних функцій держави та рівнем їх фінансового забезпечення через існування загроз стійкості державного бюджету. Проблема оптимізації соціальних видатків (соціальний захист та соціальне забезпечення, охорона здоров'я, освіта, духовний та фізичний розвиток) давно назріла, оскільки Україна вичерпала можливості вирішення соціальних проблем через механізми бюджетного фінансування.

Згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) система охорони здоров'я – це сукупність усіх організацій, людей і дій, основним завданням яких є сприяння, відновлення чи підтримка здоров'я. Охорона здоров'я є однією з найважливіших галузей, яка забезпечує збереження та покращення здоров'я громадян, надання їм висококваліфікованої лікувально-профілактичної допомоги, що, у свою чергу, підвищує добробут громадян, які є рушійною та будівною силою зростання та економічного розвитку кожної країни. Загалом у сфері охорони здоров'я активно впроваджуються інноваційні технології з метою зниження захворюваності населення і підвищення якості та ефективності, профілактики, діагностики та лікування пацієнтів з різними захворюваннями. Проте такі технології потребують

великих коштів, що спричиняє збільшення цін на медичні послуги та робить медицину недоступною для всіх верств населення.

Не варто забувати і про пандемію COVID-19, яка підвищила видатки на медицину, а також повномасштабне вторгнення РФ, яке похитнуло фінансовий стан наших громадян. Проте медицина – це сфера, без якої не може існувати цивілізоване суспільство, вона має бути доступною та відкритою для всіх громадян. Головна роль у підвищенні загальної доступності населення до медичних послуг, що є обов'язковою гарантією держави, та якості їх надання належить фінансовим ресурсам, що надходять у розпорядження такої галузі, як охорона здоров'я. Тому в контексті сучасних викликів гостро стоїть проблема створення нових підходів щодо планування, прогнозування та розподілу бюджету для даної системи та пошуку нових джерел фінансування цієї галузі.

Метою нашої статті є вивчення зарубіжного досвіду моделей фінансування охорони здоров'я, висвітлення основних теоретичних, практичних положень, джерел та проблем фінансування охорони здоров'я в Україні в умовах сучасних викликів.

Огляд літератури. Аналізу основних моделей охорони здоров'я, ролі держави в галузі охорони здоров'я присвячено значну кількість праць. Українські та зарубіжні вчені досліджують моделі фінансування охорони здоров'я у світі та в Україні. Адже детальний аналіз кожної з

них, вивчення та порівняння різних моделей охорони здоров'я дозволяє ідентифікувати ефективні підходи до реформування національних систем охорони здоров'я в умовах нових викликів. Зокрема, Н. Філіпова та Ю. Левчук обґрунтовують необхідність адаптації та оптимізації національних систем охорони здоров'я з метою підвищення їх доступності, ефективності та якості в контексті викликів сучасності, таких як глобальні пандемії, старіння населення та зростання хронічних захворювань, приділяють значну увагу аналізу фінансування, управління та способів надання медичних послуг у кожній з моделей, а також розглядають їх переваги та недоліки (Філіпова, & Левчук, 2024). Н. Шелеміна, аналізуючи системи фінансування охорони здоров'я за кордоном та в Україні, зазначає, що вітчизняна система охорони здоров'я має одноканальне фінансування. Водночас дослідниця акцентує увагу на реформуванні системи охорони здоров'я в країні, виокремлює основні здобутки та проблеми, з якими стикнулася охорона здоров'я під час військової агресії РФ (Шелеміна, 2023). А. Барзилович зазначає, що спроби реформування сфери охорони здоров'я в Україні робилися неодноразово протягом всієї історії незалежності України. Вчений досліджує основні нормативно-правові документи, які прийняті за період незалежності України з метою вдосконалення та трансформації системи охорони здоров'я (Барзилович, 2020).

К. Куровскі, С. Стюарт та Е. ван де Поел зазначають, що COVID-19 виявив як переваги, так і недоліки місцевої, національної, регіональної та міжнародної охорони здоров'я та загострив потребу в стабільному фінансуванні. Тому збільшення фінансування охорони здоров'я залишається однією з найважливіших умов для виходу країн з кризи COVID-19 (Kurowski, Stewart, & van de Poel, 2020).

О. Тулай, Н. Карпишин, С. Савчук, В. Русін та С. Нитка аналізують основні проблеми, які пандемія коронавірусу спричинила в системах фінансування охорони здоров'я ЄС і України. Вони зосереджують увагу на ситуативному аналізі пандемічного досвіду країн ЄС та України під кутом стійкості та здатності до адаптації систем фінансування охорони здоров'я, обґрунтовують важливість забезпечення не лише фінансової спроможності, але й резервності системи охорони здоров'я як запасу фінансової та ресурсної міцності за потреби реагувати на надзвичайні ситуації в охороні здоров'я (Тулай та ін., 2022).

Е. Ортіс-Оспіна та М. Розер досліджують перехресні зв'язки, які впливають на результати охорони здоров'я та витрати на охорону здоров'я, візуалізують зв'язок між очікуваною тривалістю життя та витратами на охорону здоров'я для ряду країн ОЕСР з 1970 року (Ortiz-Ospina, & Roser, 2017). Розглядаючи фінансування охорони здоров'я в Україні в умовах глобальних викликів, М. Кузельов та А. Нечипоренко визначають передумови щодо необхідності реформування національної системи охорони здоров'я, окреслюють напрями медичної реформи в Україні (Kuzheliev, & Nychurenko, 2024).

Представники Світового банку та Всесвітньої організації охорони здоров'я К. Бреденкамп, Е. Далє, О. Дорошенко, Ю. Джигир, Я. Хабіхт, Л. Хоукінс, О. Кацага, К. Майнзюк, К. Пак та О. Хузь розглянули деякі аспекти реалізації реформи фінансування системи охорони здоров'я в Україні, зокрема фінансування, закупівлі та управління Програмою медичних гарантій (ПМГ), а також створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ), її роль як стратегічного закупівельника послуг для цієї програми. Автори наголошують, що перехід

фінансування охорони здоров'я від кошторисного фінансування до методів фінансування, орієнтованих на результат, забезпечить краще узгодження надаваних медичних послуг з потребами пацієнтів (Bredenkamp et al., 2022). Водночас питання фінансування системи охорони здоров'я України в умовах широкомасштабної війни та повоєнного відновлення потребують свого подальшого дослідження.

Методи

Досліджуючи питання фінансування установ охорони здоров'я в Україні, було застосовано сукупність емпіричних, комплексних і теоретичних методів та підходів, що допомогли реалізувати поставлену мету. Діалектичний, системний та структурний методи були використані для того, щоб здійснити характеристику механізму фінансування установ охорони здоров'я. За допомогою історичного, аналітичного та порівняльного методу встановлено особливості розвитку механізму фінансування й узагальнення досвіду формування цільових фондів в Україні та за кордоном. Логічний і статистичний метод, метод моделювання та наукового абстрагування допомогли визначити основні проблеми і шляхи реформування системи фінансування в галузі охорони здоров'я України.

Результати

Міцне здоров'я є основою якості життя людини, а охорона здоров'я – це один із найважливіших факторів його захисту та покращення. Тому соціально-орієнтовані країни з достатнім економічним та культурним потенціалом визначають охорону здоров'я громадян як одну з обов'язкових соціальних гарантій, право на реалізацію якої бере на себе переважно держава.

Право на охорону здоров'я є одним із найважливіших соціальних прав людини, від забезпечення якого безпосередньо залежить тривалість та якість життя (особливо в сучасному пандемічному світі та в умовах широкомасштабної війни в Україні). На міжнародному рівні це право задекларовано в 1948 р. у статуті ВООЗ, а також знаходить відображення в документах регіональних організацій, конституції ЄС та національних конституцій усіх країн. Статтею 3 Конституції України¹ визначено, що "людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканість і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю". Стаття 49 гарантує громадянам право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних та оздоровчо-профілактичних програм, а медична допомога у державних і комунальних закладах охорони здоров'я надається безоплатно, держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності, дбає про розвиток фізичної культури і спорту, забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя.

Система охорони здоров'я – це сукупність усіх організацій, інституцій і ресурсів, головною метою яких є зміцнення, підтримка чи відновлення здоров'я. Загальнодержавні системи медичного забезпечення створювались під дією багатьох чинників – політичного і соціально-економічного стану, суспільного устрою, ціль, принципів, співвідношення елементів системи, а також історії, традицій, культури, релігії тощо та вдосконалювались відповідно до національних потреб та можливостей. Проте, зважаючи на всі відмінності систем охорони здоров'я в різних країнах, економічні моделі формуються за визначенням ролі та функції держави у цих процесах. При цьому головна мета будь-якої країни – за

¹ Конституція України. (1996, 28 червня). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>

мінімальні ресурси побудувати ефективну модель системи охорони здоров'я та досягти найвищого рівня здоров'я населення (Основи законодавства..., 1992).

Світова практика сформувала три класичні моделі систем охорони здоров'я залежно від способу організації (централізована, децентралізована), джерела фінансування (податки, внески на медичне страхування, прямі платежі), форми власності постачальників медичних послуг (державна, приватна некомерційна, приватна комерційна). Тому у світі використовуються різні моделі систем охорони здоров'я, які відрізняються за певними ознаками:

- ступінь участі держави в управлінні, фінансуванні та розподілі коштів на охорону здоров'я;
- система збору коштів;
- витрати на охорону здоров'я у відсотках від ВВП;
- ступінь охоплення населення програмами державної підтримки;
- обсяг медичної допомоги, що надається населенню;
- форма власності постачальників медичних послуг.

Принципи регулювання видатків на охорону здоров'я постійно модифікуються та вдосконалюються в усіх країнах, а визначальним чинником забезпечення населення якісною та доступною медичною допомогою є адекватний потребам галузі охорони здоров'я обсяг фінансування. Загалом система фінансування охорони здоров'я є складним механізмом, який забезпечує збір, розподіл і використання коштів для забезпечення потреб населення в медичній допомозі. Для ефективного функціонування такої системи необхідно забезпечити стійке фінансування, що забезпечить доступ до охорони здоров'я для всіх громадян і гарантує його якість.

Виділяють чотири основні види фінансування охорони здоров'я в зарубіжних країнах: державне, муніципальне, обов'язкове і добровільне медичне страхування та змішана форма. Слід зазначити, що у відокремленому вигляді ці види фінансування практично не використовуються ні в одній країні, але в деяких вони займають домінуюче положення. Виходячи із зарубіжного досвіду щодо ролі та функції держави в галузі охорони здоров'я, виділяють три основні економічні моделі фінансування охорони здоров'я (табл. 1).

Загалом формування моделі фінансування охорони здоров'я залежить від соціально-економічної політики держави, а всі існуючі моделі відрізняються джерелами фінансування медичної допомоги, обсягом державних гарантій, замовником послуг і його статусом, виконавцем медичних послуг, державним управлінням охороною здоров'я та схемою фінансування. Принципи регулювання видатків на охорону здоров'я постійно модифікуються та удосконалюються в усіх країнах, а визначальним чинником забезпечення населення якісною та доступною медичною допомогою є адекватний потребам галузі охорони здоров'я обсяг фінансування (Чеберяко, 2021).

На сучасному етапі розвитку процеси реформування системи охорони здоров'я спостерігаються в усьому світі з метою наближення медичної допомоги до різних соціальних груп населення, що потребує поєднання різних моделей. У країнах ЄС і в США також не існує єдиної системи охорони здоров'я.

Ефективність системи охорони здоров'я оцінюється в трьох аспектах: економічному, соціальному та медичному, але при цьому визначальними є соціальна та медична ефективність. Основними її індикаторами є:

- загальні витрати на охорону здоров'я у % від ВВП;
- витрати на охорону здоров'я на душу населення;

- вартість медичних послуг у перерахунку на душу населення;
- джерела фінансового забезпечення та соціальні потреби споживачів;
- сформована оптимальна управлінська модель;
- тривалість життя і показники смертності та інвалідності;
- рівень захворюваності населення тощо.

Глобальне поширення COVID-19 виявило слабкість національних та глобальних систем фінансування охорони здоров'я, непропорційність витрат між країнами з низьким і середнім доходом та країнами з високим рівнем доходу. З іншого боку, воно призвело до відставання від графіка досягнення до 2030 року значного прогресу щодо забезпечення загального охоплення послугами охорони здоров'я, у тому числі, захисту від фінансових ризиків, доступу до якісних основних медико-санітарних послуг і до безпечних, ефективних, якісних і недорогих основних лікарських засобів та вакцин для всіх. А це є завданням 3.8 17-ти Цілей сталого розвитку (ЦСР), які чітко визначають світ, до якого мають прагнути всі нації без винятків. Пандемія COVID-19 призвела до 14,9 млн смертей і коштувала 336,8 млн років життя в усьому світі, а також погіршила багато показників, пов'язаних зі здоров'ям (Rehabilitation Resource Repository, 2023).

Сукупні шоки для здоров'я та економіки, спричинені COVID-19, виявили глибокі слабкі місця в системах охорони здоров'я. Наразі всім країнам потрібно більше інвестувати у свої системи охорони здоров'я та виробити скоординований підхід до максимізації потенціалу для виходу із кризи COVID-19. Завдяки бюджетним асигнуванням фінансування системи охорони здоров'я зросло в багатьох країнах світу, більшість урядів збільшили свої витрати, щоб задовольнити нагальні потреби в охороні здоров'я та захистити людей, робочі місця та бізнес. Як наслідок, великі бюджетні дефіцити і світовий державний борг перебуває на рекордному рівні.

Пандемія COVID-19 назавжди змінила глобальну охорону здоров'я – від прискорення впровадження нових технологій і моделей надання медичної допомоги для підвищення уваги до стабільності та стійкості. Досліджуючи фінансування системи охорони здоров'я, варто порівняти показники загальних витрат на охорону здоров'я у % від ВВП у країнах світу (табл. 2).

До пандемії COVID-19 у країнах ОЕСР спостерігалася стала позитивна динаміка фінансування охорони здоров'я, у 2013–2019 рр. у середньому витрачали близько 8,8 % ВВП і цей показник залишався відносно незмінним. Проте в 2023 р. цей показник становив близько 9,2 % ВВП порівняно з 9,7 % у 2021 р., що відображає зменшення потреби у витратах після пандемії та вплив інфляції на зниження вартості витрат на охорону здоров'я. Серед країн-членів ОЕСР США мали найвищий відсоток ВВП, витрачений на охорону здоров'я у 2022 р. – 16,6 %. Наступна країна з найбільшими витратами – Німеччина (12,7 %). Після США та Німеччини група із 15 країн з високим рівнем доходу, включаючи Канаду, Францію та Японію, витрачає більше 10 % ВВП на охорону здоров'я. У багатьох країнах Центральної та Східної Європи ОЕСР витрати на охорону здоров'я становлять 6–9 % ВВП, хоча серед країн із найменшими витратами є Люксембург, Туреччина та Ізраїль, які витратили менше 6 % ВВП (Eurostat, 2020). Загалом на витратах на охорону здоров'я за останні 15 років позначилися затяжна фінансова криза 2008 року та недавній спалах COVID-19. Крім того, варто зважити на наявність різних систем охорони здоров'я та рівень розвитку країн, що також впливає на обсяг видатків.

Таблиця 1

Основні економічні моделі фінансування охорони здоров'я та їхні характерні риси

Державна / бюджетна модель / модель М. Семашка (СРСР, 1920 – поч. 1990 рр.) / модель У. Беверіджа (Велика Британія, 1948)	Страхова / соціально-страхова / модель О. Бісмарка (Німеччина, 1883)	Ліберальна / приватна / ринкова модель
<i>Країни</i>		
Функціонує в Австралії, Великій Британії, Гонконгу, Данії, Греції, Ірландії, Іспанії, Італії, Канаді, Китаї, країнах СНД, Новій Зеландії, Норвегії, ОАЕ, Португалії, Франції, Фінляндії та є ефективною лише за умови достатності коштів у державі	Існує в більшості країн (Австрія, Бельгія, Ізраїль, країни Східної та Центральної Європи, Нідерланди, Німеччина, Сінгапур, Франція, Швейцарія, Японія та ін.), охоплює приблизно 70–90 % населення, люди несуть відповідальність за своє здоров'я і обирають той чи інший медичний заклад	Змішана форма фінансування медичної допомоги (США, Південна Корея та інші країни) – система охорони здоров'я, яка ґрунтується на засадах соціального страхування та регулювання ринку з багатоканальною системою фінансування
<i>Характерні риси</i>		
- централізована система охорони здоров'я; - основне джерело фінансування – загальні податкові надходження; - держава – постачальник і покупець медичних послуг; - частка загальних витрат з державних джерел у ВВП зазвичай становить 6–11 %; - роль ринку другорядна	- децентралізована система охорони здоров'я; - домінуюче джерело – цільові внески роботодавців та працівників із фонду заробітної плати, можливі субсидії держави; - держава покриває понад 70 % витрат на медичні послуги, загальні державні витрати на охорону здоров'я, становлять 9–13 % ВВП; - оплата медичних послуг через незалежні від держави фонди охорони здоров'я, але діють у межах законодавства; - медичні послуги надають організації різних форм власності; - ринок задовольняє потреби населення понад гарантований державою рівень	- децентралізована система приватного страхування; - пріоритетне джерело фінансування – кошти громадян, організацій, підприємств; - фінансова участь держави обмежена певними програмами; - ринок – інструмент регулювання медичного забезпечення населення
<i>Переваги</i>		
- широке охоплення населення безкоштовними медичними послугами; - менші витрати порівняно з двома іншими моделями; - вища ефективність у вирішенні основних стратегічних питань охорони здоров'я	- гарантування всім громадянам права на отримання в разі необхідності мінімального пакета медичних послуг; - гнучкість в акумулюванні ресурсів і менша, ніж у бюджетній моделі, залежність від наявності фінансових ресурсів; - більш структурований, ніж у бюджетній моделі, розподіл коштів; - баланс між активним державним регулюванням медичної сфери та ринковими механізмами її функціонування та фінансування; - професійна солідарність і паритетність відносин між роботодавцями та найманими працівниками у розподілі витрат на медичне страхування; - комутативна справедливність у наданні медичних послуг із чіткою деталізацією їх видів та ув'язкою їх діапазону та рівня з трудовим внеском кожного громадянина; - децентралізація системи охорони здоров'я з її фрагментацією на національний, регіональний і місцевий рівні; - незалежність фондів страхування здоров'я з їх управлінням з боку державних і приватних страхових компаній	- широкий вибір медичних закладів; - відсутність черг за медичною допомогою; - високі доходи лікарів та інших медичних працівників
<i>Недоліки</i>		
- залежність джерел фінансування охорони здоров'я від економічної кон'юнктури; - бюрократизація процесу ухвалення управлінських рішень; - висока вартість адміністрування системи охорони здоров'я; - монополія державних закладів охорони здоров'я та недостатній захист споживача від неякісних медичних послуг; - наявність черг на медичні послуги внаслідок переважно одноканального бюджетного фінансування	- вища, ніж у бюджетній моделі, частка видатків на охорону здоров'я щодо ВВП; - наявність черг на медичні послуги, як наслідок переважно одноканального фінансування	- відсутність єдиної національної системи охорони здоров'я; - домінуюча роль приватної медицини; - відсутність доступу до медичних послуг для більшості населення; - захворюваність у країні не знижується, а профілактичні заходи часто не дають очікуваного результату; - дуже дорогі медичні послуги

Джерело: складено авторами.

Таблиця 2

Витрати на охорону здоров'я у вибраних країнах у 2022 р.

Країна	Видатки на охорону здоров'я (% від ВВП)
США	16,6 %
Німеччина	12,7 %
Франція	11,9 %
Японія	11,5 %
Велика Британія	11,3 %
Канада	11,2 %
Фінляндія	10,2 %
Корея	9,7 %
Норвегія	8,0 %
Польща	6,7 %
Китай	5,7 %
Люксембург	5,5 %
Туреччина	4,3 %
Індія	2,9 %

Джерело: складено авторами на основі (OECD, 2023).

Національна система охорони здоров'я України – централізована модель, основним джерелом фінансування якої є загальні податкові надходження, з яких формується бюджет. В охороні здоров'я України виділяють чотири рівня надання медичної допомоги: екстрена, первинна, спеціалізована, високоспеціалізована. Відповідно до ст. 18 Закону України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" фінансове забезпечення охорони здоров'я може здійснюватися за рахунок коштів Державного бюджету України та місцевих бюджетів, коштів юридичних та фізичних осіб, а також з інших джерел, не заборонених законом. Рівень фінансового забезпечення охорони здоров'я розраховується на підставі науково обґрунтованих нормативів. Кошти Державного бюджету України та місцевих бюджетів, призначені на охорону здоров'я, використовуються, зокрема, для забезпечення медичної та реабілітаційної допомоги населенню, фінансування державних цільових і місцевих програм охорони здоров'я та фундаментальних наукових досліджень у цій сфері (Основи законодавства..., 1992). Згідно з ч. 5 ст. 4 Закону України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення" обсяг коштів Державного бюджету України, що спрямовуються на реалізацію програми медичних гарантій, щорічно визначається в Законі України про Державний бюджет України як частка ВВП (у %) у розмірі, не менше 5 % ВВП України. Видатки на програму медичних гарантій є захищеними статтями видатків бюджету і не підлягають секвеструванню (Про державні фінансові..., 2017).

Таким чином, основними джерелами формування коштів системи охорони здоров'я є: державний та місцеві бюджети (загальні податкові надходження), фонди приватного медичного страхування (добровільне медичне страхування), доходи від сплати за надання медичних послуг (особисті кошти громадян), благодійні фонди та інші джерела, що не заборонені законодавством.

Важлива роль у фінансуванні державного сектору охорони здоров'я належить державному та місцевим бюджетам, а Бюджетний кодекс України (2010, ст. 87–90) чітко розмежовує видатки на охорону здоров'я між ними (табл. 3). Перелік закладів охорони здоров'я та програм у галузі охорони здоров'я, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій, видатки на які здійснюються з державного бюджету, затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 16.05.2011 р. № 501 (Про затвердження переліку закладів..., 2011).

Новим елементом фінансування сфери охорони здоров'я з 2015 по 2018 р. була медична субвенція, яка

спрямувалася до місцевих бюджетів для оплати поточних видатків, окрім видатків на оплату комунальних послуг та енергоносіїв, обсяг якої затверджувався у законі про Державний бюджет України на відповідний рік. У складі зазначеної субвенції передбачався резерв коштів, обсяг якого не міг перевищувати 1 % від загального обсягу субвенції. Залишки коштів за медичною субвенцією на кінець бюджетного періоду зберігалися на рахунках відповідних місцевих бюджетів і могли використовуватися в наступному бюджетному періоді з урахуванням цільового призначення субвенції та на оновлення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я.

3 липня 2018 р. відбувається перехід від медичної субвенції до фінансування галузі за принципом "гроші ходять за пацієнтом". З 2019 р. в Україні запроваджено середньострокове планування в бюджетному процесі, яке має особливе значення для сфери охорони здоров'я. Згідно з ч. 1 ст. 48 БКУ середньострокове зобов'язання у сфері охорони здоров'я набуває статусу бюджетного зобов'язання в сумі, визначеній згідно з умовами угоди (договору) та/або невикористаних асигнувань, передбачених для виконання програм та здійснення централізованих заходів з охорони здоров'я, за умови її відповідності граничним показникам видатків державного бюджету, що можуть бути спрямовані на взяття середньострокових зобов'язань у сфері охорони здоров'я, визначеним законом про Державний бюджет України на відповідний період. Центральний орган виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, здійснює постійний моніторинг відповідності взятих особою, уповноваженою на здійснення закупівель у сфері охорони здоров'я, середньострокових зобов'язань граничним показникам видатків державного бюджету, що можуть спрямовуватися на таку мету. Крім того, відповідно до ч. 3 ст. 23 БКУ "зменшення бюджетних призначень на здійснення середньострокових зобов'язань у сфері охорони здоров'я, визначених законом про Державний бюджет України на відповідний період, не допускається". Варто також додати, що відповідно до ч. 2 ст. 55 БКУ захищеними видатками бюджету є видатки загального фонду на придбання медикаментів та перев'язувальних матеріалів, забезпечення осіб з інвалідністю технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення для індивідуального користування, на програму державних гарантій медичного обслуговування населення та на середньострокові зобов'язання у сфері охорони здоров'я (Бюджетний кодекс, 2010).

Таблиця 3

Розмежування видатків у сфері охорони здоров'я між бюджетами

Державний бюджет (п. 8 ст. 87 БКУ)	Бюджет АР Крим (анексована територія росією) та обласні бюджети (п. 3 ст. 90 БКУ)	Сільські, селищні, міські бюджети та бюджети громад (п. 3 ст. 89 БКУ)
• програми в галузі охорони здоров'я, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій, згідно з переліком, затвердженим КМ України; • державні програми громадського здоров'я та заходи боротьби з епідеміями; • державні програми розвитку та підтримки закладів охорони здоров'я, що перебувають у державній власності, згідно з переліком, затвердженим КМ України; • державні програми та заходи у сфері охорони здоров'я, що здійснюються державними установами, державними науковими установами охорони здоров'я, які належать відповідно до сфери управління НАН України, НАМН України, Державного управління справами, державними закладами охорони здоров'я, які належать до сфери управління центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, та центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері соціальної політики, у разі, якщо такі заклади не уклали з центральним органом виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення, договір про медичне обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення	• оплату комунальних послуг та енергоносіїв комунальних закладів охорони здоров'я, які є об'єктами права спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст, що перебувають в управлінні обласних рад, для забезпечення надання медичних послуг за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення; • регіональні програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, які є об'єктами права спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст, що перебувають в управлінні обласних рад, і регіональні програми надання населенню медичних послуг понад обсяг, передбачений програмою державних гарантій медичного обслуговування населення; • регіональні програми громадського здоров'я; • інші заклади та заходи у системі охорони здоров'я (будинки дитини, заклади служби крові, медико-соціальні експертні комісії, бази спецмедпостачання)	• оплату комунальних послуг та енергоносіїв комунальних закладів охорони здоров'я, які належать відповідним територіальним громадам, для забезпечення надання медичних послуг за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення; • місцеві програми розвитку підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, які належать відповідним територіальним громадам, місцеві програми надання населенню медичних послуг понад обсяг, передбачений програмою державних гарантій медичного обслуговування населення; • місцеві програми громадського здоров'я

Джерело: систематизовано авторами на основі (Бюджетний кодекс, 2010).

Однією з особливостей фінансування витрат установ охорони здоров'я з бюджету є те, що фінансування здійснюється за річним, із щоквартальним розбиттям, розписом бюджету по доходах і витратах. Це відбувається в рамках бюджетних призначень у міру виконання кошторисів витрат. Суми коштів, затверджені в бюджеті по окремих заходах, – це бюджетні асигнування або так звані бюджетні кредити. Саме вони формують граничну суму коштів, яка може бути використана на проведення заходів, передбачених бюджетом або кошторисом витрат. Керівники бюджетних установ одержують кошти для використання за цільовим призначенням і, таким чином, вони є розпорядниками кредитів або засобів бюджету. Варто згадати, що схожою системою фінансування галузі охорони здоров'я керується Естонія, де на вершині ланки управління фінансовими ресурсами

стоїть Національний центр здоров'я, що розподіляє бюджетні асигнування на рік поквартально, користуючись кошторисом.

Згідно із наказом Міністерства фінансів № 11 "Про бюджетну класифікацію" від 14 січня 2011 р. (Про бюджетну класифікацію, 2011) за кодами програмної класифікації видатків (КПКВ) у 2024 р. Законом України "Про Державний бюджет України на 2024 рік" (Про Державний бюджет..., 2023) було заплановано 5 груп видатків на сферу охорони здоров'я.

Для аналізу фінансування охорони здоров'я в Україні в контексті сучасних викликів проаналізуємо динаміку основних показників у 2018–2024 роках згідно зі статистичними даними Міністерства фінансів України, Міністерства охорони здоров'я України та Державної казначейської служби України (табл. 5).

Таблиця 4

Видатки Державного бюджету України у 2024 р.
згідно з програмною класифікацією на сферу охорони здоров'я

Код програмної класифікації видатків та кредитування державного бюджету	Найменування згідно з відомчою і програмною класифікаціями видатків та кредитування державного бюджету
2300000	Міністерство охорони здоров'я України
2301000	Апарат Міністерства охорони здоров'я України
2307000	Державна служба з лікарських засобів та контролю за наркотиками
2308000	Національна служба здоров'я України
2310000	Міністерство охорони здоров'я (загальні видатки та кредитування)

Джерело: складено авторами на основі (Про Державний бюджет..., 2023).

Таблиця 5. Видатки зведеного, державного та місцевих бюджетів на охорону здоров'я у 2018–2024 рр.

Роки	Зведений бюджет, млрд грн	Державний бюджет, млрд грн	Місцевий бюджет, млрд грн	Питома вага видатків на охорону здоров'я у ВВП, %
2018	115,85	22,62	93,23	3,3
2019	128,38	38,56	89,82	3,2
2020	175,79	124,92	50,85	3,0
2021	203,61	170,51	33,10	3,2
2022	215,28	184,27	31,01	3,3
2018	115,85	22,62	93,23	3,3
2019	128,38	38,56	89,82	3,2

Джерело: складено і розраховано авторами на основі (Міністерство фінансів України, 2024).

Із наведеної табл. 5 можна зробити певні висновки. *По-перше*, аналіз динаміки видатків на охорону здоров'я в Україні показав тенденцію до щорічного зростання в абсолютному вираженні з 2018 по 2024 роки, особливо починаючи з 2020 року, початку епідемії COVID-19. *По-друге*, питома вага видатків на охорону здоров'я не має тенденції до збільшення і не досягає 5 % ВВП, передбачених законодавством, що спричинено всіма сучасними викликами, з якими зіткнулася наша країна, простежується падіння рівня бюджетної підтримки сфери охорони здоров'я, що загрожує недоступністю якісної медичної допомоги бійцям, ветеранам і цивільному населенню України. Слід зазначити, що частка витрат на охорону здоров'я у ВВП нижча, ніж у країнах ОЕСР (табл. 2). Довгостроковим планом розвитку передбачалося підвищення рівня фінансування охорони здоров'я в Україні до 5 % від ВВП, проте сьогоденні реалії демонструють показник близько 3 %, що свідчить про значне відставання рівня фінансування галузі охорони здоров'я від розвинених країн. Загалом збільшення видатків на охорону здоров'я є позитивною тенденцією, яка дозволяє вирішувати соціально-економічні проблеми, але не в умовах широкомасштабної війни, коли зростає попит громадян на різні види медичної допомоги та послуг, які не були пріоритетними до війни, а саме, поранення, травми та захворювання, пов'язані з війною.

Упродовж багатьох років в Україні функціонувала модель фінансування системи охорони здоров'я, яка передбачала спрямування бюджетних коштів переважно на утримання медичної інфраструктури. Водночас громадяни були обмежені в доступі до надання якісних медичних послуг, а заклади охорони здоров'я не повною мірою були забезпечені сучасним діагностичним та лікувальним обладнанням.

На державному рівні масштабна та докорінна трансформація механізму фінансування галузі охорони здоров'я розпочалася ще в 2017 р. у межах Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, що є відповіддю на рекомендацію Єврокомісії розпочати офіційні переговори щодо вступу України до Європейського Союзу. Відкоригована модель фінансування ставить кожного громадянина у центр уваги, забезпечує швидке та ефективне виконання державних гарантій щодо медичної допомоги та дозволяє чітко визначити зобов'язання уряду, органів місцевого самоврядування та керівництва установ охорони здоров'я як таких. Реформа повинна була впроваджуватися шляхом модернізації та інтеграції системи надання послуг, запровадження змін до механізмів оплати надавачам медичних послуг, які б стимулювали ефективність, а також шляхом покращення якості медичних послуг. Кульмінацією реформи став новий закон про фінансування системи охорони здоров'я – Закон України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення" 2017 р. Законом було запроваджено гарантований пакет медичних послуг під назвою

Програма медичних гарантій (ПМГ) і створено Національну службу здоров'я України (НСЗУ) у ролі стратегічного закупівельника послуг для цієї програми (Про утворення Національної..., 2017). Передбачалося, що із часом ПМГ буде розширюватися і зрештою охопить всі види медичної допомоги, а фінансування охорони здоров'я перейде від кошторисного фінансування до методів фінансування, орієнтованих на результат, що забезпечить краще узгодження надаваних медичних послуг з потребами пацієнтів (Bredenkamp et al., 2022).

Основними принципами зазначеної реформи є: 1) фінансовий захист, що передбачає недопустимість катастрофічних витрат громадян у випадку хвороби чи відмови від отримання необхідної медичної допомоги через неможливість її оплатити в момент отримання; 2) універсальність покриття та справедливості доступу до медичної допомоги, що забезпечує доступ до гарантованих державою послуг для всіх, хто їх потребує; 3) прозорість і підзвітність, яка передбачає недопустимість застосування корупційних схем, зрозумілість зобов'язань усіх сторін, відкритість у використанні публічних коштів; 4) ефективність, пов'язана з максимально високою віддачею кожної вкладеної в систему охорони здоров'я бюджетної гривні, кращою якістю та доступністю послуг для пацієнтів, кращих умов роботи та доходів для лікарів; 5) вільний вибір – це можливість для пацієнта отримати допомогу в тому закладі охорони здоров'я, який найкраще задовольняє його потреби; 6) конкуренція постачальників, яка передбачає залучення постачальників усіх форм власності і створює мотивацію до надання якісніших послуг, впровадження науково обґрунтованих та економічно ефективних методів роботи, забезпечує отримання клінічних протоколів та професійних стандартів; 7) передбачуваність обсягу коштів на медичні послуги в державному бюджеті, що визначає повноцінне стратегічне планування медичної допомоги та витрат на неї; 8) субсидіарність, яка створює підґрунтя для встановлення повноважень щодо фінансування системи охорони здоров'я та надання медичної допомоги на якомусь нижчому рівні влади і дозволяє забезпечити відповідні доступність, належну якість та найкращу можливу економічну ефективність цієї допомоги, а також необхідні для цього ресурси (Про схвалення Концепції..., 2016).

Світова пандемія Covid-19 стала серйозним трансформаційним викликом для охорони здоров'я в Україні. У квітні 2020 р. було внесено зміни до Закону України "Про Державний бюджет на 2020 рік" і створено позапланово Фонд боротьби з COVID, який має чітко визначені напрями використання коштів – для фінансування додаткових видатків на охорону здоров'я та соціальних видатків. Фонд створюється у складі загального фонду державного бюджету на період дії карантину, встановленого КМУ з метою запобігання поширенню на території України зазначеної хвороби, і протягом 30 днів з дня відміни дії карантину (Про затвердження Порядку..., 2020).

Однак упродовж періоду функціонування фонду спостерігалися випадки, коли близько 35 % коштів Фонду були спрямовані на інші потреби, зокрема на будівництво та ремонт доріг, що викликало широкий суспільний дискус та занепокоєння щодо ефективності цільового використання ресурсів.

Триваюча широкомасштабна війна спричиняє критичне навантаження на систему охорони здоров'я. Це пов'язано з такими основними факторами:

- знищенням і руйнуваннями об'єктів закладів охорони здоров'я;
- підвищенням попиту громадян на різні види медичної допомоги та послуг, які не були пріоритетними до війни – поранення, травми, загострення тяжких захворювань, поширення рідкісних у минулому хвороб та лікування травм, завданих ментальному здоров'ю українців;
- неможливістю дотримання норм профілактики та лікування;
- професійним вигоранням і переміщенням медпрацівників, нестачею медичних кадрів у деяких регіонах та порушення логістичних зв'язків, що перешкоджає вчасному та повному забезпеченню населення засобами медичного призначення.

Загалом від початку повномасштабної війни країну залишили понад 14 млн людей, 20 556 поранених цивільних, 10 810 загинули внаслідок воєнних дій, зафіксовано 1940 атак на медичні заклади (OECD, 2023). Війна вимагає суттєвих змін у системі фінансування охорони здоров'я, а саме: значну роль завдяки фінансовому стимулюванню повинна відігравати первинна медична допомога (ПМД); необхідно скоригувати фінансування спеціалізованих медичних послуг відповідно до мінливих потреб (рекомендується система оплати, що базується на оплаті за кожен випадок лікування; фінансування лікування хронічних і небезпечних для людини хвороб має здійснюватися на основі врахування руху населення тощо); надання специфічних послуг, що пов'язані з травмами (реабілітація) має бути пріоритетним (виділення коштів з державного бюджету на даний вид послуг повинно збільшитися, тому можливо через уряд слід розглянути питання про підвищення тарифів у відповідних пакетах Програми медичних гарантій); відновлення та посилення функції моніторингу, яка була припинена на початку війни (Шелеміна, 2023).

Сфера охорони здоров'я в Україні одна із найбільш фінансово залежних від бюджетного фінансування, протягом останніх десятиліть вона стикається з багатьма серйозними викликами, пов'язаними із хронічним недостатнім та неефективним фінансуванням галузі. Основними стримувальними факторами та проблемами, що заважають докорінно трансформувати систему фінансування охорони здоров'я, є:

- складність та невизначеність макрофінансової ситуації в Україні, зростання боргових зобов'язань через економічну кризу, пандемію Covid-19 і широкомасштабну війну, що гальмує пошук нових шляхів удосконалення системи;
- охорона здоров'я в Україні майже повністю залежить від одноканального джерела фінансування – консолідованого бюджетного фінансування, а розвиток та залучення інших джерел фінансування стримується негативним ставленням з боку державних органів та недостатнім зацікавленням приватного сектора;
- виділення досить малої частки державного бюджету на охорону здоров'я протягом багатьох років не відповідає реальним потребам галузі. За даними ВООЗ оптимальний рівень фінансування охорони здоров'я в країнах з низьким та середнім рівнем доходів становить

не менше 5 % ВВП, тоді як в Україні цей показник традиційно коливається в межах 3–4 % ВВП, а у провідних країнах світу становить 10–15 % ВВП;

- застаріла система показників ефективності діяльності установ охорони здоров'я та відсутність чітких критеріїв оцінювання ефективності використання бюджетних ресурсів на різних рівнях державного управління та закладами охорони здоров'я;
- фінансова незахищеність громадян, низька якість та ефективність надання медичних послуг;
- орієнтація на міжнародні стандарти, які Україна не може поетапно та повністю виконати, призводять до невідповідності засад реформування та методів їх реалізації;
- недофінансування медичних закладів, низькі заробітні плати медичного персоналу, що сприяє відтоку кваліфікованих кадрів за кордон та знижує загальний рівень медичних послуг;
- військові дії суттєво впливають на фінансування медицини – додаткові витрати, пов'язані з лікуванням поранених військових, реабілітацією постраждалих та відновленням медичних закладів у постраждалих від бойових дій регіонах, що створює додатковий тиск на бюджет.

Дискусія і висновки

У світі існують три найпоширеніші моделі фінансування охорони здоров'я: державна модель, модель обов'язкового медичного страхування та модель приватної медицини. Але на сьогодні не існує універсальної моделі, яка б влаштовувала всі країни, оскільки кожна модель має свої переваги та недоліки, які залежать від соціально-економічних умов, політичного устрою та культурних особливостей країни.

Сфера охорони здоров'я в Україні є однією з найбільш фінансово залежних від бюджетного фінансування, і тому постійно стикається із серйозними викликами, пов'язаними з недостатнім та неефективним фінансуванням. Охорона здоров'я, як стратегічна галузь має бути стійкою до можливих несприятливих подій. Соціальні та економічні потрясіння, спричинені пандемією Covid-19 і широкомасштабною війною на території України, вимагають виваженої та пріоритетної реакції з метою відбудови більш раціональної системи охорони здоров'я, здатної задовольнити нові потреби, відновити та надолужити втрачені внаслідок війни основні послуги, а також вивести країну на шлях сталого прогресу в досягненні універсального та широкого охоплення якісними послугами у цій сфері. Модель охорони здоров'я в Україні, звичайно, має залишатися з участю держави. Водночас необхідно модернізувати систему фінансування галузі шляхом переходу до страхової медицини та запровадження обов'язкового медичного страхування. У пріоритеті має бути фінансування якості, а не кількості послуг, тобто розподіляти ресурси залежно кількості наданих медичних послуг і результатів лікування; переглянути пріоритетні галузі для першочергового бюджетного фінансування та збільшити частки видатків на них.

Зважаючи на негативні екстерналії системи охорони здоров'я через триваючу широкомасштабну війну, необхідно чітко визначитись з цілями подальшого реформування галузі, а в регуляторній політиці зорієнтуватися на пошук можливого ефекту синергії від державно-приватного партнерства в цій галузі та збільшити використання фінансового лізингу медичними закладами, щоб зменшити фінансовий тягар держави.

Пріоритетом у бюджеті 2024 р. є лише забезпечення поточних потреб системи охорони здоров'я, а для зміцнення її стійкості в умовах триваючої війни необхідні такі гнучкі стратегії фінансування та додаткові ресурси для лікування поранених і реабілітації військовослужбовців,

як донорська та гуманітарна підтримка. Враховуючи, що фінансова позиція в середньостроковій перспективі залишиться напруженою, важливий подальший пошук джерел фінансових ресурсів, що надходять з-за кордону для фінансування системи охорони здоров'я, оскільки всередині країни їх не вистачає.

Для повноцінної реконструкції системи охорони здоров'я потрібні надійні механізми фінансування – значні інвестиції (капітальні інвестиції мають базуватися на принципі "краще, ніж було", що дозволить використовувати нові моделі надання послуг), залучення міжнародної допомоги та ефективне управління внутрішніми ресурсами. Однак цей процес зіткнеться із численними викликами, такими як обмеженість бюджетних коштів, висока потреба в реабілітаційних послугах для постраждалих та дефіцит медичних кадрів.

Внесок авторів: Оксана Чеберяко – концептуалізація, підготовка огляду літератури та теоретичних засад дослідження, формальний аналіз, аналіз та висновки, візуалізація, написання – оригінальна чернетка; Віктор Колесник – методологія, супервізія, написання – перегляд і редагування.

Список використаних джерел

- Барзилович, А. Д. (2020). Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. *Інвестиції: практика та досвід*, 2, 134–140. <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2020.2.134>
- Бюджетний кодекс України. (2010). Закон України від 08.07.2010 р. № 2456-VI. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17#n1777>
- Bredenkamp, C., Dale, E., Doroshenko, O., Dzhygyr, Y., Habicht, J. et al. (2022). Реформа фінансування системи охорони здоров'я в Україні: прогрес та майбутні напрями. Всесвітня організація охорони здоров'я. Європейське регіональне бюро і Світовий банк. <https://iris.who.int/handle/10665/366374>
- Міністерство фінансів України. (2024). *Видатки на охорону здоров'я*. <https://mof.gov.ua/uk/previous-years-budgets>
- Kurowski, C., Stewart, S., & van de Poel, E. (2020). *How Countries Can Emerge from the COVID-19 Crisis with Stronger Health Financing*. <https://blogs.worldbank.org/health/how-countries-can-emerge-covid-19-crisis-stronger-health-financing>
- Kuzheliev, M., & Nechyporenko, A. (2024). Фінансування охорони здоров'я в умовах глобальних викликів: український досвід. *Європейський науковий журнал Економічних та Фінансових інновацій*, 1(13), 85–94. <http://doi.org/10.32750/2024-0109>
- Ortiz-Ospina, E., & Roser, M. (2017). *Financing Healthcare*. <https://ourworldindata.org/financing-healthcare>
- OECD. (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
- Основи законодавства України про охорону здоров'я. (1992). Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-XII. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
- Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. (2017). Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
- Про Державний бюджет України на 2024 рік. (2023). Закон України від 09.11.2023 р. № 3460-IX. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3460-20#Text>
- Про утворення Національної служби здоров'я України. (2017). Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1101. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text>
- Про затвердження переліку закладів охорони здоров'я та програм у галузі охорони здоров'я, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій, видатки на які здійснюються з державного бюджету, та визнання такими, що втратили чинність, деяких постанов Кабінету Міністрів України. (2011). Постанова Кабінету Міністрів України від 16.05.2011 № 501. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/501-2011-%D0%BF#Text>
- Про затвердження Порядку використання коштів фонду боротьби з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, та її наслідками. (2020). Постанова Кабінету Міністрів України від 22.04.2020 № 302. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/302-2020-%D0%BF#Text>
- Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я. (2016). Розпорядження КМУ від 30.11.2016 № 1013-р. <https://www.kmu.gov.ua/npras/249626689>
- Про бюджетну класифікацію. (2011). Наказ Міністерства фінансів від 14.01.2011 № 11. <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0011201-11#Text>
- Тулай, О., Карпишин, Н., Савчук, С., Русін, В., & Нитка, С. (2022). Модифікаційна стійкість систем фінансування охорони здоров'я в умовах гео економічної нестабільності: ситуативний аналіз пандемічного кризового досвіду ЄС та України. *Financial and Credit Activity Problems of Theory and Practice*, 6(47), 365–376. <https://doi.org/10.55643/fcaptp.6.47.2022.3915>
- Eurostat. (2020). *Healthcare expenditure across the EU: 10% of GDP*. <https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-eurostat-news/-/ddn-20201202-1>

- Філіпова, Н., & Левчук, Ю. (2024). Світові моделі системи охорони здоров'я, адаптація в Україні та вплив на тривалість життя. *Проблеми сучасних трансформацій. Серія: право, публічне управління та адміністрування*, 11. <https://doi.org/10.54929/2786-5746-2024-11-02-07>
- Шелеміна, Н. (2023). Особливості фінансування системи охорони здоров'я: вітчизняний та закордонний досвід. *Економіка та суспільство*, (53). <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2023-53-80>
- Чеберяко, О. (2021). *Фінансування охорони здоров'я: моделі та зарубіжний досвід*. Економіка. Фінанси. Бізнес. Управління, 112–117.

References

- Barzylovych, A. (2020). Health system reform in Ukraine: strategic aspects. *Investments: practice and experience*, 2, 134–140. <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2020.2.134>
- Bredenkamp, C., Dale, E., Doroshenko, O., Dzhygyr, Y., Habicht, J. et al. (2022). *Health financing reform in Ukraine: progress and future directions*. World Health Organization. Regional Office for Europe and the World Bank. <https://iris.who.int/handle/10665/366374>
- Budget Code of Ukraine. (2010). Law of Ukraine dated 08.07.2010 No. 2456-VI [in Ukrainian]. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17#n1777>
- Cheberyako, O. (2021). *Financing health care: models and foreign experience*. Economy. Finance. Business. Management, 112–117.
- Eurostat. (2020). *Healthcare expenditure across the EU: 10% of GDP*. <https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-eurostat-news/-/ddn-20201202-1>
- Filipova, N., & Levchuk, Y. (2024). World models of the health care system, adaptation in Ukraine and impact on life expectancy. *Problems of modern transformations. Series: law, public management and administration*, 11. <https://doi.org/10.54929/2786-5746-2024-11-02-07>
- Fundamentals of Ukrainian Legislation on Health Care. (1992). Law of Ukraine dated 19.11.1992 No. 2801-XII [in Ukrainian]. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
- Kurowski, S., Stewart, S., van de Poel, E. (2020). *How Countries Can Emerge from the COVID-19 Crisis with Stronger Health Financing*. <https://blogs.worldbank.org/health/how-countries-can-emerge-covid-19-crisis-stronger-health-financing>
- Kuzheliev, M., & Nechyporenko, A. (2024). Health care financing in the context of global challenges: Ukrainian experience. *European Journal of Economic and Financial Innovations*, 1(13), 85–94. <http://doi.org/10.32750/2024-0109>
- Ministry of Finance of Ukraine. (2024). *Health Care Expenditures*. <https://mof.gov.ua/uk/previous-years-budgets>
- OECD. (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
- On approval of the Concept of reform of the financing of the health care system. (2016). Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine dated 30.11.2016 No. 1013-p. [in Ukrainian]. <https://www.kmu.gov.ua/npras/249626689>
- On approval of the list of healthcare institutions and healthcare programs that ensure the performance of national functions, the expenditures for which are made from the state budget, and on recognition of certain resolutions of the Cabinet of Ministers of Ukraine as invalid. (2011). Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine dated 16.05.2011 No. 501 [in Ukrainian]. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/501-2011-%D0%BF#Text>
- On approval of the Procedure for the use of funds from the fund to combat acute respiratory disease COVID-19 caused by the SARS-CoV-2 coronavirus and its consequences. (2020). Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine dated 22.04.2020 No. 302 [in Ukrainian]. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/302-2020-%D0%BF#Text>
- On budget classification. (2011). Order of the Ministry of Finance dated 14.01.2011 No. 11 [in Ukrainian]. <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0011201-11#Text>
- On State Financial Guarantees of Medical Care of the Population. (2017). Law of Ukraine dated 19.10.2017 No. 2168-VIII [in Ukrainian]. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
- On the State Budget of Ukraine for 2024. (2023). Law of Ukraine dated 09.11.2023 No. 3460-IX [in Ukrainian]. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3460-20#Text>
- On the Establishment of the National Health Service of Ukraine. (2017). Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine dated 27.12.2017 No. 1101 [in Ukrainian]. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text>
- Ortiz-Ospina, E., & Roser, M. (2017). *Financing Healthcare*. <https://ourworldindata.org/financing-healthcare>
- Rehabilitation Resource Repository. (2023, 19 May). *World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. <https://resources.relabhs.org/resource/world-health-statistics-2023-monitoring-health-for-the-sdgs-sustainable-development-goals/>
- Shelemina, N. (2023). Peculiarities of financing the health care system: domestic and foreign experience. *Economy and Society*, 53. <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2023-53-80>
- Tulay, O., Karpishyn, N., Savchuk, S., Rusin, V., & Nytko, S. (2022). Modification resilience of health care financing systems in conditions of geoeconomic instability: a situational analysis of the pandemic crisis experience of the EU and Ukraine. *Financial and Credit Activity Problems of Theory and Practice*, 6(47), 365–376. <https://doi.org/10.55643/fcaptp.6.47.2022.3915>

Отримано редакцією журналу / Received: 01.10.24

Прорецензовано / Revised: 27.10.24

Схвалено до друку / Accepted: 05.12.24

Oksana CHEBERYAKO, DSc (Hist.), PhD (Econ.), Prof.
ORCID ID: 0000-0002-1563-9611
e-mail: cheberyako@knu.ua
Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv, Ukraine
National Academy of the Security Service of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Viktor KOLESNYK, Corresponding Member of the National Academy
of Sciences of Ukraine, DSc (Hist.), Prof.
ORCID ID: 0000-0003-4696-0747
e-mail: kolesnykvf@ukr.net
Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv, Ukraine

FINANCING THE HEALTHCARE SYSTEM IN UKRAINE UNDER MODERN CHALLENGES: MODELS, SOURCES AND PROBLEMS

B a c k g r o u n d . Studying the financing of the health care system in the context of modern challenges and comparing models will help identify the key problems inherent in the system and identify ways to overcome them, in particular, regarding the availability of quality medical care for all segments of the population at the expense of various sources of funding. Russia's large-scale war against Ukraine has disrupted access to health care through infrastructure damage, loss of personnel, security issues, mass displacement of the population, and increased costs of medical resources, combined with a decrease in the population's ability to pay for medical services. Even before the war, the healthcare system needed significant reforms and transformation of its financing model. In view of the above-mentioned problems, it is advisable to study the foreign experience of health care financing models and implement the best practices in Ukraine in the post-war period.

M e t h o d s . The materials of the research are regulatory and legal support for the financing of the health care system in Ukraine and the work of domestic and foreign scientists who carry out their scientific and practical research in the field of models, sources and problems of financing the health care system in the conditions of new challenges. In the process of carrying out the research, the following scientific methods were used: theoretical generalization and grouping (to characterize the main economic models of health care financing, sources of financing, delineation of health care expenditures between budgets, as well as determination of health care expenditures by software feature); formalization, analysis and synthesis (for the analysis of total health care costs in % of GDP in OECD countries); logical generalization of results (formulation of conclusions).

R e s u l t s . Different models of health care systems exist in the world, and theoretical and practical aspects of financing the health care system in Ukraine in the conditions of new challenges are highlighted. The dynamics of budgetary financing of the health care system, the structure and composition of expenditures of the State and local budgets for health care are analyzed. The peculiarities of health care expenditures in the conditions of the Covid-19 pandemic and large-scale war are highlighted. The peculiarities of health care expenditures in the conditions of the Covid-19 pandemic and large-scale war are highlighted. The main problems were revealed and the ways of improving the health care financing system in the post-war period were formed.

C o n c l u s i o n s . The global Covid-19 pandemic and the large-scale war on the territory of Ukraine significantly affected the financing of the health care system. The hostilities caused an increase in the costs of financing the health care system, and only an increase in this group of costs is predicted in the future. Healthcare financing in Ukraine in the post-war period plays a key role not only in the restoration of the medical infrastructure, but also in the general system of providing medical services. The post-war reconstruction of health care requires significant investments, the involvement of international aid, public-private partnerships and effective management of internal resources to restore and modernize the infrastructure, the introduction of modern medical technologies and digital solutions to improve the efficiency of the provision of medical services.

K e y w o r d s : health care system, forms of financing, market model, social model, public-private model, state budget, local budgets.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів. Спонсори не брали участі в розробленні дослідження; у зборі, аналізі чи інтерпретації даних; у написанні рукопису; в рішенні про публікацію результатів.

The authors declare no conflicts of interest. The funders had no role in the design of the study; in the collection, analyses, or interpretation of data; in the writing of the manuscript; or in the decision to publish the results.