

УДК 336.02:614.2(477)

*І. О. Охріменко, аспірант
ДВНЗ “Українська академія банківської справи НБУ”*

ФІНАНСОВИЙ МЕХАНІЗМ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

У статті здійснено критичний аналіз сучасного механізму фінансування системи охорони здоров'я України, розглянуті основні ресурсні джерела та механізм розподілу фінансових ресурсів між замовниками, постачальниками та споживачами медичних послуг.

Ключові слова: систем охорони здоров'я України, фінансовий механізм, бюджетне фінансування, лікарняні каси, страхова медицина.

Постановка проблеми. З набуттям незалежності Україна отримала в спадок від Радянського Союзу комплексну багаторівневу систему охорони здоров'я, яка була орієнтована на забезпечення максимального охоплення громадян медичними послугами, що фінансувалися та надавалися державою. Зазначена система отримала назву “модель Семашко”. Головною її ознакою було централізоване фінансування та централізований підхід до управління, засновані на принципах нормування та постатейного бюджетного розподілу державних фінансових ресурсів між медичними закладами. За адміністративно-планової економіки вищезазначена модель була досить ефективною, оскільки дозволяла охопити значну частину населення терміновою медико-санітарною допомогою. Проте з часом застосування моделі Семашко, заснованої на ресурсному підході до організації системи охорони здоров'я, призвело до надмірного розширення інфраструктури, до непропорційного розподілу фінансових ресурсів між амбулаторним і стаціонарним рівнями медичної допомоги, як результат – відсутність мотивації персоналу медичних закладів і суцільне погіршення якості надаваних медичних послуг населенню. Особливо критичною проблема неефективного використання ресурсів галузі стала помітною в умовах ринкової економіки, з реаліями якої стикнулася Україна після розпаду радянського союзу. На сьогодні в Україні склалася вкрай несприятлива ситуація з тривалістю життя населення, рівнем народжуваності, епідеміологічною ситуацією з захворюваності на туберкульоз, така ситуація обумовлює актуальність обраної теми дослідження.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. У сучасній науковій літературі присвячено чимало праць вітчизняних дослідників проблемам фінансового забезпечення української системи охорони здоров'я, зокрема в роботах О. В. Солдатенко зосереджено увагу на основних формах видатків на охорону здоров'я та їх правове регулювання в Україні [9], М. О. Заколюдяжна досліджує особливості формування єдиного медичного простору України [2], у С. В. Онишко знаходимо аналіз фінансування

системи охорони здоров'я в подоланні деструктивних процесів у розвитку фінансових відносин у сферах формування людського капіталу та державних фінансів [6]. Більшість із розглянутих робіт не мають системного характеру та не намагаються розглянути фінансовий механізм системи охорони здоров'я комплексно, аналізуючи всі його ресурсні ланки та особливості фінансового розподілу.

Метою статті є аналіз існуючого фінансового механізму системи охорони здоров'я України та визначення основних елементів, які заважають ефективному фінансовому розподілу.

Виклад основного матеріалу. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) головна мета фінансового механізму системи охорони здоров'я полягає в забезпеченні функціонування та достатнього наповнення спеціалізованих фондів, а також у встановленні дієвих фінансових стимулів для постачальників медичних послуг та створенні рівних умов доступу всіх громадян до ефективної громадської системи охорони здоров'я та особистої медичної допомоги [12].

Відповідно до критеріїв ВООЗ побудова ефективної системи фінансування охорони здоров'я передбачає успішне виконання нею трьох взаємопов'язаних завдань:

збір доходів – передбачає визначення джерел фінансування охорони здоров'я, вибір відповідної стратегії стягнення необхідних ресурсів, формування інституцій, на які покладається функція з їх адміністрування;

аккумуляція зібраних коштів у фонди – діяльність з накопичення та ефективного управління зібраними ресурсами з метою забезпечення вільного доступу громадян до широкого асортименту послуг медичної допомоги та забезпечення їх захисту в разі хвороби від ризику самостійної сплати повної вартості отриманих під час лікування медичних послуг;

закупівля медичних послуг – процес передачі коштів із фондів установ, які займаються їх об'єднанням, до інституцій, що надають послуги. Придбання медичних послуг може здійснюватися або пасивно – відповідно до запланованих видатків бюджетом, або стратегічно – у результаті пошуку на ринку найбільш вдалого цінового та якісного поєднання пропонованих постачальниками послуг.

Кризові явища перехідного періоду української економіки початку – середини 90-х років потребували заходів, спрямованих на запобігання системного краху системи охорони здоров'я. Були зроблені спроби реформ, зокрема відбулася певна децентралізація державних обов'язків, обмеження обсягів гарантованих державою безоплатних медичних послуг, скорочення інфраструктури, формалізація приватних платежів і приватних медичних закладів і послуг.

Незважаючи на ці кроки, підвалини організації механізму фінансування вітчизняної системи охорони здоров'я практично не зазнали змін.

Управління системою охорони здоров'я в Україні знаходиться у віданні Міністерства охорони здоров'я відповідно до принципів адміністративного і бюджетного підпорядкування та звітності.

На обласному, районному та муніципальному рівнях функціонують місцеві управління охорони здоров'я, які несуть відповідальність за медичні установи в межах своїх регіонів і делегованих повноважень та є функціонально підзвітними МОЗ України, проте з точки зору фінансової організації вони знаходяться в підпорядкуванні відповідних місцевих органів влади. Зазначена неузгодженість часто є причиною неоднозначної реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, зокрема внаслідок того, що національна політика в цій галузі розробляється на рівні МОЗ, а за її фінансове забезпечення відповідають місцеві органи влади.

Незалежно від структури медико-санітарних закладів, керованих МОЗ України, існують медичні установи підпорядковані Міністерству оборони України, Міністерству внутрішніх справ України, Міністерству інфраструктури України тощо, які надають лікувально-профілактичні послуги працівникам відповідних служб і відомств у їх складі. Медичні заходи в системі пенітенціарної служби керуються Міністерством юстиції України. Усі вищезазначені міністерства мають окремі, власні бюджети, що виділяються Міністерством фінансів України.

Вітчизняна система фінансування охорони здоров'я містять у собі як державні, так і приватні джерела доходів. Серед них можна виділити урядові відрахування в державні та місцеві бюджети, пов'язані зі статтями видатків на охорону здоров'я, фонди соціального страхування, платежі домогосподарств, добровільні внески спонсорів, недержавні фонди страхування, учасниками яких є як роботодавці, так і окремі фізичні особи за добровільними видами медичного страхування, некомерційні схеми самострахування (лікарняні каси) (рис. 1).

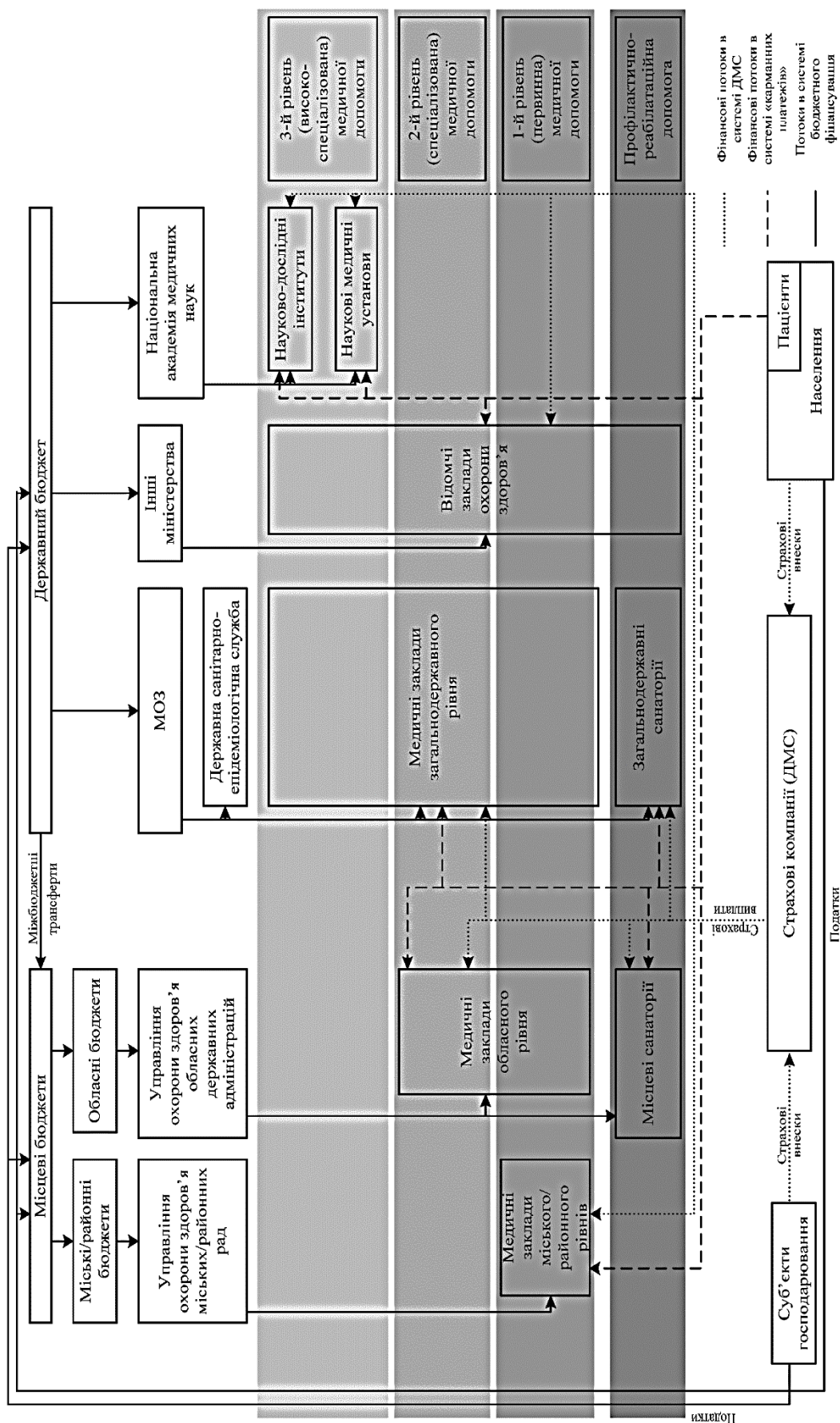


Рисунок 1 – Фінансовий механізм системи охорони здоров'я України

В Україні формально медична допомога надається в розрізі трьох рівнів: первинної лікувально-профілактичної допомоги, як основної частини медико-санітарної допомоги, спеціалізованої (вторинної) лікувально-

профілактичної допомоги та високоспеціалізованої (третинної) лікувально-профілактичної допомоги, що закріплено статтею 8 “Основ законодавства про охорону здоров’я” [7]. Проте фактично у нормативних документах не подається чітке визначення зазначених рівнів обслуговування щодо конкретного наповнення відповідними послугами. Визначення рівнів медичної допомоги зводиться до “медичної допомоги, що надається за медичними показниками в порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров’я”. Така ситуація сприяє відсутності дієвої системи направлень та ефективного управління і фінансування вітчизняної системи охорони здоров’я. За оцінкою аналітиків близько 60 % пацієнтів обминають рівень первинної медико-санітарної допомоги і звертаються відразу за медичною допомогою безпосередньо до спеціалістів [13]. Стосовно джерел фінансування та ступеня відповідальності вищезазначених рівнів, то частково інформація розміщена в Бюджетному кодексі України (статті 87–90) [1].

Серед загального переліку видатків Державного бюджету України (стаття 87) на охорону здоров’я називають такі: на первинну медико-санітарну, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу; спеціалізовану, високоспеціалізовану, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу; санаторно-реабілітаційну допомогу; санітарно-епідеміологічний нагляд; інші програми в галузі охорони здоров’я, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій.

З районних бюджетів, бюджетів міст республіканського та обласного значення до видатків на охорону здоров’я належать витрати на первинну медико-санітарну, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу; програми медико-санітарної освіти (стаття 89).

Перелік видатків, що здійснюються з бюджету АР Крим та обласних бюджетів, на потреби охорони здоров’я визначає фінансування консультативної амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги, центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станцій швидкої медичної допомоги; спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги; санаторно-курортної допомоги; інших державних програм медичної та санітарної допомоги (стаття 90).

Виходячи зі змісту статті (стаття 88), яка визначає напрямок видатків, що здійснюються з бюджетів сіл, їх об’єднань, селищ, міст районного значення, витрати на охорону здоров’я з цих місцевих бюджетів не передбачені.

Процес закупівлі медичних послуг в Україні проводиться державою в закладах з охорони здоров’я, що знаходяться у власності та віданні самої держави і, фактично, є звичайним кошторисним фінансуванням.

Механізм розрахунку з постачальниками медичних послуг базується на переліку дозволених, чітко визначених позицій, які встановлені відповідно до норм, розроблених і затверджених Міністерством охорони здоров’я

України та Міністерством фінансів України. Зазначені норми практично повністю залежать від вхідної потужності медичних закладів.

Кожного року Міністерство фінансів України та його регіональні підрозділи інформують Міністерство охорони здоров'я України та місцеві органи охорони здоров'я про максимальні обсяги планових асигнувань на відповідний бюджетний рік, вже виходячи з якого визначаються максимально допустимі видатки за кожною окремою медичною установою. Ґрунтуючись на доведених до їх відома значеннях, медичні заклади складають власний кошторис – з первинною метою забезпечення заробітної плати, а решта коштів розподіляється між іншими позиціями, що залишилися: фармацевтичні препарати, харчування пацієнтів, ремонтні роботи тощо. Капітальні видатки не вважаються пріоритетними, відповідно їх фінансування здійснюється за залишковим принципом, коли задоволені поточні потреби та відсутні заборгованості за минулими періодами.

Медичні заклади можуть витратити бюджетні кошти лише на ті позиції, під які вони були виділені, та позбавлені можливості, у разі необхідності, витратити кошти на інші потреби. Усі зміни в кошторисі медичного закладу мають бути розглянуті та схвалені головним розпорядником бюджетних коштів і відповідними фіскальними органами. У разі залишку наприкінці бюджетного року невитрачених коштів, то на цю суму на майбутній плановий період фіскальні органи скорочують асигнування по цьому медичному закладу.

У загальному вигляді планове визначення витрат на забезпечення закладів охорони здоров'я здійснюється на основі використання так званих “оперативно-сітьових” нормативних показників [10]: для амбулаторно-поліклінічних установ – це кількість лікарських відвідувань і лікарських посад, для стаціонарних закладів – кількість лікарняних ліжок і ліжко-днів. Зазначимо, що визначення вартості медичних послуг на основі наявного ресурсного потенціалу (кількість лікарів / кількість ліжок) не застосовується в жодній розвинутій країні. За кордоном оплата здійснюється виходячи з кількості та якості наданих послуг.

За останні 5 років державні видатки на охорону здоров'я зросли більше, ніж у 2 рази і в абсолютному вираженні в 2010 році становили 47 864,2 млн грн., до того ж у відносному значенні сукупні видатки уряду на медичні послуги зменшилися з 60 % станом на 2006 рік до 56,5 % за підсумками 2010 року. Основна частина урядових видатків припадає на місцеві бюджети, з яких фінансується 1-й і 2-й рівні медичної допомоги. Частково в державних видатках на охорону здоров'я беруть участь і фонди соціального страхування, зокрема від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань, проте їх частка в загальній сукупності витрат незначна і протягом періоду знаходилась у межах 0,3 %.

Таблиця 1 – Державні витрати на охорону здоров'я в Україні, 2006–2010 рр., млн грн. [5]

Фінансові агенти	Рік									
	2006		2007		2008		2009		2010	
	млн грн.	%	млн грн.	%	млн грн.	%	млн грн.	%	млн грн.	%
Уряд, зокрема:	21 138,0	60,6	28 328,0	61,7	36 264,1	57,5	39 203,7	54,9	47 864,2	56,5
• державний бюджет	5 680,5	16,3	8 531,0	18,6	9 879,9	15,7	9 972,4	14,0	11 702,8	13,8
• місцеві бюджети	15 370,9	44,1	19 668,6	42,8	26 091,0	41,4	29 036,3	40,7	35 930,5	42,4
Фонди соціального страхування	86,5	0,3	128,4	0,3	293,2	0,5	195,0	0,3	230,9	0,3
Загальні витрати на охорону здоров'я	34 888,2	100	45 936,0	100	63 072,7	100	71 410,8	100	84 744,8	100

Значну проблему у відстеженні процесів розподілу коштів становить той факт, що профільне міністерство (МОЗ України) не веде загальний облік видатків від сукупного обсягу коштів, що були виділені з бюджету на потреби охорони здоров'я, а лише стосовно тих асигнувань, які були надані в розпорядження МОЗ України. У свою чергу, Міністерство фінансів України здійснює облік витрат на охорону здоров'я лише в розрізі видатків, що здійснюються органами місцевої влади та іншими міністерствами.

Статистичні дані Національних рахунків охорони здоров'я дають змогу проаналізувати структуру загальних видатків на цю сферу (рис. 2) [5]. Необхідно відмітити, що структура видатків протягом усього розглянутого періоду практично не змінювалася. Основну частину загальних видатків становлять поточні видатки, у той час як капітальні видатки, спрямовані на оновлення обладнання та інфраструктури, коливалися в межах 5 %.

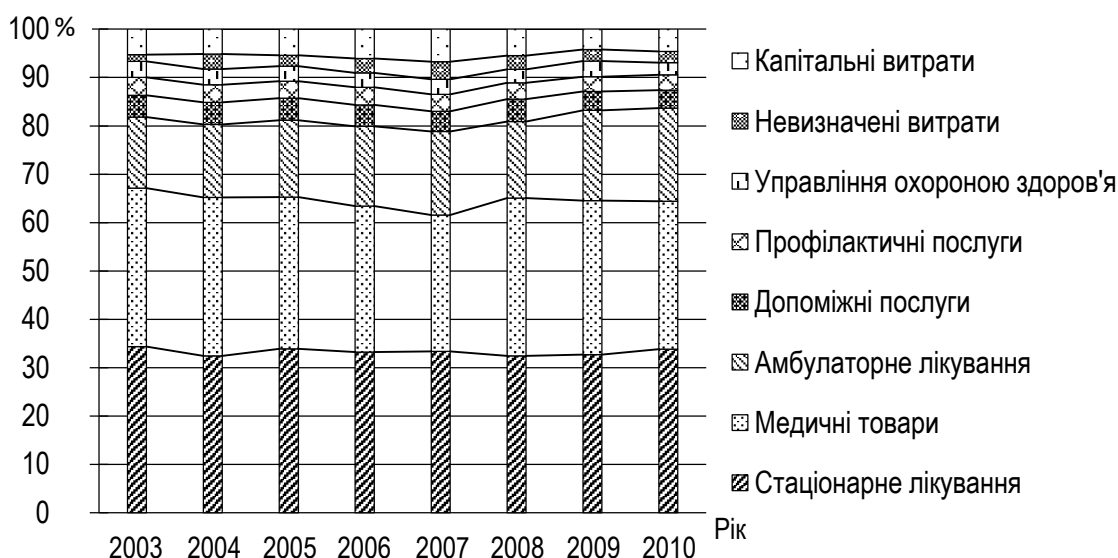


Рисунок 2 – Структура видатків бюджету на потреби охорони здоров'я, 2003-2010 рр. [5]

Більше третини видатків спрямовано на послуги зі стаціонарного лікування, до того ж, як зазначають аналітики, необхідність стаціонарної госпіталізації в Україні часто перебільшується, зокрема за експертними оцінками від 30 до 50 % пацієнтів госпіталізуються необґрунтовано [4], що і не дивно, виходячи з особливостей бюджетного фінансування стаціонарів. Така тенденція свого часу була помічена доктором Мілтоном Ремером (Dr. Milton I. Roemer), результати дослідження якого сьогодні відомі як закон Ремера (Roemer's Law) [14; 15], який можна інтерпретувати так: надлишкова пропозиція ліжок за ситуації, коли медичні послуги фінансується 3-ю стороною, сприяє необґрунтованому надлишковому попиту на ці ліжка. За статистичними даними в Україні рівень госпіталізації становить 21,9 %, тривалість госпіталізації 13,3 дні, що істотно перевищує відповідні європейські показники – 19,2 % та 10,4 дні відповідно та показники країн ЄС – 18,0 % та 9,2 дні.

Інша третина загальних витрат на охорону здоров'я припадає на закупівлю ліків та інших медичних товарів, до того ж 82 % таких видатків фінансується за рахунок прямих готівкових платежів населення [11]. Фінансування профілактичних заходів становить лише 3 % в загальній сукупності витрат галузі, що насправді досить мало, особливо враховуючи несприятливу ситуацію із захворюванням на туберкульоз, СНІД і високу смертність від неінфекційних хвороб серед населення.

Відносна частка прямих готівкових платежів домогосподарств у загальній структурі витрат з охорони здоров'я займають друге місце після витрат уряду, до того ж за аналізований період їх частка досить суттєво зросла, зокрема в 2006 році витрати населення становили 36,2 %, а за

підсумками 2010 року – вже 40,4 %. В абсолютному значенні в 2010 році ця складова сукупних витрат становила 34 234,7 млн грн.

Таблиця 2 – Витрати на охорону здоров'я в Україні приватного сектору, 2006–2010 рр., млн грн. [5]

Фінансові агенти	Рік									
	2006		2007		2008		2009		2010	
	млн грн.	%	млн грн.	%	млн грн.	%	млн грн.	%	млн грн.	%
Приватний сектор	13 646,1	39,1	17 476,9	38,1	26 634,0	42,2	32 032,4	44,9	36 658,8	43,3
Витрати домогосподарств	12 618,7	36,2	15 871,9	34,6	24 809,7	39,3	29 894,2	41,9	34 234,7	40,4
Приватні фірми та корпорації	685,7	2,0	1 156,5	2,5	1 219,0	1,9	1 400,1	2,0	1 584,3	1,9
Добровільне медичне страхування	291,6	0,8	384,3	0,8	529,4	0,8	648,5	0,9	741,5	0,9
Лікарняні каси	48,5	0,1	55,7	0,1	63,1	0,1	77,8	0,1	83,2	0,1
Благодійні організації	105,7	0,3	139,5	0,3	187,4	0,3	186,6	0,3	236,8	0,3
Загальні витрати на охорону здоров'я	34 888,2	100,0	45 936,0	100,0	63 072,7	100,0	71 410,8	100,0	84 744,8	100,0

Однією з головних проблем у сфері надання медичних послуг державними закладами охорони здоров'я в межах бюджетного фінансування є відсутність затвердженої та впровадженої в життя відповідної загальнодержавної програми, у якій був би чітко визначений гарантований державою (зокрема державним фінансуванням) обсяг безоплатної медичної допомоги всім громадянам у державних закладах охорони здоров'я.

Так, за даними дослідження компанії Research & Branding Group [3], яке було проведено в 2011 році (2 094 респонденти), лише 27,9 % опитуваних взагалі не сплачували за медичні послуги протягом останнього року, 39,2 % респондентів змушені були сплачувати за медичні послуги при відвідуванні поліклініки, 27,0 % громадян скористувалися на платній основі послугами стоматолога, 14,9 % респондентів сплачували за медичні послуги, пов'язані з госпіталізацією в стаціонарних медичних закладах, 11,9 % сплачували виклик лікаря додому, а 6,4 % – навіть послуги швидкої.

Виходячи зі статистичних даних (табл. 2), частка добровільного медичного страхування в загальній структурі витрат на охорону здоров'я в Україні зовсім незначна (0,8 %). Більша частина договорів ДМС є договорами корпоративного страхування, укладеними роботодавцями на користь своїх працівників, індивідуальне страхування займає на ринку частку до 10 % від загальної кількості договорів. Своєрідною особливістю вітчизняного медичного страхування є те, що в переважній більшості випадків медична

допомога застрахованим особам за програмами добровільного медичного страхування надається в тих же державних і муніципальних закладах охорони здоров'я, які обслуговують і незастрахованих громадян, до того ж в лікуванні як одних, так і інших використовуються однакові медичні технології та забезпечується в більшості випадків однаковий рівень комфорту.

Межі функціонування ДМС в Україні законодавчо чітко не визначені, зокрема ДМС може поставати в ролі своєрідної альтернативи, оскільки ресурси ДМС покривають частину витрат на лікарські засоби, діагностичні процедури та на інші медичні послуги, які фактично не фінансуються в достатньому обсязі за рахунок держави. Проте ці послуги, з офіційного переліку гарантованих послуг, державою офіційно не виключені. Виникають ситуації, коли за полісом ДМС застрахована особа отримує ті ж самі послуги, що й так повинна отримувати безкоштовно. ДМС перетинає сферу державної системи охорони здоров'я, у багатьох випадках дублюючи обов'язки держави. У сучасних українських реаліях склалася ситуація, коли переважна частина полісів ДМС є по суті договорами, так званого, квазістрахування, яке просто маскує неформальні платежі пацієнтів за медичні послуги.

Якщо звернутися до законодавства з питань страхування, зокрема до Закону України про страхування [8], то медичне страхування присутнє серед переліку видів добровільного страхування (стаття 6), які провадяться в Україні, а саме: медичне страхування (безперервне страхування здоров'я); страхування здоров'я на випадок хвороби; страхування медичних витрат.

Таблиця 3 – Розвиток галузі медичного страхування в Україні в 2003-2010 рр.

Вид страхування	Показник	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%	2010	%
Медичне страхування (безперервне страхування здоров'я)	Валові страхові премії, млн грн.	362,3	68,6	485,1	68,6	655,3	66,2	762,3	70,0	859,6	68,9
	Валові страхові виплати, млн грн.	228,3	78,6	327,5	82,8	463,1	85,4	551,4	82,6	632,9	83,4
	Рівень валових виплат, %	63,0	–	67,5	–	70,7	–	72,3	–	73,6	–
Страхування здоров'я на випадок хвороби	Валові страхові премії, млн грн.	98,2	18,6	116,5	16,5	168,6	17,0	133,5	12,3	144,2	11,6
	Валові страхові виплати, млн грн.	36,1	12,4	32,0	8,1	32,8	6,1	33,4	5,0	38,0	5,0
	Рівень валових виплат, %	36,8	–	27,4	–	19,5	–	25,0	–	26,4	–
Страхування медичних витрат	Валові страхові премії, млн грн.	51,0	9,7	88,9	12,6	148,6	15,0	178,8	16,4	229,8	18,4

	Валові страхові виплати, млн грн.	24,7	8,5	34,3	8,7	44,9	8,3	81,0	12,1	86,6	11,4
	Рівень валових виплат, %	48,5	–	38,6	–	30,2	–	45,3	–	37,7	–
Разом медичне страхування	Валові страхові премії, млн грн.	528,3	100	707,6	100	989,3	100	1 088,4	100	1 246,9	100
	Валові страхові виплати, млн грн.	290,6	100	395,6	100	542,5	100	667,8	100	759,3	100
	Рівень валових виплат, %	55,0	–	55,9	–	54,8	–	61,3	–	60,9	–

Джерело: складено автором на основі статистичних даних Нацкомфінпослуг.

У загальній структурі медичного страхування безперервне страхування здоров'я займає найбільшу частку, валові страхові премії за цим видом займають близько 70 % сукупних премій зібраних на цьому ринку (табл. 3). До того ж ця частка протягом 2006–2010 рр. суттєвих змін не зазнавала. Найменшого значення сягало 66,2 % в 2008 році, що не є дивним для кризового року. На кінець 2010 року обсяги зібраних премій становили 859,6 млн грн., або 68,9 % премій ринку. Аналогічна ситуація і з виплатами, безперервне страхування здоров'я забезпечує більше 80 % страхових виплат по всьому ринку медичного страхування. На другому місці за обсягами зібраних премій у 2010 році було страхування медичних витрат, частка якого на ринку медичного страхування становила 18,4 %. Цікавим є те, що кризові явища ніяк не вплинули на обсяги цього виду страхування. Протягом 2006–2010 років відбувалося постійне його зростання.

Альтернативою добровільному медичному страхуванню є добровільне членство громадян у лікарняних касах, які працюють за принципом солідарності та здійснюють персоніфіковане накопичення внесків фізичних та юридичних осіб. Фактично лікарняні каси є членськими благодійними організаціями, що здійснюють свою діяльність відповідно до законів України “Про об'єднання громадян” та “Про благодійництво та благодійні організації”, головною метою яких є співорганізація участі населення на солідарній основі вирішувати питання медикаментозного забезпечення у випадку їх захворювання в межах діючого законодавства України. Основне завдання лікарняних кас – сприяння вільному доступу учасників до медичних послуг найвищої якості. Проте частка грошових фондів лікарняних кас у загальній структурі видатків на охорону здоров'я протягом всього періоду не перевищувала 0,1 %.

Висновки. Результати дослідження засвідчили, що на сьогодні основна частка фінансування вітчизняної системи охорони здоров'я здійснюється за рахунок бюджетних коштів і прямих готівкових платежів населення (у сукупності до 96 %), страхові схеми забезпечують лише до 1 % грошових надходжень. Бюджетне фінансування зараз є вкрай

неефективним і базується на ресурсному підході, який не враховує дійсні потреби населення, а також не залежить від кількості й якості послуг, які надаються громадянам. Як результат, роздута застаріла матеріальна база, фінансування капітальних витрат за залишковим принципом, неякісні послуги, стягнення додаткової плати з пацієнтів. Незалежність відомства, яке розробляє та здійснює політику в галузі охорони здоров'я, від відомства, у віданні якого знаходяться державні фінансові ресурси, призводить до невідповідності виділених ресурсів потребам медичної галузі, а наявність профільних медичних закладів в окремих міністерствах до дублювання функцій і витрат. Страхова медицина за відсутності необхідної законодавчої бази, яка мала б зняти тягар додаткових витрат на медичні послуги з домогосподарств, не набула достатнього розвитку. Отже, очевидно, що питання розробки принципово нового фінансового механізму в рамках системи бюджетного фінансування та страхової медицини має стати тематикою подальших досліджень.

Список літератури

1. Бюджетний кодекс України [Електронний ресурс] від 08.07.2010 № 2456-VI. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2456-17>.
2. Заколюдажна М. О. Механізм фінансування системи охорони здоров'я України / М. О. Заколюдажна // Держава та регіони. – 2010. – № 4. – С. 160–164.
3. Затрати на медичинские услуги [Электронный ресурс] : Маркетинговые исследования. – Режим доступа : <http://www.rb.com.ua/ukr/marketing/tendency/8273/>.
4. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: Український вимір / В. М. Лехан, Г.О. Слабкий // Новини медицини і фармації. – 2011. – № 383. – С. 6–18.
5. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2010 році [Електронний ресурс] : Державна служба статистики України. – Режим доступу : http://govuadocs.com.ua/tw_files2/urls_2/627/d-626865/7z-docs/1.pdf.
6. Онишко С. В. Удосконалення фінансування системи охорони здоров'я у сферах формування людського капіталу та оздоровлення державних фінансів / С. В. Онишко // Науковий вісник Національного університету державної податкової служби України. – 2011. – № 4. – С. 66–73.
7. Основи законодавства України про охорону здоров'я [Електронний ресурс] : Закон України від 19.11.92 № 2801-XII. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2801-12/print1361272679651334>.
8. Про страхування [Електронний ресурс] : Закон України від 07.03.96 № 85/96-ВР (зі змін та доп.). – Режим доступу : http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/Z960085.html.
9. Солдатенко О. В. Видатки на охорону здоров'я у бюджетній системі України / О. В. Солдатенко // Держава та регіони. – 2009. – № 4. – С. 94–99.
10. Федосов В. М. Бюджетна система : підруч. / за наук. ред. В. М. Федосова, С. І. Юрія. – К. : Центр учбов. літератури ; Тернопіль : Екон. думка, 2012. – 871 с.
11. Gotsadze G. Ukraine National Health Accounts 2003–2004. Volume 1 : Analytical Report / G. Gotsadze, Y. Chechulin, V. Galayda, V. Lekhan, C. Chanfreau, and T. Dmytraczenko, 2006. – Bethesda, MD : The Partners or Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.
12. Health Systems: Improving Performance [Електронний ресурс] : The World Health Report, 2000. – Режим доступу : http://www.who.int/entity/whr/2000/en/whr00_en.pdf.
13. Menon R. An Avoidable Tragedy / R. Menon, S. Poniakina, B. Frogner and I. Oliynyk, 2009. – Combating Ukraine's Health Crisis, Lessons from Europe. World Bank. Human Development Sector Unit, Europe and Central Asia Unit.

14. Roemer M. I. Bed supply and hospital utilization: a natural experiment. – Hospitals, 1961. – Nov 1; 35:36–42.
15. Steen J. The Dartmouth Atlas on Roemer's Law [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ahpanet.org/files/TheDartmouthAtlasonRoemer'sLaw%20b.pdf>.

Отримано 15.10.2013

Summary

The article presents a critical analysis of the current Ukraine's health system funding mechanism, covers the key resource sources and financial resource allocation mechanism between customers, suppliers and consumers of medical services.

Охріменко І.О. Фінансовий механізм системи охорони здоров'я України / І.О. Охріменко // Проблеми і перспективи розвитку банківської системи України : зб. наук. праць / УАБС НБУ. - Суми, 2014. - Вип. 38. - С. 367-379.