

КЛАСИЧНИЙ ПРИВАТНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КЛАСИЧНИЙ ПРИВАТНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

СКРІПКІН СЕРГІЙ ВАСИЛЬОВИЧ

УДК 347.73:614.2 (477)

ДИСЕРТАЦІЯ

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ПУБЛІЧНИХ ВИДАТКІВ В ГАЛУЗІ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

12.00.07 – адміністративне право і процес;
фінансове право; інформаційне право

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата юридичних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

_____ С. В. Скрипкін

Науковий керівник – доктор
юридичних наук, професор

Покатаєва Ольга Вікторівна

Запоріжжя - 2019

АНОТАЦІЯ

Скріпкін С. В. Правове регулювання публічних видатків в галузі охорони здоров'я в Україні. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата юридичних наук зі спеціальності 12.00.07 – адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право. – Класичний приватний університет, Запоріжжя, 2019.

У дисертації визначена категорія публічних видатків в галузі охорони здоров'я як витрати публічних фондів грошових коштів, які виражають врегульовані правовими нормами соціально-економічні відносини публічного характеру, що складаються при розподілі (перерозподілі) і використанні публічних фондів коштів (державних, комунальних та інших публічних фондів соціального призначення), і забезпечують задоволення публічного інтересу та потреб громадян в галузі охорони здоров'я, що здійснюються на принципах фінансового захисту, універсальності покриття і справедливості доступу до медичної допомоги, прозорості та підзвітності, ефективності, вільного вибору, конкуренції постачальників, передбачуваності обсягу коштів на медичні послуги в державному бюджеті, субсидіарності, конституційності, соціального захисту медичних і фармацевтичних працівників, використання різноманітних джерел фінансування, правової освіти широких верств населення.

Досліджено методи фінансування галузі охорони здоров'я та здійснено класифікацію публічних видатків цієї галузі. Встановлено, що методом фінансування є встановлена законодавством сукупність способів, механізмів та засобів, за допомогою яких здійснюється фінансування. На підставі аналізу вітчизняного фінансового законодавства та теоретичних розробок у цій сфері доведено, що фінансування в галузі охорони здоров'я здійснюється програмно-цільовим методом, бюджетно-кошторисним методом та методом фінансування за фактично надані послуги.

Сформульовано визначення поняття «функції публічних видатків в галузі охорони здоров'я» як основних напрямків впливу цих витрат на

правовідносини в сфері охорони здоров'я, що є позитивними соціально значущими результатами здійснення публічних видатків в галузі охорони здоров'я та спрямованими на забезпечення передбачених міжнародними соціальними стандартами потреб пацієнтів, медичних працівників, закладів охорони здоров'я з метою повної реалізації прав і законних інтересів людини в сфері охорони здоров'я.

Досліджено законодавче забезпечення здійснення публічних видатків в галузі охорони здоров'я в Україні, запропоновано перспективні напрямки розвитку законодавства, спрямовані на вдосконалення загальнообов'язкового медичного соціального страхування і поліпшення організаційно-правових умов фінансування університетських клінік. Розроблено класифікацію вказаних нормативно-правових актів за юридичною силою, етапами фінансової діяльності держави, секторами охорони здоров'я, джерелами фінансування та темпоральним критерієм.

Визначено проблемні питання правового регулювання публічних видатків в галузі охорони здоров'я України. Доведено, що глобальною правовою проблемою системи українського права в цілому та правового регулювання публічних видатків в галузі охорони здоров'я України зокрема є реалізація концепції правової та соціальної держави. Інші проблеми правового регулювання є лише окремими проявами вищевказаної глобальної правової проблеми. Встановлено, що основною проблемою правового регулювання публічних видатків в галузі охорони здоров'я є невідповідність низки нормативно-правових актів положенням ст. 49 Конституції України та її офіційному тлумаченню рішенням Конституційного Суду України від 29 травня 2002 р.

Здійснено фінансово-правовий аналіз міжнародно-правових стандартів і досвіду зарубіжних країн у побудові правової моделі здійснення публічних видатків в галузі охорони здоров'я. Встановлено, що міжнародно-правовими актами, які регулюють питання забезпечення прав громадян на охорону здоров'я, передбачено доступність для громадян медичної допомоги, але не її

безоплатність, оскільки далеко не кожна держава світу спроможна забезпечити бюджетне фінансування. Однак, за міжнародно-правовими стандартами в кожній державі має бути забезпечено доступність медичної допомоги будь-яким верствам населення, тобто оплата за медичні послуги має відповідати платоспроможності громадян. Встановлено, що в світі існує три моделі фінансування галузі охорони здоров'я:

– модель Беверіджа – державні закупівлі медичних послуг (наприклад, Великобританія, Іспанія, Португалія);

– модель Бісмарка – загальнообов'язкове медичне соціальне страхування (наприклад, ФРН, Австрія, Канада, Франція, Польща);

– ринкова модель – оплата видатків на медичні послуги за рахунок коштів приватних осіб, приватних страхових компаній та фондів (наприклад, США).

Досліджено проблеми вибору оптимальної моделі фінансування витрат в галузі охорони здоров'я, запропонована модель загальнообов'язкового медичного соціального страхування на основі максимального забезпечення права людини на охорону здоров'я та дотримання вимог ст. 49 Конституції України, платниками страхових внесків по якій є роботодавці. Встановлено, що Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», в Україні здійснено спробу побудувати систему фінансування публічних видатків в галузі охорони здоров'я за моделлю Беверіджа, що ґрунтується на державних закупівлях медичних послуг. З огляду на те, що подібні моделі функціонують у державах, які мають значно вищі показники економічного розвитку (Великобританія, Іспанія, Португалія), в Україні може не вистачити бюджетних коштів для повноцінного та ефективного функціонування цієї моделі. Аргументовано, що в умовах бюджетного дефіциту, модель фінансування галузі охорони здоров'я України має будуватися на багатоканальному фінансуванні.

Розроблено пропозиції щодо вирішення проблеми конституційно-правової регламентації права на охорону здоров'я в контексті реформування фінансування витрат в галузі охорони здоров'я. Доведено, що на сьогодні

встановленого законом переліку платних медичних послуг не існує. Такий перелік затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. № 1138, що суперечить рішенню Конституційного Суду України від 29 травня 2002 р., в якому сказано, що такий перелік має бути встановлено лише законом. Відповідно до ч. 11 ст. 10 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», у закладах охорони здоров'я державної та комунальної форм власності, які є надавачами медичних послуг за програмою медичних гарантій, обсяг платних медичних послуг, які не входять до програми медичних гарантій, може складати не більше 20 відсотків від обсягу всіх наданих послуг. Оскільки Законом не затверджено переліку медичних послуг, це положення не відповідає Конституції України. Запропоновано привести правове регулювання зазначених питань у відповідність до ст. 49 Конституції України та правової позиції Конституційного Суду України, а саме: скасувати постанову Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. № 1138, а натомість прийняти Закон України, яким визначити повний перелік медичних послуг, що надаватимуться в державних та комунальних закладах охорони здоров'я на платній основі.

Запропоновано авторський підхід до реформування системи законодавства в сфері регулювання публічних видатків в галузі охорони здоров'я шляхом прийняття Кодексу України про охорону здоров'я, окрема частина якого буде присвячена питанням фінансування публічних видатків в галузі охорони здоров'я. Окрема частина Кодексу України про охорону здоров'я «Фінансування публічних видатків в галузі охорони здоров'я» відобразить концепцію фінансування публічних видатків в галузі охорони здоров'я за моделлю загальнообов'язкового медичного соціального страхування Бісмарка (без участі громадян як платників страхових внесків), основи державної політики мобілізації додаткових фінансових ресурсів з метою фінансування видатків в галузі охорони здоров'я, основи державного та громадського фінансового контролю в галузі охорони здоров'я (фінансовий контроль має обов'язково передбачати тотальну прозорість фінансових

операцій, що забезпечують здійснення публічних видатків в галузі охорони здоров'я, на основі діджиталізації правовідносин у галузі охорони здоров'я), підтверджуватиме положення Конституції України про безоплатне надання медичної допомоги, затверджуватиме перелік платних медичних послуг в галузі охорони здоров'я, особливості фінансування закладів охорони здоров'я в сільській місцевості. Запропоновано внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України «Про здійснення протягом бюджетного періоду видатків на утримання деяких бюджетних установ одночасно з різних бюджетів» від 11 вересня 2013 р. № 679, до постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення» від 28 березня 2018 р. № 391, до ч. 4 ст. 13 Бюджетного кодексу України, що спрямовані на покращення організаційно-правових умов фінансування університетських клінік.

Ключові слова: правове регулювання, публічні видатки, фінансування, охорона здоров'я.

SUMMARY

Skripkin S. V. Legal regulation of public expenditures in the health sector in Ukraine. – Qualifying scientific work as the manuscript.

Thesis for a degree of Candidate of Juridical Sciences, specialty 12.00.07 – Administrative Law and Process; Financial Law; Information Law – Classic Private University, Zaporizhzhia, 2019.

The dissertation defines the category of public expenditures in the field of health care as expenditures of public funds of money, which express the regulated socio-economic relations of a public nature, consisting in the distribution (redistribution) and use of public funds of funds (state, municipal and other public funds). social security funds), and ensure that the public interest and the needs of

citizens in the field of health care, implemented on the principles of financial protection, universal those coverage and fairness of access to care, transparency and accountability, efficiency, free choice, competition of providers, predictability of the amount of medical services in the state budget, subsidiarity, constitutionality, social protection of medical and pharmaceutical workers, use of various sources of funding, legal education layers of the population.

The methods of financing the health care industry are investigated and the public expenditures of the health care system are classified. It is established that the method of financing is the set of laws, set of methods, mechanisms and means by which the financing is made. Based on the analysis of the national financial legislation and theoretical developments in this field, it is proved that the financing in the field of health care is carried out by program-targeted method, budget-cost method and method of financing for actually provided services.

The definition of the concept of "function of public health expenditures" is formulated as the main directions of influence of these expenditures on legal relations in the sphere of health, which are positive socially significant results of realization of public expenditures in the field of health and aimed at providing the international ones. social standards of the needs of patients, health care workers, health care institutions for the full realization of human rights and legitimate interests in the field of health care.

The legislative support of public expenditure in the field of health care in Ukraine is investigated, the perspective directions of the development of legislation are directed, aimed at improving the compulsory medical social insurance and improving the organizational and legal conditions of financing university clinics. The classification of the mentioned legal acts according to the legal force, stages of financial activity of the state, health sectors, sources of financing and temporal criterion is developed.

The problems of legal regulation of public expenditures in the field of health care of Ukraine are identified. It is proved that the global legal problem of the system of Ukrainian law as a whole and the legal regulation of public expenditures in the

field of health care of Ukraine in particular is the realization of the concept of the rule of law and social state. Other legal regulation issues are just a few manifestations of the above-mentioned global legal problem. It is established that the main problem of legal regulation of public expenditures in the field of health care is the inconsistency of a number of normative legal acts with the provisions of Art. 49 of the Constitution of Ukraine and its official interpretation by the decision of the Constitutional Court of Ukraine of May 29, 2002.

The financial and legal analysis of international legal standards and experience of foreign countries in the construction of the legal model of public expenditure in the field of health care is carried out. It is established that international legal acts regulating the issue of ensuring the rights of citizens to health care provide for access to health care for citizens, but not free of charge, since not every country in the world is able to provide budget financing. However, according to international legal standards, access to health care for all sections of the population must be ensured in every state, ie payment for medical services must be consistent with the solvency of citizens. It has been identified that there are three models of healthcare financing in the world:

- Beveridge model – public procurement of health services (eg UK, Spain, Portugal);
- Bismarck model – compulsory health insurance (for example, Germany, Austria, Canada, France, Poland);
- Market model – Payment for medical expenses at the expense of individuals, private insurance companies and foundations (for example, the United States).

The problems of choosing the optimum model of financing of expenditures in the field of health care are investigated, the model of compulsory medical social insurance is offered on the basis of the maximum guarantee of the human right to health care and compliance with the requirements of Art. 49 of the Constitution of Ukraine, payers of insurance premiums on which are the employer. It is established that the Law of Ukraine "On State Financial Guarantees of Public Health Services", in Ukraine made an attempt to build a system of financing public expenditures in the

health sector based on the Beveridge model, which is based on state purchases of medical services. Given that such models operate in countries with significantly higher rates of economic development (UK, Spain, Portugal), Ukraine may not have sufficient budgetary resources to fully and efficiently operate this model. It is argued that in the context of budget deficits, Ukraine's healthcare financing model should be based on multi-channel financing.

Proposals have been developed to address the problem of constitutional and legal regulation of the right to health care in the context of reforming the financing of health care expenditures. It is proved that today there is no list of paid medical services established by law. Such a list was approved by the Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine of September 17, 1996 No. 1138, which contradicts the decision of the Constitutional Court of Ukraine of May 29, 2002, which states that such a list should be established only by law. According to Part 11 of Art. 10 of the Law of Ukraine "On State Financial Guarantees of Public Health Care", in health care institutions of state and communal ownership, which are providers of medical services under the program of medical guarantees, the amount of paid medical services not included in the program of medical guarantees may be not more than 20 percent of all services provided. As the Law does not approve the list of medical services, this provision does not correspond to the Constitution of Ukraine. It is proposed to bring the legal regulation of these issues in line with Art. 49 of the Constitution of Ukraine and the legal position of the Constitutional Court of Ukraine, namely: to repeal the Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine of September 17, 1996 No. 1138, and instead to adopt the Law of Ukraine, which defines the full list of medical services to be provided in state and communal health care institutions on a paid basis.

The author's approach to reforming the system of legislation in the field of regulation of public expenditures in the field of health care is proposed by adopting the Code of Ukraine on health care, a separate part of which will be devoted to the issues of financing public expenditures in the field of health care. A separate section of the Healthcare Financing Code will reflect the concept of financing public health

expenditures under the Bismarck Compulsory Health and Social Insurance model (without citizens' contributions), bases of the state policy of mobilization of additional financial resources for financing of expenditures in the field of health care, bases of state and public financial control in the field of health care ' (financial control must provide for complete transparency of financial transactions providing public health care expenditures based on the digitization of health care relationships), will confirm the provision of the Constitution of Ukraine on free medical care, approve the list of paid services health care services, especially the financing of rural health facilities. It is proposed to amend the Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine "On Expenditure on Maintenance of Some Budget Institutions at the Same Time from Different Budgets" from September 11, 2013, No. 679, to the Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine "On Approval of Requirements for a Provider on Public Health Services , with which the main spending units enter into contracts on public health services "from March 28, 2018 № 391, to Part 4 of Art. 13 of the Budget Code of Ukraine aimed at improving the organizational and legal conditions for financing university clinics.

Key words: legal regulation, public expenditures, financing, health sector.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Статті в наукових фахових виданнях

1. Скріпкін С. В. Поняття публічних видатків в галузі охорони здоров'я та принципи їх здійснення. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Право»*. 2017. № 43. Т. 4. С. 57–61.

2. Скріпкін С. В. Методи фінансування та класифікація публічних видатків в галузі охорони здоров'я. *Прикарпатський юридичний вісник*. 2017. № 1(16). Т. 2. С. 173–179.

3. Скріпкін С. В. Міжнародно-правові стандарти та досвід зарубіжних держав побудови правової моделі здійснення публічних видатків в галузі охорони здоров'я. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Юридичні науки»*. 2018. № 2. Т. 3. С. 177–184.

4. Скріпкін С. В. Проблеми конституційно-правової регламентації права на охорону здоров'я в контексті реформування фінансування видатків у галузі охорони здоров'я. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2018. № 6. С. 252–256.

5. Скріпкін С. В. Проблеми обрання оптимальної моделі фінансування видатків в галузі охорони здоров'я України. *Прикарпатський юридичний вісник*. 2019. № 2. С. 127–132.

6. Скріпкін С. В. Проблемні питання правового регулювання публічних видатків в галузі охорони здоров'я України. *Держава та регіони. Серія: Право*. 2019. № 3. С. 215–221.

7. Скріпкін С. В. Функції публічних видатків в галузі охорони здоров'я. *Юридичний бюлетень*. 2019. № 9. С. 66–74.

Матеріали конференцій

8. Скріпкін С. В. Проблеми правового регулювання видатків в сфері охорони здоров'я. *Актуальні питання теорії та практики правового регулювання галузі охорони здоров'я: проблеми і перспективи*: зб. тез доп. наук.-практ. круглого столу, присвяченого 25-й річниці прийняття Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (17 листопада

2017 р.) / за заг. ред. Ю. М. Колесника. Запоріжжя: Вид-во ЗДМУ, 2017. С. 129–131.

9. Скріпкін С. В. Фінансово-правовий статус Національної служби здоров'я України. *Сучасні аспекти медицини і фармації-2018*: тези доп. Всеукр. наук.-практ. конф. молодих вчених та студентів з міжнар. участю, присвячена 50-річчю заснування ЗДМУ (18–25 квітня 2018 р., 30 травня 2018 р.) / за заг. ред. Ю. М. Колесника. Запоріжжя: ЗДМУ, 2018. С. 172.

10. Скріпкін С. В. Правові проблеми трансформації кошторисно-бюджетного методу фінансування у програмно-цільовий при фінансуванні видатків закладів охорони здоров'я. *Проблеми захисту суб'єктів правовідносин у сфері охорони здоров'я в контексті медичної реформи*: зб. матеріалів наук.-практ. круглого столу (м. Запоріжжя, 25 травня 2018 р.) / за заг. ред. Ю. М. Колесника. Запоріжжя: ЗДМУ, 2018. С. 123–127.

11. Скріпкін С. В. Реформа фінансування охорони здоров'я в Україні: перші результати. *Актуальні проблеми медичного права: професійний погляд*: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (29 листопада 2018 р., м. Київ). Одеса: Фенікс, 2019. С. 117–119.

12. Скріпкін С. В. До питання про сучасні функції публічних видатків в сфері охорони здоров'я: правовий аспект. *Актуальні питання сучасної медицини і фармації 2019*: зб. тез доп. наук.-практ. конф. з міжнар. участю молодих вчених та студентів (м. Запоріжжя, 13–17 травня 2019 р.). Запоріжжя: ЗДМУ, 2019. С. 180.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	15
РОЗДІЛ 1. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПУБЛІЧНИХ ВИДАТКІВ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	24
1.1. Поняття та принципи здійснення публічних видатків в галузі охорони здоров'я.....	24
1.2. Методи фінансування та класифікація публічних видатків в галузі охорони здоров'я.....	33
1.3. Функції публічних видатків в галузі охорони здоров'я.....	46
Висновки до розділу 1.....	57
РОЗДІЛ 2. СУЧАСНИЙ СТАН ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПУБЛІЧНИХ ВИДАТКІВ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.....	59
2.1. Законодавче забезпечення здійснення публічних видатків в галузі охорони здоров'я в Україні.....	59
2.2. Проблемні питання правового регулювання публічних видатків в галузі охорони здоров'я України.....	83
2.3. Міжнародно-правові стандарти та зарубіжний досвід побудови правової моделі здійснення публічних видатків в галузі охорони здоров'я.....	102
Висновки до розділу 2.....	113
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПУБЛІЧНИХ ВИДАТКІВ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.....	116
3.1. Оптимальна модель фінансування видатків в галузі охорони здоров'я.....	116
3.2. Вирішення проблеми конституційно-правової регламентації права на охорону здоров'я в контексті реформування фінансування видатків в галузі охорони здоров'я.....	128

3.3. Реформування системи законодавства у сфері регулювання публічних видатків в галузі охорони здоров'я.....	138
Висновки до розділу 3.....	158
ВИСНОВКИ.....	161
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	166
ДОДАТКИ.....	188

ВСТУП

Актуальність теми. Право на охорону здоров'я є одним з найважливіших соціальних прав людини, без реалізації якого неможливе її нормальне життя в сучасному суспільстві. Забезпечення цього права безпосередньо впливає на тривалість життя громадян і його якість, що визначається здоров'ям населення, яке передбачає не лише відсутність хвороб, а й повне соціальне благополуччя. Забезпечення права на охорону здоров'я є однією з найважливіших функцій держави та місцевого самоврядування й полягає у створенні належних умов правового та організаційного характеру для захисту, підтримки й збереження життя та здоров'я людини – найвищих соціальних цінностей держави.

У цьому контексті досить важливим є питання правового регулювання публічних видатків у галузі охорони здоров'я, що має забезпечувальний характер для повноцінної реалізації права людини на охорону здоров'я.

За останні декілька років відбулися разючі зміни в системі фінансування галузі охорони здоров'я, на рівні первинної медичної допомоги відбувся перехід від утримання закладів охорони здоров'я за бюджетні кошти до публічних закупівель медичних послуг з метою забезпечення потреб населення в медичній допомозі. Прийнято нормативно-правові акти, що регламентують нову модель фінансування охорони здоров'я, основними серед яких є Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» та Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення».

Однак, дуже багато питань щодо фінансування галузі охорони здоров'я ще залишаються невирішеними, адже на сьогодні не стартувала анонсована попереднім складом Міністерства охорони здоров'я України програма «Безкоштовна діагностика», що мала б розпочатися з липня 2019 р. Крім того, не плануються зміни фінансування інших видів медичної допомоги в

передбачені законом терміни (за законодавством, програма державних медичних гарантій має розповсюджуватися на всі види медичної допомоги з 01 січня 2020 р.), крім первинної, а саме: екстреної, вторинної, третинної, паліативної медичної допомоги та медичної реабілітації. У незадовільному стані перебуває сільська медицина, де здійснюється скорочення штату медичних працівників, що створює суттєві перешкоди в доступі до медичної допомоги в сільській місцевості.

Незважаючи на увагу до проблеми визначення правового регулювання публічних видатків у галузі охорони здоров'я таких науковців, як: М. Аніщенко, Д. Гомон, Л. Воронова, М. Волощук, О. Гетманець, М. Мацелик, Т. Мацелик, А. Нечай, О. Орлюк, О. Покатаєва, О. Солдатенко, Д. Шатковська, Н. Якимчук та ін., – це питання потребує подальшого вивчення, враховуючи відсутність комплексних досліджень питань правового регулювання публічних видатків у галузі охорони здоров'я на сучасному етапі фінансових реформ охорони здоров'я, що відбувалися протягом останніх кількох років і досі не є завершеними.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертацію виконано відповідно до тем науково-дослідної роботи Класичного приватного університету «Фінансово-правове регулювання публічних відносин в Україні» (номер державної реєстрації 0111U008728) та «Баланс публічних і приватних інтересів при правовому регулюванні суспільних відносин» (номер державної реєстрації 0116U008200), одним з виконавців яких є здобувач.

Мета і задачі дослідження. *Мета дослідження* – науковий аналіз сучасного стану й проблем правового регулювання публічних видатків в галузі охорони здоров'я та розробка на цій основі практичних рекомендацій щодо його вдосконалення.

Для досягнення цієї мети поставлено такі *завдання*:

– визначити категорію публічних видатків в галузі охорони здоров'я та основні принципи їх здійснення на підставі аналізу сучасних наукових підходів до розуміння понять «фінансова діяльність» і «видатки»;

- дослідити методи фінансування галузі охорони здоров'я та здійснити класифікацію публічних видатків цієї галузі;
- сформулювати визначення поняття «функції публічних видатків в галузі охорони здоров'я», визначити їх сутність та основні ознаки на основі сучасних наукових підходів до тлумачення понять «функції» й «видатки», а також аналізу правовідносин у сфері фінансування галузі охорони здоров'я;
- дослідити законодавче забезпечення здійснення публічних видатків в галузі охорони здоров'я в Україні;
- визначити проблемні питання правового регулювання публічних видатків в галузі охорони здоров'я України;
- здійснити фінансово-правовий аналіз міжнародно-правових стандартів та досвіду зарубіжних держав у побудові правової моделі здійснення публічних видатків в галузі охорони здоров'я;
- дослідити проблеми вибору оптимальної моделі фінансування видатків в галузі охорони здоров'я;
- розробити пропозиції щодо вирішення проблеми конституційно-правової регламентації права на охорону здоров'я в контексті реформування фінансування видатків в галузі охорони здоров'я;
- запропонувати авторський підхід до реформування системи законодавства у сфері регулювання публічних видатків в галузі охорони здоров'я.

Об'єкт дослідження – суспільні відносини з публічних видатків у галузі охорони здоров'я в Україні, що виникають і здійснюються під регулюючим впливом правових норм.

Предмет дослідження – правове регулювання публічних видатків в галузі охорони здоров'я в Україні.

Методи дослідження. Дисертаційні пошуки забезпечувались комплексом загальнонаукових і спеціальних засобів і способів (методів) наукового виявлення закономірностей предмету дослідження.

За філософськими підходами базовим загальнонауковим став

діалектичний метод із використанням принципів і законів діалектичної логіки, а також зумовлений ним логічний метод – для дослідження основних доктринальних положень щодо принципів здійснення, методів фінансування і функцій здійснення публічних видатків у галузі охорони здоров'я (підрозділи 1.1, 1.2, 1.3); логіко-юридичний – для встановлення логічної послідовності щодо сутності, ознак і функцій фінансово-правового інституту видатків в галузі охорони здоров'я (підрозділ 1.3); систематизації – для узагальнення емпіричного матеріалу й упорядкування нормативно-правового інструментарію (підрозділи 2.1, 3.2); системно-структурний та структурно-функціональний – для класифікації публічних видатків в галузі охорони здоров'я із забезпеченням їх єдності та внутрішньої й зовнішньої взаємодії (підрозділ 1.2).

Загальнонаукова методологічна основа конкретизувалась застосуванням низки спеціальних наукових методів: порівняльно-правового (підрозділи 2.3, 3.1), формально-юридичного (чи догматичного, юридико-технічного) (підрозділ 2.2, 2.3, 3.1, 3.3) та осмислення фінансово-правового досвіду, завдяки яким було виявлено сутність, встановлено й охарактеризовано особливості форми, змісту і призначення публічних видатків у галузі охорони здоров'я, визначено основні напрями подальшої правотворчої роботи з удосконалення їх унормування.

Використання вищенаведених методів здійснювалось на засадах принципів об'єктивності, науковості, єдності логічного й історичного, конкретного й абстрактного, емпіричного і теоретичного (поєднання практики та теорії (доктрини).

Нормативна основа дослідження ґрунтується на положеннях Конституції України, поточних законах України, нормативно-правових актах Президента України, Кабінету Міністрів України, Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства економічного розвитку України, Міністерства фінансів України, що є загальними та спеціальними суб'єктами правового регулювання відносин у сфері публічних видатків в галузі охорони здоров'я.

Науково-теоретичну базу дослідження складають науково-теоретичні праці вітчизняних і зарубіжних учених з фінансового права, державного

управління, економіки, а також з теорії держави і права, адміністративного та господарського права.

Наукова новизна одержаних результатів зумовлена постановкою проблеми та полягає в тому, що в дисертації здійснено цілісний науковий аналіз сучасного стану й проблем правового регулювання публічних видатків в галузі охорони здоров'я та розроблено на цій основі практичні рекомендації щодо його вдосконалення. У результаті проведеного дослідження сформульовано низку наукових положень і висновків, які винесено на захист, зокрема:

вперше:

– запропоновано прийняти Кодекс України про охорону здоров'я, окрема частина якого буде присвячена питанням фінансування публічних видатків в галузі охорони здоров'я, що втілює концепцію загальнообов'язкового медичного соціального страхування;

– запропоновано визначення поняття «функції публічних видатків в галузі охорони здоров'я» як основних напрямів впливу цих видатків на правовідносини у сфері охорони здоров'я, що є позитивними соціально значущими результатами здійснення публічних видатків в галузі охорони здоров'я та спрямовані на забезпечення передбачених міжнародними соціальними стандартами потреб пацієнтів, медичних працівників, закладів охорони здоров'я з метою повної реалізації прав та законних інтересів людини у сфері охорони здоров'я;

удосконалено:

– поняття публічних видатків в галузі охорони здоров'я як витрат публічних фондів грошових коштів, які виражають урегульовані правовими нормами соціально-економічні відносини публічного характеру, що складаються при розподілі (перерозподілі) та використанні публічних фондів коштів (державних, комунальних, інших публічних фондів соціального призначення), і забезпечують задоволення публічного інтересу та потреб громадян у галузі охорони здоров'я, що здійснюються на принципах фінансового захисту, універсальності покриття та справедливості доступу до

медичної допомоги, прозорості й підзвітності, ефективності, вільного вибору, конкуренції постачальників, передбачуваності обсягу коштів на медичні послуги в державному бюджеті, субсидіарності, конституційності, соціального захисту медичних та фармацевтичних працівників, використання різноманітних джерел фінансування, широкої правової освіти населення;

– перспективні напрями розвитку законодавства, що регулює здійснення публічних видатків в галузі охорони здоров'я, шляхом внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України «Про здійснення протягом бюджетного періоду видатків на утримання деяких бюджетних установ одночасно з різних бюджетів» від 11 вересня 2013 р. № 679, до постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення» від 28 березня 2018 р. № 391, до ч. 4 ст. 13 Бюджетного кодексу України, що спрямовані на покращення організаційно-правових умов фінансування університетських клінік;

– модель загальнообов'язкового медичного соціального страхування на основі максимального забезпечення права людини на охорону здоров'я та дотримання вимог ст. 49 Конституції України, платниками страхових внесків за якої є роботодавці;

– методи фінансування видатків в галузі охорони здоров'я шляхом розумного поєднання програмно-цільового та бюджетно-кошторисного методів, а також методу оплати за надані послуги з метою максимального забезпечення прав і законних інтересів людини щодо охорони здоров'я;

набуло подальшого розвитку:

– формування правових підстав реалізації концепції правової соціальної держави шляхом детальної розробки та реального впровадження всеукраїнської цільової програми соціально-економічного розвитку «Будівництво правової соціальної держави в Україні», одним з основних компонентів якої є реалізація прав людини на охорону здоров'я;

– рекомендації щодо імплементації міжнародно-правових стандартів забезпечення прав громадян на охорону здоров'я шляхом забезпечення доступності медичної допомоги будь-яким верствам населення, використовуючи державні механізми соціального захисту;

– позиція щодо необхідності усунення колізій законодавства, що регулює публічні видатки в галузі охорони здоров'я, шляхом скасування постанови Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. № 1138 та прийняття натомість закону, у якому було би визначено повний перелік медичних послуг, що надаватимуться в державних та комунальних закладах охорони здоров'я на платній основі.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що вони становлять як науково-теоретичний, так і практичний інтерес та можуть бути використані:

– у науково-дослідній діяльності – при проведенні загальнотеоретичних та галузевих досліджень з питань удосконалення процесу здійснення публічних видатків;

– у правотворчій діяльності – розроблено проекти постанов Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України “Про здійснення протягом бюджетного періоду видатків на утримання деяких бюджетних установ одночасно з різних бюджетів” від 11 вересня 2013 р. № 679» та «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України “Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення” від 28 березня 2018 р. № 391», а також проект Закону України «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України»;

– у правозастосовній діяльності – для вдосконалення практики застосування норм чинного законодавства щодо здійснення публічних видатків в галузі охорони здоров'я, запропоновані рекомендації можуть бути використані в правозастосовній практиці (довідка навчально-наукового

медичного центру «Університетська клініка» Запорізького державного медичного університету № 1123 від 10 вересня 2019 р.);

– у навчальному процесі – матеріали дослідження можуть бути використані при викладанні студентам ЗВО дисципліни «Фінансове право України» (довідка № 08/19 від 07 березня 2019 р. Класичного приватного університету).

Особистий внесок здобувача. Дисертація є самостійно виконаною науковою працею. Наукові положення, методичні розробки, висновки та пропозиції, які виносяться на захист, підготовлені автором самостійно.

Апробація результатів дисертації. Основні результати дослідження доповідалися й обговорювалися на Науково-практичному круглому столі, присвяченому 25-й річниці прийняття Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Актуальні питання теорії та практики правового регулювання галузі охорони здоров'я: проблеми і перспективи» (м. Запоріжжя, 2017 р.); Всеукраїнській науково-практичній конференції молодих вчених та студентів з міжнародною участю, присвяченій 50-річчю заснування ЗДМУ «Сучасні аспекти медицини і фармації-2018» (м. Запоріжжя, 2018 р.); Науково-практичному круглому столі «Проблеми захисту суб'єктів правовідносин у сфері охорони здоров'я в контексті медичної реформи» (м. Запоріжжя, 2018 р.); Всеукраїнській науково-практичній конференції «Актуальні проблеми медичного права: професійний погляд» (м. Київ, 2018 р.); Всеукраїнській науково-практичній конференції молодих вчених та студентів з міжнародною участю «Сучасні аспекти медицини і фармації-2019» (м. Запоріжжя, 2019 р.).

Публікації. Основні результати дослідження викладено в 12 наукових працях, з яких: 7 – статті в наукових фахових виданнях України, що входять до наукометричних баз даних, 5 – матеріали конференцій. Загальний обсяг публікацій становить 4 друк. авт. арк.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, які містять дев'ять підрозділів, висновків, списку використаних

джерел (186 найменувань) і трьох додатків. Повний обсяг дисертації становить 196 сторінок, з яких: основний текст – 165 сторінок, список використаних джерел – 22 сторінки, додатки – 9 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПУБЛІЧНИХ ВИДАТКІВ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Поняття та принципи здійснення публічних видатків в галузі охорони здоров'я

Питання публічних видатків в галузі охорони здоров'я досить часто було і залишається в полі зору вітчизняних і зарубіжних науковців через вагомe значення для держави і суспільства в цілому і кожної людини зокрема. Адже кожна функція держави потребує фінансового забезпечення, а надто така важлива, як охорона здоров'я. Від здійснення публічних видатків, ефективності даного процесу, залежить якість виконання однієї з основних функцій держави, результатом якої є забезпечення реалізації права кожної людини на охорону здоров'я. В умовах реформування системи фінансування галузі охорони здоров'я, протиріч та соціальних дискусій з цих питань, особливої актуальності набуває сучасний науковий аналіз публічних видатків в галузі охорони здоров'я та принципів їх здійснення.

Як справедливо стверджує Л. Воронова, видатки державного і місцевого бюджетів – об'єктивна економічна категорія, яка опосередковує його доходи і завершує розподільні відносини. Вони мають подвійний характер. З одного боку – це витрати держави, які вона здійснює на своє функціонування, а з другого, це доходи, за рахунок яких державні установи, підприємства й організації утворюють свої фонди, необхідні для їх функціонування [18, с. 343].

М. Аніщенко у своїх наукових працях зазначає, що сутність видатків як категорії фінансового права виявляється у фінансовому забезпеченні завдань та функцій держави.

Автор пропонує такі особливості видатків як категорії фінансового права:

1) видатки як категорія фінансового права є публічними видатками, які складаються з публічних видатків держави, публічних видатків органів

місцевого самоврядування, публічних видатків соціального призначення;

2) мають подвійний характер, тобто з одного боку, це витрати держави, які вона здійснює на своє функціонування, а з іншого – це доходи, за рахунок яких державні установи, підприємства й організації утворюють свої фонди;

3) видатки здійснюються під час фінансової діяльності держави та є складовою фінансової системи;

4) видатки є взаємопов'язаним та взаємозалежним поняттям з доходами, оскільки публічні доходи формуються на стадії мобілізації публічних фондів коштів, а публічні видатки на стадії розподілу та використання;

5) склад та обсяг видатків може змінюватись під впливом економічних, історичних, культурних та інших чинників, коли видозмінюється роль держави у вирішенні соціально-економічних проблем [6, с. 81].

На думку М. Аніщенка, фінансова діяльність – це особливий вид соціального управління, зміст якого полягає у формуванні, розподілі, (перерозподілі) публічних фондів коштів та проведенні фінансового контролю і правового забезпечення цих процесів, що здійснюється широким колом суб'єктів (фізичні та юридичні особи, держава, територіальні громади) при особливій ролі суб'єктів публічної влади (органів державної влади та місцевого самоврядування) з метою фінансового забезпечення реалізації функцій держави. [5, с. 69].

В Бюджетному кодексі визначено поняття видатків бюджету як кошти, спрямовані на здійснення програм та заходів, передбачених відповідним бюджетом [12].

Поняття публічних видатків є ширшим, аніж поняття бюджетних видатків, адже крім видатків державного та місцевого бюджетів, дане поняття охоплює публічні видатки фондів соціального страхування, публічні видатки державних та комунальних підприємств.

А. Нечай вважає, що публічні видатки - це витрати публічних фондів грошових коштів, які виражають урегульовані правовими нормами соціально-економічні відносини публічного характеру, що складаються при розподілі

(перерозподілі) та використанні публічних фондів коштів та забезпечують задоволення публічного інтересу, визнаного державою чи органами місцевого самоврядування [78].

На думку Л. Фокши, сучасна система публічних фінансів передбачає формування централізованих і децентралізованих фондів [179, с. 162].

В своїх працях О. Солдатенко розглядає Фонд соціального страхування тимчасової втрати працездатності як один з видів видатків на охорону здоров'я. Вищевказана дослідниця, як і А. Нечай, вважає даний фонд публічним фондом, що не належить не до державної, ані до комунальної власності. Зокрема, науковець зазначає, що Фонд соціального страхування з тимчасової втрати працездатності є легітимним носієм публічного інтересу, визнаного державою, матеріальною основою задоволення якого є публічний грошовий фонд соціального призначення [162, с. 164].

Належне забезпечення права на охорону здоров'я є чи не найважливішою функцією держави. Адже право на охорону здоров'я є природним правом, що забезпечує фізичне існування людини, оскільки здоров'я - стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад. А відповідно до ст. 3 Конституції України закріплено важливі принципи взаємовідносин людини та держави, а саме:

- людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю;
- права і свободи людини та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави;
- утвердження і забезпечення прав і свобод людини є головним обов'язком держави [56].

Відповідно до ч. 1 ст. 3 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», охорона здоров'я - система заходів, що здійснюються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, фізичними особами - підприємцями, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали

ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, медичними та фармацевтичними працівниками, громадськими об'єднаннями і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя [81].

Одним із основоположних нормативно-правових актів, що регулює видатки в галузі охорони здоров'я, є нещодавно прийнятий Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Даним Законом передбачено, що видатки на медичне обслуговування передбачено з наступних джерел: кошти Державного бюджету, кошти місцевих бюджетів та кошти, отримані закладами від надання платних медичних послуг.

Так, згідно вищенаведеного Закону, програма державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій) - програма, що визначає перелік та обсяг медичних послуг (включаючи медичні вироби) та лікарських засобів, повну оплату надання яких пацієнтам держава гарантує за рахунок коштів Державного бюджету України згідно з тарифом, для профілактики, діагностики, лікування та реабілітації у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами. Органи місцевого самоврядування в межах своєї компетенції можуть фінансувати місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, зокрема щодо оновлення матеріально-технічної бази, капітального ремонту, реконструкції, підвищення оплати праці медичних працівників (програми "місцевих стимулів"), а також місцеві програми надання населенню медичних послуг, місцеві програми громадського здоров'я та інші програми в охороні здоров'я. У закладах охорони здоров'я державної та комунальної форм власності, які є надавачами медичних послуг за програмою медичних гарантій, обсяг платних медичних послуг, які не входять до програми медичних гарантій, може складати не більше 20 відсотків від обсягу всіх наданих послуг [99].

Основними ознаками здійснення видатків в галузі охорони здоров'я є:

1) «гроші ходять за пацієнтом» – тобто фінансування не потреб закладів охорони здоров'я, а потреб кожного конкретного пацієнта;

2) рівності надавачів послуг у доступі до державного фінансування незалежно від форми власності;

3) вибору лікаря – пацієнт має право обирати лікаря, фінансувати послуги якого буде держава за рахунок видатків програми державних фінансових гарантій;

4) фінансування видатків адмініструється спеціально уповноваженим органом – службою здоров'я, що є за своєю суттю централізованим бюджетним фондом;

5) у фінансуванні видатків на ліки використовується метод реімбурсації - - механізм повного або часткового відшкодування суб'єктам господарювання, які здійснюють діяльність з роздрібною торгівлю лікарськими засобами, вартості лікарських засобів, що були відпущені пацієнту на підставі рецепта, за рахунок коштів Державного бюджету України;

6) фінансування надавачів медичних послуг здійснюється на договірних засадах;

7) місцеві органи влади можуть фінансувати галузь охорони здоров'я шляхом прийняття та реалізації відповідних програм;

8) видатки мають забезпечувати соціальний захист медичних, фармацевтичних працівників та пацієнтів;

9) ефективна сучасна система фінансового контролю;

10) здійснення системних заходів з питань запобігання та виявлення корупції;

11) автономізація постачальників медичних послуг, тобто перетворення закладів охорони здоров'я із державних та комунальних закладів на казенні чи комунальні некомерційні підприємства;

12) запровадження електронної системи охорони здоров'я.

Як зазначалось вище, видатки здійснюються на етапі розподілу та

використання публічних коштів, тому запорукою здійснення видатків є ефективна мобілізація коштів в сфері охорони здоров'я. Для цього необхідно задіяти усі потенційні можливості та механізми, в тому числі колосальний науковий потенціал. Для цього необхідно здійснити ряд заходів щодо активізації, інтенсифікації, підвищення ефективності медичних та фармацевтичних наукових шкіл, що функціонують в державі, впровадження їх досягнень у життя. В результаті необхідно вагомо збільшити обсяги експорту послуг з навчання іноземних студентів, унікальних лікарських засобів, медичних послуг найвищої якості (серцева хірургія, онкологія, трансплантація органів та анатомічних матеріалів тощо). Видатки від даних видів діяльності мають бути обов'язково спрямованими на охорону здоров'я. Така постановка питання обумовлює інтенсивну роботу щодо законодавчого забезпечення фінансування університетських клінік та клінічних баз закладів вищої освіти, подальшого вдосконалення нерозривного зв'язку практики, науки та освіти в галузі охорони здоров'я.

Антикорупційна діяльність, яка на даний час є дуже актуальною, має здійснюватися не формально, а ефективно та результативно. Для ефективного здійснення антикорупційної діяльності необхідно, для початку, призначити в кожному закладі охорони здоров'я уповноважених осіб (підрозділів) з питань запобігання та виявлення корупції за незалежним конкурсом та провести навчання цих осіб (підрозділів) зі здійснення роботи з питань запобігання та виявлення корупції. Антикорупційна діяльність має базуватись на правилах етичної поведінки, прозорості та відкритості інформації, недопустимості конфлікту інтересів, оцінці корупційних ризиків та розробці заходів щодо їх усунення (мінімізації), участі громадськості в процесах моніторингу діяльності, забезпечення ефективної системи внутрішнього контролю, широкій антикорупційній освіті всіх учасників правовідносин в сфері охорони здоров'я. Для цього необхідно удосконалювати антикорупційне законодавство та розвивати локальну правотворчість на рівні закладів охорони здоров'я (прийняття антикорупційних програм, етичних кодексів, положень про

врегулювання конфліктів інтересів тощо).

Також, беззаперечно потребує удосконалення законодавства України, що регулює питання здійснення публічних закупівель, а особливо у випадках закупівлі товарів медичного та фармацевтичного призначення (медичне та фармацевтичне лабораторне обладнання, реактиви, лікарські засоби тощо). Основною проблемою правової регламентації даного питання є нерівність сторін у правовідносинах публічних закупівель, адже, на нашу думку, на жаль, законодавцем презюмується недоброчесність саме замовників. До прикладу, на даний час функціонує реєстр недоброчесних замовників за відсутності реєстру недоброчесних учасників. Саме такі учасники успішно користуються недосконалістю тендерного законодавства, що призводить до скасування торгів, а як наслідок незадоволення нагальних потреб населення в продукції медичного та фармацевтичного характеру та втрат бюджетних коштів (рівень інфляції, безрезультатно витрачені кошти на саме проведення даних торгів). Принцип ефективності закупівель, на нашу думку, означає не лише найнижчу ціну, а й належний рівень якості товару (особливо якщо даний товар охороноздоровчого призначення), але через можливість участі в торгах товарів з нескінченною кількістю аналогів, якість яких перевірити практично не можливо, закупівля товарів належної якості є проблематичною. Тому дане питання потребує детального науково-практичного аналізу та неодмінної корекції правового регулювання.

Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я, схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р, передбачає, що нова модель фінансування має базуватися на таких принципах:

фінансовий захист – недопустимість катастрофічних витрат громадян у випадку хвороби чи відмови від отримання необхідної медичної допомоги через неможливість її оплатити в момент отримання;

універсальність покриття та справедливості доступу до медичної допомоги – забезпечення доступу до гарантованих державою послуг для всіх,

хто їх потребує;

прозорість і підзвітність – недопустимість застосування корупційних схем, зрозумілість зобов'язань усіх сторін, відкритість у використанні публічних коштів;

ефективність – максимально висока віддача кожної вкладеної в систему охорони здоров'я бюджетної гривні, краща якість та доступність послуг для пацієнтів, кращі умови роботи та доходи для лікарів;

вільний вибір – можливість для пацієнта отримати допомогу в тому закладі охорони здоров'я, який найкраще задовольняє його потреби;

конкуренція постачальників – залучення постачальників усіх форм власності, що створює мотивацію надавати більш якісні послуги, впроваджувати науково обґрунтовані та економічно ефективні методи роботи, забезпечувати дотримання клінічних протоколів та професійних стандартів;

передбачуваність обсягу коштів на медичні послуги у державному бюджеті – повноцінне стратегічне планування медичної допомоги та витрат на неї;

субсидіарність – встановлення повноважень щодо фінансування системи охорони здоров'я та надання медичної допомоги на якомога нижчому рівні влади, який дозволяє забезпечити відповідні доступність, належну якість та найкращу можливу економічну ефективність цієї допомоги, а також необхідні для цього ресурси [57].

До даних принципів здійснення видатків в галузі охорони здоров'я вважаємо за необхідне додати принципи конституційності, соціального захисту медичних та фармацевтичних працівників, використання різноманітних джерел фінансування, широкої правової освіти населення.

Конституційність є принцип, що втілює в життя концепцію правової держави, за якої усі закони мають відповідати Конституції України, Конституція України має відповідати загально визнаним світовим стандартам, підзаконні нормативно-правові акти мають відповідати законам України. Тому фінансова діяльність держави в сфері охорони здоров'я має чітко відповідати

Конституції України, а якщо це не можливо з точки зору стану розвитку сучасного українського суспільства та держави, має бути внесено відповідні зміни до Конституції України за результатами широкого суспільного обговорення при повному дотриманні конституційної процедури.

В свою чергу, принцип соціального захисту медичних та фармацевтичних працівників є втіленням концепції соціальної держави, адже на даний час рівень доходів медичних та фармацевтичних працівників, що працюють в державних і комунальних закладах охорони здоров'я є дуже низьким, адже дані працівники отримують заробітні плати, що ледь перевищують мінімальні. Професії працівників охорони здоров'я мають бути престижними, включаючи і рівень соціального забезпечення, що має бути запорукою дотримання етичних принципів та антикорупційного законодавства.

Використання різноманітних дозволених законом джерел фінансування є запорукою максимального наповнення публічних фондів коштів, з яких здійснюються видатки на охорону здоров'я, ефективного використання будь-яких можливостей для мобілізації публічних коштів з метою їх подальшого розподілу та витрачання. До таких джерел можна віднести благодійні та грантові кошти, кошти від депозитів, кошти, отримані за платні послуги (лікування, створення, виробництво, продаж лікарських засобів, підготовка іноземних студентів, наукові медичні та фармацевтичні проекти тощо).

Правова освіта в сфері охорони здоров'я має сформувати певний рівень правосвідомості та правової культури медичних та фармацевтичних працівників, пацієнтів, що забезпечить глибоке розуміння врегульованих правом процесів здійснення видатків в галузі охорони здоров'я, пов'язаних з цим питань забезпечення прав і законних інтересів вищевказаних суб'єктів, забезпечити ціннісно-орієнтовану правомірну поведінку.

Таким чином, публічними видатками в галузі охорони здоров'я є витрати публічних фондів грошових коштів, які виражають урегульовані правовими нормами соціально-економічні відносини публічного характеру, що складаються при розподілі (перерозподілі) та використанні публічних фондів

коштів (державних, комунальних, інших публічних фондів соціального призначення) та забезпечують задоволення публічного інтересу та потреб громадян в галузі охорони здоров'я, що здійснюються на принципах фінансового захисту, універсальності покриття та справедливості доступу до медичної допомоги, прозорості і підзвітності, ефективності, вільного вибору, конкуренції постачальників, передбачуваності обсягу коштів на медичні послуги у державному бюджеті, субсидіарності, конституційності, соціального захисту медичних та фармацевтичних працівників, використання різноманітних джерел фінансування, широкої правової освіти населення [158, с. 60].

З метою втілення вищевказаних положень та реалізації вищенаведених принципів, необхідно внести зміни до нормативно-правових актів, що регулюють правовідносини щодо здійснення публічних видатків в галузі охорони здоров'я. Такі зміни буде конкретизовано та деталізовано у наступних розділах даної дисертації.

1.2. Методи фінансування та класифікація публічних видатків в галузі охорони здоров'я

Методам фінансування та класифікації публічних видатків, зокрема і в галузі охорони здоров'я, традиційно приділялась значна увага, як вітчизняними, так і зарубіжними вченими. Методи фінансування відображають по суті технологію здійснення публічних видатків, а їх класифікація за різними ознаками характеризує напрями розподілу даних видатків. В суспільстві точаться численні дискусії щодо концепції реформування фінансового забезпечення охорони здоров'я, в контексті якого дуже актуальним постає питання обрання методів фінансування та класифікації публічних видатків, що є дуже важливим та в багатьох аспектах буде визначати пріоритети фінансування даної галузі.

Як зазначає М. Мацелик, бюджетне фінансування — безповоротний та безоплатний відпуск коштів із державного та місцевих бюджетів на виконання

загальнодержавних функцій і функцій муніципальних органів та забезпечення діяльності бюджетних установ і організацій [68].

На думку О. Покатаєвої, в умовах асоціації України з Європейським Союзом, суттєвих трансформацій зазнають певні інститути фінансового права, в тому числі і правові засади публічних видатків і бюджетного фінансування – поширення програмно-цільових підходів у бюджетному процесі й аналізу ефективності та результативності виконання бюджетних програм [89, с. 25].

Відповідно, методом фінансування є способи, механізми та засоби, за допомогою дане фінансування здійснюється.

Детермінація методів бюджетного фінансування базується на таких ключових дефініціях Бюджетного кодексу України, як кошторис, програмно-цільовий метод у бюджетному процесі, паспорт бюджетної програми [12].

На думку З. Лободіної, фінансування закладів охорони здоров'я здійснюється такими методами: кошторисним методом фінансування, програмно-цільовим методом фінансування, методом фінансування за фактично надані послуги [65].

Відповідно до ст. 20 Бюджетного кодексу України, у бюджетному процесі програмно-цільовий метод застосовується на рівні державного бюджету та на рівні місцевих бюджетів. Особливими складовими програмно-цільового методу у бюджетному процесі є бюджетні програми, відповідальні виконавці бюджетних програм, паспорти бюджетних програм, результативні показники бюджетних програм [12].

Таким чином, програмно-цільовий метод фінансування видатків застосовується в процесі фінансування головних розпорядників бюджетних коштів на реалізацію певних бюджетних програм, фінансування видатків розпорядників бюджетних коштів нижчого рівня здійснюється за допомогою бюджетно-кошторисного методу фінансування, тобто фінансування потреб самого закладу. У багатьох зарубіжних державах, в тому числі з розвиненою економікою, вважається більш ефективним фінансування не закладу, а самої конкретної послуги. Як зазначалося вище, такий метод фінансування

називається методом фінансування за фактично надані послуги. Даний метод фінансування застосовується не лише для фінансування охорони здоров'я, але й інших сфер, зокрема освіти.

Метод фінансування за фактично надані послуги має ряд як позитивних, так і негативних сторін. Зокрема, серед мінусів такого методу є проблемні питання застосування даного методу у невеликих за чисельністю жителів населених пунктів через брак пацієнтів, що може спричинити різке скорочення мережі медичних закладів, що прямо заборонено ст. 49 Конституції України. Насамперед в невеликих селах застосування даного методу фінансування може суттєво порушувати права людини в сфері охорони здоров'я.

Більшість закладів охорони здоров'я в Україні на сьогодні мають статус бюджетних установ державної та комунальної форм власності. Тому, вони фінансуються з державного або комунального бюджетів відповідно до затверджених кошторисів [150, с. 123]. Даний процес регламентується постановою КМУ від 28 лютого 2002 р. № 228 «Про затвердження Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ» [118].

У навчальному посібнику В. Д. Базилевича і Л. О. Баластрика кошторисно-бюджетне фінансування розглядається як метод безповоротного, безоплатного надання коштів на утримання установ, що перебувають на повному фінансуванні з бюджету, на основі фінансових планів – кошторисів витрат [7, с. 259].

На думку Л. К. Воронової, кошторисно-бюджетне фінансування — це метод безповоротного, безвідплатного відпуску грошових коштів на утримання установ, що перебувають на повному фінансуванні бюджету (бюджетних установ) на основі фінансових планів – кошторисів витрат [63].

Н. Карпишин виділяє наступні принципи бюджетно-кошторисного методу фінансування: безповоротності, безоплатності, плановості, цільового використання грошових коштів, отримання ефекту від витрачання грошових коштів, поєднання різних джерел покриття витрат, виділення грошових коштів

в міру надходження доходів, постійного контролю за використанням грошових коштів [48]. На думку Н. Хімічевої та О.Покачалової, існують ще й спеціальні принципи, притаманні саме кошторисно-бюджетному фінансуванню: отримання коштів державними і місцевими установами для поточної діяльності та капітальних вкладень з бюджету відповідно до їх підпорядкування; бюджетні кошти є основним джерелом фінансування діяльності таких установ; фінансово-плановим актом, який є підставою для виділення коштів, є кошторис доходів і видатків установи; витрачання коштів здійснюється суворо за цільовим призначенням, визначеним у кошторисі, зміни до якого можуть внести лише органи, яким підпорядкований одержувач бюджетних коштів; планування і фінансування діяльності здійснюється на основі економічних нормативів, затверджених у встановленому порядку [176, с. 371].

На думку Г. Рак, серед переваг кошторисного фінансування бюджетних установ зазначимо забезпечення відповідності доходної та видаткової частини кошторису бюджетних установ, тобто фінансування планових витрат бюджетної установи відбувається в повному обсязі. Окрім того, кошторисне фінансування бюджетних установ передбачає жорсткий та постійний контроль за використанням фінансових ресурсів бюджетних установ. Проте воно не позбавлене недоліків, пов'язаних з відсутністю достатніх стимулів для раціонального і ефективного функціонування та взаємозв'язку між рівнем кошторисного фінансування бюджетної установи та результатами її діяльності. Тобто де-факто здійснюється фінансове забезпечення лише мережі бюджетних установ, а не наданих ними послуг для задоволення суспільних потреб. Окрім того, Бюджетним кодексом України закріплено зв'язок джерел надходження коштів спеціального фонду з напрямками їх використання, тому бюджетна установа не може на власний розсуд розпоряджатися коштами від надання платних (договірних) послуг, тобто де-юре регламентовано обмежену фінансову автономію бюджетних установ [138, с. 164].

Однак, враховуючи ті обставини, що Україна стоїть на порозі

кардинального реформування системи фінансування охорони здоров'я, в суспільстві є запит нових досліджень та глибокого аналізу методів фінансування та класифікації публічних видатків з метою правильного обрання та поєднання даних методів задля успішної трансформації галузі охорони здоров'я в нових соціальних умовах.

Таким чином Україна стоїть перед тяжким вибором правильного методу фінансування охорони здоров'я. Від даного вибору залежить рівень організації медичної допомоги населенню і як наслідок доступність медичних послуг широким верствам населення та реалізація права громадян на охорону здоров'я, що за нинішніх умов знаходиться під великим питанням.

Однозначно, що програмно-цільовий метод, який на даний час функціонує разом з бюджетно-кошторисним методом, має залишитися. Адже за допомогою даного методу відбувається розподіл коштів з бюджету як головного централізованого фонду держави між головними розпорядниками бюджетних коштів. За допомогою даного методу можна визначити результативність фінансування певної сфери, в тому числі і охорони здоров'я, оскільки програмно-цільовий метод передбачає наявність певних кількісних та якісних показників.

Очевидно, що перед державою на цей час стоїть проблеми недофінансування, в тому числі і охорони здоров'я. Якщо на рівні перерозподілу та використання бюджетних коштів бюджетно-кошторисний метод замінити на метод оплати за певні послуги, це не дасть належних позитивних результатів, зокрема через наступні причини.

В основі розрахунку фінансування сфери охорони здоров'я за цього методу є кількісний вираз наданих послуг або кількість пацієнтів, що отримують або можуть отримати потенційно певні послуги. Надані послуги або обслуговані пацієнти оплачуються за певним фіксованим тарифом. Тому нормальне фінансування залежить від кількості наданих послуг або кількості пацієнтів, щодо яких здійснюється медичне обслуговування.

Таким чином, у населених пунктах, де проживає велика кількість

пацієнтів, заклади охорони здоров'я будуть забезпечені фінансуванням на належному рівні. Водночас, у невеликих містечках, а тим більше в селах, де кількість жителів становить до 1000 осіб або трохи більше цієї цифри, заклади охорони здоров'я не зможуть отримати належного фінансування або й взагалі скорочуються. Скорочення ж існуючої мережі закладів охорони здоров'я взагалі не допускається відповідно до ст. 49 Конституції України. Адже здоров'я, з-поміж інших, визнається найвищою соціальною цінністю в Україні. А медичне обслуговування населення не є і не може бути банальною господарською діяльністю з надання послуг, оскільки основна мета даної діяльності є не отримання прибутку, а збереження життя і здоров'я людини. Однак жителі великих міст і малих населених пунктів мають рівні права на охорону здоров'я і головне завдання держави – забезпечити таке право.

А отже основним завданням держави на сучасному етапі розвитку в сфері фінансування охорони здоров'я є, з одного боку, є суттєве підвищення ефективності використання публічних коштів, а з іншого боку збільшення фінансування сфери охорони здоров'я в цілому.

Підвищення ефективності, вважаємо, можна досягти посиленням фінансового контролю за використанням публічних коштів за допомогою сучасних технічних та соціальних методів. З використанням інноваційних інформаційно-комунікаційних технічних засобів є дійсно певні проблеми, адже далеко не всі заклади охорони здоров'я в Україні є комп'ютеризованими та підключеними до інтернет-мережі. Однак, не дивлячись ні на що, потрібно цілеспрямовано та впевнено провадити в життя політику прозорості та відкритості інформації. Адже інформацію про фінансування закладу охорони здоров'я має знати кожний його пацієнт, в тому числі інформацію про найменування та кількість лікарських засобів та виробів медичного призначення, що наявні на актуальну дату звернення кожного пацієнта. Звичайно ж, це мають бути відкриті електронні сервіси, доступні кожному пацієнту. Але в місцевостях, де такої можливості немає, потрібно використовувати звичайні паперові носії для відображення такої інформації до

моменту остаточної комп'ютеризації та інформатизації всіх закладів охорони здоров'я в Україні. На цей час в Україні розроблена певна нормативно-правова база з даних питань, що потребує певного удосконалення, але про це йтиме мова в наступних розділах даної дисертації.

Соціальна активність, вміння захистити свої права є також не останнім фактором запобігання та протидії корупції, що сприяє ефективному використанню публічних коштів. Для цього необхідно проводити активну правову роботу як з пацієнтами, так і з медичними працівниками. В цьому випадку потрібно провести ряд тренінгів з пацієнтами та медичними працівниками на всій території України за ініціативою органів державної влади, в першу чергу Міністерства охорони здоров'я як профільного. Зміст тренінгів має полягати в роз'ясненні прав та обов'язків пацієнтів та медичних працівників в умовах реформування законодавства про фінансування охорони здоров'я. До організації та проведення таких тренінгів мають залучатися науковці, викладачі та практики, які займаються правом охорони здоров'я. Вважаємо, що дані заходи потребують створення спеціальної державної програми та мають фінансуватися за рахунок міжнародних грантів, конкурси на отримання яких на території України активно проводяться структурами ООН, Європейського Союзу, посольствами США, Великобританії та інших розвинених держав.

Для збереження коштів також слід переформатувати процедуру здійснення публічних закупівель з метою мінімізації корупційних ризиків, спрощення процедури закупівель та швидкого забезпечення потреб вітчизняної галузі охорони здоров'я в товарах, роботах та послугах. На нашу думку, слід скасувати процедури публічних закупівель закладами охорони здоров'я, а в кожній області (а можливо на дві-три області) створити закупівельні центри, які проконтролювати буде значно легше, ніж кожен заклад окремо. Заклади охорони здоров'я мають лише вчасно подавати заявки на необхідні їм лоти. Процедуру ж державних закупівель потрібно значно спростити, за головний критерій правильного обрання постачальника необхідно визначити

співвідношення ціна-якість. У зв'язку з цим потребує посилення юридична відповідальність постачальників за надання недостовірної інформації. Звичайно, дані положення мають бути закріплені нормативно, в першу чергу, Законом України «Про публічні закупівлі» та іншими нормативно-правовими актами в сфері здійснення публічних закупівель.

Питання збільшення фінансування охорони здоров'я лежить в площині бюджетних надходжень і залежить від багатьох факторів.

Якщо говорити глобально, потрібно переглядати і змінювати податкову політику держави в цілому та запроваджувати прогресивну шкалу оподаткування, яка буде працювати за принципом: хто більше заробляє, той і більше платить. Зокрема, загальновідомим є факт про високий рівень соціального забезпечення, в тому числі і бюджетну медицину, в скандинавських державах (Норвегія, Швеція, Фінляндія, Данія, Ісландія). В усіх цих державах існує прогресивна шкала оподаткування і найвища ставка податку сягає 75 %.

Адже лише сильний, стабільний та профіцитний бюджет може забезпечити міцну підтримку охорони здоров'я (як і інших галузей соціальної сфери), забезпечивши достатню медичну субвенцію, що передбачена ст. 103 Бюджетного кодексу України, порядок та умови надання якої з державного бюджету місцевим бюджетам затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 23 січня 2015 р. № 11.

Якщо розглядати збільшення фінансування охорони здоров'я за допомогою мобілізації внутрішніх коштів галузі, то слід врахувати наступні аргументи.

Метод оплати за певні послуги, на нашу думку, дійсно може оптимізувати видатки на охорону здоров'я за рахунок адресності застосування та підвищення ефективності цих видатків, однак потрібно розуміти такі обставини. Як ми відзначили вище, застосування методу оплати за певні послуги в невеликих населених пунктах має носити дуже поміркований, обмежений та обережний характер. Це означає, що обрахування навантаження та тарифів на кожного

лікаря первинної ланки у великому і середньому місті та невеликому населеному пункті (20 тисяч і менше жителів) має бути диференційованим. Так само і щодо вторинної медичної допомоги, кількість маніпуляцій і медичних втручань, що будуть оплачені з публічних фондів у малих населених пунктах порівняно з великими і середніми мають відрізнятись в сторону зменшення, а тарифи – у сторону збільшення. Також у невеликих населених пунктах з метою збереження певних структурних підрозділів закладів охорони здоров'я (наприклад, діагностичних лабораторій), слід зберегти обмежене застосування бюджетно-кошторисного методу фінансування видатків. Однак без збільшення обсягів фінансування даний метод неодмінно призведе до скорочення медичного персоналу, а якщо не дослуховуватись до приведених нами вище аргументів може призвести і до скорочення діючої мережі закладів охорони здоров'я.

Збільшення обсягів фінансування може відбуватися, як варіант, за рахунок інтенсифікації процесу надання платних послуг. Для цього необхідно прийняти закон, який би затверджував перелік платних послуг, що мають не основний, а додатковий характер (наприклад, профілактичний масаж, косметологічні процедури, народна медицина, палати з підвищеним рівнем комфорту). Звичайно, що в даному випадку слід орієнтуватися на пацієнтів з рівнем доходів вищим за середній.

Як свідчить практика, значних успіхів у провадженні господарської діяльності можна досягнути в результаті експорту товарів, робіт та послуг. Якщо розумно використати усю потужність вітчизняного науково-практичного потенціалу в сфері охорони здоров'я, можна досягти значних успіхів та широко розвинути так званий «медичний туризм», адже держава має близько трьох десятків потужних наукових медичних та фармацевтичних центрів з власними клініками (медичні та фармацевтичні заклади вищої та післядипломної освіти, науково-дослідні інститути), величезний обсяг рекреаційних ресурсів та санаторно-курортних закладів, просто висококваліфікованих професіоналів, які працюють в закладах охорони здоров'я різних типів. Варто також

використовувати результати вітчизняної фармацевтичної науки, в активі якої є досить багато затребуваних суспільством сучасних препаратів. Якщо задіяти даний потенціал, можна мобілізувати достатньо великий обсяг коштів у галузі охорони здоров'я, але з іншого боку це потребує значних фінансових інвестицій від держави або органів місцевого самоврядування.

Однак, на сьогодні вже окреслився актуальний напрям розвитку медицини через розширення мережі університетських клінік, які вже зараз можуть покласти непоганий початок експорту медичних послуг. Мова йде про медичні університети, які успішно надають освітні послуги іноземцям, мають значні фінансові ресурси та мають спроможність розвиватися далі та утворювати висококласні наукоємні університетські клініки як заклади третинної високоспеціалізованої медичної допомоги, що будуть готові конкурувати на міжнародному рівні та якісно надавати медичні послуги іноземцям. Таким чином, через розвиток мережі університетських клінік по всій території України є можливість також мобілізувати значні фінансові ресурси. Тому, необхідно розробити та прийняти загальнодержавну програму соціально-економічного розвитку «Розвиток університетських клінік».

Дослідники галузі медичного права, наприклад О. Солдатенко, часто називають таке джерело збільшення фінансування охорони здоров'я як кошти загальнообов'язкового соціального медичного страхування. Дійсно, дані кошти по своїй суті будуть новим залученим джерелом фінансування охорони здоров'я, що в кінцевому підсумку збільшить обсяги такого фінансування за умови продовження фінансування охорони здоров'я з державного та місцевих бюджетів. При чому, виконуючи основоположні принципи Конституції України, відповідно до яких Україна є соціальною державою, платниками страхових платежів за умови побудови системи загальнообов'язкового соціального страхування не повинні бути лише наймані працівники, а в більшій мірі повинні бути роботодавці. Пенсіонери мають бути звільнені від даних платежів. Взагалі, розмір даних платежів повинен бути чітко вивіреном і економічно обґрунтованим, а також диференційованим залежно від

конкретного платника. Розмір даних платежів повинен мати помірний характер і ні в якому випадку не має обтяжувати страхувальників.

Також певну увагу потрібно приділяти розвитку спроможності територіальних громад, створення на рівні громад потужних економічних кластерів, і як наслідок, підвищення фінансування охорони здоров'я з місцевих бюджетів.

Аналізуючи ст. 10 Бюджетного кодексу України, констатуємо що законодавством передбачені наступні види класифікації публічних видатків:

програмна класифікація видатків та кредитування бюджету – тобто класифікація за бюджетними програмами;

відомча класифікація видатків – класифікація за ознакою головного розпорядника бюджетних коштів;

функціональна класифікація видатків – класифікація за функціями, з виконанням яких пов'язані видатки;

економічна класифікація видатків – класифікація за економічною характеристикою операцій, що здійснюються при їх проведенні [12].

У складі витрат (видатків) бюджету виділяються витрати (видатки) споживання і витрати (видатки) розвитку відповідно до бюджетної класифікації.

Програмна класифікація відображає наявність певних бюджетних програм, за якими здійснюється фінансування видатків, в основному за сферами суспільного буття. Тому, бюджетні видатки місцевих бюджетів в сфері охорони здоров'я фінансуються за програмою «Охорона здоров'я» та має складові (наприклад, багатoproфільна стаціонарна медична допомога населенню, спеціалізована стаціонарна медична допомога населенню, лікарсько-акушерська допомога вагітним, породіллям та новонародженим тощо) та за бюджетною програмою «Субвенції з місцевого бюджету іншим місцевим бюджетам на здійснення програм та заходів у галузі охорони здоров'я за рахунок субвенцій з державного бюджету». Щодо програмної класифікації державного бюджету, її можна знайти та проаналізувати, наприклад, в Законі

України «Про Державний бюджет України на 2016 рік», а саме в додатку № 3 до даного Закону «Розподіл видатків Державного бюджету України на 2016 рік». З даного документу бачимо, що основні програми, з яких фінансуються видатки Державного бюджету на охорону здоров'я є наступними програмами: «2311300 Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на придбання медикаментів та виробів медичного призначення для забезпечення швидкої медичної допомоги» 137992,3 тис. гривень, «2311410 Медична субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам» 44433709,8 тис. гривень. Однак, є і інші програми з іншими головними розпорядниками бюджетних коштів, що фінансують також певні видатки в галузі охорони здоров'я. До таких програм, до прикладу, можна віднести бюджетну програму «2101080 Медичне лікування, реабілітація та санаторне забезпечення особового складу Збройних Сил України, ветеранів військової служби та членів їх сімей, ветеранів війни». Це також видатки на охорону здоров'я, однак вони є відомчими, спрямованими на певну групу населення – в даному випадку на особовий Збройних Сил України, ветеранів військової служби та членів їх сімей, ветеранів війни [98].

Відповідно до функціональної класифікації видатків та кредитування бюджету, що затверджена наказом Міністерства фінансів України від 14.01.2011 № 11, до видатків 0700 Охорона здоров'я належать наступні видатки: «0710 медична продукція та обладнання», «0720 поліклініки і амбулаторії, швидка та невідкладна допомога», «0721 поліклініки загального профілю та амбулаторії», «0722 спеціалізовані та стоматологічні поліклініки», «0724 центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станції екстреної (швидкої) медичної допомоги», «0725 фельдшерсько-акушерські пункти», «0726 центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги», «0730 лікарні та санаторно-курортні заклади», «0731 лікарні загального профілю», «0732 спеціалізовані лікарні та інші спеціалізовані заклади», «0733 перинатальні центри, пологові будинки», «0734 санаторно-курортні заклади», «0740 санітарно-профілактичні та протиепідемічні заходи і заклади», «0750 фундаментальні та прикладні дослідження і розробки у сфері охорони

здоров'я», «0760 інша діяльність у сфері охорони здоров'я» [92].

За відомчою класифікацією головним розпорядником бюджетних коштів в сфері охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я або відповідний департамент охорони здоров'я.

За економічною класифікацією усі видатки в галузі охорони здоров'я поділяються на поточні та капітальні. До поточних видатків належить оплата праці і нарахування на заробітну плату; використання товарів і послуг (в тому числі медикаменти та перев'язувальні матеріали), інші виплати населенню, інші поточні видатки.

Основними методами фінансування, що застосовуються в галузі охорони здоров'я, є програмно-цільовий метод, бюджетно-кошторисний метод та метод оплати за надані послуги. Програмно-цільовий метод використовується на етапі розподілу бюджетних коштів між головними розпорядниками за певними бюджетними програмами. Бюджетно-кошторисний метод застосовується на етапі перерозподілу бюджетних коштів головним розпорядником між розпорядниками бюджетних коштів нижчого рівня. Метод оплати за надані послуги на даний час застосовується при наданні платних послуг державними чи комунальними закладами охорони здоров'я, тобто на етапі мобілізації бюджетних коштів, а також на етапі використання бюджетних коштів Національною службою здоров'я України відповідно до програми державних медичних гарантій.

Фінансування система охорони здоров'я на даний час не задовольняє потреб держави та суспільства та безумовно потребує кардинального реформування, що тягне за собою зміну методів фінансування. Очевидно, що фінансування охорони здоров'я здійснюється за певними бюджетними програмами, тому програмно-цільовий метод має залишатися. Перспективи повної заміни бюджетно-кошторисного методу як менш ефективного методом оплати за певні послуги як більш ефективним вважаємо не завжди виправданими та несвоєчасними. Адже якщо допустити таку повну заміну, то дана ситуація може спричинити скорочення існуючої мережі закладів охорони

здоров'я, а як наслідок, суттєве зниження доступності певних категорій населення до медичних послуг [148, с. 174].

Відповідно до чинного законодавства існують програмна, відомча, функціональна та економічна класифікація бюджету. Крім того, публічні видатки поділяються на видатки розвитку та видатки споживання. Вважаємо, потрібно затвердити окрему програму «Комп'ютеризація та інформатизація закладів охорони здоров'я». Пріоритетними видатками мають бути капітальні видаки, видатки на оплату праці, видатки на перев'язувальні матеріали та лікарські засоби.

1.3. Функції публічних видатків в галузі охорони здоров'я

Сучасна трансформація охорони здоров'я зумовлює реформу фінансування даної сфери суспільного життя, і, як наслідок, новий підхід до функцій, що мають забезпечувати публічні видатки. Оскільки утвердження й забезпечення прав і свобод людини є головним обов'язком держави, то публічні видатки мають, в першу чергу, забезпечувати потреби людей [147, с. 180].

Забезпечення ефективного функціонування системи охорони здоров'я є однією з головних функцій сучасної соціальної правової держави. Забезпечення функцій держави в сучасних умовах є не можливим без відповідного фінансування видатків.

Публічні видатки в галузі охорони здоров'я як система правовідносин з розподілу, перерозподілу та використання публічних коштів з метою фінансового забезпечення реалізації усього комплексу прав людини в сфері охорони здоров'я, мають виконувати свої функції, тобто позитивно впливати на означені правовідносини.

Ефективність реалізації функцій публічних видатків в галузі охорони здоров'я має виключне значення та безпосередньо впливає на ступінь реалізації одного з основоположних прав людини – права на охорону здоров'я, що набуває особливої актуальності в період сучасної трансформації охорони

здоров'я.

Рядом українських та іноземних дослідників вивчалось питання правового регулювання публічних видатків в сфері охорони здоров'я, однак концептуально не досліджувалися функції даного виду видатків.

В юридичній літературі застосовується більш широке поняття – функції публічних фінансів.

На думку М. Волощука, Т. Карабіна, М. Менджула, фінансам властиві такі функції: розподільча (забезпечує організацію збалансованого і ефективного суспільного відтворення відповідно до потреб суспільства); регулююча (проявляється при формуванні та використанні грошових фондів, кошти яких спрямовуються на фінансування відповідних завдань та функцій держави); стабілізуюча (спрямована на створення державою стабільних умов для економічного та соціального розвитку); контрольна (спрямована на здійснення фінансового контролю за законністю, цільовим та ефективним використанням фінансових ресурсів) [17, с. 5].

Оскільки публічні видатки є частиною публічних фінансів, публічні видатки мають також свої функції, які варто дослідити через надзвичайну значимість інституту публічних видатків для виконання функцій держави.

За визначенням О. Скакун, функції держави — головні напрямки і види діяльності держави, обумовлені її завданнями і цілями і такі, що характеризують її сутність. Функції держави не можна ототожнювати з функціями її окремих органів, які є частиною апарату держави і відбиваються у компетенції, у предметі ведення, у правах і обов'язках (повноваженнях), закріплених за ними [146].

Так само, функції держави не можна ототожнювати з функціями публічних видатків в будь-якій сфері соціального буття. Адже функції держави є набагато ширшим поняттям, охоплюють усю повноту діяльності держави.

На думку О. Гетманець, публічні видатки – це регламентовані нормами фінансового права суспільні відносини з розподілу та використання коштів бюджетних та позабюджетних публічних фондів з метою забезпечення

реалізації завдань і функцій держави та місцевого самоврядування [178, с. 241].

За своєю сутністю функції публічних видатків відображають досягнення мети певного виду видатків, що виражається в конкретній реалізації завдань та функцій держави. Якщо говорити про видатки в сфері охорони здоров'я, то сутність функцій даного виду видатків полягає у забезпеченні грошовими коштами прав людини у сфері охорони здоров'я.

Адже відповідно до ст. 3 Конституції України, утвердження і забезпечення прав і свобод людини є головним обов'язком держави [56].

Також потрібно зауважити, що згідно української конституційної доктрини, чітко відображеної в діючій Конституції України, Україна є соціальною та правовою державою. А тому, саме в Україні метою видатків є реалізація завдань та функцій не просто будь-якої держави, а саме соціальної та правової держави, в якій величезне значення має забезпечення прав людини саме на охорону здоров'я, яке, на нашу думку, за своїм значенням для кожного індивідууму, є найважливішим із соціальних прав людини. За відомим висловом, здоров'я в нашому житті ще не все, але якщо його немає, усе інше – ніщо.

Функціями публічних видатків в сфері охорони здоров'я є основними напрямками впливу на ті правовідносини, в рамках яких дані видатки здійснюються. Так, якщо ми говоримо про видатки в галузі охорони здоров'я, то дані видатки впливають саме на правовідносини в сфері охорони здоров'я.

Для того, щоб якісно дослідити вплив видатків на певні правовідносини, потрібно проаналізувати склад правовідносин в сфері охорони здоров'я, і в першу чергу суб'єктний. Адже видатки є публічними витратами, що мають задовольняти потреби суб'єктів певних правовідносин, а в нашому випадку суб'єктів правовідносин в сфері охорони здоров'я.

До суб'єктів правовідносин в сфері охорони здоров'я належать: суб'єкти, що надають послуги в сфері охорони здоров'я (або безпосередньо здійснюють охороноздоровчі заходи); суб'єкти, що є отримувачами, споживачами послуг в сфері охорони здоров'я (або приймають участь в охороноздоровчих заходах);

суб'єкти, що забезпечують, здійснюють управління в сфері охорони здоров'я.

До суб'єктів, що надають послуги в сфері охорони є заклади охорони здоров'я (в тому числі і аптечні заклади) всіх форм власності, медичні та фармацевтичні працівники, фізичні особи-підприємці, які мають ліцензію на медичну практику (або торгівлю лікарськими засобами) та надають медичні (фармацевтичні) послуги населенню.

До суб'єктів, що отримують послуги в сфері охорони здоров'я, належать звичайно ж, пацієнти, споживачі лікарських засобів.

До суб'єктів, що здійснюють управління в сфері охорони здоров'я, належать органи державної виконавчої влади та місцевого самоврядування, які мають управлінські функції в галузі охорони здоров'я.

Таким чином, публічні видатки в сфері охорони здоров'я покликані забезпечити потреби суб'єктів даних правовідносин: пацієнтів, закладів охорони здоров'я, фізичних осіб-підприємців, які здійснюють господарську діяльність в сфері охорони здоров'я, працівників закладів охорони здоров'я, суб'єктів, що здійснюють управління в сфері охорони здоров'я.

Функції видатків, спрямовані на забезпечення потреб суб'єктів правовідносин в сфері охорони здоров'я, є взаємозалежними. Наприклад, фінансування видатків Міністерства охорони здоров'я як головного розпорядника бюджетних коштів визначає повноту фінансування видатків розпорядників бюджетних коштів нижчого рівня – закладів охорони здоров'я, органом управління яких є дане Міністерство. В свою чергу, від рівня фінансування видатків закладів охорони здоров'я залежить забезпечення потреб працівників закладів охорони здоров'я, а також пацієнтів. Ця залежність полягає в тому, що саме в кошторисі закладу охорони здоров'я визначаються видатки, наприклад, на оплату праці працівників, медикаменти та перев'язувальні матеріали, оплату комунальних послуг і т. д..

Якщо ж органи управління охороною здоров'я профінансовані достатньо, а підпорядковані ним заклади не мають належного фінансування своїх видатків, а також у випадку достатнього фінансування закладів охорони здоров'я маємо

ситуацією з неналежним фінансуванням потреб пацієнтів та працівників закладів охорони здоров'я, вважаємо, що вищеописані факти є дисфункціями видатків на охорону здоров'я. Дані дисфункції можуть бути пов'язаними з дефіцитом публічних коштів, або проблемами неефективного перерозподілу або проблемами неефективного нецільового використання даних коштів (корупційні проблеми).

Проблеми, пов'язані з дефіцитом державного бюджету, звичайно ж, лежать в економічній площині, однак нерозривно пов'язані із законодавством, правовою політикою держави, ефективністю державного управління. Для вирішення даних проблем необхідно обрати найбільш оптимальну для певної держави модель соціально-економічного розвитку, що включає роль і місце держави в економічній системі, співвідношення державної та приватної власності, податкову систему, ефективну антикорупційну діяльність держави. Якщо в економічній сфері держава має високі показники, сформовано ефективну фінансову систему, як результат, державний бюджет отримує достатню кількість коштів для належного фінансування такої важливої сфери соціального буття як охорона здоров'я.

Проблеми, пов'язані з неефективним перерозподілом коштів мають бути розв'язані ефективною системою державного аудиту. В Україні дані функції виконує Державна аудиторська служба та Рахункова палата.

Дисфункції, що пов'язані з нецільовим використанням публічних коштів, в більшості випадків є корупційними проблемами і по своїй суті є обмеженням або закриттям доступу людини до медичної допомоги, що є великим суспільним злом і надзвичайно суспільно небезпечним явищем. З метою усунення або мінімізації даної дисфункції необхідне чітке дотримання належним чином розроблених антикорупційних програм та планів комплексних антикорупційних заходів розпорядниками бюджетних коштів усіх рівнів, а також отримувачами бюджетних коштів. До таких заходів в обов'язковому порядку мають належати заняття з антикорупційної освіти, відкритості та прозорості інформації, проведення внутрішнього контролю та аудиту

діяльності вищевказаних суб'єктів. Одним з найважливіших антикорупційних заходів в сфері охорони здоров'я вважаємо підвищення рівня доходів та соціального забезпечення медичних і фармацевтичних працівників, що на жаль, залишаються на дуже низькому рівні.

Визначальним є саме той факт, що від повноти та ефективності здійснення видатків закладами охорони здоров'я на пряму залежить реалізація права людини на охорону здоров'я. В цьому саме і полягає виключно важливе значення функцій видатків на охорону здоров'я, оскільки вони полягають у забезпеченні права на охорону здоров'я людини – одного з найважливіших прав, що забезпечує гідне життя людини, яке є найвищою соціальною цінністю не лише в Україні, але і в усьому світі.

За об'єктами правовідносин в сфері охорони здоров'я функції публічних видатків можна класифікувати на наступні види, спрямовані на забезпечення: медичних послуг для населення; фармацевтичних послуг для населення; домедичної допомоги та іншої діяльності в сфері охорони здоров'я.

За змістом правовідносин в сфері охорони здоров'я функції публічних видатків поділяються на видатки, спрямовані на виконання обов'язків держави щодо забезпечення функціонування системи охорони здоров'я населення та на видатки, спрямовані на реалізацію прав громадян певної держави на охорону здоров'я. Особливостями даних функцій є те що, в даному аспекті два вищевказані види функцій в сфері охорони здоров'я збігаються. Тобто, наприклад, забезпечення медикаментами заклади охорони здоров'я (виконання обов'язків держави щодо забезпечення функціонування системи охорони здоров'я населення) означає також і забезпечення належним лікуванням пацієнтів цих закладів охорони здоров'я (реалізація прав громадян держави на охорону здоров'я).

За соціально-економічним значенням функції видатків в сфері охорони здоров'я можна класифікувати на функції, що забезпечують: лікувальні засоби та перев'язувальні матеріали, оплату праці медичних та фармацевтичних працівників, інших працівників в сфері охорони здоров'я, надання різного роду

медичних послуг, комунальні послуги, що надаються закладам охорони здоров'я, придбання медичного обладнання та нерухомості тощо.

За джерелами фінансування можна виділити функції публічних видатків в сфері охорони здоров'я державного бюджету України, функції видатків в сфері охорони здоров'я місцевих бюджетів, функції видатків в сфері охорони здоров'я публічних фондів соціального страхування.

Самі функції публічних видатків в сфері охорони здоров'я реалізуються в процесі здійснення зазначених публічних видатків і по своїй суті є їх позитивними результатами. Якщо позитивного результату в разі здійснення публічних видатків досягти не вдалося, пропонуємо такі випадки називати дисфункціями публічних видатків в сфері охорони здоров'я. Наприклад, державним закладом охорони здоров'я закуплено певну кількість ліків для забезпечення потреб пацієнтів з гепатитом С. Однак, через корупційні дії керівництва вищевказаного закладу охорони здоров'я, дані ліки так і не надійшли до пацієнтів. Даний випадок можна визначити як дисфункцію публічних видатків в сфері охорони здоров'я щодо забезпечення законних потреб пацієнтів.

Можемо навести ще один приклад корупційної дисфункції публічних видатків в сфері охорони здоров'я, на цей раз щодо забезпечення законних потреб медичних працівників на оплату праці. Так, завідувач відділенням однієї з комунальних лікарень незаконно приписував своєму сину, який працював у цьому ж відділенні за сумісництвом, години роботи з пацієнтами, яку він реально не проводив. Хоча, сама по собі робота родичів у прямому підпорядкуванні є конфліктом інтересів, який має бути врегульовано відповідно до Закону України «Про запобігання корупції», що передбачає звільнення посадової особи [104].

Взагалі, дисфункції публічних видатків в сфері охорони здоров'я можна класифікувати за тими самими критеріями, що і функції. Особливістю дисфункцій публічних видатків в сфері охорони здоров'я є те, що вони поділяються на дві великі групи за належністю до корупційних правопорушень:

дисфункції, що пов'язані з корупційними правопорушеннями та дисфункції, що пов'язані з іншими проблемами управління публічними видатками.

Вважаємо, що протидія дисфункціям публічних видатків, в тому числі і в сфері охорони здоров'я як однієї з найголовніших сфер соціального буття, заслуговує на окремий напрям державної політики та може стати важливим об'єктом як наукових досліджень, так і практичної діяльності.

Ефективна реалізація функцій публічних видатків в сфері охорони здоров'я залежить від певних чинників, а саме від діяльності розпорядника бюджетних коштів, банку, що обслуговує рахунки розпорядника бюджетних коштів (найчастіше це органи Державної казначейської служби України), механізм здійснення певного виду видатків – пряме фінансування або здійснення публічних закупівель. Через невірні дії розпорядника бюджетних коштів, банку, запутане та неякісне правове регулювання здійснення публічних видатків може призвести до неефективної реалізації їх функцій, що вірогідно негативно впливатиме на дотримання прав людини в сфері охорони здоров'я. Тому законодавство має сприяти реалізації функцій публічних видатків в сфері охорони здоров'я шляхом створення ефективних юридичних механізмів захисту публічних інтересів.

Особливо важливо зазначити про таку деталь, що функції публічних видатків не завжди є похідними від їх фактичного здійснення. Дану обставину проілюструємо на конкретному прикладі. Так, державному закладу охорони здоров'я було виділено головним розпорядником бюджетних коштів певну суму цих коштів для закупівлі ліків для певної групи пацієнтів. Ліки закладом охорони здоров'я було закуплено у точній відповідності до вимог чинного законодавства про публічні закупівлі, вони у повному обсязі були використані для лікування пацієнтів, однак кількість цих ліків задовольняла лише потреби 50 % пацієнтів. Таким чином, в даному випадку, публічні видатки в сфері охорони здоров'я, що спрямовані на забезпечення потреб пацієнтів було здійснено ефективно, раціонально, у точній відповідності до вимог чинного законодавства, без будь-яких зловживань та корупційних правопорушень, але

обсяги даних видатків не відповідають тим потребам, на забезпечення яких дані видатки передбачені. Тобто в даній ситуації спостерігається ефективно здійснення видатків, що передбачено кошторисом відповідно до чинного законодавства, однак дані видатки не виконали у даному разі своєї функції – не забезпечили потреби пацієнтів у ліках. Вважаємо, що для позначення даної ситуації слід застосовувати термін «дисфункція обсягу видатків».

Важливим аспектом ідентифікації виконання функцій публічних видатків в сфері охорони здоров'я є саме обсяг її виконання. Наприклад, чи виконано є функція публічних видатків в сфері охорони здоров'я, якщо дані видатки задовольнили на 30, 40 чи 50 відсотків від обсягу потреб охорони здоров'я? Звичайно ж, будь-яка функція вважається виконаною, якщо вона виконана на усі 100 відсотків. Якщо ж будь-яка функція видатків в сфері охорони здоров'я виконана не повністю, це означає, що в даному випадку присутня дисфункція, тобто недовиконання певної кількості відсотків.

Важливим питанням виконання функцій публічних видатків є правильне визначення обсягу потреб учасників правовідносин в сфері охорони здоров'я. Обсяги вищезазначених потреб прораховуються під час формування бюджетів та кошторисів уповноваженими суб'єктами (наприклад. Міністерством фінансів України, планово-фінансовими підрозділами відповідних органів державної виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, державних та комунальних закладів охорони здоров'я) з урахуванням кількісних значень певних розрахункових одиниць (наприклад, вартість необхідних пацієнтам ліків, ставки посадових окладів медичних працівників тощо). Виходячи з євроінтеграційних устремлінь сучасної України, при визначенні видаткових потреб в сфері охорони здоров'я, на нашу думку, слід враховувати стандарти Європейського Союзу. Виходячи зі змісту ст. 17 Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони від 27.06. 2014 року, умови праці та винагорода за неї для працівників в Україні та державах Європейського Союзу мають бути рівними [174].

За даними Міністерства охорони здоров'я України, у 2016 році середня зарплата медиків становила 3 368 грн. Водночас у промисловості цей показник на 75% вищий – 5 910 грн, в освіті – 3 787 грн (+12%), у сфері культури – 3 732 грн (+11 %) [75].

Для порівняння, в 2016 році у ФРН лікар без спеціалізації на 2 році своєї практики отримував зарплату в розмірі 4251.13 €, чистий дохід 2458.33 €. Як зазначає Р. Грицун, «зарплатня полтавських медиків приблизно у 40 разів нижча, ніж середній заробіток німецького лікаря. «Чиста» зарплата англійського хірурга за місяць – 20 000 фунтів стерлінгів, полтавського – 75. При цьому всьому, англійський лікар платитиме комунальні платежі, розмір яких складе 7 % від його прибутку. Чи вкладеться полтавський лікар у суму 200-300 гривень, аби покрити видатки на постачання газу, води, електроенергії Інтернет і т. д. Звісно, що ні. Як жити полтавському фахівцю? Питання риторичне» [24].

Виходячи з даного прикладу можемо стверджувати, що на сьогоднішній час в Україні видатки на оплату праці медичним працівникам, навіть за умов їх повного виконання, мають суттєву дисфункцію обсягу.

Належне виконання функцій публічних видатків в галузі охорони здоров'я чітко встановлюється чинним законодавством. В першу чергу, ст. 49 Конституції України, де вказано, що у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно, а також існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена [56]. В свою чергу, згідно ст. 4 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», у межах програми медичних гарантій держава гарантує громадянам, іноземцям, особам без громадянства, які постійно проживають на території України, та особам, яких визнано біженцями або особами, які потребують додаткового захисту, повну оплату за рахунок коштів Державного бюджету України необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних з наданням: екстреної медичної допомоги; первинної медичної допомоги; вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги; третинної

(високоспеціалізованої) медичної допомоги; паліативної медичної допомоги; медичної реабілітації; медичної допомоги дітям до 16 років; медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами [99]. А це означає, що основною функцією публічних видатків в галузі охорони здоров'я є забезпечення прав людини на високоякісну медичну допомогу за рахунок публічних коштів.

Виходячи з викладеного, функціями публічних видатків в галузі охорони здоров'я є основні напрями впливу даних видатків на правовідносини в сфері охорони здоров'я, що є позитивними соціально значущими результатами здійснення публічних видатків в галузі охорони здоров'я та спрямовані на забезпечення передбачених міжнародними соціальними стандартами потреб пацієнтів, медичних працівників, закладів охорони здоров'я з метою повної реалізації прав та законних інтересів людини у сфері охорони здоров'я.

За своєю сутністю функції публічних видатків в галузі охорони здоров'я відображають досягнення мети певного виду видатків, що виражається в конкретній реалізації завдань та функцій держави, а саме у забезпеченні публічними грошовими коштами здійснення прав людини у сфері охорони здоров'я.

До основних ознак функцій публічних видатків в галузі охорони здоров'я належать:

а) визначення ефективності здійснення публічних видатків в сфері охорони здоров'я;

б) досягнення значного суспільного результату – забезпечення прав людини в сфері охорони здоров'я, що передбачені Законами та Конституцією України;

в) залежність від ефективності виконання функцій апаратом та механізмом держави, що у підсумку визначає фінансове забезпечення виконання функцій держави в сфері охорони здоров'я;

г) фінансове забезпечення потреб усіх учасників правовідносин в сфері охорони здоров'я, що визначаються відповідно до міжнародних соціальних стандартів;

д) позитивний результат здійснення публічних видатків в галузі охорони здоров'я [157, с. 67].

Таким чином, особливістю функцій публічних видатків в галузі охорони є те, що вони відображають не тільки і не стільки факт здійснення даного виду видатків, а в першу чергу соціально значущий результат, досягнення мети їх здійснення.

Висновки до розділу 1

1. Публічними видатками в галузі охорони здоров'я є витрати публічних фондів грошових коштів, які виражають урегульовані правовими нормами соціально-економічні відносини публічного характеру, що складаються при розподілі (перерозподілі) та використанні публічних фондів коштів (державних, комунальних, інших публічних фондів соціального призначення) та забезпечують задоволення публічного інтересу та потреб громадян в галузі охорони здоров'я, що здійснюються на принципах фінансового захисту, універсальності покриття та справедливості доступу до медичної допомоги, прозорості і підзвітності, ефективності, вільного вибору, конкуренції постачальників, передбачуваності обсягу коштів на медичні послуги у державному бюджеті, субсидіарності, конституційності, соціального захисту медичних та фармацевтичних працівників, використання різноманітних джерел фінансування, широкої правової освіти населення.

2. Основними методами фінансування, що застосовуються в галузі охорони здоров'я, є програмно-цільовий метод, бюджетно-кошторисний метод та метод оплати за надані послуги. Програмно-цільовий метод використовується на етапі розподілу бюджетних коштів між головними розпорядниками за певними бюджетними програмами. Бюджетно-кошторисний метод застосовується на етапі перерозподілу бюджетних коштів головним розпорядником між розпорядниками бюджетних коштів нижчого рівня. Метод оплати за надані послуги на даний час застосовується при наданні платних

послуг державними чи комунальними закладами охорони здоров'я, тобто на етапі мобілізації бюджетних коштів. Також даний метод застосовується в процесі фінансування закладів охорони здоров'я, що надають первинну допомогу населення за програмою державних медичних гарантій.

3. Відповідно до чинного законодавства існують програмна, відомча, функціональна та економічна класифікація бюджету. Крім того, публічні видатки поділяються на видатки розвитку та видатки споживання. Вважаємо, потрібно затвердити окрему програму «Комп'ютеризація та інформатизація закладів охорони здоров'я». Пріоритетними видатками мають бути капітальні видатки, видатки на оплату праці, видатки на перев'язувальні матеріали та лікарські засоби.

4. Функціями публічних видатків в галузі охорони здоров'я є основні напрями впливу даних видатків на правовідносини в сфері охорони здоров'я, що є позитивними соціально значущими результатами здійснення публічних видатків в галузі охорони здоров'я та спрямовані на забезпечення передбачених міжнародними соціальними стандартами потреб пацієнтів, медичних працівників, закладів охорони здоров'я з метою повної реалізації прав та законних інтересів людини у сфері охорони здоров'я

5. За своєю сутністю функції публічних видатків в галузі охорони здоров'я відображають досягнення мети певного виду видатків, що виражається в конкретній реалізації завдань та функцій держави, а саме у забезпеченні грошовими коштами прав людини у сфері охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 2

СУЧАСНИЙ СТАН ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПУБЛІЧНИХ ВИДАТКІВ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

2.1. Законодавче забезпечення здійснення публічних видатків в галузі охорони здоров'я в Україні

За своєю суттю публічні видатки в галузі охорони здоров'я є правовідносинами з розподілу, перерозподілу та використання публічних коштів з метою виконання функцій держави в цій сфері, а також контролю за їх належним використанням. Правовідносини є врегульовані правом суспільні відносини, учасники яких мають встановлені правом права та обов'язки, за порушення яких передбачено юридичну відповідальність.

Нагадаємо, що оскільки в Україні функціонує романо-германська правова система, то основним джерелом права є нормативно-правовий акт.

Питання законодавчого забезпечення здійснення публічних видатків в галузі охорони здоров'я в Україні є надзвичайно важливим, оскільки весь процес здійснення видатків регламентується нормативно-правовими актами. Від якості правового регулювання видатків в галузі охорони здоров'я залежить, в кінцевому підсумку, реалізація прав людини в сфері охорони здоров'я.

Так, аналізуючи сучасне законодавство, що регулює фінансові відносини в галузі охорони здоров'я, В. Пашков звертає увагу на наступні проблемні аспекти: невідповідність сучасного законодавства Конституції України, зважаючи на її тлумачення Конституційним Судом України; законодавче затвердження Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, схваленої КМУ від 30.11.2016 р. № 1013-р [133], що передбачає бюджетну форму фінансування на кшталт Великобританії, а фактично запроваджується змішана модель за зразком США; необхідність запровадити положення проекту ЄС «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні», який був підготовлений з урахуванням законодавства України та інфраструктури

охорони здоров'я; при обранні моделей фінансування необхідно передбачити соціальні програми доступності медичної допомоги для соціально незахищених верств населення, в тому числі пацієнтів, хворих на онкологічні хвороби, туберкульоз, СНІД, у тому числі орфанні (рідкісні) захворювання тощо [83].

На думку О. Солдатенко, проблеми браку коштів у галузі охорони здоров'я нещодавно прийнятий Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» не вирішить. Без відродження знищених вітчизняних виробничих підприємств та забезпечення високих темпів розвитку української економіки на інноваційній основі будь-які спроби реформувати сферу охорони здоров'я будуть марними [163, с. 146].

Як вважають автори колективної монографії за редакцією М. Білинської та Я. Радиша «Державна політика у сфері охорони здоров'я», перспективними напрямками формування нормативно-правової бази охорони здоров'я, зокрема, мають бути:

- впровадження сучасних механізмів ефективного та раціонального використання кадрових, фінансових і матеріально-технічних ресурсів галузі;
- забезпечення участі представників медичної громадськості та пацієнтів у реалізації заходів з реформування галузі;
- упровадження постійного моніторингу громадської думки стосовно процесів і результатів реформування галузі, відстеження негативних наслідків перетворень та оперативне реагування на них;
- врегулювання на законодавчому рівні умов і порядку надання платних медичних послуг у державних та комунальних закладах охорони здоров'я [28, с. 55].

В. Руденко вважає, що велика кількість проблем приводить до необхідності реформування фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні, що передбачає формування та імплементацію нової моделі фінансування, яка містить очевидні та доступні гарантії держави щодо розміру безкоштовної медичної допомоги, посилене фінансове забезпечення громадян у разі непрацездатності, ефективний та неупереджений розподіл бюджетних

коштів і зниження неформальних платежів, заохочення до покращення якості надання медичної допомоги громадянам державними і комунальними медичними закладами [141, с. 1137].

На думку О. Левицької, удосконалення законодавчого забезпечення видатків галузі охорони здоров'я має здійснюватись в наступних напрямках:

- створення умов для розвитку підприємництва і справедливої конкуренції серед закладів охорони здоров'я різних форм власності та розвиток соціального партнерства між державою та представниками приватної медицини шляхом залучення їх до соціальних програм;

- запровадження прозорості багатоканальної (за рахунок страхових та благодійних внесків, зростання ролі місцевих бюджетів і т.д.) моделі фінансування галузі;

- раціоналізація використання ресурсів, що передбачає не встановлення нормативів витрат на утримання тих чи інших служб у розрахунку на певну чисельність населення, а визначення нормативів витрат на лікування певних видів захворювань;

- забезпечення якості та підвищення доступності медичної допомоги населенню, запровадження системи оцінки якості надання медичних послуг кінцевому споживачу;

- оптимізація мережі державних, комунальних і відомчих закладів охорони здоров'я з оновленням їхньої матеріально-технічної бази;

- підвищення рівня підготовки медичних працівників, оплати їх праці на диференційованих засадах та посилення соціальної захищеності (забезпечення житлом, надання пільгових кредитів тощо) в контексті розробки нової кадрової політики у галузі охорони здоров'я та стратегічної програми її реалізації;

- визначення на законодавчому рівні базового пакету надання безоплатних медичних послуг населенню, гарантованих державою, як основи для введення медичного страхування [62].

Найважливішим нормативно-правовим актом, що в тому числі регулює питання здійснення публічних видатків в галузі охорони здоров'я є, звичайно ж, Основний Закон – Конституція України.

Відповідно до ст. 49 Конституції України, охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності [56].

З означеної статті випливає, що саме держава забезпечує левову частку публічних видатків на охорону здоров'я. Зокрема, держава забезпечує надання безоплатної медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, бере на себе обов'язок фінансування функціонування державних і комунальних закладів охорони здоров'я, що своєю діяльністю мають забезпечувати доступне для всіх громадян медичне обслуговування.

Серед Законів, що мають безпосереднє відношення до правового регулювання видатків в галузі охорони здоров'я чільне місце посідає Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ. У зазначеному Законі, зокрема, визначено основні терміни, що застосовуються в галузі охорони здоров'я та тісно пов'язані з питаннями здійснення видатків, до прикладу, такі, як: «медична допомога», «медична субсидія», «медичне обслуговування», «заклад охорони здоров'я», «охорона здоров'я» тощо, перелічено права людини в сфері охорони здоров'я та визначено їх зміст. Крім того, низка статей вищезазначеного Закону (далі – Основи) безпосередньо присвячено питанням фінансування.

Так, ст. 5 Основ, зокрема, передбачено наступні принципи:

– визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку

народу України;

– дотримання прав і свобод людини і громадянина в сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;

– багатокладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції [81].

Окрім того, ст. 7 Основ визначено гарантії права на охорону здоров'я, зокрема фінансування надання всім громадянам та іншим визначеним законом особам гарантованого обсягу медичних послуг та лікарських засобів у порядку, встановленому законом, а ст. 8 Основ регламентовано захист права на охорону здоров'я, в тому числі право на безоплатне отримання у державних та комунальних закладах охорони здоров'я визначених Основами видів медичної допомоги.

Також, у ст. 12 Основ зазначено, що державна політика охорони здоров'я забезпечується бюджетними асигнуваннями в розмірі, що відповідає її науково обґрунтованим потребам, але не менше десяти відсотків національного доходу.

Статтею 18 Основ, визначено основні засади фінансування охорони здоров'я. Зокрема, в означеній статті вказано, що 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. Кошти Державного бюджету України та місцевих бюджетів, призначені на охорону здоров'я, використовуються, зокрема, для забезпечення медичної допомоги населенню, фінансування державних цільових і місцевих програм охорони здоров'я та фундаментальних наукових досліджень у цій сфері [81].

Навіть не враховуючи зазначеного, ще досить багато норм Основ так чи інакше пов'язані з публічними видатками, оскільки охорона здоров'я як галузь соціального буття не може функціонувати без фінансування публічних фондів коштів, нерозривно пов'язана з публічними видатками. Зокрема, розділом VI визначено основні засади здійснення публічних видатків на забезпечення

лікарськими і протезними засобами, розділом VII – на охорону здоров'я матері та дитини, ст. 77 – на забезпечення професійних прав та пільг медичних і фармацевтичних працівників тощо [81].

Бюджетний кодекс України є фундаментальним нормативно-правовим актом фінансового права, який регулює в тому числі видатки в галузі охорони здоров'я. Окрім того, що Бюджетний кодекс дає визначення поняттю «бюджетні видатки», закріплює класифікацію видатків, визначає засади бюджетного-кошторисного процесу, даний кодекс регламентує медичну субвенцію як вид міжбюджетних трансфертів.

Відповідно до ст. 103⁴ Бюджетного кодексу України, медична субвенція має ряд ознак:

- є видом міжбюджетних трансфертів;
- спрямовується на видатки місцевих бюджетів для оплати поточних видатків, крім видатків на оплату комунальних послуг та енергоносіїв;
- розраховується за формулою, що включає кількість населення відповідної адміністративно-територіальної одиниці, враховує коригуючі коефіцієнти різниці вартості медичних послуг та особливості надання медичної допомоги в гірських населених пунктах;
- у складі зазначеної субвенції передбачається резерв коштів, обсяг якого не може перевищувати 1 відсотка загального обсягу субвенції;
- залишки коштів за медичною субвенцією на кінець бюджетного періоду зберігаються на рахунках відповідних місцевих бюджетів і можуть використовуватися у наступному бюджетному періоді з урахуванням цільового призначення субвенції та на оновлення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я [12].

На виконання бюджетного кодексу було прийнято ряд підзаконних нормативно-правових актів, що регулюють кошторисно-бюджетний процес в тому числі в галузі охорони здоров'я. Серед вищевказаних актів не останню роль відіграє постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження

Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ» від 28.02.2002 р. № 228, яка є актуальною для закладів охорони здоров'я, що мають статус бюджетних установ. Означеною постановою визначено, що кошторис бюджетної установи складається із загального та спеціального фондів. Передбачено види планово-фінансової документації, яку мають складати бюджетні установи, зокрема і заклади охорони здоров'я [118].

Досить важливою для розвитку закладів охорони здоров'я та клінічних баз закладів вищої медичної освіти є постанова Кабінету Міністрів України від 11.09.2013 р. № 679 «Про здійснення протягом бюджетного періоду видатків на утримання деяких бюджетних установ одночасно з різних бюджетів», що прийнята на виконання частини другої ст. 85 Бюджетного кодексу України [125].

При здійсненні публічних видатків важливим є питання ефективного використання публічних коштів, і саме вказані правовідносини регулює постанова Кабінету Міністрів України від 11.10.2016 р. № 710 «Про ефективне використання державних коштів». Вищенаведеною постановою якраз і затверджено Заходи щодо ефективного та раціонального використання державних коштів, передбачених для утримання органів державної влади та інших державних органів, утворених органами державної влади підприємств, установ та організацій, які використовують кошти державного бюджету, в тому числі і заклади охорони здоров'я [101].

Досить серйозними повноваженнями, в тому числі з питань здійснення видатків в галузі охорони здоров'я, наділене профільне міністерство – Міністерство охорони здоров'я України (далі – МОЗ України). Вищезазначене Міністерство здійснює свої повноваження на підставі Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 25.03.2015 р. № 267. Зокрема, вищезазначеним Положенням визначено наступні функції з питань видатків в галузі охорони здоров'я:

– забезпечує в межах повноважень, передбачених законом, організацію внутрішнього контролю і внутрішнього аудиту та їх здійснення на підприємствах, в установах та організаціях, що належать до сфери управління МОЗ України;

– організовує планово-фінансову роботу в апараті МОЗ України, на підприємствах, в установах та організаціях, що належать до сфери його управління, здійснює контроль за використанням фінансових і матеріальних ресурсів, забезпечує організацію та вдосконалення порядку ведення бухгалтерського обліку;

– забезпечує ефективне і цільове використання бюджетних коштів.

Крім того, цим же положенням до повноважень МОЗ України віднесено вирішення питання щодо розподілу бюджетних коштів, головним розпорядником яких воно є [112].

Серйозні корективи в процес здійснення видатків в галузі охорони здоров'я було внесено сучасним реформуванням фінансування сфери охорони здоров'я, основним нормативно-правовим актом якого є Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Вказаний закон встановлює новий порядок фінансування видатків в галузі охорони здоров'я, за яким замість утримання закладів охорони здоров'я, фінансуватимуться потреби населення у медичних послугах. Законом, по суті започатковано нову бюджетну програму – програму державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій), яка визначає перелік та обсяг медичних послуг (включаючи медичні вироби) та лікарських засобів, повну оплату надання яких пацієнтам держава гарантує за рахунок коштів Державного бюджету України згідно з тарифом, для профілактики, діагностики, лікування та реабілітації у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами.

Законом також введено механізм реімбурсації - механізм повного або часткового відшкодування суб'єктам господарювання, які здійснюють

діяльність з роздрібною торгівлю лікарськими засобами, вартості лікарських засобів, що були відпущені пацієнту на підставі рецепта, за рахунок коштів Державного бюджету України [99].

Нововведеннями досить серйозно змінено зміст видаткових правовідносин в галузі охорони здоров'я. Так, на забезпечення власних потреб публічними видатками тепер можуть претендувати не лише державні і комунальні заклади охорони здоров'я, а й суб'єкти господарювання приватної форми власності, що мають відповідну ліцензію на медичну практику та здійснюють свою діяльність у формі фізичної особи-підприємця чи юридичної особи. До усіх закладів, аби претендувати на публічні видатки, ставиться вимога укладення договору з НСЗУ та укладення декларацій з пацієнтами. До пацієнтів, в свою чергу, ставиться вимога укласти декларацію з лікарем первинної допомоги (на стадії надання первинної допомоги) або звернутися до лікаря вторинної допомоги за направленням лікаря первинної допомоги (на стадії надання вторинної допомоги). Так, розширився склад суб'єктів, потреби яких ці видатки забезпечують (фізичні особи-підприємці, приватні заклади охорони здоров'я), змінилися вимоги до самих закладів, а також і до пацієнтів. Зросли потреби суб'єктів у використанні сучасних інформаційно-комунікаційних технологій (оскільки означеним Законом передбачено електронну систему охорони здоров'я), забезпеченні сучасними медикаментами та обладнанням, тощо. Натомість нормативно обмежено потреби пацієнтів до 80 % медичних послуг, що надаються державними та комунальними закладами охорони здоров'я [147, с. 180].

На виконання вищевказаного реформаторського Закону було прийнято низку нормативно-правових актів, які розвивають та деталізують окремі його положення.

Базовим нормативно-правовим актом реформи фінансування охорони здоров'я, що регулює бюджетні видатки за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік, є постанова Кабінету Міністрів України від 18.12.2018 року № 1117 «Деякі питання реалізації державних

гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік». Так, даною постановою затверджено Порядок реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік, яким встановлено: тарифи за обслуговування одного пацієнта за програмою державних медичних гарантій (від 0 до 5 років – 1480 грн., від 6 до 17 років – 814 грн., від 18 до 39 років – 370 грн., від 40 до 64 років – 444 грн., понад 65 років – 740 грн., для пацієнтів з червоного списку (які не уклали декларації) – 120 грн. (для пацієнтів з гірських населених пунктів додатково застосовується коригувальний коефіцієнт 1,25); знижувальні коефіцієнти у випадку перевищення лімітів кількості пацієнтів.

Зазначеною постановою також визначено формулу, за якою має встановлюватися кількість пацієнтів включених до червоного списку (пацієнти, які не уклали декларацію з лікарем первинної допомоги), для надавачів медичних послуг, які є комунальними закладами охорони здоров'я (видатки на таких пацієнтів здійснювалися до 31 березня 2019 року) [32].

Так, важливу роль у здійсненні сучасної реформи фінансування охорони здоров'я в системі державних органів сучасної України відіграє Національна служба здоров'я України, статус якої визначається Положенням про Національну службу здоров'я України, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 р. № 1101. Відповідно зазначеного Положення, національна служба здоров'я України (далі – НСЗ України) є центральним органом виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення [156, с. 172]. Основними завданнями НСЗ України є:

- 1) реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій);

2) виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій;

3) внесення на розгляд МОЗ України пропозицій щодо забезпечення формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення [136].

Серед цих нормативно-правових актів важливе місце посідає постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 р. № 410 «Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій», якою затверджено Порядок укладення, зміни та припинення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій (договір укладається з Національною службою здоров'я України), а також Типову форму договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій [33].

Не менш важливою за своїм значенням для сучасної реформи фінансування охорони здоров'я є постанова Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 року № 391 «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення», оскільки дана постанова фактично визначає, на яких саме суб'єктів, що здійснюють господарську діяльність з медичної практики може бути витрачено бюджетні видатки в галузі охорони здоров'я, що призначені для надання медичних послуг населенню. Що цікаво, у Вимогах до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення, що затверджені означеною постановою, серед інших, є реєстрація надавача як юридичної особи (крім державної або комунальної установи) або як фізичної особи – підприємця [105]. А це означає, що державні та комунальні установи не можуть укладати договори з Національною службою здоров'я України про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій та, як наслідок отримання ними коштів за цією програмою не є

можливим. Передумови для такої ситуації було створено ще з прийняттям, по суті, першого реформаторського закону сучасної трансформації охорони здоров'я – Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 06.04.2017 р. № 2002-VIII («Закон про автономізацію»). Саме «Законом про автономізацію» було внесено ряд суттєвих змін до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», якими закладено підвалини сучасної реформи охорони здоров'я. Зокрема, означеним Законом вперше на законодавчому рівні було закріплено дефініцію «послуга з медичного обслуговування населення (медична послуга)», було змінено нормативні визначення ряду основоположних понять: «заклад охорони здоров'я», «медичне обслуговування», «охорона здоров'я». Але основним значенням вищевказаного Закону є нормативно-правове обумовлення реорганізації державних та комунальних закладів охорони здоров'я у казенні підприємства та комунальні некомерційні підприємства відповідно, оскільки даним Законом передбачено, що державні і комунальні заклади охорони здоров'я можуть функціонувати лише у двох організаційно правових формах для кожної із форм власності: державних або комунальних установ та казенних або комунальних некомерційних підприємств. Процес такої реорганізації у сучасному спеціальному науково-практичному вжитку дістав назву «автономізація» [94].

Повертаючись до постанови Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 року № 391, що затверджує вимоги до надавача медичних послуг населенню в умовах автономізації, вважаємо, що вона порушує принцип конкуренції і відсутності дискримінації надавачів медичних послуг (п. 8 ч. 1 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»), оскільки обмежує державні та комунальні заклади охорони здоров'я, що здійснюють свою діяльність у формі державних або комунальних установ. Особливо, якщо дана ситуація стосується університетських клінік державних закладів вищої медичної освіти, що мають статус структурного підрозділу цих

закладів, адже відповідно до ст. 27 Закону України «Про вищу освіту», державні заклади вищої освіти за організаційно-правовою формою є державними установами [93]. Реорганізувати університетські клініки у казенні підприємства не видається можливим, оскільки виходячи зі змісту ст. 76 Господарського кодексу України, університетські клініки мають відповідати наступним умовам:

а) мати статус юридичної особи;

б) створюватися за рішенням Кабінету Міністрів України;

в) відповідати вимогам, визначеним в ч. 1 зазначеної статті [23]. Оскільки університетські клініки є закладами охорони здоров'я та структурними підрозділами закладів вищої медичної освіти, зазначені клініки не можуть відповідати вищенаведеним вимогам. А головне, якщо відбувається виділ університетської клініки зі структури закладу вищої медичної освіти втрачається основна мета функціонування університетської клініки як навчально-наукового медичного центру, що займає визначальне місце у забезпеченні освітнього процесу професійної підготовки майбутніх лікарів.

Досить важливим, особливо в контексті реформування фінансування первинної медичної допомоги, є наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 р. № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги», яким затверджено Порядок та перелік таких послуг. Також вищезазначеним наказом затверджено: Перелік медичних послуг з надання первинної медичної допомоги; Перелік медичних втручань у межах ПМД для груп пацієнтів з підвищеним ризиком розвитку захворювань; Перелік лабораторних та інструментальних діагностичних досліджень, що здійснюються у межах медичних послуг з надання ПМД. Наведені у вищезазначених переліках послуги мають фінансуватися за рахунок видатків програми державних медичних гарантій [116].

Порядок забезпечення населення лікарськими засобами в рамках сучасної трансформації охорони здоров'я регламентується низкою нормативно-правових актів, серед яких провідне місце займає постанова Кабінету Міністрів України

«Про забезпечення доступності лікарських засобів». Вищезазначеною постановою затверджено:

– Порядок реімбурсації лікарських засобів (у редакції постанови Кабінету Міністрів України від 27.02.2019 р. № 135);

– Порядок визначення розміру реімбурсації лікарських засобів (у редакції постанови Кабінету Міністрів України від 27.02.2019 р. № 135);

перелік міжнародних непатентованих назв лікарських засобів.

Основний зміст даної постанови наступний:

а) реімбурсація лікарських засобів здійснюється для лікування в амбулаторних умовах серцево-судинних захворювань, цукрового діабету II типу та бронхіальної астми;

б) лікарські засоби, які підлягають реімбурсації, відпускаються на підставі рецептів, виписаних відповідно до правил, затверджених МОЗ, через електронну систему охорони здоров'я лікарями, які надають первинну медичну допомогу;

в) електронні рецепти виписуються в межах загального обсягу бюджетних асигнувань на реімбурсацію лікарських засобів за договорами про реімбурсацію, встановлених у кошторисі на відповідний місяць;

г) відпуск лікарських засобів за електронними рецептами здійснюється у тих аптеках та аптечних пунктах, що належать суб'єктам господарювання, які уклали з НСЗУ відповідні договори про реімбурсацію [102];

г) реімбурсації підлягають ті лікарські засоби, які зазначені у:

Національному переліку основних лікарських засобів, затвердженому постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2009 р. № 333 “Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення” [29]; переліку міжнародних непатентованих назв лікарських засобів, затвердженому постановою Кабінету Міністрів України від 17 березня 2017 р. № 152; реєстрі лікарських засобів, які підлягають реімбурсації, що затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я від 30.07.2019 р. № 1715 [122].

Важливим аспектом законодавчого забезпечення видатків в галузі охорони здоров'я є нормативне регулювання оплати праці працівників системи охорони здоров'я. Дане питання є дуже актуальним та важливим, регулюється низкою законів та підзаконних нормативно-правових актів. Зокрема, Законом України «Про державний бюджет на 2019 рік» встановлено мінімальну заробітну плату в розмірі 4173 гривні. Це означає, що видатки на оплату праці кожному працівникові на місяць, в тому числі і в галузі охорони здоров'я, не можуть бути меншими вказаної суми [97].

Законом України «Про оплату праці» визначено структуру заробітної плати, гарантії забезпечення мінімальної заробітної плати, джерела коштів на заробітну плату, систему організації оплати праці та систему оплати праці, державне та договірне регулювання оплати праці, права працівника на оплату праці та їх захист, контроль за додержанням законодавства про оплату праці та відповідальність за дотримання законодавства про оплату праці [128].

По суті, на виконання Закону України «Про оплату праці» було прийнято постанову Кабінету Міністрів України від 30.08.2002 р. № 1298 «Про оплату праці працівників на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери», якою затверджено: Єдину тарифну сітку розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери, в тому числі закладів охорони здоров'я [127].

Нормативне забезпечення тарифної системи оплати праці в галузі охорони здоров'я здійснюється спільним наказом Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства охорони здоров'я України від 05.10.2005 № 308/519 «Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення» [96].

Як зазначає М. Аніщенко, станом на 2018 рік, відповідно до Умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення, затверджені наказом Міністерства праці та соціальної політики

України, Міністерства охорони здоров'я України від 05.10.2005 № 308/519, лікарі-хірурги вищої кваліфікаційної категорії отримують оклад за 14 тарифним розрядом (4264 грн.), першої категорії – 13 тарифним розрядом (4000 грн.), другої категорії – 12 тарифним розрядом (3735 грн.), без категорії – 11 тарифним розрядом (3471 грн.), а лікарі інших спеціальностей на один тарифний розряд нижче відповідно до кожної категорії. Завідувачі профільних відділень отримують посадові оклади лікарів відповідного профілю та відповідної категорії з урахуванням підвищення на 10-25 відсотків в залежності від кількісних характеристик відділення. Керівникам закладів охорони здоров'я передбачено посадові оклади за тарифними розрядами від чотирнадцятого до вісімнадцятого (4264 грн. – 5656 грн.) в залежності від кількісних показників та статусу певного закладу охорони здоров'я [4, с. 356].

Важливим компонентом здійснення публічних видатків, в тому числі і в галузі охорони здоров'я, є ефективний механізм законодавчого забезпечення публічних закупівель. Основним нормативно-правовим актом, що регулює дану групу правовідносин, є Закон України «Про публічні закупівлі». Даним Законом визначено випадки його застосування, а саме:

– до замовників, за умови, що вартість предмета закупівлі товару (товарів), послуги (послуг) дорівнює або перевищує 200 тисяч гривень, а робіт - 1,5 мільйона гривень;

– до замовників, які здійснюють діяльність в окремих сферах господарювання, за умови, що вартість предмета закупівлі товару (товарів), послуги (послуг) дорівнює або перевищує 1 мільйон гривень, а робіт - 5 мільйонів гривень.

Закон містить і ряд винятків, тобто набір випадків, коли його дія не розповсюджується на певні види правовідносин, в тому числі на послуги за договорами про медичне обслуговування населення, що надаються відповідно до закону (регулюються розглядуваними вище нормативно-правовими актами, основним з яких є Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення») [131].

Зокрема, одним з основних питань здійснення публічних закупівель в галузі охорони здоров'я є питання закупівель лікарських засобів та виробів медичного призначення. Дане питання регулюється низкою нормативно-правових актів. Так, постановою Кабінету Міністрів України від 17.03.2011 р. № 298 «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для виконання програм та здійснення централізованих заходів з охорони здоров'я» затверджено відповідний Порядок, який встановлює:

- розпорядників коштів, передбачених МОЗ у державному бюджеті;
- напрями використання коштів;
- порядок подання заявок на закупівлю товарів і послуг до МОЗ України;
- порядок розподілу товарів і послуг, закуплених у межах бюджетних призначень, між структурними підрозділами з питань охорони здоров'я та підпорядкованими установами;
- контроль використання та моніторинг наявності вищезазначених товарів і послуг в закладах охорони здоров'я [115].

Постанова Кабінету Міністрів України від 22.07.2015 р. № 622 «Деякі питання здійснення державних закупівель лікарських засобів та медичних виробів із залученням спеціалізованих організацій, які здійснюють закупівлі» прийнято на виконання вищенаведених положень Закону України «Про публічні закупівлі» щодо закупівель згідно угод Міністерства охорони здоров'я України зі спеціалізованими організаціями. Вищевказаною постановою встановлено критерії вибору спеціалізованих організацій, які здійснюють вищенаведені закупівлі, а також обов'язкові умови їх здійснення [31].

При закупівлі медичних виробів дуже важливим є питання визначення предмету закупівлі. Порядок визначення предмета закупівлі затверджений наказом Мінекономрозвитку від 17.03.2016 № 454 «Про затвердження Порядку визначення предмету закупівлі» [114]. Згідно з п. 1 вищенаведеного Порядку, під час здійснення закупівлі медичних виробів, предмет закупівлі визначається

за показником четвертої цифри Єдиного закупівельного словника із зазначенням в дужках коду та назви медичного виробу відповідно до національного класифікатора НК 024:2019 «Класифікатор медичних виробів», затвердженого наказом Мінекономрозвитку від 05.02.2019 № 159 [107]. Відповідно до листа Міністерства економічного розвитку і торгівлі України від 14.06.2019 р. № 3301-04/25032-06 «Щодо закупівлі медичних виробів», у разі якщо предмет закупівлі містить два і більше медичних виробів, замовником у дужках зазначаються код та назва кожного медичного виробу [183].

Одне з основних вимог сучасності до публічних закупівель є забезпечення відкритості, прозорості та антикорупційної спрямованості їх проведення. Здійснення даних функцій в багатьох аспектах покладено на електронну систему публічних закупівель, робота якої регламентується Порядком функціонування електронної системи закупівель та проведення авторизації електронних майданчиків, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 24.02.2016 р. № 166. Вищезазначеним Порядком, зокрема передбачено вимоги до функціонування електронної системи закупівель, процедуру проведення авторизації електронних майданчиків, умови підключення та випадки відключення електронних майданчиків від електронної системи закупівель, вимоги до електронних майданчиків та відповідальність операторів авторизованих електронних майданчиків [120].

Крім того, варто пам'ятати, що публічні закупівлі на суми, що не перевищують встановлених Законом України «Про публічні закупівлі» сум для застосування даного Закону, мають також здійснюватись за принципами публічних закупівель, що визначені у вищевказаному Законі. В тому числі, в таких випадках рекомендовано використовувати електронну систему закупівель, що регламентується наказами ДП «Прозорро»: наказом № 10 від 19.03.2019 "Про затвердження Інструкції про порядок використання електронної системи закупівель у разі здійснення закупівель, вартість яких є меншою за вартість, що встановлена в абзацах 2 та 3 частини 1 статті 2 Закону України «Про публічні закупівлі» та наказом № 11 від 20.03.2019 «Про

внесення змін до Інструкції про порядок використання електронної системи закупівель у разі здійснення закупівель, вартість яких є меншою за вартість, що встановлена в абзацах 2 та 3 частини 1 статті 2 Закону України «Про публічні закупівлі» [106]. Наведеними наказами затверджено відповідну Інструкцію, яка визначає порядок використання електронної системи закупівель товарів, робіт і послуг, вартість яких є менша за вартість, що встановлена в абзацах другому і третьому частини 1 статті 2 Закону України «Про публічні закупівлі» з метою відбору постачальника товару (товарів), надавача послуги (послуг) та виконавця робіт для укладення договору, або оприлюднення звіту про укладені договори в системі електронних закупівель відповідно до вищенаведеного Закону у разі здійснення закупівель товарів, робіт і послуг без її використання, а також вносять зміни до даної Інструкції та скасовують попередні накази, що регулювали питання здійснення допорогових закупівель [95].

Важливим питанням у здійсненні публічних видатків, в тому числі і в галузі охорони здоров'я, є здійснення ефективного фінансового контролю, законодавче забезпечення якого здійснюється певним пакетом нормативно-правових актів. Закон України «Про основні засади здійснення державного фінансового контролю в Україні» визначено, що здійснення державного фінансового контролю забезпечує центральний орган виконавчої влади, уповноважений Кабінетом Міністрів України на реалізацію державної політики у сфері державного фінансового контролю [129].

Якщо проаналізувати нормативно-правову базу, то на статус органу державного фінансового контролю можуть претендувати дві державні інституції: Державна аудиторська служба та Державна фінансова інспекція.

Однак на сайті Кабінету Міністрів України з цього приводу можна знайти інформацію, що свідчить про припинення роботи Державної фінансової інспекції та початок здійснення її повноважень і функцій Державною аудиторською службою [27].

Незважаючи на припинення своєї діяльності Держфінінспекцією, Положення про Державну фінансову інспекцію України Кабінетом Міністрів

України так і не було скасовано [111].

Державну аудиторську службу України утворено відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 28.10.2015 р. № 868 [135].

Положення про Державну аудиторську службу України затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 03.02.2016 р. № 43. Дане Положення визначає: статус, завдання та повноваження Держаудитслужби, її структуру та принципи взаємодії з іншими державними органами [110].

Певними функціями фінансового контролю володіє і Рахункова палата, статус, повноваження та функції якої визначено Конституцією України та Законом України «Про Рахункову палату»[132].

Як приклад фінансового контролю Рахунковою палатою у галузі охорони здоров'я можна навести проведений даною палатою аудит Міністерства охорони здоров'я, результати якого відображено у Звіті про результати аудиту ефективності використання коштів державного бюджету, виділених у 2017–2018 роках Міністерству охорони здоров'я України для здійснення державних закупівель із залученням спеціалізованих організацій за бюджетною програмою «Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру» [40].

Також варто зазначити, що нещодавно створена Державна податкова служба України внаслідок реорганізації Державної фіскальної служби, також здійснює в певній мірі фінансовий контроль, в тому числі і в галузі охорони здоров'я [113].

Певними контролюючими функціями в сфері публічних закупівель володіє ще один державний орган – Антимонопольний комітет України, статус та повноваження якого закріплено Законом України «Про Антимонопольний комітет України» [91].

Крім зовнішнього фінансового контролю, що здійснюється окремими державними органами, що розглядався вище, в структурі розпорядників бюджетних коштів, в тому числі закладах охорони здоров'я, має здійснюватися внутрішній контроль та аудит. Так, внутрішній контроль регламентовано

постановою Кабінету Міністрів України від 12.12.2018 р. № 1062 «Про затвердження Основних засад здійснення внутрішнього контролю розпорядниками бюджетних коштів та внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 28.09.2011 р. № 1001»[108].

Організацію внутрішнього аудиту, в тому числі в органах управління охорони здоров'я та закладах охорони здоров'я, що є бюджетними установами, законодавчо забезпечує постанова Кабінету Міністрів України від 28.09.2011 р. № 1001 «Деякі питання здійснення внутрішнього аудиту та утворення підрозділів внутрішнього аудиту» [30].

Питання фінансового контролю законного здійснення видатків в галузі охорони здоров'я, лежить, в тому числі і в площині запобігання корупції. Законодавче забезпечення такого роду правовідносин визначається, в першу чергу, Законом України «Про запобігання корупції», адже незаконне використання коштів під час здійснення публічних видатків має місце в стані реального конфлікту інтересів, коли, наприклад, посадова особа свідомо завищує доходи підпорядкованого їй родича, використовуючи свої службові повноваження; і можливе отримання керівником закладу охорони здоров'я неправомірної вигоди за маніпуляції під час проведення публічних закупівель; і використання придбаного за державні кошти медичного обладнання у власній комерційній діяльності. Означені питання регулюються наступними підзаконними нормативно-правовими актами:

– постанова Кабінету Міністрів України від 04.09.2013 р. № 706 «Питання запобігання та виявлення корупції» [87];

– Методичні рекомендації щодо діяльності уповноважених підрозділів (уповноважених осіб) з питань запобігання та виявлення корупції, затверджені рішенням НАЗК від 13.07.2017 № 317 [69];

– Методичні рекомендації щодо запобігання та врегулювання конфліктів інтересів, затверджені рішенням НАЗК від 29.09.2017 р. № 839 [70];

– Методичні рекомендації щодо підготовки антикорупційних програм органів влади, затверджені рішенням НАЗК від 19 січня 2017 року № 31 [71];

Типова антикорупційна програма юридичної особи, затверджена рішенням НАЗК від 02.03.2017 № 75 тощо [171].

Важливе значення в системі публічних видатків в галузі охорони здоров'я є Фонд соціального страхування України, що також фінансує потреби громадян в охороні здоров'я, зокрема, у медичній допомозі. Так, А. Нечай у своїй докторській дисертації зазначає, що до сучасної системи публічних фінансів України належать публічні фінанси суспільного (соціального) призначення - складаються із суспільних відносин, які виникають з приводу утворення, управління, розподілу (перерозподілу) та використання публічних фондів коштів, за рахунок яких задовольняються суспільні (соціальні) інтереси, визнані державою або органами місцевого самоврядування, та які не є державною чи комунальною власністю [78].

На теперішній час даний вид соціальних видатків регулюється Законом України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування», яким передбачено три види соціального страхування:

у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності;

від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності (далі - страхування від нещасного випадку);

медичне [103].

Джерелом даних видатків є Фонд соціального страхування України, що є органом, який здійснює керівництво та управління загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням від нещасного випадку, у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та медичним страхуванням, провадить акумуляцію страхових внесків, контроль за використанням коштів, забезпечує фінансування виплат за цими видами загальнообов'язкового державного соціального страхування та здійснює інші функції згідно із затвердженим статутом [103].

Із змісту вищезгаданого Закону випливає, що вищезазначений Фонд фінансує видатки на медичне обслуговування населення. Так, відповідно до п. 4 ч. 1 ст. 20 Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне

страхування», як вид матеріального забезпечення та соціальних послуг за страхуванням у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності, зокрема, передбачено, оплату лікування в реабілітаційних відділеннях санаторно-курортного закладу після перенесених захворювань і травм [103].

Таким чином, законодавчі акти, що здійснюють правове регулювання витратів в галузі охорони здоров'я можна класифікувати за кількома критеріями. Традиційним є поділ нормативно-правових актів за юридичною силою на закони (Конституція України, Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» і т.д.) та підзаконні нормативно-правові акти (постанови Кабінету Міністрів України, накази Міністерства охорони здоров'я України і т. д.).

В залежності від етапів фінансової діяльності держави (розподілу, перерозподілу або витрачання публічних фондів коштів) нормативно-правові акти, можна поділити на такі групи: ті, що регулюють розподіл та перерозподіл публічних коштів в галузі охорони здоров'я; ті, що регулюють процес витрачання публічних коштів в галузі охорони здоров'я; комплексні та ті, що регулюють контрольну діяльність.

По відношенню до сучасної реформи фінансування системи охорони здоров'я за темпоральним критерієм можна умовно поділити нормативно-правові акти на дореформаторські та ті, що регулюють медичну реформу.

В залежності від поділу галузі охорони здоров'я на сектори можна виділити нормативно-правові акти, що здійснюють законодавче забезпечення витратів на медичну або фармацевтичну діяльність та комплексні нормативно-правові акти.

В залежності від джерела фінансування можна виділити нормативно-правові акти, що регулюють витатки державного, місцевих бюджетів та Фонду соціального страхування України.

В законодавчому забезпеченні публічних витратів в галузі охорони здоров'я можна простежити наступні особливості:

– правові колізії між реформаторськими та дореформаторськими нормативно-правовими актами, особливо невідповідність реформаторських законодавчих актів Конституції України;

– на стадії використання публічних коштів значна доля регулювання припадає на локальні акти підприємств, установ та організацій, що є як позитивним, так і негативним фактором (наприклад, видатки на оплату праці комунальних некомерційних підприємств – закладів охорони здоров'я регулюється колективним договором; деякі аспекти використання електронної системи закупівель при здійсненні закупівель за публічні кошти регламентуються наказами ДП «Прозорро», що навіть не є нормативно-правовими актами);

– медичне страхування в Законі України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» згадано декларативно як вид соціального страхування без визначення конкретного механізму функціонування;

– законодавче забезпечення реформування фінансування охорони здоров'я створює умови для скорочення діючої мережі закладів охорони здоров'я;

– у реформаторському законодавстві не повністю дотримано принципу рівності надавачів медичних послуг за програмою державних медичних гарантій, адже не враховано специфіку університетських клінік та клінічних баз, що не можуть бути такими надавачами, адже мають статус підрозділів державних університетів – бюджетних установ;

– реформаторським законодавством посилено конкуренцію в сфері надання медичних послуг, адже їх надавачем, а відтак і отримувачем бюджетних коштів могут бути заклади охорони здоров'я та фізичні особи-підприємці, що в порядку, встановленому чинним законодавством, здійснюють господарську діяльність з медичної практики.

Вважаємо за необхідне виділити наступні тенденції розвитку законодавчого забезпечення публічних видатків в галузі охорони здоров'я за

наступними перспективними напрямками:

- усунення колізій, невідповідностей нормативно-правових актів, що регламентують фінансування галузі охорони здоров'я;

- забезпечення максимальної доступності медичних послуг та лікарських засобів для пацієнтів, як за їх вартістю, так і за територіальним розташуванням відповідних закладів охорони здоров'я;

- максимальне піднесення рівня матеріального забезпечення та соціального захисту працівників галузі охорони здоров'я;

- створення ефективної системи багатоканального фінансування видатків в галузі охорони здоров'я;

- використання власних надходжень бюджетних установ, підприємств, організацій галузі охорони здоров'я за принципом соціально-економічної доцільності;

- підтримка соціально-економічного розвитку медичних, фармацевтичних університетів як лідерів не лише в освітньо-науковій діяльності, але й в медичній та фармацевтичній практиці;

- удосконалення системи публічних закупівель на принципах відкритості та максимальної економічної доцільності.

Крім того, звичайно ж, варто пам'ятати, що рівень ефективності фінансування видатків в галузі охорони здоров'я не тільки від якості законодавчого забезпечення даного процесу, але в більшості від розвитку української економіки, що наразі потребує негайного вжиття більш широкого спектру організаційно-правових заходів.

2.2. Проблемні питання правового регулювання публічних видатків в галузі охорони здоров'я України

Забезпечення належного фінансування видатків в галузі охорони здоров'я є дуже важливим питанням не лише економіки, політики, державного

управління, але й права. Адже право виступає незмінним соціальним регулятором важливих соціально-економічних процесів, в тому числі здійснення публічних видатків в галузі охорони здоров'я. Якість та відповідність потребам суспільства нормативно-правових актів, що регулюють важливі питання фінансування охорони здоров'я в кінцевому підсумку в багатьох аспектах визначають ступінь реалізації права на охорону здоров'я для громадян України.

На думку Л. Фільштейн та Н. Гохголеринт, одна з головних причин виникнення проблем фінансування галузі охорони здоров'я - недостатнє фінансування медичних закладів з державного бюджету та одночасна заборона надання медичних послуг на платній основі. Бюджетного фінансування недостатньо для того, щоб сфера медичної допомоги могла нормально взаємодіяти зі сферами, що працюють за законом ринку [177, с. 384].

Н. Ткачова, вважає, що одним з ключових питань вирішення проблем фінансування охорони здоров'я, є широке впровадження в сферу медичних послуг державно-приватного партнерства, реалізуючи положення Закону України «Про державно-приватне партнерство» [100]. Як приклад, науковець наводить досвід з цього питання Швеції, де соціально-економічний ефект від реалізації цих проектів полягав у скороченні бюджетних витрат на утримання об'єктів охорони здоров'я при суттєвому зниженні вартості медичних послуг і скороченні терміну очікування діагностики та лікування [173, с. 85].

Д. Гомон робить наступні висновки щодо проблем фінансування охорони здоров'я: Україна відчуває гострий брак фінансових ресурсів у сфері охорони здоров'я; доступ різних груп населення до медичних послуг також є нерівним; для вирішення проблем фінансового забезпечення охорони здоров'я потрібно побудувати таку систему фінансування, яка б поєднувала в собі як бюджетне, так і позабюджетне фінансування охорони здоров'я [22, с. 125].

На думку М. Співака, однією з найважливіших проблем фінансування охорони здоров'я є велика кількість лікарень та їх неефективне використання та дуже низький показник фінансування охорони здоров'я в розрахунку на душу

населення в порівнянні з державами ЄС. До того ж «помилкове» фінансування «ліжок і лікарень» далеко не єдина проблема існуючої системи охорони здоров'я в Україні. Вона продовжує залишатися закритою для практик міжнародних тенденцій модернізації та зміцнення систем охорони здоров'я, має значні осередки неефективного функціонування та корупції, не забезпечує формування політики в таких вкрай важливих областях, як інформаційні технології, зайве централізована та має неефективне управління, чисельний фрагментарний набір застарілих установ охорони здоров'я нездатних забезпечити громадян ефективними і якісними послугами тощо [165, с. 277].

Відомий дослідник проблем правового регулювання охорони здоров'я В. Пашков щодо досліджуваного нами питання зазначає, що проблема полягає не в тому, щоб сформулювати окремі положення або надати відповідні інтерпретації існуючому нормативно-правовому супроводженню галузі охорони здоров'я, а в тому, щоб на підставі конституційних положень ліквідувати відповідні прогалини, підготувати загальнонаціональні концепції та програми, а також створити належну систему гарантій виконання цих програм і механізми їх реалізації [84].

На нашу думку, основна проблема правового регулювання публічних видатків в галузі охорони здоров'я є невідповідність низки нормативно-правових актів положенням ст. 49 Конституції України [56] та її офіційному тлумаченню рішенням Конституційного Суду України від 29.05.2002 р., яким визначено наступні принципові позиції вищезазначеної статті:

– у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається всім громадянам незалежно від її обсягу та без попереднього, поточного або наступного їх розрахунку за надання такої допомоги;

– умови запровадження медичного страхування, у тому числі державного, формування і використання добровільних медичних фондів, а також порядок надання медичних послуг, які виходять за межі медичної допомоги, на платній основі у державних і комунальних закладах охорони

здоров'я та перелік таких послуг мають бути визначені законом [139].

Водночас, законом перелік платних послуг не визначено, натомість перелік платних послуг затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 17.09.1996 р. № 1138 «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах» [109]. До речі, окремі положення даної постанови визнано неконституційними як такі, що порушують права громадян на безоплатну медичну допомогу.

Так, ч. 11 ст. 10 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» передбачено, обсяг платних медичних послуг, які не входять до програми медичних гарантій, може складати не більше 20 відсотків від обсягу всіх наданих послуг. Хоча перелік та порядок надання платних медичних послуг вищезазначеним Законом не встановлено, однак можливий обсяг платних послуг передбачений. В цьому контексті серйозним є питання розмежування понять «медична допомога» та «медична послуга», адже хоча дефініція останнього поняття з'явилась у Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», однак змістовну різницю даних двох понять на законодавчому рівні не визначено. Крім того, ч. 5 ст. 9 вищезазначеного Закону встановлено джерело фінансування видатків (за рахунок громадян або Державного бюджету) на вторинну, третинну (високоспеціалізовану), паліативну медичну допомогу та медичну реабілітацію в залежності від способу звернення: за направленням лікаря, що надає первинну медичну допомогу або без такого направлення [99]. Тобто, якщо, наприклад, пацієнт звернувся до лікаря вторинної медичної допомоги без направлення лікаря первинної медичної допомоги, пацієнт має оплатити медичну послугу. На нашу думку, це є суттєвим обмеженням прав пацієнта, не передбаченим Конституцією України.

Однак, наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 р. № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги», затверджено Перелік медичних послуг з надання первинної медичної допомоги,

які надаються за програмою державних медичних гарантій, тобто безплатно для пацієнта [116]. Таким чином, наказом Міністерства охорони здоров'я України фактично обмежено дію ст. 49 Конституції України, адже усі послуги, що не включені до вищенаведеного Переліку, мають надаватися платно.

Крім того, іще однією з основоположних засад розвитку і функціонування галузі охорони здоров'я є положення, яке теж закріплене в ч. 3 ст. 49 Конституції України та визначає, що існуюча мережа закладів охорони здоров'я не може бути скорочена [56]. Дане положення є дуже важливим в частині доступу усіх громадян до кваліфікованої медичної допомоги незалежно від населених пунктів, в яких проживають ці громадяни. Однак, Порядком надання первинної медичної допомоги, затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 № 504, затверджені наступні ліміти пацієнтів на одного лікаря: одна тисяча вісімсот осіб на одного лікаря загальної практики - сімейного лікаря; дві тисячі осіб на одного лікаря-терапевта; дев'ятсот осіб на одного лікаря-педіатра [116]. Вважаємо, що така кількість пацієнтів не завжди сприяє забезпеченню доступності медичної допомоги, особливо зважаючи на загрозливий соціально-демографічний стан в сільській місцевості. Як зазначає М. Віхров, трохи більше як половина (50,3%) селян мешкає у великих селах із населенням від 1 тис. осіб, 26,3% – у селах із 500–999 мешканцями, 17% – із 200–499 мешканцями та 6,4% – у ще малолюдніших населених пунктах (Інститут демографії та соціальних досліджень НАНУ) [16].

Цікавою в даному контексті є думка польських дослідників П. Учеклак-Єж та А. Бем, які зазначають, що справедлива організація системи охорони здоров'я повинна забезпечувати рівний доступ до медичної допомоги, незалежно від потреб в охороні здоров'я, фінансових ресурсів чи місця проживання. За даними дослідженнями вищезазначених вчених встановлено, що в 7 регіонах сільське населення має добрий або дуже хороший доступ до системи охорони здоров'я, натомість в 9 регіонах цей доступ суттєво обмежений [3].

Як вважає К. Юргіель, масштаб занедбаності та цивілізаційних недоліків

сільської місцевості в Польщі є помітним, однак польське Міністерство сільського господарства зробить все можливе для поліпшення доступу селян до кваліфікованої медичної допомоги. До речі, до забезпечення видатків охорони здоров'я Польщі в сільській місцевості активно долучається Аграрний фонд соціального страхування (Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego) [2].

Забезпечення доступності медичної допомоги в сільській місцевості є популярним законодавчим трендом і в Україні, адже порівняно нещодавно було прийнято Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості». Даним Законом передбачено цілий ряд заходів, спрямованих на удосконалення медичного обслуговування на селі (впровадження сучасних технологій з медичного обслуговування у сільській місцевості, розроблення та реалізація програм з медичного обслуговування, розроблення та реалізація програм із забезпечення населення у сільській місцевості, запровадження дієвих механізмів залучення до медичного обслуговування у сільській місцевості кваліфікованих медичних і фармацевтичних працівників, розвиток необхідної телекомунікаційної інфраструктури, розвиток транспортної інфраструктури, залучення інвестицій у розвиток медичного обслуговування у сільській місцевості і т. д.) [130]. Однак, станом на кінець 2018 року в Україні у сільській місцевості налічується близько 4 тис. амбулаторій та майже 13 тис. фельдшерсько-акушерських пунктів. Майже 80% не мають водопостачання, туалетів [137]. Тому, вищезазначений Закон потребує якнайшвидшої реалізації з метою забезпечення суттєвого прориву в організації медичного обслуговування в сільській місцевості.

Варто зазначити, що проблеми з медичним обслуговуванням населення в сільській місцевості притаманні не лише Україні або Польщі, а по суті є загальноєвропейською тенденцією. Як сповіщає телевізійний канал «Євроньюс», існує проблема з «лікарськими пустелями» в сільській місцевості Франції. Тобто проблема відсутності в певному населеному пункті лікаря, в певному районі - лікарні або пологового будинку, не нова. Про неї активно заговорили ще 5 років тому, але з кожним роком ситуація погіршується.

Наприклад, департамент Луар-і-Шер в центрі Франції входить в першу десятку списку «лікарських пустель» Франції, хоча знаходиться всього в двох годинах їзди від Парижа. Тут на одного лікаря припадає 750 осіб. Багато фахівців просто відмовляються записувати на прийом нових пацієнтів, а у тих, хто погоджуються, черга досягає мінімум 2 тижнів. В середині липня французький Сенат схвалив в остаточному читанні Закон про охорону здоров'я. Боротьбі з явищем "лікарських пустель" в ньому відводиться значне місце [14].

Також потрібно відзначити, що на даний час в селах проживає більше населення старшого віку, яке особливо потребує постійного медичного обслуговування порівняно з молодшими громадянами. Тому села потребують особливої уваги держави в створенні нормальних умов охорони здоров'я, що звичайно ж пов'язане із здійсненням публічних видатків. Для цього необхідно розробити детальну програму соціально-економічного розвитку сільської медицини, затвердити її на загальнодержавному рівні, а головне – активно дану програму реалізовувати.

Суттєвою проблемою публічних видатків в галузі охорони здоров'я є низька оплата праці працівників. У світлі сучасних реформ існує потужна тенденція реорганізації закладів охорони здоров'я – бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства або казенні підприємства. Розміри заробітної плати працівників підприємств визначаються колективним договором, адже відповідно до ч. 7 ст. 65 Господарського кодексу України, на всіх підприємствах, які використовують найману працю, між власником або уповноваженим ним органом і трудовим колективом або уповноваженим ним органом повинен укладатися колективний договір, яким регулюються виробничі, трудові та соціальні відносини трудового колективу з адміністрацією підприємства [23].

З одного боку розподіл видатків самим підприємством є поштовхом вперед, до демократизації сфери послуг. Однак, інколи така ситуація спричиняє різну оплату праці по всій Україні в залежності від кожного закладу, а іноді навіть різну оплату праці медичних працівників з однаковою кваліфікацією та

однаковою кількістю пацієнтів в одному закладі. Про такі випадки неодноразово повідомляють вітчизняні ЗМІ [61].

За даними Міністерства охорони здоров'я, у медичних закладах, що підписали договори з Нацслужбою здоров'я, діє гнучкий підхід до формування зарплат. Рішення щодо зарплатної політики у кожному конкретному медичному закладі ухвалює колектив. Механізм обрахування зарплатні має бути прописаний у колективному договорі [185].

Така ситуація пояснюється тим, що в Україні, на жаль ще недостатньо сформовано громадянське суспільство, і на зміст колективного договору в більшій мірі впливає не колектив, а саме керівник закладу охорони здоров'я.

В продовження теми видатків на оплату праці, спробуємо визначитись з функціонуванням програми державних медичних гарантій з вторинної та третинної допомоги. Однак, на жаль, конкретних нормативно-правових актів, що регламентують механізми здійснення видатків на медичні послуги з вторинної та третинної допомоги, досі не прийнято. З інформації про фінансування вищезазначених видатків є на цей час інтерв'ю із заступником міністра охорони здоров'я Павлом Ковтонюком, в якому П. Ковтонюк зазначає, що у вторинній та третинній медичній допомозі оплата буде здійснюватися за певну маніпуляцію, операцію чи дослідження, а не за консультації. Консультації ж будуть оплачуватись як частина вищезгаданої маніпуляції, операції чи дослідження [8].

Однак, така ситуація, на нашу думку, може спричинити достатньо серйозні негативні наслідки у практиці надання вторинної допомоги. Адже велика кількість лікарів – вузьких спеціалістів, працюють у поліклініках та приймають пацієнтів, надаючи їм якраз консультації та направляючи на певні необхідні діагностичні процедури. Для того, аби таким лікарям проводити певні операції чи діагностичні процедури для отримання коштів з Державного бюджету України для закладу, де працює такий лікар, потрібно: підвищити кваліфікацію з метою отримання певних компетентностей для кваліфікованого здійснення вищезазначених маніпуляцій; бути забезпеченими необхідним

медичним обладнанням для проведення вищезазначених маніпуляцій, операцій, діагностичних процедур.

І навіть, у випадку виконання двох вищезазначених умов, велика кількість працюючих у поліклініці лікарів вторинної медичної допомоги будуть незатребувані на ринку праці, адже проведення такої кількості процедур буде перевищувати потребу в них. В іншому випадку, кількість медичних процедур самими лікарями буде значно свідомо завищуватись з метою залишитись на своїх посадах.

З іншого боку, лікарі стаціонарів та діагностичних центрів будуть перевантажені пацієнтами через те, що крім звичних для них маніпуляцій, мають здійснювати медичний супровід пацієнта.

Такий можливий стан справ є неприйнятним, адже порушить як права пацієнтів на якісну медичну допомогу, так і права лікарів вторинної медичної допомоги на працю та соціальний захист.

Оскільки в Україні, і до речі, не тільки в Україні локомотивом розвитку медичної та фармацевтичної практики є заклади вищої медичної освіти та їх клінічні структурні підрозділи, що міцно вмонтовані в систему охорони здоров'я нашої держави, варто проаналізувати певні проблеми публічних видатків, пов'язаних з фінансуванням клінічних баз закладів вищої медичної освіти та університетських клінік. Проблеми також виникають через сучасну трансформацію фінансування охорони здоров'я, в тому числі у зв'язку з реорганізацією комунальних установ в комунальні некомерційні підприємства – заклади охорони здоров'я.

Річ у тім, що саме на території закладів охорони здоров'я розташовані клінічні бази закладів вищої медичної освіти, що гарантують необхідну компоненту підготовки майбутніх лікарів, що забезпечує набуття не лише теоретичних знань, а й практичних навиків – компетентностей, життєво необхідних для успішної роботи кваліфікованого медика. Постановою Кабінету Міністрів України від 11.09.2013 р. № 679 «Про здійснення протягом бюджетного періоду видатків на утримання деяких бюджетних установ

одночасно з різних бюджетів» передбачено наступне:

– виплата доплат до посадового окладу (з нарахуваннями) професорсько-викладацькому складу вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів, закладів післядипломної освіти за лікувально-діагностичну роботу у клініках та інших закладах охорони здоров'я; виплата доплат до посадового окладу (з нарахуваннями) асистентам, аспірантам, клінічним ординаторам та науковим співробітникам клінічних кафедр (відділень) за лікувально-діагностичну роботу в профільних відділеннях, на яких базується клініка здійснюється за рахунок коштів, передбачених Міністерству охорони здоров'я у державному бюджеті на оплату послуг з підготовки фахівців, наукових та науково-педагогічних кадрів за державним замовленням у вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладах, закладах післядипломної освіти;

– витрати, пов'язані з утриманням клінічних лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я комунальної власності (оплата послуг з тепlopостачання, водopостачання і водовідведення, електроенергії, природного газу, інших енергоносіїв), наданням послуг з охорони майна та вивезення відходів і їх утилізації та знешкодження, проведення ремонту, забезпечення медичним обладнанням, апаратурою тощо, здійснюються лікувально-профілактичними закладами охорони здоров'я за рахунок коштів місцевих бюджетів [125].

Оскільки вищенаведена постанова прийнята на виконання ст. 85 Бюджетного кодексу України, у якій йдеться про видатки бюджетних установ, то в умовах перетворення бюджетних установ в комунальні некомерційні підприємства, дана постанова не може бути застосована [12]. З іншого боку, оплата оренди, комунальних та інших платежів негативно позначиться на фінансовому стані закладів вищої медичної освіти і точно не сприятиме їх розвитку. З іншого боку, комунальні заклади охорони здоров'я теж втратять безоплатні для них консультативні та лікувально-діагностичні послуги висококваліфікованих професорів, доцентів, асистентів, клінічних ординаторів

(лікарів-резидентів).

Університетські клініки на цей час функціонують як підрозділи закладів вищої медичної освіти, статус яких закріплено Законом України «Про вищу освіту» [93] та наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06.07.2015 р. № 408 «Про затвердження Типового положення про університетську клініку вищого навчального закладу (закладу післядипломної освіти)». Зокрема, відповідно до вищенаведеного Наказу, університетською клінікою є заклад охорони здоров'я, який є лікувально-навчально-науковим структурним підрозділом вищого навчального закладу (закладу післядипломної освіти) [123]. Основним джерелом фінансування університетських клінік є звичайно ж, кошти Державного бюджету України, виділені Міністерству охорони здоров'я на діяльність закладів охорони здоров'я, що належать до сфери управління даного Міністерства. Оскільки в державні повним ходом проходить реформа фінансування охорони здоров'я за програмою державних медичних гарантій, на державні кошти від Національної служби здоров'я України можуть претендувати, згідно чинного законодавства, лише такі державні заклади охорони здоров'я, що функціонують в організаційно-правовій формі казенних підприємств. А оскільки державні заклади вищої освіти мають статус бюджетних установ (університетські клініки, як зазначено вище, є їх структурними підрозділами), то університетські клініки на сьогодні не мають права укладати відповідні договори з Національною службою здоров'я України, і, як наслідок, не можуть бути надавачами медичних послуг за програмою державних медичних гарантій. Реорганізація університетської клініки у казенне підприємство означає втрату правового зв'язку із закладом вищої медичної освіти, оскільки, як визначено Господарським кодексом України, казенне підприємство створюється за рішенням Кабінету Міністрів, управляється державним органом та має статус юридичної особи. Крім того, заклади охорони здоров'я взагалі, на нашу думку, не можуть функціонувати в статусі казенного підприємства, оскільки вони не відповідають тим вимогам, які ставляться Господарським кодексом України до казенних підприємств.

Зокрема, діяльність закладу охорони здоров'я не відповідає наступним вимогам ч. 1 ст. 76 Господарського кодексу України, за якими казенні підприємства створюються у галузях економіки, в яких:

- законом дозволено здійснення господарської діяльності лише державним підприємствам;

- основним (понад п'ятдесят відсотків) споживачем продукції (робіт, послуг) виступає держава;

- за умовами господарювання неможлива вільна конкуренція товаровиробників чи споживачів;

- переважаючим (понад п'ятдесят відсотків) є виробництво суспільно необхідної продукції (робіт, послуг), яке за своїми умовами і характером потреб, що ним задовольняються, як правило, не може бути рентабельним [23].

Тому, у вищевказаних умовах реформування фінансування охорони здоров'я за діючою нормативно-правовою базою університетські клініки можуть взагалі залишитися без державного фінансування, що буде означати фактичне припинення їх діяльності. Однак таке припинення діяльності університетських клінік буде важкою непоправною втратою не лише для закладів вищої (післядипломної) медичної освіти, а й для усієї системи охорони здоров'я, призведе до важких наслідків негативного характеру в сфері повноцінної реалізації прав громадян на охорону здоров'я.

Адже, на даний час університетські клініки являють собою центри концентрації наукових, освітніх, практичних ресурсів в галузі охорони здоров'я, а також фінансових ресурсів. Це відбувається завдяки тому, що освітня діяльність українських закладів вищої медичної освіти високо поцінюється у світі, що сприяє залученню на навчання у вітчизняні медичні університети великої кількості іноземних студентів, що має наслідком широке залучення іноземних фінансових ресурсів для здійснення фінансово-господарської діяльності цими закладами. Медичні та фармацевтичні спеціальності є найбільш поширеними для іноземних студентів. Так, за рейтингом Українського державного центру міжнародної освіти 2018 року,

серед десяти найбільш популярних серед іноземних студентів закладів вищої освіти – вісім медичних університетів системи Міністерства охорони здоров'я України [43].

Через можливість залучати кошти від іноземців, заклади вищої медичної освіти мають спроможність значно підвищити свої видатки на оплату праці, тому можуть набрати у свій штат найбільш кваліфікованих фахівців. Крім того, в університетах протягом багатьох десятиліть формувалися та формуються потужні медичні та фармацевтичні наукові школи, що володіють інноваційними знаннями в певних областях знань, найновішими та найефективнішими методами лікування певних хвороб та лікарськими засобами, виробами медичного призначення, медичними технологіями. Університетські клініки, клінічні бази закладів вищої (післядипломної) медичної освіти своєю діяльністю покликані не лише забезпечувати гідну практичну підготовку майбутніх лікарських кадрів, а перш за все підвищити якість надання медичної допомоги населенню закладами охорони здоров'я.

Також, проблемним питанням регулюванням видатків бюджетних закладів вищої (післядипломної) медичної освіти, що стосується удосконалення діяльності університетських клінік, є норма Бюджетного кодексу України, яка регулює питання використання власних надходжень бюджетних установ. Так, виходячи зі змісту ч. 4 ст. 13 Бюджетного кодексу України, власні надходження бюджетних установ, отримані від основної діяльності, мають бути використані лише на покриття витрат, пов'язаних з організацією та наданням послуг, що надаються бюджетними установами згідно з їх основною діяльністю [12]. Оскільки основна діяльність закладів вищої (післядипломної) освіти приносить значні надходження, було б справедливо надати свободу медичним університетам у використанні цих коштів і дати можливість використовувати їх для матеріально-технічного оснащення університетських клінік з метою надання медичних послуг населенню, що матиме значний охороноздоровчий ефект.

Варто відзначити, що в державах Європейського Союзу в системному

забезпеченні прав громадян на високоякісну медичну допомогу значну роль відіграють саме університетські клініки. Так, університетські клініки Німеччини – це величезні лікувальні комплекси, які об'єднують спеціалізовані клініки, структурні медичні підрозділи, численні науково-дослідні інститути, лабораторії. Ці медичні комплекси дійсно величезні, так як вони охоплюють практично всі напрямки медицини. Університетські клініки Німеччини приймають протягом року десятки тисяч (а іноді і сотні тисяч) пацієнтів. У клініках працюють високопрофесійні лікарі, кращі фахівці Європи і світу в областях трансплантології, торакальної хірургії, онкології, кардіології, медичної генетики та багатьох інших сферах медицини, а лікувальний спектр охоплює всю сучасну медицину, починаючи від ведення вагітних і породіллі до догляду за геріатричними пацієнтами [64].

Тому в Україні потрібно не зупиняти діяльність, а всіляко розвивати університетські клініки, лікарні, клінічні бази з метою використання величезного потенціалу медичних університетів в медичній практиці на благо кожного громадянина України та вдосконалювати нормативно-правову базу публічних видатків на вищеперераховані заклади.

В контексті проблем правового регулювання видатків в галузі охорони здоров'я, варто також відзначити, що Законом України «Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» одним із видів загальнообов'язкового державного соціального страхування визначено медичне страхування, однак дане положення не деталізується і на практиці не застосовується [80]. Тобто, вищезазначена норма, по суті, є декларативною. Хоча, досить багато відомих українських науковців пропагують ідеї запровадження обов'язкового медичного соціального страхування. Зокрема, відома українська вчена галузі медичного права В. Стеценко обґрунтовує необхідність і публічно-правові засади соціального медичного страхування [167, с. 157]. Визнана в Україні вчена, що спеціалізується з правового регулювання видатків на охорону здоров'я О. Солдатенко вважає, що запровадження обов'язкового соціального медичного страхування в Україні

розширить джерела фінансування видатків на охорону здоров'я [162, с. 227]. На думку фундатора медичного права С. Стеценка, «тісно пов'язаною з організаційною проблематикою є питання запровадження обов'язкового медичного страхування. Україна має зробити цей крок. Не чекаючи поліпшення економічного стану як “комфортної” основи, не чекаючи реформування галузі (яке є процесом досить перманентним). Ми маємо декілька законопроектів, ми маємо належну навчальну літературу, ми маємо позитивні приклади інших країн» [169].

Певними проблемами характеризується і сфера публічних закупівель в галузі охорони здоров'я.

Як вказано в Концепції реформування механізмів публічних закупівель лікарських засобів та медичних виробів, що схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 23.08.2017 р. № 582-р, загальновідомими проблемами у сфері публічних закупівель лікарських засобів та медичних виробів є корупція та обмежена конкуренція, що призводять до публічних закупівель лікарських засобів та медичних виробів за завищеними цінами. За останні декілька років на різних рівнях прийняття рішень накопичилося багато проблем, що призвело до порушення принципу рівності доступу до лікарських засобів та медичних виробів і виникнення ситуації, коли пацієнти залишаються без належного лікування та виникають епідемії, яким можна запобігти за допомогою вакцинації. Були вжиті заходи для впровадження передових практик інших країн (наприклад, застосування референтного цінового пулу, пілотування відшкодування), однак ці ініціативи були припинені. Оскільки наслідками таких проблем у публічних закупівлях лікарських засобів та медичних виробів є загрози для людського життя, збереження існуючої системи здійснення публічних закупівель лікарських засобів та медичних виробів є неприпустимим [134].

Крім того, Рахункова палата виявила у закупівельній діяльності Міністерства охорони здоров'я численні недоліки, зокрема через закінчення терміну придатності загалом не використано лікарських засобів,

імунобіологічних препаратів (вакцин) і медичних виробів за 12 напрямками закупівель (за видами захворювань) на загальну суму 6750,7 тис. грн., а кошти державного бюджету 2015–2017 років, виділені на лікування цих захворювань, використано непродуктивно. Фактично державі завдано істотної шкоди на вказану суму, а пацієнтами не отримано необхідного лікування (з них матеріальні цінності на суму 984,9 тис. грн. вже утилізовано). Зазначені факти містять ознаки кримінальних правопорушень і потребують правової оцінки правоохоронними органами [40].

Таким чином, вважаємо, варто вдосконалити систему публічних закупівель з метою спрощення формалізованих процедур в бік спрощення, запобігання тяганині та корупції, а також значного підвищення економічної ефективності особливо в тих випадках, коли від цього залежить життя і здоров'я пацієнтів – наших співгромадян. Для цього необхідно внести відповідні зміни до Закону України «Про публічні закупівлі».

Глибоко переконані, що проаналізовані вищевказані проблеми правового регулювання публічних видатків в галузі охорони здоров'я є лише окремими проявами більш глибокої та глобальної проблеми – проблеми втілення концепції соціальної правової держави, що закріплена Конституцією України.

Як зазначає В. Вашкович, основним завданням та напрямом діяльності демократичної, соціальної та правової держави є забезпечення прав людини й громадянина на життя, здоров'я, гідність, працю, освіту та інші суспільно-соціальні блага. Таким чином, реалізація соціальної функції держави (а не проста регламентація соціально-економічних прав громадян в законодавстві) є необхідною ознакою соціальної держави [15, с. 115].

На думку О. Головащенко, соціальна держава по суті уособлює особливий, соціально орієнтований тип держави із розвинутою економікою, високим рівнем соціальної захищеності всіх громадян, а також затвердженням принципу соціальної справедливості. З урахуванням вищезазначеного вважаємо, що соціальною є держава, яка активно реалізує широкомасштабну соціальну політику, сприяє здійсненню комплексу соціально-економічних,

екологічних та культурних прав людини і громадянина в обсягах, що дозволяють втілити в життя конституційне визнання людини найвищою соціальною цінністю в суспільстві. Окремого закріплення у конституціях деяких країн світу (ФРН, Швейцарія, Італія, Ірландія) дістали принципи і завдання соціальної держави. [21].

Зокрема, за версією всесвітньо відомого видання «Блумберг», найефективніші системи охорони здоров'я побудовано в таких державах (вказуємо першу двадцятку за рейтингом 2018 року): Гонгконг, Сінгапур, Іспанія, Італія, Південна Корея, Ізраїль, Японія, Австралія, Тайвань, ОАЕ, Норвегія, Швейцарія, Ірландія, Греція, Нова Зеландія, Канада, Франція, Португалія, Фінляндія, Китай [1].

В багатьох вищеперелічених державах в тій чи іншій мірі реалізується концепція соціальної правової, або в крайньому випадку соціальної держави.

Водночас, що є достатньо цікавим, однією з найменш ефективних систем охорони здоров'я, за версією «Блумберг», є американська, де на медицину витрачають близько 16,8% від ВВП, а кожному громадянину вона обходиться у понад 9,5 тисяч доларів на рік. При цьому, середня очікувана тривалість життя у США складає 78,7 років [77].

Таким чином, реалізація концепції соціальної правової держави означає не лише побудову ефективної системи охорони здоров'я, що повністю забезпечуватиме потребу громадян в медичних послугах та лікарських засобах, а й забезпечення на високому рівні інших соціальних прав громадян (право на працю та оплату праці, право на соціальний захист, право на житло, право на освіту, право на участь у культурному житті тощо). Однак, для збільшення видатків, необхідно збільшувати доходи Державного бюджету України, місцевих бюджетів, інших публічних фондів, з яких дані видатки здійснюються. Для досягнення даної мети необхідно переглядати державну податкову політику та здійснювати заходи з розвитку економічного потенціалу держави. Крім того, необхідно розвивати в державі громадянське суспільство, підвищувати рівень правосвідомості громадян, що посилить ефективність

громадського контролю за політикою держави в цілому, а також фінансовий громадський контроль зокрема.

Підсумовуючи викладене, констатуємо, що правове регулювання публічних видатків має дійсно багато проблем, що є системними та перманентними. Основна з них – це невідповідність Конституції та її офіційному тлумаченню багатьох актів чинного законодавства, адже: Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» містить положення про оплату певних медичних послуг пацієнтами; Закону України, що затверджує перелік платних медичних послуг досі немає, натомість даний перелік затверджено постановою Кабінету Міністрів України, основні положення якого визнано Конституційним Судом України неконституційними; не закріплено чіткого законодавчого розмежування понять «медична допомога» та «медична послуга».

Є певні проблеми із запровадженням реформ фінансування охорони здоров'я. Зокрема, це достатньо великі, за європейськими мірками, ліміти пацієнтів на кожного лікаря первинної допомоги, за які заклади охорони здоров'я будуть отримувати кошти за державною програмою медичних гарантій, що є загрозою отримання якісної медичної допомоги; у зв'язку із встановленням вищезазначених лімітів є загроза скорочення доступу до кваліфікованої медичної допомоги в сільській місцевості, отримання медичних послуг в якій було і залишається проблемним, що потребує негайного і ефективного вирішення. Крім того, є проблеми регулювання видатків на здійснення своєї діяльності університетськими клініками, що є одними з найбільш потужних закладів охорони здоров'я, що відповідно сьогоднішнім редакціям нормативно-правових актів не мають можливості отримання фінансування за програмою державних медичних гарантій.

На цей час досі не вирішено питання з визначення правових механізмів запровадження загальнообов'язкового медичного соціального страхування в Україні, що передбачено законом. Водночас, страхова модель медицини успішно розвивається в багатьох успішних країнах світу та обґрунтовується

провідними вітчизняними вченими як ефективний механізм фінансування публічних видатків в галузі охорони здоров'я.

Потребують удосконалення і процедури здійснення публічних закупівель, що по факту визнається вченими, практиками галузі охорони здоров'я, юриспруденції та економіки, а також навіть контролюючими органами. Вищезазначені закупівлі мають проводитися швидко, прозоро, максимально просто, без зайвих бюрократичних формальностей, а головне ефективно для пацієнтів та заощадливо для публічних фондів коштів [154, с. 218].

Саме від вирішення вищевказаних питань буде залежати доступність, якість та ефективність медичної допомоги для пересічного громадянина України, які на реалізацію Конституції та міжнародно-правових актів повинні бути забезпечені державою на найвищому рівні [153, с. 130].

Перші результати реформи фінансування охорони здоров'я характеризуються позитивними тенденціями у вигляді збільшення видатків на оплату праці медичних працівників, яка формується індивідуально в кожному конкретному закладі відповідно до умов колективного договору. Однак правникам-науковцям потрібно в подальшому глибоко аналізувати дану реформу, досліджуючи її вплив на реалізацію законних прав та інтересів усіх учасників медичних правовідносин, в разі необхідності виступати з ініціативою внесення змін до чинного законодавства [155, с. 119].

Однак, всі вищеперелічені проблеми є фрагментарними аспектами однієї глобальної проблеми – проблеми реалізації концепції правової соціальної держави, від успіху втілення якої залежить не тільки ефективність системи охорони здоров'я, а й ступінь реалізації інших соціальних прав людини і громадянина – права на освіту, соціальний захист, гідний життєвий рівень, працю та оплату праці, культуру. До речі, найефективнішими визнані системи охорони здоров'я тих держав, які на законодавчому рівні визначають вектор побудови соціальної правової або соціальної держави (Гонконг, Сінгапур, Італія, Іспанія, Франція, Фінляндія, Канада, Норвегія, Південна Корея, Швейцарія і т.д.). З метою побудови соціальної правової держави необхідно

забезпечити в Україні принаймні три основні умови: розвинуту економіку, збалансовану податкову систему та сформоване громадянське суспільство [153].

Таким чином, глобальною проблемою українського права, в тому числі правового регулювання публічних видатків в галузі охорони здоров'я є втілення концепції правової соціальної держави; основною ж проблемою правового регулювання публічних видатків в галузі охорони здоров'я є невідповідність ст. 49 Конституції України та її офіційному тлумаченню багатьох інших нормативно-правових актів, що регулюють вищевказані відносини. Усі ж інші правові проблеми публічних видатків в галузі охорони здоров'я є окремими проявами вищезазначених глобальної та основної проблем.

Вирішення усіх перелічених проблем потребує швидких та якісних змін до чинного законодавства, про що буде докладно викладено у наступному розділі цієї дисертації.

2.3. Міжнародно-правові стандарти та досвід зарубіжних держав побудови правової моделі здійснення публічних видатків в галузі охорони здоров'я

Питання фінансування такої важливої для життя людей сфери суспільного буття як охорона здоров'я завжди була і залишається значною соціальною проблемою не лише в Україні, а й у багатьох державах світу.

В останні десятиліття у різних державах світу було побудовано різні правові моделі здійснення публічних видатків галузі охорони здоров'я, в основному під впливом концепції соціальної та правової держави.

На цей час Україна проводить реформу фінансування сфери охорони здоров'я, тому варто детально проаналізувати різні системи такого фінансування, що діють у сучасних державах, а також міжнародно-правові стандарти забезпечення населення медичними послугами з метою побудови

оптимальної моделі здійснення публічних видатків в галузі охорони здоров'я з дотриманням міжнародних стандартів прав людини, зокрема фундаментального права на охорону здоров'я.

Так, на думку О. Солдатенко, детальне вивчення упродовж багатьох років зарубіжного досвіду щодо фінансування сфери охорони здоров'я, аналіз законодавчих та нормативно-правових актів України, дослідження практики діяльності суб'єктів сфери охорони здоров'я, дозволяють запропонувати таку систему фінансування сфери охорони здоров'я України:

- 1) Кошти Державного бюджету України;
- 2) Кошти районних та обласних бюджетів;
- 3) Кошти страхових компаній/фондів;
- 4) Приватні кошти громадян для фінансування фізичними особами (за їх власним бажанням) платних послуг, дозволених чинним законодавством України;
- 5) Кошти, залучені на основі публічно-приватного партнерства [161, с. 15-16].

Л. Гамбург у своїй науковій праці пропонує використовувати Україною досвід Республіки Куба з подолання кризи у системі охорони здоров'я, реально гарантувати та забезпечити доступність конституційного права громадян на охорону здоров'я за умови достатнього бюджетного фінансування, що компенсуватиметься активною комерційною діяльністю на світовому медичному та фармацевтичному ринках, надання послуг іноземцям у сферах медичної освіти, лікування та здорового способу життя, раціонально використовуючи інтелектуально-освітній, виробничий і природний потенціал України [19, с. 53].

Г. Дічко вважає, що можуть бути запозичені такі позитивні моменти американської системи охорони здоров'я, як система загальнообов'язкового медичного страхування та впровадження до медичної галузі сучасних інформаційних технологій [34, с. 75].

Є. Кобрусєва пропонує використати в медичній реформі корисний досвід

Польщі, відійти від імітації безоплатної медицини, забезпечити гарантований державою рівень безоплатної медицини, запровадити співоплату на інші послуги та розширити реімбурсацію ліків [51, с. 92].

В розділі фінансування Положення щодо доступності медичної допомоги, прийнятого Всесвітньою медичною асамблеєю (вересень 1988 р.) вказано наступне: «Має розвиватися плюралістична система фінансування, що включає елементи як громадського, так і приватного фінансування. Ця система повинна ґрунтуватися на стандартах однакового підходу і прибутків і з цією метою повинна включати адекватні механізми оплати. Такі механізми повинні бути зрозуміло роз'яснені громадськості з тим, щоб всі зацікавлені особи розуміли умови оплати, можливі для них. Де це доцільно, повинні бути забезпечені заохочення приватним особам, які надають допомогу пацієнтам, які інакше не змогли б отримати її. Жодна людина, що потребує допомоги, не повинна отримувати відмову в ній через нездатність заплатити. Товариство зобов'язане забезпечувати прийнятне субсидування надання необхідної допомоги, допомоги нужденним, а лікарі зобов'язані в прийнятних рамках брати участь в наданні такої субсидованої допомоги. Уряди зобов'язані керувати такою діяльністю чесно і об'єктивно» [90].

Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права в ст. 12 передбачає, що держави, які беруть участь у цьому Пакті, визнають право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я.

Заходи, яких повинні вжити держави-учасниці цього Пакту для повного здійснення цього права, включають ті, які є необхідними для створення умов, які б забезпечували всім медичну допомогу і медичний догляд у разі хвороби [73].

Конвенція МОП про мінімальні норми соціального забезпечення №102, прийнята 04 червня 1952 року, ратифікована Україною відповідно до Закону України «Про ратифікацію Конвенції Міжнародної організації праці про мінімальні норми соціального забезпечення № 102» має розділ II «Медичне обслуговування». Статтями даного розділу передбачено надання медичного

обслуговування за державний кошт захищеним особам, до яких належать:

- a) категорії працюючих, які становлять не менше ніж 50 відсотків усіх працюючих, а також їхніх дружин і дітей;
- b) категорії економічно активного населення, які становлять не менше ніж 20 відсотків усіх жителів, а також їхніх дружин і дітей;
- c) категорії жителів, які становлять не менше ніж 50 відсотків усіх жителів;
- d) випадки, коли діє заява, зроблена за статтею 3, встановлені категорії працюючих, які становлять не менше ніж 50 відсотків усіх працюючих на промислових підприємствах, що мають 20 чи більше працівників, а також їхніх дружин і дітей.

Мінімальний обсяг такого медичного обслуговування має становити:

- a) випадку хворобливого стану:
 - i) обслуговування лікарем загальної практики, включаючи візити додому;
 - ii) обслуговування спеціалізованим лікарем стаціонарних або амбулаторних хворих у лікарнях та таке саме обслуговування, яке може надаватися поза лікарнями;
 - iii) надання основних фармацевтичних засобів, які приписав лікар або інший кваліфікований практик, і
 - iv) госпіталізацію в разі необхідності, і
- b) у випадку вагітності й пологів та їх наслідків:
 - i) обслуговування до, під час та після пологів, що надається або лікарем, або кваліфікованою акушеркою,
 - ii) госпіталізацію в разі необхідності [54].

Бенефіціарій або його годувальник можуть бути залучені до часткової участі в оплаті вартості медичного обслуговування бенефіціарія у випадку його хворобливого стану; правила такої участі визначаються таким чином, щоб вона не виявилась непосильною [54].

Приблизно такі ж стандарти медичної допомоги, але більш широкому колу осіб встановлюють Конвенція МОП про медичну допомогу та допомогу у

випадку хвороби N 130 від 25.06.1969 року (75% мешканців) [53] та Європейський кодекс соціального забезпечення від 16 квітня 1964 року (50 % мешканців) [38].

Європейська конвенція про соціальну та медичну допомогу та Протокол до неї від 11 грудня 1953 року передбачає, що Кожна з Договірних Сторін бере на себе зобов'язання забезпечувати, щоб громадяни інших Договірних Сторін, які на законних підставах знаходяться на будь-якій частині її території, на яку поширюється дія Конвенції, та які не мають додаткових джерел, мали право – рівне з громадянами цієї держави та на цих же умовах – на соціальну та медичну допомогу (надалі – «допомога»), що передбачається час від часу чинним законодавством на цій частині її території [36].

Дванадцять принципів організації охорони здоров'я для будь-якої національної системи охорони здоров'я, що прийняті 17-ю Всесвітньою медичною асамблеєю, Нью-Йорк, США, жовтень 1963 р. визначають, що повинна бути гарантована моральна, економічна і професійна незалежність лікаря. Якщо в будь-якій системі охорони здоров'я винагорода за надання медичних послуг не обмовляється прямою угодою між лікарем і пацієнтом, то адекватна винагорода лікаря повинна забезпечуватися владою. Винагорода за надання медичних послуг має виплачуватися виходячи з обсягу наданих послуг. Розмір винагороди не повинен залежати виключно від фінансового положення влади, які його забезпечують, а також не може визначатися одностороннім рішенням уряду, але повинен узгоджуватися з організацією, що представляє медиків [26].

Відповідно до ч. 1 ст. 13 Європейської соціальної хартії, з метою забезпечення ефективного здійснення права на соціальну та медичну допомогу Сторони зобов'язуються: забезпечити, щоб будь-якій малозабезпеченій особі, яка неспроможна отримати достатніх коштів своїми власними зусиллями або з інших джерел, зокрема за рахунок допомоги по соціальному забезпеченню, надавалась належна допомога, а у разі захворювання забезпечувався догляд, якого вимагає стан її здоров'я [37].

За твердженням І. Зогий та В. Москаленка, у всіх міжнародних документах про права людини стосовно права на здоров'я немає згадки про безоплатність медичної допомоги. Винятком може вважатися ст. 12 Конвенції про ліквідацію всіх форм дискримінації стосовно жінок 1979 р., відповідно до якої жінкам у разі необхідності повинні безкоштовно надаватися медичні послуги, пов'язані з вагітністю. Однак у процесі розробки деяких міжнародних документів обговорювалася проблема безоплатної медичної допомоги, яка в цілому не знаходила підтвердження в експертів і фахівців у галузі медичного права в охороні здоров'я. Логіка побоювання була продиктована тим, що така постановка проблеми про безоплатність медичної допомоги може породжувати у населення хибні ілюзії, створювати завищені очікування, які можуть бути не реалізовані, і, нарешті, що безоплатність медичної допомоги є фактична відмова у повазі особистості та її відповідальності за власне здоров'я [42, с. 265].

Безоплатність медичної допомоги передбачена у конституціях ряду країн, як високорозвинених, так і країн, що розвиваються (Великобританія, Канада, Китай, Куба, Нікарагуа та ін.) У цілому ряді країн термін безоплатність медичної допомоги на практиці застосовується для організації медичної допомоги (обслуговування) окремих соціальних груп населення тільки в тій частині, яка вимагає соціального захисту (Італія, Португалія та ін.) В інших країнах (Болгарія, Греція) безоплатність медичної допомоги реалізується через механізми страхування, а в третіх (Данія, Литва) – тільки через спеціальний закон, в четвертих (Словаччина, Чехія) – і через механізми страхування, і через спеціальний закон. Термін безоплатність медичної допомоги в «прямому» розумінні прописаний в конституціях ряду країн колишнього СРСР (Білорусь, Киргизія, Росія, Таджикистан, Туркменістан і Україна), а в конституціях Казахстану та Молдови – додатково через так званий гарантований рівень [42, с. 266].

В сучасній науковій літературі дослідники виділяють три основні моделі фінансування галузі охорони здоров'я: модель Беверіджа; модель Бісмарка;

ринкова модель.

Модель Беверіджа передбачає фінансування сфери охорони здоров'я до 90% усіх витрат за рахунок бюджету, основу якого формують податкові надходження. Решта 10% включають кошти, які акумулюються за рахунок добровільного медичного страхування, кошти отримані за платні медичні послуги (як правило стоматологічні та інші послуги, що не входять в перелік оплачуваних державою), кошти благодійних організацій, спонсорська допомога. Оскільки основна частина видатків здійснюється з бюджету, то цю модель ще називають бюджетною або державною. Позитивним моментом цієї моделі є те, що кошти чітко контролюються державою і направляються на необхідні напрямки, ціни на медичні послуги майже не змінюються, оскільки їх визначає держава. Існують також недоліки цієї моделі: оскільки ціни на медичні послуги фіксовані, не піддаються законам ринку, то тут має місце і зниження їх якості; формуються великі черги на отримання медичної допомоги різного типу. Модель Беверіджа використовують такі країни: Великобританія, Данія, Ісландія, Ірландія, Норвегія, Фінляндія, Швеція. Модель Бісмарка передбачає фінансуванні сфери охорони здоров'я не менше 60% усіх витрат за рахунок фонду чи фондів обов'язкового медичного страхування. Решта витрат (до 40%) фінансуються за рахунок коштів бюджету, добровільного медичного страхування, коштів отриманих за надання платних медичних послуг, благодійних організацій та спонсорської допомоги, міжнародних програм охорони здоров'я. Згідно даної моделі обов'язковому медичному страхуванню підлягає майже все населення країни [10].

Державні витрати за рахунок медичного страхування превалюють у країнах-членах Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР), країнах з перехідною економікою, а також в окремих західних країнах Тихого океану і Північної Африки. Приватне медичне страхування відіграє ключову роль у багатьох країнах Латинської Америки і США. У Європі фонди медичного страхування відповідають за 70% загальних витрат на охорону здоров'я, при цьому покриваючи послуги майже для 100% населення. Це

стосується систем обов'язкового приватного медичного страхування в Нідерландах і Швейцарії. У Німеччині страхування є обов'язковим, фіксований розмір страхового внеску становить 14,9% від заробітної плати (з 01.01.2009 р. і дотепер). Щорічні витрати лікарняних кас становлять близько 133 млрд євро, при цьому спостерігається тенденція до їх зростання. На послуги лікарняних кас приходиться приблизно 55% загального обігу галузі. Фінансування сфери охорони здоров'я Австрії базується на соціальному страхуванні та субсидується з оподаткування (12%). [181, с. 97–98].

Унікальна канадська модель охорони здоров'я охоплює 10 провінційних систем зі своїми особливостями фінансування й організації. У деяких провінціях джерелом фінансування є податкові надходження до бюджету (тобто неадресні платежі), а інші використовують спеціальні податки та внески. регіони значно відрізняються один від одного за чисельністю та щільністю населення, обсягам регіонального продукту та ресурсного потенціалу. Проте їх об'єднують стандарти медичної освіти та лікування, які давно стали чинниками стабільності та людського розвитку в Канаді. У трикутнику регіони — соціальне обов'язкове медичне страхування — держава найефективніше працюють загальнонаціональні програми охорони здоров'я, які забезпечують кваліфікацію і мобільність робочої сили, гнучкість ринку праці і, як наслідок, позитивно впливають на конкурентоспроможність регіонів (за рахунок зниження витрат на працю). цікаво, що первісно обов'язкове медичне страхування було введено в економічно відсталій провінції Саскачевані, а потім поширилося на інші провінції, бо реформи виявилися дуже вдалим. [46, с. 39–40].

Основними джерелами фінансування американської системи охорони здоров'я є приватне та некомерційне страхування, якими охоплюється приблизно 85% населення (близько 50% застраховано своїми роботодавцями, 10% самостійно застрахованих, решту застраховано у рамках державних програм). Донедавна США була, мабуть, єдиною розвиненою державою, яка не гарантувала своїм громадянам всеохоплюючого медичного страхування —

питання щодо страхування здоров'я вважалось приватною справою кожної особи і на ринку діяли, в основному, приватні страхові компанії. Все змінилося з проведенням медичної реформи, що нормативно закріплена прийнятими у березні 2010 р. Законом про захист пацієнтів та доступний догляд. Реформування охорони здоров'я проходило за часів президентства Барака Обами і отримало неофіційну назву «Obamacare» [34, с. 72–73].

Державне керівництво Республіки Куба обрало пріоритетними для країни напрямками стратегію імпортозаміщення у фармацевтичній та біотехнологічній галузях і включення в міжнародну торгівлю медичними послугами і послугами медичної освіти.

Зараз за Кубою числиться близько 1200 міжнародних патентів на фармацевтичну продукцію та вакцини в більш ніж 50 країнах. Унікальні кубинські розробки затребувані у всьому світі. Так, вакцина проти гепатиту В, винайдена на Кубі, закуповується ВООЗ. Міжнародна торгівля медичними послугами і перетворення Куби на центр медичного туризму в Латинській Америці сприяли поширенню подібного експорту і на медичну освіту. Пріоритетне інвестування отримали й телекомунікаційні технології. Базовою платформою для впровадження інфраструктури електронної системи охорони здоров'я стала телематична мережа INFOMED (La Red Telemática de Salud en Cuba) [19, с. 52].

На наш погляд, потрібно активно та продуктивно вивчати досвід іноземних держав щодо організації здійснення видатків в сфері охорони здоров'я, запозичувати ті аспекти, що будуть підходящими для економічної та соціальної ситуації, яка наразі склалась в Україні. На нашу думку, вище керівництво держави (Президент України, Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України) повинні разом вирішити, чи реально виконати конституційну умову про безоплатність медичної допомоги для громадян України за рахунок видатків державного бюджету України. Якщо це не так, то Верховній Раді України потрібно змінювати Конституцію, що зробити дуже не просто (оскільки це потребує не менше 400 голосів народних депутатів та

затвердження на Всеукраїнському референдумі).

В будь-якому випадку, при обранні нової моделі фінансування, Україна має дотримуватися, в першу чергу, міжнародно-правових стандартів медичного забезпечення. А це означає, що держава має гарантувати необхідну медичну допомогу в разі наявності медичних показань соціально незахищеним категоріям населення (інвалідам, дітям-сиротам, малозабезпеченим громадянам, усім, хто відповідно до своїх доходів не має можливості сплатити за лікування).

У проаналізованих нами міжнародно-правових актах, що регулюють питання забезпечення прав громадян на охорону здоров'я, передбачено доступність для громадян медичної допомоги, але не її безоплатність, оскільки далеко не кожна держава світу спроможна забезпечити бюджетне фінансування. Однак, за міжнародно-правовими стандартами в кожній державі має бути забезпечено доступність медичної допомоги будь-яким верствам населення, тобто оплата за медичні послуги має відповідати платоспроможності громадян. Це означає, що у випадку неспроможності особи оплатити необхідну їй медичну допомогу, державні механізми соціального захисту мають забезпечити такого громадянина необхідним медичним обслуговуванням [149, с. 182].

На нашу думку, у тяжкій економічній ситуації, що склалася в Україні потрібно на даному етапі свого державного розвитку будувати модель обов'язкового соціального медичного страхування і створити відповідний публічний фонд коштів. Внески до цього фонду мають сплачувати, в першу чергу роботодавці, фізичні особи-підприємці, самозайняті особи, а в разі зміни Конституції України шляхом вилучення норми про безоплатність медичної допомоги, також самі працівники у відсотковому співвідношенні від свого доходу (дані внески обов'язково мають бути помірними та реальними до сплати). Страхувальниками даного фонду можуть бути також і заможні пенсіонери, якщо розмір їх пенсій достатньо великий, щоб сплатити такі внески (наприклад, розмір пенсій яких в 10 разів і більше перевищує розмір

прожиткового мінімуму для непрацездатних осіб). Активним учасником даного фонду має бути і держава, що сплачуватиме страхові внески за соціально незахищених членів суспільства, що просто не зможуть сплатити за своє лікування. Побудова такої системи фінансування охорони здоров'я потребує кардинальних змін чинного законодавства, зокрема Конституції України, Законів України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування», «Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» та інших. Також необхідно розробляти та приймати нові законодавчі акти, про що піде мова на наступних сторінках даної дисертації.

Державі також слід активно провадити господарську діяльність в сфері охорони здоров'я, оскільки Україна має значний медичний та фармацевтичний потенціал. Вважаємо, що в цьому аспекті потрібно брати приклад з Куби та розвивати новітні технології у фармації та медицині, впроваджувати в медичну та фармацевтичну практику новітні методи лікування та лікарські засоби, в перспективі значно підвищити експортні показники медичних послуг, лікарських засобів та освітніх послуг з якісної підготовки висококваліфікованих фахівців медицини та фармації. Отримані внаслідок такої господарської діяльності кошти, потрібно спрямовувати на видатки, пов'язані з матеріальним забезпеченням закладів охорони здоров'я, оплату праці медичним працівникам, закупівлю ліків тощо.

Обов'язково слід розвивати мережу університетських клінік, адже медичні університети України є достатньо потужними як за своїм фінансово-економічним, так і науковим потенціалом, а тому мають фінансові та організаційні можливості забезпечити якісне та доступне лікування громадянам України. В цих питаннях має бути налагоджений якісний діалог між державними вищими навчальними закладами та органами місцевого самоврядування, адже перші мають необхідний для розвитку клінік потенціал, а другі мають недофінансовані комунальні лікарні. Якщо ці дві потужності

об'єднати, мережа університетських клінік в Україні може зрости у декілька разів, що значно покращить показники якості та доступності медичних послуг.

При розподілі видатків в сфері охорони здоров'я слід не забувати про забезпечення прав усіх суб'єктів даних правовідносин, в тому числі медичних і фармацевтичних працівників. Потрібно забезпечити оплату їх праці на достатньому рівні, а з часом і на рівні європейських стандартів оплати праці працівників охорони здоров'я.

Державі також потрібно здійснювати активні заходи щодо стимулювання громадян України, іноземців, апатридів, фізичних осіб-підприємців, юридичних осіб приватного права, що надають благодійні внески благодійним організаціям, що здійснюють захист прав пацієнтів, тобто фінансують лікування соціально незахищених категорій населення. Таким суб'єктам держава має встановлювати певні преференції (наприклад, пільги в оподаткуванні, спрощення дозвільних процедур тощо). Особливі преференції мають бути запроваджені державою для тих осіб, що роблять добровільні внески саме до публічного фонду обов'язкового соціального страхування.

У разі недофінансування окремих закладів охорони здоров'я, у державному та місцевому бюджетах мають бути передбачені субвенції для закупівлі обладнання та основних засобів цих закладів. Причому, державні субвенції мають застосовуватись лиш в тому випадку, коли видатки не можуть бути з об'єктивних причин профінансовано з місцевого бюджету.

Не останню роль у фінансуванні видатків грає фінансовий контроль. Необхідно посилити фінансовий контроль, особливо з боку пересічних громадян та громадських організацій з використанням найсучасніших досягнень комп'ютерних та цифрових технологій: на веб-сайтах кожного медичного закладу (в разі відсутності таких – на сайтах органів управління охороною здоров'я) має бути список медикаментів та інших медичних засобів, які мають бути доступні для пацієнтів.

Висновки до розділу 2

1. Виділено наступні тенденції розвитку законодавчого забезпечення публічних видатків в галузі охорони здоров'я за наступними перспективними напрямами: усунення колізій, невідповідностей нормативно-правових актів, що регламентують фінансування галузі охорони здоров'я; забезпечення максимальної доступності медичних послуг та лікарських засобів для пацієнтів, як за їх вартістю, так і за територіальним розташуванням відповідних закладів охорони здоров'я; максимальне піднесення рівня матеріального забезпечення та соціального захисту працівників галузі охорони здоров'я; створення ефективної системи багатоканального фінансування видатків в галузі охорони здоров'я; використання власних надходжень бюджетних установ, підприємств, організацій галузі охорони здоров'я за принципом соціально-економічної доцільності; підтримка соціально-економічного розвитку медичних, фармацевтичних університетів як лідерів не лише в освітньо-науковій діяльності, але й в медичній та фармацевтичній практиці; удосконалення системи публічних закупівель на принципах відкритості та максимальної економічної доцільності.

2. Правове регулювання публічних видатків має багато проблем, що є системними та перманентними. Основна з них – це невідповідність Конституції та її офіційному тлумаченню багатьох актів чинного законодавства, адже: Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» містить положення про оплату певних медичних послуг пацієнтами; Закону України, що затверджує перелік платних медичних послуг досі немає, натомість даний перелік затверджено постановою Кабінету Міністрів України, основні положення якої визнано Конституційним Судом України неконституційними; не закріплено чіткого законодавчого розмежування понять «медична допомога» та «медична послуга».

3. Глобальною є проблема побудови демократичної правової соціальної держави в Україні, від вирішення якої залежить не лише ефективність фіксування охорони здоров'я, але і рівень реалізації інших соціальних прав.

4. Міжнародно-правовими актами, що регулюють питання забезпечення прав громадян на охорону здоров'я, передбачено доступність для громадян медичної допомоги, але не її безоплатність, оскільки далеко не кожна держава світу спроможна забезпечити бюджетне фінансування. Однак, за міжнародно-правовими стандартами в кожній державі має бути забезпечено доступність медичної допомоги будь-яким верствам населення, тобто оплата за медичні послуги має відповідати платоспроможності громадян. Це означає, що у випадку неспроможності особи оплатити необхідну їй медичну допомогу, державні механізми соціального захисту мають забезпечити такого громадянина необхідним медичним обслуговуванням.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПУБЛІЧНИХ ВИДАТКІВ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

3.1. Оптимальна модель фінансування видатків в галузі охорони здоров'я

Питання обрання оптимальної моделі фінансування публічних видатків у галузі охорони здоров'я є дуже важливим, адже на вітчизняну модель фінансування медицини протягом останніх майже трьох десятиліть відбувалось чимало нарікань як з боку представників громадянського суспільства, так і державного апарату. В умовах бюджетного дефіциту модель фінансування Семашка виявилась неспроможною забезпечити потреби всіх учасників правовідносин в сфері охорони здоров'я, а в першу чергу медичних працівників та пацієнтів. З іншого боку, багато критики з'являється останнім часом і в адресу сучасної реформи охорони здоров'я від учених, юристів, медичних та фармацевтичних працівників, організаторів охорони здоров'я. З юридичної точки зору зауваження полягають, перш за все, у невідповідності концептуальних положень даної реформи Конституції України.

Однак, в теоретичному плані питання побудови оптимальної моделі фінансування публічних видатків в галузі охорони здоров'я в контексті відповідності Конституції України та забезпечення потреб громадян ще не вирішено, а реформа фінансування охорони здоров'я ще не завершена, тому з огляду на вищезазначені обставини подальші наукові дослідження в цьому напрямі є надзвичайно актуальними.

У різних державах світу функціонують різні моделі фінансування видатків в галузі охорони здоров'я.

Так, Т. Камінська виділяє наступні моделі організації та фінансування охорони здоров'я:

- патерналістська модель М. Семашка (бюджетне фінансування при відсутності приватних надавачів медичних послуг);
- модель У. Беверіджа (бюджетне фінансування при наявності приватних надавачів медичних послуг);
- модель соціального обов'язкового медичного страхування О. Бісмарка;
- модель приватного медичного страхування [45, с. 284].

З цією думкою згодна більшість вітчизняних дослідників фінансування охорони здоров'я, серед яких Н. Карпишин та М. Комуницька [49], Т. Сіташ [144], О. Камінська [44] та інші.

На думку В. Долота, можна виділити декілька особливостей, які притаманні найбільш розвиненим системам охорони здоров'я:

- фінансуються з трьох основних джерел: відрахування від доходів підприємців, відрахування з державного бюджету та страхові внески населення;
- фінансування медичної допомоги робітникам, службовцям та членам їх сімей здійснюється виключно за рахунок підприємців;
- вільний вибір застрахованою особою лікаря і лікувально-профілактичного закладу, що сприяє конкуренції і поліпшенню якості медичної допомоги та підвищенню уваги до кожного громадянина;
- розвинена система добровільного страхування [35].

Л. Пархета вважає, що проблеми фінансування охорони здоров'я багато в чому вирішуються за рахунок розвитку страхової медицини, яка забезпечує не тільки можливість отримати населенням України належної медичної допомоги, але й передбачає здійснення дієвого контролю з боку страхових організацій за раціональним використанням фінансових ресурсів сфери охорони здоров'я [82].

С. Бойко пропонує додаткові джерела фінансування видатків в галузі охорони здоров'я. До них автор відносить: обов'язкове медичне страхування; добровільне медичне страхування; співплатежі із залученням коштів населення; інноваційні джерела фінансування (різні форми державно-приватного

партнерства, в тому числі фасиліті-менеджмент на основі аутсорсінгу); накопичувальні фонди територіальних громад і благодійні фонди, благодійні внески та пожертвування юридичних і фізичних осіб [9].

А. Бурбела вважає, що в нинішніх українських реаліях, доцільно було б створити модель, яка поєднувала б в собі частково бюджетну систему фінансування, медичне страхування та приватні медичні послуги [11, с. 207].

Для досягнення мети нашого дослідження, необхідно коротко охарактеризувати основні ознаки кожної моделі фінансування видатків в галузі охорони здоров'я.

Визначальними рисами радянської системи охорони здоров'я були: загальнодержавна форма організації, яка відповідала ієрархії політичної системи: від центрального уряду до області й потім – до територіальних закладів охорони здоров'я; централізований характер управління; планування і прогнозування основних показників галузі; потужна ресурсна база і пріоритетність кількісних досягнень: високих нормативів забезпечення населення медичними кадрами, ліжковим фондом, мережею медичних закладів тощо; значна фінансова залежність від коштів бюджету; участь підприємств у фінансовому забезпеченні охорони здоров'я на рівні 15% фінансування потреб галузі [49, с. 115].

Бюджетно-страхова модель фінансування охорони здоров'я (концепція Бісмарка) базується на принципах змішаної економіки, поєднуючи ринок медичних послуг із розвинутою системою державного регулювання і соціальних гарантій та забезпечення доступності медичної допомоги для всіх верств населення. Вона характеризується передусім наявністю обов'язкового медичного страхування (ОМС) усього населення за деякої участі держави у фінансуванні страхових фондів. Держава є гарантом задоволення суспільно необхідних потреб усіх або більшості громадян у медичній допомозі незалежно від рівня доходів, не порушуючи ринкових принципів оплати медичних послуг. До таких країн належать: Австрія – 46 % загального розміру фінансування охорони здоров'я, Польща – 56,9 %, Литва – 58,1 %, Румунія – 62 %, Угорщина

– 62,4 %, Нідерланди – 62,8 %, Бельгія – 64,5 %, Словаччина – 65 %, Німеччина – 66,7 %, Словенія – 68,8 %, Естонія – 70,9, Люксембург – 73,7 %, Франція – 75,7 %, Чехія – 80,8 % [44, с. 147].

Медичне страхування в даній моделі, як правило, є обов'язковим для всіх працюючих за наймом. Величина страхових внесків розраховується на основі розміру заробітної плати і доходів. При цьому відбувається перерозподіл коштів від більш високооплачуваних до менш забезпечених, від молодих і самотніх - до літніх і осіб, які мають великі сім'ї, тобто забезпечується соціальна солідарність всередині групи застрахованих. Оплата страхових внесків здійснюється в різних пропорціях. Так, якщо для Німеччини це співвідношення однакове як для працівників, так і для роботодавців, то у Франції значну частину витрат у фінансуванні страхових фондів бере на себе роботодавець [13].

У моделі Беверіджа (державна система охорони здоров'я) фінансування здійснюється переважно за рахунок державного бюджету, тобто внески збираються через загальну податкову систему – на центральному, регіональному чи місцевому рівнях. Рішення щодо загального обсягу фінансування приймається у процесі планування витрат державного бюджету в цілому. У моделі Беверіджа можуть застосовуватися різноманітні підходи до фінансування системи охорони здоров'я, але головна роль у забезпеченні фондами належить державному сектору [58].

Яскравим представником організації фінансування охорони здоров'я за моделлю Беверіджа є Великобританія. У 2012 р на охорону здоров'я в Великобританії було витрачено близько 9,3% ВВП, з яких державні витрати, регульовані головним чином Національної медичної службою (National Health Service, NHS), склали близько 84% . Джерелом більшої частина цих коштів є загальне оподаткування, а меншою - національне страхування (податок на заробітну плату); так, в 2006–2007 рр. (останній рік, за який є дані) 76% коштів на охорону здоров'я становили відрахування від загального оподаткування і 18% - від національного страхування. NHS також отримує дохід від платежів

тих пацієнтів, які використовують послуги NHS для отримання приватної медичної допомоги (приватні медичні страховки і приватні платежі складають 2,8% і 9% від загальних витрат на охорону здоров'я, відповідно), і з деяких інших другорядних джерел (5% від загальних витрат на охорону здоров'я) [66, с. 28].

Ринкова модель фінансування охорони здоров'я характеризується наступними ознаками. В ринковому суспільстві головною цінністю є ринкові відносини, тобто одержання вигоди двома сторонами. Для постачальників послуг – це максимальний прибуток з мінімальними витратами, для клієнтів – максимальна якість і кількість з мінімальними витратами. І все це в умовах слабкої законодавчої бази і поверхневому контролю держави. Медичні послуги розглядаються як будь-який інший товар, який може бути куплений або проданий відповідно до законів ринку (тобто з мінімальним урахуванням його соціальної, саме гуманістичної специфіки). Ринкова модель ґрунтується на особистих внесках громадян в приватні страхові компанії. Оплата послуг відбувається цільовим призначенням. Сфера охорони здоров'я тут представлена розвиненою системою приватних медичних установ і комерційним медичним страхуванням. Держави, де запроваджена ринкова модель: США, деякі країни Азії, Африки, Латинської Америки [160].

За словами У. Супрун, в США близько 46% грошей на охорону здоров'я виділяють федеральний уряд і уряди штатів. Роботодавці платять 27% витрат на охорону здоров'я. Для таких підприємств податкові пільги. Решта 27% платять приватні особи. На охорону здоров'я США витрачають 16.4% ВВП. Це найбільше в світі. Але велике фінансування не гарантує всім громадянам рівного доступу до медичних послуг. Більше 15 % громадян США взагалі є незастрахованими [170].

Для аналізу наводимо перші двадцять держав світу, в яких за версією всесвітньо відомого агентства «Блумберг», побудовано найефективніші системи охорони здоров'я: Гонгконг, Сінгапур, Іспанія, Італія, Південна Корея, Ізраїль, Японія, Австралія, Тайвань, ОАЕ, Норвегія, Швейцарія, Ірландія,

Греція, Нова Зеландія, Канада, Франція, Португалія, Фінляндія, Китай [1].

Гонконг, Великобританія, Китай, Італія [182], Іспанія, Греція, Ірландія [79, с. 25], ОАЕ [41], Фінляндія [181, с. 98], Норвегія [88], Португалія [172, с. 32], Австралія, Нова Зеландія [67, с. 37] здійснюють фінансування охорони здоров'я відповідно до бюджетної моделі фінансування охорони здоров'я (модель Беверіджа); Сінгапур, Ізраїль, Японія, Швейцарія, Франція [159], Тайвань [184], Канада [145], Південна Корея [143, с. 78] фінансують видатки на охорону здоров'я переважно за моделлю соціального страхування (модель Бісмарка).

Таким чином, серед двадцяти найефективніших систем охорони здоров'я, дванадцять представляють бюджетну модель фінансування (60 %), а вісім – модель обов'язкового страхування (40 %). Відзначимо, що у першій двадцятці держав з найефективнішими системами охорони здоров'я відсутні країни, в яких переважає ринкова модель. А це означає, що нормами Конституції України, на нашу думку, вірно обрано модель бюджетного фінансування як одну з найефективніших у світі.

Основним же недоліком бюджетного фінансування є брак бюджетних коштів, що спрямовуються на фінансування публічних видатків в галузі охорони здоров'я. Тому бюджетне фінансування охорони здоров'я можуть дозволити собі лише ті держави, що мають сильну економіку, великий обсяг ВВП на душу населення.

До речі, важливо зауважити, що втілення будь-якої чистої моделі фінансування на цей час в світі не існує. Ми можемо відносити систему фінансування охорони здоров'я до тієї чи іншої моделі лише умовно, в залежності від того, яка модель переважає в тій чи іншій державі. З наведеного аналізу випливає, що навіть у ліберальній моделі фінансування охорони здоров'я США 46 % видатків здійснюються з федерального бюджету та бюджетів штатів, а 27 % покривають роботодавці.

До недоліків бюджетного фінансування також відносять відсутність ринкових стимулів розвитку закладів охорони здоров'я в цілому та медичних

працівників зокрема. Однак, даний факт, а саме відсутність ринкових механізмів в галузі охорони здоров'я, може сприйматися як позитивний аспект, адже з розвитком суспільного прогресу в сучасній світовій парадигмі трансформації ціннісних орієнтацій здоров'я сприймається не як ринкова, а як соціальна цінність. Саме така позиція закріплена Конституцією України та низкою нормативно-правових актів, в тому числі міжнародних. А надання медичних послуг за своєю природою не є бізнесом в повному сенсі цього поняття, адже здійснюється в першу чергу не з метою отримання прибутку, а з метою досягнення суспільно корисного результату, а саме збереження життя та відновлення здоров'я людини. Якщо ж діяльність в сфері охорони здоров'я здійснюється лише з метою отримання прибутку, така діяльність як мінімум засуджується суспільством, а як максимум до осіб, які застосовують ринкові технології в медицині та фармації, держава застосовує заходи примусу у вигляді юридичної відповідальності.

Так, наприклад, відповідно до ст. 78¹ Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», медичні і фармацевтичні працівники під час здійснення ними професійної діяльності, зокрема, не мають права: одержувати від представників фармацевтичних компаній зразки лікарських засобів для використання у професійній діяльності (крім випадків проведення клінічних досліджень); будь-яким способом рекламувати лікарські засоби та медичні вироби; приховувати інформацію про наявність аналогічних лікарських засобів за нижчою ціною [81].

Кодексом України про адміністративні правопорушення, а саме ст. 44¹ даного Кодексу, передбачено адміністративну відповідальність за порушення вищезазначених обмежень для медичних і фармацевтичних працівників [52].

Не узгоджується з ринковими принципами і положення Женевської декларації, прийнятою 2-ою Генеральною асамблеєю ВМА, за якою кожен лікар зобов'язується піклуватися, перш за все, про здоров'я свого пацієнта, а також незважаючи ні на що, стверджувати людське життя з самого її початку як найвищу цінність, і не використовувати свої знання лікаря всупереч законам

гуманності [39]. Також, на наш погляд, суперечать законам ринку, наступні норми Міжнародного кодексу медичної етики, прийнятого 3-ою Генеральною асамблеєю ВМА:

– лікар не повинен дозволяти фінансовим інтересам впливати на вільне і незалежне виконання професійних рішень в інтересах пацієнтів;

– самореклама лікаря, крім тих випадків коли це дозволено законом даної країни та Кодексом етики Національної медичної асоціації, а також оплата або отримання будь-якої винагороди тільки за передачу чиїхось рекомендацій або тільки за видачу пацієнтові направлень і рекомендацій будь-якого характеру, визнаються неетичними [72].

Аналогічні положення містяться і у Клятві лікаря, затвердженій указом Президента України від 15.06.1992 р. № 349, згідно з якою лікар зобов'язується усі знання, сили та вміння віддавати справі охорони і поліпшення здоров'я людини, лікуванню і запобіганню захворюванням, подавати медичну допомогу всім, хто її потребує та незмінно керуватися у своїх діях і помислах принципами загальнолюдської моралі, бути безкорисливим і чуйним до хворих, визнавати свої помилки, гідно продовжувати благородні традиції світової медицини [50].

Якщо ж говорити про такий недолік бюджетного фінансування охорони здоров'я як відсутність вільної конкуренції, то можемо констатувати, що із запровадженням реформи фінансування охорони здоров'я, що ознаменувалося трансформацією бюджетно-кошторисного методу фінансування у метод фінансування послуг, така конкуренція з'явилась, і отримувачами бюджетних послуг стали не лише державні і комунальні, але й приватні заклади охорони здоров'я разом з фізичними особами-підприємцями, що здійснюють діяльність з медичної практики. До того ж, пацієнти мають право вільного вибору лікаря та закладу охорони здоров'я.

Основними недоліками моделі соціального страхування у фінансуванні видатків в галузі охорони здоров'я (модель Бісмарка) є чутливість такої моделі до демографічних змін у складі населення держави, рівень безробіття, а також

складність управління фінансовими потоками.

Основним недоліком ринкової моделі фінансування видатків в галузі охорони здоров'я є недостатність коштів у значної частини населення для придбання страхових полісів, що покривали б більшість медичних послуг або оплати цих послуг напряму.

Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», в Україні здійснюється спроба побудувати систему фінансування публічних видатків в галузі охорони здоров'я за моделлю Беверіджа, що ґрунтується на державних закупівлях медичних послуг. На нашу думку, дуже схожі моделі побудовано у Великобританії, Іспанії та Португалії. З тією лише різницею, що ВВП на душу населення у вищеперерахованих державах в 9-18 разів вище того ж показнику України. Однак проблеми недофінансування та високого навантаження лікарів великою кількістю пацієнтів у цих європейських державах існує, що дає поштовх успішному розвитку приватної медицини, адже пацієнти часто стикаються з проблемою довготривалих черг при необхідності здійснення лікувальних процедур та маніпуляцій.

За інформацією В. Усенка, ВВП в Україні, за даними Міжнародного валютного фонду, становить 2,262 тис. дол. на одну людину, в Великобританії – 38,85 тис. дол., в Німеччині – 44,18 тис. дол., в США – 59,5 тис. дол., в Канаді – 44 тис. дол.. Виходячи з цих даних, стає зрозуміло, що в країнах з низьким ВВП може бути недостатньо бюджетних надходжень для британської (бюджетної) моделі фінансування охорони здоров'я. Тому в ході впровадження реформи з часом може виникнути змішана модель організації охорони здоров'я [175].

Виходячи з викладеного, на сучасному етапі суспільного розвитку Україна стоїть перед дилемою вибору оптимальної моделі фінансування видатків в галузі охорони здоров'я.

Як свідчить передовий міжнародний досвід та рейтинги найкращих систем охорони здоров'я світу, бюджетна модель фінансування охорони здоров'я, що у тому числі закріплена Конституцією України, є однією з

найефективніших у світі.

Правовий аспект проблеми полягає, в першу чергу, в тому, щоб побудувати таку модель фінансування публічних видатків в галузі охорони здоров'я, яка б одночасно була б ефективною, забезпечувала потреби галузі у фінансових ресурсах, а також концептуально відповідала б нормам Конституції України щодо безоплатної медицини та їх офіційному тлумаченню Конституційним Судом України.

Модель бюджетного фінансування (модель Беверіджа), що в даний час запроваджується в Україні, є досить ефективною, але має ряд суттєвих недоліків, особливо зважаючи на соціально-економічну ситуацію, яка склалася в нашій державі. З огляду на те, що подібні моделі функціонують у державах, які мають значно вищі показники економічного розвитку (Великобританія, Іспанія, Португалія), в Україні може не вистачити бюджетних коштів для повноцінного та ефективного функціонування даної моделі. Про це свідчить факт зриву програми «Безкоштовна діагностика», відсутності нормативно-правової бази, що регламентує надання вторинної та третинної медичної допомоги, факти частих перебоїв у роботі електронної системи e-Health під час виписування електронних рецептів тощо. Непокоїть також той факт, що через порівняно високі нормативи навантаження пацієнтів на одного лікаря існує загрозна тенденція до скорочення кількості закладів охорони здоров'я, особливо в сільській місцевості, що негативно впливає на забезпечення доступності для пацієнта медичної допомоги. Нагадуємо, що чинною Конституцією України заборонено скорочувати діючу мережу державних та комунальних закладів охорони здоров'я. Також, на наше переконання, не відповідатиме Конституції України норма щодо співоплати пацієнтом медичних послуг без затвердженого Законом України переліку платних медичних послуг, чого, на жаль, в Україні досі не зроблено.

Тому, на наш погляд, бюджетного фінансування публічних видатків в галузі охорони здоров'я в Україні не вистачить для повноцінного забезпечення потреб та ефективного фінансування системи охорони здоров'я. Вважаємо, що

в таких умовах варто працювати над залученням додаткових коштів з метою забезпечення фінансування публічних видатків в галузі охорони здоров'я.

В останні роки в тенденціях світового державного будівництва стала домінувати концепція здоров'я як загальносуспільного блага, що має забезпечуватися державою. Тому навіть ринкові моделі фінансування видатків на охорону здоров'я мають державні механізми їх регуляції, наприклад: сплата страхових внесків з державного бюджету, стимулювання роботодавців до медичного страхування своїх працівників. І саме такі механізми має ринкова модель фінансування охорони здоров'я США, що в найближчий час навіть планує збільшити бюджетне фінансування охорони здоров'я.

На нашу думку, Україні також варто запозичити досвід США та багатьох інших держав, що використовують внески роботодавців як одне з джерел фінансування охорони здоров'я. Вважаємо, що даний крок буде виправданим, оскільки:

- це не суперечитиме положенням Конституції України про безоплатність медичної допомоги, оскільки пацієнти не сплачуватимуть внесків, натомість їх сплачуватимуть роботодавці;

- внески роботодавців будуть додатковим джерелом фінансування публічних видатків в галузі охорони здоров'я, що є необхідними для забезпечення потреб галузі в умовах недостатності бюджетного фінансування.

Наступним джерелом фінансування охорони здоров'я має бути дохід від надання платних медичних послуг комунальними та державними закладами охорони здоров'я. Перелік таких послуг має бути затвердженим не постановою Кабінету Міністрів України (сьогоднішній стан), а Законом України згідно офіційного тлумачення Конституції України Конституційним Судом України.

Вважаємо, що Україна має цілком реальні перспективи створити ринок медичних послуг дуже високої якості, адже наша держава має високий рівень розвитку медичної та фармацевтичної науки та освіти. Лідерами високотехнологічної сучасної вітчизняної медицини мають по праву стати університетські клініки як центри медичних та фармацевтичних інновацій з

потужним науково-освітнім та кадровим потенціалом.

Трансформація державних та комунальних закладів охорони здоров'я у потужні сучасні медичні центри сприятиме стрімкому розвитку платних медичних послуг не лише всередині держави, а й серед іноземців. Переконані, що при планомірному розвитку сучасного медико-фармацевтичного потенціалу, Україна має всі шанси стати одним із центрів світового медичного туризму.

Виходячи з викладеного вважаємо, що Україні потрібно будувати модель загальнообов'язкового державного медичного страхування, а функції відповідного фонду покласти на Національну службу здоров'я України. Платниками страхових внесків мають виступити держава, роботодавці, фізичні особи-підприємці та самозайняті особи. Розрахунок страхових внесків потрібно здійснювати за прогресивною шкалою в залежності від прибутків кожного платника. Варто попіклуватись про те, аби страхові внески були незначними для кожного їх платника, що забезпечить стабільність їх оплати.

В регіонах варто розвивати також свої програми розвитку охорони здоров'я, а на рівні закладів охорони здоров'я слід масово запроваджувати надання платних медичних послуг (в тому числі – іноземцям), використовуючи новітні медичні технології.

Основний пріоритет у виборі моделі фінансування охорони здоров'я – максимально забезпечити медичні потреби пацієнтів – громадян України [152, с. 129].

Таким чином вважаємо, що в умовах постійного дефіциту українського бюджету, модель здійснення видатків в галузі охорони здоров'я має будуватися на принципах багатоканального фінансування та повністю відповідати ст. 49 Конституції України щодо безоплатності медичної допомоги, заборони скорочення існуючої мережі лікувальних закладів та порядку надання платних послуг в галузі охорони здоров'я.

3.2. Проблеми конституційно-правової регламентації права на охорону здоров'я в контексті реформування фінансування видатків в галузі охорони здоров'я

Право на охорону здоров'я є одним з найфундаментальніших природних прав людини, що забезпечує її фізичне існування. Тому саме право на охорону здоров'я закріплено цілим комплексом міжнародно-правових актів та регламентовано конституціями багатьох демократичних держав. Не винятком серед цього ряду держав є і Україна, Конституція якої гарантує безоплатну медичну допомогу громадянам у комунальних і державних закладах охорони здоров'я.

Однак, проблеми правової регламентації права на охорону здоров'я так і залишаються не вирішеними та особливо актуальними в контексті реформування фінансування видатків в галузі охорони здоров'я.

На думку С. Стеценка, не вирішеними на сьогодні залишаються такі важливі питання охорони здоров'я, як:

- запровадження на законодавчому рівні обов'язкового медичного страхування;
- забезпечення доступності медичної допомоги, передовсім у сільській місцевості;
- підхід до тлумачення ст. 49 Конституції України щодо безоплатності медичної допомоги та сучасні тенденції реформування охорони здоров'я з приводу «фінансової участі» громадян в охороні власного здоров'я та наданні їм медичної допомоги [168, с. 12].

На переконання В. Стеценка, логічним наступним кроком після завершення основних заходів медичної реформи, має стати запровадження в Україні на законодавчому рівні обов'язкового медичного страхування. Такий крок здатен стати свого роду ременем безпеки при проведенні медичної реформи, яка, як відомо, не завжди відповідає засадам соціальної держави [166, с. 27]. На думку В. Стеценка, це необхідно, зокрема для суспільства в цілому,

оскільки воно буде сприймати обов'язкове медичне страхування як додатковий аргумент соціального забезпечення та уваги з боку держави; власне держави, оскільки механізм витрат коштів на фінансування медичних послуг стане прозорішим, а механізм впливу на лікувально-профілактичні установи, які надають неякісну медичну допомогу дієвішим тощо [166, с. 30].

І. Сенюта вважає, що з огляду на формулювання конституційної норми, її тлумачення Конституційним Судом України, можна твердити, що Закон про медреформу таки обмежує зміст та обсяг права на безоплатну медичну допомогу в державних і комунальних закладах охорони здоров'я [142].

О. Солдатенко вважає, що уже на основі конституційних норм можна визначити, за якою моделлю у певній країні фінансується сфера охорони здоров'я для забезпечення реалізації її громадянами свого права на охорону здоров'я: за моделлю Беверіджа – системою бюджетного фінансування (яка базується на загальному оподаткуванні) чи за моделлю Бісмарка – системою соціального страхування (в основу якої покладено внески на соціальне медичне страхування, що сплачуються роботодавцями та працівниками). Зокрема, з норм Конституції України зрозуміло, що фінансування сфери охорони здоров'я здійснюється державою за рахунок бюджетних коштів (бюджетних видатків) [160, с. 43].

Відповідно до ст. 49 Конституції України, кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена [56].

Вищезазначену норму Конституції інтерпретує рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої статті 49

Конституції України "у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно" (справа про безоплатну медичну допомогу) від 29.05.2002 року N 10-рп/2002 (далі – рішення). В резолютивній частині зазначеного рішення вказано, що Положення частини третьої статті 49 Конституції України "у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно" треба розуміти так, що у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається всім громадянам незалежно від її обсягу та без попереднього, поточного або наступного їх розрахунку за надання такої допомоги.

Поняття медичної допомоги, умови запровадження медичного страхування, у тому числі державного, формування і використання добровільних медичних фондів, а також порядок надання медичних послуг, які виходять за межі медичної допомоги, на платній основі у державних і комунальних закладах охорони здоров'я та перелік таких послуг мають бути визначені законом [139].

Реальний стан речей, який існував протягом тривалого періоду та існує на теперішній момент часу, на нашу думку іде врозріз з вищезазначеним офіційним тлумаченням ст. 49 Конституції. Так, перелік медичних послуг, які надаються на платній основі на сьогодні встановлено не законом, а постановою Кабінету Міністрів України від 17.09.1996 року № 1138 «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах» [109]. Звертаємо увагу, що після офіційного тлумачення ст. 49 Конституційним судом України, вищезазначена постанова діє в Україні вже 17 років.

Крім того, ще раніше було рішення Конституційного Суду України, що стосується конкретно вищезазначеної постанови Кабінету Міністрів України. Мова йде про Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 66 народних депутатів України щодо відповідності Конституції України (конституційності) Постанови Кабінету Міністрів України

"Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти" (справа про платні медичні послуги) від 25.11.1998 р. N 15-рп/98 (справа N 1-29/98) [140].

Даним рішенням Конституційний Суд України визнав розділ I та розділ II Переліку платних послуг, які можуть надаватися в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти, такими, що не відповідають Конституції України [140].

Розділ III Переліку стосується не стільки медичної допомоги, скільки послуг, що можуть надаватися в державних вищих медичних (фармацевтичних) закладах освіти (закладах післядипломної освіти), тому не має прямого відношення до статті 49 Конституції України і, отже, виходить за рамки конституційного подання [140].

До вищевикладеного також варто додати, що у даний момент у провадженні Конституційного Суду України знаходиться конституційне подання 59 народних депутатів України від 07 лютого 2018 року щодо відповідності Конституції України (конституційності) Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 р. № 2168-VIII (Голос України від 30.12.2017 № 248). Рішення по даній справі до цього моменту не винесено.

Зазначимо, що дане подання заслуговує на визнання з професійної точки зору та є досить обґрунтованим. Зокрема, у поданні йдеться про невідповідність Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» наступним нормам Конституції України. Зокрема, у поданні обґрунтовано невідповідність Закону статтям 22, 49, 64 Конституції України. В тому числі, зазначається, що оспорюваним Законом запроваджено механізм, який змінює пряме бюджетне фінансування закладів охорони здоров'я, які надають безоплатну медичну допомогу громадянам, на лише часткову оплату з боку держави медичних послуг, що не відповідає приписам статей 22, 49 Конституції України. Відповідно до статті 22 Конституції України держава виконуючи зазначені вище обов'язки перед людиною має забезпечувати

основоположний принцип, що конституційні права і свободи гарантуються і не можуть бути скасовані. При прийнятті нових законів або змін до чинних законів не допускається звуження змісту та обсягу існуючих прав і свобод (частина 3 статті 22 Основного Закону України) [55].

З приводу розуміння статті 22 Основного Закону України, Конституційний Суд України в Рішенні № 5-рп/2005 зазначив, що конституційні права і свободи гарантуються і не можуть бути скасовані (частина друга) при прийнятті нових законів або внесенні змін до чинних законів не допускається звуження змісту та обсягу існуючих прав і свобод (частина третя). Скасування конституційних прав і свобод – це їх офіційна (юридична або фактична) ліквідація. Звуження змісту та обсягу цих прав і свобод є їх обмеженням і суперечить зазначеній статті Конституції України) [55].

В силу частини третьої статті 49 Конституції України саме на державу покладається обов'язок щодо створення умов ефективного доступного для всіх громадян медичного обслуговування, забезпечення у державних і комунальних закладах охорони здоров'я безоплатної медичної допомоги.

Крім того, в наведеній правовій позиції зазначено, що «Конституційний Суд України з позицій припису частини третьої статті 49 Конституції України, що тлумачиться, пропозиції окремих державних органів щодо необхідності встановлення якихось меж безоплатної медичної допомоги у вигляді її гарантованого рівня, надання такої допомоги лише неспроможним верствам населення чи «у рамках, визначених законом» тощо. Це суперечить положенням статті 3, частини третьої статті 22 та низки інших статей Конституції України. Безоплатна медична допомога, передбачена Конституцією України, повинна надаватись всім громадянам у повному обсязі, тобто задовольняти потреби людини у збереженні або відновленні здоров'я» [55].

На думку суб'єктів подання, вищезазначений Закон суперечить ст. 64 Конституції України, оскільки вказані права людини і громадянина не можуть

бути обмежені, за виключенням умов надзвичайного чи воєнного стану) [55].

Крім того, автори подання стверджують, що Закон не відповідає вимогам ст. 8 Конституції України, що закріплює принцип верховенства права, оскільки використані у Законі юридичні терміни не мають чіткого визначення у чинному законодавстві) [55].

Також у поданні зазначається про невідповідність Закону статтям 19 і 85 Конституції України, оскільки, як вважають автори зазначеного подання, Верховна Рада України не наділена повноваженнями на затвердження інших програм, в тому числі програми медичних гарантій) [9].

Також авторами подання наведено невідповідність Закону ст. 92 Конституції України, оскільки ст. 9 Закону встановлено недопустимість порушення прав пацієнта, крім випадків, передбачених чинним законодавством [9].

Натомість, Конституцією України встановлено, що виключно законами України визначаються права і свободи людини і громадянина, гарантії цих прав і свобод; основні обов'язки громадянина (пункт 1 частини першої ст. 92 Конституції України) [55].

Вищезазначений закон визначає, що програма державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій) - програма, що визначає перелік та обсяг медичних послуг (включаючи медичні вироби) та лікарських засобів, повну оплату надання яких пацієнтам держава гарантує за рахунок коштів Державного бюджету України згідно з тарифом, для профілактики, діагностики, лікування та реабілітації у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами. Згідно ч. 3 ст. 4 вищевказаного закону, програмою медичних гарантій визначаються перелік та обсяг медичних послуг та лікарських засобів, оплата яких гарантується за рахунок коштів Державного бюджету України. А відповідно до ч. 5 ст. 4 цього ж закону, програма медичних гарантій затверджується Верховною Радою України у складі закону про Державний

бюджет України на відповідний рік [99].

Водночас, відповідно до ч. 11 ст. 10 даного закону, у закладах охорони здоров'я державної та комунальної форм власності, які є надавачами медичних послуг за програмою медичних гарантій, обсяг платних медичних послуг, які не входять до програми медичних гарантій, може складати не більше 20 відсотків від обсягу всіх наданих послуг. Відповідно до п. 6 Перехідних положень зазначеного закону, ч. 11 діє до 31 грудня 2024 року [99].

Таким чином, на сьогоднішній час встановленого законом переліку платних медичних послуг не існує. Такий перелік, як сказано вище, затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 17.09.1996 року № 1138, що суперечить рішенню Конституційного Суду України від 29 травня 2002 року, в якому сказано, що такий перелік має бути встановлено законом.

В даному контексті у дуже неоднозначному становищі перебувають керівники закладів охорони здоров'я в питанні надання платних медичних послуг. З одного боку є Конституція, а саме ст. 49 та її вищенаведене офіційне тлумачення Конституційного Суду України. З іншого боку, є постанова Кабінету Міністрів України від 17.09.1996 року № 1138, яку до цих пір не скасовано. Звичайно, якщо порівнювати ці нормативно-правові акти за юридичною силою, Конституція України наділена найвищою юридичною силою та їй повинні відповідати закони та інші нормативно-правові акти. Але, на жаль, так склалося, що в Україні діють не Конституція та закони, а саме підзаконні нормативно-правові акти (постанови Кабінету Міністрів України, накази міністерств та відомств тощо), які дуже часто суперечать Конституції та законам України.

Варто також вказати, що дане питання є дуже серйозним з юридичної точки зору, адже за незаконне вимагання грошей у пацієнтів за надану медичну допомогу (послуги) передбачена юридична відповідальність, в тому числі і кримінальна. Так, відповідно до ст. 184 Кримінального кодексу України «Порушення права на безоплатну медичну допомогу» незаконна вимога оплати за надання медичної допомоги в державних чи комунальних закладах охорони

здоров'я - карається штрафом до ста неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або арештом на строк до шести місяців [59].

Однак органи виконавчої влади, зокрема Міністерство охорони здоров'я України своєю розпорядчою діяльністю здійснює певні заходи, спрямовані на захист прав пацієнтів в частині отримання лікування та медикаментів за бюджетні кошти.

Так, наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26.04.2017 року № 459 затверджено Порядок розміщення на інформаційних стендах у закладах охорони здоров'я інформації щодо наявності лікарських засобів, витратних матеріалів, медичних виробів та харчових продуктів для спеціального дієтичного споживання, отриманих за кошти державного та місцевого бюджетів, благодійної діяльності і гуманітарної допомоги (далі – Порядок). Як зазначається у самому наказі, він прийнятий з метою забезпечення вільного доступу громадян до інформації щодо наявних у закладах охорони здоров'я лікарських засобів, витратних матеріалів та медичних виробів [117].

Вищезазначений Порядок передбачає, що оприлюднення інформації щодо наявних у закладах охорони здоров'я державної та комунальної форм власності лікарських засобів, витратних матеріалів, медичних виробів та харчових продуктів для спеціального дієтичного споживання щотижнево забезпечує відповідальна особа, призначена із числа працівників відповідного закладу охорони здоров'я. Також порядком визначено, що інформаційний стенд розміщується всередині біля виходу із закладу охорони здоров'я у місцях вільного доступу для пацієнтів та відвідувачів (у тому числі людей з обмеженими можливостями) та в кожному відділенні, де перебувають на лікуванні стаціонарні хворі [117].

Єдине, що викликає зауваження у вищенаведеному Порядку, то це відсутність норми щодо розміщення інформації про наявні у закладах охорони здоров'я державної та комунальної форм власності лікарських засобів, витратних матеріалів, медичних виробів та харчових продуктів для спеціального дієтичного споживання на веб-сайтах закладів охорони здоров'я

та постійне її оновлення. На нашу думку, дана вимога повністю відповідає потребам часу та вписується у діючу в державі концепція електронної системи охорони здоров'я (e-health), що передбачена, зокрема і Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення».

Також, наказом МОЗ України від 25.07.2017 року № 848, керівників закладів охорони здоров'я, що належать до сфери управління Міністерства охорони здоров'я України, Міністру охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, керівникам структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій зобов'язано забезпечити розміщення закладами охорони здоров'я, що знаходяться у сфері їх управління, інформації про надходження і використання благодійних пожертв від фізичних та юридичних осіб на потреби таких закладів охорони здоров'я. Відповідно вищезазначеному наказу, таку інформацію слід розміщувати щоквартально не пізніше десятого числа місяця, наступного за звітним кварталом не пізніше десятого числа місяця, наступного за звітним кварталом на території закладу охорони здоров'я у загальнодоступному місці, а також на офіційному веб-сайті закладу охорони здоров'я та/або офіційних веб-сайтах Міністерства охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій [124].

Таким чином здійснюється контрольна функція в сфері фінансової діяльності закладів охорони здоров'я. Адже вже зовсім не секрет, що у державі існує так звана «тіньова» або корупційна складова фінансової діяльності, в тому числі і закладів охорони здоров'я. Адже відсутність інформації у пацієнта про наявність у закладі охорони здоров'я того чи іншого медичного препарату створює сприятливі умови в тому числі і для корупційних маніпуляцій із залученням медичного персоналу закладу охорони здоров'я. В результаті зазначених маніпуляцій пацієнт може придбати за власні кошти ті медичні препарати, які наявні у закладі охорони здоров'я (ще гірше, якщо він дасть на них кошти, скористається правом добровільного медичного страхування,

зробить внесок у благодійний фонд тощо). Підсумком всіх вищенаведених не зовсім законних заходів може бути отримання неправомірної вигоди – тобто вчинення корупційного правопорушення.

Важливість прийнятих Міністерством охорони здоров'я вищенаведених наказів полягає насамперед не тільки в активізації контрольної функції самого Міністерства, але й створення передумов щодо залучення до контролю публічних видатків охорони здоров'я інститути громадянського суспільства – громадські та благодійні організації, що створені з метою захисту прав пацієнтів, а також безпосередньо самих пацієнтів. Маючи таку нормативну базу інститути громадянського суспільства можуть проводити широку інформаційну кампанію, ряд право виховних та правоосвітніх заходів щодо доведення до відома широкої пацієнтської громадськості вищезазначених наказів, розробляти методичні рекомендації для пацієнтів щодо відстоювання свого права на безоплатну медичну допомогу, гарантовану Конституцією. Пацієнти, в свою чергу, матимуть реальну можливість відстояти свої права.

Виходячи з викладеного, вважаємо, що нинішній стан правового регулювання видатків на охорону здоров'я не відповідає Конституції України, в перш чергу ст. 49. Потрібно привести правове регулювання означених питань у відповідність до ст. 49 Конституції України та правової позиції Конституційного Суду України, а саме: скасувати постанову Кабінету Міністрів України від 17.09.1996 року № 1138, а натомість прийняти Закон України, яким визначити повний перелік медичних послуг, що надаватимуться в державних та комунальних закладах охорони здоров'я на платній основі. При цьому, перелік даних послуг потребує всеукраїнського обговорення в широких колах нашого суспільства – медичної та пацієнтської громадськості з метою отримання в кінцевому результаті дійсно виваженого рішення, виходячи з принципів соціальної та правової держави, виключної важливості ефективної реалізації права на охорону здоров'я для кожного громадянина нашої держави. Тому, даний перелік має включати, по-перше, лише медичні послуги, що мають другорядне значення для організму людини, тобто які застосовуються не за

медичними показаннями, а за бажанням пацієнта (наприклад, профілактичний масаж, косметичні процедури тощо). По-друге, з метою соціального захисту громадян, у випадку необхідності надання медичних послуг, що стосуються трудових відносин, покласти оплату за ці послуги на роботодавців.

Окремо слід зазначити про позитивні демократичні тенденції в сфері охорони здоров'я, в тому числі у забезпеченні невід'ємних конституційних прав пацієнтів. Однак, потрібно сприяти посиленню важелів контролю щодо фінансування сфери охорони здоров'я з боку пацієнтської громадськості, що в свою чергу покращить рівень реалізації конституційних прав пацієнтів та забезпечить подальшу перспективну побудову громадянського суспільства, соціальної та правової держави в Україні [151, с. 256].

Виходячи з викладеного вважаємо, що українське законодавство, що регулює здійснення публічних видатків в галузі охорони здоров'я, має розвиватися у бік приведення його у відповідність до ст. 49 Конституції України.

3.3. Реформування системи законодавства в сфері регулювання публічних видатків в галузі охорони здоров'я

Питання реформування законодавства в сфері регулювання публічних видатків в галузі охорони здоров'я стало досить актуальним для України з початком отримання нею статусу незалежної держави, що ознаменувався переходом до ринкової моделі економіки. Нові економічні реалії миттєво відобразились на стан фінансування соціальної сфери, передусім освіти та охорони здоров'я. Система Семашка, що ґрунтується на виключно бюджетному утриманні мережі закладів охорони здоров'я, не може ефективно працювати через систематичне недофінансування та нераціональне використання наявних ресурсів. Крім того, уже приватизовані підприємства почали масово відмовлятися від закладів охорони здоров'я, які вони традиційно утримували, і

передавали їх органам місцевого самоврядування, уже на бюджетне утримання, що не витримувало вже існуючої мережі закладів.

Революційні, докорінні зміни розпочалися з 2017 року з прийняттям основних нормативно-правових актів, що регламентують сучасну реформу фінансування охорони здоров'я. Однак, дана реформа викликає досить багато критичних зауважень як збоку юристів, економістів, державних управлінців, так і збоку організаторів охорони здоров'я, медичних працівників та пацієнтів.

Один з відомих дослідників правових питань охорони здоров'я З. Гладун ще у 2007 році висловлював думку, що одним із наступних кроків розвитку системи охорони здоров'я, як видається, стане запровадження в країні загальнообов'язкового соціального медичного страхування [20].

На думку Д. Карамішева, О. Вашєва, А. Немченка, Б. Волоса, на шляху до реформування системи фінансування охорони здоров'я в Україні необхідно зберегти державний контроль за механізмами забезпечення обсягу та якості медичної допомоги за рахунок бюджетного фінансування, маючи на увазі кошти Державного та місцевих бюджетів, та залучення додаткових фінансових джерел, якими мають бути кошти загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування та добровільного медичного страхування, кошти накопичувальних фондів територіальних громад і благодійних фондів, благодійні внески та пожертвування юридичних та фізичних осіб, кошти, одержані за надання платних медичних послуг, а також з інших джерел, не заборонених законодавством [47].

Як вважає І. Кринична, реалізація реформ системи охорони здоров'я буде успішною за умови зміни системи оплати праці, що дозволить зменшити інтенсивність міграції медичних працівників; зменшення дефіциту управлінських кадрів та залучення значних додаткових коштів. На погляд дослідниці, ці питання може вирішити широке запровадження державно-приватного партнерства в галузі охорони здоров'я України [60, с. 144].

З приводу реформи фінансування охорони здоров'я Ю. Гришан зазначає, що принципи реформування системи охорони здоров'я в Україні мають

базуватися на досягненні максимального охоплення населення медичними послугами, можливості одночасного забезпечення всіма необхідними медичними послугами всього населення, можливості вирівнювання якісної та фінансової сторін медичної послуги для всіх верств населення. Цього можна досягти шляхом впровадження чотирьох основних напрямів реформ: диверсифікація каналів і джерел фінансування системи, зміни в системі надання медичних послуг з урахуванням оптимального поєднання якості та ефективного фінансового забезпечення, проведення превентивної політики у всіх сферах соціально-економічного життя, спрямованої на покращення загального стану здоров'я населення, зміни структури державного апарату управління системою охороною здоров'я та принципів його роботи [25, с. 19].

На погляд А. Янчука, реформування системи охорони здоров'я буде ефективним лише у поєднанні із муніципальною реформою, адже спроможним територіальним громадам, органам місцевого самоврядування можуть бути надані додаткові повноваження, на них покладатимуться додаткові обов'язки в частині розробки пропозицій та рекомендацій щодо реалізації на рівні госпітального округу державної політики у сфері охорони здоров'я, розробки і впровадження місцевих програм охорони здоров'я, а їх зусилля мають бути направлені на розвиток та збереження мережі існуючих комунальних закладів охорони здоров'я [186].

З позиції І. Моленя, Україні необхідно обрати свій оптимальний варіант моделі системи охорони здоров'я для того, щоб досягнути результатів на рівні європейських країн. Для забезпечення повної реалізації такої реформи потрібна велика та кропітка робота, одним із завдань якої є створення сучасної моделі фінансування системи охорони здоров'я європейського зразка. Така модель повинна бути чітко врегульована досконалими та ефективними законодавчими та нормативно-правовими актами, які регламентуватимуть комплексне перетворення системи охорони здоров'я в Україні [76, с. 84].

І. Сенюта вважає, що запроваджена в Україні реформа фінансування охорони здоров'я порушує закріплене Законом України «Основи законодавства

України про охорону здоров'я» право на вибір лікаря. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» закріпив норму, що людина, яка хоче отримати медичну допомогу в рамках Програми державних фінансових гарантій, має право на вільний вибір лікаря тільки на первинній ланці. Лікаря на вторинній призначає керівник ЗОЗ або уповноважена ним особа (крім таких спеціальностей, як стоматологія, педіатрія, акушерство, або якщо це диспансерний хворий). Якщо ж медична допомога надаватиметься поза цією Програмою, зберігатиметься право на вільний вибір лікаря на всіх ланках. Крім того, експерт вважає, що вищезазначеною Програмою порушується конституційне право на безоплатність медичної допомоги, оскільки закладається гарантований рівень [86].

Як зазначає Д. Шатковська в контексті підвищення дієвості законодавства про охорону здоров'я, необхідна правова підтримка заходів, спрямованих на формування здорового способу життя, профілактику хвороб, широке інформування населення про цілі, зміст, шляхи реалізації, труднощі правового регулювання. У той же час, важливо формувати відхід від суто споживацьких позицій, що, безумовно, вимагає особливої уваги до правових норм, що визначає співвідношення прав і обов'язків громадян, відповідальності громадян за збереження власного здоров'я [180, с. 63].

На нашу думку, реформування системи законодавства в сфері публічних видатків в галузі охорони здоров'я слід почати негайно із затвердженням нової Концепції реформування фінансування охорони здоров'я Кабінетом Міністрів України. Даною концепцією має бути передбачено страхову модель фінансування охорони здоров'я (модель Бісмарка). Основними джерелами фінансування мають бути внески Державного бюджету України, роботодавців (юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців), а також самозайнятих осіб і фізичних осіб підприємців, що не використовують найману працю. Розмір страхових внесків має залежати від прибутку (доходу) платника, вираховуватися у відсотковому відношенні до вищевказаного доходу, мати

цілком прийнятне значення для платника. Вважаємо за необхідне в питанні оплати страхових внесків запозичити принцип, що діє у Великобританії: «Багатий платить за бідного, здоровий за хворого». Національній службі здоров'я України потрібно надати статус державного страхового фонду і наділити функціями адміністрування страхових внесків та страхових платежів.

Так, за офіційними статистичними даними в Україні в 2018 році налічувалося 16,2 млн. офіційно працюючих осіб (не рахуючи фізичних осіб-підприємців та самозайнятих осіб, що офіційно здійснюють свою діяльність) [164].

Якщо рахувати, що середній розмір страхового внеску від роботодавців буде складати 200 грн. на одну особу, що, на нашу думку, є помірним розміром навіть для України (якщо враховувати, наприклад, що 50 грн. буде мінімальним внеском, а 350 грн. буде максимальним внеском), то за рік можна акумулювати 38,88 млрд. гривень. Оскільки сума видатків зведеного бюджету України на охорону здоров'я в 2019 році складає 131, 7 млрд. гривень [74], то вищенаведена сума складає 29,5 % суми загальних видатків, що є досить відчутним поповненням, оскільки збільшить обсяг загальних публічних видатків в галузі охорони здоров'я України майже на третину.

Органи місцевого самоврядування необхідно зобов'язати щороку приймати місцеві програми соціально-економічного розвитку охорони здоров'я, в рамках яких мають здійснюватися видатки на розвиток матеріально-технічної бази комунальних закладів охорони здоров'я, закупівлю ремонтних та інших необхідних робіт та послуг, фінансування проблемних питань, пов'язаних з публічними видатками на охорону здоров'я.

Положення нової Концепції фінансування охорони здоров'я варто імплементувати в загальне законодавство про охорону здоров'я. За нашим переконанням, з метою систематизації законодавства в цій сфері необхідно підготувати та прийняти один змістовний, об'ємний, але зручний для сприйняття й подальшого опрацювання нормативно-правовий акт вищої юридичної сили – Кодекс України про охорону здоров'я.

Вищезазначений документ має носити саме таку назву, оскільки об'єднаним предметом регулювання зазначеного акту будуть відносини в сфері охорони здоров'я, що мають спільну юридичну природу, спільні принципи правового регулювання та охоплюють відносини з приводу здійснення медичної та фармацевтичної практики, народної медицини (цілительства), управління в галузі охорони здоров'я, інших видів діяльності в сфері охорони здоров'я.

Кодекс України про охорону здоров'я має складатися з окремих частин, розділів, підрозділів та статей. Окремими частинами Кодексу України про охорону здоров'я, на наш погляд, мають бути:

«Загальні положення», що визначатимуть основні поняття даного Закону, засадничі начала (принципи) правового регулювання відносин в сфері охорони здоров'я, основні напрями державної політики щодо повноцінного та ефективного забезпечення прав громадян та інших осіб на охорону здоров'я;

«Управління в галузі охорони здоров'я», що визначатиме основні принципи державного та самоврядного управління в галузі охорони здоров'я, органи державного та самоврядного управління цією галуззю, їх статус, завдання, функції, компетенцію, основи державного та громадського контролю за діяльністю органів управління;

«Фінансування публічних видатків в галузі охорони здоров'я», що відобразатиме концепцію фінансування публічних видатків в галузі охорони здоров'я за моделлю загальнообов'язкового медичного соціального страхування Бісмарка (без участі громадян в якості платників страхових внесків), основи державної політики мобілізації додаткових фінансових ресурсів з метою фінансування видатків в галузі охорони здоров'я, основи державного та громадського фінансового контролю в галузі охорони здоров'я (фінансовий контроль має обов'язково передбачати тотальну транспарентність фінансових операцій, що забезпечують здійснення публічних видатків в галузі охорони здоров'я, на основі діджиталізації правовідносин у сфері охорони здоров'я), підтверджувати положення Конституції України про безоплатне

надання медичної допомоги, затверджуватиме перелік платних медичних послуг в галузі охорони здоров'я, особливості фінансування закладів охорони здоров'я в сільській місцевості;

«Правове регулювання медичної діяльності», що має закріплювати види медичної допомоги та правові основи надання кожного виду медичної допомоги, основні права, соціальні гарантії та обов'язки, обмеження медичних працівників і пацієнтів, способи захисту законних прав та інтересів медичних працівників та пацієнтів, стандартизацію та ліцензування медичної практики, статус медичних закладів та їх види (в тому числі особливий статус університетських клінік як лідерів вітчизняної охорони здоров'я), основи юридичної відповідальності у медичній практиці;

«Правове регулювання фармацевтичної діяльності», що має регламентувати правові основи створення та обігу лікарських засобів, стандартизацію та ліцензування фармацевтичної діяльності, види фармацевтичної діяльності, статус аптечних закладів та правові основи організації їх діяльності, основні права, соціальні гарантії та обов'язки, обмеження фармацевтичних працівників і споживачів лікарських засобів, способи захисту законних прав та інтересів медичних працівників та пацієнтів, основи юридичної відповідальності у фармацевтичній діяльності;

«Правові основи організації медичної та фармацевтичної освіти», що має визначати правовий статус закладів медичної освіти, а також правовий статус педагогічних, науково-педагогічних працівників та здобувачів освіти в закладах медичної освіти, безперервний професійний розвиток медичних та фармацевтичних працівників, правові основи взаємодії закладів медичної освіти та закладів охорони здоров'я;

«Правове регулювання інших видів діяльності в сфері охорони здоров'я», що визначає основи правового регулювання народної медицини (цілительства), домедичної допомоги, фізкультурно-оздоровчої діяльності, охорони праці, охорони навколишнього природного середовища, діяльності громадських організацій оздоровчого напрямку та інших видів діяльності в сфері охорони

здоров'я.

Зокрема, вважаємо, що частина третя Кодексу України про охорону здоров'я «Фінансування публічних видатків в галузі охорони здоров'я», має містити нижченаведені розділи.

«Розділ 1. Загальні засади фінансування публічних видатків в галузі охорони здоров'я», де буде визначено, що медична допомога в державних та комунальних закладах охорони здоров'я громадянам України надається безоплатно, а саме за рахунок загальнообов'язкового соціального медичного страхування, що гарантується державою та здійснюється за рахунок внесків з Державного бюджету України, а також внесків роботодавців (юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців і самозайнятих осіб, що використовують найману працю), фізичних осіб-підприємців та самозайнятих осіб, що здійснюють свою діяльність без використання найманої праці. На регіональному рівні органи місцевого самоврядування здійснюють фінансування комунальних закладів охорони здоров'я відповідно до місцевих програм соціально-економічного розвитку охорони здоров'я. Додатковими джерелами фінансування галузі охорони здоров'я є кошти від надання платних медичних та інших послуг, міжнародної гуманітарної допомоги, благодійні внески фізичних та юридичних осіб, інші, не заборонені законодавством джерела, в тому числі кошти добровільного медичного страхування. Публічні видатки в галузі охорони здоров'я здійснюються на засадах соціальної справедливості, солідарності, загальнодоступності медичної допомоги для усіх громадян України. Даним розділом також будуть визначатись загальні засади економічного обґрунтування та механізм формування страхових виплат, що будуть здійснюватись Національною службою здоров'я України надавачам медичних послуг.

«Розділ 2. Закупівля медичних послуг за кошти загальнообов'язкового соціального медичного страхування», що визначає порядок оплати Національною службою здоров'я як соціальним страховим фондом страхових платежів закладам охорони здоров'я різних форм власності та фізичним

особам-підприємцям, що у встановленому законом порядку здійснюють господарську діяльність з медичної практики. Національна служба здоров'я сплачує страхові виплати надавачам медичних послуг на договірній основі. Оплачувані послуги Національною службою здоров'я України за програмою медичного соціального страхування є усіма видами послуг, що можуть бути наданими відповідно до медико-технологічних можливостей комунальними та державними закладами охорони здоров'я з усіх встановлених законодавством видів медичної допомоги (екстреної, первинної, вторинної, третинної, паліативної, медичної реабілітації), що надаються за державними стандартами, затвердженими Міністерством охорони здоров'я України, окрім переліку платних медичних послуг, що затверджений цим Кодексом. Надавачами медичних послуг можуть бути комунальні та державні заклади охорони здоров'я, що здійснюють свою діяльність у формі комунальних некомерційних підприємств та державних підприємств, за винятком особливостей, визначених даним кодексом. Надавачам медичних послуг первинної медичної допомоги Національна служба здоров'я України буде сплачувати кошти залежно від кількості укладених декларацій, вторинної медичної допомоги – в залежності від кількості консультацій та діагностичних процедур (в амбулаторних умовах) або кількості пацієнтів, що пройшли курс лікування і кількості проведених операцій чи маніпуляцій (в умовах стаціонару). Оплата Національною службою здоров'я надавачам медичних послуг за послуги з третинної, паліативної, екстреної медичної допомоги, та медичної реабілітації здійснюється в залежності від кількості обслугованих пацієнтів та кількості проведених операцій чи маніпуляцій. Причому, послуги вторинної, та третинної медичної допомоги за програмою загальнообов'язкового соціального медичного страхування можуть надаватися не лише за направленням лікаря первинної медичної допомоги, але й без такого направлення.

Хочемо звернути увагу, що саме вищенаведене регламентування порядку здійснення публічних закупівель медичних послуг знімає гострі питання наступних правових проблем:

– проблема обмеження прав пацієнтів на отримання безоплатної медичної допомоги в державних та комунальних закладах охорони здоров'я затвердженим переліком медичних послуг в рамках програми державних медичних гарантій, який передбачено низкою норм, що регламентують проведення сучасної реформи фінансування охорони здоров'я вирішується шляхом законодавчого закріплення обов'язку державних та комунальних закладів охорони здоров'я надати усі можливі послуги, що лише спроможні надати дані заклади, окрім платних медичних послуг, перелік яких затверджується законом і дані послуги мають допоміжний, другорядний характер;

– проблема надавача медичних послуг - казенного підприємства, яка полягає у невідповідності закладу охорони здоров'я низці вимог Господарського кодексу України, що ставляться до казенного підприємства, а також порушенні принципу конкурентності по відношенню до деяких бюджетних установ державної форми власності, державних підприємств чи організацій, що мають можливість бути засновниками державних (але не казенних) підприємств з метою здійснення медичної практики вирішується законодавчим наданням статусу надавача медичних послуг за програмою загальнообов'язкового соціального медичного страхування;

– проблема надання медичних послуг з вторинної та третинної медичної допомоги за програмою державних медичних гарантій лише за направленням лікаря первинної медичної допомоги, а без відповідного направлення – надання цих же послуг на платній основі, що розглядалася як незаконна відмова пацієнту лікарем та порушення права пацієнта на безоплатну медичну допомогу знімається законодавчим закріпленням норми, яка визначає, що пацієнт має право безоплатно отримати послуги за програмою загальнообов'язкового соціального медичного страхування і без направлення лікаря первинної медичної допомоги, якщо такий пацієнт має медичні показання.

«Розділ 3. Закупівля лікарських засобів за кошти загальнообов'язкового

соціального медичного страхування», що передбачає процедуру реімбурсації лікарських засобів відповідно до договорів Національної служби здоров'я України з господарюючими суб'єктами, що провадять діяльність з торгівлі лікарськими засобами відповідно до чинного законодавства України. Міністерство охорони здоров'я України має періодично затверджувати і оприлюднювати перелік лікарських засобів, що підлягають реімбурсації (ліки від діабету, бронхіальної астми, серцево-судинних захворювань, як і передбачено на сьогодні). По реімбурсації ліки мають відпускатися по електронним рецептам, однак слід передбачити зворотний зв'язок пацієнта з операторами електронної системи охорони здоров'я в разі проблемних питань і ефективний механізм їх вирішення (стався збій і рецепт не дійшов, помилково надійшов рецепт іншого пацієнта тощо). Лікарські засоби з лікування соціально небезпечних хвороб (СНІД, туберкульоз, гепатити тощо) а також вакцини мають закуповуватись спеціально створеним закупівельним підрозділом Національної служби здоров'я України, а інші ліки мають закуповуватися відповідними підрозділами обласних філій Національної служби здоров'я України з метою спрощення контролю даних операцій, зменшення корупційних ризиків і мінімізації загрози економії на лікарських засобах, що може призвести до негативних наслідків для здоров'я пацієнтів. Закупівлі лікарських засобів мають здійснюватись із дотриманням діючого законодавства про публічні закупівлі з використанням електронної системи закупівель. Учасниками закупівель лікарських засобів мають бути лише виробники цих лікарських засобів, крім ситуацій, коли виробник унікального препарату відмовиться від участі в таких закупівлях.

«Розділ 4. Фінансування видатків на оплату праці в галузі охорони здоров'я», який має визначити, що вартісне вираження оплати праці медичного працівника є складовою формування вартісного вираження страхового тарифу, що підлягає сплаті надавачам медичних послуг. Страховий тариф формується в залежності від виду медичної послуги в розрахунку на медичне обслуговування одного пацієнта, що уклав декларацію з надавачем медичних послуг (первинна

допомога), одного пацієнта, що пройшов курс лікування та кількості і виду медичних втручань (вторинна медична допомога – стаціонар), кількості наданих консультацій (вторинна медична допомога – амбулаторні умови) і т.д.. Таким чином, надавач медичних послуг має оплатити працю медичних працівників залежно від її обсягу та/або кількості пацієнтів відповідно до значень, врахованих при формуванні тарифу.

«Розділ 5. Фінансування видатків закладів охорони здоров'я згідно місцевих програм соціально-економічного розвитку» має передбачати обов'язок органів місцевого самоврядування кожного року розробляти, затверджувати і виконувати місцеві програми соціально-економічного розвитку охорони здоров'я, самостійно визначаючи пріоритетні напрями такого розвитку, і планомірно фінансувати видатки, передбачені даною програмою.

«Розділ 6. Особливості фінансування видатків на медичні науково-дослідні інститути, університетські клініки та клінічні бази закладів вищої медичної освіти як осередків розвитку вітчизняної медицини», що має визначати статус провідних науково-дослідних інститутів Міністерства охорони здоров'я України та Національної академії медичних наук України як національних лідерів медицини, а університетських клінік як регіональних лідерів медицини. Статус науково-дослідних інститутів має передбачати фінансування окремої програми соціально-економічного розвитку національних лідерів медицини, а статус університетських клінік має передбачати додаткове фінансування університетських клінік за місцевими програмами соціально-економічного розвитку тих регіонів, де такі університетські клініки визнані регіональними лідерами медицини. Університетські клініки також мають бути надавачами медичних послуг за програмою загальнообов'язкового соціального медичного страхування, незважаючи на статус державних установ. Також Бюджетним кодексом України потрібно надати дозвіл закладам вищої медичної освіти здійснювати фінансове забезпечення надання медичних послуг університетськими клініками з власних надходжень, отриманих від здійснення основної діяльності –

підготовки студентів. Для цього необхідно внести відповідні зміни до ч. 4 ст. 13 Бюджетного кодексу України [12].

На цей час законодавством, що регламентує сучасну трансформацію охорони здоров'я, фінансування університетських клінік, на жаль, є під загрозою зриву. Тому, необхідно терміново вносити зміни до постанови Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 р. № 391 «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення» [105], що спрямовані на перспективний розвиток як закладів вищої медичної освіти, так і лікувально-профілактичних закладів як невід'ємних складових системи охорони здоров'я в період реформування фінансування вищевказаної системи.

Аналізуючи чинне законодавство, зокрема ч. ч. 12-13 ст. 16 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [81] та Вимоги до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення, затверджені постановою КМУ від 28.03.2018 № 391, фінансування державних установ Національною службою здоров'я України є не можливим [105]. А університетські клініки є структурними підрозділами закладів вищої медичної освіти, які є державними установами.

Вирішення даного питання шляхом виділу університетських клінік в окремі юридичні особи ставить під загрозу освітній процес у закладах вищої медичної освіти, оскільки практична підготовка майбутніх лікарів у клінічних закладах є обов'язковою компонентою вищої медичної освіти. Однак процес такої підготовки в нових умовах фінансування також потребує якісного правового забезпечення.

Світовий досвід свідчить про те, що підготовка медичних кадрів здійснюється на базі університетських клінік. В сусідній Польщі, наприклад, університети мають власні університетські клініки, що фінансуються з різних джерел.

Без університетських клінік та лікарень не можливим є процес якісної підготовки майбутніх лікарів. Компенсувати ці ризики за рахунок інших клінічних баз неможливо, оскільки уже сьогодні комунальні заклади охорони здоров'я планують розірвати договори з закладами освіти, звільнити приміщення, в яких розташовані клінічні кафедри, або вимагати від вишів відшкодування вартості комунальних послуг та інше. Крім цього, внаслідок реформування, зменшується кількість лікувальних закладів регіону, тому значення університетської клініки буде тільки зростати. В таких умовах з метою збереження та подальшого розвитку медицини на регіональному рівні варто навпаки розширювати мережу університетських клінік та лікарень шляхом їх передачі університетам з місцевих бюджетів.

Проект постанови розроблено з метою підвищення ефективності та якості вищої медичної освіти та надання медичних послуг населенню, має завданням забезпечення ефективного використання освітньо-наукового, кадрового, фінансового потенціалу закладів вищої медичної освіти для функціонування та розвитку практичної медицини.

Проектом постанови пропонується внести зміни до Вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення, затверджених постановою КМУ від 28.03.2018 № 391 шляхом викладення зазначених вимог у новій редакції.

Проект постанови спрямований на виконання принципу конкуренції і відсутності дискримінації надавачів медичних послуг, передбаченого пунктом восьмим частини першої статті 5 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [99] та реалізацію положень пункту другого частини сьомої та частини восьмої статті 33 Закону України «Про вищу освіту» [93], якими передбачено функціонування університетських клінік в структурі закладів вищої медичної освіти.

Зміни, передбачені новою редакцією Вимог, полягають у викладенні абзацу четвертого зазначеного документу наступним змістом: «Реєстрація

надавача як юридичної особи (крім державної або комунальної установи, що не є закладом вищої освіти) або як фізичної особи – підприємця. Надавачем можуть бути заклади вищої освіти, в структурі яких є університетські клініки та/або університетські лікарні.»

Реалізація положень цього проекту постанови не потребує збільшення бюджетних видатків, і навпаки сприяє залученню в практичну медицину коштів з фондів закладів вищої медичної освіти через оплату праці висококваліфікованих науково-педагогічних працівників та закупівлю високоякісного медичного обладнання.

Реалізація положень проекту постанови у разі його прийняття сприятиме подальшому розвитку вищої медичної освіти, знівелює ризики втрати клінічних баз закладами вищої медичної освіти в сучасних умовах, стане гарантією забезпечення обов'язкової компоненти освітнього процесу у підготовці медичних кадрів, сприятиме збереженню діючої мережі закладів охорони здоров'я та підвищення якості медичних послуг, що ними надаються, і, як наслідок підвищиться доступність цих послуг для пацієнтів.

«Розділ 7. Особливості фінансування видатків на заклади охорони здоров'я, що знаходяться у сільській місцевості», що визначає певну специфіку фінансування сільських закладів охорони здоров'я, оскільки сільська місцевість характеризується невеликою кількістю жителів, більша половина яких є громадянами похилого віку, що найбільше потребують медичної допомоги. Тому заради збереження мережі існуючих закладів охорони здоров'я, залучення у сільську місцевість нових висококваліфікованих лікарських кадрів, необхідно значно знизити для сільської місцевості ліміти пацієнтів на кожного лікаря за програмою загальнообов'язкового соціального медичного страхування. Для полегшення доступу сільських пацієнтів до вторинної та третинної допомоги, необхідно активно впроваджувати телемедицину, забезпечувати сільські заклади охорони здоров'я новою медичною сільською технікою. Додатково охорона здоров'я на селі має фінансуватися з місцевих бюджетів органами місцевого самоврядування об'єднаними територіальними громадами. Саме в

сільській місцевості особливої актуальності набуває значення госпітального округу та можливості вирішення його проблемних питань госпітальною радою, що регламентується постановою Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 932 «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів» [119] та наказу Міністерства охорони здоров'я України від 20.02.2017 р. № 165 «Про затвердження Примірного положення про госпітальний округ» [121].

«Розділ 8. Здійснення державної політики мобілізації додаткових коштів на потреби охорони здоров'я України», що має визначати державну політику в сфері мобілізації коштів на потреби охорони здоров'я України. Для здійснення даної політики необхідно створити громадський фонд здоров'я України, який матиме статус благодійної організації з деякими контрольними функціями. Основними завданнями фонду мають стати:

- інформаційно-комунікаційна діяльність з міжнародними та внутрішніми донорами щодо залучення коштів у галузь охорони здоров'я України;
- інформаційно-аналітична проектна діяльність, спрямована на створення та реалізацію соціальних, наукових, технічних проектів по залученню коштів у галузь охорони здоров'я;
- ведення реєстру благодійних організацій України, діяльність яких спрямована на допомогу в реалізації прав громадян на охорону здоров'я, а також контроль правомірності використання ними залучених коштів;
- розгляд звернень громадян та громадських організацій з питань напрямів діяльності громадського фонду здоров'я України (наприклад, щодо допомоги у фінансуванні лікування, щодо пропозицій по залученню додаткових коштів в охорону здоров'я тощо, щодо неправомірності використання публічних коштів охорони здоров'я тощо).

«Розділ 9. Державний та громадський фінансовий контроль в галузі охорони здоров'я України», що має встановити правові засади такого контролю, який має ґрунтуватися на створенні, широкому впровадженні та застосуванні електронної системи фінансового контролю публічних коштів

охорони здоров'я, що має відображати рахунки розпорядників та отримувачів таких коштів, простежувати рух по таким рахункам в режимі онлайн. За таких умов кожен громадянин, громадська організація, орган державної влади може здійснювати контроль за використанням публічних видатків в галузі охорони здоров'я.

Вищевказана концепція є концепцією багатоканального фінансування публічних видатків в галузі охорони здоров'я на основі моделі загальнообов'язкового соціального медичного страхування (модель Бісмарка). Як зазначалося, реалізація даної концепції майже на 30 % збільшить публічні видатки в галузі охорони здоров'я, що уже є великим позитивом для ефективності вітчизняної системи охорони здоров'я. Однак вищезазначена модель не є панацеєю і брак коштів, вважаємо, все-таки буде відчуватися (як до речі, він відчувається у багатьох державах, наприклад, у Великобританії, Іспанії, Португалії, Польщі і т. д.).

Запропонована система фінансування публічних видатків в галузі охорони здоров'я потребує подальшого удосконалення, має довести свою життєздатність, а також забезпечити прогресивний розвиток. Це може бути реальним лише за умови стрімкого економічного розвитку, значного підвищення макроекономічних та мікроекономічних показників. Адже вищеописана система Бісмарка передбачає забезпечення мобілізації грошових коштів за рахунок Державного бюджету України та коштів роботодавців з розрахунку на кожного працівника. Таким чином, якщо в Україні надалі занепадатиме економіка, збільшаться кількісні показники трудової міграції, Національна служба здоров'я недоотримуватиме кошти з роботодавців, адже набагато зменшиться кількість найманих працівників. Так само і Державний бюджет України неотримуватиме коштів, адже податки також залежать від прибутку підприємств, тобто економічної активності. І навпаки, зростання економічної активності призводить до збільшення прибутків підприємств і підприємців, збільшення доходів Державного бюджету України, підвищення кількості найманих працівників, збільшення суми страхових внесків до

загальнообов'язкового соціального медичного страхування, що означає підвищення публічних видатків в галузі охорони здоров'я.

Таким чином, з метою забезпечення належного фінансування публічних видатків в галузі охорони здоров'я, крім створення страхової моделі Бісмарка, необхідно здійснювати заходи щодо реалізації в Україні концепції правової соціальної держави, що має включати розвиток громадянського суспільства, стрімкий економічний зріст на основі високих технологій, виважена податкова політика держави, що ґрунтується на прогресивній ставці оподаткування, а також реально діючі механізми захисту прав і свобод людини.

Виходячи з викладеного, реформування системи законодавства в сфері регулювання публічних видатків в галузі охорони здоров'я має базуватися на Концепції загальнообов'язкового соціального медичного страхування, що передбачає фінансування вищезазначених видатків з Державного бюджету України та за рахунок страхових внесків роботодавців за кожного працівника, а також страхових внесків фізичних осіб-підприємців та самозайнятих осіб.

З вищезазначеною метою необхідно прийняти систематизований нормативно-правовий акт – Кодекс України про охорону здоров'я, окрема частина якого буде присвячена питанням фінансування публічних видатків в галузі охорони здоров'я. Частина Кодексу України про охорону здоров'я під назвою «Фінансування публічних видатків в галузі охорони здоров'я» має докладно регулювати наступні питання (на правах розділів): загальні засади фінансування публічних видатків в галузі охорони здоров'я; закупівля медичних послуг за кошти загальнообов'язкового соціального медичного страхування; закупівля лікарських засобів за кошти загальнообов'язкового соціального медичного страхування; фінансування видатків на оплату праці в галузі охорони здоров'я; фінансування видатків закладів охорони здоров'я згідно місцевих програм соціально-економічного розвитку; особливості фінансування видатків на медичні науково-дослідні інститути, університетські клініки та клінічні бази закладів вищої медичної освіти як осередків розвитку вітчизняної медицини; особливості фінансування видатків на заклади охорони

здоров'я, що знаходяться у сільській місцевості; здійснення державної політики мобілізації додаткових коштів на потреби охорони здоров'я України; державний та громадський фінансовий контроль в галузі охорони здоров'я України.

Основний зміст вищезазначеної частини Кодексу охорони здоров'я має ґрунтуватися на наступних положеннях:

- законодавче закріплення моделі загальнообов'язкового соціального медичного страхування (модель Бісмарка) як системи фінансування публічних витратів в галузі охорони здоров'я, що дозволить оптимально забезпечити потреби галузі без порушення ст. 49 Конституції України;

- реорганізація Національної служби здоров'я з державного органу у фонд загальнообов'язкового соціального медичного страхування;

- програма загальнообов'язкового соціального медичного страхування охоплює всі медичні послуги, що спроможні надати державні та комунальні заклади охорони здоров'я, крім тих, що зазначені в переліку платних послуг;

Кодексом охорони здоров'я затверджується перелік платних медичних послуг, що надаються державними та комунальними закладами охорони здоров'я:

- надавачами медичних послуг за програмою загальнообов'язкового соціального медичного страхування можуть бути приватні заклади охорони здоров'я, державні та комунальні заклади охорони здоров'я в організаційно-правових формах державного підприємства та комунального некомерційного підприємства, а також університетські клініки та лікарні державних та комунальних закладів вищої медичної освіти;

- будуть фінансуватися медичні послуги, пов'язані з наданням вторинної та третинної медичної допомоги без обов'язкового направлення лікаря первинної медичної допомоги, якщо пацієнт має медичні показання до надання такої допомоги;

- лікарські засоби будуть закуповуватися Національною службою

здоров'я України та її філіями з дотриманням вимог законодавства про публічні закупівлі, а також учасниками цих торгів мають бути лише виробники цих лікарських засобів, за винятком випадків, коли виробники лікарського засобу, що не має аналогів, офіційно відмовляться взяти участь в цих торгах;

- встановлений законодавчо обов'язок надавачів медичних послуг оплатити працю медичних працівників залежно від її обсягу та/або кількості пацієнтів відповідно до значень, врахованих при формуванні тарифу;

- встановлений законодавчо обов'язок органів місцевого самоврядування щороку розробляти, затверджувати, виконувати та фінансувати місцеві програми соціально-економічного розвитку охорони здоров'я;

- визначений статус провідних науково-дослідних інститутів Міністерства охорони здоров'я України та Національної академії медичних наук України як національних лідерів медицини, а університетських клінік як регіональних лідерів медицини, що визначає особливості їх фінансування, в тому числі часткове фінансування університетських клінік з місцевих бюджетів та дозвіл закладам вищої медичної освіти здійснювати фінансове забезпечення надання медичних послуг університетськими клініками з власних надходжень, отриманих від здійснення основної діяльності – підготовки студентів з відповідним внесенням змін до ч. 4 ст. 13 Бюджетного кодексу України;

- значне зниження для сільської місцевості лімітів кількості пацієнтів на кожного лікаря з підвищенням страхових виплат за програмою загальнообов'язкового соціального медичного страхування;

- з метою ефективного проведення політики мобілізації додаткових коштів в галузь охорони здоров'я створення громадського фонду здоров'я України, який матиме статус благодійної організації з деякими контрольними функціями;

- запровадження електронної системи фінансового контролю публічних коштів охорони здоров'я, що має відображати рахунки розпорядників та отримувачів таких коштів, дозволяти простежувати рух по таким рахункам в

режимі он-лайн.

Також, до моменту прийняття Кодексу охорони здоров'я, з метою забезпечення діяльності університетських клінік, необхідно негайно:

- внести зміни до Вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення, затверджених постановою КМУ від 28.03.2018 р. № 391, якими визначити університетські клініки надавачами відповідних послуг;

– постановою Кабінету Міністрів України зобов'язати органи місцевого самоврядування прийняти бюджетні програми, в рамках яких надати кошти закладам охорони здоров'я - комунальним некомерційним підприємствам для видатків з оплати комунальних послуг клінічних баз закладів вищої медичної освіти, що знаходяться на території даних комунальних підприємств.

Крім того, ефективне здійснення публічних видатків в галузі охорони здоров'я, яке б задовольняло потреби галузі, є неможливим без втілення концепції соціальної правової держави в Україні. Для цього необхідно детально розробити та реально впроваджувати всеукраїнську цільову програму соціально-економічного розвитку «Будівництво правової соціальної держави в Україні».

Висновки до розділу 3

1. Зроблено висновок, що Україні потрібно будувати модель загальнообов'язкового державного медичного страхування, а функції відповідного фонду покласти на Національну службу здоров'я України. Платниками страхових внесків мають виступити держава, роботодавці, фізичні особи-підприємці та самозайняті особи. Розрахунок страхових внесків потрібно здійснювати за прогресивною шкалою в залежності від прибутків кожного платника. Варто попіклуватись про те, аби страхові внески були незначними

для кожного їх платника, що забезпечить стабільність їх оплати.

2. Встановлено, що нинішній стан правового регулювання видатків на охорону здоров'я не відповідає Конституції України, в перш чергу ст. 49. Потрібно привести правове регулювання означених питань у відповідність до ст. 49 Конституції України та правової позиції Конституційного Суду України, а саме: скасувати постанову Кабінету Міністрів України від 17.09.1996 року № 1138, а натомість прийняти Закон України, яким визначити повний перелік медичних послуг, що надаватимуться в державних та комунальних закладах охорони здоров'я на платній основі. При цьому, перелік даних послуг потребує всеукраїнського обговорення в широких колах нашого суспільства – медичної та пацієнтської громадськості з метою отримання в кінцевому результаті дійсно виваженого рішення, виходячи з принципів соціальної та правової держави, виключної важливості ефективної реалізації права на охорону здоров'я для кожного громадянина нашої держави. Тому, даний перелік має включати, по-перше, лише медичні послуги, що мають другорядне значення для організму людини, тобто які застосовуються не за медичними показаннями, а за бажанням пацієнта (наприклад, профілактичний масаж, косметичні процедури тощо). По-друге, з метою соціального захисту громадян, у випадку необхідності надання медичних послуг, що стосуються трудових відносин, покласти оплату за ці послуги на роботодавців.

3. Доведено, що реформування системи законодавства в сфері регулювання публічних видатків в галузі охорони здоров'я має базуватися на Концепції загальнообов'язкового соціального медичного страхування, що передбачає фінансування вищезазначених видатків з Державного бюджету України та за рахунок страхових внесків роботодавців за кожного працівника, а також страхових внесків фізичних осіб-підприємців та самозайнятих осіб.

4. Запропоновано прийняти систематизований нормативно-правовий акт – Кодекс України про охорону здоров'я, окрема частина якого буде присвячена питанням фінансування публічних видатків в галузі охорони здоров'я. Частина Кодексу України про охорону здоров'я під назвою «Фінансування публічних

видатків в галузі охорони здоров'я» має докладно регулювати наступні питання (на правах розділів): загальні засади фінансування публічних видатків в галузі охорони здоров'я; закупівля медичних послуг за кошти загальнообов'язкового соціального медичного страхування; закупівля лікарських засобів за кошти загальнообов'язкового соціального медичного страхування; фінансування видатків на оплату праці в галузі охорони здоров'я; фінансування видатків закладів охорони здоров'я згідно місцевих програм соціально-економічного розвитку; особливості фінансування видатків на медичні науково-дослідні інститути, університетські клініки та клінічні бази закладів вищої медичної освіти як осередків розвитку вітчизняної медицини; особливості фінансування видатків на заклади охорони здоров'я, що знаходяться у сільській місцевості; здійснення державної політики мобілізації додаткових коштів на потреби охорони здоров'я України; державний та громадський фінансовий контроль в галузі охорони здоров'я України.

ВИСНОВКИ

У дисертації подано теоретичне узагальнення й нове вирішення наукового завдання, що полягає у визначенні сутності та особливостей правового регулювання публічних видатків в галузі охорони здоров'я України. Отримані в процесі дослідження результати дають змогу сформулювати такі висновки та внести пропозиції, що мають вагоме теоретичне й практичне значення для науки фінансового права:

1. Визначено, що публічними видатками в галузі охорони здоров'я є витрати публічних фондів грошових коштів, які виражають урегульовані правовими нормами соціально-економічні відносини публічного характеру, що складаються при розподілі (перерозподілі) та використанні публічних фондів коштів (державних, комунальних, інших публічних фондів соціального призначення) та забезпечують задоволення публічного інтересу та потреб громадян в галузі охорони здоров'я, що здійснюються на принципах фінансового захисту, універсальності покриття та справедливості доступу до медичної допомоги, прозорості і підзвітності, ефективності, вільного вибору, конкуренції постачальників, передбачуваності обсягу коштів на медичні послуги у державному бюджеті, субсидіарності, конституційності, соціального захисту медичних та фармацевтичних працівників, використання різноманітних джерел фінансування, широкої правової освіти населення.

2. Досліджено основні методи фінансування, що застосовуються в галузі охорони здоров'я, а саме: програмно-цільовий метод, бюджетно-кошторисний метод та метод оплати за надані послуги. Програмно-цільовий метод використовується на етапі розподілу бюджетних коштів між головними розпорядниками за певними бюджетними програмами. Бюджетно-кошторисний метод застосовується на етапі перерозподілу бюджетних коштів головним розпорядником між розпорядниками бюджетних коштів нижчого рівня. Метод оплати за надані послуги на даний час застосовується при наданні платних послуг державними чи комунальними закладами охорони здоров'я, тобто на

етапі мобілізації бюджетних коштів.

3. Визначено, що функціями публічних видатків в галузі охорони здоров'я є основні напрями впливу даних видатків на правовідносини в сфері охорони здоров'я, що є позитивними соціально значущими результатами здійснення публічних видатків в галузі охорони здоров'я та спрямовані на забезпечення передбачених міжнародними соціальними стандартами потреб пацієнтів, медичних працівників, закладів охорони здоров'я з метою повної реалізації прав та законних інтересів людини у сфері охорони здоров'я. За своєю сутністю функції публічних видатків в галузі охорони здоров'я відображають досягнення мети певного виду видатків, що виражається в конкретній реалізації завдань та функцій держави, а саме у забезпеченні грошовими коштами прав людини у сфері охорони здоров'я.

4. Доведено, що законодавче забезпечення публічних видатків в галузі охорони здоров'я здійснюється наступними нормативно-правовими актами України, серед яких: Конституція України (ст. 49), Бюджетний кодекс України, Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я», Закон України «Про публічні закупівлі», інші Закони та підзаконні нормативно-правові акти. Запропоновано перспективні напрями розвитку законодавства, що регулює здійснення публічних видатків в галузі охорони здоров'я, зокрема: усунення колізій нормативно-правових актів; забезпечення максимальної доступності медичних послуг та лікарських засобів для пацієнтів, як за їх вартістю, так і за територіальним розташуванням відповідних закладів охорони здоров'я; підвищення рівня матеріального забезпечення та соціального захисту працівників галузі охорони здоров'я; створення ефективної системи багатоканального фінансування видатків в галузі охорони здоров'я; підтримка соціально-економічного розвитку медичних, фармацевтичних університетів як лідерів медичної та фармацевтичної

практики; удосконалення системи публічних закупівель на принципах відкритості та максимальної економічної доцільності.

5. Визначено, що глобальною правовою проблемою системи українського права в цілому та правового регулювання публічних видатків в галузі охорони здоров'я України зокрема, є реалізація концепції правової та соціальної держави. Інші проблеми правового регулювання є лише окремими проявами вищевказаної глобальної правової проблеми. Встановлено, що основною проблемою правового регулювання публічних видатків в галузі охорони здоров'я є невідповідність низки нормативно-правових актів положенням ст. 49 Конституції України та її офіційному тлумаченню рішенням Конституційного Суду України від 29.05.2002 р. Інші проблеми є окремими аспектами вищевказаних проблем.

6. Виявлено, що міжнародно-правовими актами, що регулюють питання забезпечення прав громадян на охорону здоров'я, передбачено доступність для громадян медичної допомоги, але не її безоплатність, оскільки далеко не кожна держава світу спроможна забезпечити бюджетне фінансування. Однак, за міжнародно-правовими стандартами в кожній державі має бути забезпечено доступність медичної допомоги будь-яким верствам населення, тобто оплата за медичні послуги має відповідати платоспроможності громадян. Це означає, що у випадку неспроможності особи оплатити необхідну їй медичну допомогу, державні механізми соціального захисту мають забезпечити такого громадянина необхідним медичним обслуговуванням.

7. Запропоновано побудувати в Україні модель загальнообов'язкового державного медичного страхування, а функції відповідного фонду покласти на Національну службу здоров'я України. Платниками страхових внесків мають виступити держава, роботодавці, фізичні особи-підприємці та самозайняті особи. Розрахунок страхових внесків потрібно здійснювати за прогресивною шкалою в залежності від прибутків кожного платника. Варто попіклуватись про те, аби страхові внески були незначними для кожного їх платника, що забезпечить стабільність їх оплати. В регіонах варто розвивати також свої

програми розвитку охорони здоров'я, а на рівні закладів охорони здоров'я слід масово запроваджувати надання платних медичних послуг (в тому числі – іноземцям), використовуючи новітні медичні технології. Основний пріоритет у виборі моделі фінансування охорони здоров'я – максимально забезпечити медичні потреби пацієнтів – громадян України. Для цього необхідно внести зміни до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» та інші нормативно-правові акти, що регулюють вищевказані правовідносини.

8. Встановлено, що існуюча система правового регулювання видатків на охорону здоров'я не відповідає Конституції України, в перш чергу ст. 49. Потрібно привести правове регулювання означених питань у відповідність до ст. 49 Конституції України та правової позиції Конституційного Суду України, а саме: скасувати постанову Кабінету Міністрів України від 17.09.1996 року № 1138, а натомість прийняти Закон України, яким визначити повний перелік медичних послуг, що надаватимуться в державних та комунальних закладах охорони здоров'я на платній основі.

9. Запропоновано підготувати та прийняти один змістовний, об'ємний, але зручний для сприйняття й подальшого опрацювання нормативно-правовий акт вищої юридичної сили – Кодекс України про охорону здоров'я. Окремою частиною Кодексу України про охорону здоров'я, на наш погляд, має бути «Фінансування публічних видатків в галузі охорони здоров'я», що відображатиме концепцію фінансування публічних видатків в галузі охорони здоров'я за моделлю загальнообов'язкового медичного соціального страхування Бісмарка (без участі громадян в якості платників страхових внесків). З метою комплексного регулювання публічних видатків в галузі охорони здоров'я також необхідно: внести зміни до Постанови Кабінету Міністрів України від 11.09.2013 р. № 679 «Про здійснення протягом бюджетного періоду видатків на утримання деяких бюджетних установ одночасно з різних бюджетів», внести зміни до Постанови Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 р. № 391 «Про затвердження вимог до надавача послуг з

медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення»; внести зміни до ч. 4 ст. 13 Бюджетного кодексу України. Наведені зміни дозволять підвищити якість фінансування університетських клінік та клінічних баз закладів освіти, що дозволить, в свою чергу, покращити якість охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Lee J Miller, Wei Lu. These Are the Economies With the Most (and Least) Efficient Health Care. URL: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2018-09-19/u-s-near-bottom-of-health-index-hong-kong-and-singapore-at-top> (date of request: 05.10.2018)
2. Opieka zdrowotna na terenach wiejskich. URL: <http://rolniczeabc.pl/473412,Opieka-zdrowotna-na-terenach-wiejskich.html> (date of request: 05.10.2018)
3. Ucieklak-Jeż, P., Bem, A. (2017). Dostępność opieki zdrowotnej na obszarach wiejskich w Polsce [Availability of health care in rural areas in Poland]. *Problemy Drobnych Gospodarstw Rolnych – Problems of Small Agricultural Holdings*, 4, 117–131. doi: <http://dx.doi.org/10.15576/PDGR/2017.4.117> (date of request: 05.10.2018)
4. Аніщенко М. А. Правові проблеми запобігання корупції в державних і комунальних закладах охорони здоров'я. *Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики*. 2018. № 3 (28). С. 354–361.
5. Аніщенко М. А. Проблеми правового змісту фінансової діяльності як категорії фінансового права. *Право та державне управління*. 2012. № 4. С. 65–72.
6. Аніщенко М. А. Сутність та особливості видатків як категорії фінансового права. *Держава та регіони*. 2012. № 4. С. 76–81.
7. Базилевич В. Д., Баластрик Л. О. Державні фінанси : Навчальний посібник / За ред. В. Д. Базилевича Київ: Атіка, 2002. 368 с.
8. Безмен Н. Реформа вторичного уровня: ожидания, перспективы, прогнозы. URL: <https://trigger.in.ua/analitika/reforma-vtorychnogo-urovnya-ozhydanyua-perspektyvu-prognozy.html> (дата обращения: 12.01.2019).
9. Бойко С. Г. Диверсифікація джерел фінансування охорони здоров'я. URL: <https://www.niss.gov.ua/doslidzhennya/analitichni-materiali/socialna->

politika/diversifikaciya-dzherel-finansuvannya (дата звернення: 03.03.2019).

10. Бондар А. В. Фінансування сфери охорони здоров'я у зарубіжних країнах– URL: <http://ena.lp.edu.ua/bitstream/ntb/16620/1/344-587-588.pdf> (дата звернення: 03.01.2019).

11. Бурбела А. Реформи фінансування в галузі охорони здоров'я в пострадянських країнах: уроки для України. *Економіка та управління підприємствами*. 2017. № 8. С. 201–207.

12. Бюджетний кодекс України: Закон України від 08.07.2010 р. № 2456-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17#n2033> (дата звернення: 03.03.2019).

13. Васильєва И. А. Анализ моделей финансирования здравоохранения. URL: ukros.ru/wp-content/uploads/2014/08/васильева.doc (дата обращения: 12.01.2019).

14. Васильєва М. В поисках терапевта: «врачебные пустыни» во Франции. URL: <https://ru.euronews.com/2019/08/14/medical-deserts-in-france> (дата обращения: 12.01.2019).

15. Вашкович В. В. Зміст та реалізація соціальної функції держави. *Порівняльно-аналітичне право*. 2017. № 3. С. 113–115.

16. Віхров М. Українське село: вимирання чи еволюція. URL: <https://tyzhden.ua/Society/219622> (дата звернення: 03.03.2019).

17. Волощук М. Г., Карабін Т. О., Менджул М. В. Фінансове право [Текст] : навч. посіб. Вид. 3-тє, допов. та перероб. Ужгород : Видавництво Олександри Гаркуші, 2017. 244 с.

18. Воронова Л. К. Фінансове право України: підручник. Київ: Прецедент; Моя книга, 2006. 448 с.

19. Гамбург Л. С. Подолання кризи системи забезпечення права на охорону здоров'я: досвід Республіки Куба. *Актуальні проблеми теорії та практики правового регулювання галузі охорони здоров'я: проблеми і перспективи*: збірник тез доповідей науково-практичного круглого столу (17 листопада 2017 року). Запоріжжя: Вид-во ЗДМУ, 2017. С. 49–53.

20. Гладун З. С. Концептуальні засади державно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я населення. URL: http://medicallaw.org.ua/uploads/media/01_073_11.pdf (дата звернення: 10.02.2019).
21. Головащенко О. С. Поняття та ознаки соціальної держави. URL: <http://dspace.nlu.edu.ua/bitstream/123456789/11501/1/Golovaschenko.pdf> (дата звернення: 11.08.2018).
22. Гомон Д. О. Проблеми фінансування сфери охорони здоров'я в Україні. *Південноукраїнський правничий часопис*. 2014. № 3. С. 124–126.
23. Господарський кодекс України: Закон України від 16.01.2003 № 436-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/436-15> (дата звернення: 08.06.2019).
24. Грицун Р. Між небом і землею: зарплати українських та європейських лікарів. URL: <https://tribuna.pl.ua/news/mizh-nebom-i-zemleyu-zarplati-ukrayinskih-ta-yevropejskih-likariv/> (дата звернення: 12.04.2019).
25. Гришан Ю. Реформа фінансування системи охорони здоров'я України. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Економіка*. 2012. № 133. С. 16–19.
26. Дванадцять принципів організації охорони здоров'я для будь-якої національної системи охорони здоров'я, що прийняті 17-ю Всесвітньою медичною асамблеєю, Нью-Йорк, США, жовтень 1963 р. – URL: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_004 (дата звернення: 15.11.2018).
27. Державна аудиторська служба України розпочинає свою діяльність. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/news/249142785> (дата звернення: 14.12.2018).
28. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я. Ф.] Київ : НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.
29. Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення: постанова Кабінету Міністрів України від 25.03.2009 р. № 333. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/333-2009-%D0%BF> (дата звернення: 03.03.2019).
30. Деякі питання здійснення внутрішнього аудиту та утворення

підрозділів внутрішнього аудиту: постанова Кабінету Міністрів України від 28.09.2011 р. № 1001. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1001-2011-%D0%BF> (дата звернення: 08.03.2019).

31. Деякі питання здійснення державних закупівель лікарських засобів та медичних виробів із залученням спеціалізованих організацій, які здійснюють закупівлі: постанова Кабінету Міністрів України від 22.07.2015 р. № 622. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/622-2015-%D0%BF> (дата звернення: 03.03.2019).

32. Деякі питання реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік: постанова Кабінету Міністрів України від 18.12.2018 р. № 1117. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1117-2018-%D0%BF> (дата звернення: 03.06.2019).

33. Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій: постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 р. № 410. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/410-2018-%D0%BF> (дата звернення: 03.06.2019).

34. Дічко Г. О. Медична реформа у США – досвід для України, який варто запозичити. *Актуальні проблеми теорії та практики правового регулювання галузі охорони здоров'я: проблеми і перспективи*: збірник тез доповідей науково-практичного круглого столу (17 листопада 2017 року). Запоріжжя: Вид-во ЗДМУ, 2017. С. 72–75.

35. Долот В. В.. Система охорони здоров'я в Україні: вибір національної моделі розвитку. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=658> (дата звернення: 03.03.2019).

36. Європейська конвенція про соціальну та медичну допомогу та Протокол до неї від 11 грудня 1953 року. URL: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_649 (дата звернення: 17.12.2018).

37. Європейська соціальна хартія від 03 травня 1996 року. URL: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_062 (дата звернення: 03.03.2019).

38. Європейський кодекс соціального забезпечення від 16 квітня 1964 року. URL: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_329 (дата звернення: 03.12.2018).

39. Женевська декларація, прийнята 2-ою Генеральною асамблеєю ВМА, вересень 1948 року, зі змінами. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_001 (дата звернення: 22.11.2018).

40. Звіт про результати аудиту ефективності використання коштів державного бюджету, виділених у 2017–2018 роках Міністерству охорони здоров'я України для здійснення державних закупівель із залученням спеціалізованих організацій за бюджетною програмою «Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру», затверджений рішенням Рахункової палати від 23.04.2019 р. № 10-2. URL: https://rp.gov.ua/upload-files/Activity/Collegium/2019/10-2_2019/Zvit_10-2_2019.pdf (дата звернення: 23.07.2019).

41. Здравоохранение в Объединенных Арабских Эмиратах. URL: <https://dubai-freezone.ae/stati-o-biznese-v-oae/zdravooxranenie-v-obedinennyix-arabskix-emiratax.html> (дата звернення: 20.12.2018).

42. Зогий І. М. Міжнародно-правові стандарти медичної допомоги та законодавство України. *Актуальні питання держави і права*. 2011. Вип. 57. С. 261–268.

43. Іноземні студенти в Україні. URL: <http://studyinukraine.gov.ua/uk/zhittya-v-ukraini/inozemni-studenti-v-ukraini/> (дата звернення: 03.03.2019).

44. Камінська О. С. Удосконалення фінансування видатків на охорону здоров'я: зарубіжний досвід. *Наукові праці НДФІ*. 2016. № 2 (75). С. 135–147.

45. Камінська Т. М. Світові моделі фінансування охорони здоров'я. *Вісник Національного університету «Юридична академія України імені Ярослава Мудрого»*. 2012. № 1 (8) С. 284–285.

46. Камінська Т. М. Уроки зарубіжних країн для реформування охорони здоров'я в Україні. *Економічна теорія та право*. 2015. № 1 (20). С. 38–50.

47. Карамишев Д. В., Вашев О. Є., Немченко А. С., Волос Б. О. Державна політика фінансування галузі охорони здоров'я в Україні. URL: <http://www.kbuara.kharkov.ua/e-book/db/2007-1-1/doc/2/02.pdf> (дата звернення: 03.08.2019).
48. Карпишин Н. Сутнісно-теоретичні аспекти кошторисного фінансування. URL: [http://dspace.tneu.edu.ua/bitstream/316497/12236/1/Сутнісно-теоретичні аспекти кошторисного фінансування.pdf](http://dspace.tneu.edu.ua/bitstream/316497/12236/1/Сутнісно-теоретичні_аспекти_кошторисного_фінансування.pdf) (дата звернення: 03.07.2019).
49. Карпишин Н., Комуницька М. Класичні моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я. *Світ фінансів*. 2008. Березень. 1 (14). С. 110–117.
50. Клятва лікаря, затверджена Указом Президента України від 15.06.1992 р. № 349. URL: <https://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/349/92> (дата звернення: 22.12.2018).
51. Кобрусєва Є. А. Медична реформа: корисний досвід Польщі для України. *Актуальні проблеми теорії та практики правового регулювання галузі охорони здоров'я: проблеми і перспективи*: збірник тез доповідей науково-практичного круглого столу (17 листопада 2017 року). Запоріжжя: Вид-во ЗДМУ, 2017. С. 89–92.
52. Кодекс України про адміністративні правопорушення: Закон України від 04.12.1984 № 8073-Х. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/80732-10> (дата звернення: 03.03.2019).
53. Конвенція МОП про медичну допомогу та допомогу у випадку хвороби № 130 від 25.06.1969 року. URL: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/993_184 (дата звернення: 03.03.2019).
54. Конвенція МОП про мінімальні норми соціального забезпечення №102, прийнята 04.06.1952 р. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1024-19#n5> (дата звернення: 23.03.2019).
55. Конституційне подання 59 народних депутатів України від 07.02.2018 р. щодо відповідності Конституції України (конституційності)

Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 р. № 2168-VIII. URL: http://www.ccu.gov.ua/sites/default/files/3_667_0.pdf (дата звернення: 12.06.2019).

56. Конституція України: Закон України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР – URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр> (дата звернення: 03.03.2019).

57. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я, схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1013-р URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-р> (дата звернення: 03.08.2019).

58. Короленко В. Порівняльний аналіз моделей фінансування системи охорони здоров'я. URL: slideshare.net/v_korolenko/ss-56086084 (дата звернення: 12.07.2019).

59. Кримінальний кодекс України: Закон України від 05.04.2001 р. № 2341-III. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14> (дата звернення: 03.08.2019).

60. Кринична І. П. Державне регулювання реформування галузі охорони здоров'я в Україні: аналіз очікуваних результатів реалізації реформ. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2015. Вип. 2 (25). С. 137–147.

61. Кукла Л. «Медики першого і другого ґатунку»: чому у лікарів відрізняються зарплати? URL: <https://podrobnosti.ua/2289547-mediki-pershogo-drugogo-atunku-chomu-u-lkarv-vdrznajutsja-zarplati.html> (дата звернення: 03.03.2019).

62. Левицька О. О. Проблеми вітчизняної системи охорони здоров'я в сучасних соціально-економічних умовах. URL: <http://ena.lp.edu.ua/bitstream/ntb/15702/1/16-Levytska-36-38.pdf> (дата звернення: 18.02.2019).

63. Лекції з фінансового права. Національний університет податкової служби України. URL: <https://studfiles.net/preview/5014346/page:3/> (дата звернення: 14.03.2019).

64. Лечение в университетских центрах и клиниках Германии. URL: <https://www.wp-german-med.ru/universitetskie.html> (дата звернення: 14.03.2019).

65. Лободіна З. М. Форми та методи фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я дітей. URL: http://www.rusnauka.com/2._SND_2007/Economics/19165.doc.htm (дата звернення: 11.03.2019).

66. Лукьянцева Д. В. Татаринев А. П., Мельникова Л. С. Финансирование систем здравоохранения: международный опыт. *Медицинские технологии*. 2017. № 2. С. 20–29.

67. Максимова Л. В., Омеляновский В. В., Сура М. В. Анализ систем здравоохранения ведущих зарубежных стран. *Медицинские технологии*. 2014. № 1. С. 37–44.

68. Мацелик М. Фінансове право. URL: <http://uristinfo.net/finansovoe-pravo/119-mo-matselik-finansove-pravo-ukrayini/3130-tema-10-bjudzhetne-finansuvannja-ta-derzhavni-vidatki.html?start=2> (дата звернення: 15.03.2019).

69. Методичні рекомендації щодо діяльності уповноважених підрозділів (уповноважених осіб) з питань запобігання та виявлення корупції, затверджені рішенням НАЗК від 13.07.2017 р. № 317 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0317884-17/> (дата звернення: 24.04.2019).

70. Методичні рекомендації щодо запобігання та врегулювання конфліктів інтересів, затверджені рішенням НАЗК від 29.09.2017 р. № 839 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0839884-17> (дата звернення: 23.07.2019).

71. Методичні рекомендації щодо підготовки антикорупційних програм органів влади, затверджені рішенням НАЗК від 19.01.2017 р. № 31 URL: https://nazk.gov.ua/sites/default/files/rishennya_vid_19.01.2017_no_31.pdf (дата звернення: 03.07.2019).

72. Міжнародний кодекс медичної етики, прийнятий 3-ою Генеральною асамблеєю ВМА, жовтень 1949 року, зі змінами. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_002 (дата звернення: 11.03.2019).

73. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права, прийнятий Генеральною Асамблеєю ООН 16 грудня 1966 року. URL: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_042 (дата звернення: 16.03.2019).

74. Мінфін оприлюднив основні цифри держбюджету-2019. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-economy/2596527-minfin-opriludniv-osnovni-cifri-derzbudzetu2019.html> (дата звернення: 03.08.2019).
75. МОЗ запропонувало, як вирішити проблему «зрівнялівки» зарплат медичних працівників. URL: <http://moz.gov.ua/article/news/moz-zaproponovalo-jak-virishiti-problemu-zrivnjalivki-zarplat-medichnih-pracivnikov> (дата звернення: 15.08.2019).
76. Молень І. Основні напрямки реформування законодавства у сфері охорони здоров'я в Україні. *Актуальні проблеми правознавства*. 2017. Випуск 3 (11). С. 80–85.
77. Найкраща медицина у світі у Сінгапурі та Гонконзі, – Bloomberg. URL: <https://www.volynnews.com/news/all/naykrashcha-medycyna-u-sviti-u-sinharuri-ta-honkonhu-Bloomberg/> (дата звернення: 11.03.2019).
78. Нечай А. А. Правові проблеми регулювання публічних видатків у державі: дис. ... д-ра юрид. наук: 12.00.07. Київ, 2005. URL: <http://mego.info/матеріал/24-сучасна-система-публічних-видатків-та-публічних-фінансів-україни> (дата звернення: 10.06.2019).
79. Омельяновский В. В., Максимова А. В., Татаринев А. П.. Зарубежный опыт: модели финансирования и организации систем здравоохранения. *Финансовый журнал*. 2014. № 3. С. 22–34.
80. Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування: Закон України від 14.01.1998 р. № 16/98-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/16/98-%D0%B2%D1%80> (дата звернення: 11.03.2019).
81. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (дата звернення: 11.07.2019).
82. Пархета Л. В. Фінансування медичних послуг в системі охорони здоров'я України. URL: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=6096> (дата звернення: 17.03.2019). і

83. Пашков В. М. Правове забезпечення реформування сфери охорони здоров'я. *Український медичний часопис*. 2 (118) III/IV 2017. URL: <https://www.umj.com.ua/article/107586/pravove-zabezpechennya-reformuvannya-sferi-ohoroni-zdorov-ya> (дата звернення: 13.06.2019).

84. Пашков В. М. Проблеми об'єктивації правової політики держави у галузі охорони здоров'я. *Аптека*. 2007. № 1 (572). 8 січня. URL: <https://www.apteka.ua/article/4215> (дата звернення: 13.06.2019).

85. Перші результати реформи первинної ланки медичної допомоги – розповідає Олег Петренко. URL: <https://www.apteka.ua/article/467305> (дата звернення: 24.07.2019).

86. Петренко Т. Медична реформа: перевірка на відповідність Конституції. URL: <https://www.umj.com.ua/article/159084/medichna-reforma-perevirka-na-vidpovidnist-konstitutsiyi> (дата звернення: 24.07.2019).

87. Питання запобігання та виявлення корупції: постанова Кабінету Міністрів України від 04.09.2013 р. № 706 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/706-2013-%D0%BF> (дата звернення: 24.07.2019).

88. Погляд на системи охорони здоров'я у світі – 6. URL: <http://gukr.com/article2699.html> (дата звернення: 24.07.2019).

89. Покатаєва О. В., Косова Е. В. Перспективи розвитку фінансового права в умовах Асоціації України з Європейським Союзом. *Право та державне управління*. 2015. № 4 (21). С. 22–26.

90. Положення щодо доступності медичної допомоги, прийняте Всесвітньою медичною асамблеєю (вересень 1988 р.). URL: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_030 (дата звернення: 23.06.2019).

91. Про Антимонопольний комітет України: Закон України від 26.11.1993 р. № 3659-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3659-12> (дата звернення: 25.06.2019).

92. Про бюджетну класифікацію: наказ Міністерства фінансів України від 14.01.2011 р. № 11. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0011201-11> (дата

звернення: 25.06.2019).

93. Про вищу освіту: Закон України від 01.07.2014 р. № 1556-VII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18> (дата звернення: 21.07.2019).

94. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я: Закон України від 06.04.2017 р. № 2002-VIII. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2002-19> (дата звернення: 03.03.2019).

95. Про внесення змін до Інструкції про порядок використання електронної системи закупівель у разі здійснення закупівель, вартість яких є меншою за вартість, що встановлена в абзацах 2 та 3 частини 1 статті 2 Закону України «Про публічні закупівлі»: наказ державного підприємства «Прозорро» від 20.03.2019 р. № 11. URL: <https://infobox.prozorro.org/news-mert/nakaz-10-vid-19-03-2019> (дата звернення: 03.04.2019).

96. Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення: наказ Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства охорони здоров'я України від 05.10.2005 р. № 308/519. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1209-05> (дата звернення: 03.05.2019).

97. Про державний бюджет на 2019 рік: Закон України від 23.11.2018 р. № 2629-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2629-19> (дата звернення: 05.07.2019).

98. Про Державний бюджет України на 2016 рік: Закон України від 25.12.2015 р. № 928-VIII URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/928-19> (дата звернення: 02.02.2019).

99. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> (дата звернення: 03.03.2019).

100. Про державно-приватне партнерство: Закон України від 01.07.2010 р. № 2404-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2404-17> (дата звернення: 03.03.2019).

101. Про ефективне використання державних коштів: постанова Кабінету Міністрів України від 11.10.2016 р. № 710. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/710-2016-%D0%BF#n60> (дата звернення: 11.02.2019).

102. Про забезпечення доступності лікарських засобів: постанова Кабінету Міністрів України від 17.03.2017 р. № 152. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/152-2017-%D0%BF> (дата звернення: 12.03.2019).

103. Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування: Закон України від 28.12.2014 р. № 77-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/77-19> (дата звернення: 07.03.2019).

104. Про запобігання корупції: Закон України від 14.10.2014 р. № 1700-VII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1700-18> (дата звернення: 22.07.2019).

105. Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення: постанова Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 р. № 391. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/391-2018-%D0%BF> (дата звернення: 24.07.2019).

106. Про затвердження Інструкції про порядок використання електронної системи закупівель у разі здійснення закупівель, вартість яких є меншою за вартість, що встановлена в абзацах 2 та 3 частини 1 статті 2 Закону України «Про публічні закупівлі»: наказ державного підприємства «Прозорро» від 19.03.2019 р. № 10. URL: <https://infobox.prozorro.org/news-mert/nakaz-10-vid-19-03-2019> (дата звернення: 28.07.2019).

107. Про затвердження національного класифікатора НК 024:2019 «Класифікатор медичних виробів»: наказ Міністерства економічного розвитку і торгівлі України від 05.02.2019 р. № 159. URL: <http://www.me.gov.ua/Documents/Detail?lang=uk-UA&id=28ba422f-25f0-49cf->

bf07-b57f23842da2&title=NakazMinekonomrozvitkuVid05-02-2019-159-proZatverdzhenniaNatsionalnogoKlasifikatoraNk024-2019-klasifikatorMedichnikhVirobiv (дата звернення: 11.02.2019).

108. Про затвердження Основних засад здійснення внутрішнього контролю розпорядниками бюджетних коштів та внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 28 вересня 2011 р. № 1001: постанова Кабінету Міністрів України від 12.12.2018 р. № 1062. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1062-2018-%D0%BF/print> (дата звернення: 18.03.2019).

109. Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах: постанова Кабінету Міністрів України від 17.09.1996 № 1138. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1138-96-p> (дата звернення: 12.03.2019).

110. Про затвердження Положення про Державну аудиторську службу України: постанова Кабінету Міністрів України від 03.02.2016 р. № 43. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/43-2016-%D0%BF> (дата звернення: 03.03.2019).

111. Про затвердження Положення про Державну фінансову інспекцію України: постанова Кабінету Міністрів України від 06.08.2014 р. № 310. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/310-2014-%D0%BF> (дата звернення: 14.04.2019).

112. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України: постанова Кабінету Міністрів України від 25.03.2015 р. № 267. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF> (дата звернення: 14.03.2019).

113. Про затвердження положень про Державну податкову службу України та Державну митну службу України: постанова Кабінету Міністрів України від 06.03.2019 р. № 227. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/227-2019-%D0%BF> (дата звернення: 19.06.2019).

114. Про затвердження Порядку визначення предмету закупівлі: наказ Міністерства економічного розвитку і торгівлі України від 17.03.2016 р. № 454. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0448-16> (дата звернення: 17.02.2019).

115. Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для виконання програм та здійснення централізованих заходів з охорони здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України від 17.03.2011 р. № 298. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/298-2011-%D0%BF#n12> (дата звернення: 03.03.2019).

116. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 р. № 504. URL: <http://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-19032018--504-pro-zatverdzhennja-porjadku-nadannja-pervinnoi-medichnoi-dopomogi> (дата звернення: 08.03.2019).

117. Про затвердження Порядку розміщення на інформаційних стендах у закладах охорони здоров'я інформації щодо наявності лікарських засобів, витратних матеріалів, медичних виробів та харчових продуктів для спеціального дієтичного споживання, отриманих за кошти державного та місцевого бюджетів, благодійної діяльності і гуманітарної допомоги: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 26.04.2017 р. № 459. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0841-17> (дата звернення: 09.06.2019).

118. Про затвердження Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ: постанова Кабінету Міністрів України від 28.02.2002 р. № 228. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/228-2002-%D0%BF> (дата звернення: 23.08.2019).

119. Про затвердження Порядку створення госпітальних округів: Постанова Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 932. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/932-2016-%D0%BF> (дата звернення: 23.06.2019).

120. Про затвердження Порядку функціонування електронної системи

закупівель та проведення авторизації електронних майданчиків: постанова Кабінету Міністрів України від 24.02.2016 р. № 166. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/166-2016-%D0%BF> (дата звернення: 15.06.2019).

121. Про затвердження Примірного положення про госпітальний округ: Наказ Міністерства охорони здоров'я від 20.02.2017 р. № 165. URL: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20170220_165.html (дата звернення: 17.06.2019).

122. Про затвердження Реєстру лікарських засобів, які підлягають реімбурсації, станом на 29.07.2019 р.: наказ Міністерства охорони здоров'я від 30.07.2019 р. № 1715. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-30072019--1715-pro-zatverdzhennja-reestru-likarskih-zasobiv-jaki-pidljagajut-reimbursacii-stanom-na-29-lipnja-2019-roku> (дата звернення: 19.06.2019).

123. Про затвердження Типового положення про університетську клініку вищого навчального закладу (закладу післядипломної освіти): наказ Міністерства охорони здоров'я України від 06.07.2015 р. № 408. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1104-15> (дата звернення: 03.07.2019).

124. Про здійснення заходів з контролю за надходженням і використанням благодійних пожертв у закладах охорони здоров'я: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25.07.2017 р. № 848 URL: <https://www.apteka.ua/article/419761> (дата звернення: 13.04.2019).

125. Про здійснення протягом бюджетного періоду видатків на утримання деяких бюджетних установ одночасно з різних бюджетів: постанова Кабінету Міністрів України від 11.09.2013 р. № 679. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/679-2013-%D0%BF> (дата звернення: 05.06.2019).

126. Про здійснення протягом бюджетного періоду видатків на утримання деяких бюджетних установ одночасно з різних бюджетів: постанова Кабінету Міністрів України від 11.09.2013 р. № 679. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/679-2013-%D0%BF> (дата звернення:

11.06.2019).

127. Про оплату праці працівників на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери: постанова Кабінету Міністрів України від 30.08.2002 р. № 1298. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1298-2002-%D0%BF> (дата звернення: 17.06.2019).

128. Про оплату праці: Закон України від 24.03.1995 р. № 108/95-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/108/95-%D0%B2%D1%80#n95> (дата звернення: 23.05.2019).

129. Про основні засади здійснення державного фінансового контролю в Україні: Закон України від 26.01.1993 р. № 2939-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2939-12> (дата звернення: 27.07.2019).

130. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості: Закон України від 14.11.2017 р. № 2206-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19> (дата звернення: 23.06.2019).

131. Про публічні закупівлі: Закон України від 25.12.2015 № 922-VIII 19 - URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/922-19/paran81#n81> (дата звернення: 23.03.2019).

132. Про Рахункову палату: Закон України від 02.07.2015 р. № 576-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/576-19> (дата звернення: 17.03.2019).

133. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1013-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/249626689> (дата звернення: 18.05.2019).

134. Про схвалення Концепції реформування механізмів публічних закупівель лікарських засобів та медичних виробів: розпорядження Кабінету Міністрів України від 23.08.2017 р. № 582-р. URL: <https://i.factor.ua/ukr/journals/bb/2017/september/issue-36/1/article-30699.html> (дата звернення: 12.03.2019).

135. Про утворення Державної аудиторської служби України: постанова Кабінету Міністрів України від 28.10.2015 р. № 868. URL:

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/868-2015-%D0%BF> (дата звернення: 17.03.2019).

136. Про утворення Національної служби здоров'я України: постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 р. № 1101. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF> (дата звернення: 03.08.2019).

137. Проблеми сільської медицини. URL: <http://medicallaw.org.ua/spisok-novin/novina/article/silska-medicina-koli-vona-stane-blizhchoju-do-pacijenta/> (дата звернення: 13.07.2019).

138. Рак Г. В. Кошторисне фінансування бюджетних установ у системі казначейського обслуговування бюджету. *Економічний аналіз* : зб. наук. праць. 2014. Том 17. № 1. С. 160–166.

139. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої статті 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» (справа про безоплатну медичну допомогу). URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v010p710-02>. (дата звернення: 03.03.2019).

140. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 66 народних депутатів України щодо відповідності Конституції України (конституційності) Постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти» (справа про платні медичні послуги). URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v015p710-98> (дата звернення: 21.03.2019).

141. Руденко В. В. Сучасний стан фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні. *Економіка і суспільство*. 2018. Випуск 19. С. 1129–1138.

142. Сенюта І. Я. Медична реформа: To be or not to be? *Юрист&закон*. № 9. URL: http://uz.ligazakon.ua/ua/magazine_article/EA011320 (дата звернення: 23.06.2019).

143. Сисигина Н. Н. Финансовое обеспечение современных страховых систем здравоохранения. *Финансовый журнал*. 2017. № 1. С. 77–90.
144. Сіташ Т.Д. Фінансове забезпечення галузі охорони здоров'я в Україні та зарубіжних країнах. URL: <http://www.ukr.vipreshebnik.ru/derzhavne-upravlinnya/4405-finansove-zabezpechennya-galuzi-okhoroni-zdorov-ya-v-ukrajini-ta-zarubizhnikh-krajina-kh.html> (дата звернення: 26.05.2019).
145. Система здравоохранения Канады. URL: <https://www.newcanadian.ru/information/sistema-zdravookhraneniya-kanady.html> (дата обращения: 28.01.2019).
146. Скакун О. Ф. Теорія держави і права. URL: <http://politics.ellib.org.ua/pages-1555.html> (дата звернення: 03.11.2018).
147. Скріпкін С. В. До питання про сучасні функції публічних видатків в сфері охорони здоров'я: правовий аспект. *Актуальні питання сучасної медицини і фармації 2019*. Збірник тез доповідей науково-практичної конференції з міжнародною участю молодих вчених та студентів (Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, 13-17 травня 2019 р.). Запоріжжя: ЗДМУ, 2019. С. 180.
148. Скріпкін С. В. Методи фінансування та класифікація публічних видатків в галузі охорони здоров'я. *Прикарпатський юридичний вісник*. 2017. № 1. Т. 2. С. 173–179.
149. Скріпкін С.В. Міжнародно-правові стандарти та досвід зарубіжних держав побудови правової моделі здійснення публічних видатків в галузі охорони здоров'я. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Юридичні науки»*. 2018. № 2. Том 3. С. 177–184.
150. Скріпкін С. В. Правові проблеми трансформації кошторисно-бюджетного методу фінансування у програмно-цільовий при фінансуванні видатків закладів охорони здоров'я. *Проблеми захисту суб'єктів правовідносин у сфері охорони здоров'я в контексті медичної реформи* : збірник матеріалів науково-практичного круглого столу (м. Запоріжжя, 25 травня 2018 р.)/ЗДМУ, 2018. С. 123–127.

151. Скріпкін С. В. Проблеми конституційно-правової регламентації права на охорону здоров'я в контексті реформування фінансування видатків у галузі охорони здоров'я. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2018. № 6. С. 252–256.

152. Скріпкін С. В. Проблеми обрання оптимальної моделі фінансування видатків в галузі охорони здоров'я України. *Прикарпатський юридичний вісник*. 2019. № 2. С. 127–132.

153. Скріпкін С. В. Проблеми правового регулювання видатків в сфері охорони здоров'я. *Актуальні питання теорії та практики правового регулювання галузі охорони здоров'я: проблеми і перспективи*: збірник тез доповідей науково-практичного круглого столу (17 листопада 2017 року) Запоріжжя: Вид-во ЗДМУ, 2017. С. 129–131.

154. Скріпкін С. В. Проблемні питання правового регулювання публічних видатків в галузі охорони здоров'я України. *Держава та регіони. Серія: Право*. 2019. № 3. С. 215–221.

155. Скріпкін С. В. Реформа фінансування охорони здоров'я в Україні: перші результати. *Актуальні проблеми медичного права: професійний погляд* : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (29 листопада 2018 року, м. Київ) [Текст]. Одеса: Фенікс, 2019. С. 117–119.

156. Скріпкін С. В. Фінансово-правовий статус Національної служби здоров'я України. *Сучасні аспекти медицини і фармації-2018*. Збірник тез доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції: 18-25 квітня 2018 р., 30 травня 2018 р. Запоріжжя: ЗДМУ, 2018. С. 172.

157. Скріпкін С. В. Функції публічних видатків в галузі охорони здоров'я. *Юридичний бюлетень*. 2019. № 9. С. 66–74.

158. Скріпкін С.В. Поняття публічних видатків в галузі охорони здоров'я та принципи їх здійснення. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Право»*. 2017. № 43. Том 4. С. 57–61.

159. Снегірьов П. Глобальні парадигми охорони здоров'я: цінні уроки для України. URL: <https://www.apteka.ua/article/397891> (дата звернення: 03.08.2019).

160. Современное здравоохранение. Где, кто и сколько? URL: <https://tstealth1.livejournal.com/231386.html> (дата обращения: 12.01.2019).
161. Солдатенко О. В. Правове регулювання видатків на охорону здоров'я в Україні та Центральній Європі. Монографія. Київ: Алерта, 2010. 278 с.
162. Солдатенко О. В. Правове регулювання фінансування охорони здоров'я в Україні. *Актуальні проблеми теорії та практики правового регулювання галузі охорони здоров'я: проблеми і перспективи*: збірник тез доповідей науково-практичного круглого столу, присвяченого 25-й річниці прийняття Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (17 листопада 2017 року). За заг. ред. д-ра мед. наук, професора, Заслуж. діяча науки і техніки України Ю. М. Колесника. Запоріжжя: Вид-во ЗДМУ, 2017. С. 13–17.
163. Солдатенко О. Сучасний стан правового регулювання фінансування сфери охорони здоров'я України. *Підприємництво, господарство і право*. 2018. № 2. С. 142–147.
164. Соціально-економічне становище України за січень–лютий 2018 року. URL: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/soc_ek/2018/publ_02_2018_u.html (дата звернення: 11.07.2019).
165. Співак М. В. Сучасний стан і проблеми внутрішньої політики охорони здоров'я в Україні. *Актуальні проблеми політики*. 2015. Вип. 54. С. 271–280.
166. Стеценко В. Ю. Наступним кроком медичної реформи має стати запровадження в Україні обов'язкового медичного страхування. *Проблеми захисту суб'єктів правовідносин у сфері охорони здоров'я в контексті медичної реформи*: збірник матеріалів науково-практичного круглого столу (м. Запоріжжя, 25 травня 2018 року). За заг. ред. д-ра мед. наук, професора, заслуж. діяча науки і техніки України Ю. М. Колесника. Запоріжжя: Вид-во ЗДМУ, 2018. С. 27–30.
167. Стеценко В. Ю. Публічно-правові основи обов'язкового соціального медичного страхування в Україні. *Науковий часопис НПУ імені*

М. П. Драгоманова. Серія № 18. *Економіка і право*, 2010, Вип. 8. С. 157–161.

168. Стеценко С. Г. 25 років Основ законодавства України про охорону здоров'я: успіх, сумніви чи невдача? *Актуальні проблеми теорії та практики правового регулювання галузі охорони здоров'я: проблеми і перспективи*: збірник тез доповідей науково-практичного круглого столу, присвяченого 25-й річниці прийняття Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (17 листопада 2017 року). За заг. ред. д-ра мед. наук, професора, заслуж. діяча науки і техніки України Ю. М. Колесника. Запоріжжя: Вид-во ЗДМУ, 2017. С. 10–12.

169. Стеценко С. Г. Медичне право України: проблеми становлення. URL: http://medicallaw.org.ua/media/02_331_01.pdf (дата звернення: 21.03.2019).

170. Супрун: система здравоохранения в США далека от идеальной. URL: <http://www.dsnews.ua/politics/suprun-sistema-zdravoohraneniya-v-ssha-daleka-ot-idealnoy-29012019091800> (дата обращения: 12.07.2019).

171. Типова антикорупційна програма юридичної особи, затверджена рішенням НАЗК від 02.03.2017 р. № 75 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1700-18#n658> (дата звернення: 03.06.2019).

172. Ткаченко В. І., Кекух Д. П., Гайова О. А., Алексейченко О. І., Заставний І. І. Системи охорони здоров'я європейських країн очима сімейних лікарів. *Семейная медицина* 2017. № 5 (73). С. 31–34.

173. Ткачова Н. М. Напрями реформування державної політики в сфері охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 8. С. 83–86.

174. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони від 27.06.2014 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011 (дата звернення: 14.11.2018).

175. Усенко В. Реформа здравоохранения: какая модель финансирования выбрана для Украины? URL: <https://www.apteka.ua/article/433151> (дата звернення: 07.07.2019).

176. Финансовое право / [отв. ред. Н. И. Химичева]. Москва : НОРМА,

2007. 464 с.

177. Фільштейн Л. М., Гохголеринт Н. Л. Проблемні питання фінансування галузі охорони здоров'я. *Наукові праці Кіровоград. нац. техн. Ун-ту. Економічні науки*, 2011, вип. 20, ч. I. С. 384–388.

178. Фінансове право: підручник / за заг. ред. О. П. Гетманець ; [Бандурка О. М., Гетманець О. П., Жорнокуй Ю. М. та ін.] ; МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ. Харків, 2017. 392 с.

179. Фокша Л. В. Публічні фонди: поняття, ознаки та правова природа. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія: Юриспруденція*. 2014. № 10-1 том 1. С. 162–164.

180. Шатковська Д. М. Запобігання соціально небезпечним захворюванням: проблеми підвищення дієвості законодавства. *Публічне право*. 2014. № 3 (15). С. 59–64.

181. Шевченко М. В., Карамзіна Л. А., Дорошенко О. О. Фінансування системи охорони здоров'я: зарубіжний та вітчизняний досвід. Україна. *Здоров'я нації*. 2012. № 2 (22). С. 97–100.

182. Щербакова А. А. Институциональные аспекты инновационного развития здравоохранения. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/institutsionalnye-aspekty-innovatsionnogo-razvitiya-zdravoohraneniya> (дата обращения: 12.01.2019).

183. Щодо закупівлі медичних виробів: лист Міністерства економічного розвитку і торгівлі України від 14.06.2019 р. № 3301-04/25032-06. *Управління закладом охорони здоров'я*. 2019. № 7. С. 86.

184. Экономика Тайваня. URL: ru.wikipedia.org/wiki/ (дата обращения: 12.01.2019).

185. Як збільшились зарплати медиків у жовтні. URL: <http://moz.gov.ua/article/reform-plan/> (дата звернення: 17.06.2019).

186. Янчук А. Децентралізація і реформування системи охорони здоров'я: до постановки питання. URL: https://www.socosvita.kiev.ua/sites/Visnyk_1_2018-72-74.pdf (дата звернення: 09.07.2019).

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ*Статті в наукових фахових виданнях*

1. Скріпкін С. В. Поняття публічних видатків в галузі охорони здоров'я та принципи їх здійснення. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Право»*. 2017. № 43. Т. 4. С. 57–61.

2. Скріпкін С. В. Методи фінансування та класифікація публічних видатків в галузі охорони здоров'я. *Прикарпатський юридичний вісник*. 2017. № 1(16). Т. 2. С. 173–179.

3. Скріпкін С. В. Міжнародно-правові стандарти та досвід зарубіжних держав побудови правової моделі здійснення публічних видатків в галузі охорони здоров'я. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Юридичні науки»*. 2018. № 2. Т. 3. С. 177–184.

4. Скріпкін С. В. Проблеми конституційно-правової регламентації права на охорону здоров'я в контексті реформування фінансування видатків у галузі охорони здоров'я. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2018. № 6. С. 252–256.

5. Скріпкін С. В. Проблеми обрання оптимальної моделі фінансування видатків в галузі охорони здоров'я України. *Прикарпатський юридичний вісник*. 2019. № 2. С. 127–132.

6. Скріпкін С. В. Проблемні питання правового регулювання публічних видатків в галузі охорони здоров'я України. *Держава та регіони. Серія: Право*. 2019. № 3. С. 215–221.

7. Скріпкін С. В. Функції публічних видатків в галузі охорони здоров'я. *Юридичний бюлетень*. 2019. № 9. С. 66–74.

Матеріали конференцій

8. Скріпкін С. В. Проблеми правового регулювання видатків в сфері охорони здоров'я. *Актуальні питання теорії та практики правового регулювання галузі охорони здоров'я: проблеми і перспективи*: зб. тез доп.

наук.-практ. круглого столу, присвяченого 25-й річниці прийняття Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (17 листопада 2017 р.) / за заг. ред. Ю. М. Колесника. Запоріжжя: Вид-во ЗДМУ, 2017. С. 129–131.

9. Скріпкін С. В. Фінансово-правовий статус Національної служби здоров'я України. *Сучасні аспекти медицини і фармації-2018*: тези доп. Всеукр. наук.-практ. конф. молодих вчених та студентів з міжнар. участю, присвячена 50-річчю заснування ЗДМУ (18–25 квітня 2018 р., 30 травня 2018 р.) / за заг. ред. Ю. М. Колесника. Запоріжжя: ЗДМУ, 2018. С. 172.

10. Скріпкін С. В. Правові проблеми трансформації кошторисно-бюджетного методу фінансування у програмно-цільовий при фінансуванні видатків закладів охорони здоров'я. *Проблеми захисту суб'єктів правовідносин у сфері охорони здоров'я в контексті медичної реформи*: зб. матеріалів наук.-практ. круглого столу (м. Запоріжжя, 25 травня 2018 р.) / за заг. ред. Ю. М. Колесника. Запоріжжя: ЗДМУ, 2018. С. 123–127.

11. Скріпкін С. В. Реформа фінансування охорони здоров'я в Україні: перші результати. *Актуальні проблеми медичного права: професійний погляд*: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (29 листопада 2018 р., м. Київ). Одеса: Фенікс, 2019. С. 117–119.

12. Скріпкін С. В. До питання про сучасні функції публічних видатків в сфері охорони здоров'я: правовий аспект. *Актуальні питання сучасної медицини і фармації 2019*: зб. тез доп. наук.-практ. конф. з міжнар. участю молодих вчених та студентів (м. Запоріжжя, 13–17 травня 2019 р.). Запоріжжя: ЗДМУ, 2019. С. 180.

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ



MINISTRY OF HEALTHCARE OF UKRAINE
ZAPORIZHIAN STATE MEDICAL UNIVERSITY

Навчально-науковий медичний центр
«УНІВЕРСИТЕТСЬКА КЛІНІКА»

☐ 764-44-51, факс: 764-44-51
☐ вул. Ак. Амосова, 83, м. Запоріжжя, 69063
e-mail: klinikazgmu@ukr.net
web: <http://www.klinikazgmu.zp.ua>



Educational and Research Medical Center
"UNIVERSITY HOSPITAL"

☐ 764-44-51, fax: 764-44-51
☐ str. Ac. Amosova 83, m. Zaporizhzhya, 69063
e-mail: klinikazgmu@ukr.net
web: <http://www.klinikazgmu.zp.ua>

№ 1123

1009.2019 р.

ДОВІДКА

про впровадження результатів дослідження

Результати наукових досліджень Скрипкіна Сергія Васильовича за темою дисертації «Правове регулювання видатків в галузі охорони здоров'я в Україні» знайшли застосування у господарсько-фінансовій діяльності навчально-наукового медичного центру «Університетська клініка» Запорізького державного медичного університету, зокрема в аспектах удосконалення нормативно-договірного регулювання надання платних медичних послуг шляхом використання зазначених результатів в процесі розробки відповідного положення та типових форм договорів.

Директор клініки



Е.В. Котляревська

ЗАКОН УКРАЇНИ

від _____ 2019 р. № _____
Київ

Про внесення змін до Бюджетного кодексу України

Верховна Рада України постановляє:

1. Внести до Бюджетного кодексу України такі зміни:

1) частину четверту статті 13 доповнити абзацом двадцять третім наступного змісту:

«забезпечення діяльності університетських клінік та лікарень, що є структурними підрозділами закладів вищої освіти та післядипломної освіти, що готують фахівців у сфері охорони здоров'я та/або здійснюють їх післядипломну освіту (за рахунок надходжень підгруп 1 і 2 першої групи)».

2. Цей Закон набирає чинності з дня його опублікування.

Президент України

В. Зеленський

КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ
ПОСТАНОВА

від _____ 2019 р. № _____
Київ

**Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів
України від 28 березня 2018 року № 391 «Про затвердження
вимог до надавача послуг з медичного обслуговування
населення, з яким головними розпорядниками бюджетних
коштів укладаються договори про медичне обслуговування
населення»**

На виконання принципу конкуренції і відсутності дискримінації надавачів медичних послуг, передбаченого пунктом восьмим частини першої статті 5 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та відповідно до пункту другого частини сьомої та частини восьмої статті 33 Закону України «Про вищу освіту», з метою забезпечення належного функціонування університетських клінік та університетських лікарень як структурних підрозділів закладів вищої освіти, що готують фахівців у сфері охорони здоров'я в умовах реформи фінансування системи охорони здоров'я, Кабінет Міністрів України **постановляє**:

1. Внести зміни до Вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 391 «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення», виклавши їх у редакції, що додається.

2. Ця постанова набирає чинності з дня її опублікування.

Прем'єр-міністр України	В.ГРОЙСМАН

	<p>ЗАТВЕРДЖЕНО постановою Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 391 * (у редакції постанови Кабінету Міністрів України від _____ 2019 р. № _____)</p>
--	--

ВИМОГИ

до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення

Наявність ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики, інших дозвільних документів, передбачених законом.

Наявність у надавача необхідної для надання послуг з медичного обслуговування населення (медичних послуг) за договором матеріально-технічної бази, яка відповідає вимогам галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я, примірних табелів матеріально-технічного оснащення, затверджених МОЗ.

Наявність умов для медичного обслуговування та вільного доступу до будівель і приміщень надавача медичних послуг осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення відповідно до законодавства.

Реєстрація надавача як юридичної особи (крім державної або комунальної установи, **що не є закладом вищої освіти**) або як фізичної особи – підприємця. **Надавачем можуть бути заклади вищої освіти, в структурі яких є університетські клініки та/або університетські лікарні.**

Відповідність критеріям, установленим у порядку використання коштів відповідної бюджетної програми, на виконання якої укладаються договори про медичне обслуговування населення.

КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ
ПОСТАНОВА

від _____ 2019 р. № _____
Київ

**Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів
України від 11 вересня 2013 року № 679 «Про здійснення
протягом бюджетного періоду видатків на утримання
деяких бюджетних установ одночасно з різних бюджетів»**

На виконання частини другої ст. 85 Бюджетного кодексу України, враховуючи положення частини тринадцятої ст. 16 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», з метою належного функціонування навчальних та наукових підрозділів закладів вищої та післядипломної освіти, що готують фахівців у сфері охорони здоров'я або здійснюють їх післядипломну освіту, Кабінет Міністрів України **постановляє:**

1. Внести зміни до постанови Кабінет Міністрів України від 11 вересня 2013 року № 679 «Про здійснення протягом бюджетного періоду видатків на утримання деяких бюджетних установ одночасно з різних бюджетів», що додаються.

2. Ця постанова набирає чинності з дня її опублікування.

Прем'єр-міністр України	О. ГОНЧАРУК
I	

	ЗАТВЕРДЖЕНО постановою Кабінету Міністрів України від _____ 2019 р. № _____ *
--	--

ЗМІНИ,
що вносяться до постанови Кабінету Міністрів України від
11 вересня 2013 року № 679

1. Викласти назву постанови Кабінету Міністрів України від 11 вересня 2013 року № 679 в наступній редакції:

«Про здійснення протягом бюджетного періоду видатків на утримання деяких бюджетних установ та комунальних некомерційних підприємств одночасно з різних бюджетів».

2. Викласти підпункт 2 пункту 2 від 11 вересня 2013 року № 679 в наступній редакції:

«витрати, пов'язані з утриманням клінічних та інших лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я комунальної власності, на базі яких розміщені навчальні та/або наукові підрозділи закладів вищої освіти, що готують фахівців у сфері охорони здоров'я або здійснюють їх післядипломну освіту (оплата послуг з теплопостачання, водопостачання і водовідведення, електроенергії, природного газу, інших енергоносіїв), наданням послуг з охорони майна та вивезення відходів і їх утилізації та знешкодження, проведення ремонту, забезпечення медичним обладнанням, апаратурою та іншими засобами медичного та господарського призначення, оплатою додаткового чергування у вечірній та нічний час понад місячну норму робочого часу асистентів та наукових працівників кафедр, здійснюються лікувально-профілактичними закладами охорони здоров'я: бюджетними установами – за рахунок коштів місцевих бюджетів, комунальними некомерційними підприємствами – за рахунок коштів зазначених підприємств з подальшим відшкодуванням за рахунок коштів місцевих бюджетів».