

Трансформація механізму фінансування охорони здоров'я: виклики для об'єднаних територіальних громад

Розкрито механізм фінансування сфери охорони здоров'я з використанням медичної субвенції. Проаналізовано достатність виділених з Державного бюджету коштів для забезпечення функціонування медичних установ, які надають первинну медичну допомогу, в об'єднаних територіальних громадах Львівської області. Встановлено неефективність механізму фінансування охорони здоров'я з використанням медичної субвенції та її причини. Охарактеризовано зміни в механізмі фінансування охорони здоров'я, здійснені в 2016-2017 рр. Висвітлено нововведення щодо надання первинних медичних послуг у 2018 р. за принципом «гроші ходять за пацієнтом» і порядок їх фінансування. Критично оцінено потенційні фінансові та пов'язані з ними соціальні ризики запровадження нового підходу до фінансування первинної медичної допомоги.

Ключові слова: бюджет, медична субвенція, охорона здоров'я, об'єднана територіальна громада, медична реформа.

Постановка проблеми. Старт медичної реформи, яка має на меті підвищити якість надання медичних послуг, насамперед пов'язаний з кардинальною трансформацією механізму фінансування сфери охорони здоров'я. Принцип «гроші ходять за пацієнтом» покликаний змінити не лише свідомість лікарів та осіб, які отримують медичні послуги, але й органів місцевого самоврядування, на балансі яких перебувають заклади охорони здоров'я. Особливої актуальності ці питання набувають для утворених у процесі децентралізації влади об'єднаних територіальних громад, оскільки вже у 2018 р. зміни торкнуться первинної ланки надання медичних послуг. А якщо зважити на стан мережі закладів охорони здоров'я у сільській місцевості, то кількість ризиків досягнення мети реформи зростає суттєво.

Аналіз останніх досліджень. Питанням формування державної політики у сфері охорони здоров'я значну увагу приділяють у своїх працях Н. Авраменко, Л. Немець, Н. Кривина, І. Солоненко, В. Чернецький та інші. Проблеми фінансування охорони здоров'я відображені в доробках науковців, серед яких: І. Гнидюк, В. Горин, І. Когут, Г. Лопушняк, Т. Сіташ та інші. Проте висвітлення процесу трансформації механізму фінансування медичної сфери та ризиків, які при цьому виникають на рівні місцевого самоврядування (особливо в об'єднаних територіальних громадах), залишаються малодослідженими.

Метою статті є виявлення проблем і ризиків трансформації механізму бюджетного фінансування охорони здоров'я на рівні об'єднаних територіальних громад.

Основні результати дослідження. Щорічне зростання обсягу видатків Державного бюджету на фінансування охорони здоров'я, яке у 2017 р. сягнуло 57 млрд грн, з 2013 р. супроводжувалось зменшенням їхньої частки у складі ВВП (з 4,2% у 2013 р. до 3,2% у 2016 р.) та в загальній сумі бюджетних видатків (з 12,2% у 2013 р. до 9,0% у 2016 р.) [1].

Для посилення ролі первинної медичної допомоги в системі охорони здоров'я у 2016 р. Міністерство охорони здоров'я, як головний розпорядник бюджетних коштів, змінило систему розподілу коштів між ланками надання медичної допомоги, збільшивши фінансування, власне, первинної медичної допомоги у містах і селах на 35%, у містах обласного значення – на 25% [2].

В об'єднаних територіальних громадах фінансування охорони здоров'я у 2016 р. здійснювалось коштом Державного бюджету, які у вигляді медичної субвенції передавались до бюджетів ОТГ. Загальний обсяг медичної субвенції, переданої з Державного бюджету ОТГ Львівської області, становив 38,81 млн грн і на 48,2% перевищував фактично здійснені видатки бюджетів всіх ОТГ області на охорону здоров'я.

На кінець 2016 р. до мережі закладів охорони здоров'я ОТГ Львівської області входили 2 лікарні, 14 амбулаторій, 80 фельдшерсько-акушерських пунктів та 2 центри первинної медико-санітарної допомоги, які були створені в ОТГ м. Новий Калинів та ОТГ С. Тростянець у 2016 р.

Сума медичної субвенції для конкретної ОТГ визначалась на основі формули, яка включала: чисельність населення відповідної адміністративно-територіальної одиниці; коригуючі коефіцієнти, що враховують відмінності у вартості надання медичної допомоги; особливості надання медичної допомоги у гірських населених пунктах. При цьому у складі зазначеної субвенції передбачався резерв коштів, обсяг якого не міг перевищувати 1% від загального обсягу субвенції [3].

Кошти медичної субвенції, відповідно до її цільового призначення, на рівні ОТГ спрямовувалися на фінансування первинної медико-санітарної, амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги (лікарень широкого профілю, амбулаторій, фельдшерсько-акушерських і фельдшерських пунктів (далі – ФАП), центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (далі – ЦПМСД)). Окрім того,

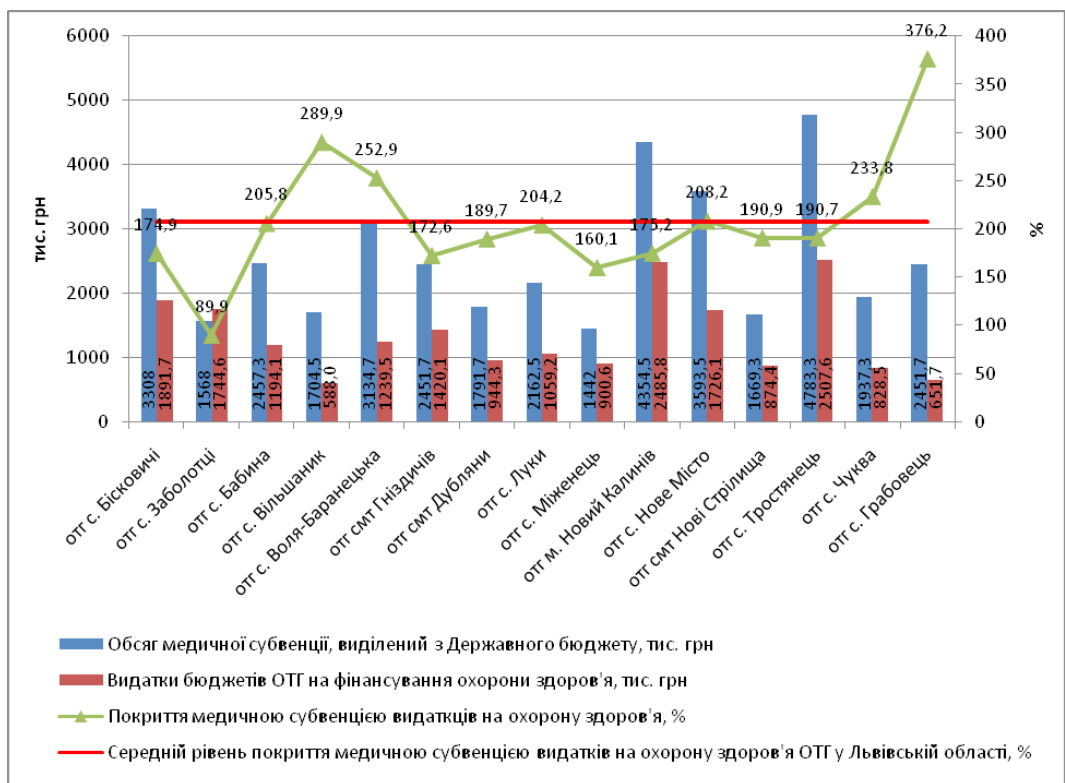


Рис. 1. Фінансування охорони здоров'я в ОТГ Львівської області коштом медичної субвенції у 2016 р.

Складено автором за даними Департаменту фінансів Львівської ОДА.

у 2016 р. ОТГ могли використовувати медичну субвенцію і на реалізацію заходів з оптимізації мережі закладів охорони здоров'я.

Практично в усіх ОТГ Львівщини (за винятком ОТГ с. Заболотці) обсяг, переданої з Державного бюджету медичної субвенції, повністю покривав видатки бюджетів ОТГ на охорону здоров'я (рис. 1). Причому середньообласний показник покриття становив майже 2,1 разу.

Найбільше перевищення обсягу медичної субвенції, порівняно з фактично здійсненими видатками на охорону здоров'я, мало місце в ОТГ с. Грабовець (3,8 разу), ОТГ с. Вільшаник (2,9 разу), ОТГ с. Воля-Баранецька (2,5 разу) та ОТГ с. Чукву (2,3 разу).

Серед причин такого перевищення можна вказати:

- декларування виконками ОТГ номінальної чисельності населення (фактична частина населення може перебувати на заробітках закордоном або проживати в іншій місцевості без реєстрації), яку закладають у формулу розподілу субвенції. Це дозволяє отримати більший обсяг медичної субвенції;
- недовіра населення до медичного персоналу в закладах охорони здоров'я первинного рівня в сільській місцевості через їхній низький фаховий рівень, а також відсутність медичних закладів вторинного рівня в межах ОТГ. У результаті, жителі громади звертаються до закладів охорони здоров'я не за місцем проживання, а в районні та міські лікарні;
- зменшення фонду оплати праці лікарів, середнього та молодшого медичного персоналу (загальний фонд оплати праці в ОТГ Львівщини у 2016 р. склав 87% від запланованого обсягу);
- скорочення (понад план) середньорічної кількості ліжко-днів (перевищення плану на 14,02% у лікарнях і на 73,36% в амбулаторіях);
- відсутність реальних намірів (може бути зумовлено певними особистими інтересами) та продуманого плану оптимізації мережі в більшості ОТГ області (у 2016 р. лише в чотирьох ОТГ оптимізували мережу: створили два ЦПМСД (в ОТГ м. Новий Калинів та ОТГ с. Тростянець) та закрили амбулаторію (в ОТГ с. Вільшаник) і ФАП (в ОТГ с. Новий Калинів).

Лише в ОТГ с. Заболотці за кошти медичної субвенції було покрито 89,9% видатків на охорону здоров'я. Причиною стало фінансування вторинної медичної допомоги, яку надавала лікарня. Крім того, спостерігалось перевищення у 2016 р. фонду оплати праці працівників лікарні в ОТГ с. Заболотці на 13,62%, порівняно із запланованим, а в фельдшерсько-акушерських пунктах – на 5,89%.

Варто відзначити, що виконками об'єднаних територіальних громад не поспішали використовувати кошти медичної субвенції, оскільки залишки субвенції на кінець бюджетного періоду повертати не потрібно. Вони зберігаються на рахунках відповідних місцевих бюджетів і використовуються у наступному бюджетному періоді для поточного утримання (крім заробітної плати (а з 2017 р. ще й крім видатків на оплату комунальних послуг та енергоносіїв)) і оновлення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я та виконання програм у сфері охорони здоров'я з урахуванням цільового призначення субвенції. Виконками ОТГ також мають право додатково понад обсяги субвенції планувати та здійснювати з бюджету ОТГ оплату поточних і капітальних видатків закладів охорони здоров'я та програм у сфері охорони здоров'я та передавати кошти субвенції у вигляді міжбюджетного трансферту іншим бюджетам для надання медичних послуг за місцем обслуговування населення [4]. Але останнє практично ніхто не здійснював, розраховуючи освоїти кошти в наступному році.

У 2017 р. напрями використання медичної субвенції були урізані, порівняно з попереднім роком. Так, коштом медичної субвенції у 2017 р. вже не покривалися

видатки місцевих бюджетів на оплату комунальних послуг та енергоносіїв для закладів охорони здоров'я, а також чітко не передбачалось фінансування заходів з оптимізації їхньої мережі [2]. Проте у 2017 р. видатки ОТГ на оплату комунальних послуг та енергоносіїв для закладів охорони здоров'я здійснювалися за рахунок дотації з Державного місцевого бюджету на здійснення переданих з Державного бюджету видатків з утримання закладів охорони здоров'я [5].

Окрім того, обсяг субвенції, що спрямовувався ОТГ в 2017 р. на первинну медичну допомогу, міг становити не більше 40% від загального обсягу субвенції для районів та об'єднаних територіальних громад, які добровільно об'єдналися на базі районів, та не більше 30% загального обсягу субвенції для міст обласного значення та об'єднаних територіальних громад, які добровільно об'єдналися на базі міст обласного значення [2]. Тобто це означає, що 60% і 70% обсягу медичної субвенції відповідно ОТГ мають передавати до бюджетів відповідних районів, міст обласного значення та об'єднаних територіальних громад для здійснення ними видатків на вторинну медичну допомогу (рис. 2).

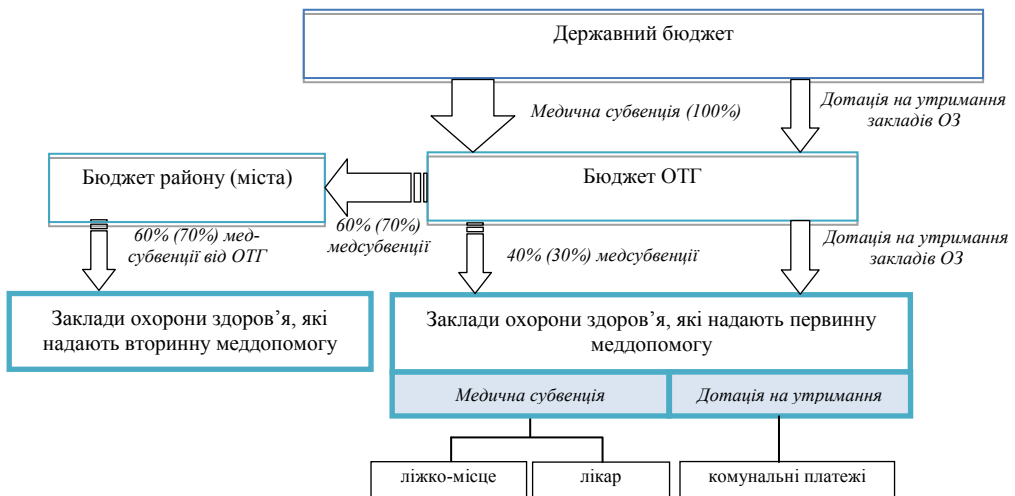


Рис. 2. Схема фінансування закладів охорони здоров'я в ОТГ у 2017 р.

Складено автором на основі джерел [3-5].

Обсяг виділеної з Державного бюджету медичної субвенції на 2017 р. для 22 об'єднаних територіальних громад Львівщини склав 114,8 млн грн. Якщо ж взяти до уваги лише ОТГ, яким перераховувалась медична субвенція у 2016 р., то її загальна сума збільшилась на 26,8% до 49,2 млн грн. При цьому практично для всіх зазначених ОТГ обсяг субвенції збільшили в середньому на 26,7%, крім ОТГ смт Гнізди́чів (збільшили у 2 рази) та ОТГ с. Грабовець (зменшили на 39%). А якщо зважити, що на 2017 р. на первинну медичну допомогу передбачено лише 40% обсягу виділеної об'єднаній територіальній громаді медичної субвенції, то цих коштів мало б бути цілком достатньо для фінансування закладів охорони здоров'я, які надають таку допомогу, оскільки для 14-ти ОТГ Львівщини (у т. ч. ОТГ м. Новий Калинів, ОТГ с. Бісковичі, ОТГ с. Грабовець, ОТГ с. Заболотці, ОТГ с. Міженець, ОТГ с. Тростянець, ОТГ смт Дубляни та ОТГ смт Нові Стрілища) 40% медичної субвенції 2017 р. є більше, аніж повний обсяг субвенції (до складу якої в попередньому році також були включені видатки на утримання медичних установ), переданої з Державного бюджету у 2016 р. (рис. 3).

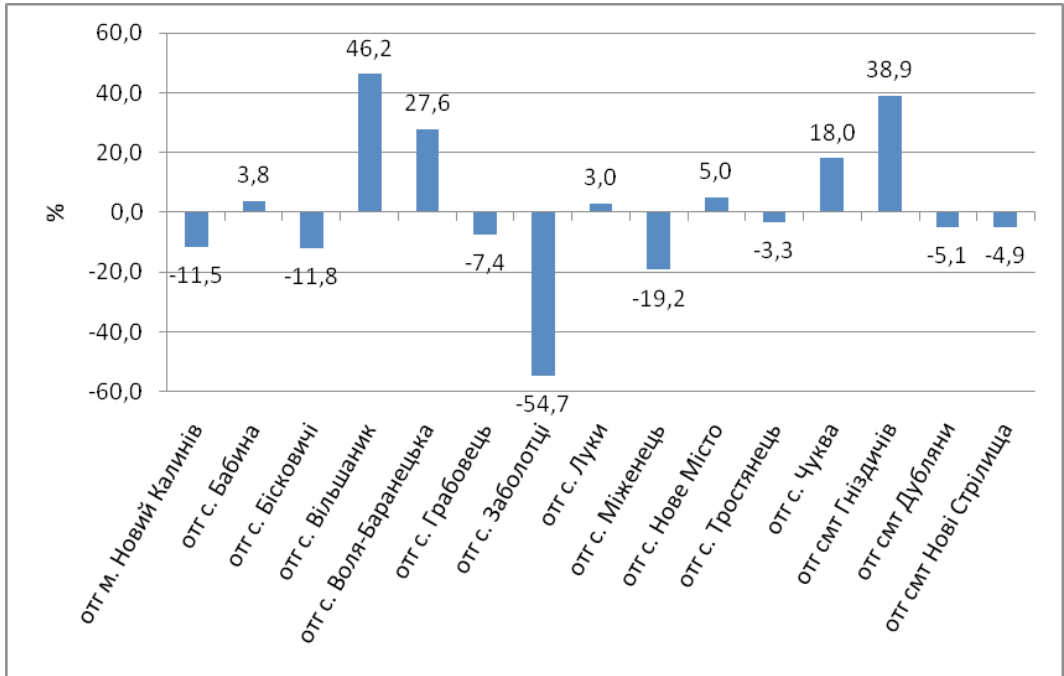


Рис. 3. Відхилення 40% медичної субвенції 2017 р. від обсягу видатків бюджетів ОТГ Львівщина охорону здоров'я в 2016 р., %*

Складено за даними Департаменту фінансів Львівської ОДА

* Додатні значення показників вказують на перевищення 40% медичної субвенції 2017 р. над видатками на охорону здоров'я, здійсненими ОТГ у 2016 р.; від'ємні – навпаки.

У Бісковецькій і Заболотцівській ОТГ у складі використаної медсубвенції в 2016 р. були здійснені видатки на первинну та вторинну медичну допомогу, з якої частка первинної становила лише 15,5% та 9,1% відповідно.

Аналіз фінансування надання первинної медичної допомоги на рівні ОТГ показав низьку ефективність використання коштів медичної субвенції (виділені з Державного бюджету кошти залишились не використаними в одних громадах, у той час як в інших спостерігалася їх нестача (особливо в ОТГ, де функціонували медичні заклади вторинного рівня); оптимізація мережі медичних установ практично не відбувалася, як, скоріш за все, не покращувалось і їхнє забезпечення необхідним обладнанням і кваліфікованими кадрами). Тому реформа механізму фінансування системи охорони здоров'я є необхідною та своєчасною.

Правовим підґрунтям впровадження реформи системи охорони здоров'я у 2018 р. мають стати Закони України «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів», «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» та «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо забезпечення державних фінансових гарантій надання медичних послуг та лікарських засобів» (останній станом на 01.01.2018 р. – на стадії законопроекту). Закон «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» кардинально змінює механізм фінансування системи охорони здоров'я, усуваючи вплив адміністративної складової на розподіл коштів. У 2018 р. зміни будуть впроваджені на рівні надання первинної медичної допомоги.

Закладам охорони здоров'я (як комунальним, так і приватним кабінетам), які надаватимуть первинну медичну допомогу, коштом Державного бюджету оплачуватимуть надані послуги відповідно до встановленого переліку та тарифів, тобто в межах програми державних медичних гарантій. Підставою отримання фінансування буде інформація з електронної системи охорони здоров'я про кількість і характер наданих послуг (з врахуванням доплат за послуги, надані дітям до досягнення п'ятирічного віку та особам віком понад 65 років). Цими коштами будуть профінансовані: заробітна плата лікаря та медсестри, задіяних у наданні послуг, адміністративні видатки, амортизація обладнання, прості витратні матеріали і частково лабораторні дослідження. Це, зокрема, означає, для лікарів первинної ланки буде скасовано нарахування заробітної плати відповідно до встановленої Кабінетом Міністрів України єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці. Натомість вона прямо залежатиме від кількості та характеру наданих послуг. Що, своєю чергою, мало б спонукати лікаря якісно виконувати свою роботу.

До того ж починаючи з 2018 р. прямих дотацій з Державного бюджету бюджетам ОТГ на утримання закладів охорони здоров'я не передбачено. Натомість заплановано додаткову дотацію з Державного обласним бюджетам на здійснення переданих з Державного бюджету видатків з утримання закладів охорони здоров'я. Тому не виключено, що фінансувати (дофінансовувати) амбулаторії, ФАПи та ЦПМСД об'єднаним територіальним громадам доведеться самотужки, оскільки перерозподілених обласними радами коштів може виявитись недостатньо для фінансування в повному обсязі мережі закладів охорони здоров'я первинного рівня в ОТГ.

Перекладання видатків на утримання закладів охорони здоров'я на місцеві бюджети може зумовити двоякий ефект: або відбудеться скорочення мережі (що може мати як позитивний (скорочення зайвих установ), так і негативний (ускладнення доступу до медичної допомоги певних верств населення, наприклад, осіб, які не мають змоги добиратися до лікарень чи амбулаторій в іншій громаді) наслідок), або відбуватиметься залучення кваліфікованих лікарів до медичних установ у сільській місцевості для того, щоб можна було покрити витрати на їхнє утримання (бо гроші «йтимуть» за пацієнтом). Для реалізації останнього прийнято Закон «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості», на реалізацію якого (для розвитку медицини у сільській місцевості) планують виділити з Державного бюджету 5 млрд грн.

Щодо надання послуг вторинної та третинної медичної допомоги, то у 2018-2019 рр. вони фінансуватимуться за старою схемою (через медичну субвенцію з Державного бюджету бюджетам нижчих рівнів), а з 2020 р. будуть реформовані за аналогією з первинною ланкою.

Водночас заходи з реформування системи фінансування охорони здоров'я, зокрема надання первинної медичної допомоги, не позбавлене низки ризиків:

- можливе завищення кількості та характеру наданих послуг (на неформальних домовленостях між лікарем і медичною установою) для збільшення фінансування;
- відсутність співоплати за медичні послуги. Разова доплата сприяла б економії бюджетного фінансування, бо збільшила б надходження коштів та зменшила б зайві звернення до лікаря. За результатами опитування, 78% українців підтримали б систему розподілу витрат на лікування між державою та пацієнтом, якби вона захищала від необхідності здійснювати неформальні платежі лікарям [6];

- оплата комунальних платежів та енергоресурсів коштом місцевих бюджетів може спричинити до нерівності між комунальними закладами охорони здоров'я та лікарями приватних кабінетів, оскільки останні покриватимуть зазначені витрати за власний кошт;
- можлива поява неформальних домовленостей між лікарем первинного і вторинного рівня про «співпрацю» (людину скеровуватимуть до того лікаря на вторинному рівні, в якому буде зацікавлений лікар первинної ланки, на кшталт, як з фармацевтичними компаніями про рекомендування пацієнтам ліків конкретного виробника), що буде на користь лікарському персоналу, а не пацієнтам;
- інвестиційні видатки (на розвиток матеріальної бази, підвищення кваліфікації лікарів тощо), які, по суті, перекладені на місцеві бюджети, підпадають під ризик фінансування за залишковим принципом;
- достатність фінансування медичних послуг в разі підвищення їхньої вартості. Програма медичних гарантій буде затверджуватись Верховною Радою щорічно разом з Державним бюджетом на наступний рік. Відповідно обсяг закладених у ній послуг залежатиме від розміру фінансування з Державного бюджету. У 2017 р., наприклад, вартість консультації терапевта чи педіатра в приватних клініках майже у два рази вища, ніж передбачена державою на 2018 р. (середня виплата за надану пацієнту послугу коливається в межах 350-660 грн) [7]. Водночас середні видатки в ОТГ Львівщини на медицину на одну особу у 2016 р. становили 347,1 грн. Тобто, на перший погляд, закладені на особу 370 грн на фінансування первинної медичної допомоги у 2018 р. є достатніми, але, зважаючи на темпи інфляції у 2016-2017 рр. (13,9% і 14,4% відповідно), аналогічний обсяг послуг у 2018 р. може бути недофінансованим (або не всі послуги будуть фінансуватись за державний кошт).

Поруч з ризиками трансформації системи фінансування охорони здоров'я доцільно виділити і ризиками, пов'язані з якістю надання медичних послуг і функціонуванням мережі закладів охорони здоров'я.

Зокрема, щодо якості надання послуг можна зазначити такі ризики:

- якість лікарського обслуговування. З 2018 р. терапевт, сімейний лікар чи педіатр зможе обслуговувати до 2 тис. пацієнтів (для того, щоб максимізувати свою заробітну плату), донедавна норматив чисельності населення на одну посаду лікаря загальної практики становить 1,5 тис. осіб у міських поселеннях та 1,1 тис. осіб – у сільській місцевості. Тобто зростання чисельності пацієнтів може спричинити до зниження якості послуг. А якщо зважити на те, що є громади з чисельністю жителів менше однієї тисячі, і для максимізації заробітної плати лікареві доведеться обслуговувати пацієнтів у кількох громадах, то питання якості послуг стає ще гострішим;
- збільшиться час для отримання допомоги вузького спеціаліста (бо спершу потрібно отримати скерування лікаря первинного рівня), в іншому випадку пацієнту доведеться за власний кошт оплатити отримані послуги. Тобто постає питання про своєчасність отримання необхідних послуг.

Серед ризиків, пов'язаних з реформуванням мережі закладів охорони здоров'я, можна вказати:

- зниження рівня забезпечення населення закладами охорони здоров'я. Реформа може спричинити до появи суперечності. З одного боку, чинний норматив забезпеченості амбулаторіями сільського населення (3,3 на 10 тис. сільського населення [8]) покликаний забезпечити рівну доступність жителів до отримання первинної медичної допомоги, а з другого, – він може суперечити

планам з оптимізації мережі і зумовлювати утримання закладів, які де-факто обслуговують дуже незначну чисельність населення;

- скорочення (перепрофілювання) медичних установ у сільській місцевості, які не зможуть залучити лікарів, може негативно позначитись на верствах населення (наприклад, людях пенсійного віку), які не мають змоги самостійно доїжджати до центрів первинної медико-санітарної допомоги;
- вивільнення лікарів і гонитва за клієнтами може спричинити до напруження в суспільстві та недобросовісної конкуренції. За даними Державної служби статистики, у 2016 р. в Україні налічувалось 61288 лікарів, які надають первинну медичну допомогу (терапевтів, педіатрів, сімейних лікарів) [1]. Виходячи з максимальної чисельності пацієнтів, які може обслуговувати лікар первинної ланки (до 2 тис. осіб) для максимізації своєї заробітної плати, майже дві третини лікарів може залишитись без роботи (бо в такому випадку, виходячи з чисельності населення України 42,4 млн осіб, достатньо буде лише 21,2 тис. лікарів), або, задеклароване МОЗ, зростання заробітної плати для більшості лікарів не відбудеться (оскільки за вказаної чисельності лікарів первинної ланки в середньому на одного лікаря припадатиме 692 пацієнти);
- у нерівні конкурентні умови потраплять молоді спеціалісти, які закінчили навчальні заклади і ще не мають своєї клієнтської бази.

Висновки. Таким чином, необхідність реформування механізму фінансування сфери охорони здоров'я не викликає сумнівів, але водночас воно супроводжується значною кількістю як фінансових, так і соціальних ризиків, що можуть мати вплив на дієвість і результативність реформи, особливо в межах сільських населених пунктів.

Список використаних джерел

1. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2016 році: стат. бюлетень. К.: Державна служба статистики України, 2017. 92 с.
2. Ушиніна Т., Ситнік О. Чек-ліст реформ. Заступник міністра охорони здоров'я про те, що робить МОЗ, чого нам чекати і коли // *Сайт Українська правда*. 19 січня 2016 р. Режим доступу: <http://life.pravda.com.ua/health/2016/01/19/206647>.
3. Бюджетний кодекс України від 08.07.2010 р. №2456-VI // *Відомості Верховної Ради України*. 2010. №50-51. Ст. 572. Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2456-17>
4. Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання надання медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам» від 23 січня 2015 р. № 11. Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/11-2015-p/paran74#n74>
5. Закон України «Про державний бюджет України на 2017 рік» від 21 грудня 2016 р. №1801-VIII / Верховна Рада України. Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1801-19>
6. Відповідаємо на запитання про медреформу. Вип. 4/10 // *Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України*. 6 вересня 2017 р. Режим доступу: http://www.old.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20170906_c.html
7. Романенко Н. Кому належать частні клініки України // *Сайт Бизнес Цензор*. 16.11.2017. Режим доступу: https://biz.censor.net.ua/resonance/3035914/komu_prinadlejat_chastnye_kliniki_ukrainy
8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Нормативів забезпеченості мережею амбулаторій – підрозділів центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги» від 10.09.2013, № 793. Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1587-13>

References

1. State Statistics Service of Ukraine (2017). *Zaklady okhorony zdorov'ya ta zakhvoryuvanist' naseleння Ukrayiny u 2016 rotsi* [Establishments of health care and morbidity of the population of Ukraine in 2016] (Statistical Bulletin). Kyiv. [in Ukrainian]. Retrieved from http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2017/bl/06/bl_zoz_2016.zip [in Ukrainian].
2. Supreme Council of Ukraine (2010). *Podatkovyy kodeks Ukrayiny [Tax Code of Ukraine]* (Adopted on 2010, July 8, 2456-VI). *Vidomosti Verkhovnoyi Rady Ukrayiny – The Official Bulletin of the Verkhovna Rada of Ukraine*, 50-51, art. 572. Retrieved from <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2456-17> [in Ukrainian].

3. Supreme Council of Ukraine (2017). Bjudzhetnyj kodeks Ukrainy [Budget Code of Ukraine]. Adopted on 2010, July 8, 2456-VI. Retrieved from <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/2456-17> [in Ukrainian].
4. Cabinet of Ministers of Ukraine (2015). Dejaki pytannja nadannja medychnoi subvencii z deravnoho bjudzhetu miscevyim bjudzhetam [Some issues of providing medical subventions from the state budget to local budgets]. Resolution on 2015, January 23, 11. Retrieved from <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/11-2015-n/paran74#n74> [in Ukrainian].
5. Supreme Council of Ukraine (2016). *Pro derzhavnyy byudzhet Ukrayiny na 2017 rik [On the State Budget of Ukraine for 2017]*. Law of Ukraine, adopted on 2016, December 21, 1801-VIII. Retrieved from <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1801-19> [in Ukrainian].
6. Vidpovidaemo na zapytannia pro medreformu. Vypusk 4/10. [We answer on the question about medical reform. Issue 4/10] (2017, September 6). *Official Website of the Ministry of Health of Ukraine*. Retrieved from http://www.old.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20170906_c.html [in Ukrainian].
7. Romanenko N. (2017, November 11). Komu prinadlezhat chastnyie kliniki Ukrainy [Who owns private clinics in Ukraine]. *Website Biz.Censor*. Retrieved from https://biz.censor.net.ua/resonance/3035914/komu_prinadlejat_chastnye_kliniki_ukrainy [in Ukrainian].
8. Ministry of Health of Ukraine (2013). Pro zatverdzhennya Normatyviv zabezpechenosti merezhevy ambulatoriy – pidrozdiliv tsentriv pervynnoyi medychnoyi (medyko-sanitarnoyi) dopomohy [On Approval of the Provisions for Provision by the Network of Outpatient Departments – units of the centers of primary medical (medical-sanitary) care]. Ministry Decree on 2013, September 10, 793. Retrieved from <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1587-13> [in Ukrainian].

Dub A. R. Transforming of the health financing mechanism: challenges for the united territorial communities.

Improving the quality of health care delivery is the goal of medical reform. However, the transformation of the financing mechanism of health care should become the breakthrough in its accomplishment. Particularly, the issues of medical reform financing are of utmost importance for the communities formed in the process of decentralization of power, since in 2018 the changes will affect the primary level of provision of medical services.

The purpose of the article is to identify potential problems and risks of public health financing transformation at the level of the united territorial communities.

The process of transforming the health financing mechanism in 2016-2017 is examined. The adequacy of funds allocated from the state budget to ensure the functioning of medical institutions providing primary health care in the united territorial communities in Lviv region is analyzed. The possible financial and social risks of introducing a new approach to financing primary health care in 2018 are critically assessed.

The budget financing of health care through the use of medical subvention is imperfect and needs reform. An analysis of the use of medical subventions to finance the provision of primary health care at the united territorial communities' level in 2016 showed that funds allocated from the state budget remained unused in some communities, while others lacked them. The main reasons were: the imperfection of the formula for distributing the medical subvention and the distrust of the population to the medical staff in the primary health care institutions in rural areas due to their low professional level. Changes in the financing mechanism of health care in 2017 did not correct the situation. In 2018, healthcare financing based on the principle of "money going for a patient" will be launched at the level of primary care provision. Despite this, there is a threat of emergence of a number of risks, both financial (the sufficiency of funds to finance medical services and investment expenditures for the development of a network of medical institutions, etc.), as well as of social nature (quality and timeliness of provision of medical services, provision of medical institutions in rural areas, etc.).

The need to reform the financing mechanism of the health care sector is beyond doubt. But, besides this, it is accompanied by a significant amount of both financial and social risks that may have an impact on the effectiveness and efficiency of the reform, especially in rural areas. Therefore, related issues will require in the near future a detailed study and development of measures to eliminate them.

Keywords: budget, medical subvention, health care, united territorial community, medical reform.

Дуб Андрій Романович – кандидат економічних наук, доцент, старший науковий співробітник відділу регіональної фінансової політики ДУ «Інститут регіональних досліджень імені М.І. Долишнього НАН України» (e-mail: oak_an@ukr.net, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6377-1556>).

Dub Andriy Romanovych – Ph.D. (Econ.), Associate Professor, Senior Researcher of the Department of regional financial policy of the Dolishnyi Institute of Regional Research of NAS of Ukraine.

Надійшло 18.12.2017 р.