

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Тернопільський національний економічний університет
Факультет фінансів та обліку
Кафедра обліку і оподаткування

ДОБРОВОЛЬСЬКА Христина Романівна

**Обліково-аналітичне забезпечення та оцінка фінансово-
господарської діяльності закладів охорони здоров'я /
Accounting and analytical support and assessment of the
healthcare institutions financial and economic activities**

спеціальність: 071 – Облік і оподаткування
**освітньо-професійна програма – Інформаційні технології обліку,
оподаткування та контролю в державному секторі економіки**

Випускна кваліфікаційна робота

Виконав студент групи
ОПСЗМ-21
Х.Р. Добровольська

Науковий керівник:
д.е.н., проф., В.М. Рожелюк

Випускну кваліфікаційну роботу
допущено до захисту:

«__» _____ 20__ р.

Завідувач кафедри

_____ Н.В. Починок

ЗМІСТ

Вступ	3
Розділ I. Принципи та оцінка обліково-аналітичного забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я	7
1.1. Фінансово-господарська діяльність закладів охорони здоров'я як об'єкт обліку та аналізу в державному секторі економіки	7
1.2. Особливості побудови облікової системи закладів охорони здоров'я	13
Висновки до розділу 1	23
Розділ II. Методика обліково-аналітичного забезпечення діяльності медичних закладів.....	24
2.1. Облік не фінансових та фінансових активів.....	24
2.2. Доходи і видатки установ державного сектору та загальні засади їх обліку	41
2.3. Управлінський облік в закладах охорони здоров'я	59
2.4. Напрями удосконалення обліково-аналітичного забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я в умовах медичної реформи.....	79
Висновки до розділу 2	88
Розділ III. Аналіз та оцінка фінансово-господарської діяльності закладів охорони здоров'я	90
3.1. Організаційно методичні аспекти аналізу фінансово-господарської діяльності закладів охорони здоров'я	90
3.2. Аналіз фінансових показників як інструмент сучасного стратегічного управління закладом охорони здоров'я	99
Висновки до розділу 3	106
Висновки	107
Список використаних джерел.....	111
Додатки.....	123

АНОТАЦІЯ

Добровольська Х. Р. Обліково-аналітичне забезпечення та оцінка фінансово-господарської діяльності закладів охорони здоров'я – Рукопис.

Дослідження на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня «магістр» за спеціальністю 071 – Облік і оподаткування. – Тернопільський національний економічний університет, Тернопіль, 2019.

У роботі досліджено основні аспекти обліково-аналітичного забезпечення та оцінки фінансово-господарської діяльності закладів охорони здоров'я в умовах переходу до міжнародних норм та стандартів обліку. Зокрема розглянуто принципи та оцінку обліково-аналітичного забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я та методику обліково-аналітичного забезпечення діяльності медичних закладів.

Досліджено методику аналізу та оцінки фінансово-господарської діяльності закладів охорони здоров'я, а саме організаційно методичні аспекти аналізу фінансово-господарської діяльності закладів охорони здоров'я та аналіз фінансових показників як інструмент сучасного стратегічного управління закладом охорони здоров'я.

Ключові слова: фінансово-господарська діяльність, обліково-аналітичне забезпечення, державний сектор, фінансові активи, нефінансові активи, медичні послуги, доходи, витрати, видатки, заклади охорони здоров'я.

ANNOTATION

Dobrovolska H. R. Accounting and analytical support and evaluation of financial and economic activity of healthcare institutions. - Manuscript.

Studies for obtaining an educational qualification level "Master" in the specialty 071 - accounting and taxation - Ternopil National Economic University, Ternopil, 2019.

The main aspects of accounting and analytical support and evaluation of financial and economic activity of health care institutions in the conditions of transition to international accounting norms and standards are explored. In particular, the principles and evaluation of accounting and analytical support of health care facilities and methods of accounting and analytical support of health care facilities are discussed.

Methods of analysis and evaluation of financial and economic activity of health care institutions are investigated, namely organizationally methodical aspects of analysis of financial and economic activity of health care institutions and analysis of financial indicators as a tool of modern strategic management of a health care facility.

Key words: financial and economic activity, accounting and analytical support, public sector, financial assets, non-financial assets, medical services, income, expenses, expenditures, healthcare institutions.

РЕЗЮМЕ

Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків і списку використаних джерел, який містить 108 найменувань та додатків.

Метою роботи є визначення особливостей обліково-аналітичного забезпечення та оцінки фінансово-господарської діяльності в закладах охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження виступає обліково-аналітичне забезпечення фінансово-господарської діяльності закладів охорони здоров'я. Дослідження проводилось за показниками фінансово-господарської діяльності комунального закладу Львівської обласної ради «Золочівський протитуберкульозний диспансер».

Предметом дослідження є методика обліку, аналізу та оцінки фінансово-господарської діяльності закладів охорони здоров'я.

Одержані висновки та їх новизна полягає у вдосконаленні процесу обліково-аналітичного забезпечення та оцінки фінансово-господарської діяльності закладів охорони здоров'я. В роботі досліджено пріоритетні напрямки розвитку та перспективи технічного, економічного і соціального розвитку галузі закладів охорони здоров'я, принципи прийняття і реалізації економічних і управлінських рішень в закладах охорони здоров'я, аналіз стану і використання основних об'єктів обліку закладів охорони здоров'я.

Ключові слова: фінансово-господарська діяльність, обліково-аналітичне забезпечення, державний сектор, фінансові активи, нефінансові активи, медичні послуги, доходи, витрати, видатки, заклади охорони здоров'я.

RESUME

Master's work consists of an introduction, three chapters, conclusions and a list of sources used, containing 108 titles and appendices.

The aim of the master's thesis is to determine the features of accounting and analytical support and evaluation of financial and economic activities in healthcare institutions

The object of research is accounting and analytical support of financial and economic activity of health care institutions. The study was conducted according to the indicators of financial and economic activity of the municipal institution of the Lviv regional council "Zolochiv anti-tuberculosis dispensary".

The subject of the study is the methodology of accounting, analysis and evaluation of financial and economic activities of healthcare institutions.

The findings and their novelty are to improve the process of accounting and analytical support and evaluation of financial and economic activities of health care institutions. Priority directions of development and prospects of technical, economic and social development of health care institutions, principles of making and implementation of economic and management decisions in health care institutions, analysis of the status and use of the main objects of accounting are investigated in the work. health care institutions

Key words: financial and economic activity, accounting and analytical support, public sector, financial assets, non-financial assets, medical services, income, expenses, expenditures, healthcare institutions.

Вступ

Актуальність теми. Благополуччя та якість життя населення в Україні має пряму залежність від розвитку системи охорони здоров'я. Аналіз даних МОЗ України показує, що стан здоров'я населення України є незадовільним, висока смертність та вищий в Європі природний спад населення. Різко скоротилися постачання до медичних установ ліків, сталося різке зниження лікувально-профілактичної роботи. Охорона здоров'я, як і все народне господарство, функціонує в певному економічному середовищі. Важливими є такі економічні аспекти охорони здоров'я: функціонування установ охорони здоров'я як суб'єкта економічних відносин, впровадження обов'язкового медичного страхування, підвищення медико-економічної ефективності, розвиток додаткових джерел фінансування, механізм ціноутворення, аналіз господарської діяльності лікувальних закладів, ефективність та раціональне використання ресурсів.

Однією з важливих складових ефективної діяльності суб'єктів державного сектору в цілому та закладів охорони здоров'я, зокрема є досконале обліково-аналітичне забезпечення. На сьогодні в Україні проходить процес реформування обліку у державному секторі, впроваджується Стратегія модернізації обліку та П(С)БОДС, реалізація яких повинна забезпечити умови для створення інтегрованої інформаційно-аналітичної системи управління державними фінансами та бухгалтерським обліком. Однак на практиці виникає ряд проблемних питань, особливо стосовно обліково-аналітичного забезпечення в закладах охорони здоров'я.

Аналіз останніх досліджень. Аналіз літературних джерел свідчить про поглиблення досліджень вчених-обліковців у сфері бюджетного обліку. Проблемами впровадження міжнародних стандартів в облікову практику бюджетних установ займаються ряд вчених, зокрема Атамас П. Й., Дорошенко О.О., Джога Р.Т., Єфіменко Т. І., Жутова З. У., Калюга Є. В., Кондратюк І. О., Ловінська Л. Г., Панков Д. О., Самборський В.І.,

Зубілевич С.Я., Лемішовський В. І., Мельник Т. Г., Петрашко П. Г., Писаренко Т.М., Рожелюк В. М., Сафонова Л. Д., Свірко С. В., Сисюк С. В., Сушко Н. І., Хорунжак Н. М., Чечуліна О. О., Фаріон А. І., Шара Є. Ю. та інші. Однак, роботи зазначених вчених не висвітлюють в повній мірі питання обліково-аналітичного забезпечення та оцінки фінансово-господарської діяльності закладів охорони здоров'я.

За умов впровадження нових стандартів бухгалтерського обліку проведення досліджень у державному секторі є необхідним і першочерговим завданням вчених. Вирішення потребують методологічні і організаційні проблеми, що викликано складними умовами, в яких сьогодні функціонують бюджетні установи України. Це свідчить про необхідність дослідження питань обліково-аналітичного забезпечення фінансово-господарської діяльності в закладах охорони здоров'я внаслідок недостатньої розробленості теоретичних і практичних підходів щодо його здійснення, підвищення значимості в удосконаленні механізму управління.

Мета і завдання дослідження. Основною метою випускної кваліфікаційної роботи є визначення особливостей обліково-аналітичного забезпечення та оцінки фінансово-господарської діяльності в закладах охорони здоров'я.

Для реалізації зазначеної мети поставлено наступні завдання:

- розглянути особливості фінансово-господарської діяльності в закладах охорони здоров'я та їх вплив на систему обліку;
- дослідити організацію обліково-аналітичного забезпечення фінансово-господарської діяльності в закладах охорони здоров'я;
- дослідити та дати критичний огляд облікового забезпечення в закладах охорони здоров'я;
- розглянути застосування аналітичних процедур при оцінці ефективності діяльності в закладах охорони здоров'я;
- вивчити методику проведення аналізу діяльності закладів охорони здоров'я та внести пропозиції щодо його удосконалення.

Об'єктом дослідження виступає обліково-аналітичне забезпечення фінансово-господарської діяльності закладів охорони здоров'я. Дослідження проводилось за показниками фінансово-господарської діяльності комунального закладу Львівської обласної ради «Золочівський протитуберкульозний диспансер».

Предметом дослідження є методика обліку, аналізу та оцінки фінансово-господарської діяльності закладів охорони здоров'я.

Методи дослідження. У процесі дослідження використано сукупність загальнонаукових та специфічних методів дослідження, системний та комплексний підходи до вивчення методів, способів і прийомів оцінки та обліку. З метою оцінки та аналізу фінансово-господарської діяльності закладів охорони здоров'я в роботі використано методи розрахунку показників ефективності діяльності організації охорони здоров'я; аналіз професійної аргументації при розборі стандартних ситуацій в сфері управління охороною здоров'я при проведенні фінансового аналізу; методи економічного аналізу виробничо-господарської діяльності закладів охорони здоров'я та її підрозділів, оцінки ринкових позицій комерційних організацій охорони здоров'я; методи визначення економічної ефективності впровадження медичної техніки і технологій, заходів з підвищення конкурентоспроможності продукту медичної праці тощо.

Інформаційною базою дослідження є монографії, наукові статті вітчизняних та зарубіжних вчених, матеріали науково-практичних конференцій, фінансова, бюджетна та статистична звітність закладів охорони здоров'я на прикладі досліджуваного об'єкта, нормативно-правові акти з питань регулювання цивільно-правових відносин та побудови облікової системи в закладах охорони здоров'я.

Наукова новизна одержаних результатів випускної кваліфікаційної роботи полягає у вдосконаленні процесу обліково-аналітичного забезпечення та оцінки фінансово-господарської діяльності закладів охорони здоров'я. В роботі досліджено пріоритетні напрямки розвитку та перспективи технічного,

економічного і соціального розвитку галузі охорони здоров'я та закладів охорони здоров'я, принципи прийняття і реалізації економічних і управлінських рішень в закладах охорони здоров'я, аналіз стану і використання основних об'єктів обліку закладів охорони здоров'я.

Практичне значення одержаних результатів полягає в можливості їх використання закладами охорони здоров'я для ефективної організації облікового процесу з метою удосконалення обліково-аналітичного забезпечення та оцінки фінансово-господарської діяльності закладів охорони здоров'я.

Публікації. Проведені дослідження оприлюднені на 2-х науково-практичних конференціях, за результатами яких опубліковано тези доповідей:

1. Рожелюк В. М., Добровольська Х. Р. Інвентаризація, як інструмент контролю основних засобів на підприємстві : *Облік, оподаткування і контроль : теорія та методологія* : зб. матеріалів III міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. [м. Тернопіль, 28 черв. 2019 р.] / редкол. : В. М. Рожелюк, Н. М. Хорунжак, І. Д. Бенько [та ін.]. - Тернопіль : ТНЕУ, 2019. - С. 103-105.

2. Добровольська Христина. Методичні аспекти визначення результатів фінансової діяльності установ державного сектору. *Стан та перспективи розвитку обліку, аналізу, контролю і оподаткування в умовах поглиблення євроінтеграційних процесів* : матеріали IV Міжнародної студентської інтернет-конференції [м. Львів, 26-27 березня 2019 р.] Львів : СПОЛОМ, 2019. С. 83-85.

Обсяг та структура випускної кваліфікаційної роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків і списку використаних джерел, який містить 108 найменувань та додатків.

РОЗДІЛ І

ПРИНЦИПИ ТА ОЦІНКА ОБЛІКОВО-АНАЛІТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Фінансово-господарська діяльність закладів охорони здоров'я як об'єкт обліку та аналізу в державному секторі економіки

Ринок медичних послуг, як сукупність медичних технологій, виробів, медичної техніки, методів організації медичної діяльності, фармакологічних засобів, лікарської дії і профілактики, які реалізуються в умовах конкурентної економіки, надає учасникам виробництва об'єктивну інформацію про суспільно необхідну кількість і якість послуг, які постачаються на ринок. Згідно з Конституцією України, медична допомога надається кожному громадянину країни безкоштовно в мережі державних та комунальних закладів охорони здоров'я. Відповідно до законодавства України, в закладах охорони здоров'я недержавної форми власності невідкладну медичну допомогу надають безкоштовно [1].

Завдання закладів охорони здоров'я полягають в забезпеченні процесу реалізації цілей формування ринку медичних послуг; ефективності й повноти використання ресурсного потенціалу системи охорони здоров'я; збереження й зміцнення здоров'я населення; надання кваліфікованих медичних послуг усім громадянам незалежно від місця їхнього проживання; перехід на лікувально-діагностичні послуги з використанням сучасних медичних технологій; забезпечення доступного і якісного медичного обслуговування; розроблення практичних заходів для залучення вітчизняних та іноземних інвестицій у медичні заклади; здійснення податкової політики, що стимулюватиме розвиток підприємництва на ринку медичних послуг.

У ринковій системі охорони здоров'я України існує елемент ринку – медична послуга. Медична послуга – це заходи або комплекс заходів, спрямованих на профілактику захворювань, їх діагностику та лікування, мають

самостійне закінчене значення і певну вартість. Послуги мають ознаки, що відрізняють будь-яку послугу від товару. Цими універсальними відмітними ознаками вважаються: невідчутність, невіддільність від джерела послуги, мінливість якості, незбережність, неоднозначна оцінка результату медичної послуги [27].

Система фінансування галузі охорони здоров'я це сфера економічних відносин, яка визначається рухом грошових засобів. До головних джерел фінансування системи охорони здоров'я відносяться: кошти державного бюджету; кошти місцевих бюджетів; добровільне медичне страхування; фінанси громадських та благодійних організацій; офіційні платежі населення (приватна медична практика); неофіційна оплата послуг.

Основним джерелом фінансування галузі охорони здоров'я в Україні є бюджетне фінансування як безповоротне направлення коштів із державного та місцевого бюджету на витрати, пов'язані з державними замовленнями, програмами та забезпеченням державних організацій.

Для бюджетного фінансування, притаманні такі принципи:

- безповоротність – безповоротне виділення коштів розпорядникам;
- безплатність – відсутність плати за виділені призначення;
- безстроковість – відсутність обмежень часу, на протязі якого можна використовувати кошти;
- плановість – виділення коштів у обсягах, відповідних до обсягів видатків, затверджених у фінансових планах;
- цільове спрямування – кошти з бюджету відпускаються на визначені цілі відповідно до фінансових планів; поєднання різноманітних джерел покриття витрат – бюджетні кошти виділяються з урахуванням власних та коштів вищих організацій, кредитів; фінансування з бюджету проводиться по мірі виконання показників та отримання доходів [39, С. 94-100].

У сфері охорони здоров'я використовують такі методи фінансування, як кошторисний, програмно-цільовий, за надані медичні послуги. При цьому, кошторисний та програмно-цільовий є основними в фінансуванні медицини в

Україні. Кошторисне фінансування – визначальна форма, яка полягає у виділенні коштів установам в межах кошторисів доходів та видатків.

Заклади охорони здоров'я одержують кошти із бюджету на основі кошторису. Кошторис – це основний документ, який визначає обсяг, цільовий напрям і щоквартальний розподіл засобів, які спрямовуються з бюджету на утримання установи. Він складається із статей, які містять однорідні видатки та не підлягають зміні. Витрати, що включаються в кошторис, повинні бути обґрунтовані відповідними розрахунками по кожній статті кошторису. Розміри видатків за кожною статтею кошторису встановлюються шляхом використання норм та нормативів – галузеві показники, економічні нормативи, вартісні та натуральні нормативи, вартісні та натуральні технічні норми [39].

При плануванні витрат бюджету (кошторису) медична установа виходить з наступних показників:

- для лікарень і інших лікувальних закладів (госпіталів) – кількості ліжок;
- для амбулаторно-поліклінічних установ – кількості лікарських посад;
- для фельдшерсько-акушерських пунктів – кількості установ.

Програмно-цільове фінансування передбачає визначення чітких цілей фінансування, дає можливість уникнути нецільового використання коштів [13], забезпечити результативне їх витрачання.

Бюджетне фінансування державних програм – визначене правовими нормами в аргументованих обсягах виділення бюджетних коштів безповоротно та безвідплатно або платно, та з їх цільовим призначенням, які направлені на покриття видатків, реалізацію завдань та програм із-за умов ефективного використання коштів, їх економії та контролю з боку держави.

Фінансування за надані медичні послуги є найточнішим методом, воно здійснюється як від планового, так і від фактичного обсягу послуг і пов'язане з розрахунком тарифів: оплата за фактичну кількість наданих послуг; оплата за фактичне число відвідувань; оплата за фактичну кількість завершених випадків амбулаторної допомоги; поособове фінансування всього обсягу наданої допомоги (повне фондоотримання); поособове фінансування всього обсягу

позалікарняної допомоги і частини обсягу стаціонарної (часткове фондоотримання).

Додатковим джерелом фінансування є добровільне медичне страхування (ДМС). Соціально-економічне значення ДМС полягає у тому, що воно доповнює гарантії, надані у межах соціального забезпечення до максимально можливих у сучасних умовах стандартів.

З економічної точки зору медичне страхування являє собою механізм компенсації застрахованому витрат і втрат, пов'язаних з настанням хвороби або нещасного випадку [21]. ДМС здійснюється на комерційних засадах страховими організаціями України – суб'єктами підприємницької діяльності згідно із Законом України „Про страхування”. Загальні умови і порядок здійснення добровільного страхування визначаються правилами страхування, що встановлюються страховиком самостійно. Конкретні умови страхування визначаються при укладенні договору страхування відповідно до законодавства.

Приватний сектор медичної практики в Україні недостатньо розвинений через високу вартість послуг. Основа існування приватної медичної практики закладена в статті 49 Конституції України, де підкреслюється, що держава сприяє розвитку лікувальних установ всіх форм власності. Стаття 16 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» розвиває положення Конституції й визначає, що медична практика може надаватися підприємствами всіх форм власності з реєстрацією й діяльністю в порядку, певному законодавством.

Медична допомога може також виявлятися й у порядку індивідуальної підприємницької діяльності, здобуваючи характер приватної медичної практики.

Неофіційні платежі домогосподарств у загальній структурі витрат з охорони здоров'я займають друге місце після витрат уряду, до того з кожним роком їх частка досить суттєво зростає [6, С. 41-43]. Часткова оплата, як правило, здійснюється за амбулаторне призначення лікарських засобів,

амбулаторне і стаціонарне лікування, стоматологічне обслуговування. Неофіційні платежі за медичне обслуговування як у розвинених країнах, так і в Україні, становлять загрозу для реформування сфери охорони здоров'я, погіршують доступ до медичного обслуговування. Також це призводить до відмови в наданні медичних послуг тим категоріям населення, які неплатоспроможні.

Одним з додаткових джерел фінансування медичної галузі є благодійництво – добровільна безкорислива пожертва фізичних та юридичних осіб у поданні набувачам матеріальної, фінансової, організаційної та іншої благодійної допомоги (ст. 1 Закону про благодійництво). Її специфічні форми: меценатство, спонсорство й волонтерська діяльність.

Основним джерелом фінансування галузі охорони здоров'я в приватній моделі є кошти добровільного медичного страхування та власні платежі населення. Ця система характеризується наступними ключовими параметрами: ринкова система господарювання в охороні здоров'я, заснована на приватній власності; демократична, максимально децентралізована система управління галуззю; багатоканальний механізм фінансування, заснований на приватних джерелах і прямої оплаті за медичні послуги; жорстка конкуренція на ринку медичних послуг; залежність доходів виробників медичних послуг від обсягу та якості медичних послуг; абсолютний спектр медичних послуг; високий рівень задоволення попиту населення на медичні послуги; високий рівень якості медичних послуг; високий рівень комфортності при отриманні медичних послуг; висока сприйнятливність нових видів медичних послуг; висока адаптивність системи до ринку медичних послуг, тобто оперативність у оволодінні новими медичними послугами [35, С.110-117].

Приватній моделі фінансування медичної галузі притаманні недоліки: високий рівень вартості медичних послуг; низький рівень доступності медичних послуг для широких верств населення; нерівномірний розвиток медичної інфраструктури по територіальним регіонах; трудність організації медичного обслуговування населення вдома, особливо в умовах фінансової

неспроможності суспільства; низький пріоритет медичних послуг громадського значення (суспільної профілактики, швидкої допомоги, диспансеризації); важкість управління галуззю або службами в екстремальних ситуаціях розвитку суспільства (економічний, екологічний, соціальний, військово-політична криза); неналежний контролю за якістю медичних послуг, не спрацьовування системи в умовах економічної кризи.

Ключовими характеристиками страхової системи охорони здоров'я є наступні: система охорони здоров'я заснована на страхуванні здоров'я людини; види медичної допомоги включаються в систему страхування за допомогою законів чи договорів між страховиками і страхувальниками; демократична децентралізована система управління медичною галуззю; наявність м'якої конкуренції на ринку медичних послуг; наявність вираженого зв'язку між доходами (заробітною платою) виробників медичних послуг, обсягом і якістю медичного обслуговування; ефективний механізм контролю за якістю медичних послуг, заснований на юридичних і фінансово-економічних діях страховика і страхувальника; опосередкований, економічно вигідний для всіх суб'єктів страхової системи охорони здоров'я механізм оплати за медичні послуги через страховий внесок; наявність стимулів у виробників для розширення спектру, обсягу та якості медичних послуг; достатній рівень гарантії обсягу та якості медичних послуг; гарантована доступність медичної допомоги для широких верств населення; багатоукладна власність медичної інфраструктури: діяльність системи здійснюється на основі законодавчого або договірної взаємодії страхувальника, страховика, виробника медичних послуг [38, С.65-75].

Недоліки страхової системи: зростання вартості медичних послуг в період становлення загального і медичного ринку товарів і послуг; зростання витрат на адміністративно-управлінські потреби і матеріально-технічні засоби; низький пріоритет медичних послуг, що не володіють першорядної життєвої важливістю і, в тому числі, профілактичного та оздоровчого характеру; нерівномірні витрати на розвиток галузі по окремих регіонах; низький пріоритет капітальних витрат в галузь; низький пріоритет інтересів пацієнтів,

які часто і тривало хворіють, у зв'язку з їх економічною невідповідністю; трудність функціонування системи або повна її неспрацьовування в умовах низької купівельної спроможності населення, глибокого спаду промислового виробництва і високої інфляції; забезпечення системою фахівців-медиків, які не мають або мають малий (менше 5 років) професійний практичний досвід.

Фінансово-господарська діяльність досліджуваного комунального закладу Львівської обласної ради «Золочівський протитуберкульозний диспансер» переважно спрямована на лікування стаціонарних хворих, здійснюється під безпосереднім спостереженням лікарів та включає:

- послуги медичного та парамедичного персоналу;
- послуги лабораторій та технічних служб, у тому числі радіологію та анестезіологію;
- послуги невідкладної медичної допомоги;
- забезпечення операційними послугами, готування лікарських засобів, їжі та інші послуги лікарень;
- лабораторні аналізи, тестування всіх типів матеріалів та продуктів, за винятком медичних препаратів.

1.2. Особливості побудови облікової системи закладів охорони здоров'я

В сучасних умовах розвитку ефективність і результативність діяльності установ державного сектору економіки, зокрема закладів охорони здоров'я, все більшою мірою визначається рівнем інформаційного та аналітичного забезпечення управління. Це в основному стримується недостатнім розвитком облікової та аналітичної функцій управління, недосконалістю обліково-аналітичного забезпечення прийняття управлінських рішень.

Удосконалення бухгалтерського обліку та системи обліково-аналітичного забезпечення покликане сприяти підвищенню обґрунтованості управлінських рішень щодо стратегічного розвитку закладів охорони здоров'я. Однак, практика показує, що бухгалтерський облік та аналіз не утворюють цілісну

систему і не відповідають вимогам управління. У теорії та на практиці обліково-аналітичне забезпечення орієнтоване на виконання функцій звітності.

Обслуговуюча функція обліку та аналізу користувачів інформації та суб'єктів прийняття рішень недостатньо розвинута. Не розроблено теоретико-методологічні підходи до створення інтегрованої системи обліково-аналітичного забезпечення управління закладом охорони здоров'я.

Сучасні умови господарювання висувають нові вимоги до системи управління діяльністю закладів охорони здоров'я, які повинні, з одного боку, бути адаптованими до змін зовнішнього середовища, з іншого – сприяти забезпеченню проведення необхідних змін. Розв'язати таке завдання неможливо без удосконалення обліково-аналітичного забезпечення, яке не відповідає вимогам управління і зорієнтоване на внутрішньо-системні потреби, розв'язання задач внутрішньо-системного характеру. Загальносистемні задачі залишаються поза полем зору системи обліку, за винятком фінансово-господарської діяльності [90].

Поняття обліку викликає дискусії у науковому світі з багатьох проблем – щодо теоретичних основ, предмету, об'єктів, розвитку нових вимог і тенденцій тощо. Вирішення цих проблем покликане забезпечити підвищення ефективності системи обліку, а тому їх дослідження мають актуальне значення для національної економіки загалом та установ державного сектору зокрема.

Раціональний підхід до розуміння суспільством обліку, робить його більш прозорим, відкритим і дієвим з точки зору формування однозначних підходів, єдиної системи оцінки, контрольованості та більш упорядкованих взаємовідносин між суб'єктами економічної системи.

Як система, що розвивається, бухгалтерський облік змушений видозмінюватися відповідно до нових явищ і процесів, які виникають у суспільстві та економіці. Так на сучасному етапі особливий інтерес викликає той факт, що господарська діяльність бюджетних організацій та установ стає важливим об'єктом обліку. Для виявлення можливостей формування

ефективної системи обліку важливо дослідити природу термінів «об'єкт» і «господарська діяльність як об'єкт обліку».

Оскільки фінансово-господарська діяльність охоплює усі без винятку процеси й операції, а також фінансові та нефінансові активи, що використовуються для забезпечення формування коштів спеціального фонду, визнання її об'єктом обліку є цілком обґрунтованим і логічним.

Господарську діяльність як об'єкт обліку в установах державного сектору економіки слід розглядати з точки зору явища, що має специфічні зв'язки, взаємовідносини та властивості. Характерним є факт її реальності, яка вимагає пізнання й адекватного відображення в системному обліку.

Вибір об'єкту дослідження при цьому має визначатися такими чинниками, як об'єктивність існування, відповідність часовим проміжкам (періоду здійснення), наявність структурованої будови з певною кількістю елементів, достатнім рівнем ідентифікації складових елементів як у змісті господарської діяльності бюджетних організацій та установ, так і в об'єкті наукового пізнання (обліку), перспективністю розвитку господарської діяльності (як об'єкта обліку та як предмета дослідження) тощо.

Існують також і суб'єктивні чинники, які вимагають формування інформації про розглядуваний об'єкт обліку з урахуванням обмежуючих параметрів. До них відноситься суворе регламентація не лише діяльності, а й обліку в бюджетних організаціях і установах; недостатній рівень дослідженості багатьох аспектів процесу надання послуг на платній основі; відсутність можливості прямого впливу науки про облік господарської діяльності на реальну ситуацію та діяльність установи загалом [52].

Практика свідчить, що переважна більшість інформації, відображеної у системі обліку, не використовується управлінським персоналом для потреб оптимізації діяльності, а слугує лише джерелом формування звітності. Попри це, обробка значних масивів інформації без застосування автоматизованих систем вже сьогодні стає неможливою.

Практично усі облікові операції у суб'єктів державного сектору економіки здійснюються з допомогою відповідного програмного забезпечення, що створює об'єктивні передумови для застосування нових технологій і врахування досягнень таких наук, як кібернетика, теорія інформації, моделювання, системний аналіз тощо.

У цьому контексті облік має забезпечувати зворотність зв'язку у системі управління господарською діяльністю установ державного сектора економіки, генерувати інформацію про її фактичний стан таким чином, щоб без додаткового опрацювання її можна було б використати для обґрунтування більш ефективного управлінського рішення. У цьому випадку інформація виступатиме джерелом прийняття рішень, обґрунтуванням алгоритму поведінки системи в майбутньому. Тобто дозволить оптимізувати господарську діяльність бюджетних установ і підвищенню її ефективності [52].

Загалом облік фінансово-господарської діяльності закладів охорони здоров'я – це система, здатна виступати інформаційним джерелом не лише для зовнішніх користувачів (органів влади та управління, контролюючих суб'єктів тощо), а й для внутрішніх. Причому саме останні здатні оперативно впливати на усі процеси, що відбуваються з суб'єктом управління, оскільки за підрахунками вчених понад 80% всієї інформації, що формується в закладах охорони здоров'я належать бухгалтерському обліку [90]. Існуючі методологічні й методичні засади, задекларовані чинним законодавством України мало торкнулися удосконалення обліку господарської діяльності в установах державного сектору економіки.

Згідно зі статтею 6 Закону України «Про бухгалтерський облік і фінансову звітність в Україні» порядок ведення обліку установ державного сектора економіки регулюється Державною казначейською службою України.

У повноваження останньої входить розробка Плану рахунків та порядку його застосування, інструкції з обліку тощо. У результаті цього установи державного сектора економіки використовують власний План рахунків, а облік, відповідно, відокремлений від загальної системи обліку, а тому національні

положення (стандарти), адаптовані до міжнародних, не поширюються на державний сектор.

На сьогодні більшість науковців схильні вважати, що стосовно установ державного сектору економіки актуальною є розробка також концепції обліку господарської діяльності та його розмежування на фінансовий і управлінський. З цього приводу варто зауважити, що більш доцільно вести мову не стільки про поділ обліку, скільки про значення й можливості кожної з підсистем у забезпеченні зростання ефективності функціонування установ державного сектору економіки. Здійснити наукове обґрунтування зазначених аспектів означає врахувати чутливість обліку до особливостей поведінки своїх об'єктів, яка у наш час недостатньо враховується (рис. 1.1).

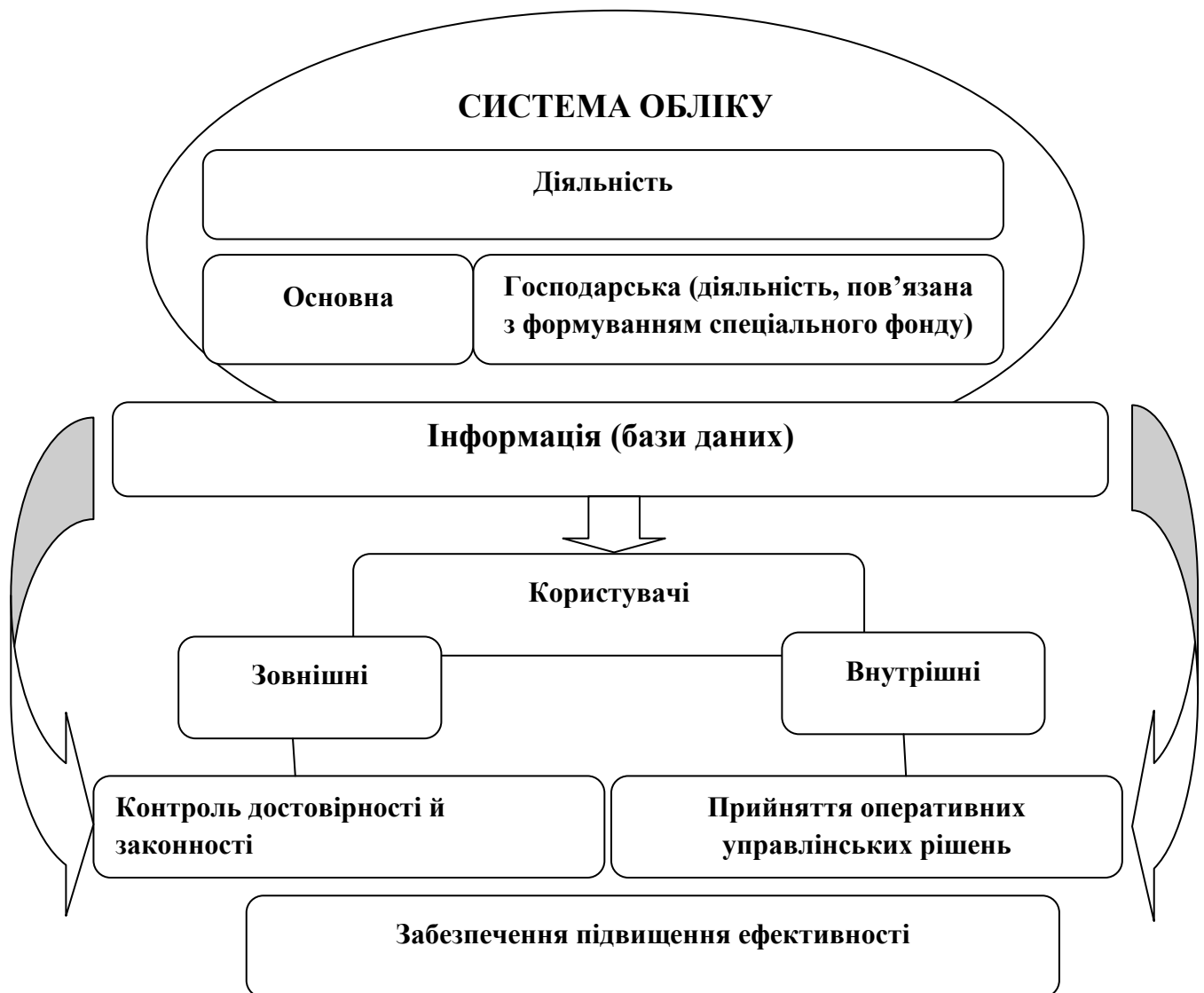


Рис. 1.1. Система обліку бюджетної установи та її складові [61]

Діяльність установ державного сектору економіки (рис. 1.1) розмежовано залежно від джерел отримання коштів на: господарську діяльність з виконання статутних вимог (основна) та господарську діяльність з надання платних послуг. Під господарською діяльністю в Господарському кодексі України розуміється діяльність суб'єктів господарювання у сфері суспільного виробництва, спрямована на виготовлення та реалізацію продукції, виконання робіт чи надання послуг вартісного характеру, що мають цінову визначеність [19]. Проте такий поділ має у своїй основі елементи дискусійності, оскільки в окремих наукових працях [9, с. 5] стосовно установ державного сектору економіки вживають термін «фінансово-господарська діяльність». Фінансово-господарська діяльність визначена статутними документами, базується на коштах державного або місцевого бюджетів відповідно кошторису доходів і видатків за кодами економічної класифікації видатків.

Діяльність закладів охорони здоров'я з надання платних послуг обмежується вимогами встановленого їх законодавчого переліку та має особливості при відображенні в системі обліку.

Зокрема існує проблема розмежування видатків на надання послуг згідно з функціональними повноваженнями та на платній основі. Для її вирішення рекомендується відокремлювати в обліку та звітності доходи і витрати, грошові кошти, дебіторську та кредиторську заборгованість, запаси, нефінансові активи, що отримані з різних джерел: загального чи спеціального фондів. Такий підхід актуалізується у зв'язку з тим, що обсяги платних послуг закладів охорони здоров'я в останні роки, у зв'язку з хронічним недофінансуванням одержувачів бюджетних асигнувань, значно зросли.

Особливо активно установи охорони здоров'я розвивають орендні, консультативні та інші операції, освітні, медичні та інші послуги. Усі отримані при цьому доходи відображаються в обліку не як виручка, а як доходи спеціального фонду, котрі в деяких джерелах називають додатковим джерелом бюджетного фінансування. В принципі, кошти, отримані від такої діяльності, не повинні використовуватися на цілі, які забезпечуються бюджетними

асигнуваннями. Однак протягом терміну затримки фінансування кошти спеціального фонду мають спрямовуватися на забезпечення видатків за відповідними бюджетними кошторисами [48]. На жаль, такий підхід нівелює рівень зацікавленості суб'єктів управління у розвитку системи платних послуг.

Було б значно доцільніше отримані доходи спеціального фонду використовувати для потреб вирішення соціальних питань щодо поліпшення умов праці та відпочинку персоналу, а також виробничі проблеми, пов'язані з модернізацією матеріально-технічного забезпечення.

Узгодження ситуації можливе через посередництво облікової політики. Для цього вона має:

- чітко окреслювати межі фінансово-господарської діяльності та забезпечувати її розвиток відповідно до чинного законодавства;
- визначати порядок відокремленого обліку видатків на надання платних послуг і можливі напрями раціонального використання коштів спеціального фонду;
- забезпечувати ефективний облік витрат на надання платних послуг у системі рахунків;
- передбачати легальний порядок закладення у вартість послуг планових нагромаджень, оскільки отримання прибутку не є метою діяльності бюджетних організацій (мета – надання послуг);
- забезпечувати реальність оцінки нематеріальних послуг, що надаються бюджетними організаціями та можливість визначення ефективності здійснюваної діяльності [86].

Організований таким чином облік фінансово-господарської діяльності окремої установи створює умови того, що вона стає складовою бюджетної системи країни і бере активну участь у виконанні бюджету (державного чи місцевого). Загалом, зважаючи на наявність проблем у фінансовому забезпеченні установ державного сектора економіки, формування ефективної облікової системи, здатної сприяти поліпшенню їх становища є важливим завданням реформування системи обліку в державному секторі економіки.

Господарська діяльність у такому випадку незаперечно виступає основним чинником та важливим джерелом грошових надходжень вказаних суб'єктів. А тому її облік, за умови раціональної організації, служитиме дієвим методом контролю за формуванням власних надходжень (доходів спеціального фонду) бюджетних організацій та установ, отриманих у результаті надання платних послуг.

Одним із важливих напрямів наукового пошуку також має стати обґрунтування шляхів використання загальноприйнятих у міжнародній практиці принципів. Унаслідок такого підходу облік буде виконувати управлінську, контрольну та інформаційну функції, враховувати особливості, зумовлені специфікою господарської діяльності у бюджетних організаціях та установах. Адже реформування обліку – це тривалий процес удосконалення управління економіки України [90], а завдання науковців полягає у забезпеченні кращих результатів його здійснення.

Обліково-аналітичне забезпечення в економічній літературі розглядається як система способів реалізації функцій, форма регулювання економічних відносин. Такий підхід до розкриття сутності обліково-аналітичного забезпечення вимагає забезпечення діалектичної єдності форми та змісту. Це можливо досягти шляхом виконання обліково-аналітичним забезпеченням функцій орієнтованих на досягнення цілей загальносистемного характеру. Обліково-аналітичне забезпечення повинне бути головним елементом інформаційної системи управління закладом охорони здоров'я. Цього вимагає швидка зміна економічного середовища та існуюча система управління. При формуванні системи обліку та аналізу потрібно дотримуватися певних вимог (рис.1.2).

Щодо сутності обліково-аналітичного забезпечення фінансово-господарської діяльності закладів охорони здоров'я, то – це реєстрація з достатнім рівнем аналітики обліку господарських операцій, які формують доходи, видатки (витрати), фінансові результати діяльності, впливаючи на результативність використання отриманих (залучених) цільових коштів; процес

вивчення даних фінансової звітності задля оцінки їхнього фінансового стану і результатів діяльності в минулому та прогнозування рівня фінансової стійкості в майбутньому.

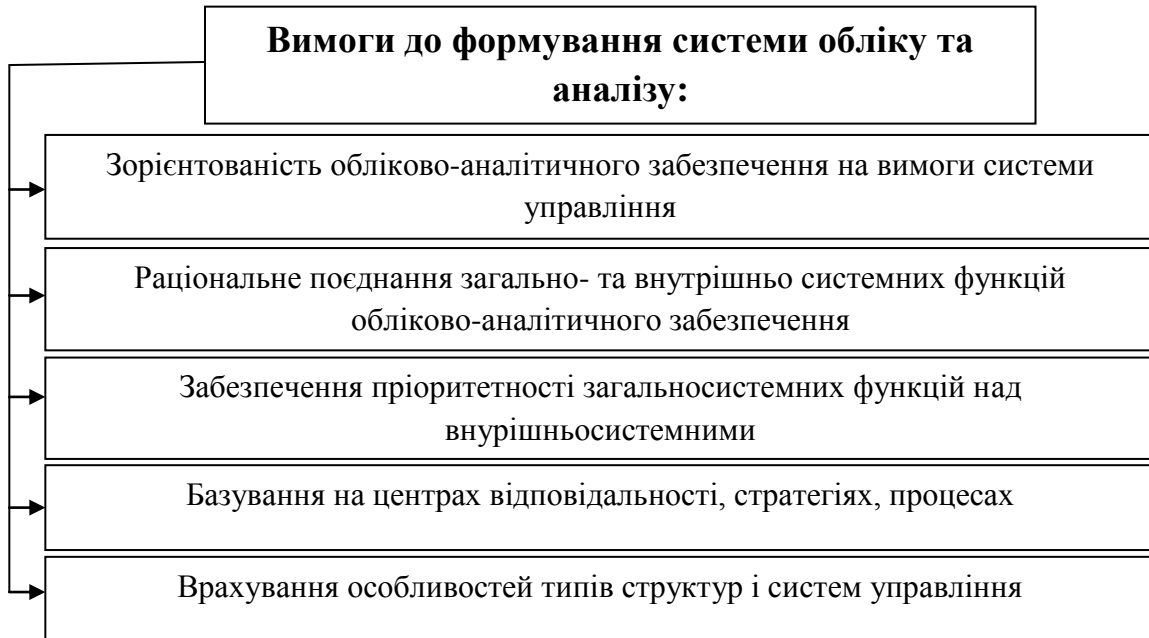


Рис.1.2. Вимоги до формування системи обліку закладів охорони здоров'я [27]

Основною метою обліково-аналітичного забезпечення закладів охорони здоров'я є отримання оперативної, об'єктивної та аналітичної інформації за операціями, що формують рівень фінансової стійкості, у поточному періоді й на перспективу; оцінці досягнутого рівня за попередні періоди функціонування, прогнозування її рівня в майбутньому, а відтак, попередження та зниження невизначеності, пов'язаної з прийняттям управлінських рішень щодо раціонального використання фінансових ресурсів [1, с. 55].

Окрім цього, підвищення якості обліково-аналітичного забезпечення фінансово-господарської діяльності закладів охорони здоров'я повинно здійснюватися виключно в рамках Національних положень (стандартів) бухгалтерського обліку державного сектору, які набрали чинності з 1 січня 2015 року, Конституції України, законів України «Про бухгалтерський облік та фінансову звітність в Україні» та інших нормативно-правових актів.

Доцільно буде сформувати єдину обліково-аналітичну систему, що об'єднуватиме відображення інформації, яка надходить з різних джерел та забезпечить не лише формування усіх фінансових і нефінансових показників про внутрішні процеси й зовнішнє середовище закладів охорони здоров'я, а й скоординує інформаційні потоки, зуміє пов'язати різні види інформації, представить їх у вигляді інтегрованої звітності.

Центральне місце у цій системі займатиме облікова політика, яка має управлінську спрямованість, тобто її метою є досягнення ефективності управління обліковими та аналітичними процесами, вибір оптимальної системи управління процесами діяльності для досягнення оперативних і стратегічних цілей, а також контроль за цільовим використанням фінансових ресурсів забезпечить якісне кошторисне планування та складання звітності. Проте облікові дані одночасно є вихідною інформаційною базою, що виступає основою для планування й прогнозування. У комплексі обидві функції управління (облік і планування) у поєднанні з аналізом послужать оптимізаційним цілям, що дасть змогу уникнути цілої низки ризиків, особливо пов'язаних зі встановленням обґрунтованих обсягів діяльності та фінансування.

Управління процесами та обліково-аналітичне забезпечення взаємопов'язані. Останнє повинно бути адаптоване до системи управління процесами. Таким чином, існуюче обліково-аналітичне забезпечення необхідно удосконалювати з урахуванням вимог зовнішнього конкурентного середовища та системи менеджменту. Результативність будь-якої організаційної системи залежить як від рівня збалансованості її основних підсистем, так і здатності управління реалізувати сформований потенціал.

Обліково-аналітичне забезпечення як інформаційне доцільно розглядати в якості функціональної підсистеми управління. При цьому цільова інформаційна програма задається обліково-аналітичному забезпеченню як загальним, так і функціональним методом управління. Слід зазначити, що наявність інформації про стан зовнішнього та внутрішнього середовищ закладів охорони здоров'я та процеси, які відбуваються у ньому, є одним з визначальних чинників

формування ефективної системи управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я.

З цією метою у закладах охорони здоров'я має бути побудована ефективна система інформаційного забезпечення, яка повинна забезпечувати користувачів достовірною, своєчасною, повною і доречною, об'єктивною, оперативною, спрямованою на певного споживача, ідентичною (у разі її надходження з різних джерел) інформацією, яка б забезпечувала економію часу для споживачів інформації та сприяла прийняттю найоптимальнішого варіанта управлінського рішення в процесі забезпечення та використання фінансових ресурсів.

Висновки до розділу 1.

Завдання закладів охорони здоров'я полягають в забезпеченні процесу реалізації цілей формування ринку медичних послуг; ефективності й повноти використання ресурсного потенціалу системи охорони здоров'я; збереження й зміцнення здоров'я населення; надання кваліфікованих медичних послуг усім громадянам незалежно від місця їхнього проживання; перехід на лікувально-діагностичні послуги з використанням сучасних медичних технологій; забезпечення доступного і якісного медичного обслуговування.

Основним джерелом фінансування галузі охорони здоров'я в Україні є бюджетне фінансування, зокрема такі методи фінансування, як кошторисний, програмно-цільовий, за надані медичні послуги.

Ефективність і результативність діяльності установ державного сектору економіки, зокрема закладів охорони здоров'я, все більшою мірою визначається рівнем інформаційного та аналітичного забезпечення управління. Загалом облік фінансово-господарської діяльності закладів охорони здоров'я – це система, здатна виступати інформаційним джерелом не лише для зовнішніх користувачів (органів влади та управління, контролюючих суб'єктів тощо), а й для внутрішніх.

РОЗДІЛ II

МЕТОДИКА ОБЛІКОВО-АНАЛІТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

2.1. Облік не фінансових та фінансових активів

Розвиток державного сектору економіки країни вимагає нового рівня побудови фінансової системи в Україні, пошуку такої моделі, яка би забезпечувала нормальний розвиток усіх суб'єктів господарювання та управління. Саме тому виникає необхідність дослідження поняття «фінансові активи» з облікової точки зору, за якою активи - це ресурси, контрольовані установою у результаті минулих подій, використання яких, як очікується, призведе до отримання економічних вигід у майбутньому.

Згідно з НП(С)БО 101 активи установ державного сектору поділяються на нефінансові активи, фінансові активи та витрати майбутніх періодів [54]. Безпосередньо поняття фінансових активів стосовно установ державного сектору визначає НП(С)БО 134 «Фінансові інструменти», згідно з яким фінансові активи відносять до фінансових інструментів [68].

Фінансові активи, у свою чергу, включають дебіторську заборгованість, фінансові інвестиції, грошові кошти та їх еквіваленти установ державного сектору та державних цільових фондів, кошти бюджетів та інших клієнтів, інші фінансові активи. Актив відображається в балансі за умови, що оцінка його може бути достовірно визначена і очікується отримання в майбутньому економічних вигід, пов'язаних з його використанням. Активи, як об'єкт управління, для виконання своїх функцій, повинні відповідати певним характеристикам, зокрема:

- активи є економічними ресурсами, які використовуються в процесі діяльності установи, організації;
- активи є майновими цінностями, створеними за рахунок певних джерел фінансування;

- до активів відносяться лише ті економічні ресурси, які повністю контролюються установою, організацією;
- активи є ресурсами, що приносять дохід (економічну вигоду);
- активи, що використовуються в процесі діяльності, знаходяться у процесі постійного обігу;
- використання активів пов'язане з фактором часу та ризику [68].

Особливості формування фінансових активів для установ державного сектору визначені Бюджетним кодексом. Фінансове забезпечення виконання функцій установ державного сектору здійснюється за рахунок коштів відповідного бюджету на основі бюджетного кошторису. Таким чином, фінансові активи є контрактним правом суб'єкта державного сектору, які уособлюють певні зобов'язання, які виражаються у грошовій формі та мають на меті принести вигоди в майбутньому. Фінансові активи є однією з ключових категорій, які забезпечують ефективне функціонування установи. Бухгалтерський облік фінансових активів здійснюється відповідно до НП(С)БОДС, МСБОДС та запроваджується в бюджетну практику з 1 січня 2017 р. згідно з Планом рахунків бухгалтерського обліку в державному секторі від 31.12.2013 № 1203 та супроводжуваними нормативно-правовими актами з бухгалтерського обліку в державному секторі, затвердженими від 29.12.2015 № 1219.

Фінансові активи є однією з ключових категорій, які забезпечують ефективне функціонування установи, потребують об'єктивної оцінки та правильного відображення на рахунках бухгалтерського обліку.

У зв'язку з гармонізацією та модернізацією бухгалтерського обліку в державному секторі запровадження оновленого Плану рахунків установи державного сектору передбачає відображення в обліку операцій із фінансовими активами на рахунках 2-го Класу «Фінансові активи». Структуру фінансових активів відповідно до Плану рахунків бухгалтерського обліку в державному секторі наведено на рис. 2.1.

Рахунки цього класу 2 призначені для узагальнення інформації про наявність і рух фінансових активів, зокрема коштів у касі, на рахунках в установах банків або в органах Державної казначейської служби України, у розрахунках із дебіторами, довгострокові і поточні фінансові інвестиції, довгострокові і короткострокові векселі одержані та інші фінансові активи.

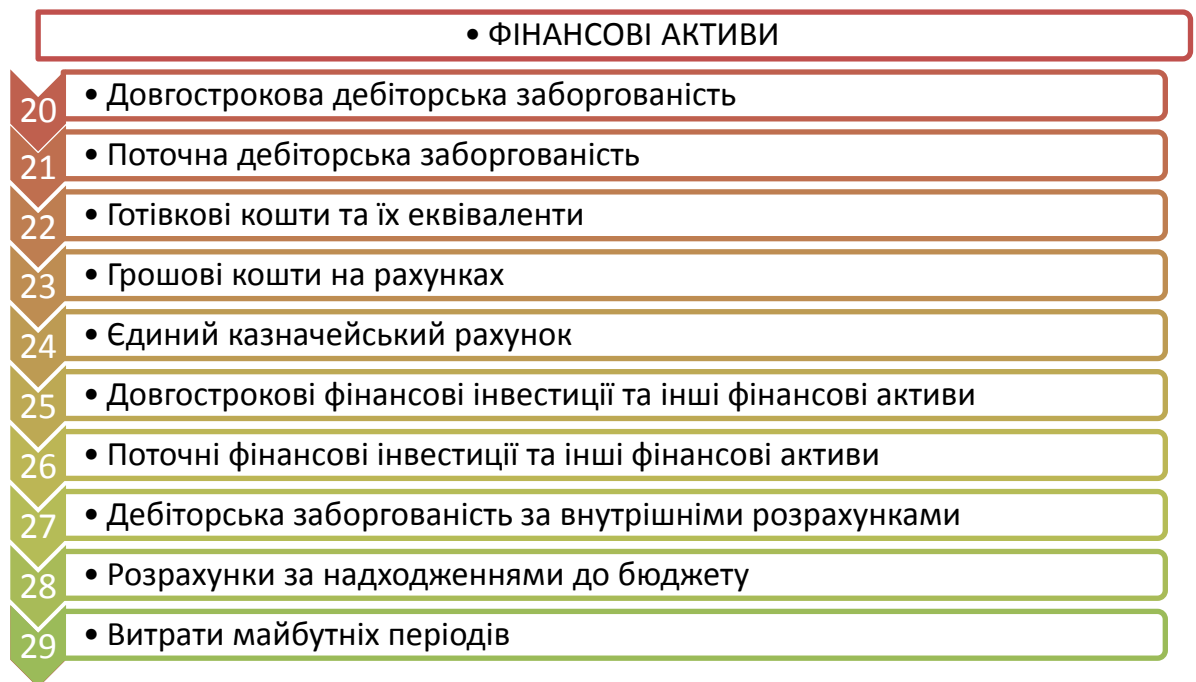


Рис. 2.1. Структура фінансових активів у державному секторі [48]

Згідно з Порядком застосування Плану рахунків бухгалтерського обліку в державному секторі, рахунок 20 «Довгострокова дебіторська заборгованість» призначений для обліку й узагальнення інформації про дебіторську заборгованість, яка не виникає в процесі звичайної діяльності та буде погашена після завершення звітного року. Цей рахунок поділяється на такі групи рахунків: 201 «Довгострокова дебіторська заборгованість розпорядників бюджетних коштів»; 202 «Довгострокова дебіторська заборгованість державних цільових фондів»; 203 «Довгострокова дебіторська заборгованість державного бюджету»; 204 «Довгострокова дебіторська заборгованість місцевих бюджетів». За дебетом рахунку відображається визнання

довгострокової дебіторської заборгованості, за кредитом – її погашення чи списання.

Рахунок 21 «Поточна дебіторська заборгованість» призначений для обліку й узагальнення інформації про дебіторську заборгованість, що виникає протягом звичайної діяльності і погашення якої очікується протягом дванадцяти місяців із дати балансу. Цей рахунок поділяється на такі групи рахунків: 211 «Поточна дебіторська заборгованість розпорядників бюджетних коштів»; 212 «Поточна дебіторська заборгованість державних цільових фондів»; 213 «Поточна дебіторська заборгованість державного бюджету»; 214 «Поточна дебіторська заборгованість місцевих бюджетів»; 215 «Поточна дебіторська заборгованість за коштами ЄКР». За дебетом рахунку відображається визнання поточної дебіторської заборгованості, за кредитом – її погашення чи списання.

Рахунок 22 «Готівкові кошти та їх еквіваленти» призначений для узагальнення інформації про наявність та рух грошових коштів у готівці, грошових документів (у національній та іноземній валютах), які знаходяться в касі суб'єкта державного сектору, та про кошти в дорозі. Цей рахунок поділяється на такі групи рахунків: 221 «Готівкові кошти та їх еквіваленти розпорядників бюджетних коштів»; 222 «Готівкові кошти та їх еквіваленти державних цільових фондів». За дебетом рахунку відображається надходження готівкових коштів, грошових документів у касу суб'єкта державного сектору та коштів в дорозі, за кредитом – виплата готівкових коштів із каси або списання нестач готівкових коштів на рахунок винних осіб, вибуття грошових документів та списання коштів у дорозі після їх зарахування на відповідні рахунки.

Рахунок 23 «Грошові кошти на рахунках» призначено для обліку й узагальнення інформації про наявність та рух грошових коштів, що знаходяться на рахунках в установах банків та в органах Казначейства. Цей рахунок поділяється на такі групи рахунків: 231 «Грошові кошти на рахунках розпорядників бюджетних коштів»; 232 «Грошові кошти на рахунках

державних цільових фондів»; 233 «Кошти на рахунках державного бюджету»; 234 «Кошти на рахунках місцевих бюджетів»; 235 «Інші кошти». За дебетом рахунку відображається надходження грошових коштів на рахунки в установах банків та в органах Казначейства, за кредитом – їх використання.

Рахунок 24 «Єдиний казначейський рахунок» призначено для обліку й узагальнення інформації про наявність та рух коштів державного та місцевих бюджетів, державних цільових фондів, коштів інших клієнтів, обслуговування яких здійснюється органами Казначейства та регламентується законодавством. Цей рахунок включає групу 245 «Єдиний казначейський рахунок». За дебетом рахунку відображаються надходження коштів державного та місцевих бюджетів на єдиний казначейський рахунок, за кредитом – їх списання.

Рахунок 25 «Довгострокові фінансові інвестиції та інші фінансові активи» призначено для обліку та узагальнення інформації про наявність та рух довгострокових фінансових інвестицій (вкладень) у цінні папери та до статутних капіталів, обліку довгострокових векселів одержаних та інших довгострокових фінансових активів. Цей рахунок поділяється на такі групи рахунків: 251 «Довгострокові фінансові інвестиції та інші фінансові активи розпорядників бюджетних коштів»; 252 «Довгострокові фінансові інвестиції та інші фінансові активи державних цільових фондів»; 253 «Довгострокові фінансові інвестиції та інші фінансові активи державного бюджету»; 254 «Довгострокові фінансові інвестиції та інші фінансові активи місцевих бюджетів». За дебетом рахунку відображається вартість довгострокових фінансових інвестицій, за кредитом – їх вибуття (списання), погашення чи зменшення вартості.

Рахунок 26 «Поточні фінансові інвестиції та інші фінансові активи» призначено для обліку й узагальнення інформації про наявність та рух поточних фінансових інвестицій, короткострокових векселів та інших поточних фінансових активів. Цей рахунок поділяється на такі групи рахунків: 261 «Поточні фінансові інвестиції та інші фінансові активи розпорядників бюджетних коштів»; 262 «Поточні фінансові інвестиції та інші фінансові

активи державних цільових фондів»; 263 «Поточні фінансові інвестиції та інші фінансові активи державного бюджету»; 264 «Поточні фінансові інвестиції та інші фінансові активи місцевих бюджетів». За дебетом рахунку відображається вартість поточних фінансових інвестицій та суми заборгованості за взаємними розрахунками, за кредитом – їх вибуття (списання) чи зменшення вартості та списання сум заборгованості за взаємними розрахунками.

Рахунок 27 «Дебіторська заборгованість за внутрішніми розрахунками» призначено для обліку й узагальнення інформації про розрахунки, що виникають у процесі виконання кошторисів між вищестоящими розпорядниками коштів і розпорядниками нижчого рівня (державними цільовими фондами та їх підрозділами), та для обліку дебіторської заборгованості державного бюджету (місцевих бюджетів) за операціями з перерахунку доходів, а також дебіторської заборгованості, що виникла внаслідок операцій за коштами єдиного казначейського рахунку. Цей рахунок поділяється на такі групи рахунків: 271 «Дебіторська заборгованість за внутрішніми розрахунками розпорядників бюджетних коштів»; 272 «Дебіторська заборгованість за внутрішніми розрахунками державних цільових фондів»; 273 «Дебіторська заборгованість за внутрішніми розрахунками державного бюджету»; 274 «Дебіторська заборгованість за внутрішніми розрахунками місцевих бюджетів»; 275 «Інша дебіторська заборгованість за внутрішніми розрахунками». За дебетом рахунку відображається виникнення дебіторської заборгованості за внутрішніми розрахунками, за кредитом – її погашення чи списання.

Рахунок 28 «Розрахунки за надходженнями до бюджету» призначено для обліку й узагальнення інформації про розрахунки органів, що контролюють справляння надходжень бюджету за податковими, неподатковими та іншими надходженнями, які, відповідно до законодавства, зараховуються до бюджету, та за надходженнями єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування. Цей рахунок включає групу 281 «Розрахунки органів, що контролюють справляння надходжень до бюджету». За дебетом рахунку

відображаються нараховані суми надходжень за податковими, неподатковими та іншими надходженнями, які, відповідно до законодавства, зараховуються до бюджету, за кредитом – їх погашення, розподіл (перерахування), повернення.

Рахунок 29 «Витрати майбутніх періодів» призначено для обліку й узагальнення інформації щодо здійснених витрат у звітному періоді, які підлягають віднесенню на витрати в майбутніх звітних періодах (сплачені авансом орендні платежі тощо). Цей рахунок поділяється на такі групи рахунків: 291 «Витрати майбутніх періодів розпорядників бюджетних коштів»; 292 «Витрати майбутніх періодів державних цільових фондів». За дебетом рахунку відображається накопичення витрат майбутніх періодів, за кредитом – списання (розподіл) витрат майбутніх періодів та включення їх до складу витрат звітного періоду.

Нефінансові активи – це комбінований об'єкт бухгалтерського обліку, який містить інформацію про наявні необоротні і оборотні активи установи. Нефінансові активи можна класифікувати для цілей бухгалтерського обліку за допомогою основних елементів бухгалтерського обліку: за планом рахунків для державного сектору та за допомогою структури балансу, сформованого на підставі даних цих рахунків. Враховуючи те, що поняття «нефінансові активи» є новим у бухгалтерській і науковій термінології, а на практиці - нефінансові активи є основними активами бюджетних установ, у звітності їхня частка досить вагома, тому: нефінансові активи – як об'єкт бухгалтерського обліку потребують уваги і подальших досліджень науковців з позицій уточнення сутності, критеріїв визнання і достовірності оцінки на різних стадіях обліку об'єкту [68].

Поняття «нефінансові активи» з'явилося в обліковій термінології державного сектору у процесі поширення і адаптації Міжнародних стандартів бухгалтерського обліку для державного сектора (далі МСБОДС) – «нефінансові активи – це економічні ресурси нефінансового характеру, контрольовані суб'єктом бухгалтерського обліку в секторі загального державного управління

в результаті минулих подій, використання яких, як очікується, приведе до отримання економічних вигід у майбутньому» [3, с. 25].

У їх складі виділяють:

- основні засоби,
- нематеріальні активи,
- запаси,
- готову продукцію,
- незавершені капітальні інвестиції,
- інші нефінансові активи» [7].

На практиці нефінансові активи є основними активами бюджетних установ, у звітності їх частка досить вагома, у балансі має виокремлений розділ під назвою «нефінансові активи». Загального показника, який характеризує нефінансові активи, який задовольнив би всі інформаційні потреби користувачів, не існує [7, с. 120]. У таблиці 2. 1 наведено у порівнянні класифікацію нефінансових активів у балансі установ державного сектору і на підставі нового плану рахунків бухгалтерського обліку, на підставі якого і формується фінансова звітність.

Таблиця 2.1.

Класифікація нефінансових активів [7]

Код рядка балансу	За НП(С)БОДС 101 «Подання фінансової звітності»	Номер рахунку	За планом рахунків бухгалтерського обліку в державному секторі економіки
1000	Основні засоби	10	Основні засоби
1010	Інвестиційна нерухомість	11	Інші необоротні матеріальні активи
1020	Нематеріальні активи	12	Нематеріальні активи
1030	Незавершені капітальні інвестиції	13	Капітальні інвестиції
1040	Довгострокові біологічні активи	15	Виробничі запаси
1050	Запаси	16	Виробництво
1060	Виробництво	17	Біологічні активи
1090	Поточні біологічні активи	18	Інші нефінансові актив

Структура нефінансових активів, із яких формується перший розділ балансу за НП(С)БОДС 101 «Подання фінансової звітності» сформована із необоротних активів (основні засоби, інвестиційна нерухомість, нематеріальні

активи, незавершені капітальні інвестиції, довгострокові біологічні активи), запасів, окремо виділено виробництво (що має висвітлювати специфіку бюджетних установ, адже вони нічого не виробляють, а тільки надають послуги населенню від держави і є невиробничими) і поточні біологічні активи. Окремими статтями виокремлені довгострокові і поточні біологічні активи. Такі різноманітні об'єкти бухгалтерського обліку, із специфікою притаманною державному сектору, за НП(С) БОДС 101 були об'єднані в активі балансу, у розділі 1 «Нефінансові активи» для розкриття інформація про нефінансові активи суб'єктів державного сектора.

Класифікація нефінансових активів для цілей бухгалтерського обліку, за планом рахунків бухгалтерського обліку в державному секторі відрізняється від класифікації за НП(С)БОДС 101 «Подання фінансової звітності» тим, що до «Нефінансових активів» включені необоротні і оборотні активи, які раніше обліковувалися на бухгалтерських рахунках 1 та 2 класу, а зараз класифіковані один клас – за належністю до нефінансових активів.

Нефінансові активи класифіковані за НП(С)БОДС 101 «Подання фінансової звітності» розкривають у фінансовій звітності таку інформацію:

1. Основні засоби – відображається вартість об'єктів, які віднесені до складу основних засобів та інших необоротних матеріальних активів згідно з НП(С)БОДС 121 «Основні засоби». У балансі за цією статтею наводяться окремо первісна (переоцінена) вартість, сума зносу основних засобів та їх залишкова вартість. До підсумку балансу включається залишкова вартість, яка визначається як різниця між первісною (переоціненою) вартістю основних засобів і сумою їх зносу на дату балансу [8; 10].

2. Інвестиційна нерухомість – відображається вартість об'єктів, які віднесені до складу інвестиційної нерухомості згідно з НП(С)БОДС 129 «Інвестиційна нерухомість». У цій статті балансу наводяться окремо первісна вартість, сума зносу інвестиційної нерухомості та її залишкова вартість. До підсумку балансу включається залишкова вартість, яка визначається як різниця між первісною вартістю інвестиційної нерухомості та сумою її зносу [48].

3. Нематеріальні активи – у балансі відображається вартість об'єктів, які віднесені до складу нематеріальних активів згідно з НП(С)БОДС 122 «Нематеріальні активи». У цій статті наводяться окремо первісна та залишкова вартість нематеріальних активів, а також нарахована у встановленому порядку сума накопиченої амортизації. До підсумку балансу включається залишкова вартість, яка визначається як різниця між первісною вартістю і сумою накопиченої амортизації [8; 11].

4. Незавершені капітальні інвестиції – відображається вартість незавершених на дату балансу капітальних інвестицій в необоротні активи на будівництво, реконструкцію, модернізацію (інші поліпшення, що збільшують первісну (переоцінену) вартість необоротних активів), виготовлення, створення, вирощування, придбання об'єктів основних засобів, нематеріальних активів, довгострокових біологічних активів [8].

5. Довгострокові біологічні активи – відображається вартість об'єктів, які віднесені до складу довгострокових біологічних активів рослинництва та тваринництва. У цій статті наводяться окремо первісна та залишкова вартість довгострокових біологічних активів, а також нарахована сума накопиченої амортизації довгострокових біологічних активів. До підсумку балансу включається залишкова вартість, яка визначається як різниця між первісною вартістю довгострокових біологічних активів і сумою накопиченої амортизації [7].

6 Запаси – відображається загальна вартість активів, які визнаються запасами згідно з НП(С) БОДС 123 «Запаси».

7. Виробництво – відображається вартість витрат, пов'язаних з організацією та наданням послуг, виконанням робіт, виготовленням продукції (науково-дослідні роботи, виготовлення експериментальних приладів, інше виробництво).

8. Поточні біологічні активи – відображається вартість активів, які віднесені до складу поточних біологічних активів рослинництва та тваринництва.

Із табл. 1 бачимо, що суттєві зміни у структурі плану рахунків привели до змін у бухгалтерському обліку. Однією із змін є поява класу 1 «Нефінансові активи» [7]. Класифікувати «Нефінансових активів» за планом рахунків можна як комбінований актив із необоротних і оборотних активів. Клас «Нефінансові активи» – формується рахунками, що призначені для узагальнення інформації про наявність і рух основних засобів, інших необоротних матеріальних активів, нематеріальних активів, запасів, біологічних активів, капітальних інвестицій, зносу (амортизації) необоротних активів тощо. Біологічні активи представлені об'єднаним рахунком, на відміну від балансу, не виокремлено довгострокові і поточні біологічні активи.

Нефінансові активи, за планом рахунків, класифіковані у більші крупні об'єкти обліку: «Інші необоротні матеріальні активи» і «Інші нефінансові активи».

За новим Планом рахунків бухгалтерського обліку в державному секторі, нефінансові активи як об'єкт бухгалтерського обліку, характеризуються формують фінансову звітність на підставі таких рахунків [87]:

1. Основні засоби – 10 рахунок – призначений для обліку й узагальнення інформації про наявність та рух основних засобів, які контролюються суб'єктом державного сектору, а також об'єктів інвестиційної нерухомості.

2. Інші необоротні матеріальні активи – 11 рахунок – призначений для обліку та узагальнення інформації про наявність та рух інших необоротних матеріальних активів, які не відображені у складі об'єктів обліку на рахунку 10 «Основні засоби».

3. Нематеріальні активи – 12 рахунок – призначений для обліку та узагальнення інформації про наявність та рух нематеріальних активів, які контролюються суб'єктом державного сектору.

4. Капітальні інвестиції – 13 рахунок – призначений для обліку витрат на придбання або створення матеріальних і нематеріальних необоротних активів, довгострокових біологічних активів.

5. Виробничі запаси – 15 рахунок – призначено для обліку й узагальнення інформації про наявність і рух сировини, основних і допоміжних матеріалів, комплектуючих виробів та інших матеріальних цінностей, призначених для забезпечення звичайної діяльності і досягнення поставленої мети та задоволення потреб суб'єкта державного сектору.

6. Виробництво – 16 рахунок – призначено для обліку й узагальнення інформації про витрати, пов'язані з організацією та наданням послуг, виконанням робіт, виготовленням продукції.

7. Біологічні активи – 17 рахунок – призначено для обліку й узагальнення інформації про наявність і рух довгострокових та поточних біологічних активів рослинництва та тваринництва, які здатні давати сільськогосподарську продукцію та додаткові біологічні активи.

8. Інші нефінансові активи – 18 рахунок – призначено для обліку й узагальнення інформації про інші нефінансові активи, які не відображені на інших рахунках класу 1 «Нефінансові активи».

Важливим є питання вибору методу оцінки вибуття запасів бюджетною установою, оскільки вони є найбільш значною і важливою частиною оборотних активів медичних установ, які необхідні для здійснення фінансово-господарської діяльності. Їх облік та оцінка, включаючи вибір методу вибуття запасів, впливають на результати діяльності установи та на розкриття інформації про її фінансовий стан.

Звичайну діяльність медичних установ супроводжує щоденне вибуття запасів. Найчастіше вибуття запасів у медичних установах відбувається за такими напрямками, як:

- споживання у процесі надання медичних послуг, виконання робіт;
- продаж іншим підприємствам, установам чи організаціям;
- видача для потреб здійснення науково-дослідних робіт;
- безоплатна передача за операціями з внутрівідомчої передачі;
- відображення в обліку виявлених у результаті інвентаризації нестач або надлишків;

- втрати від пошкодження внаслідок аварії чи стихійного лиха, природних втрат;
- розкрадання, знищення та утилізація.

Незалежно від напрямку вибуття запасів їх списання слід показувати в бухгалтерському обліку як збільшення витрат відповідного звітного періоду та зменшення обсягу запасів. Згідно п. 25 розд. II Методичних рекомендацій, винятком є запаси які були придбанні у минулих роках. На балансову вартість таких запасів зменшується накопичений фінансовий результат.

До 1 січня 2015 року бухгалтери, які працюють у сфері бюджетних організацій та установ здійснювали оцінку вибуття запасів, користуючись лише двома методами – за балансовою вартістю або за методом середньозваженої собівартості. Замість них вступили в силу три добре знайомих у комерційній діяльності методи: – ідентифікованої собівартості відповідної одиниці запасів; – середньозваженої собівартості запасів; – собівартості перших за часом надходження запасів (ФІФО) [57].

Згідно з п. 4 розд. IV НП(С)БОдс 123 «Запаси» [5] для всіх одиниць обліку запасів, що мають однакоє призначення та однакові умови використання, застосовується тільки один з наведених методів. Поряд з цим для запасів, що мають різне призначення, чинним законодавством не заборонено застосовувати одночасно декілька методів для оцінки вибуття запасів. Але для того, щоб застосовувати декілька методів потрібні вагомі причини. Наприклад, значна кількість запасів з принципово різним призначенням або широке розмаїття номенклатури запасів.

Обраний метод оцінки вибуття запасів потрібно обов'язково зафіксувати у розпорядчому документі про облікову політику установи.

Метод ідентифікованої собівартості відповідної одиниці запасів дозволяє оцінювати запаси, які відпускаються, та послуги, що виконуються для спеціальних замовлень і проектів, а також запаси, які не замінюють один одного. Суть цього методу полягає у веденні обліку за кожною окремою одиницею запасів. Тобто кожную одиницю запасів при вибутті оцінюють за тією

ж вартістю, за якою вона була зарахована на баланс. Медичній установі слід використовувати цей метод при невеликих обсягах вибуття запасів та якщо з легкістю можна встановити, за якою вартістю вони були оприбутковані при надходженні. При цьому в установі має бути добре налагоджений індивідуальний облік кожної групи запасів.

Метод ідентифікованої собівартості є найбільш точним методом, він дозволяє найбільш вірно оцінити запаси при їх вибутті. Але водночас цей метод досить трудомісткий, тому й використовується здебільшого за невеликих обсягів запасів в установі або за наявності специфічних запасів, які «зрівняти» з іншими не можна. Тому в медичних установах цей метод є не дуже доцільним, адже в них використовується великий обсяг різноманітних лікарських засобів.

Ще одним недоліком використання цього методу є незручність. У результаті застосування його на практиці може статися так, що однакові за призначенням запаси будуть обліковуватись за різною вартістю, що не завжди зручно.

Метод середньозваженої собівартості передбачає застосування двох способів обчислення:

- щомісячної середньозваженої собівартості;
- періодичної середньозваженої собівартості.

Оцінка за щомісячною середньозваженою собівартістю запасів проводиться щодо кожної одиниці запасів діленням сумарної вартості залишку таких запасів на початок звітного місяця і вартості одержаних у звітному місяці запасів на сумарну кількість запасів на початок звітного місяця і одержаних у звітному місяці запасів.

Оцінка за періодичною середньозваженою собівартістю проводиться щодо кожної операції з вибуття запасів діленням сумарної вартості таких запасів на дату операції на сумарну кількість запасів на дату операції.

Відмінність зазначених методів полягає в тому, що періодичну середньозважену собівартість одиниці запасів визначають на дату кожної операції вибуття запасів, і в розрахунках беруть участь тільки ті запаси, які

надійшли на цю дату. Внаслідок цього в умовах подорожчання запасів у методі періодичної середньозваженої собівартості на реалізацію буде списано меншу суму запасів, ніж в методі щомісячної середньозваженої собівартості.

Метод середньозваженої собівартості медичним установам добре підходить, адже його зручно використовувати навіть при оцінці вибуття великої кількості запасів різної номенклатури (наприклад, лікувальні засоби, продукти харчування).

Окрім того, цей метод дає об'єктивну картину руху запасів в установі, що перешкоджає махінаціям з даними й не потребує детального обліку за кожною одиницею запасів. Оскільки для кожної одиниці запасів розраховується середня вартість, це призводить до урівноваження цінових коливань протягом звітного періоду, що можна назвати ще однією перевагою методу середньозваженої собівартості. Хоча за умов інфляції це може стати недоліком. Як наслідок не приділяється увага останнім за часом надходженням запасам, що призводить до недостовірності оцінки залишків невикористаних запасів на звітну дату.

Метод собівартості перших за часом надходження запасів, більш відомий серед бухгалтерів, як метод ФІФО. Його назва розшифровується як «first in – first out», що в перекладі «першим надійшов – першим вибув». Оцінка запасів за методом ФІФО базується на припущенні, що запаси використовуються у тій послідовності, у якій вони надходили до суб'єкта державного сектору (відображені у бухгалтерському обліку), тобто запаси, які першими відпускаються у виробництво (продаж та інше вибуття), оцінюються за собівартістю перших за часом надходження запасів [57].

Основними перевагами методу ФІФО є те, що він простий у використанні, систематичний та об'єктивний. Хоча, з іншої сторони, це може призвести до зниження витрат, оскільки ціни на запаси постійно зростають, що у підсумку, штучно збільшує фінансовий результат.

Метод ФІФО особливо актуальний в медичних установах, адже основну частину їх запасів складають лікарські засоби, які мають свій термін зберігання. За допомогою цього методу зберігання медикаментів стає тривалішим, і не

призводить до великої кількості їх утилізації чи знищенню. Для того щоб побачити різницю застосування методів оцінки вибуття запасів на практиці приведемо приклад.

КЗ ЛОР «Золочівський протитуберкульозний диспансер» на початок травня мала на обліку Туберкулін очищений у кількості 0,5 тис. доз. вартістю 772 грн. за 1 тис. доз. Протягом місяця було придбано:

1) 10.05 – 0,7 тис. доз. Туберкуліну вартістю 796 грн. за 1 тис. доз.;

2) 19.05 – 1,0 тис. доз. Туберкуліну вартістю 820 грн. за 1 тис. доз.

15.05 було використано 0,9 тис. доз. Туберкуліну.

Суму списання запасів за звітний місяць за різними методами оцінки вибуття наведемо у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2.

Порівняння вартості запасів за різними методами*

	Кількість, тис. доз	Вартість, грн./тис.доз	Сума, грн.
Залишок Туберкуліну очищеного на 01.05.2019 р.	0,5	772,00	386,00
Надійшло 10.05.2018 р. – Туберкулін очищений	0,7	796,00	557,20
Вибуло 15.05.2019 р. – Туберкулін очищений	0,9	x	x
Надійшло 19.05.2019 р. – Туберкулін очищений	1		820,00
Залишок Туберкуліну очищеного 01.06.2019 р.	1,3	x	x
Оцінювання за методом ідентифікованої собівартості	$C = 0,2 \cdot 772,00 + 0,7 \cdot 796,00 = 711,60$		711,60
Оцінювання за методом середньозваженої собівартості на кінець місяця	$C = \frac{0,5 \cdot 772,00 + 0,7 \cdot 796,00 + 1,0 \cdot 820,00}{0,5 + 0,7 + 0,1} = 721,31$		721,31
Оцінювання за методом середньозваженої собівартості на дату операції	$C = \frac{0,5 \cdot 772,00 + 0,7 \cdot 796,00}{0,5 + 0,7} = 707,40$		707,40
Оцінювання за методом ФІФО	$C = 0,5 \cdot 772,00 + 0,4 \cdot 796,00 = 704,40$		704,40

*Сформовано автором на основі даних досліджуваної установи

Результат за кожним методом оцінки вибуття запасів хоч і відрізняється по сумі але не значну має різницю, тому і залишок запасів в балансі за вартісним критерієм на кінець звітного періоду буде відрізнятися.

Отже, при виборі методу оцінки вибуття запасів медичній установі слід орієнтуватися на те, що більш важливо: правильне відображення фінансового стану в Балансі чи більш точні дані про результати фінансової діяльності у Звіті про фінансові результати. Саме тому на вибір методу впливають і наслідки, до яких приводить застосування одного із розкритих методів. Підхід до списання залежить від обраної облікової політики установи і не може змінюватися на протязі звітного періоду.

Найбільш привабливий є метод ФІФО, який дозволяє списувати запаси по мірі надходження до медичної установи. При цьому методі не будуть залишатися на складі перші по даті надходження медикаменти.

Кожна медична установа має право на вибір методу оцінки запасів виходячи із власних фінансових можливостей та обсягу використання їх в практичній діяльності. Нами було наведено механізм залежності залишків запасів від обраного методу списання для медичних установ у сучасній теорії бухгалтерського обліку України.

На цей час в умовах, коли до фінансової інформації ставляться серйозні вимоги щодо її достовірності, проблема оцінки активів, зобов'язань і власного капіталу набула ще більшої актуальності. У бухгалтерському обліку від правильного вибору методів оцінки майна залежить його фінансове становище, фінансові результати та його інвестиційна привабливість [4, с. 37–38].

Таким чином, оцінка нефінансових активів передбачає два підходи, обумовлені складом нефінансових активів – це оцінка необоротних активів (основних засобів, інвестиційної нерухомості, нематеріальних активів і довгострокових біологічних активів) і оцінка запасів (безпосередньо – запаси, виробництво і поточні біологічні активи). Всі існуючі методи оцінки нефінансових активів мають право на існування і повинні використовуватися залежно від господарських операцій, в яких відображено нефінансовий актив.

2.2. Доходи і видатки установ державного сектору та загальні засади їх обліку

Установи та організації, які утримуються за рахунок коштів бюджетів, для забезпечення своєї діяльності та виконання покладених на них функцій складають та затверджують кошторис доходів і видатків відповідно з бюджетними призначеннями, які встановлені Законом України «Про Державний бюджет».

Облік доходів і витрат бюджету забезпечується єдністю системи бюджетного обліку, в основу якої покладено бюджетну класифікацію, введено в дію наказом Міністерства фінансів України “Про бюджетну класифікацію” від 14.01.11 № 11. Бюджетна класифікація передбачає науково обґрунтоване, обов’язкове групування доходів і видатків бюджетів усіх рівнів за однорідними ознаками, закодованими у попередньо визначеному порядку, що забезпечує порівнянність та можливість узагальнення показників бюджетів усіх рівнів (від сільського до загальнодержавного), складання консолідованого бюджету територій та країни в цілому, контроль за його виконанням і складання зведеного звіту про виконання бюджету.

Бюджетна класифікація має організуюче і правове значення. Перше полягає у тому, що вона дає змогу однаково (за єдиною методикою) обраховувати доходи і витрати бюджету, складати звітність про виконання бюджету, здійснювати контроль і аналіз за кожним видом доходів і витрат, кодувати показники бюджетів при їх автоматизованій обробці з застосуванням ЕОМ. Правове значення бюджетної класифікації полягає в тому, що всі показники доходів і витрат, передбачені у бюджеті і вказані у відповідних підрозділах класифікації, є фінансовими планами, обов’язковими для виконання на всіх рівнях управління. Бюджетна класифікація передбачає окремо класифікацію доходів бюджету і окремо — класифікацію витрат бюджетних коштів.

Відповідно до статей 8–12 Бюджетного кодексу складовими бюджетної класифікації є:

- класифікація доходів бюджету;
- класифікація видатків бюджету;
- класифікація фінансування бюджету;
- класифікація боргу.

Класифікація доходів поділяється на групи, підгрупи, статті та підстатті. Усі доходи поділяються на податкові, неподаткові, доходи від операцій із капіталом, безоплатні перерахування (трансферти).

Бюджетна класифікація видатків включає: функціональну класифікацію видатків – за функціями, з виконанням яких пов'язані видатки; економічну класифікацію видатків – за економічною характеристикою операцій, при проведенні яких здійснюються ці видатки; відомчу класифікацію видатків – за ознакою головного розпорядника бюджетних коштів; програмну класифікацію – видатки за бюджетними програмами.

Для бухгалтера важливе значення має економічна класифікація видатків, за кодами якої організовується аналітичний облік фактичних видатків бюджетної установи. Економічна класифікація видатків бюджету багаторівнева і являє собою розмежування видатків за економічними ознаками.

Під видатками розуміють державні платежі, які не підлягають поверненню, тобто такі платежі, які не створюють і не компенсують фінансові вимоги. Видатки можуть передбачатися або на поточні потреби (код 2000), або для здійснення капітальних витрат (код 3000). Вони бувають відплатними, тобто здійсненими в обмін на товар чи послугу, або невідплатними.

На першому рівні видатки бюджету поділяють на такі групи: поточні видатки (2000); капітальні видатки (3000); кредитування з вирахуванням погашення (4000); нерозподілені видатки (9000).

На другому рівні поточні видатки поділяються на підгрупи: використання товарів і послуг (2200); обслуговування боргових зобов'язань (2400); поточні трансферти (2600); соціальне забезпечення (2700); інші поточні видатки (2800).

На третьому рівні поточні видатки поділяються на статті, зокрема: оплата праці (2110); нарахування на оплату праці (2120); предмети, матеріали, обладнання та інвентар (2210); видатки на відрядження (2250); оплата комунальних послуг та енергоносіїв (2270); дослідження і розробки, окремі заходи по реалізації державних (регіональних) програм (2280).

На четвертому рівні видатки деталізуються, зокрема оплата праці поділяється на: заробітну плату (2111); грошове забезпечення військовослужбовців (2112).

Стаття «Оплата праці» (код 2110) включає оплату праці в грошовій формі всіх працівників бюджетних установ за посадовими окладами, ставками або розцінками, а також різні доплати до цих ставок (за ранг, стаж, вислугу років, науковий ступінь, надурочні години і т. ін.). Видатки за цим кодом мають досить значну питому вагу в кошторисі бюджетної установи і є захищеною бюджетною статтею.

До статті «Нарахування на оплату праці» (код 2120) належить нарахування єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування. Це також захищена бюджетом стаття.

Дуже широкою за своїм змістом є стаття оплата комунальних послуг та енергоносіїв (код 2270). До цієї статті включається: оплата теплопостачання (код 2271); оплата водопостачання та водовідведення (код 2272); оплата електроенергії (код 2273); оплата природного газу (код 2274); оплата інших енергоносіїв (код 2275). У такому ж порядку деталізуються всі інші види видатків бюджетних установ. За цими кодами виділяються і обліковуються видатки бюджетів усіх рівнів та всіх бюджетних установ. Схема облікового процесу видатків і надходжень установи державного сектору економіки наведена на рисунку 2.2.

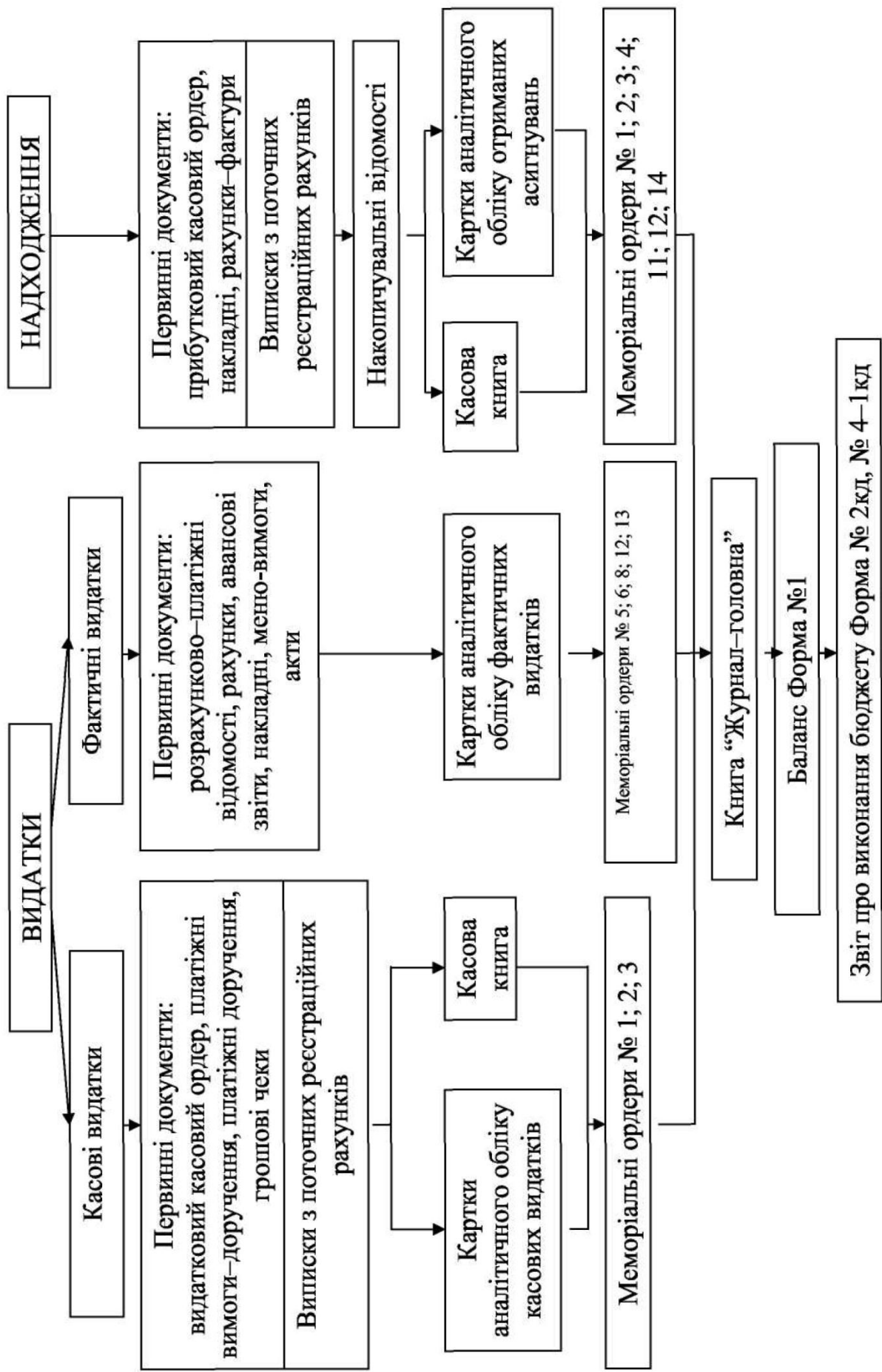


Рис. 2. 2. Схема облікового процесу видатків і надходжень установи державного сектору економіки [43]

Методологічні засади формування в бухгалтерському обліку інформації про доходи визначені НП(с)БОДС 124 “Доходи”. НП(с)БОДС 124 не поширюється на визнання і оцінку доходів, які визначаються в інших національних положеннях (стандартах) бухгалтерського обліку в державному секторі, зокрема пов’язані з: договорами оренди; дивідендами, які належать за результатами фінансових інвестицій та обліковуються за методом участі в капіталі; продажем або змінами у вартості основних засобів і нематеріальних активів; змінами у справедливій вартості фінансових активів та фінансових зобов’язань або їх ліквідації; змінами вартості інших поточних активів; змінами вартості біологічних активів; видобуванням корисних копалин [65].

Доходи суб’єктів державного сектору в бухгалтерському обліку поділяють на доходи від обмінних операцій та доходи від необмінних операцій.

Обмінна операція – це господарська операція з продажу/придбання активів в обмін на грошові кошти, послуги (роботи), інші активи або погашення зобов’язань.

Необмінна операція – це господарська операція, яка не передбачає передачі активів, послуг (робіт) в обмін на отриманий дохід або активи, але може передбачати виконання певних умов.

Не визнаються доходами від обмінних операцій такі надходження: суми податку на додану вартість, акцизного податку, інших податкових надходжень, що підлягають перерахуванню до бюджету та фондів загальнообов’язкового державного соціального страхування; сума попередньої оплати (авансу) в рахунок оплати товарів, робіт, послуг; сума завдатку під заставу або в погашення бюджетної позики (кредиту) у випадках, передбачених законодавством; надходження, що належать іншим особам.

Дохід визнається у разі, якщо існує ймовірність надходження суб’єкту державного сектору економічних вигід або потенціалу корисності, пов’язаних з обмінною операцією. Визнаний дохід не коригується на ту його частину, яка не оплачена покупцем (замовником тощо), з визнанням цієї суми витратами. Бюджетні асигнування визнаються доходом при визнанні понесених витрат,

пов'язаних із виконанням суб'єктом державного сектору своїх повноважень, визначених законодавством, або отриманні активу, послуг (робіт) на виконання заходів, не пов'язаних із основною діяльністю. Дохід від необмінних операцій визнається одночасно з отриманням активів, послуг (робіт).

Дохід від трансфертів у разі цільового призначення (субвенція тощо) визнається в міру виконання умов його отримання з одночасним зменшенням зобов'язання, обумовленого отриманням ресурсу у сумі понесених витрат, пов'язаних з його виконанням. Безоплатно отримані товари, роботи, послуги в натуральній формі суб'єкт державного сектору може визнавати доходом та активом звітного періоду, в якому вони фактично були отримані.

Суми зовнішньої безоплатної допомоги визнаються активом (дебіторською заборгованістю) та доходом на момент набуття чинності договором. Суми внутрішньої безоплатної допомоги визнаються активом та доходом того звітного періоду, коли вони були отримані. Суми штрафів, неустойки, пені, отримані за рішенням сторін договору або відповідних державних органів, суду, включаються до складу доходів звітного періоду за датою фактичного їх надходження. Доходом звітного періоду визнається сума зобов'язання бюджету, що не підлягає погашенню, списаного у цьому звітному періоді.

Джерелом доходів загального фонду бюджетної установи є асигнування з державного або місцевого бюджету через органи Державної казначейської служби. Бюджетне фінансування являє собою безповоротний та безоплатний відпуск коштів з державного та місцевих бюджетів на виконання загальнодержавних функцій і функцій муніципальних органів та забезпечення діяльності бюджетних установ та організацій. Кожне окреме бюджетне підприємство, організація або установа звичайно отримує асигнування лише з одного бюджету.

Аналітичний облік наявності та руху коштів на особових, реєстраційних, спеціальних реєстраційних та інших рахунках установи ведеться за їх видами та в розрізі бюджетів, кодів бюджетної класифікації доходів, видатків та кредитування бюджету. Аналітичний облік операцій за сумами, отриманими від підприємств, організацій, фізичних осіб та від інших установ для виконання

цільових заходів, ведеться додатково в розрізі надавачів. Перелік видів рахунків, які можуть відкриватися для надходження коштів до бюджетних установ наведено в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3.

**Перелік видів рахунків, які можуть відкриватися
бюджетними установами для надходження коштів [43]**

Вид рахунка	Характеристика рахунка
Особові	Відкриваються в органах Державної казначейської служби України головним розпорядникам бюджетних коштів та розпорядникам бюджетних коштів нижчого рівня, які мають підвідомчі установи, для подальшого їх розподілу та перерахування на реєстраційні рахунки
Реєстраційні	Відкриваються в органах Державної казначейської служби України розпорядникам бюджетних коштів за відповідними кодами бюджетної класифікації видатків для обліку операцій із виконання загального фонду кошторисів.
Спеціальні реєстраційні	Відкриваються в органах Державної казначейської служби розпорядникам бюджетних коштів за відповідними кодами бюджетної класифікації видатків для обліку операцій із виконання спеціального фонду кошторисів
Одержувачів коштів	Відкриваються в органах Державної казначейської служби України одержувачам коштів бюджету за відповідними кодами бюджетної класифікації видатків для обліку операцій із виконання плану використання бюджетних коштів
Поточні	Відповідно до чинного законодавства України можуть відкриватися бюджетним установам в установах банків для зберігання грошових коштів та здійснення видатків, передбачених їх кошторисами
Депозитні	Відкриваються в органах Державної казначейської служби України та/або установах банків за коштами, які отримали бюджетні установи в тимчасове зберігання згідно з законодавством (без права користування цими коштами, що перебувають на цих рахунках) і з настанням відповідних умов належать поверненню або перерахуванню за призначенням.
Небюджетні рахунки	Відкриваються органами Казначейства у випадках, передбачених законодавчими та іншими нормативно-правовими актами, за операціями, що не належать до операцій з виконання бюджетів, крім рахунків фондів загальнообов'язкового державного соціального страхування України та депозитних рахунків митних органів

Облік доходів, що у кошторисі установ належать до доходів загального фонду, ведеться на субрахунку 7011 «Бюджетні асигнування» рахунку 70 «Доходи за бюджетними асигнуваннями». За кредитом рахунку відображається отримання бюджетних асигнувань, за дебетом — зменшення доходу за бюджетними асигнуваннями на суму цільового фінансування, яка включається до вартості об'єкта основних засобів; списання з рахунків залишків коштів, не витрачених у звітному році; закриття рахунку обліку доходів на фінансовий результат виконання кошторису (бюджету) звітного періоду. Цей субрахунок у бюджетній установі, яка фінансується одночасно з державного та місцевого бюджетів може бути деталізований, наприклад можуть бути виділені субрахунки: — 70111 «Асигнування з державного бюджету на видатки установи та інші заходи»; — 70112 «Асигнування з місцевого бюджету на видатки установи та інші заходи».

Згідно з НП(с)БОДС 124 «Доходи», бюджетні асигнування належать до обмінних операцій і визнаються доходом при визнанні понесених витрат, пов'язаних із виконанням суб'єктом державного сектору своїх повноважень, визначених законодавством, або отриманні активу, послуг (робіт) на виконання заходів, не пов'язаних із основною діяльністю.

Визнані доходи записуються у кредит субрахунків рахунку 70. Сальдо цих субрахунків в кінці звітного періоду списується на субрахунок 5511 «Фінансові результати виконання кошторису звітного періоду».

Протягом місяця облік операцій із надходження бюджетних асигнувань загального фонду бюджету на особовий, реєстраційний, поточний рахунок установи та здійснення видатків з цих рахунків в органах Державної казначейської служби (установах банків) ведеться у накопичувальній відомості руху грошових коштів загального фонду ф. 381 (бюджет) — меморіальний ордер № 2. Меморіальні ордери складаються за кожним рахунком окремо: особовим, реєстраційним, поточним.

Аналітичний облік одержаних асигнувань в державному секторі ведеться в картках аналітичного обліку одержаних асигнувань, форма яких наведена у

Порядку складання карток і книг аналітичного обліку бюджетних установ, затвердженого наказом Держказначейства України від 06.10.00 № 100. Картка аналітичного обліку отриманих асигнувань ведеться в розрізі кодів економічної класифікації видатків окремо за кожним кодом програмної класифікації видатків.

При отриманні від вищестоящої установи доходів зі спеціального фонду бюджету, картки ведуться окремо за загальним і спеціальним фондами бюджету. Картка відкривається на рік. За рядком «Затверджено кошторисом на рік» заповнюються кошторисні призначення. Протягом року вони можуть корегуватися на підставі змін, що вносяться до кошторисів у порядку, встановленому чинним законодавством України.

Записи щодо отриманих асигнувань та доходів спеціального фонду, що надійшли від вищестоящої установи, здійснюються на підставі виписок органу Держказначейства (установи банку) з реєстраційних, особових (поточних) рахунків, відкритих в органах Державної казначейської служби (установах банків). Суми відізнаних асигнувань записуються зі знаком «мінус» або чорнилом червоного кольору. Щомісячно в картці підраховується підсумок «Усього асигнувань за місяць», «Усього асигнувань за рік» та «Залишок річних бюджетних призначень». Картка аналітичного обліку отриманих асигнувань підписується виконавцем та особою, що перевірила картку.

У разі, коли розпорядник бюджетних коштів має підвідомчі установи, аналітичний облік перерахованих їм коштів ведеться у Книзі аналітичного обліку асигнувань, перерахованих підвідомчим установам в розрізі кодів економічної класифікації видатків. Книга відкривається на рік у розрізі підвідомчих установ. За кожним кодом програмної класифікації видатків заводиться окрема книга. За рядками «Затверджено кошторисом на рік» заповнюються кошторисні призначення підвідомчої установи.

Записи у книзі про перераховані підвідомчим установам кошти здійснюються на підставі виписок органу Державної казначейської служби (установи банку) з реєстраційних, особових (поточних) рахунків, відкритих в органах Державної казначейської служби (установах банків). Суми відізнаних

асигнувань записуються чорнилом червоного кольору або зі знаком «мінус», а при веденні автоматичного обліку – тільки зі знаком «мінус». Щомісячно виводяться показники «Усього асигнувань за місяць», «Усього асигнувань з початку року» та «Залишок річних бюджетних призначень». У випадках перерахування підвідомчим установам коштів спеціального фонду ведеться окрема Книга аналітичного обліку асигнувань, перерахованих підвідомчим установам.

Основні бухгалтерські проводки по відображенню асигнувань за загальним фондом державного бюджету наведено в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4.

Основні бухгалтерські проводки по відображенню асигнувань за загальним фондом державного бюджету*

Господарська операція	Дт	Кт
Асигнування за відомчою структурою		
Головним розпорядником отримані кошти на особовий рахунок на власні потреби та для переказу розпорядникам другого рівня	2314	6611
Відображені кошти головного розпорядника на власні потреби	2313	2314
Кошти головного розпорядника на власні потреби включаються до доходів майбутніх періодів	6611	6911
Головний розпорядник переказує кошти розпоряднику грошових коштів другого рівня	6611	2314
Отримані розпорядником другого рівня грошові кошти на власні потреби та для переказу розпорядникам третього рівня	2314	6611
Відображені кошти розпорядника другого рівня на власні потреби	2313	2314
Кошти розпорядника другого рівня на власні потреби включаються до доходів майбутніх періодів	6611	6911
Розпорядник другого рівня переказує кошти розпоряднику грошових коштів третього рівня	6611	2314
Отримані розпорядником третього ступеню грошові кошти на власні потреби установи включаються до доходів майбутніх періодів	2313	6911
Пряме асигнування через органи Державної казначейської служби		
Отримані кошти на реєстраційний рахунок розпорядника коштів	2313	6911

* Сформовано автором на основі [43]

При асигнуванні з місцевих бюджетів бухгалтерські проводки аналогічні наведеним в таблиці 2.4, але відкриваються для цього окремі реєстраційні рахунки та окремо виділяється в обліку таке асигнування. У кінці звітнього періоду доходи майбутніх періодів списуються на доходи періоду одночасно з витратами, які понесені для отримання таких доходів (таблиця 2.5).

Слід зазначити, що не використані протягом звітнього року грошові кошти підлягають поверненню до того бюджету, з якого вони отримані. При цьому робиться бухгалтерська проводка Д-т 6911 К-т 2313.

Таблиця 2.5.

**Бухгалтерські проводки з відображення доходів
за асигнуваннями з державного бюджету***

Господарська операція	Дт	Кт
В кінці звітнього періоду доходи майбутніх періодів переводяться у доходи періоду	6911	7011
Доходи періоду списуються на фінансові результати виконання кошторису звітнього періоду	7011	5511
Одночасно списуються на фінансові результати виконання кошторису звітнього періоду витрати періоду:		
— витрати на оплату праці	5511	8011
— відрахування на соціальні заходи	5511	8012
— матеріальні витрати	5511	8013
— амортизація	5511	8014

* Сформовано автором на основі [43]

Власні надходження бюджетної установи, які формують її спеціальний фонд поділяються на дві основні групи: доходи за обмінними операціями та доходи за необмінними операціями. Склад доходів за обмінними та необмінними операціями наведено на рисунку 2. 3. Переліки послуг, що можуть надаватися бюджетними установами за плату, затверджуються Кабінетом Міністрів України для відповідної галузі. Відповідальними за складання переліків визначаються центральні органи виконавчої влади, що є провідними у відповідній галузі. В окремих випадках перелік платних послуг, які можуть надаватися бюджетними або державними установами, затверджується відомчими нормативними документами.

Кожен затверджений перелік платних послуг супроводжується, як правило, і порядком визначення вартості таких послуг, але такий порядок може бути затверджений і одним нормативним документом одночасно з переліком. Порядки надання платних послуг бюджетними установами затверджуються відповідними міністерствами та відомствами.



Рис.2.3. Перелік власних надходжень бюджетних установ [1]

Основний зміст цих порядків полягає у викладенні методики визначення вартості платних послуг. У ряді випадків вартість послуг визначається самими установами на підставі відповідних розрахунків (наприклад, при наданні послуг науково-дослідними установами, установами освіти), а також можуть

встановлюватись єдині тарифи (наприклад, виконання платних послуг, які можуть надаватися підрозділами Державної пожежної охорони МНС України).

Для зберігання спеціальних коштів бюджетній установі відкриваються спеціальні реєстраційні рахунки в органі Держказначейства України або поточні рахунки в банку в разі, якщо це передбачено законодавством . Спеціальні кошти, що надійшли готівкою до каси установи, не дозволяється використовувати без попереднього зарахування на спеціальні реєстраційні рахунки. Витрачання спеціальних коштів передуює контроль органів Держказначейства на підставі платіжних документів, до яких додаються виправдні документи, у межах наявності коштів за певним кодом економічної класифікації видатків.

Доходи спеціального фонду установи обліковуються на таких субрахунках: — 7111 «Доходи від реалізації продукції (робіт, послуг)»; — 7211 «Дохід від реалізації активів»; — 7311 «Фінансові доходи розпорядників бюджетних коштів»; — 7411 «Інші доходи за обмінними операціями»; — 7511 «Доходи за необмінними операціями».

Бюджетний кодекс України розмежовує поняття видатки бюджету та витрати бюджету. Видатки бюджету — це кошти, що спрямовуються на здійснення програм та заходів, передбачених відповідним бюджетом, за винятком коштів на погашення основної суми боргу та повернення надміру сплачених до бюджету сум. Витрати бюджету — видатки бюджету та кошти на погашення основної суми боргу. Під видатками бюджетних установ розуміють суму коштів, витрачених бюджетними установами в процесі їх діяльності в межах сум, установлених кошторисом — головним плановим та фінансовим документом, що визначає обсяг, цільове призначення та поквартальний розподіл коштів.

Характерною особливістю обліку видатків бюджетних установ є їх поділ на касові та фактичні.

Касовими видатками вважають всі суми, отримані установою з поточних бюджетних рахунків у банку чи реєстраційних рахунків у відповідних органах

Державної казначейської служби для їх використання (витрачання) згідно з кошторисом. Касові видатки включають як кошти, отримані готівкою в касу установи, так і суми, перераховані шляхом безготівкової оплати рахунків. Отже, касові видатки — це не касові операції, а касове виконання бюджету (видача грошей із бюджетних рахунків). Прикладом касових видатків може бути отримання готівки в касу на видачу зарплати, перерахування коштів за матеріали, продукти харчування, обладнання, у фонди соціального страхування тощо. Облік касових видатків ведеться за кодами економічної класифікації, а тому в первинних документах на списання грошей із рахунків бюджетних установ обов'язково вказується їх цільове призначення (код видатків).

Фактичні видатки, на відміну від касових, це дійсні витрати установи, що підтвержені відповідними первинними документами. Прикладом фактичних видатків можуть бути операції з нарахування заробітної плати працівникам, списання витрачених медикаментів та продуктів харчування, списання витрат на відрядження за поданим авансовим звітом, нарахування внесків до спеціальних фондів на соціальні заходи тощо.

За своєю суттю фактичні видатки є витратами бюджетної установи, під якими розуміють зменшення економічних вигід у вигляді вибуття активів або збільшення зобов'язань, які призводять до зменшення власного капіталу (за винятком зменшення капіталу за рахунок його вилучення або розподілення власником) і які обліковують відповідно до НП(с)БОДС 135 «Витрати».

Такий розподіл видатків в обліку визначається необхідністю контролю з боку держави за використанням коштів. Облік касових видатків забезпечує інформацією про касове виконання кошторису та залишки невикористаних асигнувань на кожну конкретну дату. Облік фактичних видатків дає можливість контролювати хід фактичного виконання кошторису видатків установи в цілому та дотримання встановлених норм за окремими статтями і структурними підрозділами.

Облік фактичних видатків теж ведеться за кодами економічної класифікації видатків бюджету відповідно до Інструкції щодо застосування

економічної класифікації видатків бюджету та Інструкції щодо застосування класифікації кредитування бюджету, затверджених наказом Міністерства фінансів України від 12.03.12 № 333. Касові та фактичні видатки на практиці можуть не збігатися у часі внаслідок їх різного змісту. Так, для касових видатків застосовується касовий метод, а для фактичних — метод нарахувань. Наприклад, при попередньому перерахуванні грошей за продукти харчування (касові видатки за кодом 2230) касові видатки випереджають у часі фактичні, а фактичні видатки за кодом 2110 «Оплата праці працівників бюджетних установ» у часовому вимірі випереджають касові. Уразі збігу у часі касових і фактичних видатків, їх називають прямими видатками.

Облік касових видатків ведеться на синтетичних рахунках 22 «Готівкові кошти та їх еквіваленти» та 23 «Грошові кошти на рахунках» у розрізі відповідних субрахунків. Отримані у вигляді фінансування і плати за надані послуги суми грошових коштів відображаються за дебетом цих рахунків, а використані — за кредитом. При меморіально-ордерній формі обліку в бюджетних установах операції з руху грошових коштів відображаються в «Накопичувальних відомостях руху грошових коштів загального (спеціального) фонду в органах Держказначейства України (установах банків)» (меморіальні ордери 2 та 3). Схема обліку касових видатків наведена на рис. 2.4.

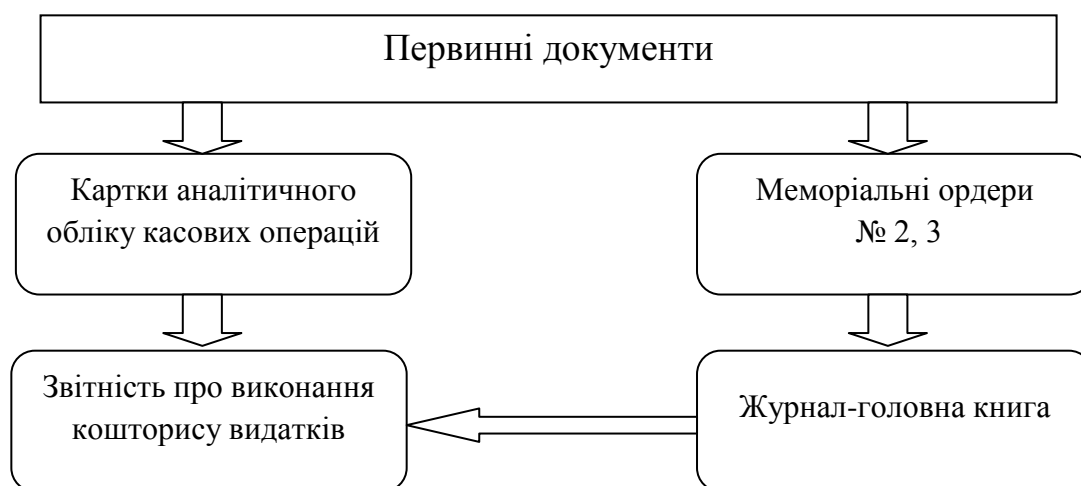


Рис. 2.4. Схема обліку касових видатків закладів охорони здоров'я [48]

Аналітичний облік касових видатків у бюджетних установах і централізованих бухгалтеріях ведеться в картках аналітичного обліку касових видатків. Картка ведеться в розрізі кодів економічної класифікації видатків. За кожним кодом програмної класифікації видатків, за загальним та спеціальним фондами, за кожним видом коштів спеціального фонду складаються окремі картки.

Схема обліку фактичних видатків наведена на рис. 2.5.



Рис. 2.5. Схема обліку фактичних видатків закладів охорони здоров'я [48]

Аналітичний облік фактичних видатків установ ведеться в картках аналітичного обліку фактичних видатків. Картка ведеться щомісячно в розрізі кодів економічної класифікації видатків. За кожним кодом програмної класифікації видатків, за загальним та спеціальним фондами, за кожним видом коштів спеціального фонду складаються окремі картки.

Окремі види касових і фактичних видатків у розрізі кодів економічної класифікації видатків за загальним фондом державного бюджету, а також кореспонденція рахунків з обліку видатків наведені в табл. 2.6.

Таблиця 2.6.

**Відображення в обліку касових та фактичних видатків
бюджетних установ на виконання бюджетних програм***

Господарська операція	Дт	Кт	Код економічної класифікації видатків	
			касові	фактичні
Нарахована заробітна плата працівникам установи за рахунок коштів загального фонду	8011	6511		2110
Нарахування на заробітну плату єдиного внеску до Пенсійного фонду	8012	6313		2120
Відрахування із заробітної плати:				
– податку з доходів фізичних осіб	6511	6311		
– військовий збір	6511	6312		
– профспілкових внесків	6511	6516		
– за виконавчими документами	6511	6518		
Отримано з реєстраційного рахунка в касу:				
– на виплату зарплати	2211	2313	2110	
– на службове відрядження	2211	2313	2250	
Виплачено заробітну плату	6511	2211		
Списано за авансовим звітом витрати за відрядженнями	8015	2116		2250
Внесено готівкою з каси на реєстраційний рахунок суму невикористаного авансу на службове відрядження	2313	2211	2250	
Перераховано з реєстраційного рахунка				
- податок з фізичних осіб	6311	2313	2110	
- єдиний внесок	6313	2313	2120	
- військовий збір	6312	2313	2110	
- профспілкові внески	6516	2313	2110	
- за виконавчими листами	6518	2313	2110	
Перераховано планові платежі за продукти харчування	2113	2313	2230	
Нарахування за поточний ремонт приміщення	8111	6415		2240
Перераховано магазину за обладнання	2113	2313	2210	
Списано використані:				
- продукти харчування	8013	1511		2230
- канцелярське приладдя	8013	1518		2210
- господарські матеріали	8013	1517		2210
Нарахована плата за комунальні послуги:				
- теплопостачання	8013	6415		2271
- енергопостачання	8013	6415		2273
- водопостачання	8013	6415		2272
Перерахована заборгованість за комунальні послуги:				
- теплопостачання	6415	2313	2271	
- водопостачання	6415	2313	2272	
- енергопостачання	6415	2313	2273	

* Сформовано автором на основі [43]

Логіка бухгалтерських проведення з відображення видатків за загальним та спеціальним фондами однакова. Різниця лише в застосовуваних субрахунках фактичних та касових видатків. Однією з суттєвих статей витрат бюджетних установ є витрати на телефонний зв'язок. З бюджетної установи можна дзвонити як на стаціонарні, так і на мобільні телефони. Особливістю обліку таких витрат є те, що в установі, організації мають бути затверджені правила користування телефонним зв'язком, а також мають бути визначені телефонні номери установ, дзвінки на які можна вважати пов'язаними з основною діяльністю установи, а також перелік мобільних телефонів, на які дозволяється дзвонити зі стаціонарних. При виході на міжміські телефонні лінії, необхідно ввести журнал обліку розмов. При отриманні бухгалтерією рахунку на оплату послуг зв'язку з розшифруванням вартості міжміських розмов та дзвінків на мобільні телефони, бухгалтерія виділяє особисті розмови і встановлює коло осіб, які їх вели. Слід зазначити, що згідно зі ст. 127 КЗпП утримання із зарплати працівників з метою погашення їх заборгованості установі, де вони працюють, за телефонні розмови не допускається. Такі утримання можуть бути здійснені винятково за їх заявою або шляхом внесення заборгованості до каси установи, організації.

Установи та організації, що утримуються за рахунок коштів державного та/або місцевих бюджетів, керуючись Планом рахунків бухгалтерського обліку в державному секторі, виводять фінансовий результат виконання кошторису за кожен звітний період та за бюджетний рік з метою відображення його у формі № 1 «Баланс». Фінансовий результат виконання кошторису визначається шляхом списання заключними оборотами доходів та видатків установ на субрахунок 5511 «Фінансові результати виконання кошторису звітного періоду» окремо за коштами загального та спеціального фонду кошторису, а також за видами діяльності. У кінці року, після виведення сальдо за субрахунком 5511 «Фінансові результати виконання кошторису звітного періоду», воно списується на субрахунок 5512 «Накопичені фінансові результати виконання кошторису».

2.3. Управлінський облік в закладах охорони здоров'я

У бухгалтерському обліку реєструється тільки інформація про виконані господарські операції. В управлінському обліку відображаються також заплановані витрати і фінансові результати. Інформація, яка збирається і надається управлінським обліком, є комерційною таємницею.

Управлінський облік – система виявлення, вимірювання, збору, реєстрації, інтерпретації, узагальнення, підготовки та надання важливої для прийняття рішень по діяльності організації інформації та показників для управлінців. Управлінський облік створюється для того, щоб оперативно приймати рішення, пов'язані з діяльністю організації.

В закладах охорони здоров'я бухгалтерський облік орієнтований на податковий облік; витрати розраховуються за елементами без фіксації місця їх виникнення і ґрунтуються на нормативних документах, які регулюють оподаткування; витратами, як правило, управляють головні лікарі, які часто не мають економічної освіти. Управлінські рішення приймаються на підставі роз'єднаної недостовірної неактуальною інформації та на суб'єктивній думці керівників.

Для успішного розвитку медичного закладу вкрай важлива побудова і розвиток повноцінного управлінського обліку в медичній установі:

- для обліку витрат за видами послуг і калькуляції їх собівартості, що дозволить обґрунтувати цінову політику,
- для обліку та контролю грошових коштів, що дозволить оптимізувати їх використання,
- для організації бюджетування та планування, щоб управляти фінансовим становищем клініки.

Рішення багатьох стратегічних управлінських завдань спирається на аналітичну фінансову та нефінансову інформацію (включаючи порівняльну інформацію про клініки-конкуренти, про постачальників матеріалів, про споживачів медичних послуг).

Побудова управлінського обліку в клініці включає наступні кроки:

- визначення фінансової структури медичної установи;
- розробку класифікаторів управлінського обліку (для різних об'єктів обліку);
- розробку системи документообігу;
- формування управлінського плану рахунків;
- визначення прийомів і методів управлінського обліку витрат і розрахунку собівартості медичних послуг;
- розробку політики управління грошовими коштами;
- організацію планування і бюджетування.

Основою управлінського обліку є планування та бюджетування. Стратегічне планування дає можливість керівникам клінік приймати рішення про розширення діяльності медичної установи; про задоволення потреб споживачів медичних послуг; про збільшення ринкового попиту; про додаткові види медичних послуг; про партнерство. Стратегічне планування – пошук нових можливостей для розвитку клініки на ринку. Тактичне планування створює умови для реалізації цих можливостей.

Засобом оперативного-календарного планування – як способу контролю реалізації можливостей – є бюджетування як процес складання і прийняття бюджетів та контроль їх виконання; його основне завдання – оптимальний розподіл ресурсів клініки в часі.

Бюджетування від фінансового планування відрізняється делегуванням фінансової відповідальності так званим центрам «відповідальності» – певним сегментам / підрозділам установи, які прийнято поділяти на центри витрат, продажів, прибутку та інвестицій. Етапи бюджетування включають: проектування та формування фінансової структури медичної установи; розробка структури генерального бюджету і формування звітів по виконанню бюджетів.

За допомогою медичної інформаційної системи ERP-класу ІМЕД можна комплексно автоматизуємо всі бізнес процеси медичної установи та побудувати повноцінний управлінський облік.

Механізм обліку витрат та калькулювання медичних послуг, що надаються установами охорони здоров'я, є більш невизначеним через неурегульованість нормативно-правової бази власне платних медичних послуг.

Питання надання чи ненадання платних послуг медичними закладами завжди було досить болісним, оскільки саме введення поняття «платні медичні послуги» на фоні задекларованих раніше соціальних гарантій щодо медичних послуг (ст. 49 Конституції України), які слід класифікувати як життєво необхідні за умов масового зубожіння населення, викликало неоднозначну реакцію. Для врегулювання цього питання Постановою Кабінету Міністрів України від 17.09.96 № 1138 надано чинності Перелікові платних послуг, які можуть надаватись державними закладами охорони здоров'я та вищими медичними закладами освіти. Відповідно до зазначеного переліку було виокремлено три групи послуг: лікувально-профілактичного характеру; іншого характеру; освітньо-супутнього характеру.

Вартість лікування хворого визначається на підставі нормативних планових калькуляцій. Визначення норм витрат відбувається на підставі показників норм медикаментів та перев'язувальних засобів щодо протоколів лікування, норм продуктів харчування щодо відповідного до нозологічної форми дієт-стола тощо на одного хворого на один день (кількість днів визначається за стандартними протоколами лікування, якими встановлено терміни лікування).

Нормування витрат здійснюється в зазначеному порядку, при цьому склад накладних витрат ідентичний наведеному, склад прямих змінюється з конкретизацією коду.

Об'єктом калькулювання виступає певний вид нозологічної форми, а калькуляційною одиницею – конкретний нозологічний випадок. Розподіл накладних витрат здійснюється відповідно до фонду оплати праці медичного

персоналу за кожним видом та кількістю нозологічних випадків, запланованих на рік.

Планові нормативні калькуляції, як і в разі платних освітніх послуг, є основним документом з розрахункового обґрунтування кошторису доходів і видатків у частині спеціального фонду.

Під час лікування пацієнтів у поліклінічних відділеннях лікарем, що здійснює зазначені процедури, здійснюються додаткові облікові процедури. Оперативний облік ведеться лікарем упродовж місяця, по мірі обслуговування пацієнтів-власників страхових полісів, у спеціальних формах обліку обслуговування — картках, які формуються у двох примірниках для лікаря і хворого на основі встановлених розцінок.

Наприкінці місяця дані передаються з відділень лікарями до бухгалтерії, у функції якої входять не тільки облік та здійснення розрахунків за надані послуги, а й звіряння даних щодо кількісних показників обслуговування з даними страхових компаній. Після звіряння, про що робиться позначка в картці хворого, що вже надійшла до страхової компанії на оговорену раніше угодою дату, відбувається перерахування відповідної суми коштів до медичного закладу.

Хоча в державні ціни на платні медичні послуги включається елемент прибутку, проте, немає жодного документа Міністерства фінансів України, що регулює норму рентабельності; тарифи на медичні послуги по медичному страхуванню (МС). Ці тарифи відбивають грошові суми, що визначають рівень відшкодування витрат медичних організацій по виконанню програми МС і структури цих витрат, причому собівартість і прибуток у структурі витрат також не виділяються, як і в „бюджетних оцінках”.

В Законі України № 2002-VIII «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я», який набув чинності з 1 січня 2018 р. пропонується чітко визначити таке поняття, як «послуга з медичного обслуговування населення» (медична послуга). Це послуга, що надається

пацієнту закладом охорони здоров'я або фізичною особою – підприємцем, яка зареєстрована та одержала у встановленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та оплачується її замовником.

Нова редакція ст. 18 щодо фінансового забезпечення охорони здоров'я також передбачає необхідність розроблення та затвердження на законодавчому рівні методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування.

У даній методиці застосовуються метод покрокового розподілу витрат (step down) та рекомендації щодо обліку пов'язаних з наданням медичних послуг витрат. Усі структурні підрозділи закладу охорони здоров'я, незалежно від їх внутрішньої, прийнятої у цьому закладі назви, умовно мають бути віднесені до одного з центрів витрат (ЦВ) із присвоєнням їм відповідного коду.

Суть методу step down полягає у розподілі витрат згори вниз — від ЦВ, що включають адміністративно-управлінські й господарчо-обслуговуючі підрозділи, до ЦВ, що стосуються безпосередньо надання медичних послуг. Обліково-аналітичне забезпечення формування витрат з використанням такого підходу передбачає сім послідовних взаємопов'язаних кроків.

1. Визначення стандартного переліку центрів витрат. Їх умовно поділено на 9 груп (додаток А) та систематизовано таким чином, що в кожній групі знаходяться ЦВ, які не надають послуги один одному всередині групи, а надають послуги ЦВ з груп, в яких більший номер.

Крок 2. Класифікація підрозділів за типами центрів витрат.

Центр витрат можна класифікувати за 4 типами відповідно до їх функціональної ролі у роботі закладу охорони здоров'я.

Тип 1 – адміністративно-управлінські та господарчо-обслуговуючі ЦВ, що надають іншим ЦВ послуги, пов'язані з виникненням непрямих (накладних) витрат.

Тип 2 – центр витрат, які надають допоміжні послуги, не пов'язані безпосередньо з наданням медичних послуг.

Тип 3 – центр витрат, які надають основним медичним відділенням допоміжні медичні послуги.

Тип 4 – основні медичні підрозділи. Це центр витрат, які безпосередньо надають пацієнтам медичні послуги зі стаціонарного та амбулаторного лікування.

Крок 3. Визначення статей витрат, які включаються до розрахунку витрат. Бюджет, на основі якого здійснюється подальший розподіл, охоплює усі витрати з основного та спеціального фондів, за винятком витрат на капітальний ремонт та закупівлю високовартісних основних засобів. До аналізу не слід включати витрати, що безпосередньо не пов'язані з наданням медичних послуг. Порядок та умови включення та виключення до розрахунків витрат на амортизацію встановлюються діючим законодавством.

Крок 4. Розподіл прямих витрат між центрами витрат закладу охорони здоров'я. У межах цього кроку прямі витрати розподіляються між центрами витрат, де фактично були використані. Це витрати на заробітну плату та пов'язані з нею нарахування; лікарські засоби та медичні вироби; продукти харчування; технічне забезпечення та обслуговування (поточний ремонт) високовартісного обладнання; предмети, матеріали, обладнання та інвентар; відрядження; оплата послуг (крім комунальних).

Крок 5. Визначення критеріїв розподілу непрямих витрат. До непрямих витрат належать витрати на тепло- та водопостачання, водовідведення, оплату електроенергії, природного газу, комунальних послуг та інші види витрат, які не можуть бути безпосередньо віднесені до центру витрат, тому їх розподіл потребує застосування певного непрямого показника – критерію розподілу. Більшість з них являють собою певний тип виміру у натуральному вираженні, наприклад, кількість витрачених ліжко-днів, кількість персоналу, квадратних метрів площі та ін. Наприклад, критерієм розподілу витрат на електроенергію може бути площа приміщення (квадратні метри). Непрямі витрати розподіляються за формулою (1):

$$IndirectCO_{i,h} = IndirectCO_h \cdot \frac{AS_i}{\sum_{j=1}^M AS_j} \quad (1), \text{ де:}$$

$IndirectCO_h$ – значення h-ї статті непрямих витрат, наприклад, загальна сума витрат закладу охорони здоров'я на електроенергію;

$IndirectCO_{i,h}$ – частка непрямих витрат, яка пов'язана з i-м ЦВ та h-ю статтею непрямих витрат бюджету закладу охорони здоров'я;

AS_i – загальне значення критерію розподілу i-го ЦВ закладу охорони здоров'я, наприклад, загальна площа, яку займає даний ЦВ;

M – загальна кількість центрів витрат у закладі охорони здоров'я;

$\sum_{j=1}^M AS_j$ – загальне значення параметра розподілу, наприклад, загальна площа, яку займають всі центри витрат закладу охорони здоров'я [105].

Крок 6. Реалізація процесу покрокового розподілу витрат згори донизу. Спершу необхідно скласти перелік адміністративних та допоміжних немедичних і медичних центрів витрат у певному порядку. Згори мають розташовуватися центри витрат, діяльність яких має більш загальний характер, і вони обслуговують діяльність центрів витрат, які розташовані у переліку нижче, згідно з класифікацією центрів витрат, наведених у додатку А.

У процесі покрокового розподілу витрат згори донизу витрати кожного адміністративно-управлінського, господарчо-обслуговуючого, допоміжного немедичного та медичного центру витрат послідовно відносяться із застосуванням відповідного критерію розподілу до усіх ЦВ, які знаходяться у переліку нижче. Після розподілу всіх витрат даний ЦВ в подальшому не використовується у процесі розподілу.

Таким чином розподілені витрати (allocated cost) є частками витрат ЦВ, які зазначені у переліку вище. Для ЦВ з порядковим номером N частка витрат ЦВ з номером $(N-k)$ визначається за формулою (2):

$$Alloc Cost_N = \frac{Cost_{(N-k)} \cdot AP_N}{\sum_{i=(N-k)+1}^M AP_i} \quad (2), \text{ де:}$$

AP_N – значення критерію розподілу витрат N-го ЦВ; $Cost(N-k)$ – повні витрати ЦВ із номером $N-k$ з урахуванням розподілених витрат від ЦВ, які розміщені у переліку вище;

AP_i – значення критерію розподілу витрат ЦВ i , де $(N-k)+1$ та $i \leq M$;

M – загальна кількість ЦВ у закладі охорони здоров'я. ЦВ нумеруються згори донизу, а адміністративний підрозділ є першим у переліку;

$\sum_{i=(N-k)+1}^M AP_i$ – сума значень параметрів розподілу проводиться для всіх ЦВ, які розміщені нижче ЦВ з номером $N-k$, витрати якого підлягають розподілу [105].

Крок 7. Розрахунок та перехресна перевірка вартості одиниці послуг. На основі загальної кількості ліжко-днів і пролікованих (виписаних) пацієнтів у всіх основних медичних ЦВ розраховується середня вартість одного ліжко-дня та середня вартість лікування одного пацієнта. На цьому етапі важливо перевірити правильність розрахунків: загальна вартість основних медичних ЦВ після розподілу повинна дорівнювати загальному бюджету або загальній сумі витрат всієї лікарні до проведення розподілу витрат.

Також визначаються витрати усіх основних медичних підрозділів лікарні, які припадають на один ліжко-день та на одного випсаного пацієнта. Для амбулаторних пацієнтів обчислюється вартість одного відвідування, для швидкої медичної допомоги – вартість виїзду карети швидкої допомоги на один виклик тощо.

Вартість медичної послуги складається з таких витрат:

- заробітна плата медичного персоналу (що безпосередньо надають медичну послугу) за час її виконання згідно з окладами й тарифами з усіма надбавками та доплатами;
- єдиний соціальний внесок на заробітну плату;
- матеріальні витрати на лікарські засоби та медичні вироби, які використані під час надання медичної послуги;
- амортизаційні відрахування обладнання, задіяного при наданні медичної послуги;
- непрямі (накладні) витрати, які неможливо безпосередньо віднести до медичної послуги.

Витрати на заробітну плату, що включаються до собівартості медичної послуги, обчислюються за формулою (3):

$$ЗП = \sum_{n=1}^{10} T_n \cdot ЗП_n \quad (3), \text{ де:}$$

T_1 – T_{10} – час надання медичної послуги виконавцями медичних послуг в хвилинах відповідно лікарем, середнім медичним персоналом, молодшим медичним персоналом, фахівцями з вищою освітою немедичних спеціальностей, іншим персоналом, зубними техніками, дослідниками (наука), техніками (наука), допоміжним персоналом (наука), іншими працівниками (наука). Норми витрат часу на виконання медичної послуги визначаються відповідно до діючих нормативних документів, а при їх відсутності — на підставі хронометражу, що затверджуються керівником закладу охорони здоров'я;

$ЗП_1$ – $ЗП_{10}$ – заробітна плата з резервом для оплати відпусток виконавців медичної послуги за одну хвилину. Вона розраховується за формулою (4):

$$ЗП_n = \frac{ЗП_{\text{міс}}}{НЧ_{\text{міс}}} \cdot \frac{1+ТВ_{\text{вик}}}{K_{\text{др}}-K_{\text{нд}}} \cdot \frac{1+ПП}{100} \quad (4), \text{ де:}$$

$n=1, 2, \dots, 10$;

$ЗП_{\text{міс}}$ — середньомісячна заробітна плата виконавця медичної послуги за час її виконання згідно з окладами й тарифами з усіма надбавками та доплатами до тарифних ставок, винагородами у розмірах, передбачених діючим законодавством;

$НЧ_{\text{міс}}$ — середньомісячна норма робочого часу виконавця медичної послуги в хвилинах, яка залежить від тривалості робочого тижня виконавця і встановлюється Міністерством соціальної політики України;

$ТВ_{\text{вик}}$ — тривалість щорічної відпустки виконавця медичної послуги в календарних днях (тривалість щорічної відпустки встановлюється законодавством та колективним договором);

$K_{\text{др}}$ — кількість днів в поточному році звітного періоду;

$K_{\text{нд}}$ — кількість святкових та неробочих днів в поточному році звітного періоду (в 2016–2017 рр. — $K_{\text{нд}}=11$);

ПП — величина премії у відсотках до середньомісячної заробітної плати виконавця медичної послуги.

Єдиний соціальний внесок (ЄСВ) на заробітну плату безпосередніх виконавців за час надання медичної послуги розраховується за формулою (5):

$$ЄСВ = ЗП \cdot \frac{K_{есв}}{100} \quad (5), \text{ де:}$$

$K_{есв}$ — коефіцієнт нарахування єдиного соціального внеску [105].

Розрахунок витрат на лікарські засоби та медичні вироби $K_{есв}$ — коефіцієнт нарахування єдиного соціального внеску.

Матеріальні витрати на лікарські засоби та медичні вироби, використані при наданні медичної послуги, враховують матеріальне забезпечення даної послуги матеріалами, медикаментами, медичними виробами з урахуванням потреби відповідно до діючих норм матеріального забезпечення, кількісну та вартісну оцінку. Для кількісної оцінки матеріальних витрат на лікарські засоби та медичні вироби використовуються норми, затверджені МОЗ України, а при їх відсутності затверджуються керівником закладу охорони здоров'я.

Метод нарахування амортизації основних засобів обирається закладом охорони здоров'я самостійно, з урахуванням очікуваного способу одержання економічної вигоди від його використання, й обов'язково має бути зафіксований у наказі про облікову політику закладу охорони здоров'я.

Найбільш поширеним і простим є прямолінійний метод нарахування амортизації, що передбачає рівномірне списання (розподіл) вартості об'єкта основних засобів, що амортизується, протягом строку його експлуатації. Щорічні амортизаційні відрахування визначаються діленням вартості, яка амортизується, на очікуваний період часу використання об'єкта основних засобів.

Амортизаційні відрахування, що включаються до собівартості медичної послуги, при застосуванні прямолінійного методу нарахування амортизації обчислюються за формулою (6):

$$AB = T \cdot \frac{ПВО \cdot РНА}{12 \cdot МНЧ} \quad (6), \text{ де:}$$

T — час роботи обладнання для надання медичної послуги у хвилинах;

PBO — первісна вартість обладнання, грн.;

$PНА$ — річна норма амортизації обладнання;

$МНЧ$ — середньомісячна норма часу роботи обладнання у хвилинах.

Розрахунок коефіцієнту непрямих витрат підрозділів

Коефіцієнт непрямих (накладних) витрат для ЦВ, в якому виконується медична послуга, розраховується за формулою (7):

$$K_{NB} = \frac{NB}{ЗП} \quad (7), \text{ де:}$$

NB — непрямі (накладні) витрати структурного підрозділу, які неможливо безпосередньо віднести до конкретної медичної послуги;

$ЗП$ — заробітна плата медичного персоналу (безпосередніх виконавців медичних послуг) структурного підрозділу згідно з окладами й тарифами з усіма надбавками та доплатами до тарифних ставок, преміями, винагородами у розмірах, передбачених чинним законодавством [105].

Кінцева формула для подальшого розрахунку вартості медичних послуг (C) для всіх ЦВ закладу охорони здоров'я має такий вигляд (8):

$$C = ЗП \cdot (1 + K_{cca} + K_{NB}) + MB + AB \quad (8).$$

Основним видом послуг КЗ ЛОР «Золочівського протитуберкульозного диспансеру» є надання екстренної, вторинної, третинної медичної допомоги в стаціонарних умовах.

Стаціонарна медична допомога – це комплекс послідовного виконання дій та заходів, які включають медичні процедури різного призначення, хірургічні операції та медикаментозне забезпечення при певному рівні організаційно-технічного та санітарно-протиепідемічного забезпечення.

Вартість стаціонарного лікування можна розрахувати різними способами. У методології наводяться чотири системи оплати наданої стаціонарної медичної допомоги, на основі яких здійснюються розрахунки.

В основі розрахунків лежить система оплати за сумарною вартістю проведених лікувально-діагностичних процедур, у тому числі хірургічних втручань та реанімаційних заходів.

Вартість лікування k -го хворого в n -му підрозділі 9-ї групи складається із суми вартості прийому та оформлення хворого, перебування та лікування в даному підрозділі, лікувального харчування, проведених операцій, перебування та лікування в підрозділі реанімації та інтенсивної терапії, всіх наданих медичних процедур (послуг) ЦВ 4–5-ї груп, вартості медикаментів за весь курс лікування та розраховується за формулою (9):

$$CI_{n,k} = CS0_n + (CS1_n + CS2_n) \cdot KL_{n,k} + CS3_{n,k} + CS4_{n,k} + CS5_{n,k} + MD_{n,k} \quad (9), \text{ де:}$$

$CI_{n,k}$ — вартість лікування k -го хворого в n -му підрозділі 9-ї групи, обчислена за системою нарахування вартості всіх проведених діагностичних процедур;

$CS0_n$ — вартість послуги прийому та оформлення в ЦВ «Приймальне відділення» k -го пацієнта n -го ЦВ 9-ї групи;

$CS1_n$ — вартість послуги перебування та лікування пацієнта (1 ліжко-день) в n -му підрозділі 9-ї групи, яка включає вартість готельних послуг та всіх лікувальних процедур, наданих персоналом даного ЦВ, без врахування вартості медичних послуг, наданих ЦВ 4–8-ї груп. Розраховується за формулою (10):

$$CS1_n = \frac{CPI_n}{KLS_n} \quad (10), \text{ де:}$$

CPI_n — вартість n -го підрозділу 9-ї групи без врахування вартості послуг, наданих ЦВ 4–8-ї груп;

KLS_n — кількість ліжко-днів в n -му ЦВ за звітний період;

$CS2_n$ — вартість послуги лікувального харчування (1 ліжко-день) в n -му ЦВ 9-ї групи;

$KL_{n,k}$ — кількість ліжко-днів, проведених k -тим хворим в n -му ЦВ 9-ї групи;

$CS3_{n,k}$ — вартість всіх операцій k -го хворого в n -му ЦВ 9-ї групи;

$CS_{4n,k}$ — вартість всього терміну перебування та лікування k -го хворого в n -му ЦВ 8-ї групи;

$CS_{5n,k}$ — вартість всіх послуг, наданих ЦВ 4–5-ї групи;

$MD_{n,k}$ — вартість медикаментів, використаних за весь курс лікування k -м хворим в n -му ЦВ.

Дана система розрахунку є досить складною, але водночас і найбільш точною, адже базується на розрахунку вартості лікування окремого хворого в кожному конкретному випадку.

При другому способі розрахунків – система оплати за кількістю ліжко-днів, протягом яких хворий перебував у профільному відділенні стаціонару. Вартість лікування окремого хворого розраховується за формулою (11):

$$C_{2n,k} = CS_{2n} \cdot KL_{n,k} \quad (11), \text{ де:}$$

$C_{2n,k}$ — вартість лікування k -го хворого в n -му підрозділі 9-ї групи, обчислена за системою оплати кількості ліжко-днів лікування;

CS_{2n} — вартість одного ліжко-дня перебування та лікування пацієнта в n -му підрозділі 9-ї групи, яка включає вартість перебування та лікування в даному ЦВ, всіх медичних процедур, операцій, послуг реанімації та вартості медикаментів, тобто повну вартість лікування одного ліжко-дня в даному ЦВ. Розраховується за формулою (12):

$$CS_{2n} = \frac{CP_{2n}}{KLS_n} \quad (12), \text{ де:}$$

CP_{2n} — повна вартість n -го підрозділу 9-ї групи з урахуванням вартості всіх наданих йому послуг ЦВ 2–9-ї груп за звітний період;

KLS_n — кількість ліжко-днів в n -му ЦВ 9-ї групи за звітний період;

$KL_{n,k}$ — кількість ліжко-днів, проведених k -м хворим в n -му ЦВ 9-ї групи [105].

При цьому способі вартість одного ліжко-дня є фіксованою для кожного лікувального ЦВ, а повна вартість лікування залежить тільки від кількості ліжко-днів. Дана система є досить простою для розрахунку платника і надавача медичних послуг.

В основі розрахунків за третім способом лежить система оплати за нозологіями. Система оплати за нозологіями є пріоритетною в багатьох розвинених країнах світу. Її застосування передбачає розрахунок середньої вартості лікування пацієнтів з тими чи іншими захворюваннями, які розглядаються як можлива профільна патологія. За кожною нозологією закріплюються відповідний перелік та вартість лікувально-діагностичних процедур. Вартість лікування ускладнень чи супутньої патології може бути розрахована у кожному випадку окремо чи передбачена та калькульована раніше.

Вартість лікування k -ї нозології в n -му підрозділі 9-ї групи розраховується за формулою (13):

$$C3_{n,k} = CS0_n + (CS1_n + CS2_n) \cdot KL3_k + CS3_{n,k} + CS4_{n,k} + CS5_k + MD_k \quad (13), \text{ де:}$$

$C3_{n,k}$ — вартість лікування k -ї нозології в n -му підрозділі 9-ї групи, обчислена за системою оплати за нозологіями;

$CS0_n$ — вартість послуги з прийому та оформлення в ЦВ «Приймальне відділення» одного пацієнта n -го ЦВ 9-ї групи;

$CS1_n$ — вартість одного ліжко-дня перебування та лікування пацієнта в n -му ЦВ 9-ї групи розраховується за формулою (14);

$CS2_n$ — вартість послуги лікувального харчування (один ліжко-день) в n -му ЦВ 9-ї групи;

$KL3_k$ — кількість ліжко-днів лікування хворого згідно з протоколом (стандартом) лікування k -ї нозології;

$CS3_k$ — середньостатистична вартість операції для k -ї нозології згідно із стандартом лікування k -ї нозології в n -му ЦВ 7-ї групи;

$CS4_{n,k}$ — середньостатистична кількість ліжко-днів лікування k -ї нозології в n -му ЦВ анестезіології та інтенсивної терапії 8-ї групи;

$CS5_k$ — вартість всіх послуг, наданих ЦВ 4–5-ї групи для k -ї нозології згідно із протоколом (стандартом) лікування k -ї нозології;

MD_k — вартість препаратів, необхідних на весь курс лікування k -ї нозології згідно із стандартом лікування k -ї нозології [105].

В основі розрахунків за четвертим способом — система оплати за тарифами клініко-витратних груп U-DRG (Ukraine-DRG).

Принцип DRG (Diagnosis-related group — клініко-витратні групи) полягає в об'єднанні всіх пролікованих хворих в групи з аналогічними клінічними характеристиками, які потребують приблизно однакового споживання ресурсів від початку і до кінця перебування в стаціонарі. Такі групи є однорідними з точки зору вартості лікування. Кожному випадку присвоюється одна із специфікованих груп U-DRG.

U-DRG — це система класифікації пацієнтів, яка встановлює відношення між характером і кількістю випадків захворювання в лікарні і необхідними ресурсами закладу охорони здоров'я. U-DRG описує випадок захворювання пацієнта і підсумовує всі необхідні для лікування ресурси, починаючи з надходження хворого і закінчуючи його випискою.

Для класифікації випадків за U-DRG відібрані такі ознаки: тривалість лікування в стаціонарі, основне захворювання, ускладнення, супутнє захворювання, що має виражений вплив на перебіг основної хвороби, ступінь тяжкості стану, вік, стать. Всього обрано 7 ознак, але насправді їх набагато більше, оскільки кожна ознака має або свою градацію, або класифікацію.

Сума, що виплачується закладу охорони здоров'я за кожний випадок, є добутком двох величин:

- стандартизованої суми вартості лікування в перерахунку на одного пролікованого хворого (базова ставка);
- вагового коефіцієнта вартості даної U-DRG.

Базова ставка U-DRG однакова для всіх лікарень. Чим вищий ваговий коефіцієнт вартості даної U-DRG, тим більший розмір платежу.

Сутність цього механізму фінансування полягає в тому, що він встановлює оплату вартості лікування, базуючись не на фактичному обсязі медичної допомоги, а на передбачуваному нормативному показнику вартості кожної U-DRG-групи.

У методиці наводиться розрахунок базової ставки та вагових коефіцієнтів уже сформованих U-DRG-груп. В якості методологічної основи використані рекомендації, викладені у посібнику *Designing and implementing health care provider payment systems: how-to manuals*, edited by John C. Langenbrunner, Cheryl Cashin, and Sheila O'Dougherty. World Bank, USAID, 2009.

Розрахунок вартості лікування одного випадку на основі DRG-груп – усі заклади охорони здоров'я України, які мають в своєму складі стаціонарні лікувальні структурні підрозділи та/або денні стаціонари й інші аналогічні структурні підрозділи, розглядаються як єдиний медичний простір (ЄМП) надання стаціонарної медичної допомоги. Його бюджет являє собою лікарняний пул (НР). Це максимальна кількість коштів, яку передбачається витратити на оплату стаціонарних медичних послуг за певний період (наприклад 1 рік).

Кожному закладу охорони здоров'я, який входить до ЄМП, присвоюється порядковий номер h ($h=1, 2, \dots, H$), U-DRG-групі — n ($n=1, 2, \dots, N$).

Кількість пролікованих хворих в h -му закладі охорони здоров'я (NCh) розраховується за формулою (14):

$$NCh = \sum_{n=1}^N NC_{h,n} \quad (14), \text{ де:}$$

$NC_{h,n}$ — кількість пролікованих хворих в h -му закладі охорони здоров'я, які віднесені до n -ї U-DRG-групи.

Кількість пролікованих хворих у всіх закладах охорони здоров'я, що входять до ЄМП (NC), розраховується за формулою (15):

$$NC = \sum_{h=1}^H NCh = \sum_{h=1}^H \sum_{n=1}^N NC_{h,n} \quad (15).$$

Вартість одного випадку, яка відшкодовується за i -й випадок (*price per case* — $PPCi$), розраховується за формулою (16):

$$PPCi = BR \cdot CGW_n \quad (16), \text{ де:}$$

BR — базова ставка (*base rate*), що характеризує середньозважену вартість лікування одного хворого;

CGW_n — ваговий коефіцієнт (coefficient of cost weight), який розраховується для кожної n -ї U-DRG-групи;

n — номер групи U-DRG, який розраховується програмою-групувальником U-DRG відповідно для кожного i -го випадку.

Отже, для розрахунків необхідно обчислити базову ставку та ваговий коефіцієнт.

З метою збереження бюджетної нейтральності (обсяги виплат відповідають рівню фінансування системи) базову ставку слід розраховувати не просто з середнього значення пролікованого випадку, а середньозваженого з урахуванням показника ресурсоємності. Індекс ресурсоємності (case mix index — CMI) відображає ступінь складності випадків та інтенсивність використання ресурсів.

Індекс ресурсоємності для окремого h -го закладу охорони здоров'я (CMI $_h$) розраховується за формулою (17):

$$CMI_h = \frac{\sum_{n=1}^N (NC_{h,n} \cdot CGW_n)}{NC_h} \quad (17), \text{ де:}$$

NC_h — кількість випадків в h -му закладі охорони здоров'я;

NC — кількість випадків у всіх закладах охорони здоров'я, які входять до ЄМП;

CGW_n — ваговий коефіцієнт n -ї групи U-DRG;

N — кількість груп U-DRG в системі оплати за пролікований випадок.

Показник ресурсоємності для системи в цілому (CMI) визначається як середньозважена величина по всіх закладах охорони здоров'я (18):

$$CMI = \frac{\sum_{h=1}^H (CMI_h \cdot NC_h)}{NC} \quad (18).$$

Величина базової ставки розраховується за формулою (19):

$$BR = \frac{HP}{CMI \cdot NC} \quad (19).$$

Оскільки лікарняний пул (HP) обмежений, базова ставка не може бути фіксованим параметром і повина періодично переглядатися. Якщо величина індексу ресурсоємності (CMI) або число пролікованих випадків (NC) стають

більшими, ніж прогнозовані, то базову ставку (BR) необхідно знизити, щоб загальні виплати не перевищили величини лікарняного пулу.

Для підтримки стабільності системи оплати базова ставка не повинна змінюватися частіше, ніж 1 раз на рік. У той же час кількість випадків та індекс ресурсоемності будуть коливатися з місяця в місяць (коливання мають бути враховані в процесі планування). Щоб система могла справлятися із цими коливаннями, необхідно передбачити резервний фонд покриття дефіциту коштів.

Альтернативою може бути включення економічного коефіцієнта (E) для коригування базової ставки. У такому випадку затверджена базова ставка множиться на економічний коефіцієнт.

Вагові коефіцієнти в кожній n-й групі U-DRG (coefficient of cost weight — CGW_n) розраховуються за формулою (20):

$$CGW_n = \frac{ACC_n}{BR} \quad (20), \text{ де:}$$

ACC_n — середня вартість випадку (average cost case), яка розраховується за формулою (21):

$$ACC_n = \frac{\sum_{i=1}^{NC_n} CC_i}{NC_n} \quad (21), \text{ де:}$$

$i=1, 2, \dots, NC_n-1, NC_n$ — генеральна сукупність випадків n-ї групи U-DRG;
 CC_i — вартість i-го пролікованого випадку в n-й групі U-DRG, розраховується за одним із способів, описаних вище (спосіб 1–3-й);

NC_n — кількість випадків, які віднесені до n-ї групи U-DRG.

Загальна сума платежів, яку одержить h-й заклад охорони здоров'я за звітний період (total payment — TPh), розраховується як сума вартостей і пролікованих випадків за звітний період (22):

$$TP_h = \sum_{i=1}^{I_h} PPC_i \quad (22), \text{ де:}$$

I_h — кількість пролікованих випадків в h-му закладі охорони здоров'я за звітний період.

Остаточна ціна за один випадок (PPC_i) та, відповідно, загальна сума платежів (TPh) можуть незначно змінюватися від лікарні до лікарні за рахунок коригувальних коефіцієнтів.

$$PPC_i = BR \cdot CGW_n \cdot E \cdot H_t \cdot O \quad (23), \text{ де:}$$

BR — базова ставка;

E — економічний коефіцієнт;

H_t — лікарняний коефіцієнт для лікарні типу t ;

O — інші коригувальні коефіцієнти [105].

Інші коригувальні коефіцієнти можуть бути розроблені для врахування специфіки деяких випадків: хірургічна операція для терапевтичної групи, лікування у відділенні реанімації або випадків, які сильно відрізняються за тривалістю лікування від середнього по групі.

Параметри коригування, наприклад, коригувальні коефіцієнти, специфічні для регіонів чи типів закладів, також можуть бути внесені в базову формулу для визначення остаточної ставки платежу за конкретний випадок в конкретній лікарні.

Політика оплати нестандартних випадків повинна включати визначення випадків, які вважаються такими, і механізм диференційованої оплати лікарень за них. Визначення нестандартного випадку в системі оплати залежить від точок балансування (зрізу) для кожної групи випадків, які поділяють випадки з типовою і нетиповою тривалістю перебування. Кожна група випадків буде мати хоча б одну точку балансування (межа довгої тривалості перебування), і в той же час деякі можуть мати межу короткої тривалості перебування.

Розрахунок тарифів на медичні послуги та медичну допомогу в закладах охорони здоров'я здійснюється за формулою (24):

$$V = C \cdot \left(1 + \frac{RR}{100}\right) \quad (24), \text{ де:}$$

V — тариф медичної послуги;

C — вартість медичної послуги;

RR — рівень рентабельності у відсотках [105].

Досить складна математична модель із суворим алгоритмом розрахунку вартості медичних послуг та медичної допомоги за єдиною уніфікованою методикою дозволила створити досить просте, з точки зору користувача, програмне забезпечення на базі електронних таблиць EXCEL, доступне для самостійного використання економістами ЛПЗ середньої кваліфікації, яке легко адаптується до структури будь-якого медичного закладу й дуже просто переналагоджується у разі зміни законодавства або структури медичного закладу.

Єдина уніфікована методика і розроблене на її основі програмне забезпечення дозволяють проводити найбільш точні порівняно з іншими методами розрахунки:

- собівартості всіх підрозділів ЛПЗ;
- вартості всіх медичних послуг кожного окремого СП ЛПЗ;
- вартості оперативних втручань (операцій) для кожного СП;
- вартість ліжко-дня в палатах інтенсивної терапії для кожного СП;
- вартості лікування в стаціонарі за трьома основними видами

оплати:

- 1) оплата за кількістю днів перебування пацієнта у стаціонарі;
- 2) оплата за нозологіями;
- 3) сумарна оплата вартості проведених лікувально-діагностичних заходів

та хірургічних втручань;

- вартості стаціонарного лікування в день виписки пацієнта з автоматизованим оформленням акта наданих послуг (виконаних робіт) і рахунку-фактури на оплату лікування для юридичних і фізичних осіб згідно з чинним законодавством;

- обсягу виконаних послуг, амбулаторного та стаціонарного лікування за кожним СП ЛПЗ;

- для порівняння ефективності діяльності однотипних СП різних ЛПЗ;

- потреби в кількості та вартості лікарських засобів та виробів медичного призначення для виконання заданого обсягу медичних процедур (послуг), нозологій як для окремого структурного підрозділу, так і в цілому по ЛПЗ;
- повного циклу економічного планування та вартості лікування в системі державного обов'язкового медичного страхування;
- нормативних, планових і фактичних витрат на медичну допомогу, госпрозрахункових показників діяльності медичного закладу та його підрозділів;
- відшкодування витрат ЛПЗ за наданий обсяг медичної допомоги під час впровадження методу глобального бюджету.

2.4. Напрями удосконалення обліково-аналітичного забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я в умовах медичної реформи

На даний час більшість медичних комунальних установ, які мали статус бюджетних, відповідно до вимог Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 06.04.2017 № 2002-VIII стали комунальними некомерційними підприємствами. В цих умовах виникає потреба зміни правил ведення бухгалтерського обліку фінансово-господарської діяльності таких установ після їх перетворення. Такі установи набувають статусу суб'єкта господарської діяльності з постачання медичних послуг населенню і можуть бути лише одержувачем бюджетних коштів за першими бюджетними програмами з охорони здоров'я, а не їх розпорядником.

Перетворення медичного закладу з державної установи на суб'єкт господарської діяльності є одним з основних стратегічних завдань медичної реформи, що його визначила Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України, схвалена розпорядженням КМУ від 30.11.2016 № 1013-р, – перехід до оплати діяльності постачальників медичних послуг, на основі конкретних результатів їхньої діяльності. Відтепер командно-

адміністративна модель взаємовідносин замінена на контрактну модель, у якій взаємовідносини будуються на договорах. За зазначеними договорами розпорядник бюджетних коштів діє в інтересах пацієнтів як третя сторона-платник, а заклад охорони здоров'я виконує роль постачальника послуг та одержує управлінську та фінансову автономію.

Відповідно до Закону України «Про бухгалтерський облік та фінансову звітність в Україні», обов'язок організації ведення бухгалтерського обліку покладено на керівника установи. До здійснення реорганізації та зміни форми господарювання бухгалтерський облік у медичних закладах здійснювався згідно з Наказом Міністерства фінансів (Мінфін) України від 31.12.2013 р. № 1203 «Про затвердження Плану рахунків бухгалтерського обліку в державному секторі». На відміну від цього, законодавчим підґрунтям для здійснення бухгалтерського обліку в комунальних некомерційних підприємствах є Наказ Мінфіну від 30.11.1999 р. № 291 «Про затвердження Плану рахунків бухгалтерського обліку та Інструкції про його застосування». Зазначеного плану рахунків мають дотримуватися всі діючі організації та підприємства на території України, включно із закладами первинної медичної допомоги у формі комунальних некомерційних підприємств. З моменту реорганізації у комунальні некомерційні підприємства заклади первинної медичної допомоги зобов'язані здійснювати бухгалтерський облік та подавати фінансову звітність за іншим планом рахунків.

Оскільки організація ведення бухгалтерського обліку є прямим обов'язком керівника, то головний лікар, або директор (зазначається у статуті) має видати наказ, яким зобов'язати відповідальну особу, починаючи з певної дати, здійснювати ведення бухгалтерського обліку відповідно до Наказу Мінфіну від 30.11.1999 р. № 291 «Про затвердження Плану рахунків бухгалтерського обліку та Інструкції про його застосування». Від цього моменту всі майбутні дії підприємства необхідно здійснювати відповідно до зазначеного плану рахунків. Спершу постає питання про використання вже наявних облікових даних, вирішити яке можна в тому ж таки наказі керівника,

визначивши відповідальну особу і строки (перехідний період, який може тривати 2-3 міс, залежно від обсягу) для перенесення інформації з одного плану рахунків на інший.

Для закладів охорони здоров'я у формі комунальних некомерційних підприємств існують три можливі форми організації бухгалтерського обліку: 1) введення до штату підприємства посади бухгалтера або створення бухгалтерської служби на чолі з головним бухгалтером; 2) користування послугами спеціаліста з бухгалтерського обліку, зареєстрованого як підприємець, який здійснює підприємницьку діяльність без створення юридичної особи — за договором; 3) ведення бухгалтерського обліку на договірних засадах: централізованою бухгалтерією, суб'єктом підприємницької діяльності, самозайнятою особою, що провадять діяльність у сфері бухгалтерського обліку та/чи аудиторської діяльності. Керівник має можливість вибрати одну з цих форм і організувати ведення бухгалтерського обліку та подання фінансової звітності підприємства відповідно до законодавства.

У фінансовому плані необхідно обов'язково відобразити всі видатки установи. Їх спрямування може бути узагальненим, більш широким, наприклад на закупівлю обладнання (без обов'язкового зазначення, якого конкретно), або оплату консультаційних послуг (інформаційних, юридичних, бухгалтерських), або проведення капітального ремонту тощо. Водночас, якщо в дохідній частині фінансового плану знаходяться кошти місцевих бюджетних програм, то їх спрямування можливе тільки за цільовим використанням. Недотримання одержувачем принципу цільового використання коштів місцевих програм цілком може бути підставою для притягнення до адміністративної і навіть кримінальної відповідальності.

З моменту реорганізації заклади первинної медичної допомоги набувають статусу суб'єктів господарювання, що дозволяє розпоряджатися коштами, отриманими від Національної служби здоров'я України (НСЗУ). Водночас, враховуючи ймовірні додаткові джерела фінансування з місцевих бюджетних

програм, заклади первинної медичної допомоги зберігають за собою статус одержувача бюджетних коштів. Тобто заклад охорони здоров'я у формі комунального некомерційного підприємства може бути у двох ролях: 1) одержувача коштів за цільовими бюджетними програмами; 2) суб'єкта господарювання — за іншими коштами. Цю особливість необхідно враховувати під час подання звітності та визначення цільового використання коштів.

Фінансова звітність закладу первинної медичної допомоги (річна та квартальна) як суб'єкта господарювання подається у відповідний період та строки органам, до сфери управління яких належить підприємство. За вимогою звітність може бути надана трудовим колективам. Власники (засновники) мають отримувати звітність відповідно до установчих документів. Отримувачами звітності можуть бути інші органи та користувачі, зокрема органи державної статистики. Законодавчо питання звітування регулюються Постановою Кабінету міністрів України (КМУ) від 28.02.2000 р. № 419 «Про затвердження Порядку подання фінансової звітності» та Наказом Мінфіну від 07.02.2013 р. № 73 «Про затвердження Національного положення (стандарту) бухгалтерського обліку 1 «Загальні вимоги до фінансової звітності».

Квартальна звітність подається не пізніше 25-го числа місяця, наступного за звітним, а річна — не пізніше 28 лютого наступного за звітним року. Звітність містить інформацію про активи підприємства, його зобов'язання, розміри власного капіталу, дохід, грошові потоки суб'єкта державного сектору та бюджету. Звітність складається з балансу, звіту про фінансові результати, звіту про власний капітал, звіту про рух грошових коштів, приміток до звітів. Усі дані подаються на підставі нового плану рахунків суб'єкта господарювання. Звітність підлягає оприлюдненню на сайті і окремо — на сайті власника, якщо останнє передбачено положенням.

Відповідно до Бюджетного кодексу України реорганізовані в комунальні некомерційні підприємства заклади охорони здоров'я не можуть мати статусу розпорядників бюджетних коштів за визначенням, але можуть отримувати

фінансування з державного чи місцевого бюджету в статусі одержувачів бюджетних коштів. У взаємодії з НСЗУ медичні заклади не мають статусу отримувача бюджетних коштів. Зокрема, в листі Державної казначейської служби від 25.09.2015 р. № 14-08/868-23932 «Щодо визначення одержувача бюджетних коштів» наведено алгоритм визначення – хто саме є одержувачем бюджетних коштів. Першою ознакою того, що особа визначена одержувачем бюджетних коштів, є включення її до мережі одержувачів і розпорядників бюджетних коштів. Заклади ПМД, які уклали договори з НСЗУ, не мають такої ознаки.

За договорами з НСЗУ заклади первинної медичної допомоги фактично надають послуги, отримуючи за них плату. Оскільки фінансування від НСЗУ є коштами, отриманими за надання послуг з медичного обслуговування, то стосовно цих коштів немає зобов'язань дотримуватися цільового використання або подавати звітність, подібно до одержувачів бюджетних коштів. Заклади вільні у питаннях використання коштів НСЗУ за умови дотримання головної вимоги договору – надання медичної допомоги в повному обсязі, визначеному порядком надання медичної допомоги та самим договором. Надлишок коштів можна спрямовувати на розвиток підприємства, навчання працівників, оновлення обладнання тощо за тими статтями витрат, які будуть затвержені у фінансовому плані й погоджені з власником. Разом з цим кошти місцевих програм, завдяки яким у закладів охорони здоров'я залишиться статус одержувача бюджетних коштів, необхідно так само включити в фінансовий план. У подальшому необхідно готувати та подавати пакет документів щодо коштів, за якими заклад первинної медичної допомоги має статус отримувача бюджетних коштів: план використання коштів та звітності відповідно до наказу Мінфіну від 24.01.2012 р. № 44 «Про затвердження Порядку складання бюджетної звітності розпорядниками та одержувачами бюджетних коштів, звітності фондами загальнообов'язкового державного соціального і пенсійного страхування». Якщо кошти програмні, то у них має бути особливий порядок

використання та звітування. Якщо ж це кошти НСЗУ, то за ними не передбачено такого порядку, а, навпаки, використовувати їх можна вільно.

Заклади охорони здоров'я як отримувачі бюджетних коштів, відповідно до наказу Мінфіну від 24.01.2012 р. № 44, повинні складати:

- План використання коштів.
- Звіт про надходження та використання коштів загального фонду (форма № 2д, № 2м).
- Звіт про надходження і використання коштів, отриманих за іншими джерелами власних надходжень (форма № 4-2д, № 4-2м).
- Звіт про надходження і використання інших надходжень спеціального фонду (форма № 4-3д, № 4-3м).
- Звіт про надходження і використання інших надходжень спеціального фонду (позики міжнародних фінансових організацій) (форма № 4-3д.1, № 4-3м.1).
- Звіт про заборгованість за бюджетними коштами (форма № 7д, № 7м).
- Звіт про заборгованість за окремими програмами (форма № 7д.1, № 7м.1) бюджетною програмою можуть бути встановлені особливості звітності.

Місячна звітність подається органам Казначейства (форми № 4-3д.1, № 4-3.1, № 7д.1; № 7м.1). Квартальна і річна звітність подається органам Казначейства та розпоряднику бюджетних коштів (форми № 2д, № 2м, № 4-2д, № 4-2м, № 4-3д, № 4-3м, № 4-3д.1, № 4-3м.1, № 7д, № 7м, № 7д.1, № 7м.1).

До податкової служби необхідно подавати підтвердження використання коштів, зокрема щодо відповідності до статуту підприємства і узгодженого з Власником фінансового плану. Однією з вимог до комунального некомерційного підприємства як неприбуткової організації є використання власних доходів (прибутків) виключно на видатки з утримання підприємства, реалізації мети (цілей, завдань) та напрямів діяльності, визначених установчими документами. Підтвердження цільового використання коштів – у фінансовому

плані комунального некомерційного підприємства. Форма звіту до податкової служби міститься у Наказі Мінфіну № 469 від 28.04.2017 р. «Про затвердження змін до форми Звіту про використання доходів (прибутків) неприбуткової організації». Річну звітність подають неприбуткові організації, які відповідають вимогам п. 133.4 Податкового кодексу (ПК) України та внесені до Реєстру неприбуткових установ та організацій.

Статус платника податку на додану вартість (ПДВ) за законодавством суб'єкт набуває у разі, якщо загальна сума від здійснення операцій з постачання товарів/послуг, що підлягають оподаткуванню, відповідно до ПК України, нарахована (сплачена) протягом останніх 12 календарних місяців, сукупно перевищує 1 млн грн. Така особа зобов'язана зареєструватися у контролюючому органі за своїм місцезнаходженням як платник ПДВ.

Судова практика та позиція податкових органів сходяться на тому, що в обсяг товарів та послуг, які підлягають оподаткуванню, враховуються товари та послуги, звільнені від оподаткування. Тому, якщо комунальне некомерційне підприємство надає послуги, вартість яких перевищує 1 млн грн., то відповідно зобов'язане отримати статус платника ПДВ.

У минулому Державна аудиторська служба України перевіряла заклади охорони здоров'я як отримувачів бюджетних коштів щодо їх цільового використання, а також в частині дотримання порядку публічних закупівель. Ці повноваження аудиторської служби стосовно закладів охорони здоров'я у формі комунального некомерційного підприємства залишаються, але перевірку щодо цільового використання коштів органи Державної аудиторської служби України можуть проводити лише щодо бюджетних програм. Після реорганізації до закладів первинної медичної допомоги застосовується три види контролю:

1. Аудит – перевірка відповідності прийнятих управлінських рішень досягненню мети діяльності комунального некомерційного підприємства; державна аудиторська служба може бути залучена власником з метою перевірки звіту про фінансовий план.

2. Інспектування використання бюджетних коштів отримувачем та їх цільового використання.

3. Контроль за дотриманням законодавства у сфері закупівель (моніторинг закупівель, перевірка закупівель у замовників).

На відміну від бюджетних установ, для комунальних некомерційних підприємств фінансування з декількох джерел законодавством не заборонено. Фактично вони можуть отримувати кошти як на рахунки в казначействі, так і на рахунки в банках. Заклади охорони здоров'я, крім надходжень від НСЗУ, можуть отримувати фінансування за договором про надання медичних послуг з органами місцевого самоврядування, страховими компаніями, юридичними та фізичними особами; за надання послуг фізичним особам — підприємцям; із благодійних внесків та коштів від благодійних організацій; за цільовими програмами органів місцевого самоврядування; у вигляді дотацій з місцевого бюджету та інших джерел.

Законодавчим підґрунтям для надання платних медичних послуг у закладах охорони здоров'я є Постанова КМУ від 17.09.1996 р. № 1138 «Про затвердження переліку платних послуг, які можуть надаватися в державних та комунальних закладах охорони здоров'я». Ціни на медичні послуги є регульованими відповідно до п. 12 Постанови КМУ від 25.12.1996 р. № 1548 «Про встановлення повноважень органів виконавчої влади та виконавчих органів міських рад щодо регулювання цін (тарифів)». Регуляторна функція органів місцевого самоврядування полягає в затвердженні чи погодженні запропонованих тарифів.

Права та обов'язки реорганізованих у комунальні некомерційні підприємства закладів охорони здоров'я встановлені законодавством або визначені на підставі договору. Зокрема, це стосується умов НСЗУ, в яких закріплено обов'язки і відповідальність; кримінальної відповідальності (наприклад ненадання допомоги у станах, що загрожують життю); досягнень певних результатів та виконання зобов'язань за одержані програмні кошти.

Решту зобов'язань з організації та забезпечення системи покладено на власника та органи місцевого самоврядування.

Змінити форму фінансового обліку допоможе якомога швидший перехід на фінансовий план. Річний баланс реорганізовані заклади охорони здоров'я мають подавати вже за новою системою, а більшість підприємств використовують загальні для всіх форми звітності. Враховуючи, що реорганізація тягне за собою цілу низку змін, керівництво має вирішити, в які строки підприємство зможе зробити певні кроки, і закріпити це рішення відповідним наказом.

Змінивши план рахунків, підприємство має по-іншому обліковувати витрати, інакше під час формування звіту для податкової служби виявиться невідповідність. Звітність до органів статистики також потребуватиме подання нової форми про неприбутковість, яка формується на підставі даних бухгалтерського обліку. У разі необхідності, за наявності спірних питань, є сенс звертатися до інших комунальних підприємств регіону, які, можливо, мають досвід успішного вирішення певних ситуацій з ведення обліку і звітності. Також можна звертатися до аудиторських служб і бухгалтерів приватних підприємств.

Перед менеджерами закладів охорони здоров'я часто постає запитання, чи можна використати гроші від НСЗУ, наприклад на ремонт приміщень, закупівлю діагностичних тестів, обладнання тощо. Насправді важливо спочатку врахувати всі витрати закладу, необхідні для надання медичної допомоги. Надлишок коштів, отриманий у результаті цих розрахунків, дійсно може бути витрачений на додаткові, фактично безоплатні, послуги для пацієнтів або на нове обладнання (з характеристиками згідно з ліцензійними вимогами).

Забезпечення пільгового і безоплатного відпуску лікарських засобів, відповідно до Постанови КМУ від 7 серпня 1998 р. № 1303 «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань», має відбуватися за кошти програм

Державного чи місцевого бюджету. Також керівники закладів охорони здоров'я мають проводити переговори з власниками та місцевою владою про наявність громадян пільгової категорії, які мають необхідність у забезпеченні лікарськими засобами. Обсяги цієї потреби і розрахунок відповідної суми коштів є передумовою для включення у програму фінансової підтримки комунальних підприємств.

Перехідний період за планом медичної реформи триватиме до початку 2020 р. Одне з найскладніших питань, що виникає після реформування первинної ланки медичної допомоги — це взаємодія зі вторинною ланкою, яка ще знаходиться на стадії перетворення, а подальша співпраця з нею має відбуватися вже у формі комунальних некомерційних підприємств.

Користуючись правом вільно вибирати сімейного лікаря, чимала кількість пацієнтів підписали декларації за межами власної територіальної громади. Оцінивши це положення, заклади охорони здоров'я складають списки обслуговуваних пацієнтів з інших територіальних громад і подають запити на перерозподіл медичної субвенції. Проблеми у взаємодії між елементами системи є типовим явищем для перехідного періоду.

Висновки до розділу II

Згідно з НП(С)БО 101 активи установ державного сектору поділяються на нефінансові активи, фінансові активи та витрати майбутніх періодів. Особливості формування фінансових активів для установ державного сектору визначені Бюджетним кодексом. Фінансове забезпечення виконання функцій установ державного сектору здійснюється за рахунок коштів відповідного бюджету на основі бюджетного кошторису. Таким чином, фінансові активи є контрактним правом суб'єкта державного сектору, які уособлюють певні зобов'язання, які виражаються у грошовій формі та мають на меті принести вигоди в майбутньому.

Нефінансові активи є основними активами бюджетних установ, у звітності їх частка досить вагома, у балансі має виокремлений розділ під

назвою «нефінансові активи». Облік та оцінка запасів, включаючи вибір методу вибуття запасів, впливають на результати діяльності установи та на розкриття інформації про її фінансовий стан. Підхід до списання залежить від обраної облікової політики установи і не може змінюватися на протязі звітного періоду. Найбільш привабливий є метод ФІФО, який дозволяє списувати запаси по мірі надходження до медичної установи, при цьому методи не будуть залишатися на складі перші по даті надходження медикаменти. Кожна медична установа має право на вибір методу оцінки запасів виходячи із власних фінансових можливостей та обсягу використання їх в практичній діяльності. Нами було наведено механізм залежності залишків запасів від обраного методу списання для медичних установ.

На цей час в умовах, коли до фінансової інформації ставляться серйозні вимоги щодо її достовірності, проблема оцінки активів, зобов'язань і власного капіталу набула ще більшої актуальності. У бухгалтерському обліку від правильного вибору методів оцінки майна підприємства залежить його фінансове становище, фінансові результати та його інвестиційна привабливість.

Таким чином, оцінка нефінансових активів передбачає два підходи, обумовлені складом нефінансових активів – це оцінка необоротних активів (основних засобів, інвестиційної нерухомості, нематеріальних активів і довгострокових біологічних активів) і оцінка запасів (безпосередньо – запаси, виробництво і поточні біологічні активи). Всі існуючі методи оцінки нефінансових активів мають право на існування і повинні використовуватися залежно від господарських операцій, в яких відображено нефінансовий актив.

Облік доходів і витрат бюджету забезпечується єдністю системи бюджетного обліку, в основу якої покладено бюджетну класифікацію, введена в дію наказом Міністерства фінансів України “Про бюджетну класифікацію” від 14.01.11 № 11. Доходи суб’єктів державного сектору в бухгалтерському обліку поділяють на доходи від обмінних операцій та доходи від необмінних операцій.

Розділ III.

АНАЛІЗ ТА ОЦІНКА ФІНАНСОВО-ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Організаційно методичні аспекти аналізу фінансово-господарської діяльності закладів охорони здоров'я

Економічний аналіз в системі охорони здоров'я – це вивчення і оцінка господарської та фінансової діяльності закладів охорони здоров'я з метою підвищення їх ефективності.

Універсальним показником, що характеризує фінансово-господарську діяльність медичних організацій є бухгалтерський баланс. Бухгалтерський баланс – найважливіша частина бухгалтерської звітності про фінансове становище медичної організації, яка визначає здатність її адаптуватися до змін, що відбуваються в економічному середовищі.

Фінансове становище медичної організації визначається наявними фінансовими і матеріальними ресурсами (активи), структурою капіталу і фінансовими зобов'язаннями (пасиви). Показники бухгалтерського балансу відображають платоспроможність і прибутковість медичної організації.

Бухгалтерський баланс відображає ступінь рівноваги активів і пасивів, тобто ресурсів, що знаходяться в розпорядженні медичних організацій та джерел коштів, за рахунок яких вони утворюються. На підставі абсолютних цифр, представлених в статистичних таблицях звіту, обчислюються показники і коефіцієнти, за допомогою яких аналізується діяльність установи.

Особливу групу показників становлять: активи медичної установи – сумарний, вкладений у справу капітал (матеріальний, нематеріальний); пасиви – сукупність боргів і грошових зобов'язань.

Під фінансовою стійкістю медичної організації розуміється здатність її своєчасно розплачуватися за своїми зобов'язаннями, тобто демонструвати свою платоспроможність.

Платоспроможність – це здатність фізичних та юридичних осіб виконувати зобов'язання по платежах, встановлених у договірних і законодавчих актах. Досягається фінансова стійкість діяльності медичної організації на основі раціональної структури, використовуваних фінансових ресурсів, коли в їх загальній сумі є велика частка власних фінансів.

Фінансова стійкість діяльності медичних організацій оцінюється наступними показниками: Коефіцієнт автономії (коефіцієнт концентрації власного капіталу або коефіцієнт забезпечення власними засобами) характеризує питому вагу власних грошових коштів у підсумковій сумі всіх коштів, авансованих даній лікувально-профілактичній установі. Тобто визначає, наскільки дана лікувально-профілактична установа незалежна від позикових засобів. Чим більші свої засоби має в розпорядженні медична установа, тим більше має нагоду вільно реагувати на змінну кон'юнктуру ринку медичних послуг.

Коефіцієнт фінансової стійкості або стабільності показує співвідношення власних і залучених засобів організації. Він дає загальну оцінку фінансовій стійкості організації. Якщо значення даного показника 0,178, то це означає, що на кожну 1 гривню власних засобів доводиться 17,8 коп. позикових засобів.

Збільшення даного показника в динаміці свідчить про посилення залежності організації від зовнішніх інвесторів і кредиторів, тобто про зниження фінансової стійкості і навпаки.

Коефіцієнт маневреності показує яка частина власних /наявних засобів знаходиться в мобільній формі. Цей коефіцієнт показує яка частина власного капіталу використовується для фінансування поточної діяльності (тобто вкладена в оборотні кошти), а яка частина – капіталізована. Крім того, він дозволяє визначити правильність вкладення засобів в активи.

Головною умовою фінансової стійкості медичної організації є оптимальне співвідношення власного і залученого капіталу. Власні оборотні кошти (власний оборотний капітал) – це найважливіше джерело формування оборотних коштів, який забезпечує фінансову стійкість медичної організації.

Формується власний капітал за рахунок статутного капіталу, чистого прибутку, резервного капіталу фонду накопичення. Поряд з власним капіталом у структурі джерел формування оборотних коштів, беруть участь залучені кошти, основу яких складають позикові кошти – короткострокові кредити (до 12 міс.).

Для оцінки платоспроможності організації використовуються наступні показники: коефіцієнт поточної ліквідності (1,0-2,0); коефіцієнт абсолютної ліквідності (0,2-0,5 од.); коефіцієнт термінової ліквідності (0,7-0,8); ліквідаційна вартість активів.

Ліквідність є найважливішою властивістю активів організації. Ліквідність – це здатність фінансових, матеріальних і нематеріальних ресурсів швидко і легко реалізовуватися для погашення грошових зобов'язань медичних організацій.

За ступенем ліквідності ресурси (активи) діляться на чотири групи: найбільш ліквідні – це грошові кошти на рахунках і в касі, короткострокові фінансові вкладення в цінні папери; швидко реалізовані – це довгострокова і короткострокова дебіторська заборгованість, а також готова продукція; повільно реалізовані – це сировина, майбутні витрати, довгострокові фінансові вкладення, податок на додану вартість; важко реалізовані – нематеріальні активи, будівлі, споруди, обладнання, незавершене будівництво, дохідні вкладення в матеріальні цінності, відкладені податкові активи.

Прибуток – це різниця між продажною ціною товару і витратами на його виробництво. В економічній діяльності медичної організації розраховують наступні показники прибутку: валовий прибуток, прибуток від реалізації медичних товарів і послуг, чистий прибуток.

Рентабельність характеризує ефективність використання ресурсів в процесі виробництва і реалізації медичної продукції, визначається відношенням прибутку до затрат. Розраховують загальну рентабельність, рентабельність реалізованих медичних товарів і послуг, рентабельність власного капіталу.

Загальна рентабельність – це відношення валового прибутку до середньорічної вартості активів організації. Показує скільки прибутку припадає

на одну фінансову одиницю (1 у.о.) капіталу, що брав участь в виробництві медичної продукції. Показник рентабельності залежить від величини прибутку і собівартості, чим більший прибуток і менша собівартість, тим вища рентабельність. Оптимальний варіант для споживачів, коли прибуток фірми помірний, а собівартість максимально низька, тоді і ціна на дану продукцію знижується, і добробут споживачів зростає.

Економічний аналіз по суті являє собою дослідження кількісних аспектів економічних явищ і в даний час є необхідним елементом управління, який покликаний сприяти вибору кращих варіантів економічних дій відповідно до поставлених цілей і завдань. Інформацію для прийняття управлінських рішень формують показники, кількісно і якісно характеризують явище або досліджуваний об'єкт. Ці показники можна розділити на дві групи:

- • показники діяльності (як правило, специфічні для конкретних організації охорони здоров'я);
- • показники ефективності, тобто відношення найбільш можливого результату діяльності до найменших витрат об'єктивно обмежених ресурсів.

Економічний аналіз як метод дослідження економіки охорони здоров'я як по всій сукупності що протікають в ній процесів, так і по кожному з них окремо може здійснюватися з метою виявлення основних тенденцій і закономірностей розвитку галузі; їх взаємозв'язку і взаємовпливу; факторів, що визначають ті чи інші результати, основні пропорції і співвідношення.

На мікрорівні економічний аналіз являє собою методи оцінки витрат і вигод, відносної прибутковості діяльності, величини чистого прибутку організації на даний період. В процесі аналізу господарської діяльності розкриваються соціально-економічні чинники, що впливають на ефективність діяльності, що, як правило, служить основою для вибору управлінських рішень керівництвом медичної організації.

Види аналізу господарської діяльності поділяються на загальний і цільовий аналіз. Загальний аналіз досліджує всі сторони діяльності організації. Цільовий аналіз охоплює окремі напрямки або вирішує спеціальні завдання.

Предмет аналізу господарської діяльності організації охорони здоров'я включає наступні елементи:

- 1) дотримання договірних зобов'язань;
- 2) використання основних фондів;
- 3) використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів;
- 4) собівартість продукту;
- 5) модернізація і переоснащення організації;
- 6) ефективність діяльності медичного колективу - прибуток, рентабельність, резерви зростання.

З найбільш значущих заданих економічного аналізу виділяються наступні три напрямки:

- 1) оцінка матеріально-технічних умов надання медичних послуг і виявлення їх змін в просторово-часовому розрізі;
- 2) виявлення основних факторів, що викликають зміни в фінансово-виробничому стані організації охорони здоров'я, і оцінка ступеня їх впливу;
- 3) виявлення резервів підвищення ефективності функціонування організації охорони здоров'я або фармацевтичного підприємства.

До завдань економічного аналізу також відносяться: виявлення способів економії ресурсів; пошук і впровадження передових технологій лікувального процесу; оцінка ефективності управлінських рішень та медичної допомоги.

Методи аналізу господарської діяльності різні.

Порівняльний метод зіставляє фактичні показники з плановими, періодами минулого року, іншими організаціями охорони здоров'я. Також застосовуються:

- • методи математичної статистики (наприклад, методи вивчення одновимірних і багатовимірних статистичних сукупностей);
- • методи елементарної математики: арифметичні, алгебраїчні та інші подібні методи;
- • методи дослідження операцій (дослідження управління запасами, зносу і заміни обладнання);

- • економетричні методи (наприклад, методи «витрати – випуск», виробничі функції);
- • математичної теорії оптимальних процесів (для управління техніко-економічними процесами, управління ресурсами);
- • системний аналіз ;
- • методи моделювання ;
- • евристичні методи (наприклад, методи експертних оцінок).

В економічному аналізі порівняльний метод вважається одним з найважливіших, саме з нього і починається процес аналізу. Існує кілька способів порівняння:

- 1) порівняння фактичних даних з плановими величинами;
- 2) порівняння з минулими періодами;
- 3) порівняння з кращими методами роботи і показниками по підрозділам установи охорони здоров'я, передовим досвідом, новими досягненнями медичної науки і техніки.

Якщо порівнюються середні показники, необхідно дотримуватися певних умов і вимоги, а саме; показники повинні обчислюватися по кожній однорідній групі підрозділів даної установи охорони здоров'я або інших установ (наприклад, результати діяльності районних поліклінік, спеціалізованих стаціонарів одного профілю, терапевтів, що працюють в одній або різних поліклініках).

Факторний метод визначає вплив окремих факторів на зміну певного показника. Такий аналіз дозволяє встановити, який із чинників надає на досліджуваний показник вирішальний вплив.

Балансовий метод полягає в зіставленні як в натуральній, так і у вартісній формі системи показників, наприклад, ресурси і їх використання, грошові доходи і витрати, активи і пасиви, виробництво товарів медичного призначення і їх розподіл і т.д.

Індексний метод - це метод статистичного аналізу, що застосовується для вивчення динаміки явища. За допомогою індексів порівнюються трудові

витрати, дається грошова оцінка результатів і т.п. Метод ґрунтується на відносних показниках, що відображають зміну рівня досліджуваного явища до такого в минулому або до базисному показнику. Індекс розраховується як відношення вимірюваної величини до базисної.

Інформаційною базою економічного аналізу є дані медичної та економічної статистики, бухгалтерського та управлінського обліку.

Таким чином, економічний аналіз в медичних організаціях - це сукупність прийомів і методів угруповання і порівняльної оцінки показників медичної, господарської та фінансової діяльності, метою якого є визначення способів раціонального використання внутрішніх ресурсів.

Економічний аналіз повинен проводитися на всіх стадіях формування та реалізації управлінських рішень. Підпорядкування економічного аналізу цілям управління дозволяє значно підвищити ефективність роботи закладів охорони здоров'я. Як правило, аналіз проводиться на основі показників, які відображають ефективність використання трудових, матеріальних і фінансових ресурсів в роботі установи.

Фінансово-економічний аналіз ґрунтується на даних бухгалтерського обліку та імовірнісних оцінках майбутніх чинників господарського життя установи охорони здоров'я. У зв'язку з цим достовірна бухгалтерська звітність стає інформаційною базою подальших аналітичних розрахунків, необхідних для прийняття управлінських рішень.

Керівники підрозділів медичного закладу покликані аналізувати результати і витрати, регулювати потребу в матеріальних і фінансових ресурсах з метою підвищення економічної ефективності медичної діяльності.

Найважливішим питанням для керівника є управління кадрами. Сам процес управління медичним персоналом проходить певні стадії:

- 1) аналіз ситуації;
- 2) постановка цілей;
- 3) стратегічне і тактичне планування;
- 4) організація;

5) контроль.

Управління трудовими ресурсами - обов'язок керівника будь-якого рівня: головного лікаря, завідувача відділенням, головної медсестри та ін. Керівник повинен вміти аналізувати чисельність посад і фізичних осіб, рух кадрів, кваліфікацію лікарського та сестринського персоналу.

Економічний аналіз зайнятості медичного персоналу представлений в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Показники та етапи економічного аналізу зайнятості медперсоналу [23]

етап	вид допомоги		
	амбулаторний прийом	стаціонарна допомога	допоміжні служби
I. Визначення розрахункових норм часу на одиницю роботи	Відвідування: закінчений випадок поліклінічного обслуговування	Один випадок госпіталізації (періоди: надходження, діагностичний процес, лікування, виписка)	дослідження; процедура
II. Розрахунок нормативних показників по праці	Розрахункові норми процесів; планова функція лікарської і медсестринської посади	Розрахунковий норматив на одну посаду (в чисельності пацієнтів); кількість госпіталізованих на одну посаду в рік	Планова навантаження на одну посаду (в хвилину; умовних одиниць трудомісткості)
III. Визначення витрат праці на виконаний в установі обсяг роботи	Фактичне число відвідувань на рік	Зайнятість ліжка в році; фактична кількість випадків госпіталізації в рік	Витрати праці протягом року по підрозділах, групах персоналу
IV. Розрахунок чисельності медичного персоналу	Чисельність лікарів за обсягом роботи: визначення чисельності середнього і молодшого медичного персоналу	Чисельність посад лікарів за обсягом роботи; чисельність середнього і молодшого медичного персоналу в розрахунку на фактично зайняті ставки протягом року	Чисельність лікарського і середнього медичного персоналу за обсягом роботи; чисельність молодшого медичного персоналу по нормативному співвідношенню з розрахунковим числом лікарів і середнього медичного персоналу

Економічний аналіз передбачає визначення рівня продуктивності праці одного працівника, що характеризує результати, досягнуті ним в одиницю часу. В охороні здоров'я прийняті кількісні натуральні показники (число відвідувань, процедур, досліджень, госпіталізацій), які співвідносяться з витратами живої праці і використовуються в якості наведені цифри щодо праці.

Вартісні показники продуктивності праці можуть виражатися через вартість наданих медичних послуг. Також в результаті проведеного аналізу може бути визначена трудомісткість як показник, зворотний продуктивності праці.

Продуктивність праці можна розрахувати наступним чином:

$$\text{Продуктивність праці} = \frac{\text{чистий прибуток}}{\text{середньоспискова чисельність працівників}} * 100 \%$$

де чистий прибуток - це прибуток, після сплати податків і відсотків за кредит, а також інших першочергових платежів (орендна плата, відрахування до вищестоящих організацій та ін.); середньооблікова кількість працівників - середньоарифметичне від числа працівників організації охорони здоров'я за 12 міс.

Рівень продуктивності праці може обчислюватися для одного працівника, працівників підрозділу, працівників медичного закладу, працівників охорони здоров'я в цілому і як рівень продуктивності суспільної праці.

Крім трудових до основних відносяться і матеріальні ресурси. Дослідження ефективності використання матеріальних ресурсів перш за все пов'язано з аналізом руху основних фондів, до яких відноситься і медичне обладнання.

Економічна ефективність використання ліжкового фонду, що є важливою частиною основних фондів стаціонару, розуміється як ступінь його раціонального і цільового використання, де враховують фактичний та нормативний оборот ліжка; цільову зайнятість ліжкового фонду при госпіталізації стаціонарних хворих (кількість днів у році); фактичну зайнятість

ліжкового фонду (кількість днів у році); фактичну середню тривалість госпіталізації; норматив зайнятості ліжка; норматив тривалості госпіталізації.

В КЗ ЛОР «Золочівський протитуберкульозний диспансер» – 17 / - 345 дн., A_y - 18 дн.; 17" - 330 дн., A_n - 16,2 дн., тоді

$$K_r = (345 / 18) / (330/16.2) = 19,2 / 20,4 = 0,66$$

В КЗ ЛОР «Золочівський протитуберкульозний диспансер» ефективність використання ліжкового фонду стаціонару дорівнює 66%, що є показником низького рівня ефективності, так як значення цього показника повинно прагнути до 100%. Зона неефективності становить 0,34. Якщо вартість утримання ліжкового фонду стаціонару складе 5 млн грн. за період, то економічні збитки від неефективного використання ліжкового фонду складе 1,7 млн грн.

В охороні здоров'я особливо важливо правильно вибрати критерії, що відображають результати праці, інакше кажучи, враховувати не тільки кількісні, але і якісні показники (наприклад, при високому завантаженні ліжка може бути мало вилікуваних пацієнтів; в той же час велика кількість вилікуваних пацієнтів може пояснюватися високою захворюваністю в регіоні і т.д.).

3.2. Аналіз фінансових показників як інструмент сучасного стратегічного управління закладом охорони здоров'я

Необхідність аналізу балансу закладів охорони здоров'я зумовлена тим, що він відображає результат усієї господарської діяльності організації за коштами загального та спеціального фондів відповідно до бюджетного призначення. Методи та підходи до аналізу звітності бюджетних установ, як важливого етапу бухгалтерської обробки даних, що знаходять своє відображення в облікових реєстрах, становлять науковий, а головне – практичний інтерес для процесу організаційно-методологічного забезпечення формування звітності бюджетних установ. Питання аналізу звітності в бюджетних установах завжди є актуальними, враховуючи специфіку діяльності

медичних закладів, а також через постійну зміну та доповнення нормативно-правових актів держави. З огляду на зазначене та з метою забезпечення удосконалення системи бухгалтерського обліку, зокрема, стосовно складання фінансової звітності, доцільно розглянути процес проведення економічного аналізу балансу медичного закладу та обґрунтувати застосування окремих методів оцінки показників результатів діяльності підприємств та організацій, що і є основною метою дослідження.

Мета аналізу балансу реалізується у результаті вирішення взаємозалежного набору аналітичних завдань: виявлення тенденцій і закономірностей у використанні коштів бюджету; визначення «вузьких» місць у фінансуванні установи, виявлення резервів підвищення ефективності діяльності й економії коштів.

Основними методами, які доречно використовувати при аналізі балансу установ, що фінансуються за рахунок бюджетних коштів, можуть бути: горизонтальний аналіз; вертикальний аналіз; коефіцієнтний аналіз; факторний аналіз; трендовий аналіз (таблиця 3.2).

Представлена система аналізу показників може використовуватися, але на нашу думку, тільки шляхом її адаптування до бюджетних організацій. Аналіз фінансових коефіцієнтів та співвідношень дозволяє краще зрозуміти взаємозв'язок між звітністю. Крім того, деякі коефіцієнти можуть показати, чи ефективно бюджетна організація поєднує різні активи та пасиви і як це впливає на її дохід.

Очевидно, що фінансові показники – це важливий інструмент сучасного стратегічного управління. Незважаючи на велику кількість фінансових співвідношень та коефіцієнтів, для бюджетної організації їх можна поділити на такі групи: показники майнового стану; показники ділової активності; показники фінансової стійкості; показники ліквідності та платоспроможності.

Таблиця 3.2.

Характеристика методів аналізу балансу закладів охорони здоров'я [23]

Метод аналізу	Характеристика методу	Результат аналізу
Горизонтальний аналіз	Порівняння показників звітності попереднього і поточного року	Постатейне зіставлення звітів і визначення абсолютної і відносної зміни статей
Вертикальний аналіз	Визначення питомої ваги окремих статей звітності у загальному показнику валюти балансу	Аналіз внутрішньої структури звітності
Коефіцієнтний аналіз	Включає розрахунок таких показників, як: коефіцієнт зростання валюти балансу, коефіцієнт співвідношення дебіторської та кредиторської заборгованості, коефіцієнти обороту оборотних активів та ін.	Дозволяє виявити кількісний взаємозв'язок між різними статтями, розділами чи групами статей балансу
Факторний аналіз	Дає оцінку факторів, що вплинули на виконання показників звітності	Дозволяє виявити, які чинники і як саме вплинули на основні показники діяльності установи, резерви економії коштів, що надходять з державного бюджету
Трендовий аналіз	Визначення основних тенденцій розвитку показників звітності на основі даних за минулі роки	Дозволяє зробити прогноз розвитку показників балансу установи та виявити можливий їх стан на перспективу

До переваг аналізу фінансової звітності за допомогою коефіцієнтів можна віднести:

- 1) зростання оперативності аналізу;
- 2) зниження витратності прийняття управлінських рішень суб'єктами державного сектору;
- 3) розширення можливості порівняння показників діяльності різних суб'єктів державного сектору, зокрема тих, що функціонують у різних сферах (медицина, освіта, спорт тощо).

Для оцінки обсягів та результатів діяльності суб'єкта державного сектору можуть застосовувати наступні показники:

– коефіцієнт фактичних видатків загального фонду на одиницю бази. (Як базу для розрахунку можна використовувати показники кількості ліжко-днів (лікарні), відвідувань пацієнтів (поліклініки) тощо).

– коефіцієнт співвідношення планових і фактичних надходжень у розрізі джерел фінансування ($K_{зпф}$, $K_{спф}$):

$$K_{зпф} = \frac{Пз}{Фз} \quad (3.1)$$

$$K_{спф} = \frac{Пс}{Фс} \quad (3.2)$$

де: $Пз$, $Пс$ – планові надходження відповідно за загальним та спеціальним фондами;

$Фз$, $Фс$ – фактичні надходження відповідно за загальним та спеціальним фондами.

– коефіцієнт співвідношення видатків і доходів у розрізі джерел фінансування ($K_{звд}$, $K_{свд}$):

$$K_{звд} = \frac{Вз}{Дз} \quad (3.3)$$

$$K_{свд} = \frac{Вс}{Дс} \quad (3.4)$$

де: $Вз$, $Вс$ – видатки відповідно до загального та спеціального фондів;
 $Дз$, $Дс$ – доходи відповідно до загального та спеціального фондів.

Важливим показником для оцінки фінансової стійкості бюджетних установ, що отримують доходи спецфонду, є коефіцієнт власних доходів у видатках установи. Зокрема, цей показник доцільно використовувати під час аналізу фінансової звітності медичних закладів.

Можливе застосування також коефіцієнта доходів від реалізації продукції (робіт, послуг) у видатках установи. Коефіцієнт власних доходів у видатках ($K_{вдв}$):

$$K_{вдв} = \frac{Дс}{В} \quad (3.5)$$

де: $В$ – загальна сума видатків за загальним та спеціальним фондами.

Такий показник відображає, яка частка всіх видатків установи формується за рахунок доходів спеціального фонду та характеризує ступінь незалежності установи від фінансування за загальним фондом.

Коефіцієнт доходів від реалізації у видатках ($K_{др}$):

$$K_{др} = \frac{Др}{В} \quad (3.6)$$

де: Др – доходи від реалізації робіт, послуг, готової продукції суб'єкта державного сектору.

Цей показник відображає, яка частка всіх видатків установи формується за рахунок власних надходжень від надання платних послуг, виконання робіт або виробництва продукції та характеризує ступінь незалежності установи від інших джерел фінансування.

Під час аналізу фінансової звітності та оцінки фінансового стану важливе місце посідає аналіз дебіторської та кредиторської заборгованостей.

Важливим показником під час аналізу дебіторської заборгованості є показник оборотності дебіторської заборгованості, який показує кількість оборотів, що здійснили за рік засоби, вкладені у розрахунки. Для суб'єктів державного сектору специфіка розрахунку такого показника обумовлена відсутністю виробничої діяльності та бюджетним фінансуванням і розраховується так [5, с. 54]:

$$K_{одз} = \frac{ФН}{ДЗсер} \quad (3.7)$$

де: ФН – сума фінансування, яке спрямовується для виконання суб'єктом державного сектору своїх функцій та досягнення цілей, визначених на рік відповідно до бюджетних призначень; ДЗсер – середній розмір дебіторської заборгованості.

Для традиційного розрахунку показників оберненості (оборотності) використовуються показники обсягу реалізації (виручки). У бюджетних установах застосування традиційних показників оборотності можливе лише в частині діяльності з виготовлення і реалізації готової продукції, робіт, послуг. Під час розрахунку показників оберненості в інших випадках, на нашу думку,

можливе застосування інших базових величин: контингенту учнів, кількість ліжко-днів, кількість хворих на прийомі тощо.

Для оцінки ліквідності, платоспроможності і фінансової стійкості пропонується визначати показники, адаптовані для застосування суб'єктами державного сектору та розрахунок яких ґрунтується на використанні даних балансу за формою 1-дс.

Під час аналізу запасів зазвичай застосовують коефіцієнт співвідношення оборотних і необоротних активів. Враховуючи новий підхід до класифікації активів суб'єктів державного сектору та їх групування в балансі за розділами, пропонуємо визначати показники співвідношення нефінансових та фінансових активів ($K_{нф}$) та частку запасів у нефінансових активах ($K_{зап}$):

$$K_{нф} = \frac{Нфа}{ФА} \quad (3.8)$$

де: Нфа – сума нефінансових активів; ФА – сума фінансових активів.

$$K_{зап} = \frac{з}{Нфа} \quad (3.9)$$

Під час визначення середніх залишків грошових коштів та дебіторської заборгованості не доречно брати дані балансу виключно на початок та кінець року, оскільки на кінець року рахунки в органах ДКСУ по загальному фонду закриваються, а залишки коштів будуть нульовими. Таким чином, під час визначення середніх залишків необхідно враховувати середньозважені залишки протягом усього періоду аналізу або виконувати розрахунки на підставі даних квартальних балансів.

Під час аналізу основних засобів суб'єктів державного сектору розраховують показники фондівддачі, фондомісткості, фондоозброєності, коефіцієнти зносу та придатності основних засобів. У загальному вигляді показник фондівддачі характеризує вартість виготовленої продукції, що припадає на 1 грн. вартості основних засобів. Відповідно до цього показник фондомісткості відображає вартість основних засобів, що припадає на 1 грн. випущеної продукції. Для суб'єктів державного сектору розрахунок показників

фондовіддачі та фондомісткості мають особливості, пов'язані з характером діяльності таких суб'єктів. Показник обсягу продукції визначають залежно від сфери діяльності установи та виражає надані послуги установами в кількісних одиницях [1; 6].

Порядок розрахунку даних показників з урахуванням змін, внесених НП(С)БОДС 101 «Подання фінансової звітності» наведено в таблиці 3.3

Таблиця 3.3

Методика розрахунку показників аналізу основних засобів суб'єктів державного сектору [23]

Показник	Формула для розрахунку	Значення скорочень
Фондовіддача основних засобів	$\Phi_{\text{в}} = \text{ОП} / \text{ОЗ}$	ОП – обсяг послуг закладу охорони здоров'я ОЗ – вартість основних засобів
Фондомісткість (Фм)	$\Phi_{\text{м}} = \text{ОЗ} / \text{ОП}$	
Коефіцієнти зносу основних засобів (Кз)	$\text{Кз} = \text{р. 1002} / \text{р. 1000}$	Р. 1002, 1000 – з балансу
Коефіцієнт придатності основних засобів (Кпр)	$\text{К пр.} = 1 - \text{Кз}$	Кз – коефіцієнт зносу основних засобів
Показник фондоозброєності (Фоз)	$\Phi_{\text{оз}} = \text{ОЗ} / \text{К пр.}$	К пр. – середньоспискова чисельність працівників

Крім того, на нашу думку, важливим аспектом під час розрахунку коефіцієнтів для аналізу фінансової звітності й оцінки фінансового стану установи є визначення й обґрунтування їх нормативних значень. Очевидно, що прийняті нормативи для комерційних підприємств не можуть однозначно застосовувати для бюджетних установ. Тоді під час оцінки результатів аналізу особливо важливим є порівняння показників установи в динаміці та порівняння з показниками інших установ.

Висновки до розділу 3

Сучасна організація охорони здоров'я має статус самостійно господарюючого суб'єкта. У зв'язку з цим зростає роль керівника, перш за все - головного лікаря як організатора лікувального та господарського процесів. Керівники підрозділів медичного закладу покликані аналізувати результати і витрати, регулювати потребу в матеріальних і фінансових ресурсах з метою підвищення економічної ефективності медичної діяльності.

Необхідність аналізу балансу закладів охорони здоров'я зумовлена тим, що він відображає результат усієї господарської діяльності організації за коштами загального та спеціального фондів відповідно до бюджетного призначення. Методи та підходи до аналізу звітності бюджетних установ, як важливого етапу бухгалтерської обробки даних, що знаходять своє відображення в облікових реєстрах, становлять практичний інтерес для процесу організаційно-методологічного забезпечення формування звітності бюджетних установ. Питання аналізу звітності в бюджетних установах завжди є актуальними, враховуючи специфіку діяльності медичних закладів, а також через постійну зміну та доповнення нормативно-правових актів держави.

В КЗ ЛОР «Золочівський протитуберкульозний диспансер» ефективність використання ліжкового фонду стаціонару дорівнює 66%, що є показником низького рівня ефективності, так як значення цього показника повинно прагнути до 100%. Зона неефективності становить 0,34. Якщо вартість утримання ліжкового фонду стаціонару складе 5 млн грн. за період, то економічні збитки від неефективного використання ліжкового фонду складе 1,7 млн грн.

В охороні здоров'я особливо важливо правильно вибрати критерії, що відображають результати праці, інакше кажучи, враховувати не тільки кількісні, але і якісні показники (наприклад, при високому завантаженні ліжка може бути мало вилікуваних пацієнтів; в той же час велика кількість вилікуваних пацієнтів може пояснюватися високою захворюваністю в регіоні і т.д.).

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження спрямоване на вирішення теоретичних та методичних проблем обліково-аналітичного забезпечення та оцінки фінансово-господарської діяльності закладів охорони здоров'я.

Результати виконаної роботи дозволяють зробити такі висновки:

1. Завдання закладів охорони здоров'я полягають в забезпеченні процесу реалізації цілей формування ринку медичних послуг; ефективності й повноти використання ресурсного потенціалу системи охорони здоров'я; збереження й зміцнення здоров'я населення; надання кваліфікованих медичних послуг усім громадянам незалежно від місця їхнього проживання; перехід на лікувально-діагностичні послуги з використанням сучасних медичних технологій; забезпечення доступного і якісного медичного обслуговування. Основним джерелом фінансування галузі охорони здоров'я в Україні є бюджетне фінансування, зокрема такі методи фінансування, як кошторисний, програмно-цільовий, за надані медичні послуги.

2. В сучасних умовах розвитку ефективність і результативність діяльності установ державного сектору економіки, зокрема закладів охорони здоров'я, все більшою мірою визначається рівнем інформаційного та аналітичного забезпечення управління. Загалом облік фінансово-господарської діяльності закладів охорони здоров'я – це система, здатна виступати інформаційним джерелом не лише для зовнішніх користувачів (органів влади та управління, контролюючих суб'єктів тощо), а й для внутрішніх. Причому саме останні здатні оперативно впливати на усі процеси, що відбуваються з суб'єктом управління, оскільки за підрахунками вчених понад 80% всієї інформації, що формується в закладах охорони здоров'я належать бухгалтерському обліку

3. Згідно з НП(С)БО 101 активи установ державного сектору поділяються на нефінансові активи, фінансові активи та витрати майбутніх періодів. На практиці нефінансові активи є основними активами бюджетних установ, у звітності їх частка досить вагома, у балансі має виокремлений розділ під назвою «нефінансові активи». Загального показника, який характеризує

нефінансові активи, який задовольнив би всі інформаційні потреби користувачів, не існує.

4. Особливості формування фінансових активів для установ державного сектору визначені Бюджетним кодексом. Фінансове забезпечення виконання функцій установ державного сектору здійснюється за рахунок коштів відповідного бюджету на основі бюджетного кошторису. Таким чином, фінансові активи є контрактним правом суб'єкта державного сектору, які уособлюють певні зобов'язання, які виражаються у грошовій формі та мають на меті принести вигоди в майбутньому.

5. Важливим є питання вибору методу оцінки вибуття запасів бюджетною установою, оскільки вони є найбільш значною і важливою частиною оборотних активів медичних установ, які необхідні для здійснення фінансово-господарської діяльності. Їх облік та оцінка, включаючи вибір методу вибуття запасів, впливають на результати діяльності установи та на розкриття інформації про її фінансовий стан. При виборі методу оцінки вибуття запасів медичній установі слід орієнтуватися на те, що більш важливо: правильне відображення фінансового стану в Балансі чи більш точні дані про результати фінансової діяльності у Звіті про фінансові результати. Саме тому на вибір методу впливають і наслідки, до яких приводить застосування одного із розкритих методів. Підхід до списання залежить від обраної облікової політики установи і не може змінюватися на протязі звітного періоду.

6. Кожна медична установа має право на вибір методу оцінки запасів виходячи із власних фінансових можливостей та обсягу використання їх в практичній діяльності. Нами було наведено механізм залежності залишків запасів від обраного методу списання для медичних установ у сучасній теорії бухгалтерського обліку України. Найбільш привабливий є метод ФІФО, який дозволяє списувати запаси по мірі надходження до медичної установи. При цьому методі не будуть залишатися на складі перші по даті надходження медикаменти.

7. В умовах, коли до фінансової інформації ставляться серйозні вимоги щодо її достовірності, проблема оцінки активів, зобов'язань і власного капіталу набула ще більшої актуальності. У бухгалтерському обліку від правильного вибору методів оцінки майна залежить його фінансове становище, фінансові результати та його інвестиційна привабливість. Оцінка нефінансових активів передбачає два підходи, обумовлені складом нефінансових активів – це оцінка необоротних активів (основних засобів, інвестиційної нерухомості, нематеріальних активів і довгострокових біологічних активів) і оцінка запасів (безпосередньо – запаси, виробництво і поточні біологічні активи). Всі існуючі методи оцінки нефінансових активів мають право на існування і повинні використовуватися залежно від господарських операцій, в яких відображено нефінансовий актив.

8. Облік доходів і витрат бюджету забезпечується єдністю системи бюджетного обліку, в основу якої покладено бюджетну класифікацію, введена в дію наказом Міністерства фінансів України “Про бюджетну класифікацію” від 14.01.11 № 11. Бюджетна класифікація передбачає науково обґрунтоване, обов'язкове групування доходів і видатків бюджетів усіх рівнів за однорідними ознаками, закодованими у попередньо визначеному порядку, що забезпечує порівнянність та можливість узагальнення показників бюджетів усіх рівнів (від сільського до загальнодержавного), складання консолідованого бюджету територій та країни в цілому, контроль за його виконанням і складання зведеного звіту про виконання бюджету.

9. Доходи суб'єктів державного сектору в бухгалтерському обліку поділяють на доходи від обмінних операцій та доходи від необмінних операцій. В закладах охорони здоров'я бухгалтерський облік орієнтований на податковий облік; витрати розраховуються за елементами без фіксації місця їх виникнення і ґрунтуються на нормативних документах, які регулюють оподаткування; витратами, як правило, управляють головні лікарі, які часто не мають економічної освіти. Управлінські рішення приймаються на підставі роз'єднаної недостовірної неактуальною інформації та на суб'єктивній думці керівників.

10. Для успішного розвитку медичного закладу вкрай важлива побудова і розвиток повноцінного управлінського обліку в медичній установі для обліку витрат за видами послуг і калькуляції їх собівартості, що дозволить обґрунтувати цінову політику, для обліку та контролю грошових коштів, що дозволить оптимізувати їх використання, для організації бюджетування та планування, щоб управляти фінансовим становищем клініки.

11. Основною метою обліково-аналітичного забезпечення закладів охорони здоров'я є отримання оперативної, об'єктивної та аналітичної інформації за операціями, що формують рівень фінансової стійкості, у поточному періоді й на перспективу; оцінці досягнутого рівня за попередні періоди функціонування, прогнозування її рівня в майбутньому, а відтак, попередження та зниження невизначеності, пов'язаної з прийняттям управлінських рішень щодо раціонального використання фінансових ресурсів.

12. Перетворення медичного закладу з державної установи на суб'єкт господарської діяльності є одним з основних стратегічних завдань медичної реформи, що його визначила Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України, схвалена розпорядженням КМУ від 30.11.2016 № 1013-р, – перехід до оплати діяльності постачальників медичних послуг, на основі конкретних результатів їхньої діяльності. Змінити форму фінансового обліку допоможе якомога швидший перехід на фінансовий план. Річний баланс реорганізовані заклади охорони здоров'я мають подавати вже за новою системою, а більшість установ використовують загальні для всіх форми звітності. Враховуючи, що реорганізація тягне за собою цілу низку змін, керівництво має вирішити, в які строки підприємство зможе зробити певні кроки, і закріпити це рішення відповідним наказом.

13. Змінивши план рахунків, підприємство має по-іншому обліковувати витрати, інакше під час формування звіту для податкової служби виявиться невідповідність. Звітність до органів статистики також потребуватиме подання нової форми про неприбутковість, яка формується на підставі даних бухгалтерського обліку. У разі необхідності, за наявності спірних питань, є сенс

звертатися до інших комунальних підприємств регіону, які, можливо, мають досвід успішного вирішення певних ситуацій з ведення обліку і звітності. Також можна звертатися до аудиторських служб і бухгалтерів приватних підприємств.

14. Для розвитку медичного закладу потрібні вільні кошти, тож оптимізація витрат та економія ресурсів вкрай необхідні. Для цього запроваджують систему планування: розробляють чіткий план витрат, якого повинні дотримуватися. Перевищення суми планових витрат має бути детально проаналізовано. Контроль статей витрат та утримання від незапланованих необґрунтованих витрат допоможе збільшити прибуток медичного закладу.

Тактична економія (тут і зараз) в короткостроковій перспективі здається більш вигідною, аніж стратегічна, однак, вона може мати негативний вплив на бізнес. Стратегічна економія системна та приносить результат в довгостроковій перспективі.

15. Доцільно розділити витрати медичного закладу на три категорії: те, на чому можна економити, те, на чому можна економити при певних обставинах, і те, на чому економити неможна. В такому випадку при потребі терміново зекономити ви будете знати, на чому можна «урізати» витрати з мінімальною втратою для роботи вашого медичного центру. Автоматизація медичного закладу на базі медичної програми «ІМЕД» сприяє побудові прибуткового системного бізнесу.

Список використаних джерел

1. Авраменко Н. В. Державне управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні : сучасний стан, шляхи вдосконалення : монографія. Запоріжжя: КПУ, 2010. С. 58.
2. Амелина О. Европейский опыт организации страховой медицины : Интернет издание CNews, 2008. URL: www.cnews.ru/reviews/
3. Базилевич В. Д., Базилевич К.С. Страхова справа. 3-тє вид., перероб. і доп. К.: Товариство „Знання”; КОО, 2003. 250 с.
4. Бенько І., Бенько В. Методика аналізу розрахунків у медичних установах. *Економічний аналіз*. 2010. № 5. С. 53-55.
5. Бенько І., Сисюк С. Аналіз ефективності використання основних засобів у медичних установах. *Економічний аналіз*. 2011. № 8, Ч 1. С. 254-257.
6. Білогубка С.М. Лікарняна каса як одне з джерел фінансових ресурсів у багатоканальному фінансуванні охорони здоров'я. *Актуальні проблеми розвитку економіки регіону*. 2009. Вип. V, Т.1. С. 41-43.
7. Бобух І., Д. Корпієвські. Міжнародний досвід оцінки нефінансових вироблених активів та шляхи його використання в Україні. *Економіст*. 2013. № 11. С. 15-20. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/econ_2013_11_8.
8. Богуславський Є. Медичне страхування в Україні: проблеми та перспективи. *Зовнішня торгівля: право та економіка*. 2008. № 4. С. 83-87.
9. Болюх М., Заросило А. Аналіз фінансово-господарської діяльності бюджетних установ: навчальний посібник. К. : КНЕУ, 2008. 344 с.
10. Буздуган Я. Організаційно-правові засади функціонування фінансів галузі охорони здоров'я в Україні за останні роки. *Наукові записки Тернопільського державного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка*. Серія: економіка. 2004. № 16. С. 114-122.
11. Буздуган Я. Поняття, принципи, форми фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні. *Віче*. К., 2008. № 5. С. 26-28.

12. Буздуган Я. Пропозиції щодо вдосконалення правового механізму фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні. *Підприємництво, господарство і право*. 2008. № 9. С. 56-60.
13. Бюджетний кодекс України, із змінами, внесеними згідно із Законами № 595-VIII від 14.07.2015. URL: www.rada.gov.ua.
14. Василик О.Д., Павлюк К. В. Бюджетна система України: підручник. К.: Центр навчальної літератури, 2004. 544 с.
15. Виноградов О. В. Механізми державного управління багатоканальним фінансуванням системи охорони здоров'я в Україні : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з держ. упр. Національна академія державного управління при Президентові України. К., 2009. 20 с.
16. Вовчак О. Д. Страхова справа: підручник. К.: Знання, 2011. 391 с.
17. Галина Щербай. Господарська діяльність у бюджетних організаціях і установах як об'єкт обліку. *Економічний аналіз*. 2012. Випуск 10. Ч. 3. С.234-236.
18. Глухова В. І., Красільнікова В. Ю. Проблема фінансового забезпечення системи охорони здоров'я України. *Вісник КДПУ імені Михайла Остроградського*. 2009. Вип. 2 (55). Ч. 1. С. 108-112
19. Господарський кодекс України. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=436-15>.
20. Гришак Ю. Проблеми та ефективні шляхи реформування медичного страхування в Україні. *Вісник Національного університету ім. Т. Шевченка*. Серія: Економіка. 2009. № 112. С. 22-24.
21. Грищенко, Н.Б. Основы страховой деятельности : учеб. пособие. Барнаул.: Изд-во Алт. ун-та, 2001. 274 с
22. Державна служба статистики України [Електронний ресурс] URL: <http://ukrstat.org>
23. Дуганов М. Д. Оценка эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях. М.: ИЭПП, 2007. 192 с.

24. Европейская база данных ВОЗ „Здоровье для всех” [Электронный ресурс]. <http://www.euro.who.int/hfad?language> (дата обращения 14.01.2018).
25. Европейская база данных ЗДВ (HFA-DB) [Электронный ресурс]. URL: <http://data.euro.who.int/hfad>
26. Економіка охорони здоров'я. Під заг. ред. В.Ф. Москаленка. Вінниця : Нова Книга, 2010. С. 177 - 190.
27. Економіка та фінансування галузі охорони здоров'я : Навчально-методичний посібник; укладачі: проф. Ахламов А.Г., доц. Кусик Н.Л. Одеса, ОРІДУ НАДУ при Президентіві України, 2011. 111 с.
28. Жарая С. Б. Механізми державного регулювання підприємницької діяльності: до питання термінології. *Науковий вісник Академії муніципального управління*. Серія: Управління. 2011. №3. С. 138-146.
29. Закон України „Про страхування”. URL:<http://zakon1.rada.gov.ua/>.
30. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19.11.92 року» № 2801 XII.
31. Залетов А. Страховой рынок Украины 2018: итоги и перспективы развития. *Insurance Top*. 2014. № 1 (45). С. 3-15.
32. Камінська Т. М. Рынок медицинских услуг: опыт теоретико-институционального анализа. Х.: ИПП „Контраст”, 2006. 269 с.
33. Камозина И. Здравоохранение Израиля [Электронный ресурс]: <http://тфомсбрк.рф/pub-izr.htm>
34. Карамішев Д., Радиш Я. Соціальне страхування в системі охорони здоров'я: суперечності та перспективи. *Зб. наук. праць НАДУ*. 2006. Вип. 1. С. 95-105.
35. Карпишин Н., Комуницька М. Класичні моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я. *Світ фінансів*. 2008. № 1(14). С. 110-117.
36. Кафка С.М. Нефінансові необоротні активи: оцінка та звітність. *Академічний огляд*. 2016. № 2. С. 37–42. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ao_2016_2_6.

37. Колинько А. А., Дуганов М. Д., Петухов Р. В., Калашников К. Н. Методы финансового анализа эффективности здравоохранения. *Финансы*. 2018. № 12. С. 14-26.
38. Комаров Ю. М. Медицинское страхование: опыт зарубежного здравоохранения. *Вестник государственного социального страхования*. 2005. № 1. С. 65-75.
39. Комарова І. В. Бюджетне фінансування охорони здоров'я громадян України як складової людського капіталу. *Вісник Бердянського університету менеджменту і бізнесу*. 2010. № 3(11). С.94-100.
40. Кондратюк І. Аналіз запасів бюджетної установи за даними форм фінансової звітності. *Економічний аналіз*. 2013. № 12, Ч 2. С. 242-245.
41. Кондратюк І. О., Лондаренко О. О. Облік витрат на придбання нефінансових активів бюджетних установ: управлінський аспект. *Фінанси, облік і аудит*. 2015. Вип. 1. С. 210–230.
42. Кульпанович О. А., Лихтарович Е. Е., Ключей Т. А. Курс лекцій по економіке и бухучету в здравоохранении: учебное пособие. Минск: БелМАПО, 2010. 257 с.
43. Левицька С. Облік та аналіз діяльності бюджетних установ: монографія; Укр. держ. ун-т водн. гос-ва та природокористування. Рівне: 2004. 233 с.
44. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. *Новости медицины и фармации*. 2011. № 383. С. 6-18.
45. Лехан В., Рудый В., Ричардсон Э. Украина : обзор системы здравоохранения; ВОЗ: *Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения*, 2010. 12 (8). 227 с
46. Ліга страхових організацій України [Електронний ресурс]. URL: <http://uainsur.com/massmedia>.
47. Мартинович А. Охорона здоров'я Чехії: якість, яку не приховаєш. *Здоров'я України*. 2008. № 13-14. С. 7-8

48. Матвеева В. О. Бюджетні організації: бухгалтерський облік та оподаткування. Харків: Фактор, 2016. 557 с.
49. Медико-демографічна ситуація та основні показники медичної допомоги в регіональному аспекті. 2013. [Електронний ресурс] URL: [http://www.uiph.kiev.ua/download/Vidavnictvo/Medikodemografichna% 20 situacia. % 2013.pdf](http://www.uiph.kiev.ua/download/Vidavnictvo/Medikodemografichna%20situacia.%202013.pdf)
50. Мойсеєнко І. П., Марченко О. М. Управління фінансово-економічною безпекою підприємства : навч. посібник. Львів, 2011. 380 с.
51. Назарова К., Кумченко Т. Аналіз діяльності бюджетних установ : навч. посіб.; за заг. ред. Г. Кравченко; Київ. нац. торг.-екон. ун-т. К.: КНТЕУ, 2016. 208 с.
52. Найштетік В. Економічні проблеми і концепція розвитку охорони здоров'я в Україні : наукова праця. Українська академія наук. Відділ економіки і управління. Донецьк, 2009. 158 с.
53. Ніколаєнко С. М. Основні тенденції розвитку ринку медичного страхування в Україні. *БізнесІнформ*. 2013. № 1. С. 281-287.
54. НП(С)БОДС 101 «Подання фінансової звітності» [Електронний ресурс]: затверджено наказом Міністерства фінансів України від 12.10.2010 р. № 1202. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0095-11>.
55. НП(С)БОДС 121 «Основні засоби» [Електронний ресурс] : затверджено наказом Міністерства фінансів України від 12.10.2010 року № 1202. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1017-10>.
56. НП(С)БОДС 122 «Нематеріальні активи» [Електронний ресурс]: затверджено наказом Міністерства фінансів України від 12.10.2010 року № 1202. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1018-10>.
57. НП(С)БОДС 123 «Запаси» [Електронний ресурс]: затверджено наказом Міністерства фінансів України від 12.10.2010 року № 1202. URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/z1019-10>.
58. НП(С)БОДС 129 «Інвестиції» [Електронний ресурс]: затверджено наказом Міністерства фінансів України від 24.12.2010 року № 1629. URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/z0094-11>.

59. НП(С)БОДС 30 «Біологічні активи» [Електронний ресурс]: затверджено наказом Міністерства фінансів України від 18.11.2005 року № 790. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1456-05>.
60. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / Під заг. ред. В.М. Лехан, В.М. Рудого. К., Вид-во Раєвського, 2005, 168 с.
61. Основы экономики здравоохранения : учебн. Пособие; под ред. Н. И. Вишнякова, В. А. Миняева. М. : МЕД пресс-информ, 2008. 144 с.
62. Пенькова О. Г. Вибір моделі фінансування галузі охорони здоров'я. *Актуальні питання сучасної економіки*. 2011. Ч. 2. С. 50–51.
63. Попович П. Я Економічний аналіз діяльності суб'єктів господарювання. Підручник. Тернопіль: Економічна думка, 2001. 365 с.
64. Попченко Т. П. Реформування сфери охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення : аналіт. доп. К. : НІСД, 2012. 96 с.
65. Про затвердження Плану рахунків бухгалтерського обліку в державному секторі. [Електронний ресурс]: затверджено наказом Міністерства фінансів України від 31.12.2013 року № 1203. URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/z0161-14>.
66. Про затвердження Порядку заповнення форм фінансової звітності в державному секторі та Змін до Національного положення (стандарту) бухгалтерського обліку в державному секторі 101 «Подання фінансової звітності» [Електронний ресурс]: затверджено наказом Міністерства фінансів України від 28.02.2017 року № 307. URL:<http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0384-17>.
67. Про затвердження Стратегії модернізації системи бухгалтерського обліку в державному секторі на 2007–2015 роки: Постанова Кабінету Міністрів України від 16.01.2007 р. № 34 [Електронний ресурс]. URL:<http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/34-2007-%D0%BF>.

68. Прядка Н.М. Концептуальні засади обліку нефінансових активів у контексті облікових стандартів. *Економічний вісник Запорізької державної інженерної академії*. 2017. Вип. 2 (2). С. 116–121.
69. Радиш Я.Ф., Мезенцева Н. Б., Буравльов Л. О. Держане регулювання медичної діяльності в Україні : генезис і тенденції розвитку. *Держава та регіони*. 2007. № 4. С. 142-146.
70. Регулирование предпринимательской деятельности в системе здравоохранения европейских стран / Перевод с англ. Ред. Р.Б. Солтман, Р. Буссе, Э. Моссиалос. М.: Весь мир, 2002. С. 12.
71. Рейтинг страховых компаний Украины (по данным журнала „Фориншурер”) [Электронный ресурс]. URL: <http://forinsurer.com/ratings/nonlife/12/12/45>. 02.08.2013
72. Рожелюк В. М., Денчук П. Н. Концептуальні основи обліково-аналітичного забезпечення системи менеджменту підприємства. *Сталий розвиток економіки : Всеукраїнський науково-виробничий журнал*. 2013. №1 (18). С. 270-274.
73. Рожелюк В. М. Міжнародний досвід формування облікової політики підприємства. *Інноваційна економіка*. 2009. № 2 (12). С. 123-127.
74. Рожелюк В. М. Нормативно-правове регулювання ведення бухгалтерського обліку як визначальний чинник його організації. *Бізнес-інформ*. Міжнародний науковий економічний журнал Харків, 2014. №7. С.225-229.
75. Рожелюк В. М. Організація бухгалтерського обліку діяльності переробних підприємств : монографія. К.: ННЦ ІАЕ, 2013. 488 с.
76. Рожелюк В. М., Дем'яненко М. Я. Системний підхід до формування облікової інформації для потреб управління. *Облік і фінанси. Науково-виробничий журнал*. 2016. №2 (72). С. 8-15.
77. Рожелюк В. М. Стандартизація та гармонізація обліку в контексті міжнародних та національних стандартів. *Інноваційна економіка*. 2011. № 4 (23). С. 105-108.

78. Рожелюк В. М., Питель С. В. Шляхи вирішення проблем формування облікової політики підприємства. *Інноваційна економіка*. 2009. № 3 (13). С. 79-83.
79. Рожелюк В. Н. Актуальные проблемы формирования учетной информации для потребностей управления. *Бухгалтерский учет и анализ: Научно-практический журнал*. 2013. №11 (203). С. 8–15.
80. Рожелюк В. Н. Проблемы процесса формирования учетной политики. *Международный бухгалтерский учет*. 2013. №46 (292). С. 41-49.
81. Рожелюк В. М., Денчук П. Н. Робочий план рахунків: підходи до побудови : мат. III міжнародної науково–практичної конференції «*Стан і перспективи розвитку обліково–інформаційної системи в Україні*», 10–11 жовтня 2014 р. Тернопіль, ТНЕУ, 2014. С. 52-55.
82. Рожелюк В. М., Щирба М. Т. Інформаційний аспект облікової політики. *Сучасні проблеми розвитку системи обліку в Україні: колективна монографія.* / за ред. док. екон. наук, проф. М. С. Пушкаря. Тернопіль: ТНЕУ, 2010. С. 236-254.
83. Рожелюк В. М. Міжнародний досвід формування облікової політики підприємства. *Інноваційна економіка*. 2009. № 2 (12). С. 123-127.
84. Рожелюк В. М., Денчук П. Н. Проблеми та перспективи впровадження всесвітніх стандартів обліку і звітності. *Сталий розвиток економіки: Всеукраїнський науково-виробничий журнал*. 2011. № 5 (8). С. 181-187.
85. Рудень В. В., Сидорчук О. М. Стан системи охорони здоров'я населення в країні ринковим перетворенням. *Новини медицини та фармації*. 2007. № 9. С. 5-8.
86. Свірко С. В. Бухгалтерський облік у бюджетних установах: методологія та організація : Монографія. К.: КНЕУ, 2006. 244 с.
87. Свірко С. В. Розвиток оцінки нефінансових активів у бюджетних установах: історичні традиції та сучасні тенденції. *Незалежний аудитор*. 2013. № 5. С. 23-34.

88. Свірко С.В. Облікова політика бюджетних установ як дієвий інструмент оптимізації їх бухгалтерського обліку. *Фінанси, облік і аудит*. 2015. Вип. 1. С. 269-295.
89. Свірко С. В. Організація бухгалтерського обліку в бюджетних установах : навч. посібник. К. : КНЕУ, 2003. 380 с.
90. Семанюк В. З. Інформаційна теорія обліку в постіндустріальному суспільстві : монографія. Тернопіль: ТНЕУ. 2018. 392 с.
91. Семанюк В.З. Пушкар М.С. Внутрішній аудит : підручник. Тернопіль: Карт-бланш, 2016. 213 с.
92. Семанюк В. З. Теоретичне обґрунтування аутсорсингу облікової функції на підприємстві. *Глобальні та національні проблеми економіки : електрон. наук. фахове вид.* 2015. Вип. 6. URL: <http://global-national.in.ua/issue-6-2015/14-vipusk-6-lipen-2015-r/1149-semanyuk-v-z-teoretichne-obgruntuvannya-autsorsingu-oblikovoji-funksiji-na-pidpriemstvi>.
93. Семанюк В. З. Ускладнення інформаційного середовища підприємств в новій економічній формації. *Глобальні та національні проблеми економіки : електрон. наук. фахове вид.* 2016. URL: <http://global-national.in.ua/issue-13-2016/21-vipusk-13-zhovten-2016-r/2488-semanyuk-v-z-uskladnennya-informatsijnogo-seredovishcha-pidpriemstv-v-novij-ekonomichnij-formatsiji>
94. Сіташ Т. Д. Фінансування системи охорони здоров'я в Україні : тенденції та реформування. *Механізм регулювання економіки*. 2012. № 1. С. 164-169.
95. Скороход А. В. Медико-соціальне обґрунтування моделі добровільного медичного страхування в системі бюджетно-страхової медицини (на прикладі Сумської області): дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03; Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П. Л. Шупика. Київ, 2015. 165 с.
96. Слабкий Г. А., Пархоменко Г. Я. К вопросу о реформировании системы здравоохранения: международный опыт. *Український медичний часопис*. 2012. №3 (89). V/VI.
97. Слабкий Г. О., Шевченко М. В., Заглада О. О. Сучасні підходи до фінансування системи охорони здоров'я. К., 2011. 345 с.

98. Солдатенко О. Реімбурсація як один із видів фінансування видатків на охорону здоров'я. *Віче*. К., 2010. №8. С. 18-19.
99. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я (для студентів стоматологічного факультету); за ред. Н. І. Кольцової, О. З. Децик. Івано-Франківськ, 2000. 252 с.
100. Соціальна медицина та охорона здоров'я / Під заг.ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. Тернопіль: Укрмедкнига, 2010. 689 с.
101. Стратегія модернізації системи бухгалтерського обліку в державному секторі на 2007-2015 роки: постанова Кабінету міністрів України від 16.01.2007 р. № 34 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.minfin.gov.ua>.
102. Трикоз И. В. Оценка социально-экономического состояния сферы здравоохранения/ И. В. Трикоз // Вісник Бердянського університету менеджменту і бізнесу. 2011. №4(16). С. 93-97.
103. Тулай О. І. Медичне страхування в системі фінансування охорони здоров'я. *Вісник THEU*. № 1. 2009. С. 136-147.
104. Финансирование здравоохранения в Европейском союзе. Проблемы и стратегические решения : науч. изд. / S. Thomson, T. Foubister, E. Mossialos; Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. Копенгаген: ВОЗ, 2010. 241 с.
105. Чередниченко Т. Аналіз фінансово-господарської діяльності бюджетних установ (на прикладі державних медичних установ м. Києва) : автореф. дис. канд. екон. наук: 08.06.04; Київ. нац. екон. ун-т. К., 2003. 18 с.
106. Шутов М. М. Организационно-экономический механизм развития системы здравоохранения в регионе : Монография. Донецк: ВИК, 2005. 320 с.
107. Яковлев В. П. Деловой план медицинского учреждения как механизм стратегического управления здравоохранением // Экономика здравоохранения. № 7. 2002.
108. Яришко О., Ткаченко Є. Фінансовий аналіз діяльності бюджетної організації. *Вісник Запорізького національного університету* : Економічні науки. Запоріжжя: ЗНУ, 2008. № 1. С. 174-180.