

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**Факультет фінансів та обліку
Кафедра фінансового контролю та аудиту**

ШЕВЧУК Валентина Степанівна

**СТВОРЕННЯ НЕПРИБУТКОВОГО КОМУНАЛЬНОГО
МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ Й ОБЛІК, КОНТРОЛЬ ТА АНАЛІЗ
ЙОГО ДІЯЛЬНОСТІ**

спеціальність – 071 «Облік і оподаткування»
освітня програма – Аудит та державний фінансовий контроль
освітній ступінь – магістр

Науковий керівник:
д.е.н., професор М. Р. Лучко

Тернопіль-2022

ЗМІСТ

| | |
|---|----|
| Список умовних позначень | 3 |
| ВСТУП | 4 |
| РОЗДІЛ 1. Концептуальні засади створення та функціонування неприбуткового медичного закладу | 7 |
| 1.1 Сучасний стан вітчизняної медичної системи | 7 |
| 1.2 Державне регулювання діяльності неприбуткових медичних закладів | 17 |
| Висновки до розділу 1 | 26 |
| РОЗДІЛ 2. Особливості створення та функціонування неприбуткового комунального медичного закладу | 27 |
| 2.1 Передумови та алгоритм створення неприбуткового комунального медичного закладу | 27 |
| 2.2 Організація системи обліку при створенні неприбуткового комунального медичного закладу | 37 |
| 2.3 Ресурсне забезпечення діяльності неприбуткового комунального медичного закладу | 48 |
| Висновки до розділу 2 | 56 |
| РОЗДІЛ 3. Контроль та аналіз діяльності неприбуткового комунального медичного закладу | 57 |
| 3.1 Контроль діяльності неприбуткового комунального медичного закладу | 57 |
| 3.2 Аналіз діяльності неприбуткового комунального медичного закладу | 64 |
| 3.3 Аналіз маркетингової діяльності у закладах охорони здоров'я | |
| Висновки до розділу 3 | 78 |
| ВИСНОВКИ | 79 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ | 82 |
| ДОДАТКИ | 91 |

СПИСОК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

НП(С)БО – Національне положення (стандарт) бухгалтерського обліку

КМЗ – комунальний медичний заклад

МСФЗ – Міжнародні стандарти фінансової звітності

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

НСЗУ – Національна служба здоров'я України

ПДВ – податок на додану вартість

ВСТУП

Актуальність теми. У світовому і вітчизняному вимірі перед системою охорони здоров'я стоїть ряд завдань, проте основним є збереження здоров'я населення та турбота про фізичний та емоційний стан громадян. Для отримання окресленої мети перед державою формується виклик створення ефективної та надійної медичної системи і її фінансового забезпечення. Фінансування послуг медичного закладу, лікарських засобів й медикаментів відображає важелі державного впливу на стан системи охорони здоров'я.

Розвиток ринкового середовища, економіки та науково-технічного прогресу замовив необхідність здійснити реформування системи охорони здоров'я. Відтак зміна в структурі роботи медичної системи та способів фінансування створила об'єктивну необхідність виникнення комунальних неприбуткових медичних закладів, як нового виду медичних закладів. Сучасні умови та стан функціонування українських закладів у медичній галузі сформував необхідність розробки ефективної моделі господарювання і побудови дієвої управлінської системи на основі механізмів економічної практики.

Мета і завдання дослідження. Головна мета випускної кваліфікаційної роботи полягає в дослідженні процесу створення неприбуткового комунального медичного закладу і організації обліку, контролю і аналізу його діяльності.

Задля виконання поставленої мети дослідження визначено наступні завдання:

- проаналізувати сучасний стан медичної системи в Україні
- сформувати механізм державного регулювання діяльності неприбуткових медичних закладів
- визначити алгоритм створення неприбуткового комунального медичного закладу;
- запропонувати методику організації системи обліку при створенні неприбуткового комунального медичного закладу;

- визначити необхідність забезпечення ресурсами для ефективної діяльності медичного закладу;
- визначити основні напрями контролю в досліджуваному медичному закладі;
- здійснити аналіз діяльності неприбуткового комунального медичного закладу
- дослідити особливості маркетингової діяльності в сфері охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження є процес створення неприбуткового комунального медичного закладу і організація обліку, контролю та аналізу діяльності «Тернопільської комунальної міської лікарні № 2»

Предметом дослідження є організаційні, теоретичні, методичні і практичні засади процесу створення неприбуткового комунального медичного закладу і організації обліку, контролю і аналізу його діяльності.

Методи дослідження. Для дослідження динаміки і кількості лікарняних закладів та ліжок, графічний, коефіцієнтів, порівняння; для визначення системи фінансування – індукції, дедукції, моделювання; для розробки алгоритму створення медичного закладу, впровадження системи обліку та контролю – аналогії, порівняння; для аналізу діяльності медичного закладу – аналізу, синтезу, коефіцієнтів, графічний.

Наукова новизна отриманих результатів полягає у наступному:

- проаналізовано динаміку кількості лікарняних закладів та лікарняних ліжок протягом останніх років і сформовано чинники конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я;
- визначено нормативно-правове регулювання діяльності неприбуткових закладів охорони здоров'я та сформовано механізм фінансування їх діяльності;
- сформовано алгоритм створення неприбуткового комунального медичного закладу та запропоновано критерії визначення ефективності його діяльності;

- узагальнено методику обліку медичних виробів та лікарських засобів й представлено механізм обліку оборотних та необоротних активів;
- сформовано критерії забезпечення неприбуткового комунального медичного закладу матеріальними, фінансовими та трудовими ресурсами для його ефективного функціонування;
- запропоновано схему контролю в досліджуваному медичному закладі з виокремленням мети, завдання, суб'єктів, об'єктів, підрозділів та їх функціонального зв'язку;
- проведено аналіз ключових показників діяльності комунального медичного закладу та розроблено рекомендації стосовно їх покращення;
- досліджено особливості маркетингової діяльності в сфері охорони здоров'я та розроблено ряд пропозицій щодо її покращення в досліджуваному медичному закладі.

Практичне значення отриманих результатів. Результати проведеного дослідження у кваліфікаційній роботі придатні для їх практичного застосування при створенні неприбуткового комунального медичного закладу і організації обліку, контролю і аналізу його діяльності.

Апробація результатів дипломної роботи. За результатами магістерської роботи опубліковано дві статті в збірнику наукових праць кафедри фінансового контролю та аудиту Західноукраїнського національного університету.

Обсяг і структура роботи. Випускна кваліфікаційна робота складається з вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків.

РОЗДІЛ 1. Концептуальні засади створення та функціонування неприбуткового медичного закладу

1.1. Сучасний стан вітчизняної медичної системи

Розвиток ринкової економіки диктує свої умови функціонування, що поширюється також на заклади охорони здоров'я. У системі охорони здоров'я протягом довгого періоду часу домінували адміністративні методи управління. Такий підхід був основою екстенсивного розвитку та невідповідності медичної системи вимогам часу. Розвиток сучасної ринкової системи на основі економічних інструментів та важелів впливу стимулює розвиток нових медичних закладів та ступеня надання допомоги медичними закладами.

Основними вимогами часу стосовно медичних закладів є підвищення якості надання профільних послуг, оптимізації витрат та збільшення соціальних гарантій [65]. Такий підхід можливий лише із впровадженням новітніх систем управління КМЗ, розробки спеціальних методів менеджменту на основі новітніх підходів, проте з врахуванням специфіки охорони здоров'я.

Вітчизняна структура охорони здоров'я перебуває на етапі реформування та створення нової моделі функціонування. Нова модель є більш наближеною до європейських стандартів та містить новітні практики в наданні медичної допомоги. Модернізація структури охорони здоров'я в КМЗ полягає в налагодженні дієвої комунікації між пацієнтами, як споживачами послуг медичної установи та медичними працівниками, як надавачами цих послуг. Оскільки за новою реформою надходження коштів до неприбуткового КМЗ відбувається завдяки пацієнтам, то особливо важливого значення набуває процес отримання медичної допомоги та документальне підтвердження фактів здійснення лікування. Така комунікація відбувається на основі формування трикутника Споживач – Послуга –

Постачальник. Окреслена схема представлена на рисунку 1.1 з деталізацією зв'язків між елементами.

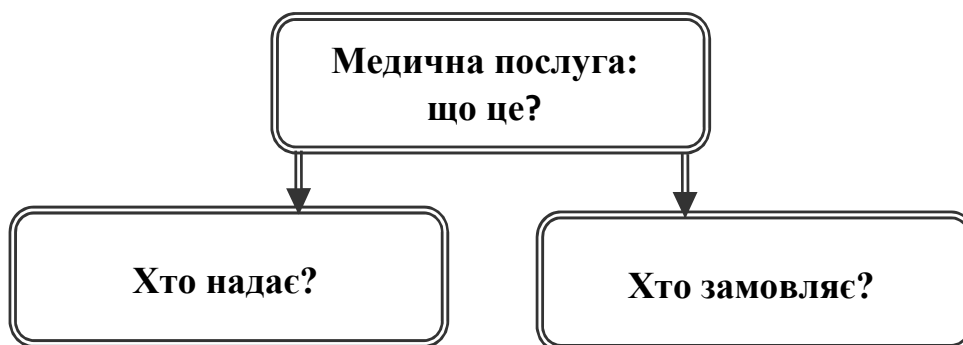


Рис. 1.1. Трикутник взаємозв'язку в медичній системі

С. О. Назарко зазначає, що «медичною послугою є продукція медичного закладу, яка полягає в поверненні здоров'я та забезпеченні звичайного життя населення» [47]. Постачальником виступає медичний заклад, як виробниче підприємство, що здійснює свою діяльність на основі злагоджених управлінських дій з врахуванням принципів маркетингу та менеджменту. Сучасні теоретики та практики виокремлюють ряд інноваційних підходів у системі управління, а саме логістичні підходи, тайм-менеджмент, проект-менеджмент, які з врахуванням специфіки галузі можуть бути застосовані і у неприбуткових медичних закладах.

Основним напрямом маркетингових переваг у медичній галузі є якісні показники надання медичних послуг, адже саме вони є ключовим параметром звернення пацієнтів. За цими показниками пацієнти, як замовники послуг, оцінюють кінцевий результат [24].

Якість медичної системи у значному обсягу залежить від здатності пацієнтів отримувати кваліфіковану допомогу вчасно. Цей показник роботи медичної системи характеризується доступністю та кількістю закладів охорони здоров'я, їх географічним розташуванням, транспортним сполученням, забезпеченням профільними спеціалістами та лікарняними місцями, доступністю медикаментів. Для характеристики медичної системи України наведено показники зміни кількості закладів надання медичної допомоги на основі статистичної інформації протягом 2000-2021 років в

таблиці 1.1. У таблиці міститься інформація про кількісні характеристики лікарняних закладів та лікарняних ліжок.

Таблиця 1.1

Показники кількості лікарняних закладів та лікарняних ліжок протягом 2000-2021 років [66; 69]

| Рік | Кількість лікарняних закладів, тис. од. | Динаміка кількості лікарняних закладів, тис. од. | Приріст або зменшення кількості лікарняних закладів, % | Кількість лікарняних ліжок, тис. од. | Динаміка кількості лікарняних ліжок, тис. од. | Приріст або зменшення кількості лікарняних ліжок, % |
|------|---|--|--|--------------------------------------|---|---|
| 2000 | 3,3 | - | - | 466 | - | - |
| 2005 | 2,9 | -0,4 | -12,12 | 445 | -21 | -4,51 |
| 2010 | 2,8 | -0,1 | -3,45 | 429 | -16 | -3,60 |
| 2015 | 1,8 | -1 | -35,71 | 333 | -96 | -22,38 |
| 2016 | 1,7 | -0,1 | -5,56 | 315 | -18 | -5,41 |
| 2017 | 1,7 | 0 | 0,00 | 309 | -6 | -1,90 |
| 2018 | 1,7 | 0 | 0,00 | 302 | -7 | -2,27 |
| 2019 | 1,6 | -0,1 | -5,88 | 295 | -7 | -2,32 |
| 2020 | 1,6 | 0 | 0,00 | 275 | -20 | -6,78 |
| 2021 | 1,2 | -0,4 | -25,00 | 245 | -30 | -10,91 |

Протягом 2000-2021 років значно зменшилась кількість закладів охорони здоров'я. На основі статистичної інформації наведеної у таблиці 1.1 простежується динаміка різкого зменшення кількості лікарняних закладів вторинної та третинної ланки. Аналізуючи представлені дані видно, що в 2000 р. існувало 3,3 тис медичних закладів, які розміщували 466 тис хворих. Уже через п'ять років їх кількість зменшилась на 12,02 %, а саме 0,4 тис. У 2015 р. кількість медичних закладів становила 1,8 тис одиниць, що на 35,71 % менше ніж в 2010 р. Це є одним із пікових періодів у зменшенні закладів

охорони здоров'я. У наступні роки їх кількість залишалась приблизно на однакових показниках. Винятком став 2021 рік, який характеризується значним зменшенням закладів охорони здоров'я (на 25 % менше у порівнянні з досліджуваним попереднім роком, що становить 0,4 тис. одиниць). Значне зменшення лікарняних закладів зумовлено значною оптимізацією медичних установ, їх укрупненням та узагальненням. У графічному вираженні динаміка кількості лікарняних закладів представлена на рис. 1.2.

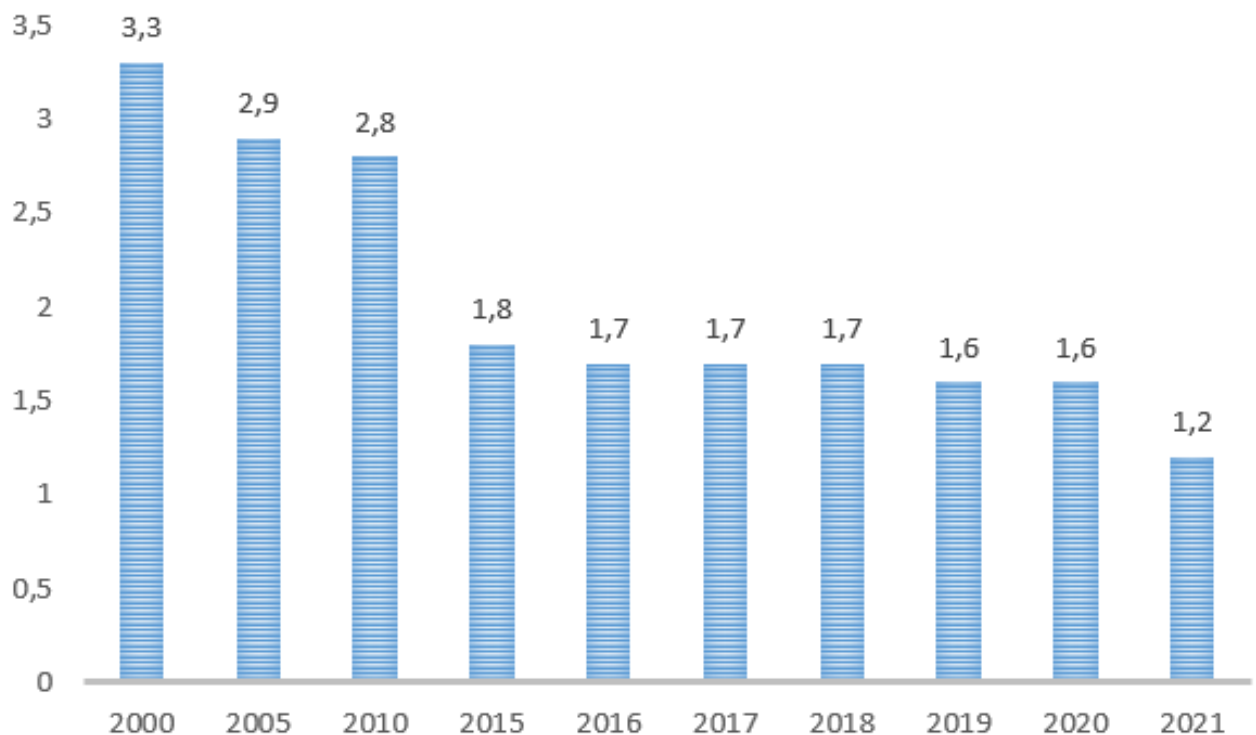


Рис. 1.2. Динаміка кількості лікарняних закладів протягом 2000-2021 років, тис. одиниць

Проте оцінювати кількість та якість лікарняних закладів тільки за кількісними показниками є доволі необ'єктивно. Їх роботу також варто вивчати у поєднанні з числовим вираженням лікарняних ліжок. Протягом 2000-2021 років кількість лікарняних ліжок також значно зменшилась, а саме в 2000 р. їх кількість становила 466 тис. одиниць, а в 2021 р. – лише 245 тис. одиниць. Така динаміка спостерігалась протягом усього періоду. В 2005 році кількість лікарняних місць становила 445 тис., в 2010 – на 3,6 % менше (429

тис. од.), в 2015 – на 22,38 % менше (тобто на 96 тис. од. менше (333 тис. одиниць).

У 2016 році кількість лікарняних місць зменшилась на 5,41 % (18 тис. од.), 2017 – 1,9 % (6 тис. од.), 2018 – 2,27 % (7 тис. од.), 2019 – 2,32 % (7 тис. од.), 2020 – 6,78 % (20 тис. од.). Найбільшого зменшення кількості лікарняних ліжок було досягнуто в 2021 році, а саме їх кількість становила 245 тис. од, що на 10,91 % менше у порівнянні з попереднім роком. Зважаючи на динаміку забезпечення лікарняними місцями 2021 рік можна вважати найбільш кризовим від початку медичної реформи. У графічному вираженні динаміка кількості лікарняних ліжок представлена на рисунку 1.3.

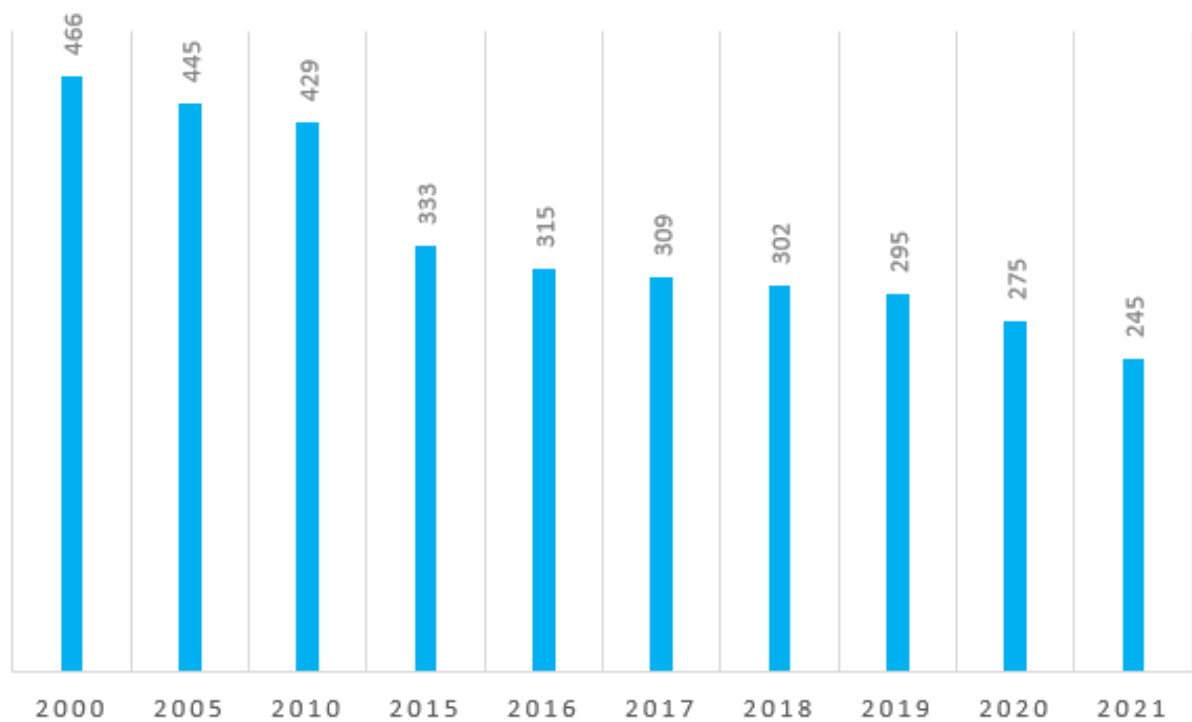


Рис. 1.3. Динаміка кількості лікарняних місць

Провівши детальний аналіз рисунків 1.2. та 1.3. можна зробити висновок, що незважаючи на однаковий рівень кількості медичних закладів, а саме 1,7 тис. одиниць, протягом 2016-2018 років кількість лікарняних місць продовжувала зменшуватись (з 315 тис. одиниць до 302 тис. одиниць). Значне зменшення лікарняного забезпечення показує гострий дефіцит медичних ресурсів, що в свою чергу може вплинути на якість та тривалість життя населення.

Ключовими факторами конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я є:

- адміністративна ефективність (результативність використання наявних фінансових, кадрових, інформаційних ресурсів);
- медична ефективність (здатність вирішувати потреби споживачів шляхом надання лікувальних та консультативних послуг);
- економічна ефективність (здатність здійснювати медичну допомогу з оптимальним використанням ресурсів та фінансів);
- безпечність (надана медична допомога повинна мінімізувати ризики погіршення здоров'я);
- результативність (отримання найкращих результатів шляхом надання медичних послуг, які ґрунтуються на принципах доказової медицини та наукових знаннях);
- своєчасність (розробка оптимальних термінів отримання медичних послуг);
- рівність (медична допомога надається в однаковому обсягу не залежно від статі, раси, віросповідання, національності, соціально-економічного статусу та місця проживання);
- людиноцентричність (зорієнтованість медичної системи на особливості культурних та індивідуальних цінностей) [21].

Окреслені фактори результативного функціонування медичних закладів в сфері охорони здоров'я знаходяться у тісній взаємозалежності й взаємозв'язку (рис. 1.4)

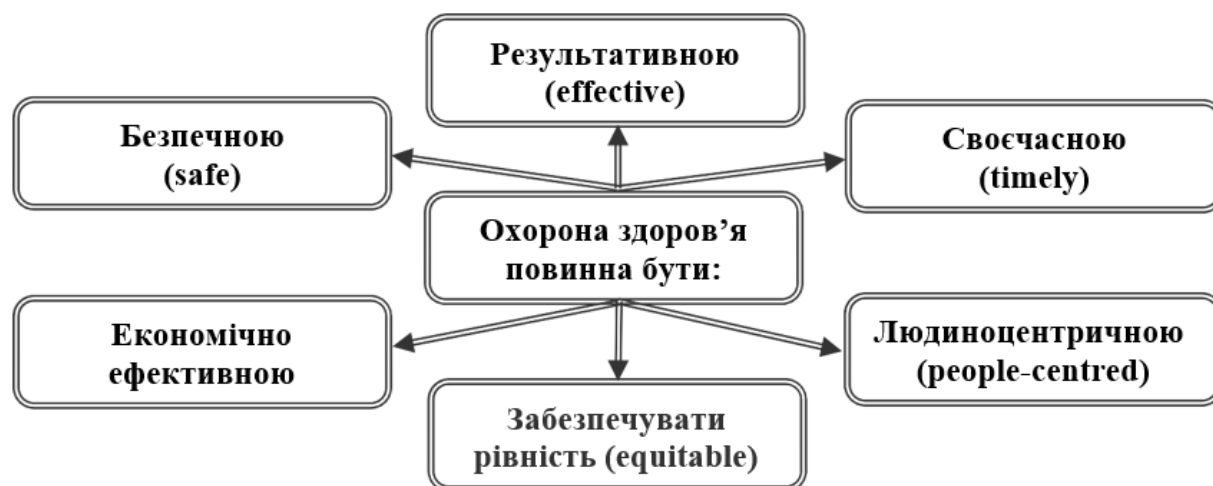


Рис. 1.4. Чинники конкурентоздатності закладів охорони здоров'я

На основі окреслених факторів конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я для неприбуткового КМЗ важливим є їх врахування при розробці конкурентної політики.

Сучасна медична система зазнає значного зменшення у кількості медичних закладів протягом кількох останніх років. Така тенденція може значно відобразитися на якості життя населення. Важливим є також проведення аналізу існуючої системи охорони здоров'я в розрізі географічного розташування. У таблиці 1.2. подано кількість лікарняних ліжок у медичних закладах у західному регіоні України протягом 2000-2020 років.

Таблиця 1.2

Кількість лікарняних ліжок у західному регіоні
України, тис. одиниць [66; 69]

| Рік | Тернопільська обл. | Львівська обл. | Хмельницька обл. | Івано-франківська обл. | Рівненська обл. |
|------|--------------------|----------------|------------------|------------------------|-----------------|
| 2000 | 10,7 | 25,8 | 13,2 | 12,8 | 10,3 |
| 2005 | 10,1 | 24,8 | 12,2 | 12,7 | 10,5 |
| 2010 | 9,9 | 24,7 | 12,8 | 12,5 | 10,5 |
| 2015 | 9,4 | 22,7 | 11,1 | 11,2 | 9,6 |

| | | | | | |
|------|-----|------|------|------|-----|
| 2017 | 8,7 | 20,8 | 10,9 | 10,6 | 8,6 |
| 2018 | 8,7 | 19,6 | 9,9 | 10,2 | 8,5 |
| 2019 | 8,3 | 18,9 | 9,6 | 9,8 | 8,4 |
| 2020 | 7,8 | 17,9 | 9 | 9,1 | 7,9 |

Аналізуючи дані таблиці 1.2 можна стверджувати, що найбільше забезпечення лікарняними місцями є у Львівській області. Хоча усі ці області за кількістю населення є схожими, проте рівень забезпечення значно відрізняється. Протягом усього періоду кількість лікарняних місць в західному регіоні зменшувалась, а саме у 2000 р. в Тернопільській області їх кількість становила 10,7 тис. одиниць, в 2015 р. – 9,4 тис. од., а в 2020 р. – 7,8 тис. од. У Львівській, Хмельницькій, Івано-Франківській та Рівненській областях простежується схожа тенденція. Графічна візуалізація кількості лікарняних ліжок на основі таблиці 1.2 представлена на рисунку 1.5.

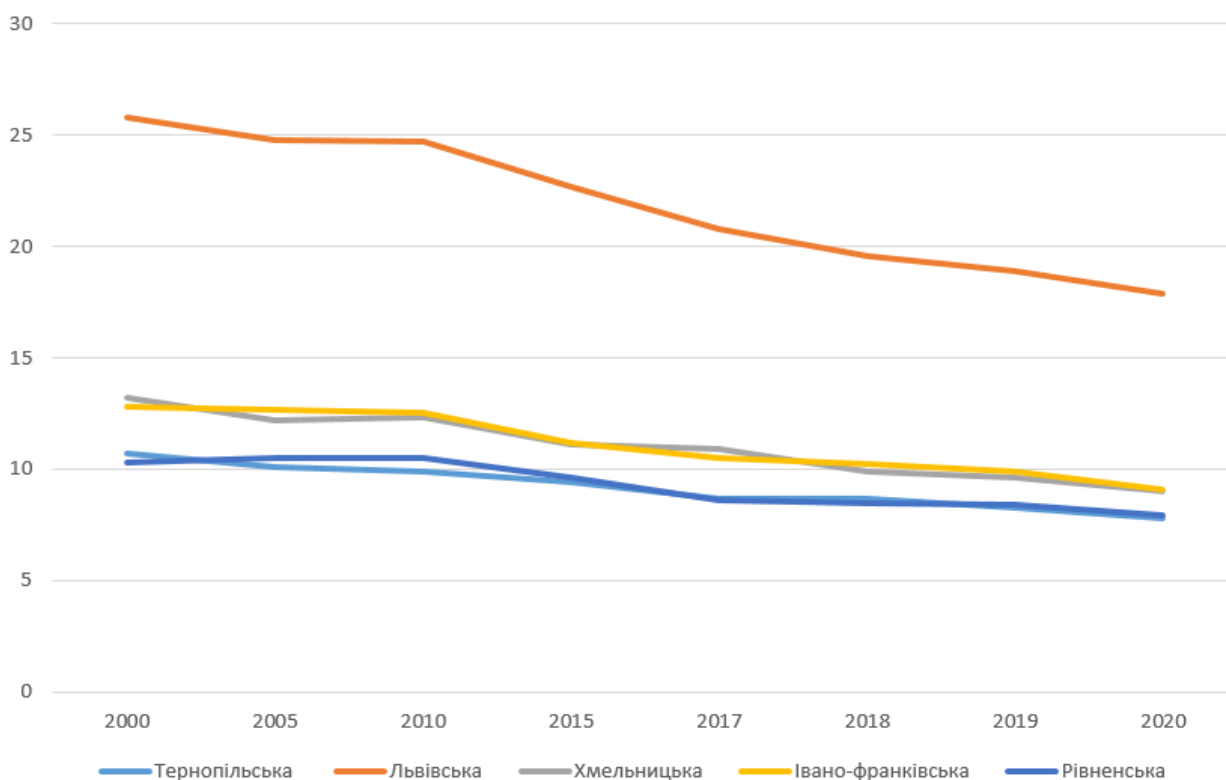


Рис. 1.5. Графік зміни кількості лікарняних ліжок протягом 2000-2020 років

Значне зменшення забезпечення лікарняних закладів розміщувати пацієнтів створює об'єктивну необхідність створення дієвої системи

менеджменту хворих. Одним із найефективніших методів менеджменту пацієнтів на основі сучасних інформаційних технологій є впровадження електронної системи eHealth. Основними завданнями eHealth є покращення інформатизації за допомогою використання електронних засобів шляхом забезпечення швидкого доступу до медичних послуг і їх покращення завдяки наявності усіх потрібних даних про пацієнта. Ця інноваційна електронна система супроводжує зміни в менеджменті медичних закладів та вдосконалює фінансування медичних послуг [55].

У постанові № 411 Кабінет міністрів України прийнятої від 25.04.2018 р. затвердив Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я, чим на законодавчому рівні визначив механізми функціонування електронної системи в охороні здоров'я і значно покращив способи комунікації між пацієнтами та лікарями. Таким чином в період інтенсивного застосування здобутків науково-технічного прогресу медична система теж відповідає часу та стає більш прозорою. Відтак мінімізуються нецільові використання коштів та оптимізується фінансове забезпечення.

До початку проведення реформ у системі функціонування медичних закладів витрати на охорону здоров'я покривалися приблизно на 51% за рахунок бюджету, що дорівнювало близько 4% ВВП. Найбільше грошових витрат здійснювалось на оплату праці та комунальне страхування. Додаткові витрати включали оплату обладнання, лікування та необхідних матеріалів. Заклади охорони здоров'я передбачають догляд за пацієнтами, наприклад придбання ліків і витратних матеріалів, проте внаслідок нестачі фінансових ресурсів окреслених ресурсів не вистачало та можна було здійснювати лише за власні кошти пацієнтів.

Україна планує вирішити ці проблеми шляхом переходу на систему, коли гроші йдуть за пацієнтом, а не виділяються державою загалом на медичний заклад чи регіон. Замість того, щоб фінансувати заклади охорони здоров'я на основі їхнього бюджету, організації охорони здоров'я стають автономними підприємствами, які отримують оплату на основі ефективності

своєї медичної допомоги. Медичні заклади на основі укладеного договору з НСЗУ отримують оплату за обслуговування пацієнтів за результатами підписаних декларацій [57]. Отримані вільні кошти моують більш раціонально використовуватись для медичного призначення.

В сучасних ринкових умовах надання послуг медичними закладами виникає об'єктивна необхідність дбати про якість надання послуг. Одним із важливих методів управління медичними закладами є використання спеціальних моделей та систем, які дозволять покращити якість надання послуг та збільшити ефективність менеджменту.

Одним із методів управління закладом надання медичної допомоги є застосування медичних систем, які зорієнтовані на показниках якості послуг та рівня задоволення пацієнтів. Такі моделі розробляються на основі міжнародних стандартів якості, тобто ISO 9001. Серед основних: система якості Міжнародного товариства якості охорони здоров'я; модель спільної комісії з акредитації організацій охорони здоров'я; модель постійного [29].

Менеджмент закладів охорони здоров'я спрямований на якість має цільове направлення на чотири основних вектори, а саме: забезпечення медичними препаратами та обладнанням; забезпечення кваліфікованого адміністративного персоналу; забезпечення профілактичної, діагностичної, лікувальної, реабілітаційної допомоги та догляду за хворими; контроль, оцінка та аналіз кожного виду діяльності. Моніторинг усіх цих напрямів повинен відбуватися на кожному рівні управління структурним підрозділом [40].

У той час як сучасні системи охорони здоров'я стикаються з постійними змінами, традиційні лікарні не адаптувалися належним чином. Тому реформування медичної галузі потребує врахування нових викликів, як ендогенних, так і екзогенних, а також децентралізації та реформування галузі. Необхідно впроваджувати нові підходи до фінансування охорони здоров'я. Це й удосконалення систем планування, організації та координації діяльності медичних установ. Крім того, лікарням необхідно створити нові

методи найму спеціалістів і збору інформації. Їм необхідно покращити відповідність міжнародним стандартам якості послуг медичних установ і ретельно дбати про дотримання нормативних та правових вимог стосовно функціонування медичного закладу.

1.2. Державне регулювання діяльності неприбуткових медичних закладів

Державне регулювання медичної системи в Україні відбувається на основі впливу на об'єкти, суб'єкти діяльності, визначення їх цілей а принципів роботи на основі розробки інструментів реалізації механізму взаємодії. Основними суб'єктами державного регулювання в медичній сфері є органи місцевого самоврядування й державної влади, виконавчі, судові та законодавчі органи, політичні та громадські об'єднання. Регулювання медичної системи відбувається шляхом визначення мети, завдання, напрямів, принципів державної політики та визначення бюджетного фінансування. Міністерство охорони здоров'я здійснює рад дій для врегулювання роботи системи охорони здоров'я і провадження державної політики. Міністерство охорони здоров'я разом з Кабінетом міністрів України розробляють інструменти для надійної роботи медичної системи, встановлюють державні стандарти, проводять планування й прогнозування, готують програми державних закупівель з метою надходження до галузі необхідних ресурсів, проводять контроль за виконанням встановлених норм. Державне регулювання медичної системи здійснюється з метою виявлення необхідних потреб у медичних послугах, збору інформації про ресурси, планування роботи закладів надання медичної допомоги, створення якісної та надійної медичної системи, попередження захворювань та епідемій, лікування та діагностики.

Забезпечення населення якісними медичними послугами, медичної допомогою та медикаментами й створення медичної системи за новітніми технологіями є основними завданнями державного регулювання системи охорони здоров'я в умовах світового та вітчизняного реформування. Держава через урядові структури здійснює безпосереднє керування системою охорони здоров'я; забезпечує профілактичну діяльність; проводить підвищення кваліфікації кадрів; формує нормативно-правове забезпечення; адаптацію

медичної системи до вимог часу на національному та глобальних рівнях [23, с. 31].

При здійсненні регулювання медичної системи органи державної влади повинні суворо дотримуватись ряду принципів, а саме законності, послідовності, прозорості, оптимальності, пріоритетності, передбачуваності, ефективності, соціальної відповідальності. Водночас основними методами стосовно державного регулювання є економічні, адміністративні, соціально-мотиваційні та правові методи. В Україні реформується система охорони здоров'я, і дуже гостро стоїть питання фінансування медичних закладів. Сьогодні гостро постає питання фінансування, оскільки бюджетних коштів недостатньо для покриття всіх ланок системи охорони здоров'я, необхідно шукати додаткові джерела фінансування та поєднувати їх із потоками фінансування.

У 2015 році український уряд розпочав реформу в системі забезпечення охорони здоров'я для покращення здоров'я населення і запобігання надмірній системі оплати із власних коштів шляхом підвищення ефективності, припинення надання застарілих послуг та спрощення доступності до отримання якісного медичного обслуговування. Окреслена реформа має на меті значно змінити медичну систему в Україні, наблизити рівень надання медичних послуг до європейських, сформувати надійну систему попередження захворюваності населення, розробити методи ранньої діагностики різних захворювань, що в синергетичному ефекті покращить рівень життя населення.

Пріоритетними цілями стратегії є проведення фінансових реформ системи охорони здоров'я (прискорення трансформації надання медичних послуг), впровадження інформаційних технологій як прискорювача. У жовтні 2017 року прийнято новий Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», яким врегульовано особливості фінансування в системі охорони здоров'я. Слідом за ним прийнято ряд нормативно-правових актів, що стали основою для політичних та правових

механізмів фінансування у сфері охорони здоров'я [64]. У таблиці 1.3 наведено перелік основних нормативно-правових документів, що регулюють медичну сферу.

Таблиця 1.3

Нормативно-правове регулювання медичної системи

| Назва документа | Дата затвердження | Номер документа |
|--|-------------------------|-----------------|
| Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» | 19 жовтня 2017 р. | 2168-VIII |
| Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» | 14 листопада 2017 р. | 2206-VIII |
| Закон України «Про публічні закупівлі» від | 25 грудня 2015 р. | 922-VIII |
| Закон України «Про лікарські засоби» | 4 квітня 1996 р. | 123 |
| Закон України «Про Державний бюджет України на 2022 рік» | 2 грудня 2021 р. | 1928-IX |
| Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції реформи системи фінансування охорони здоров'я» | 30 листопада 2016 р. | |
| Про затвердження «Методичних рекомендацій ведення обліку лікарських засобів та медичних виробів у закладах охорони здоров'я» | 9 вересня 2014 р. | 635 |
| Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» | 19 березня 2018 р. | 504 |

Система охорони здоров'я укомплектується з багатьох рівнів на які покладено ряд функцій і обов'язків. Кожна із складових системи покликана забезпечувати надійне та злагоджене функціонування системи. На рисунку 1.6 представлено систему вітчизняного фінансування медичної системи.

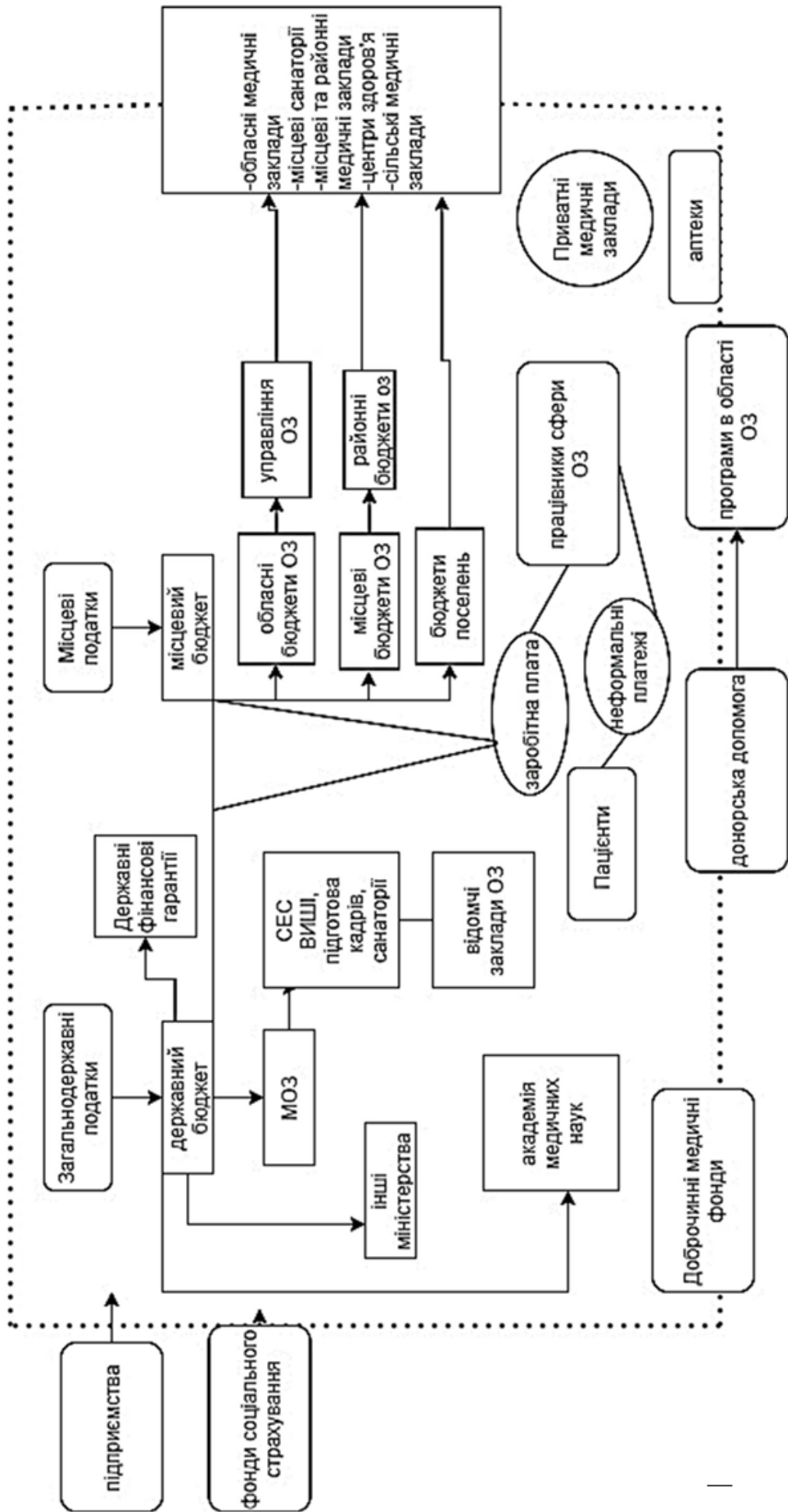


Рис. 1.6. Система фінансування медичної системи

Згідно Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [51] ключовими джерелами фінансування системи охорони здоров'я є кошти:

- з Державного бюджету України та з місцевих бюджетів,
- фізичних і юридичних або інші надходження не заборонені законом.

Науково обґрунтовані нормативи є основою для розрахунку рівня фінансового забезпечення медичної допомоги. Згідно статті 49 в Конституції України «Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності» [31].

Кошти з державного бюджету України, а також з місцевих бюджетів, що спрямовуються на охорону здоров'я, скеровуються на фінансування медичної допомоги населенню, державних цільових і місцевих програм в охороні здоров'я, а також фундаментальних наукових досліджень у цьому напрямі. Фінансування комунальних і державних закладів в охороні здоров'я здійснюється згідно бюджетному законодавству.

Медичні заклади з підпорядкування охороні здоров'я та у фізичних осіб-підприємців (якщо вони зареєстровані та отримали ліцензію про право здійснення господарської діяльності у сфері медичної практики в установленому законодавством порядку, з якими здійснено укладення договору стосовно надання медичних послуг для населення), медична допомога надається безкоштовно за рахунок бюджету [54].

Також варто відмітити, що договори про здійснення медичного обслуговування складатися на певний бюджетний період, основою для котрих є вартість й обсяг послуг, а замовниками є органи місцевого самоврядування й державної влади. Вартість наданих послуг розраховується відповідно до структури витрат стосовно надання послуги та з урахуванням галузевих стандартів.

Порядок укладання договорів, типову форму договору, методику розрахунку вартості послуги та перелік медичних послуг за кошти юридичних чи фізичних осіб затверджує Кабінет Міністрів України. Тому задля підвищення якості обслуговування медичні заклади також можуть залучати кошти юридичних і фізичних осіб. Медичні заклади в умовах реформування визначають плату за медичні послуги, якщо вони виходять за межі умов договорів про обслуговування, укладених з розпорядниками бюджетних коштів [54; 56].

Щодо державних фінансових гарантій, то на їх основі держава гарантує отримання медичних послуг та ліків. На рис. 1.7 представлено, що саме включає система фінансування.



Рис. 1.7. Державні фінансові програми медичних гарантій

Міністерство фінансів України проводить активну співпрацю з МОЗ стосовно визначення якості в наданні медичних послуг. Основними принципами програми медичних гарантій є дотримання вимог законодавства, різноманітні державні гарантії, якість медичних послуг, раціональне та цільове використання коштів, використання медичних послуг, передбачуваність медичних послуг, прозорість, відкритість, конкуренція. Постачальники медичних послуг повинні дотримуватися умов і специфікацій для груп послуг або окремих послуг [12]. У сфері охорони здоров'я введено новий термін «пакет медичних послуг», який «складається з медичних послуг, до яких застосовується єдиний опис специфікації послуг і для надання яких є єдині умов» [12].

Державні фінансові гарантії створенні з метою забезпечення населення доступу до ефективної медичної системи та надання можливості отримати якісні послуги.

Оплата послуг здійснюється за єдиним тарифом, а також розроблено вимоги до послуг, що надаються закладом охорони здоров'я (у разі вкладення договору зі НСЗУ). Вимоги формуються відповідно до галузевих стандартів, медичних протоколів, положень, рекомендацій тощо [12]. На рис. 1.8 представлено систему взаємодії пацієнта з закладом здійснення охорони здоров'я й фінансування відповідно до програми медичних гарантій.

На сьогодні суттєвою проблемою є пандемія COVID-19, яка загострила ситуацію зі станом фінансування й функціонування системи охорони здоров'я в Україні. Значна частина населення фінансово неспроможна забезпечити собі якісне лікування, а держава не в змозі забезпечити всім хворим, які потребують лікування, госпіталізацію та безоплатне надання послуг. Тому питання об'єднання зусиль та фінансових потоків для підтримки, розвитку та якісної роботи в системі збереження здоров'я є пріоритетним. Як згадувалось вище, одним з ефективних рішень є обов'язкове медичне страхування, що дозволить розподіляти витрати на

забезпечення здоров'я протягом тривалого періоду та зменшуватиме фінансовий тягар пацієнта.



Рис. 1.8. Система фінансування послуг згідно програми медичних гарантій

Проведення аналітичного вивчення фінансування системи здоров'я показав, що для дієвого функціонування їй необхідна розробка ряду альтернативних варіантів. Одним з ефективних та діючих способів покращення порядку фінансування збереження та покращення здоров'я є активне залучення страхових компаній. На рисунку 1.9 зображено систему взаємодій зі страховими компаніями.

Зважаючи на важливість переходу медичних установ на автономність у прийнятті управлінських рішень перед сучасними установами відкривається можливість ширшого використання своїх можливостей. Відтак, неприбуткові КМЗ можуть створити умови для забезпечення конкуренції шляхом впровадження ряду маркетингових та управлінських дій. Модернізація управлінської сфери створила умови для покращення роботи, проте

сформувала ряд викликів – управлінець повинен мати знання в галузі медицини і володіти навиками менеджера вищої ланки.

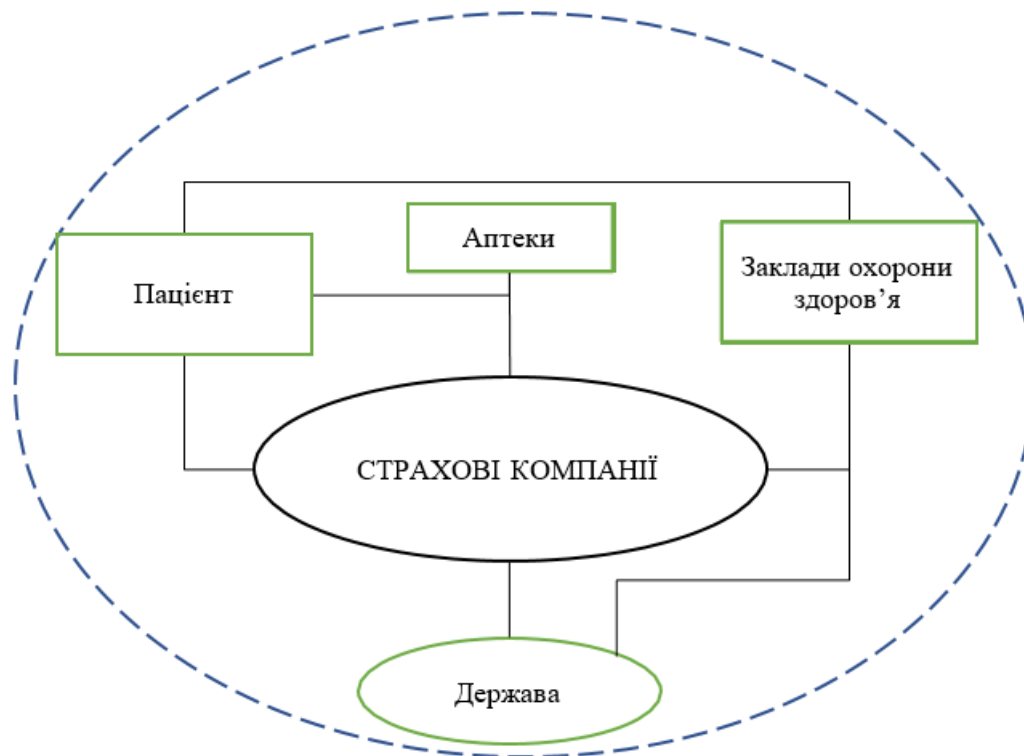


Рис. 1.9. Місце страхових компаній в системі фінансування охорони здоров'я

Отож основними учасниками медичної системи є державний та місцевий бюджети, пацієнти, благодійні організації та добродійні фонди. Кожен із окреслених учасників має чітко визначену функцію та обов'язки.

Висновки до розділу 1

На основі проведеного дослідження вітчизняної системи надання медичних послуг можна зробити висновки, що протягом останніх років відбувається значне зменшення медичних закладів та кількості лікарняних місць. Тому з метою ефективної комунікації в межах медичної системи необхідно ефективно застосовувати сучасні здобутки інформаційного забезпечення з метою ефективної комунікації між пацієнтами та закладами охорони здоров'я. Менеджмент закладів охорони здоров'я, спрямований на якість, має цільове направлення на чотири основних вектори, а саме: забезпечення медичними препаратами та обладнанням; забезпечення кваліфікованого адміністративного персоналу; забезпечення профілактичної, діагностичної, лікувальної, реабілітаційної допомоги та догляду за хворими; контроль, оцінка та аналіз кожного виду діяльності.

Проаналізовано склад та структуру нормативно-правового регулювання діяльності закладів охорони здоров'я та визначено їх функціональне призначення. Фінансування у сфері охорони здоров'я відбувається за рахунок державного та місцевих бюджетів, страхових компаній та коштів фізичних і юридичних осіб, благодійних організацій. Державне фінансування закладів охорони здоров'я покликане забезпечити доступ пацієнтам до медичних послуг.

РОЗДІЛ 2. Особливості створення та функціонування неприбуткового комунального медичного закладу

2.1. Передумови та алгоритм створення неприбуткового комунального медичного закладу

Вітчизняна охорона здоров'я характеризується стрімкими трансформаційними процесами на основі загальноприйнятих світових методиках та практиках. Основні вектори трансформування спрямовані на органи державної влади, що зумовлює перерозподіл функціональних обов'язків підконтрольних установ та організацій, зміну напрямів їх впливу, збільшення залучення міжнародних організацій, вдосконалення підготовки медичних кадрів усіх рівнів, активізацію процесів децентралізації фінансування медичних закладів та розробку нової нормативної та правової системи у сфері охорони здоров'я.

Функціонування медичної системи у значному обсягу впливає на усі сфери національної економіки та визначає ефективність діяльності держави загалом та її населення зокрема. До одних із найбільш вагомих трансформаційних процесів у сфері охорони здоров'я можна віднести реформування діяльності медичних закладів. Протягом тривалого періоду в Україні більшість медичних установ різних рівнів надання послуг зосереджувались у власності держави. Проте розвиток ринкової економіки зумовив особливі вимоги в медичній сфері, чим зумовив низку векторів реформування та трансформації закладів охорони здоров'я. Водночас попит споживачів на якісні медичні послуги сформував нові вимоги до медичних установ.

Згідно закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» заклади надання медичної допомоги можуть існувати у державній, приватній та комунальній власності [51]. Згідно чинного законодавства України закладам охорони здоров'я надається право перетворення у комунальні некомерційні підприємства відповідних територіальних громад.

Такий перехід у форму комунальних некомерційних підприємств сприяє переходу підприємства до більшої самостійності, фінансової і господарської автономії й більшої управлінської гнучкості. Такий підхід стимулюватиме медичні заклади покращувати якість медичних послуг, збільшувати економічну ефективність, оптимізувати витрат бюджетних коштів та розширювати конкурентні переваги.

За своєю сутністю комунальна форма власності має ряд значних переваг. Особливо це проявляється на регіональному рівні, коли вона максимально наближена до територіальних громад. У статті 64 Господарського кодексу України визначається, що кожен господарюючий суб'єкт самостійно визначає властиву йому організаційну структуру, також у його компетенції формувати чисельність працівників і їх штатний розпис. В результаті значного реформування медичної системи дослідження роботи КМЗ стає об'єктом ряду науковців. Провівши дослідження наукових праць вітчизняних та іноземних вчених можна виокремити напрями їх дослідження з метою покращення якості роботи медичної системи. Проведені дослідження представлені в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Напрями наукових досліджень у сфері управління КМЗ [48, с. 163]

| № | Вчені | Напрями дослідження |
|----|------------------------------|---|
| 1. | Л. І. Безтелесна | Функціонування медичних закладів при реалізації соціальної політики |
| 2. | Н. М. Білоус | Співпраця страхових компаній з комунальними медичними закладами |
| 3. | О. В. Басва, І. М. Солоненко | Бізнес-управління в медичних закладах |
| 4. | А. І. Бурачик | Механізм діяльності КМЗ |
| 5. | Т. В. Єрошкіна | Маркетингове управління неприбуткових медичних закладів і визначення критеріїв якості надання медичних послуг |
| 6. | І. Я. Зима | Вектори вдосконалення діяльності неприбуткових КМЗ |

| | | |
|-----|------------------|--|
| 7. | О. В. Поживілова | Діяльність приватних медичних закладів в сучасних умовах господарювання |
| 8. | І. Л. Сазонець | Стратегічне планування розвитку медичних закладів та методологія вимірювання й оцінки ефективності діяльності |
| 9. | О. М. Сазонець | Створення інформаційних систем в медичній сфері та впровадження автоматизації обслуговування медичних закладів |
| 10. | В. І. Саричев | Вдосконалення національної системи охорони здоров'я |
| 11. | В. Б. Шевцов | Роль медичних закладів в національній системі охорони здоров'я |
| 12. | Л. І. Обуховська | Переваги функціонування медичних закладів у вигляді неприбуткових КМЗ |

Відповідно до вимог часу та умов ринкової економіки вітчизняна система охорони здоров'я проходить значне реформування та вдосконалення.

Алгоритм процесу перетворення закладів охорони здоров'я із бюджетних в комунальні неприбуткові підприємства складається з ряду етапів. На першому етапі орган розпорядник закладу охорони здоров'я приймає відповідне рішення про необхідність перетворення. Документальним фактом обраного вектору дій стає рішення з положеннями про Припинення комунальної установи шляхом перетворення у комунальне некомерційне підприємство.

На другому етапі голова комісії з перетворень подає державному реєстратору протягом трьох днів із офіційного прийняття рішення документ про початок процесу перетворення. На цей період комісія з перетворення підприємства набуває усіх повноважень стосовно управління медичним закладом. Розпорядник бюджетної установи, а саме селищна, сільська, міська, районна або обласна рада, приймаючи рішення про перехід медичного закладу в комунальне неприбуткове підприємство зобов'язується

створити комісію з перетворення та визначити порядок і терміни представлення кредитором вимог до медичного закладу.

Третій етап передбачає проведення комісії з перетворення інвентаризації усього майна медичного закладу та розгляд наявних кредиторських вимог. Також комісія з перетворення на четвертому етапі здійснює оцінку наявного майна, це положення вступило в дію з 31 грудня 2018 р. За результатами перевірки на п'ятому етапі формуються передавальні акти до правонаступників, які визначають наявне майно, обов'язки та права. Саме цей документ повинен вміщувати перелік усіх прав й обов'язків, інформацію про рухоме та нерухоме майно, розмір пасивів які успадковує комунальне підприємство. Селищна, сільська, міська, районна чи обласна ради затверджують відповідним рішенням передавальний акт про актуальний стан медичного закладу у період проведення нових реєстраційних дій.

Наступним етапом процесу перетворення є прийняття рішення уповноваженим органом, тобто власником, або виконавчим органом рішення стосовно затвердження акту передачі та формування статут нового підприємства. Окреслене рішення за своїм змістом є підтвердженням створення нового підприємства.

На цьому етапі голова комісії з перетворення медичного закладу подає до державного реєстратора заяву, що містить дані про новостворену юридичну особу в результаті перетворення. Також на цьому етапі визначається неприбутковість організації чи установи. У момент реєстрації окреслених документів фактично створюється нова установа.

На заключному етапі відбувається ряд законодавчих дій. А саме уповноважений орган чи власник здійснюють безпосереднє внесення статутного капіталу, що було сформовано рішенням й статутом. Фінансове управління або власник за наявної необхідності можуть вносити зміни у фінансовій документації. Відділом кадрів медичного закладу вноситься реєстраційний запис, який містить зміну найменування неприбуткового КМЗ у внутрішніх документах та трудових книжках. На основі перетворення

відкриваються нові розрахункові рахунки у банках, змінюються казначейські рахунки у відповідності до юридичного підгрунтя. Керівником новостворено медичного закладу здійснюється подача та підготовка документів з метою отримання ліцензії на проведення медичної роботи, роботи з наркотичними препаратами й прекурсорами, адже термін дії старої ліцензії згідно Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» є чинним лише протягом трьох місяців.

Відповідно до Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» й постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» при приєднанні, злитті чи реорганізації медичного закладу правонаступник, тобто створене неприбуткове КМЗ має право провадити діяльність з метою забезпечення життя та здоров'я населення згідно попередньої ліцензії протягом трьох місяців. Відтак медичний заклад повинен отримати нову ліцензію передбачену чинним законодавством, а з закінченням терміну попередня втрачає чинність.

Відповідно до Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо управління об'єктами державної та комунальної власності» для неприбуткових КМЗ рекомендованим є створення наглядової ради, як органу корпоративного управління. Оскільки чітких правил до функціонування та створення наглядової ради чинне законодавство не висуває, то територіальна громада, підпорядкуванню якої належить медичний заклад, самостійно розробляє умови його функціонування та повноваження.

Згідно Господарського кодексу України діяльність неприбуткового КМЗ здійснюється на основі статуту, в якому визначається предмет діяльності, з метою виключення імовірності виходу за окреслену межу. Статут неприбуткового медичного закладу обов'язково повинен вміщувати інформацію про:

- ✓ провадження медичної практики;

- ✓ інформацію про вибір показника надання допомоги у сфері медицини, а саме вторинний – спеціалізований або третинний – високоспеціалізований;
- ✓ вид медичної допомоги – амбулаторний або стаціонарний;
- ✓ перелік усіх інших видів діяльності в сфері медицини згідно чинного законодавства;
- ✓ проведення зовнішньоекономічної діяльності згідно чинного законодавства;
- ✓ інформацію про здійснення діяльності пов'язаної з придбанням, використанням, відпуском, перевезенням, зберіганням та знищенням психотропних речовин, наркотичних засобів та прекурсорів;
- ✓ переліку платних медичних послуг пацієнтам згідно чинного законодавства;
- ✓ переліку інших послуг медичного закладу для юридичних та фізичних осіб.

Створення неприбуткових КМЗ призводить до тримання ряду переваг чітко визначених у нормативних документах. Відтак, у відповідь на ринкові умови функціонування при переході з бюджетної установи до КМЗ отримується низка позитивних ефектів, а саме:

- бюджетний заклад охорони здоров'я повинен дотримуватися суворих фінансових правил, зокрема щодо управління активами та фінансуванням закладу. Керівник бюджетного закладу охорони здоров'я має значно меншу свободу дій, ніж КМЗ. Крім того, вони мають більше свободи у формуванні кадрової політики та внутрішньої організаційної структури медичної установи;
- КМЗ може надавати працівникам будь-які законні варіанти оплати праці;
- у відмінності від бюджетних установ, КМЗ охорони здоров'я з фінансовою автономією приймають рішення на основі власних фінансових планів. Це дозволяє медичному закладу бути більш

самостійним та гнучким при виборі управлінських рішень та обрання напряму дій;

- підприємство має право об'єднуватися з іншими закладами охорони здоров'я, які діють як підприємства. Це дозволяє членам асоціації ділитися ресурсами, матеріалами та кваліфікованими кадрами між собою. Це також дозволяє їм співпрацювати для підвищення ефективності та спільного використання ресурсів, робочої сили та фінансових ресурсів між членами;
- КМЗ має право найму та укладення договорів стосовно надання медичних послуг фізичними особами-підприємцями, які мають реєстрацію та діючу ліцензію про право на медичну практику [48, с. 166].

Окреслені переваги отримуються завдяки ефективнішій організаційній та правовій формі. Проте досконаліша форма організації роботи медичного закладу повинна впливати також на якість послуг, що надаються.

Вітчизняні науковці О. М. Сазонець та І. Я. Зима проаналізували очікування як пацієнтів медичних закладів, так і лікарів стосовно реформування системи охорони здоров'я [60]. Це призвело до появи нових ідей для функціонування комунальних закладів охорони здоров'я. В таблиці 2.2. наведені критерії оцінки роботи медичних закладів. Ключовим кроком у покращенні роботи закладів охорони здоров'я є стимулювання лікарів до більш ефективної роботи. Різні автори представляють різні методи для досягнення цієї мети [25].

Однією з порад, викладених у Методичні рекомендації з перетворення державних медичних закладів на КМЗ, є пропозиція запровадити систему оплати праці, що б дозволяла досягти цієї мети. Індивідуальні трудові договори передбачають гарантовану оплату праці за певні обов'язки. Ця функція робить ці договори дуже популярними та ефективними.

Таблиця 2.2

Критерії оцінювання роботи медичних закладів після реформування

| Критерії оцінювання роботи медичного закладу з позиції: | |
|---|---|
| медичних працівників | пацієнтів |
| Можливість вибору лікаря, що дозволяє отримувати більше пацієнтів та більшу оплату праці за понесені зусилля | Можливість міжнародної підтримки закладів охорони здоров'я |
| Можливість оскарження дій чи бездіяльності страхової організації | Розвиток фінансової інфраструктури на ринку медичних послуг, що сприятиме посиленню конкуренції шляхом надання якісніших послуг |
| Надання правильних документів, які необхідні з метою отримання медичних послуг або медикаментів за кошти державного медичного страхування | Поширення діяльності міжнародних медичних організацій на території України |
| Наявність чітких тарифів оплати праці та наданих послуг | Розширення матеріальної бази медичного закладу |
| Наявність ставок за отриманий медичний результат | Збільшення профілактики захворювань |
| Реорганізація медичних закладів у самостійні установи | Оптимізація структури медичних закладів і їх перерозподіл |

Обґрунтована та справедлива система оплати праці за результатами виконаної роботи, персоніфікованих тарифних ставок, чітких посадових окладів, які враховують найперше рівень та ефективність виконаної роботи, а не лише стаж та кваліфікацію дозволить значно покращити мотивацію працівників надавати якісні медичні послуги. Важливим прогресивним кроком є залежність посадових окладів медичних працівників від

продуктивності праці, а провідних або головних спеціалістів або керівників від ефективності господарської діяльності неприбуткового медичного закладу.

Важливим є періодичний перегляд окладів та ставок медичних працівників базуючись на різних методах оцінювання з метою постійного вдосконалення їх роботи, що у свою чергу допомагатиме постійному підвищенню кваліфікації.

У сучасних складних економічних умовах витрати закладів з охорони здоров'я значно зростають. Медичним установам необхідно оплачувати дороговартісне обладнання, комунальні послуги, оплату праці, ремонт, тому для неприбуткових КМЗ згідно чинного законодавства можливим є залучення коштів від страхових компаній за проведену роботу; приватних підприємств та організацій за надані їх працівникам медичні послуги; благодійних організацій та споживачів наданих платних послуг.

Медичні заклади комунальної форми власності можуть створювати спеціальні об'єднання з метою раціонального й ефективнішого використання власних трудових, матеріальних й фінансових ресурсів, адже наявність спеціальних фахівців або спеціального обладнання значно збільшує витрати. Фрагментація фінансування медичної допомоги є одним із ефективних інструментів чинного бюджетного законодавства.

Утворення медичними закладами спеціальних об'єднань є дієвим управлінським інструментом задля гнучкого перерозподілу повноважень між учасниками об'єднання враховуючи економічну доцільність використання окремих трудових, фінансових й матеріальних ресурсів. Такий підхід дозволяє здійснювати більший внутрішній контроль за роботою медичних закладів зі сторони громади без залучення додаткових спеціалістів.

Відповідно Господарському кодексу України медичні заклади можуть об'єднуватись у асоціації, консорціуми, корпорації та концерни. Враховуючи особливості медичної сфери та специфіку їх діяльності найбільш ефективними об'єднаннями можна вважати корпорації. Саме у корпораціях

можна досягнути чіткого розмежування між учасниками об'єднання функцій стосовно окремих видів послуг. Також ця форма об'єднання дозволяє організувати більш ефективне управління наявними людськими ресурсами, фінансами та майном, покращити якість надання медичних послуг шляхом концентрації окремих напрямів за учасниками об'єднання, що призводить до економії ресурсів, наблизити висококваліфікованих лікарів до регіональних медичних закладів, а відповідно зробити їх доступнішими для населення, усунення потреби оптимізувати та закривати медичні заклади через їх мале завантаження, а відповідно уникнути втрати доступу пацієнтів до спеціальних медичних послуг. Навіть при об'єднанні закладів охорони здоров'я їх самостійність не зменшується.

Окреслені форми об'єднання можуть створюватись за ініціативи органів місцевого самоврядування на кожному адміністративно-територіальному розподілі. Проте більш дієвими є об'єднання розпочинаючи з районного рівня та вище.

Використання у повному обсягу законних можливостей неприбуткових КМЗ дозволить значно підвищити їх ефективність, сформувати надійну конкурентну перевагу та забезпечити пацієнтів ефективними медичними послугами та медикаментами.

2.2. Організація системи обліку при створенні неприбуткового комунального медичного закладу

Невід'ємною частиною ефективного керівництва медичним закладом є створення надійної системи обліку з метою раціонального й правильного використання ресурсів. Згідно чинного законодавства повноваження стосовно організації обліку покладено саме на керівника медичного закладу. У більшості випадків успішність роботи закладу охорони здоров'я залежить від бухгалтерської організації, яка має доступ до достовірної оперативної інформації про доходи і витрати по кожному виду діяльності.

Загалом бухгалтерський облік є багаторівневою складною системою, яка покликана реєструвати факти господарської діяльності з метою отримання достовірної інформації про діяльність з метою звітування, оцінки та аналізу. Тому актуальним є дослідження організації та методики обліку в неприбутковому медичному закладі наявних ресурсів з метою забезпечення інформаційних потреб ефективного управління.

Важливим фактором організації діяльності неприбуткового медичного закладу та підставою для прийняття управлінських рішень є система бухгалтерського обліку. За класичною схемою у медичних закладах він складається з спостереження, вимірювання, прийняття та реєстрації. Важливо відмітити, що для КМЗ є значна відмінність у джерелах надходження фінансування. Згідно системи реформування джерелами надходження коштів до КМЗ вторинної та третинної ланки є бюджетні кошти загального та місцевих бюджетів та благодійних організацій. Особливої актуальності набуває такий підхід з початком війни в Україні, коли відбувається значна нестача бюджетних коштів. Перелік надходження медикаментів та лікарських засобів в умовах надзвичайного стану в державі за рахунок спеціального фонду значно збільшується. На рисунку 2.1 відображено схему джерел фінансування неприбуткового КМЗ.



Рис. 2.1. Джерела фінансування надходження до КМЗ медикаментів та лікарських засобів

Відповідно принципам бухгалтерського обліку кожен медичну послугу або надходження медикаментів чи лікарських засобів необхідно приймати за економічним змістом. Здійснення кожної господарської операції обов'язково повинно знайти відображення в первинних документах та зведених відомостях. У метод. рекомендаціях №635 процес обліку та руху медикаментів й медичного обладнання повинен здійснюватися за чіткою схемою та з дотримання певних правил, які відображені на рисунку 2.2 за центрами ведення.

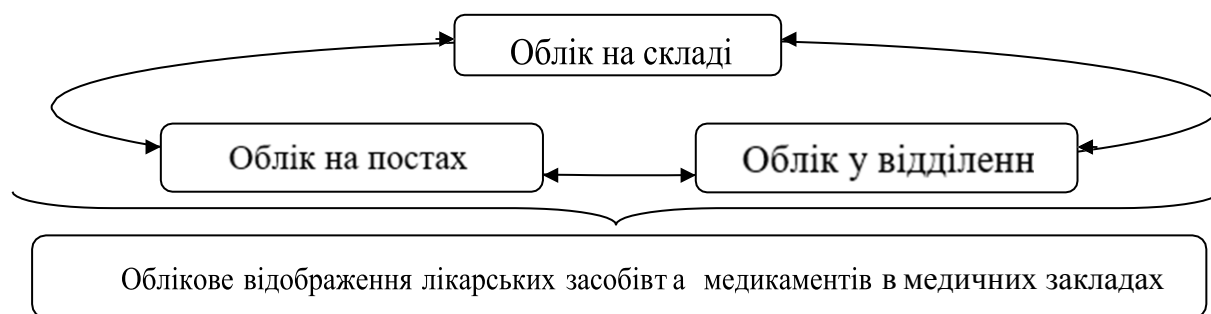


Рис. 2.2. Облік відображення медикаментів та лікарських засобів в КМЗ [35, с. 200]

За кожним місцем перебування активів медичного закладу обов'язково ведеться детальний облік з дотриманням нормативних вимог. У вітчизняному законодавстві, а саме Метод. рекомендаціях стосовно ведення обліку лікарських засобів й медичних виробів № 635 за наказом МОЗ від 9 вересня 2014 року чітко розподіляють значення термінів медичні вироби та лікарські

засоби [50]. На рисунку 2.3 подано їх основні характеристики та відмінності з метою правильної організації облікового процесу.

| | Медичні вироби | Лікарські засоби |
|---|--|--|
| Законодавче регулювання | Технічний регламент про медичні вироби (постанова КМУ від 02.10.2013 р. № 753,); Технічний регламент про медичні вироби для діагностики "in vitro" (постанова КМУ від 02.10.2013 р. № 754); Технічний регламент щодо активних медвиробів, які імплантують (постанова КМУ від 02.10.2013 р. № 755); | Закон України «Про лікарські засоби» від 04.04.1996 р. № 123 |
| Визначення (ст. 2 Закону України «Про лікарські засоби», пп. "9" п. 2 Технічного регламенту про медичні вироби № 753) | прилади, комплекси, системи, обладнання, апарати, інструменти, імплантати, приладдя, матеріали або інші вироби, в тому числі інвазивні медвироби; медвироби для діагностики "in vitro" (це медичні тести для діагностики поза організмом, "у пробірці"); програмні засоби для використання медвиробів (профілактика, діагностика, спостереження, лікування). | речовина або комбінація речовин (одного або декількох активних фармацевтичних інгредієнтів та допоміжних речовин), що має властивості та призначена для: лікування або профілактики захворювань у людей; запобігання вагітності; відновлення, корекції чи зміни фізіологічних функцій людини; встановлення медичного діагнозу. |
| Об'єкт обліку | виробничі запаси, МШП, МНМА, основні засоби | Виробничі запаси |
| Ведення реєстрів | такий реєстр було скасовано у 2018 р. На сьогодні діє оцінка відповідності технічним регламентам. | Державний реєстр лікарських засобів |

Рис. 2.3. Визначення термінів «медичні вироби» й «лікарські засоби» з метою їх обліку

Сучасні КМЗ покладається на постійний потік медикаментів та лікарських засобів, щоб залишатися дієвими та забезпечувати медичні послуги для населення. Ось чому запаси медикаментів, ліків та продуктів харчування так важливі для медичного закладу.

Контроль за рухом матеріальних запасів на складах знижує супутні витрати. У свою чергу, це дозволяє скоротити витрати, пов'язані зі зберіганням і відпуском запасів. Бухгалтерський контроль виробничих і складських запасів знижує ризик відсутності медикаментів, які повинен отримувати пацієнт. Окрім покращеного сервісу медичні заклади убезпечують від відповідності за порушення законодавства стосовно доступності медичних засобів та препаратів. Такий підхід також покращує точність і ефективність ведення обліку та операцій медичного закладу. Систематизуючи фінансові дані, покращення бухгалтерського обліку підвищує загальну ефективність. Оскільки фінансова звітність має вирішальне значення як для медичних закладів, так і для споживачів, відображення всіх економічних операцій, включаючи рух запасів матеріалів, є важливим для достовірності та об'єктивності звітування перед громадами, в розпорядженні яких знаходиться комунальний заклад.

Облік на складах повинен проводитись для кожного препарату окремо за найменуванням, обов'язково вказуючи точну назву, форму випуску, а саме ампули, таблетки чи суспензія. Також обов'язково наводиться інформація про дозування, кількість, назву виробника, ціна та загальна сума. За умови організації детального обліку активів медичного закладу відбуватиметься достовірне відображення фактів надходження та вибуття чи переміщення, що забезпечуватиме своєчасне реагування на нестачу лікарських засобів та медикаментів.

Пріоритетним органом у регулюванні бухгалтерського обліку в неприбуткових КМЗ є Міністерство фінансів України. У метод. рекомендаціях № 635 висвітлені питання стосовно обліку медичних виробів, які становлять запаси медичного закладу. Натомість у технічному регламенті

містить інформація про облік основних засобів. Облік медичних виробів та обладнання, для яких термін використання становить більше 1 року обов'язковим є використання НП(С)БО 7 «Основні засоби». У таблиці 2.3 наведено особливості розподілу медичних виробів на запаси, малоцінні швидкозношувані предмети, малоцінні необоротні матеріальні активи та основні засоби.

Таблиця 2.3

Розподіл медичних виробів на об'єкти обліку

| Критерії | Медвироби | | | |
|-------------------------------|---|-----|--|--|
| | Оборотні активи, запаси* | | Необоротні активи*, ОЗ | |
| | виробничі запаси | МШП | МНМА | ОЗ |
| Очікуваний строк використання | рік чи менше | | більше року | |
| Вартісна межа | відсутня | | ≤ 20000 грн (для придбаних з 23.05.2020)** | більше 20000 грн** |
| Нарахування амортизації | відсутня | | 50/50, 100% | прямолінійний та ін. |
| Рахунок обліку | 201 (сировина і матеріали), 202 (півфабрикати), 209 (інші запаси) | 22 | 112 | 104 (обладнання), 105 (інструменти, прилади, інвентар) |

На комунальному некомерційному підприємстві «Тернопільська комунальна міська лікарня № 2» ведеться деталізований облік за кожним видом медичних виробів та медичних препаратів. Складський облік є невід'ємною та важливою частиною в діяльності неприбуткового медичного закладу, оскільки головним його завданням є саме збереження запасів. Він відіграє важливу роль в ході руху матеріальних активів в медичному закладі, тому на практиці правильній організації обліку медикаментів та медвиробів приділяється значна увага. У таблиці 2.4 представлено детальний розподіл

медичних виробів на запаси, малоцінні швидкозношувані предмети та необоротні активи для комунального некомерційного підприємства «Тернопільська комунальна міська лікарня № 2».

Таблиця 2.4

Розподіл медвиробів для цілей обліку на комунальному
некомерційному підприємства «Тернопільська комунальна міська
лікарня № 2»

| Розподіл медичних виробів для цілей ведення обліку | | |
|---|--|--|
| Оборотні активи (запаси) | | Необоротні активи |
| Виробничі запаси | Малоцінні швидкозношувані предмети | (медичне обладнання, основні засоби або МНМА) |
| Медикаменти, тести для скринінгу крові, реагенти та їх продукти, а саме відповідні калібратори та контрольні матеріали для визначення групи крові, вияву гепатитів або ВІЛу, бікарбонат натрію, зубні цементи, хірургічні нитки та інші стоматологічні матеріали, скло для окулярів, стоматологічний віск тощо. | Марля, вата, бинти, медичні халати, медичні сумки, гумові рукавички, медичний інструмент, медичні головні убори, пластир, сечоприймачі, рентгенівські фотоплівки, компресійні вироби, шприци, системи переливання крові, голки до шприців, бори, диски, фрези, катетери, щітки для бормашин, зонди, бандажні вироби, протези, штучні суглоби, імплантанти, аптечки, лабораторний посуд тощо. | Операційні столи, стоматологічні крісла, спеціально обладнані ліжка, дезінфікуюче або стерилізаційне обладнання, ультрафіолетові лампи, стаціонарні апарати УЗД, обладнання для станцій переливання крові, мікроскопи, кисневе обладнання, ендоскопічне обладнання, апарати для штучної вентиляції легень, монітори пацієнта, хірургічні світильники, електрокардіографи, дерматоскопи, гігрометри, центрифуги, інфузійні набори, відсмоктувачі хірургічні, фізіотерапевтичне обладнання, дефібрилятори, стетоскопи, нанометри, опромінювачі, штучні нирки тощо. |

Медичне обладнання, яке згідно обліку вважається основним засобом згідно Податкового кодексу України повинно амортизуватись терміном не менше п'яти років. Якщо реорганізований КМЗ отримає обладнання з 1 січня 2020 р. до 31 грудня 2030 року, то мінімальний строк амортизації може бути зменшено до двох років згідно Перехідних положень Податкового кодексу України. Таке положення стосується медичних закладів які отримують прибуток та неприбуткових КМЗ.

Медичні прилади, які використовуються медичним закладом також можуть бути класифіковані як малоцінні необоротні матеріальні активи та основні засоби. Аналогічним є підхід як і стосовно обладнання, проте для приладів згідно пп. 138. 3. 3 Податкового кодексу України строк амортизації становить 4 роки та для них неможливо застосовувати прискорену амортизацію [53].

Придбання медичних виробів й лікарських засобів неприбутковим КМЗ регулюється метод. рекомендаціями № 635. Згідно Закону України «Про публічні закупівлі» неприбуткові КМЗ здійснюють закупівлю медикаментів використовуючи процедури публічних закупівель й систему ProZorro. На сайті ProZorro оприлюднюється інформація про вид послуги або продукції, її вартість, замовника послуг та постачальника.

Згідно встановлених правил здійснюється процедура публічних закупівель з оприлюдненням інформації про вартісні межі та укладені договори. Для неприбуткових КМЗ застосування процедури публічних закупівель є обов'язковою, адже вони є власністю органів місцевого самоврядування.

Після придбання медичних виробів й лікарських засобів вони надходять до медичного закладу, що має бути підтверджено первинними документами. Процедура придбання та оформлення процесу надходження медикаментів та лікарських засобів до неприбуткового КМЗ представлена на рисунку 2.4.

Документальне оформлення процесу придбання запасів у неприбутковому комунальному медичному закладі



Рис. 2.4. Процедура придбання запасів КМЗ [50]

Факти придбання медичного обладнання, медичних виробів чи лікарських засобів підтверджується стандартним переліком документів, а саме інвентарними картками, актами приймання-передачі. Облікові проведення придбання медикаментів наведено у додатку А. На складі отримані активи оприбутковуються та передаються матеріально-відповідальній особі. Матеріально-відповідальною особою у медичному закладі може бути головна медична сестра. Якщо медичний заклад є невеликого розміру то фактично обладнаного складу може не бути, а в ролі складу виступає спеціально обладнана кімната. Проте медичні вироби та лікарські засоби повинні зберігатись відповідно встановленим нормам, а саме у холодильниках за необхідності та бути недоступними для несанкціонованого використання. За наказом Міністерства охорони здоров'я № 160 для обліку окремих лікарських засобів також ведеться спеціальний журнал отримання та використання засобів.

Медичні вироби й лікарські засоби, отримані як гуманітарна допомога обліковуються згідно наказу Міністерства фінансів України № 298 «Порядок

бухгалтерського обліку гуманітарної допомоги» окремо від інших медичних виробів, препаратів та лікарських засобів.

На рисунку 2.5 представлено схему документального оформлення при переміщенні медичних виробів й лікарських засобів з складу, тобто від головної медсестри до окремих відділень медичного закладу.

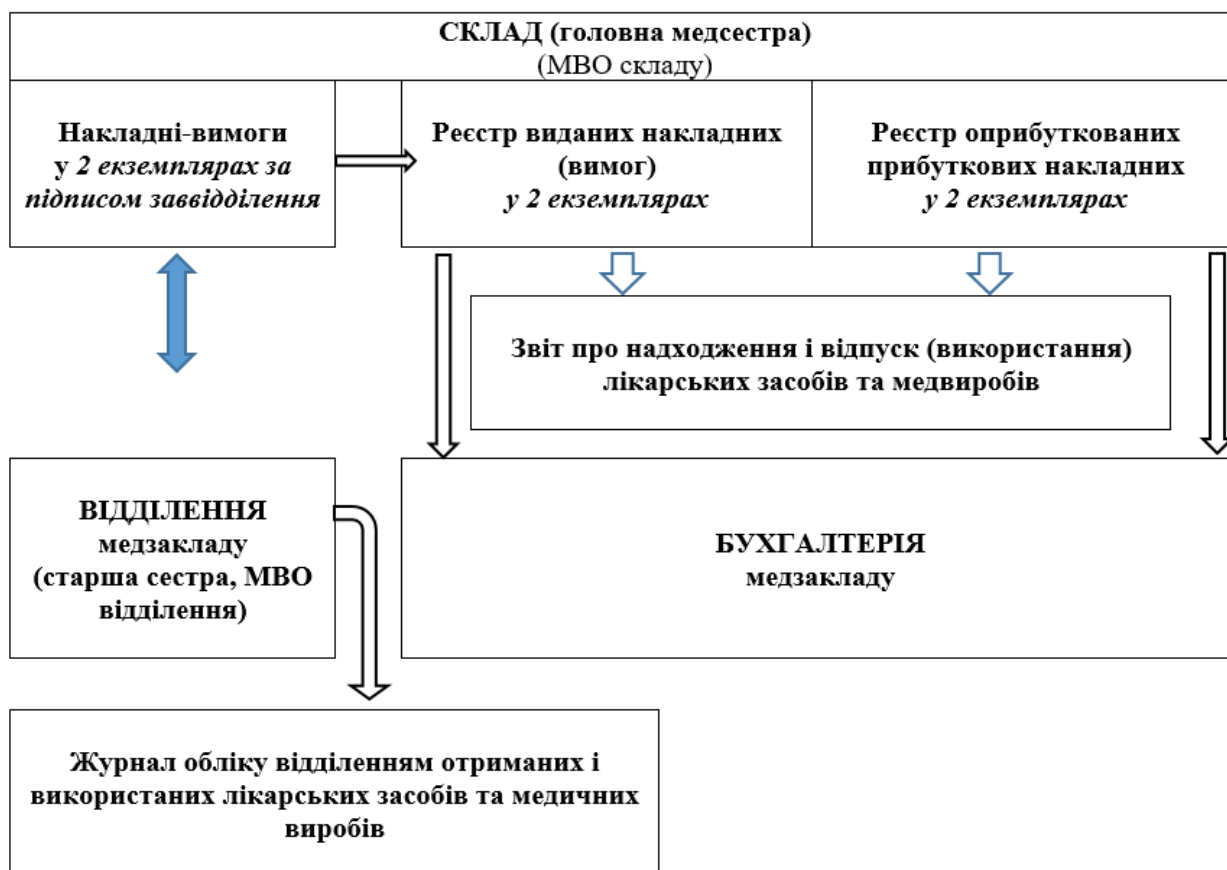


Рис. 2.5. Схема переміщення активів неприбуткового КМЗ [50]

На наступному етапі старша медична сестра видає лікарські засоби та медичні вироби медсестрам посту та медсестрам маніпуляційних кабінетів в маніпуляційні кабінети та на пости. Звітування за їх використання відбувається перед старшою медичною сестрою, а старша медична сестра подає загальний звіт до бухгалтерії. На рисунку 2.6 представлено загальну облікову схему використання медикаментів КМЗ з деталізацією за видами облікових документів. Також розроблено маршрутну карту облікових документів та представлено перелік звітних форм.

Документальне оформлення процесу використання лікарських засобів і медвиробів



Рис. 2.6. Схема руху документів про використання медичних виробів й лікарських засобів [50]

На основі Звіту про надходження і відпуску (використання) лікарських засобів й медичних виробів у бухгалтерській службі відбувається списання використаних медичних виробів й лікарських засобів. Такий звіт бухгалтерська служба отримує від старших медичних сестер за відділеннями. Особливістю списання в медичних закладах є те, що медичні вироби й лікарські засоби списуються в момент їх використання, а медичні вироби, які обліковують як малоцінні швидкозношувані предмети у момент видачі медичним сестрам. Усі журнали реєстрації отримання та використання медикаментів подаються не пізніше 2 числа місяця, який йде за звітним.

При списанні та визначенні собівартості списаних активів медичні заклади застосовують методи оцінки запасів за НП(С)БО 9, а саме: ФІФО, метод ідентифікованої собівартості, середньозваженої собівартості. У

додатку Б наводиться типові бухгалтерські проведення комунального некомерційного підприємства «Тернопільська комунальна міська лікарня № 2».

Медикаменти, які знаходяться у медичному закладі також підлягають обов'язковій інвентаризації з метою виявлення фактів нестач. Положення про інвентаризацію активів та зобов'язань за загальним принципом дії врегульовує процедуру проведення інвентаризації для неприбуткового КМЗ. Проведення інвентаризації є обов'язковим за три місяці до завершення року або при зміні матеріально-відповідальних осіб, тобто старших медичних сестер. Для ефективної роботи комунальне некомерційне підприємство «Тернопільська комунальна міська лікарня № 2» згідно внутрішнього положення проводить інвентаризацію не рідше одного разу на квартал, за традиційним підходом бюджетних установ.

Отож, зважаючи на специфіку діяльності неприбуткового медичного закладу важливим є дотримання спеціальних норм для обліку медикаментів з метою ефективної організації їх роботи.

2.3. Ресурсне забезпечення діяльності неприбуткового комунального медичного закладу

Для ефективного функціонування медичному закладу необхідний ряд ресурсів, а саме фінансове, кадрове, технічне та інше забезпечення. Використання ресурсів медичним закладом повинно здійснюватися тільки для забезпечення діяльності, а не отримання прибутку. З моменту реєстрації медичного закладу у Реєстрі неприбуткових організацій комунальне підприємство вважається неприбутковим та повинно відповідати обраному статусу. Основною метою діяльності неприбуткового КМЗ є провадження своєї роботи спрямованої на досягнення соціальних, економічних й інших результатів без першочергової мети отримати прибуток. Саме такі підприємства передбачають статус неприбутковості.

Статус неприбутковості означає, що КМЗ не сплачує податок на прибуток. Згідно пункту 133.4 Податкового кодексу України неприбутковими є організації, які «виконують всі умови передбачені цим пунктом, а саме:

- ✓ зареєстрована та утворена згідно чинного законодавства, яке врегульовує діяльність неприбуткових організацій;
- ✓ в установчих документах є заборона на розподіл отриманих прибутків або їх частини поміж засновниками;
- ✓ установчі документи передбачають передачу активів кільком або одній неприбутковим організаціям при припиненні діяльності юридичної особи;
- ✓ наявність реєстрації у Реєстрі неприбуткових установ а організацій» [53]

Згідно отриманого статусі неприбутковості комунальні підприємства звільняються від сплати податку на прибуток. Доцільно зазначити, що визначені підприємства зі статусом неприбуткових можуть отримувати інші доходи від проведеної діяльності, яка представлена у статуті підприємства.

Таким чином медична установа може отримувати доходи не тільки у вигляді медичної субвенції або дотації з місцевих або державних бюджетів або за договором від Національної служби здоров'я. Джерелом додаткових коштів можуть бути платні послуги прописані у статуті. Для прикладу комунальне некомерційне підприємство «Тернопільська комунальна міська лікарня № 2» отримує кошти від здраття в оренду обладнання та інструментів іншим медичним закладам. Найчастіше такими орендарями є приватні медичні клініки.

За власним бажанням комунальне неприбуткове підприємство має право зареєструватись платником ПДВ та провадити діяльність з іншими платниками ПДВ. Адже комунальне неприбуткове підприємство може здійснювати діяльність у вигляді аптеки, лікарні, санаторно-курортного закладу та інших форм. У діючому Податковому кодексі від оподаткування ПДВ звільнюються операції, які надають заклади охорони здоров'я в частині товарів, послуг й робіт.

Окрім матеріальних ресурсів неприбутковому КМЗ з метою провадження діяльності та надання якісних послуг у медичній сфері населенню необхідне кадрове забезпечення. Серед глобальних ризиків і загроз сфера медицини набуває все більшого суспільного значення, особливо у вирішенні питань підтримки людей. Аналіз останніх публікацій дозволяє визначити ключові напрями розвитку кадрової політики та кадрового забезпечення у національному регулюванні медичної галузі.

У сфері охорони здоров'я вона базується на моделі, орієнтованій на пацієнта, і дотримується принципів: забезпечення доступу до медичної допомоги; координації та інтеграції медичної допомоги; поваги до потреб та очікувань пацієнтів; надання інформації пацієнтам про діагностику та процес лікування; емоційної підтримки, залучення сімей до здійснення медичної допомоги [17].

До актуальних завдань, які стоять перед національною системою охорони здоров'я, належать кадрове забезпечення системи охорони здоров'я:

присутність кадрів, їх відповідна кваліфікація та розстановка, умови праці, заробітна плата, соціальне забезпечення, матеріальне й технічне та технологічне забезпечення процесу підготовки кадрів.

Кадрова політика на національному рівні спрямована на забезпечення ефективного функціонування медичної професії. Тому, на думку міжнародних експертів, для досягнення національних, а також глобальних, цілей охорони здоров'я необхідна наявність кваліфікованих медичних кадрів. Тому для розробки ефективної кадрової політики необхідно використовувати сучасний інструментарій – розробку та реалізацію стратегії кадрового забезпечення, виходячи з реальних потреб медичної галузі.

Важливість цього питання підсилюється роллю медичних працівників, як джерела провадження діяльності, адже саме від компетенції лікарів залежить ефективність лікування. Оплата праці медичного персоналу вищого та середнього рівня займає значну частку у загальних бюджетних коштах. У світовій практиці це становить близько 40 %, а в Україні більше 70 % від загальних витрат медичної системи. У останніх повідомленнях Всесвітня організація охорони здоров'я в Доповіді про наявний стан охорони здоров'я у світі зазначила, що з метою покращення роботи медичних кадрів необхідна нова стратегія розвитку та збільшення інвестиційної політики [23].

Протягом 2000-2021 років в Україні простежується тенденція до зменшення працівників медичної сфери, як серед лікарів усіх спеціальностей, так і серед медичного персоналу. У таблиці 2.5 наведено динаміку кількості лікарів та медичного персоналу в Україні протягом 2000-2021 років. За весь досліджуваний період простежується значне зменшення лікарів та медичного персоналу. Розпочинаючи з 2000 року кількість лікарів стала меншою на 36,28 %. Це найперше пов'язано з реформуванням медичної системи, укрупненням та закриттям лікарень. Проте для належного надання медичних послуг необхідна достатня кількість кваліфікованих медичних працівників. Середній медичний персонал теж значно зменшився у порівнянні з 2000 р., а

саме на 51,76 %. Тому на існуючий медичний персонал значно збільшилось навантаження в роботі в результаті реформування.

Таблиця 2.5

Динаміка кількості лікарів та медичного персоналу в Україні протягом 2000-2021 років

| Рік | Лікарі усіх спеціальностей (без зубних лікарів) | | | | Середній медичний персонал | | | |
|------|---|--|----------------------------------|---------------------------|---------------------------------|--|----------------------------------|---------------------------|
| | Кількість, тис. людей | Абсолютний приріст / зменшення, тис. людей | Відносний приріст / зменшення, % | У порівнянні з 2000 р., % | Абсолютна кількість, тис. людей | Абсолютний приріст / зменшення, тис. людей | Відносний приріст / зменшення, % | У порівнянні з 2000 р., % |
| 2000 | 226 | | | | 541 | | | |
| 2005 | 224 | -2 | -0,88 | 99,12 | 496 | -45 | -0,08 | 91,68 |
| 2010 | 225 | 1 | 0,45 | 99,56 | 467 | -29 | -0,06 | 86,32 |
| 2015 | 186 | -39 | -17,33 | 82,30 | 372 | -95 | -0,20 | 68,76 |
| 2016 | 187 | 1 | 0,54 | 82,74 | 367 | -5 | -0,01 | 67,84 |
| 2017 | 186 | -1 | -0,53 | 82,30 | 360 | -7 | -0,02 | 66,54 |
| 2018 | 186 | 0 | 0,00 | 82,30 | 345 | -15 | -0,04 | 63,77 |
| 2019 | 185 | -1 | -0,54 | 99,46 | 330 | -15 | -0,04 | 61,00 |
| 2020 | 180 | -5 | -2,70 | 79,65 | 309 | -21 | -0,06 | 57,12 |
| 2021 | 144 | -36 | -20,00 | 63,72 | 261 | -48 | -0,16 | 48,24 |

Тому реформу системи медицини й охорони здоров'я потрібно проводити в поєднанні з ресурсними запасами фахівців галузі. Ризик втрати медичного персоналу збільшується через трудову міграцію та вікові обмеження, відсутність кар'єрної мотивації через непродуману кадрову політику. Відсутність національної уваги та ретельного аналізу може призвести до відтоку робочої сили в секторі охорони здоров'я, що, у свою чергу, перешкоджає будь-яким реформам [33].

Планування забезпечення кадрами є інструментом реалізації кадрової політики, невід'ємною частиною управління персоналом, комплексом

заходів органів державної влади та місцевого самоврядування з організації надання послуг та звітності, правових аспектів роботи, управління робочим процесом персоналу, відповідність вимогам та надання послуг, а також якість надання послуг (фінансові аспекти, робота в системах електронної охорони здоров'я), налагодження систем зв'язку з медичним персоналом, пацієнтами, ЗМІ тощо. [58].

На рівні неприбуткового КМЗ кадрове планування спрямовується на такі основні напрямки: забезпечення організації кількісним і якісним персоналом, необхідним для поточних і майбутніх потреб; створення рівних можливостей для ефективності праці та розумної зайнятості працівників зі стабільним і рівномірним навантаженням під час роботи; задоволення кваліфікаційних потреб працівників; забезпечення відповідності трудового потенціалу працівника тощо [41].

Завдяки синергетичному ефекту окремі елементи в системній комбінації можуть значно підвищити ефективність. Як зазначалося раніше, ефективність системи охорони здоров'я залежить насамперед від продуктивності праці, рівня підготовки працівників, раціонального використання персоналу та його мотивації до праці. Тому останнім часом різні територіальні громади приділяють особливу увагу робочому середовищу медичного персоналу, вказуючи на те, що заходи щодо створення середовища відіграють ключову роль у забезпеченні кількості та якості медичного персоналу, продуктивність і мотивація цього персоналу. Це питання стає актуальним, оскільки в умовах пандемії суттєво погіршується мотиваційний компонент [33].

На основі аналізу забезпечення медичної галузі проблеми кадрового забезпечення некомерційного підприємства «Тернопільська комунальна міська лікарня № 2» в контексті реформування медичної системи України, можуть бути вирішені спеціальними кроками, а саме доцільним для проведення є:

- оптимізація кадрового забезпечення;

- удосконалення нормативного та правового забезпечення взаємодії з кадрами;
- збільшення вмотивованості кадрів.

Для оптимального кадрового складу варто визначити напрями розвитку неприбуткового медичного закладу та здійснити управління наступними шляхами:

- здійснити розподіл обов'язків та завдань між медичними працівниками з метою оптимізації витрат;
- здійснити навчання та перепідготовку кадрів на випадок пандемії, що потребуватиме залучення ширшого кола кадрів;
- провести раціоналізацію в управлінні професійними кадрами медичного закладу;
- розробити планову організаційну структуру медичного закладу з метою своєчасного забезпечення кадрами;
- удосконалити ресурсне забезпечення надання медичних послуг, а саме координованість матеріальних та людських ресурсів в залежності від медичної активності населення та рівня захворюваності;
- розробити механізм планування та передбачення активності населення та рівня захворюваності з метою формування оптимального ресурсного потенціалу;
- сформувати планову необхідність матеріальних ресурсів в залежності від медичної активності населення та рівня захворюваності;
- запровадити систему впровадження інноваційних технологій.

Другий напрям вдосконалення нормативно-правового забезпечення взаємодії з кадрами полягає в удосконаленні юридичних відносин з працівниками некомерційного підприємства «Тернопільська комунальна міська лікарня № 2».

Нормативно-правова база кадрового забезпечення медичної сфери покликана забезпечити цілісність законодавства, яке виконує державні регулюючі завдання та функції в системі державного управління та

управління. В Україні за часів незалежності відповідно до Конституції України було створено інститут публічного управління й адміністрування як важливий інструмент формування та реалізації державної політики, забезпечення прав і свобод людини. Вона здійснює діяльність водночас, поєднуючи вітчизняний та зарубіжний досвід, сформувала відповідну національну законодавчу систему в галузі.

Цей напрям вдосконалення кадрової політики у медичній сфері передбачає:

- розроблення нормативів за різні види соціальної, психологічної, медичної та інші види допомоги для раціонального застосування кадрових ресурсів у медичних закладах;
- вдосконалення номенклатури спеціальностей та посад кадрового забезпечення медичного закладу, розробка кваліфікаційних вимог до посад і характеристики спеціальностей тощо;
- вдосконалення системи моніторингу й критеріїв якості надання медичних послуг;
- розробка деталізованої облікової та звітної управлінської документації;
- розробка контрольних процедур за дотриманням законодавства.

Вдосконалення нормативного врегулювання кадрового забезпечення медичного закладу повинен проводитися на основі принципів законності, прозорості та демократичності у прийнятті управлінських рішень та дотримання правил поведінки та етичних норм.

Третій напрям вдосконалення кадрового забезпечення визначає основні цілі та перспективи збільшення мотивації працівників вдосконалюватись та надавати якісніші медичні послуги. З метою реалізації цього напрямку вдосконалення неприбутковому КМЗ необхідно:

- провадити у медичному закладі систему оплати праці в залежності від обсягів роботи, якості наданих послуг, кваліфікації працівників, ефективності і складності виконання робіт;

- регулярно застосовувати методи моніторингу пацієнтів якості надання медичної допомоги;
- вдосконалювати робоче місце здобутками науково-технічного прогресу;
- мотивувати навчання та додаткову підготовку кадрів.

Результативність реформування у медичній системі в великому обсягу залежить від забезпечення кваліфікованими кадрами. Для реалізації поставленої мети необхідно ретельно дбати про кадровий потенціал, його кваліфікацію, вдосконалювати систему моніторингу якості та розробляти схему мотивування до навчання та вдосконалення своїх здібностей. Основними критеріями забезпечення працівниками медичного закладу повинні бути принципи демократичного добору, прагнення до постійного навчання. Систематичне оновлення кадрів та здійснення контролю за їх діяльністю сприятиме саморозвитку кадрового забезпечення медичного закладу.

У процесі діагностики ресурсного забезпечення неприбуткового КМЗ, а саме матеріального, фінансового та кадрового, необхідно проводити оцінку та аналіз ресурсів з метою їх раціонального та правильного використання.

Державне регулювання медичної сфери полягає в орієнтації на пацієнтів, як ключових об'єктів закладів охорони здоров'я. Тому дослідження ресурсного забезпечення медичного закладу полягає в вивченні забезпечення доступності медичної допомоги; виконання очікувань та потреб пацієнтів; координації та інтеграції надання медичної допомоги; надання пацієнтам кваліфікованої інформації стосовно визначеного діагнозу й вибору лікування; залученості родичів до надання медичної допомоги.

Висновки до розділу 2

Функціонування в системі охорони здоров'я у значному обсягу впливає на усі сфери національної економіки та визначає ефективність діяльності держави загалом та її населення зокрема. Внаслідок реформування вітчизняної медичної системи існує можливість створення неприбуткових КМЗ, які в порівнянні з іншими формами власності мають ряд переваг. Перетворення бюджетних медичних закладів у неприбуткові комунальні підприємства відбувається за чітко сформованим алгоритмом дій. Створення неприбуткових КМЗ призводить до тримання ряду переваг, а саме управлінська автономія, присутність ринкового підходу в наданні послуг, значні можливості мотивування працівників.

Облік активів неприбуткового КМЗ повинен здійснюватися враховуючи усю специфіку його діяльності. Для правильної організації обліку у досліджуваному КМЗ важливим є розмежування медичних виробів на запаси, малоцінні швидкозношувані предмети та необоротні активи. Адже саме правильна їх класифікація дозволить забезпечити надійну систему внутрішнього контролю та попередити їх неправомірне використання.

Діяльність медичного закладу у значному обсягу залежить від забезпеченості матеріальними, технічними, фінансовими та трудовими ресурсами. Кожна із цих складових є невід'ємною частиною в процесі надання медичних послуг. Проте найважливішою складовою є забезпечення кадрами, адже саме від кваліфікації, професіоналізму, досвіду, вмотивованості, залежить якість надання медичних послуг. На основі цього підходу для досліджуваного медичного закладу запропоновано провести оптимізацію кадрового забезпечення, здійснити вдосконалення нормативно-правового забезпечення взаємодії з кадрами; зніціювати збільшення вмотивованості кадрів.

РОЗДІЛ 3. Контроль та аналіз діяльності неприбуткового комунального медичного закладу

3.1. Контроль діяльності неприбуткового комунального медичного закладу

Провідне місце в системі цінностей країни займає стан здоров'я населення. Він виступає як основний показник економічного зростання, прогресу, безпеки держави, відображає санітарно-гігієнічні, соціальні, економічні, екологічні, демографічні, санітарно-гігієнічні аспекти країни. Держава визначає і формує вектор політики в охороні здоров'я України, створює підґрунтя для її реалізації, гарантує громадянам право на охорону здоров'я, а також забезпечує захист цього права. Проведення державної політики в сфері охорони здоров'я дозволяє суттєво покращити ситуацію, яка сьогодні склалася в галузі, і насамперед це стосується необхідності посилення контролю у сфері охорони здоров'я [62].

В умовах побудови в Україні правової держави проблеми контролю за наданням медичної допомоги є питаннями не лише суто юридичної практики, а й державного управління. Останнє підтверджується також тим, що держава шляхом дії спеціально уповноважених органів виконавчої влади зобов'язується здійснювати контроль і нагляд за дотриманням законодавства стосовно охорони здоров'я, виконання державних стандартів, стандартів професійної діяльності в галузі охорони здоров'я, стандартів медичне обслуговування та ін. [23, с. 34].

Існуюча система контролю при наданні медичної допомоги окреслює здійснення такого контролю головними лікарями, їх заступниками, завідувачами відділень лікувальних закладів, лікарсько-консультативними комісіями при лікарнях, управліннями охорони здоров'я обласних та міськдержадміністрацій, адміністрації, а також їх посадові особи, тобто вони і є суб'єктами відомчого контролю стосовно якості медичної допомоги й правопорушеннями в системі охорони здоров'я.

У сьогоднішній діючій системі охорони здоров'я міститься ряд недоліків, а саме:

- ✓ недостатнє фінансування на проведення медичної практики, що в свою чергу спричинює необхідність залучення коштів громадян;
- ✓ протягом 2022 р відбувається значне зменшення фінансування закладів охорони здоров'я внаслідок економії бюджетних коштів;
- ✓ складна система організації управління в умовах діючої системи постатейного фінансування медичних закладів;
- ✓ розгалуження фінансування між рідними бюджетами [18].

Провівши детальний аналіз витрачання бюджетних коштів на медичну сферу протягом 2010-2022 років можна зробити висновок, що загальний обсяг витрат на охорону здоров'я збільшується. Винятком є 2022 р., адже внаслідок воєнних дій є гострий дефіцит бюджетних коштів. Держава, згідно медичної реформи, здійснює фінансування за результатами діяльності медичних закладів, що значно підсилює їх автономію та сприяє ефективнішому наданню медичних послуг населенню.

Медичні заклади, які перебувають в розпорядженні територіальних органів влади мають статус неприбутковості, що в свою чергу є вектором контролю зі сторони державних органів влади про характер ведення діяльності. Проте медичні заклади мають законне право отримувати інші доходи від здійснення діяльності, якщо це визначається статутом. Таким чином, медичний заклад може отримувати доходи від надання в оренду приміщень чи обладнання, надання інших послуг, а не тільки у вигляді медичної субвенції та дотацій отриманих за рахунок бюджетного фінансування. Проте ці кошти можуть витратитися лише на забезпечення діяльності медичного закладу. Тому важливим є здійснення контролю за дотриманням статусу неприбутковості медичного закладу.

Медичний заклад згідно реформування в системі охорони здоров'я здійснює закупівлю медикаментів на основі спеціально розробленої національної системи закупівель [76, с. 419].

Щоб запобігти виникненню вищезазначених проблем, була прийнята «Концепція розвитку внутрішнього фінансового контролю в державі», яка дозволить поліпшити ефективність витрачання державних фінансових ресурсів, що має вирішальне значення для економіки моєї країни. розвитку. Україна і підйом суспільного добробуту. Державний внутрішній фінансовий контроль є вагомим важелем державного управління, що дозволяє досягати поставлених завдань і звужує коло потенційних проблем, які пов'язані з діяльністю органів державного сектору [76, с. 421]. Ефективний внутрішній фінансовий контроль у країні допомагає національному управлінню в міру зміни середовища, соціальних потреб і пріоритетів, а також країни. Тому для вдосконалення державного управління та впровадження нових технологічних винаходів, враховуючи зміни процедур, необхідно постійно оцінювати внутрішній фінансовий контроль країни та адаптувати його до потреб сьогодення [37].

Для визначення функцій внутрішнього фінансового контролю для медичних закладів варто розмежувати компетентності внутрішнього аудиту і внутрішнього контролю. Для внутрішнього аудиту важливим є окреслення принципів ведення контролю з метою визначення ризикових фактів. Внутрішній аудит полягає в контрольних процедурах для здійснення контролю за збереженням матеріальних та фінансових ресурсів громади. Система державного управління працює таким чином, що мінімізує ризик шахрайства, марнотратства, помилок або збитковості.

Існує певна незлагодженість стосовно визначення концептуальної основи державного фінансового внутрішнього контролю, яка використовується в науковій літературі, законодавстві, практичній діяльності України з концептуальною базою ЄС.

Механізм внутрішнього аудиту стосовно закладів охорони здоров'я наразі знаходиться на стадії розробки, оскільки на сьогодні в Україні відсутня ефективна система контролю, лише набирає обертів розвиток

процедур внутрішнього аудиту управління ризиками та процесів контролю в закладах системи охорони здоров'я [1].

Тому за такої ситуації особливої актуальності набуває побудова в Україні механізму внутрішнього контролю, який би відповідав світовим стандартам, а також формував надійні теоретико-методологічні засади внутрішнього аудиту діяльності закладів системи охорони здоров'я, проводив адаптацію облікової системи та аудиторського процесу до автоматизації.

Використання цих методів дозволить організаціям охорони здоров'я знизити імовірність порушення у фінансовій і бюджетній сфері й покращити управління фінансовими, фізичними та трудовими ресурсами організації, а також їх здатність здійснювати свої функції та місії для досягнення цілей, важливих для суспільства.

Водночас у медичному закладі теж необхідна система здійснення контролю з метою виявлення й усунення фактів порушень та з метою попередження помилок та неточностей. Метою внутрішнього контролю є надання рекомендацій щодо вдосконалення діяльності установ державного сектору та покращення ефективності процесів управління, які сприяють досягненню цілей установ державного сектору [76].

Основними завданнями внутрішнього контролю є забезпечення достовірності понесених витрат та здійснення постійного моніторингу їх витрачання. Його функціональним обов'язком є надання відповідних та об'єктивних і своєчасних рекомендацій стосовно діяльності медичного закладу.

В сучасній системі охорони здоров'я внаслідок значного браку бюджетного фінансування та гострої недостатності бюджетних коштів необхідна розробка дієвої системи внутрішнього контролю. Така система повинна впливати на стан внутрішніх ризиків, здійснювати ефективне управління ними та створювати механізм їх попередження [76]. Тому особливої актуальності набуває потреба в конструюванні системи

внутрішнього контролю за світовими стандартами, розробка дієвих теоретико-методологічних засад роботи, автоматизація можливих процесів з метою їх пришвидшення, адаптація облікової системи до сучасних вимог,

А. Г. Миронов вважає, що для цього необхідно створити в медичному закладі наглядову раду, яка виконуватиме ряд функцій, а саме:

- сприяти визначати стратегію розвитку медичного закладу, проводити планування згідно бюджетного фінансування;
- сприяти у залученні ресурсів до медичного закладу шляхом перевірки до тримання бюджетних витрат та пошуку благодійних організацій;
- розробляти та провадити проекти та програми державного і приватного партнерства й координувати їх проведення;
- проводити контроль цільового використання коштів та перевіряти публічного звітування;
- перевірка дотримання маркетингового та інформаційного вектору розвитку медичного закладу;
- перевірка якості надання медичних послуг та сприяння в залученні ресурсів для їх покращення;
- виявлення складних медичних питань та сприяння в залученні експертів [40, с. 77]

Зважаючи на сутність контролю як відокремленої функції управління на нього покладається велике значення при організації діяльності неприбуткового КМЗ. Функція контролю перебуває у взаємозв'язку з іншими функціями управління, та полягає в оцінці дотримання запланованого результату. Що стосується закладів охорони здоров'я, тоді внутрішній контроль виступає елементом перевірки дотримання правил витрачання бюджетного фінансування, якості надання медичних послуг й забезпечення якості життя населення.

Ключовими завданнями стосовно реформування контролю стосовно діяльності закладів охорони здоров'я полягає в:

- запровадженні нових концептуальних принципів організації системи державного контролю з обов'язкової присутністю незалежної перевірки – аудиту на основі норм і правил провідних країн світу;
- розробленні стандартів внутрішнього контролю, положень, обчислення оптимального складу контрольної служби, методології управління ризиками;
- визначення стратегії роботи контрольної служби, вдосконалення кадрового забезпечення, покращення матеріального й технічного забезпечення для здійснення контрольних функцій;
- проведення контролю комплексно співставляючи лікувально-оздоровчі та фінансові елементи, що дозволить виявити причинно-наслідкові зв'язки [32].

Отже, дослідивши в державі особливості фінансового контролю медичних закладів, науковці вважають, що основним напрямком удосконалення цього виду контролю в сучасних умовах має бути: формування нових та вдосконалення діючих внутрішніх фінансових процедур держави. Фінансовий контроль, удосконалення методів, оптимізація організаційної структури, створення інформаційно-комунікаційної інфраструктури, що відповідає сучасним умовам медичних установ [38, с. 13].

Проведення контролю в неприбутковому КМЗ містить ряд особливостей зважаючи на мету діяльності та завдання. На основі цього визначаються основні суб'єкти контролю та формуються функції й методи здійснення контрольних процедур на різних рівнях ведення господарської діяльності медичного закладу. На рисунку 3.1 представлено схему організації контролю некомерційного підприємства «Тернопільська комунальна міська лікарня № 2» з виокремленням основних компонентів контролю на різних рівнях організації роботи.

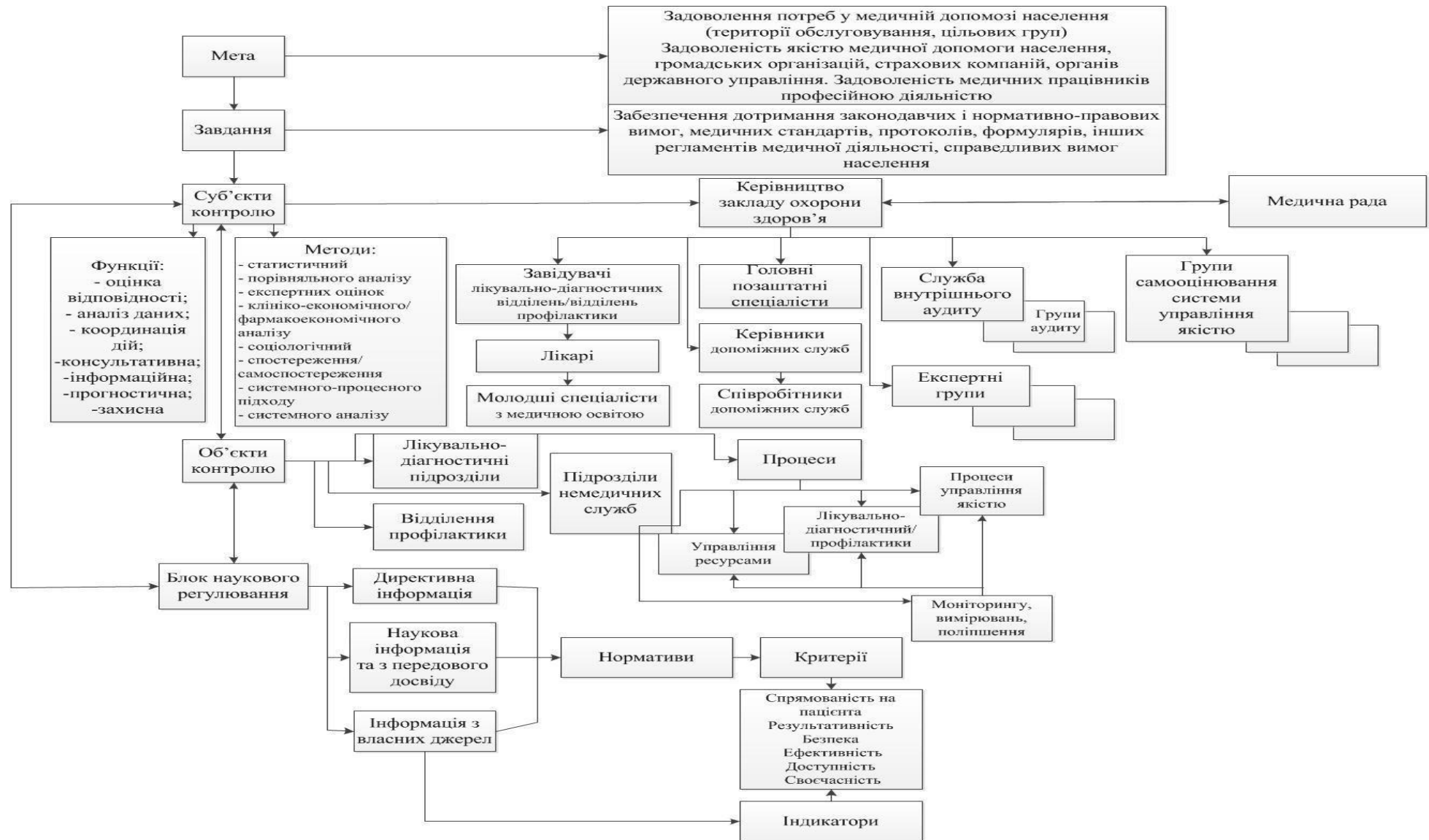


Рис. 3.1. Схематичне позначення організації системи контролю на досліджуваному медичному закладі

З реформуванням української галузі охорони здоров'я змінюється система її фінансування, тому вирішенням проблеми є необхідність збереження внутрішнього фінансового контролю держави стосовно надання медичних послуг, контролю за якістю проведення медичної допомоги і механізмом фінансування. Важливим є контроль надходження коштів до медичного закладу, а саме від державного соціального медичного страхування, місцевого й державних бюджетів, добровільного медичного страхування, організацій та благодійних внесків громадян, від наданих платних медичних послуг.

Внутрішній фінансовий контроль у галузі охорони здоров'я є ваговою функцією інституційного менеджменту, зокрема забезпечує акумулювання й ефективне використання наявних бюджетних ресурсів з метою досягнення поставлених цілей в частині розподільних відносин та сприяння реалізації фіскальної політики установи. Адже поточний стан державних фінансів вимагає посилення контролю стосовно витрачання бюджетних коштів й боротьби з порушеннями законодавства. Удосконалення організації систем внутрішнього контролю в галузі охорони здоров'я повинен забезпечуватися через діяльність усіх організацій, які входять до ієрархії різних управлінських підрозділів.

3.2. Аналіз діяльності неприбуткового комунального медичного закладу

Аналіз діяльності господарюючого суб'єкта це метод накопичення, перетворення та використання зібраної інформації фінансового характеру, спрямований на надання оцінки ретроспективного та перспективного фінансового стану бізнес структури, розкриття ймовірних темпів розвитку економіки з позиції їх фінансового забезпечення; прогнозування позиції підприємства на ринку капіталу [74]. Основна мета вивчення фінансового

стану лежить в пошуку резервів покращення ефективності діяльності та зміцнення конкурентних позицій як основи стабільної роботи та виконання ним зобов'язань перед бюджетом, банком та іншими установами [1].

Діагностика фінансового стану виконує три основні функції, які розкривають усю її ефективність. Вони включають: оціночну функцію (визначення стану функціонування об'єкта управління); діагностичний (виявлення можливих змін стану об'єкта); пошук (визначення можливих заходів щодо поліпшення або відновлення стану суб'єкта управління) [62].

Аналіз зовнішнього й внутрішнього середовища бізнес-структури є основною структурною складовою аналізу. Для медичних закладів важливими є зовнішні показники, такі як потреба споживачів у послугах чи продукції, позиція на ринку, ситуація на ринку становлять основну мету діяльності. Показники оцінки господарюючого стану медичного закладу варто довести до такого рівня, щоб всі, хто дотичний з ним господарськими відносинами, могли отримати відповідь на питання, наскільки неприбутковий КМЗ є надійним партнером у фінансових відносинах, а отже, скласти рішення про економічну необхідність встановлення і продовження таких зв'язків. Оскільки неприбуткові КМЗ фінансують діяльність з місцевого або державного бюджету, за рахунок коштів акумульованих податковою системою, то громадськості важливо отримати достовірну інформацію про витрачання бюджетних коштів. Тому показники оцінки фінансового стану варто сформулювати такими, щоб кожен стейкхолдер міг прийняти рішення, опираючись на власні інтереси.

Проте в ході управління неприбутковим КМЗ виникає низка проблем, таких як:

- періодичність проведення аналізу;
- вибір основних аналітичних показників для їх моніторингу;
- форми представлення результатів аналізу та практичність використання отриманої інформації;

– ступінь розуміння показників, значення та застосування аналізу [59, с. 56].

Вагомою причиною кризового стану в медичній системі в умовах нестабільної системи фінансування є неналежне виконання внутрішніми фінансовими службами покладених на них функцій, зокрема відсутність управління ризиками, фінансового планування, правильного бюджетування та аналізу, робота з оптимізації діяльності. Досить часто це пов'язано з тим, що відповідальність за всю фінансову роботу в неприбутковому КМЗ покладена на бухгалтерію, а фінансові контрольні служби або взагалі відсутні. Тому незадовільна робота медичних закладів проявляється в неналежнім забезпеченні матеріальними та трудовими ресурсами внаслідок недоотримання фінансового забезпечення.

Реформування національної галузі охорони здоров'я окреслює раціоналізацію діяльності медичних закладів. В умовах дефіциту бюджетного забезпечення і зростаючої загрози здоров'ю населення планети внаслідок пандемії вирішення проблеми передбачає залучення значних фінансових та інноваційних ресурсів – функціонування закладу охорони здоров'я як економічно ефективного структурного елемента. Такий підхід є важливим радикальним рішенням. Основою трансформації закладу охорони здоров'я є ретельний економічний аналіз та фінансове обґрунтування альтернатив його подальшого ефективного розвитку. Уся реформація повинна відбуватися у відповідності з ключовим принципом діяльності медичних закладів, а саме те що їх діяльність фінансується тільки за рахунок обслуговування пацієнтів.

У неприбуткових КМЗ від попередньої системи залишилась неефективна структура медичних закладів та неефективність внутрішнього та зовнішнього управління лікарнями. Це підсилюється відсутністю власної відповідальності за здоров'я. У синергії така медична система характеризується негативно та вимагає аналізу проблемних напрямів з метою вдосконалення.

У таких умовах, з метою вирішення питань, пов'язаних з використанням методичних прийомів та підходів стосовно фінансового аналізу, так і з метою вдосконалення будови його проведення доцільно рекомендувати, неприбутковим КМЗ [59]:

- кілька разів на рік проводити оцінку найважливіших показників стану медичного закладу (індивідуальний підхід до визначення найважливіших показників за напрямками здійснення медичних послуг);

- розробити нові методи оцінки;

- удосконалити інформаційне та методичне забезпечення аналізу, що покращить інформаційні й аналітичні можливості оцінки наявних ресурсів;

- адаптувати зарубіжні методи фінансового аналізу, які на сьогодні є основними в процесі його впровадження, до соціальних та економічних вітчизняних умов провадження діяльності медичних закладів;

- здійснювати навчання персоналу відповідального за аналіз фінансового стану з метою кращого мотивування роботи медичних працівників та підвищення результативності роботи медичного закладу.

У безкоштовному продукті чи послугі немає цінності, адже зазвичай відповідальність асоціюється з грошовим виміром. До такого висновку прийшли науковці вивчаючи медичну систему у близько вісімдесяти країн світу [14]. Окрім цього у розпорядженні медичного закладу знаходяться неприбуткові структури — їдальні, господарські та транспортні відділи, які є тільки джерелом витрат. Тому для подолання окреслених негативних факторів у діяльності медичного закладу можна лише з застосуванням економічних інструментів та методів для формування дієвих, фінансово окупних й економічно доцільних суб'єктів медичної системи.

Вивчення світового досвіду, в якій функціонує медична галузь, дозволив виділити чотири основні критерії оцінки рішень, що забезпечують фінансову та економічну ефективність діяльності закладів охорони здоров'я:

1. медична ефективність полягає в вивченні ефективності та якості медичних послуг на основі підтверджених даних, а саме протоколів лікування;
2. економічна ефективність полягає в визначенні ефекту від наданого лікування, який вимірюється в кількості здорових пацієнтів та збільшенні років життя;
3. необхідність вивчає соціальні та етичні аспекти впливу на суспільство;
4. законодавча відповідність вивчає достовірність прийнятих рішень стосовно відповідності законам.

Сучасна форма діяльності закладу охорони здоров'я вимагає від нього знайти своє місце на ринку медичних послуг через аналітичну роботу щодо:

- ✓ визначення галузі медичних знань необхідних в майбутньому, внаслідок особистісних, промислових, соціальних, економічних чи екологічних обставин;
- ✓ оцінки попиту населення на медичні послуги в результаті фінансової спроможності;
- ✓ фінансово-економічного обґрунтування та подальшої діяльності лікувального закладу.

При раціоналізації діяльності неприбуткового КМЗ або розвитку нового медичного бізнесу з метою реалізації потреб рентабельної діяльності слід виходити з потенційних факторів успіху медичного бізнесу, визначених за результатами економічного аналізу. А саме:

1. З метою планування діяльності варто провести оцінку поширення хвороби та епідемій.
2. Проаналізувати наявні матеріальні ресурси для здійснення медичної діяльності з метою забезпечення хворих належними послугами.
3. Вивчити структуру надходження коштів та знайти альтернативні джерела фінансування.

Діяльність закладів охорони здоров'я у значній мірі залежить від забезпеченості основними засобами, адже саме основні засоби є основою

надання медичних послуг та місцем здійснення діяльності неприбуткового медичного закладу. Завдяки основним засобам медичний заклад починає свою діяльність та провадить її надалі. Рівень технічних та економічних показників у медичній сфері у значному обсягу залежить від ступеня забезпеченості основними засобами. Наявність основних засобів впливає на обсяги діяльності медичного закладу, зниження трудомісткості та ін [52, с. 138].

З метою виявлення рівня забезпечення основними засобами та їх стану некомерційного підприємства «Тернопільська комунальна міська лікарня № 2» проводиться детальний аналіз ряду показників. Для цього необхідно здійснити аналіз загалом та за його структурними підрозділами, виявити відповідність обсягів, складу й технічного рівня матеріальних об'єктів, співставити їх ефективність їх діяльності, визначити причини їх динаміки.

Такий підхід дозволяє ефективність використання устаткування за потужністю, часом, обчислити показники ефективності використання, їх вплив на динаміку пацієнтів, знайти резерви підвищення ефективності використання основних засобів. Особливо актуальним є такий підхід в умовах економії бюджетних коштів, що дозволить більш раціонально використовувати наявні ресурси.

Основними показниками, що характеризують технічний стан основних засобів є їх динаміка протягом досліджуваного періоду. На рисунку 3.2 представлено динаміку зміни основних засобів некомерційного підприємства «Тернопільська комунальна міська лікарня № 2» протягом 2020-2021 років.

З представленого ринку видно, що у 2021 році кількість основних засобів значно збільшилась. За даними отриманими з бухгалтерської служби протягом досліджуваного періоду значно зросла сума наявних основних засобів (з 60573 тис. грн до 77333 тис. грн, що становить на 27,67 % більше). У 2020 році у розпорядженні медичного закладу було основних засобів на 29148 тис. грн, а в 2021 році – 40832 тис. грн. Збільшення вартості основних засобів на 11684 тис. грн відбулось в результатів придбання спеціального

обладнання та вдосконалення лікарняних палат. Внаслідок гострої необхідності викликаної пандемією, медичний заклад придбав спеціальні системи забезпечення життя населення.

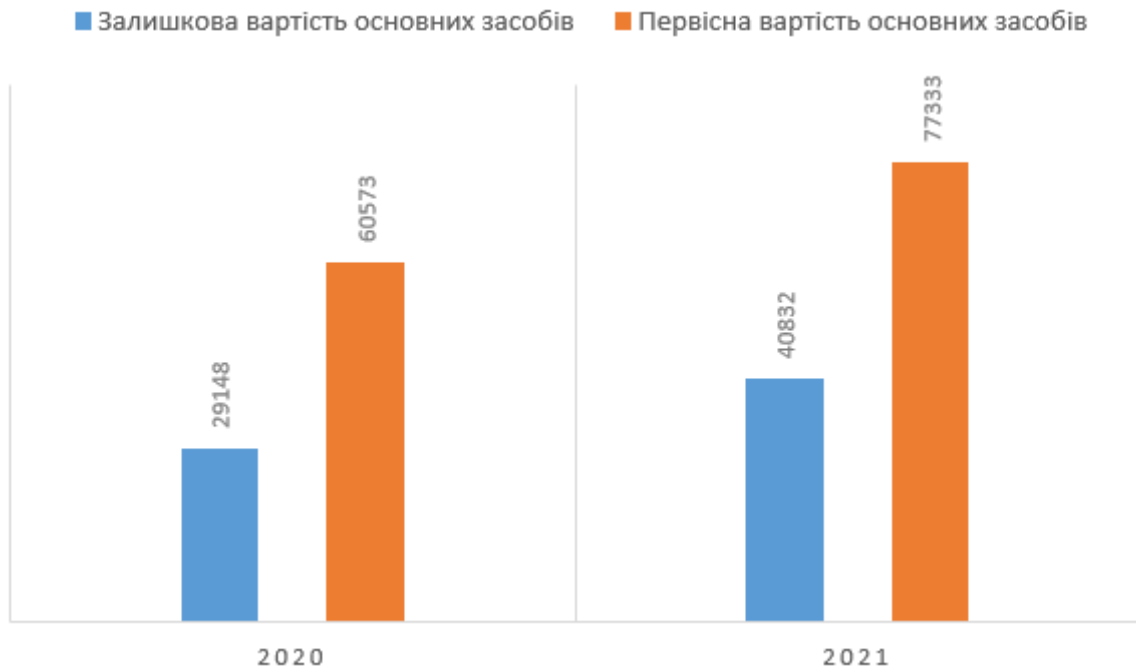


Рис. 3.2. Динаміку зміни основних засобів некомерційного підприємства «Тернопільська комунальна міська лікарня № 2» протягом 2020-2021 років

Збільшення основних засобів на 40 % значно покращив матеріальну базу для функціонування медичного закладу, розширив функціональні можливості. Таке розширення є особливо актуальним в умовах оптимізації роботи закладів охорони здоров'я, в результаті можливості доступу більшої кількості населення до якісної медичної допомоги, адже в умовах пандемії наявність спеціального обладнання є надзвичайно важливим для життя пацієнтів. Важливим є розширення матеріально-технічної бази з урахуванням можливостей кадрового потенціалу стаціонарів, профілів, їх діяльності та структури медичних послуг.

Отож рівень забезпечення основними засобами є провідним критерієм у визначенні результативності та інтенсивності роботи медичних закладів. На основі вивчення наявного обладнання можна спланувати роботу медичного

закладу, визначити сильні та слабкі сторони, сформувані перспективи та подальші плани розвитку, здійснити оцінку надання медичних послуг.

Для функціонування медичному закладу необхідні значні ресурси, які підтримують безперервну діяльність. Тому з метою оцінки забезпечення медичного закладу варто проводити аналіз ресурсного забезпечення медичного закладу в динаміці їх використання. Для більшої аналітичності рівень використання ресурсів варто розглядати як загалом так і за кожною окремою групою. На рисунку 3.3 представлено динаміку запасів та грошей і їх еквівалентів некомерційного підприємства «Тернопільська комунальна міська лікарня № 2» протягом 2020-2021 років.

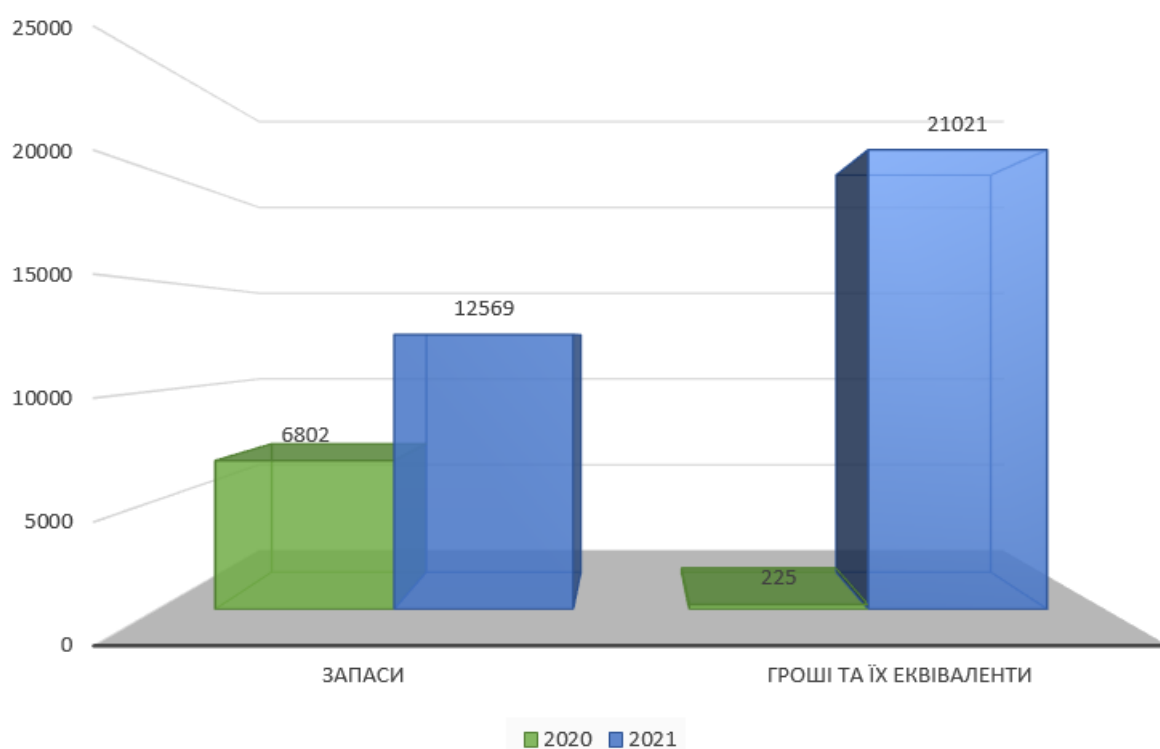


Рис. 3.3. Динаміка використання матеріальних запасів та грошових коштів некомерційним підприємством «Тернопільська комунальна міська лікарня № 2» протягом 2020-2021 р.

Протягом 2021 року в некомерційному підприємстві «Тернопільська комунальна міська лікарня № 2» відбулося значне зростання обсягів запасів та грошових коштів і їх еквівалентів. Розмір запасів збільшився на 85 % (5767 тис. грн), що характеризує значне збільшення матеріального забезпечення медичного закладу. Відтак, збільшення запасів характеризує

позитивну динаміку в роботі медичного закладу, адже з результаті наявності більшої кількості запасів, а саме медикаментів, тестів для скринінгу крові, реагентів та їх продуктів, а саме відповідних калібраторів та контрольних матеріалів для визначення групи крові, вияву гепатитів або ВІЛу, бікарбонатів натрію, зубного цементу, хірургічних ниток та інших стоматологічних матеріалів покращується кість надання медичної допомоги населенню.

Показник забезпечення грошовими коштами та їх еквівалентами характеризує позитивну динаміку в роботі медичного закладу, можливість придбання ресурсів необхідних для функціонування. У 2021 році забезпеченість грошовими коштами значно зросла. Відтак некомерційне підприємство «Тернопільська комунальна міська лікарня № 2» отримала більше ресурсів для своєї роботи.

Аналіз роботи неприбуткового КМЗ в частині витрачання ресурсів необхідно проводити в розподілі двох компонентів:

- витрати матеріалів, необхідні для функціонування медичного закладу та безпосередньо пов'язані з наданням медичних послуг (медикаменти, малоцінні швидкозношувані предмети медичного призначення);
- витрати на загальне функціонування медичного закладу (канцелярське приладдя та господарські матеріали).

Аналіз витрат підприємства повинна проводитися з метою надання рекомендацій стосовно ефективнішого їх використання, проте без втрати якості. Відтак, медичний заклад проводячи аналіз сприятиме покращенню наданих послуг та визначатиме сильні та слабкі сторони у своїй діяльності.

3.3. Аналіз маркетингової діяльності у закладах охорони здоров'я

Нова модель фінансування охорони здоров'я в Україні запровадила комунальну нову форму закладів охорони здоров'я, а саме некомерційні заклади охорони здоров'я замість бюджетних установ, які мають значно ширші можливості для провадження діяльності. Згідно оновленого законодавства створення неприбуткового КМЗ створює ряд нових викликів у реалізації діяльності. З одного боку, це дозволяє їм більш вільно розпоряджатися фінансами, кадровою політикою та іншими аспектами своєї організації. Вони також можуть створювати стратегії боротьби за споживача, визначати свої послуги на ринку та застосовувати інструменти та методи для досягнення своїх цілей. Однак на цьому шляху вони стикаються з багатьма непорозуміннями та труднощами. Одним із найбільших є те, що для конкуренції на ринку медичних послуг потрібно розробити стратегії та методи боротьби для визначення позиціонування. З метою адаптації сучасних закладів системи охорони здоров'я до ринкових умов застосовують маркетингові методи.

Для реалізації маркетингового підходу в управлінні використовують комплекс прийомів, які поєднуються між собою. Фахівці з управління використовують ряд спеціальних інструментів з метою отримання бажаного результату. Традиційною для маркетингу є модель, яка була винайдена в 1960 році Дж. МакКарті та опублікована у 1965 році, а саме 4 P – Price, Product, Promotion, Place (товар, ціна, місце, реклама). В результаті доповнення різноманітними елементами модель змінювала назву на 5 P, 6 P, 7 P. У 1981 році Б. Бумсом та М. Бітнер запропонували додати до 4P ще три елементи, а саме + Personnel, Process, Physical evidence, (персонал, матеріальні ресурси, процес).

У 1990 році на противагу 4 P Р. Лотерборн запропонував модель 4 C, яка було зорієнтована на покращення якості продукції та створення програм

лояльності . Проте вона не дозволяла включити усі потрібні засоби маркетингу.

Тому для вдосконалення системи управління якістю підприємства сфери послуг використовують сучасну модель 8 Р, яка була доповнена «Productivity and quality» (продуктивність і якість) або «Perceptual psychology» (психологічне сприймання споживачами). Оскільки послуги не є предметом, тому для оцінювання їх результату використовують результат від їх дій.

У сучасних медичних закладах зазвичай використовують модель 7 Р, проте деякі науковці вважають за потрібне доповнити набір такими додатковими інструментами, як сервіс, обслуговування клієнтів, безпека та конфіденційність. [63]. Іншим підходом є фокусування на точках взаємодії, що можуть подіяти на сприймання пацієнтом медичного обслуговування, бренду, послуги чи бізнесу.

Воно має базуватися на розумінні особливостей «медичної продукції» та специфіки медичної послуги – продукту, що надається споживачу та має загальну характеристику, економічну (ціна, рентабельність тощо) та медичну соціальні (своєчасність, доступність, якість тощо) тощо) властивості.

Відповідно до рекомендацій ВООЗ, аспекти якості медичної допомоги включають технологічність, результативність та ефективність [34]. Ці аспекти стосуються якості медичних послуг, що надаються медичними працівниками. Якщо ці аспекти реалізовані належним чином, пацієнти отримують високоякісну допомогу, яка вирішує їхні проблеми та полегшує їхні симптоми. Це пояснюється тим, що пацієнти очікують, що їхня допомога відповідатиме певним стандартам, які вони виробляють перед тим, як отримати лікування. Загальна реакція пацієнтів на медичного працівника відіграє важливу роль у тому, наскільки їхній догляд відповідав очікуванням. Пацієнт враховує необхідність конкретної медичної послуги, коли обмірковує, хто її надасть. Це стверджує А. Ахмед відповідно до заяв Ф.

Котлера щодо охорони здоров'я. І Ахмед, і Котлер стверджують, що пацієнти передбачають медичний персонал, розглядаючи послуги [45, с. 122].

На основі такого підходу до медичної системи як складової різних елементів, які надають медичні послуги на рисунку 3.4 побудовано її складові.

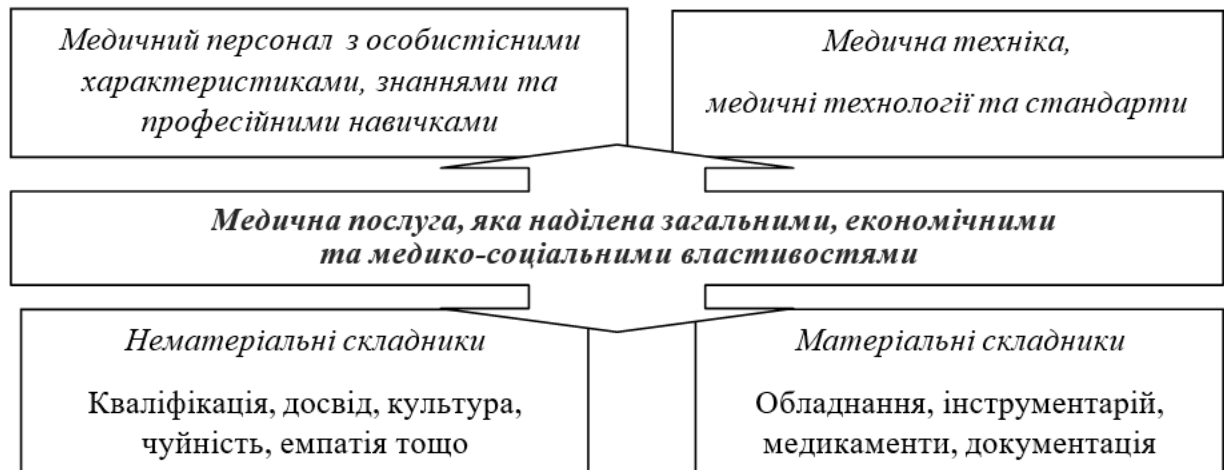


Рис. 3.4. Структура медичної послуги

Більшість конкурентних переваг походить від високого рівня знань і компетентності в медичних техніках і обладнанні. Інструмент маркетингу персоналу є п'ятьма базовими елементами є більш досконалішим від відомого 4R. Це конкурентна перевага медичного бізнесу, який поєднує медичних працівників із передовими технологіями та іншими.

Різні аспекти культури та способу життя впливають на потребу пацієнта в медичному лікуванні. Включаючи індивідуальні цінності, очікування, уподобання та національні традиції.

Всесвітня організація охорони здоров'я вважає багато аспектів роботи медичного персоналу важливими для якісного догляду. Це комфорт, приватність, співчуття та розуміння персоналу. У вітчизняній практиці люди також очікують змін у системі охорони здоров'я, щоб покращити якість обслуговування [32, с. 8].

Відповідно до «трикутної» моделі маркетингових факторів дії Ф. Котлера, розвинуті зовнішні зв'язки організації дозволять сформувати

навколо неї сприятливе інформаційне поле; а внутрішні можуть стати частиною процесу стосовно надання медичних послуг. Водночас інтерактивні здійснюють можливості для обслуговування пацієнтів, як основного вектора розвитку [25, с. 107]. З наведеного вище застосування окремих методів обслуговування послуг, які ніби накладаються на основну медичну діяльність, як на фундаменті, пріоритетним є розвиток нової моделі системи охорони здоров'я загалом. Професійна діяльність працівників медичного закладу створює об'єктивну необхідність для розробки системи управління закладом та позиціонування медичної послуги як ключового здобутку медичного закладу [19, с. 162].

Саме медичний персонал забезпечує функціональну сторону якісного обслуговування пацієнтів, але лише при правильному використанні додаткового маркетингового інструменту «сервіс». Він створений для багаторазового підвищення рівня задоволеності пацієнтів і трансформації необхідної безпеки та конфіденційності, які також є складовим показником якості медичної допомоги. Неповторність та неможливість копіювання – ті характеристики, які дозволяють перетворити обслуговування клієнтів на основну конкурентну перевагу, яка відрізнятиме заклад охорони здоров'я від інших [19, с. 163]. У його межах пропонується зробити акцент на створенні надійної організаційної побудови, яка без додаткового фінансування здатна вплинути на імідж та результати неприбуткового КМЗ [36, с. 51].

Матеріально-технічну сторону обслуговування варто посилити відомим додатковим інструментом матеріального забезпечення. Вибираючи медичний заклад, пацієнти повинні враховувати важливість медичних умов. Відповідно до законодавства вимагається додаткова інформація, наприклад про професійні ліцензії та сертифікати. Як варіант, добровільні докази можна знайти у вигляді професійних нагород у легкодоступному до ознайомлення місці, фірмового стилю та спеціально обладнаних приміщень.

Формалізація ланцюга контактів з медичною допомогою дозволяє пацієнтам і медичним працівникам полегшити процес звернення та

отримання медичної допомоги. Створюючи стандартизовані послідовні кроки, обидві сторони можуть досягти цієї мети. Ці кроки мають бути реалізовані за допомогою сучасних технологій керування на основі інструменту «Процес». Це дозволить їм контролювати кожен крок, використовуючи показники та коригувальні заходи для забезпечення безперервного проходження процесів.

Результати порівняльного емпіричного дослідження рівня якості медичної допомоги в некомерційному підприємстві «Тернопільська комунальна міська лікарня № 2» підтвердили інформацію про доцільність відокремленого оцінювання якості медичних послуг як виду діяльності й послуги з метою відповідного маркетингові рішення. У міських поліклініках повністю задоволені наданою послугою 90 % респондентів, частково задоволені – 8 %, зовсім незадоволені – 2 %. Але лише 58% усіх опитаних задоволені рівнем обслуговування. Відповідно до рейтингової шкали респонденти в першу чергу вказували на наявну проблему міжособистісних стосунків у системі «персонал-пацієнт», на другому місці – значна трудомісткість, незручність маршрутів пацієнтів, скеровування на платні діагностичні обстеження, незадовільні побутові умови. Тобто головні проблеми не в кваліфікації медичного персоналу, а в «старій» моделі ставлення до пацієнта та неякісному обслуговуванні. Існує нагальна потреба у розробці стандартів надання послуг пацієнтам для усіх категорій персоналу некомерційного медичного підприємства.

Тому кожен неприбутковий медичний заклад повинен враховувати свою мету, формувати та застосовувати свій унікальний маркетинговий комплекс, який допоможе здійснювати ефективніше управління. Основою якісної медичної допомоги є персонал, засоби та умови обслуговування, тому вважається доцільним використання моделі маркетингового комплексу 7P+Cs, до складу якого входить сучасний інструмент продажу медичних послуг на основі характеристики «сервіс». Медичний персонал повинен сприймати пацієнта як споживача зі специфічними потребами та запитам.

Частка ринку послуг медичного некомерційного підприємства на пряму залежить від відповідності очікувань пацієнтів щодо задоволення потреб та сприйняття ними ходу медичного обслуговування.

Висновки до розділу 3

Діяльність неприбуткового КМЗ залежить від рівня забезпечення фінансовими ресурсами з різних рівнів бюджетів та інших благодійних надходжень. Тому важливим є розробка надійної системи контролю за витрачанням коштів та ресурсів з метою побудови безперервної роботи медичного закладу. Ключовими завданнями стосовно реформування контролю за діяльністю закладів охорони здоров'я полягає в запровадженні нових концептуальних принципів організації системи державного контролю з обов'язковою присутністю незалежної перевірки – аудиту на основі норм і правил провідних країн світу; розробленні стандартів внутрішнього контролю, положень, обчислення оптимального складу контрольної служби, методології управління ризиками; визначення стратегії роботи контрольної служби, вдосконалення кадрового забезпечення, покращення матеріально-технічного забезпечення для здійснення контрольних функцій; проведення контролю комплексно співставляючи лікувально-оздоровчі та фінансові елементи, що дозволить виявити причинно-наслідкові зв'язки.

Дослідження діяльності медичного закладу відбувається з метою оптимізації його роботи, пошуку нових джерел залучення коштів та надання якіснішого медичного обслуговування населення країни. Провівши дослідження некомерційного підприємства «Тернопільська комунальна міська лікарня № 2» у частині забезпечення основними засобами видно, що медичний заклад протягом досліджуваного періоду значно розширив свою матеріально-технічно базу, а саме на 27,67 % більше. Значне збільшення обладнання та матеріалів дозволить розширити спектр медичних послуг та проводити їх швидше та ефективніше.

Частка ринку послуг неприбуткового КМЗ залежить від відповідності очікувань пацієнтів щодо задоволення потреб та сприйняття ними ходу медичного обслуговування. Тому важливим є аналіз використання наявних ресурсів та розробка маркетингової стратегії розвитку медичного закладу.

ВИСНОВКИ

1. Сучасна система охорони здоров'я характеризується значним зменшенням лікувальних закладів. На основі статистичної інформації простежується динаміка різкого зменшення кількості лікарняних закладів вторинної та третинної ланки. Аналізуючи представлені дані видно, що в 2000 р. існувало 3,3 тис медичних закладів, які розміщували 466 тис хворих. Уже через п'ять років їх кількість зменшилась на 12,02 %, а саме 0,4 тис. У 2015 р. кількість медичних закладів становила 1,8 тис одиниць, що на 35,71 % менше ніж в 2010 р. Це є одним із пікових періодів у зменшенні закладів охорони здоров'я. У наступні роки їх кількість залишалась приблизно на однакових показниках. Винятком став 2021 рік, який характеризується значним зменшенням закладів охорони здоров'я (на 25 % у порівнянні з попереднім роком, що становить 0,4 тис одиниць). Значне зменшення лікарняних закладів зумовлено значною оптимізацією медичних установ, їх укрупненням та узагальненням.

2. З метою належного функціонування системи необхідне чітке та правильне нормативно-правове врегулювання, яке відобразить усі особливості діяльності та вирішуватиме основні питання стосовно належної роботи. Діяльність медичної системи врегульовує ряд законодавчих та нормативних актів, основною метою яких є створення медичних гарантій збереження здоров'я та покращення життя населення. Державні фінансові гарантії створенні з метою забезпечення населення доступу до ефективної медичної системи та надання можливості отримати якісні послуги.

3. Основними напрямками реформування системи охорони здоров'я є створення неприбуткових комунальних медичних закладів, які згідно чинного законодавства отримують ширші повноваження в управлінні медичним закладом. На регіональному рівні такі медичні заклади мають ряд переваг, а саме їх власниками є територіальні громади, які більш обізнані в потребах давнього регіону. Найперше створення неприбуткового комунального медичного закладу позначиться на якості медичних послуг,

адже в результаті конкурентного підходу пацієнти обиратимуть кращі медичні заклади. А саме такі медичні заклади мають більшу свободу у використанні фінансових ресурсів, що значно впливає на якість наданих медичних послуг. Важливою перевагою такого підходу є система оплати праці медичних працівників, яка значно мотивує надавати якісні послуги та здійснювати навчання та постійно вдосконалювати навички та знання.

4. Невід'ємною частиною ефективного управління медичним закладом є створення надійної системи обліку з метою раціонального та правильного використання ресурсів. Запорукою ефективного ведення обліку в медичній сфері є чітке дотримання законодавчих норм з метою правильного та санкціонованого розподілу активів на медичні вироби та лікарські засоби. Адже сучасні комунальні медичні заклади покладається на постійний потік медикаментів та лікарських засобів, щоб залишатися дієвими та забезпечувати медичні послуги для населення. Отже, враховуючи специфіку функціонування комунальних неприбуткових медичних закладів, бухгалтерський облік медикаментів та лікарських засобів повинен проводитись службою бухгалтерського обліку в вартісному та кількісному вимірі за найменуваннями, та в розрізі матеріально-відповідальних осіб із обов'язковим збереженням порядку подачі та оформлення первинних документів.

5. Ресурсне забезпечення медичного закладу визначає його здатність відповідати вимогам та очікуванням пацієнтів, здійснювати кваліфіковану допомогу населенню та забезпечувати надання якісних медичних послуг. Неприбуткові комунальні медичні заклади у своєму розпорядженні мають трудові, матеріальні, фінансові та технічні ресурси, які у загальній сукупності повинні скоординовано використовуватися. Саме тому з метою надання медичних послуг необхідним є розробка ефективної системи управління медичним закладом з раціональним та ефективним використанням усіх наявних ресурсів.

6. Діяльність неприбуткового медичного закладу, отримання фінансування з державного та місцевих бюджетів та якість надання послуг у значному обсягу залежить від належної організації системи внутрішнього контролю. Розробка контролюючого органу дозволить сприяти визначати стратегію розвитку медичного закладу, проводити планування згідно бюджетного фінансування; сприяти у залученні ресурсів до медичного закладу шляхом перевірки до тримання бюджетних витрат та пошуку благодійних організацій; розробляти та провадити проекти та програми державного і приватного партнерства й координувати їх проведення; проводити контроль цільового використання коштів та перевіряти публічного звітування; перевірка дотримання маркетингового та інформаційного вектору розвитку медичного закладу; перевірка якості надання медичних послуг та сприяння в залученні ресурсів для їх покращення; здійснити виявлення складних медичних питань та сприяння в залученні експертів.

7. Аналіз діяльності медичного закладу проводиться з метою виявлення сильних та слабких сторін у роботі медичного закладу. Провівши ґрунтовне дослідження основних засобів, запасів та грошових коштів можна зробити висновок про поточний стан закладу охорони здоров'я, розробити план його вдосконалення, сформувавши критерії їх ефективності, оптимальну структуру що дозволить мінімізувати витрати за умови безперервної та ефективної роботи.

8. Зважаючи на законодавчі можливості кожен неприбутковий медичний заклад має враховувати свої цілі, формувати та застосовувати свій унікальний маркетинговий комплекс, який допоможе керувати вибором споживачів медичних послуг. Основою якісної медичної допомоги є персонал, засоби та умови обслуговування, тому вважається доцільним використання моделі маркетингового комплексу, до складу якого входить сучасний інструмент продажу медичних послуг «Сервіс». Медичний

персонал повинен сприймати пацієнта як споживача зі специфічними потребами та запитам.

Список використаних джерел

1. Luchko M.R and all. Analysis and modelling of value added tax revenues on imports: Some issues of application in Ukraine. *International Journal of Production Management and Engineering*. 2021/1/29, p.37-46.
2. Авер'янов В. Б. Державне управління: проблеми адміністративно-правової теорії та практики / за заг. ред. В. Б. Авер'янова. Київ: Факт, 2003. 384 с.
3. Альшаафі Мохамед Алі, Сазонець О. М. Іноземний досвід управління медичними закладами в інформаційно-комунікаційному середовищі. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. №14. С. 18-22.
4. Альшаафі Мохамед Алі. Розвиток Комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня» на основі впровадження інновацій. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія»*. 2018. № 11(39). С. 42-46.
5. Баєва О. В., Солоненко І. М. Управління підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я. Київ : МАУП, 2007. 376 с.
6. Бойко С. Г. Тенденції та особливості державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я. *Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування*. 2018. № 1. URL: http://el-zbirn- du.at.ua/2018_1/12.pdf
7. Бондар А. В. Фінансування галузі охорони здоров'я в Україні та у зарубіжних країнах. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка»*. 2011. № 720 «Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення і проблеми розвитку». С. 357-364.
8. Борисенко О. С., Табачук Н. О. Теоретичні основи та еволюція розвитку комплексу маркетингу. *Східна Європа: економіка, бізнес та управління*. 2018. Вип. 3(14). С. 134–141.

9. Булах І. Є., Войтенко Л. П., Антоненко Ю. П. Моніторинг якості медичної освіти. Міжнародний досвід. Медична освіта. 2018. № 3. С. 5–12.
10. Васкес Абанто Х. Э. Здравоохранение и вопросы его финансирования. Газета «Новости медицины и формации». 2014. № 3(487).
11. Васюк Н. О. Удосконалення кадрового забезпечення державного управління охороною здоров'я в Україні. *Збірник наукових праць Національної академії державного управління при Президентові України*. 2015. Вип. 2. С. 34–51.
12. Вимоги ПМГ 2020. Єдиний веб-портал органів виконавчої влади України. URL: <https://nszu.gov.ua/likar-2020>.
13. Вороненко Ю. В., Шекера О. Г. Образование в современном мире, инновации и перспективы в медицине. *Сучасна післядипломна медична освіта: досягнення, проблеми, перспективи*: матеріали навч.-наук. конф., Харків, 7–8 листопада, 2013 р. / за заг. ред. О. М. Хвисюка, М. І. Хвисюка, В. Г. Марченко. Харків: Оберіг, 2013. С. 155-157
14. Гарніш Верн. Масштабування бізнесу. Покрокова стратегія збільшення прибутків. Київ: Наш формат, 2018. 328 с.
15. Грабовський В. А., Клименко П. М. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я. *Вісник Національної академії державного управління при Президентові України*. 2014. № 3. С. 136-142.
16. Гречишкіна Н. В., Литвинова Л. О., Донік О. М., Артемчук Л. І., Тонковид О. Б. Аналіз забезпеченості медичними кадрами населення України у період реформування медичної галузі. *Клінічна та профілактична медицина*. 2021. № 1. С. 48-57
17. Державна кадрова політика: теоретико-методологічне забезпечення: монографія / В. М. Олуйко, В. М. Рижих, І. Г. Сурай та ін.; за заг. ред. В. М. Олуйка; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ: НАДУ, 2008. 418 с.

18. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку: кол. моногр. / кол. авт.; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш, передм. Т. Д. Бахтеєвої; за заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша. Київ: НАДУ, 2013. 424 с.
19. Дмитрук О. В. Формування комплексу маркетингу як актуальна проблема медичних неприбуткових підприємств. *Інфраструктура ринку*. 2020. Вип. 39. С. 160–164
20. Енциклопедичний словник з державного управління: довідков. вид. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України; уклад.: Ю. П. Сурмін, В. Д. Бакуменко, А. М. Михненко та ін.; за ред. Ю. В. Ковбасюка, В. П. Трощинського, Ю. П. Сурміна. Київ: НАДУ, 2010. 819 с.
21. Ефективне управління медичними закладами. Можливості МІС. URL : <https://euromd.com.ua/post-8164-efektivne-upravlinnya-medichnimi-zakladami-mozhливosti-mis>.
22. Єрошкіна Т. В. Основи менеджменту і маркетингу в медицині. Дніпро : ДНУ, 2012. 64 с.
23. Жеков І. І., Халецький А. В. Проблеми кадрового забезпечення медичної сфери в умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні. *Економічний вісник. Серія : Фінанси, облік, оподаткування*. 2021. Вип. 7. С. 30-41
24. Зима І. Я. Механізми інституційної трансформації державного управління охороною здоров'я. Рівне, 2019. 248 с.
25. Іванова Л. О., Семак Б. Б., Вовчанська О. М. Маркетинг послуг : навчальний посібник. Львів, 2018. 508 с.
26. Інституційна трансформація державного управління охороною здоров'я: Україна та іноземний досвід : колективна монографія / І. Л. Сазонець, В. І. Саричев та ін. ; за наук. ред. д.е.н., проф. Сазонця І. Л. Рівне : Волин. обереги, 2019. 396 с.
27. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз / Д. Богдан, А. Бойко, А. Василькова та ін. Проєкт USAID

- «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2019. URL: <https://www.skeptic.in.ua/wp-content/uploads/HRH-situational-analysis-2019.pdf>
- 28.Калігаєва Н., Халецька А. Питання ефективного функціонування кадрової складової органів влади: антикризові підходи. *Схід*. 2015. № 4 (136). С. 12–16.
- 29.Клименко М. О. Світовий досвід організації фінансування у сфері медичного обслуговування. *Чернігівський науковий часопис Чернігівського державного інституту економіки і управління*. Сер. 1: Економіка і управління. 2017. № 1. С. 104-112.
- 30.Коба Н. М., Ісаєнко Р. М., Короленко В. В. Основні проблеми державної кадрової політики з підготовки керівників охорони здоров'я. *Український науково- медичний молодіжний журнал*. 2012. № 2. С. 16–22.
- 31.Конституція України від 28 червня 1996 року № 254к/96-ВР.
- 32.Контроль якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я : методичні рекомендації / І.М. Рогач та ін. Ужгород, 2014. 48 с.
- 33.Короленко В. В., Юрочко Т. П. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я України в контексті європейської інтеграції. Київ, 2018. 96 с.
- 34.Краснова О., Плужніков Т. Особливості механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 7. С. 46–48.
- 35.Левченко Н. М., Головань С. В. Удосконалення обліку медикаментів й лікарських засобів в закладах охорони здоров'я. *Інноваційна економіка*. 2015. № 1 (56). С. 198-202
- 36.Лисевич С.Г. Місце і роль корпоративної культури в господарському механізмі підприємства. *Держава та регіони. Серія «Економіка та підприємництво»*. 2018. № 2(101). С. 49–52.

37. Лучко М. Р. Фінансовий моніторинг в контексті бухгалтерської та аудиторської практики в Україні. *Галицький економічний вісник*. 2022. Том 76. № 5. с.45 –50
38. Максимова В.Ф. Організація державного фінансового контролю: Навчальний посібник. Одеса: ОНЕУ, 2012. 276 с.
39. Малюк Л.П., Варипаєв О.М., Зіолковська А.В. Сервісологія та сервісна діяльність : навчальний посібник. Харків : ХДУХТ, 2009. 211 с.
40. Мартинюк О. А., Курдибанська Н. Ф. Впровадження системи управління якістю в медичних закладах. *Причорноморські економічні студії*. 2016. Вип. 6. С. 75-79.
41. Медичні кадри та мережа закладів охорони здоров'я системи МОЗ України за 2017– 2018 роки / укл. В. М. Заболотько, О. М. Якименко, І. Є. Стешенко, Л. Б. Харкевич. Київ, 2019.
42. Мельник Л. А. Сучасний керівник медичного закладу в умовах реформування здравооохоронної галузі. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2018. № 11. URL : <http://www.dynauka.com.ua/?op=1&z=1336>.
43. Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства. Оновлена версія. Київ, 2018. 84 с.
44. Миронов А. Г. Державний та громадський контроль у сфері охорони здоров'я: спільні риси, відмінності та пріоритети в сучасній Україні. *Публічне право*. 2018. № 1. С. 165-170
45. Міщук А.А. Інструментальні стратегії маркетингу закладу охорони здоров'я. *Економіка і організація управління*. 2017. № 2(26). С. 120–131.
46. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. Аналітична записка за матеріалами науково-практичної конференції з міжнародною участю, Тернопіль–Кам'янець–Подільський, 12–13 грудня 2018 року. URL : <http://dspace.tneu.edu.ua/bitstream/316497/33636/1/pdf>

47. Назарко С. О. Ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я. *Ефективна економіка*. 2020. № 1. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/efek_2020_1_23
48. Обуховська Л. І. Виявлення переваг функціонування медичних закладів у формі комунальних підприємств. *Вісник Національного університету водного господарства та природокористування. Економічні науки*. 2019. Вип. 4. С. 161–171
49. Олуйко В. М. Кадрові процеси в державному управлінні України: стан і перспективи розвитку: монографія. Хмельницький: ХУУП, 2005. 326 с.
50. Онищенко В. Облік лікарських засобів, медвиробів та медобладнання: від придбання до списання, 2021. URL: <https://www.golovbukh.ua/article/7616-oblk-lkarskih-zasobv-medvirobv-ta-medobladnannya-vd-pridbannya-do-spisannya>
51. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 р. Відомості Верховної Ради України, 1993, № 4, ст.19
52. Парій В. Д., Борис. Н. В., Прус В. М. Аналіз використання основних виробничих засобів окремих закладів охорони здоров'я в контексті створення госпітального округу. *Україна. Здоров'я нації*. 2015. № 2. С. 138–144
53. Податковий кодекс України. Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2011, № 13-14, № 15-16, № 17, ст.112 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2755-17#Text>
54. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-19.
55. Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення : Постанова від 28.03.2018 № 391 / Кабінет Міністрів України. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/391-2018-%D0%BF>

- 56.Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування : Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1075.
- 57.Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я : Розпорядження від 30 листопада 2016 р. № 1013-р / Кабінет Міністрів України. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80>
- 58.Радиш Я. Ф., Поживілова О. В., Васюк Н. О. Кадрове забезпечення охорони здоров'я України: сутність понять. *Економіка та держава*. 2012. № 1. С. 97–101.
- 59.Ротар А. Є. Фінансовий аналіз діяльності підприємства в умовах економічної нестабільності. *Міжнародний науковий журнал «Інтернаука»*. 2018. № 22(2). С. 55–57
- 60.Сазонець І. Л., Зима І. Я. Соціальні інститути в трансформації державної системи управління охороною здоров'я. Рівне : Волинські обереги, 2018. 168 с.
- 61.Саченко С. І. Особливості внутрішньогосподарського контролю. *Облік, оподаткування і контроль: теорія та методологія* : матеріали міжнародної науково - практичної інтернет - конференції (м. Тернопіль, 30 червня 2017 р.). Тернопіль: ТНЕУ , 2017. 342 с. С.260-262.
- 62.Саченко С. І. Напрями підвищення ефективності діяльності підприємств. *Облік, оподаткування і контроль : теорія та методологія* : зб. матеріалів VI міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. [м. Тернопіль, 27 груд. 2019 р.] / редкол. : Slawomir Bartosiewicz, Drager Henning, Zbigniew Korzeb [та ін.]. Тернопіль : ТНЕУ, 2019. С. 189–190.
- 63.Сержук А.В. Комплекс маркетингу на ринку охорони здоров'я. *Науковий вісник Полтавського університету економіки і торгівлі. Серія «Економічні науки»*. 2015. № 2(71) С. 23–28. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvpushk_2015_2_5

64. Сіташ Т. Медичне страхування та фінансове забезпечення охорони здоров'я: вітчизняний та зарубіжний досвід. *Науковий вісник Одеського національного економічного університету*. 2014. № 10. С. 149-162.
65. Смирнов С. О., Бикова В. Г. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я. *Управління розвитком*. 2016. № 3. С. 78–83.
66. Статистичний щорічник України за 2020 р. Державна служба статистики України, 2021. 455 с. URL : https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2021/zb/11/Yearbook_2020.pdf
67. Стефанишин Л. С. Теоретико-методичні основи застосування партисипативного управління закладом охорони здоров'я. *Держава та регіони. Серія : Економіка та підприємництво*. 2019. № 3. С. 160-166.
68. Термінологічний словник-довідник менеджера охорони здоров'я: навчальний посібник. Київ: Преса України, 2001. 240 с.
69. Україна у цифрах. 2021. Статистичний збірник. Державна служба статистики України, 2022. URL : https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2022/zb/08/zb_Ukraine%20in%20figures_21u.pdf
70. Хренов М., Захожа В. Індекс здоров'я. Україна – 2019: Результати загальнонаціонального дослідження. *Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя»*. 2020. № 6 (475). URL: <http://health-ua.com/article/60092-ndeks-zdorovyua-ukrana--2019>
71. Шестерняк М. М. Сучасний економічний аналіз та його основні види. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Міжнародні економічні відносини та світове господарство»*. Випуск № 20 / 2018. Ужгород, 2018. С. 158–162.
72. Шестерняк М. М. Сучасний стан розвитку економічного аналіз *Соціально-економічні та гуманітарні аспекти розвитку суспільства: зб. матер. всеукр. наук.-практ. конф. (м. Вінниця, 18 квітня 2018 р.) у 2-х т.: Т.1 / ред. кол.: ВННІЕ ТНЕУ. Тернопіль: Крок, 2018. С. 121-123.*

73. Щокін Г. В. Соціальна теорія та кадрова політика: монограф. Київ: МАУП, 2000. 576 с.
74. Юринець З. В., Петрух О. А. Напрями державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 22. С. 116–121.
75. Ямненко Т. М. Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід. *Юридичний вісник. Повітряне і космічне право*. 2018. № 2. С. 116-120.
76. Яремчук І. В. Державний внутрішній фінансовий контроль в умовах реформування галузі охорони здоров'я України. *Збірник наукових праць Університету державної фіскальної служби України*. 2018. № 2. С. 408–422