

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
ФАКУЛЬТЕТ ФІНАНСІВ ТА ОБЛІКУ

Шаюк Юрій Андрійович

**ФІНАНСОВІ РЕСУРСИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: РЕАЛІЇ
ФОРМУВАННЯ І ПЕРСПЕКТИВИ РОСТУ**

Кваліфікаційна робота

Виконав студент групи ФФм-21

Науковий керівник:
к.е.н., доц. І. Й. Круп'як

Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту

« ____ » _____ 2023 р.
Завідувач кафедри

Тернопіль – 2023

Анотація

Шаюк Ю. А. Фінансові ресурси закладів охорони здоров'я: реалії формування і перспективи росту. Рукопис.

Дослідження на здобуття освітнього ступеня «магістр» за спеціальністю 072 – Фінанси, банківська справа та страхування, освітньо-професійна програма «Фінанси» – Західноукраїнський національний університет, Тернопіль, 2023.

У кваліфікаційній роботі розкриті теоретичні засади формування фінансових ресурсів закладу охорони здоров'я, особливості організації управління ними; проведено аналіз практики організації управління фінансовими ресурсами цих інституцій, тенденції їх формування; визначено пріоритетні напрями нарощування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я від залучення зовнішніх джерел та реалізації внутрішнього потенціалу підприємства.

Annotation

Shayuk Yu. A. Financial resources of health care institutions: realities of formation and prospects of growth. Manuscript.

Doctoral studies for the education level “Master’s Degree” with the title 072 – “Finance, Banking and Insurance”, Educational and vocational training program “Finance” – West-Ukrainian National University, Ternopil, 2023.

The qualification work reveals the theoretical basis of financial resources formation of the health care institution, the peculiarities of the organization of their management; the practice of the financial resources management organizing of these institutions has analysed, and tendencies of their formation. The priority directions for increasing the financial resources of health care institutions from attracting external sources and realizing the internal potential of the enterprise have been determined.

ЗМІСТ

Вступ.....	4
Розділ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ФІНАНСОВИХ РЕСУРСІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я..	8
1.1. Сутність та джерела формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я	8
1.2. Теоретичні та методологічні підходи до управління формуванням фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я....	18
Висновки до розділу 1.....	28
Розділ 2. ПРАКТИКА УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМИ РЕСУРСАМИ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (на прикладі КНП «Кременецька опорна лікарня»).....	31
2.1. Загальні тенденції формування фінансових ресурсів охорони здоров'я.....	31
2.2. Організація управління фінансовими ресурсами закладу охорони здоров'я та його майно.....	38
2.3. Практичні аспекти формування динаміки і структури фінансових ресурсів закладу охорони здоров'я	45
Висновки до розділу 2.....	51
Розділ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ФОРМУВАННЯМ ФІНАНСОВИХ РЕСУРСІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В СУЧАСНИХ УМОВАХ.....	54
3.1. Перспективи використання зовнішніх джерел збільшення фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я	54
3.2. Пріоритети використання внутрішнього потенціалу закладу охорони здоров'я у збільшенні його фінансових ресурсів	63
Висновки до розділу 3.....	71
Висновки.....	74
Список використаних джерел.....	80

ВСТУП

В сучасній умові наростання загрози викликів стабільності сталому розвитку України перед органами публічного управління постають нові завдання у різних сферах життєдіяльності суспільства. Одним із найважливіших серед них є проведення розпочатої медичної реформи, що передбачає системні зміни у функціонуванні охорони здоров'я. Новим завданням медичної реформи в умовах воєнного часу є адаптація системи охорони здоров'я до функціонування в такий екстремальний період, коли на фоні обмеженості обсягів фінансування галузі посилюються вимоги до її функціональної ефективності. Впровадженій в рамках реформи перехід до розподілу бюджетного фінансування закладів охорони здоров'я відповідно до обсягів наданих медичних послуг висуває перед керівними кадрами медичних установ завдання щодо диверсифікації джерел фінансування, підвищення ефективності управління наявними коштами для досягнення високого рівня фінансової стабільності роботи, гарантування якості і доступності медичних послуг для широких верств населення.

Особливе місце, яке належить охороні здоров'я у механізмі суспільного розвитку, що отримало додаткове підтвердження в умовах проведення заходів для протидії епідемії коронавірусу, а також з початком повномасштабної війни в нашій країні, спричинили сплеск уваги до вивчення теорії та практики належного функціонування закладів охорони здоров'я з боку науковців та практиків. Значну увагу в своїх публікаціях цій тематиці приділяють такі вчені, як В. Андрущенко, В. Галайда, Д. Карамішев, В. Войцехівський, Н. Карпишин, Н. Лакіза-Савчук, В. Лехан, В. Горин, Е. Лібанова, Я. Радиш, І. Радь, З. Лободіна, В. Рудий та ін. Однак, збільшення інтересу наукової спільноти до питань організації управління формуванням фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я поки не дало змоги належно обґрунтувати шляхи диверсифікації джерел і каналів надходження коштів для покриття потреб медичних установ з урахуванням реалій воєнного періоду, раціоналізації витрат для збільшення фінансового потенціалу медичних

закладів в період значних бюджетних обмежень. Все це визначає актуальність теми дослідження, постановку його мети і завдань.

Мета і завдання дослідження. Мета кваліфікаційної роботи передбачає поглиблення теоретико-методологічних засад і практичних аспектів формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я, вироблення обґрунтованих висновків та рекомендацій щодо вирішення найбільш актуальних проблем у ній сфері в контексті задіяння найбільш реальних резервів нарощування фінансових ресурсів охорони здоров'я задля підвищення якості й доступності медичної допомоги в умовах складних реалій сучасності.

Комплексність цієї мети визначає необхідність вирішення у роботі низки **наукових завдань**, а саме:

- розкрити сутність та джерела формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я;
- висвітлити теоретичні та методологічні підходи до управління формуванням фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я;
- виявити загальні тенденції формування фінансових ресурсів охорони здоров'я;
- оцінити організація управління фінансовими ресурсами закладу охорони здоров'я та проаналізувати його майно;
- проаналізувати практичні аспекти формування динаміки і структури фінансових ресурсів закладу охорони здоров'я;
- окреслити перспективи використання зовнішніх джерел збільшення фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я;
- обґрунтувати пріоритети використання внутрішнього потенціалу закладу охорони здоров'я у збільшенні його фінансових ресурсів.

Об'єктом дослідження є фінансові ресурси закладів охорони здоров'я.

Предметом дослідження є теоретичні та прикладні засади формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я в умовах продовження медичної реформи та посилення деструктивного впливу ризиків зовнішнього середовища.

Методи дослідження. Методологічну основу проведеного дослідження складають діалектичний і системний методологічні підходи, а також сукупність загальнонаукових і спеціальних наукових методів, які застосовують у наукових дослідженнях фінансового спрямування. Зокрема, при розкритті теоретичних засад формування фінансових ресурсів та організаційних аспектів управління ними використані наукові методи порівняння, групування, історичний, аналізу та синтезу, документального аналізу та ін.; оцінювання тенденцій фінансування охорони здоров'я, практики організації та формування фінансових ресурсів на рівні конкретного закладу охорони здоров'я здійснено із застосуванням методів структурно-динамічного аналізу, компаративного, документального аналізу; системний підхід, методи аналізу та синтезу, абстрагування, узагальнення та інші отримати застосування при обґрунтуванні резервів збільшення фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я в контексті залучення зовнішніх джерел та активізації внутрішнього потенціалу підприємства.

Теоретичну й інформаційну основу дослідження забезпечують правова база з питань управління формуванням фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я, енциклопедична і навчальна література, наукові праці з цієї тематики, опубліковані вітчизняними і зарубіжними представниками наукової спільноти, звітні матеріали комунального неприбуткового підприємства «Кременецька опорна лікарня», дані Державної служби статистики України, офіційного веб-порталу відкритих даних openbudget.gov.ua, інші джерела.

Наукова новизна одержаних результатів. Розроблені у кваліфікаційній роботі теоретичні узагальнення поглиблюють розуміння сутності фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я, більш чітко ідентифікують їхні ознаки і тенденції зміни з урахуванням динамічного стану зовнішнього середовища. Проведений автором аналіз практики формування фінансових ресурсів охорони здоров'я на макро- та мікрорівні дав можливість виявити проблемні моменти цієї практики та обґрунтувати способи їхнього вирішення у контексті зміцнення фінансового потенціалу закладів охорони здоров'я.

Практичне значення одержаних результатів. Отримані здобувачем при написанні кваліфікаційної роботи практичні висновки та рекомендації мають практичний інтерес та можуть бути корисними для вдосконалення управління фінансовими ресурсами на рівні КНП «Кременецька опорна лікарня» у частині активізації внутрішнього потенціалу нарощування його доходів, залучення зовнішніх ресурсів, раціоналізації управління витратами. Це дасть можливість зміцнити фінансовий стан підприємства, що сприятиме більш ефективному виконанню головного призначення підприємства, що передбачає надання якісних і доступних спеціалізованих медичних послуг. Результати дослідження також мають пізнавальне значення і можуть бути впроваджені у практику підготовки фахівців фінансового та управлінського напрям у вищій школі.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків та списку використаних джерел.

Апробація результатів дослідження. Окремі положення кваліфікаційної роботи були представлені у наукових працях автора у збірнику наукових праць кафедри фінансів імені С. І. Юрія «Фінансове забезпечення сталого розвитку» (ЗУНУ, м. Тернопіль).

Повний обсяг роботи становить 86 сторінок комп'ютерного тексту. Основний зміст роботи викладений на 79 сторінках. У роботі 4 рисунки, 4 таблиці. Список використаних джерел налічує 66 позицій.

Розділ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ФІНАНСОВИХ РЕСУРСІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутність та джерела формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я

В будь-який період історичного розвитку сучасної цивілізації ситуацію у системі охорони здоров'я суспільство розглядає як індикатор ефективності дій влади, ставлення органів публічного управління до громадян. З утвердженням в науковому середовищі й на практиці ідейних засад концепції інклюзивного розвитку значення охорони здоров'я у суспільному розвитку ще більше зросло. Як свідчать події останніх років, від ефективності функціонування охорони здоров'я значною мірою залежить і стабільність діяльності інших секторів економіки. Зокрема, в період стрімкого поширення епідемії коронавірусу тільки країни із розвинутою охороною здоров'я змогли належним чином відреагувати на новий глобальний виклик і максимально зменшити негативні наслідки його впливу на рівень життя населення, його добробут, стабільність економіки. На теперішній час, коли Україна зазнала безпрецедентної агресії з боку росії, від ефективності функціонування галузі охорони здоров'я залежать перспективи збереження життя та відновлення усіх життєвих функцій тисяч військових, які захищають Україну від окупантів, а також утримання показників ментального здоров'я цілого суспільства в прийнятних рамках.

Проблема забезпечення ефективності функціонування охорони здоров'я в Україні зберігає свою актуальність впродовж усього періоду незалежності. За останні роки в галузі відбуваються радикальні реформи, покликані переломити багаторічну тенденцію до її деградації та зниження якості й доступності послуг охорони здоров'я. За словами І. Семчук та Г. Кукель, «змінюється ідеологія здійснення медичної допомоги, фінансово-господарські та ринкові механізми в

галузі охорони здоров'я та сама ця система загалом» [52]. Центральним завданням медичної реформи є зміна фінансової моделі функціонування охорони здоров'я, що має на меті без значного нарощування фінансових ресурсів галузі домогтись помітних зрушень у підвищенні якості й доступності медичних послуг шляхом впровадження ринкових підходів до розподілу бюджетного фінансування.

Проблеми деградації галузі охорони здоров'я в наукових працях зазвичай пов'язують із недостатніми обсягами її фінансування. Дійсно, за оцінками багатьох вчених, щорічне зростання обсягів бюджетних ресурсів, які надходять на потреби галузі, не здатне компенсувати дефіцит фінансування охорони здоров'я, який приблизно оцінюють у розмірі «1/3 від обсягу коштів, мінімально необхідного для її функціонування» [17, с. 195]. Однак, на думку значної частини наукової спільноти, проблема галузі полягає не лише у постійній нестачі коштів, але й у багаторічному «пробуксовуванні» реформ у царині підходів, методів та інструментів управління фінансовими ресурсами охорони здоров'я, відсутності стимулів для ефективного розпорядження ними, збереження радянської моделі фінансування галузі, яка неадекватна сучасним реаліям України. Проблема нестачі фінансування охорони здоров'я в умовах воєнного часу стає ще більш актуальною, адже з одного боку, через воєнні дії та постійні повітряні атаки зазнає руйнації економіка України, а отже економічна основа формування доходів бюджету як провідного джерела фінансування галузі, а з іншого боку, війна ставить перед охороною здоров'я серйозні завдання, які також потребують значних обсягів фінансування. Завдання збереження функціональності охорони здоров'я в умовах воєнного часу вимагає пошуку додаткових джерел фінансових ресурсів для задоволення її потреб та забезпечення максимальної раціоналізації використання наявних коштів, що мають забезпечити збереження рівня якості й доступності медичної допомоги для населення нашої країни.

Адекватне реагування галузі охорони здоров'я на новітні загрози, зокрема в частині розвитку моделі її фінансування, має отримати належне обґрунтування у теоретичному контексті, адже це дає можливість уникнути багатьох помилок

при ухваленні управлінських рішень в межах реформ, упередити чи мінімізувати можливі негативні наслідки від них на рівень доступності медичних послуг, стан закладів охорони здоров'я загалом. Зважаючи на радикальні реформи у галузі охорони здоров'я, які спостерігаються в останні роки, теоретичне обґрунтування цих змін поки відстає від темпів їх практичного втілення. Між тим, поглиблення мають зазнати не тільки прикладні аспекти формування фінансових ресурсів галузі, але й фундаментальні наукові підходи до розуміння сутності фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я, їх ключових ознак, принципів управління.

Вихідним поняттям при розкритті сутності фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я є термін «фінансові ресурси». Хоча в останні десятиліття у науковій літературі представлено доволі багато праць з тематики фінансового забезпечення охорони здоров'я, більшість вчених вважають за краще обмежитись розкриттям сутності цього базового поняття, не виділяючи специфічні ознаки фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я. Проте, навіть у цьому питанні можна простежити багатоваріантність поглядів науковців, які поки не дійшли єдності думок щодо сутності поняття «фінансових ресурсів». У наукових колах їх характеризують через поняття «грошових коштів», «грошових доходів та нагромаджень», «фондів грошових коштів». Наприклад, за науковою позицією Л. Буряка, Г. Нам та А. Поддєрьогіна, фінансові ресурси – це «грошові кошти у фондовій та нефондовій формі, які є у розпорядженні підприємств» [61, с. 9]. К. Павлюк звертає увагу на економічне походження цих грошових коштів, які є в розпорядженні суб'єктів господарювання. Тому вона розуміє під фінансовими ресурсами «грошові нагромадження і доходи, які ... зосереджуються у певних фондах для забезпечення безперервності розширеного відтворення і задоволення інших суспільних потреб» [42, с. 24]. Отже, з одного боку, К. Павлюк обмежує змістовно фінансові ресурси доходами і нагромадженнями, але не поділяє думки щодо існування цих ресурсів у нефондовій формі. Натомість, більш ґрунтовне визначення цього поняття подає С. Юрій, який розкриває специфіку формування фінансових ресурсів на макро- та мікрорівні. У першому випадку, на думку вченого, фінансові ресурси являю собою «грошові фонди, які створюються в

процесі розподілу і використання ВВП за певний період часу» [63, с. 28], тоді як на мікрорівні – це «акумуляовані підприємством із різних джерел грошові кошти, які надходять у його обіг і призначені для покриття потреб підприємства» [63, с. 28]. Таким чином, якщо на макрорівні С. Юрій чітко фіксує фондову фонду існування фінансових ресурсів, то на мікрорівні вона не має вираження.

Представлені науковою спільнотою підходи до розкриття сутності поняття «фінансові ресурси» критикують у своїй монографії В. Загорський, Г. Лопушняк і З. Лободіна. Вони наголошують на дискусійному характері співставлення між собою понять «грошові кошти», «грошові нагромадження», «фінансові ресурси» та ін. Вчені зазначають, що «поняття грошових коштів змістовно ширше, ніж фінансові ресурси, тому не зрозуміло, які саме кошти чи їх частина можуть бути потрактовані як ресурси. Щодо грошових нагромаджень, то вони пов'язані з фінансовими ресурсами, але як джерело відновлення й нарощування останніх» [25, с. 26]. Ще більш невизначеною є наукова позиція В. Федосова, В. Опаріна та С. Львовичкіна, які наголошують, що «фінансові ресурси концентруються у фондах грошових коштів, проте, в останніх можуть бути зосереджені не тільки фінансові ресурси, але й доходи» [60, с. 144]. На наш погляд, вчені необґрунтовано розмежовують поняття фінансових ресурсів і доходів, хоча вони відносяться як загальне і часткове. Більш того, дискусійним є коректність вживання поняття «грошові кошти», адже кошти можуть бути тільки у грошовій формі. Відтак, термін «грошові кошти» є тавтологією, яка по-іншому звучить як «грошові гроші», що є нелогічним.

Звернемо більшу увагу на дефініцію поняття фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я, відповідно до предмету нашого дослідження. У більшості наукових праць з проблематики фінансового забезпечення охорони здоров'я, зміст цього поняття практично не містить жодних відмінностей від загального поняття фінансових ресурсів. Зокрема, О. Баєва визначає фінансові ресурси як «грошові кошти, що є у розпорядженні суб'єкта господарювання і надходять на задоволення його потреб» [7, с. 29]. Поряд із вживанням поняття «грошових коштів», це визначення містить надто загальне формулювання цілі формування

фінансових ресурсів, а саме «задоволення потреб». Відтак, неможливо зрозуміти, з якою метою заклади охорони здоров'я формують свої фінансові ресурси, як особливості цього процесу. У дефініції Г. Лопушняк, де фінансові ресурси визначені як «фонди сукупних грошових ресурсів, які вони мобілізують із різних джерел на здійснення і розвиток діяльності, котра носить яскраво виражений соціальний характер» [33, с. 46], вчена намагається наголосити на специфічних ознаках діяльності закладів охорони здоров'я. Однак, соціальний характер має робота не лише закладів охорони здоров'я, але й, скажімо, освіти чи культури, соціального забезпечення. Тому така дефініція фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я потребує більшої конкретизації.

Отож, незважаючи на наявність у наукових джерелах значного спектру дефініцій фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я, значна частина із них тільки поверхово розкриває сутність цього поняття, ігнорують важливі ознаки, що відрізняють їх з-поміж інших видів фінансових ресурсів. Однак, окремі вчені пропонують визначення поняття, які містять важливі аспекти, що розкривають особливості фінансових ресурсів саме закладів охорони здоров'я. Зокрема, на думку З. Лободіної, вони являють собою «грошові кошти у фондовій формі, які створюються у результаті розподілу й перерозподілу ВВП та спрямовуються на формування активів закладів охорони здоров'я для здійснення діяльності, пов'язаної з наданням медичних послуг населенню» [32, с. 82]. І. Конєва визначає фінансові ресурси закладів охорони здоров'я як «кошти, які акумулюються за рахунок визначених діючим законодавством джерел фінансування, в активах для забезпечення поточних і майбутніх економічних вигод, змінюються у просторі та часі під впливом фінансових відносин, що виникають у процесі надання медичних послуг населенню» [30, с. 93]. Незважаючи на окремі дискусійні моменти цих визначень, їх спільною перевагою є чітке формулювання головної мети формування фінансових ресурсів на рівні закладів охорони здоров'я, яка полягає у забезпечення надання медичних послуг. Оскільки надання медичної допомоги є однією із провідних державних соціальних гарантій, то стандарти медичного обслуговування

визначають обсяги фінансових ресурсів, необхідних для належного надання медичних послуг.

Формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я із початком медичної реформи зазнало значних змін в організаційно-процедурному плані. Це визначає особливості управлінської діяльності щодо формування цих ресурсів, а також їхні особливості, що вирізняють їх з-поміж фінансових ресурсів інших сфер та галузей національної економіки. На підставі опрацювання літературних джерел, можна визначити такі характерні особливості управління фінансовими ресурсами на рівні закладів охорони здоров'я:

– обсяг потреби у фінансових ресурсах визначається специфікою медичних послуг, які мають переконливо виражений соціальний характер. В соціально орієнтованій державі медична допомога належить до конституційно закріплених соціальних зобов'язань держави, яке гарантоване кожному громадянину. А тому стандарт її надання визначає потребу в фінансових ресурсах на фінансування охорони здоров'я в цілому та на оплату медичних послуг конкретних медичних закладів. Вагома частина населення отримує доступ до медичних послуг, не беручи участі у створенні фінансового ресурсу для їхнього надання. Надання окремих видів медичних послуг безкоштовно нераціональне з точки зору відшкодування вартості їх надання. Однак, медичні послуги мають ознаки як персональних, так і колективних (суспільних) благ, а тому їх фінансування важливе для забезпечення важливого суспільного блага – здоров'я;

– зважаючи на провідну роль держави у фінансуванні медичних послуг та відсутність передумов для переходу до ринкової моделі фінансування галузі, основне навантаження з надання медичних послуг несуть заклади державної та комунальної форми власності, які отримують фінансування з бюджету. В рамках медичної реформи більшість медичних закладів реорганізовані у комунальні підприємства і формують фінансові ресурси відповідно до річного фінансового плану, який узгоджує засновник (місцева рада). Для окремих державних закладів охорони здоров'я збережено механізм кошторисного фінансування. Паралельно до цієї мережі закладів охорони здоров'я функціонує приватний сектор закладів

з надання медичних послуг, які формують свої фінансові ресурси на комерційній основі;

– формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я перебуває під значним впливом їхніх засновників в особі органів публічного управління, останні мають головну роль в управлінні усіма аспектами фінансової діяльності медичних установ державної та комунальної власності. Відповідно до чинної моделі фінансування галузі охорони здоров'я, головне джерело доходів закладів охорони здоров'я державної та комунальної власності – це оплата наданих медичних послуг відповідно до державних медичних гарантій за рахунок коштів державного бюджету через Національну службу здоров'я України (НСЗУ). Вона є головним розпорядником коштів бюджету на виконання Програми державних медичних гарантій населенню;

– можливості для формування додаткових доходів закладами державної та комунальної форми власності обмежені через державне регулювання. На рівні центральної влади для закладів охорони здоров'я, заснованих органами публічної влади визначені обмеження щодо надання медичних послуг на платній основі, а також регламентуванню підлягають тарифи на ці послуги. Тому обсяги доходів від надання супутніх медичних послуг (проведення профілактичних обстежень на замовлення та ін.) в публічних закладах охорони здоров'я дуже обмежений;

– внаслідок успадкованої радянської практики управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я у публічному секторі здійснюють головні лікарі, які за спеціальністю є медиками, а не управлінцями. Це значно впливає на якість управління фінансовою діяльністю медичних закладів і визначає потребу в підготовці фахівців з фінансового менеджменту в галузі охорони здоров'я.

Специфіка управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я визначає, на думку Н. Прус та Н. Савченко, «сучасні риси таких ресурсів:

– фінансові ресурси для забезпечення ефективності функціонування закладу охорони здоров'я повинні постійно відновлюватися та підтримуватися на достатньому рівні;

- формуються в результаті законодавчо визначених пропорцій між державними та недержавними джерелами фінансування;
- на стадії перерозподілу ВВП матеріалізуються у суспільне благо охорони здоров'я;
- обсяги їх надходжень до закладу охорони здоров'я визначаються повною залежністю від кількості пацієнтів;
- формуються у процесі надання медичних послуг різного спектру і складності, що ускладнює їх вимірювання та прогнозування;
- фінансові ресурси можуть трансформуватися у різні види економічних ресурсів, призначених для акумулювання його економічних вигод та приймають участь у забезпеченні діяльності закладу охорони здоров'я в прямій формі фінансування, не утворюючи грошових фондів;
- фінансові ресурси піддаються впливу ризиків, оскільки їх формування та використання пов'язане з усіма видами ризиків, що асоціюються з активами;
- оптимальні обсяги фінансових ресурсів в закладах охорони здоров'я можуть забезпечуватися шляхом ефективного управління їх статичним і динамічним станами;
- рух фінансових ресурсів зумовлює зміну обсягів активів, власного капіталу та зобов'язань у просторі і часі, що визначає зміст фінансових потоків;
- формування та використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я здійснюється під впливом фінансових відносин, які характерні для конкретного етапу розвитку економіки» [46, с. 29-30].

Утворення фінансової бази функціонування закладів охорони здоров'я відбувається з багатьох джерел, які у кожній країні формують свою унікальну комбінацію відповідно до їхньої важливості. За цією ознакою у світовій практиці прийнято виділяти такі моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я: бюджетну модель, яка передбачає першість бюджетних ресурсів серед джерел фінансування закладів охорони здоров'я; страхову модель, в основі якої лежить страховий механізм формування фінансових ресурсів галузі; ринкову модель, за

якої у фінансуванні медичних послуг превалюють кошти самого населення, а заклади охорони здоров'я функціонують як ринкові суб'єкти.

Такий підхід до виокремлення моделей фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я дещо втратив актуальність, оскільки в сучасному світі немає країни, де б була представлена котрась із цих моделей у первісному вигляді. Вважаємо більш раціональним розмежовувати моделі формування фінансових ресурсів охорони здоров'я не за методами їхнього утворення, а відповідно до ваги фінансових агентів у забезпеченні фінансової бази галузі. Відповідно, слід розрізняти: суспільну модель, за якої фінансову основу надання медичних послуг формують суспільні ресурси, сконцентровані у бюджетах та страхових фондах; приватну (ринкову) модель, яка передбачає абсолютне домінування власних коштів населення серед джерел фінансових ресурсів охорони здоров'я); змішану суспільно-приватну модель, яка передбачає відносний паритет усупільнених та приватних ресурсів у формуванні фінансової бази галузі охорони здоров'я.

Вітчизняна модель фінансування охорони здоров'я належить до змішаного різновиду, оскільки у формуванні фінансових ресурсів галузі лежить паритет між участю держави й населення. Крім оплати медичних послуг, які не входять до гарантованого державою пакету медичних гарантій, населення оплачує вартість медичних препаратів та ліків, а також платних медичних послуг в приватних закладах охорони здоров'я. Також до форми фінансової участі населення у формуванні фінансових ресурсів охорони здоров'я окремі науковці зараховують тіньові платежі, які впродовж багатьох років були звичним явищем у закладах з надання медичних послуг. Однак, з погляду конкретних закладів охорони здоров'я, засновниками яких виступають органи публічного управління і які надають основну частину медичних послуг населенню, то провідним джерелом їхніх фінансових ресурсів є кошти бюджету, які надходять від НСЗУ.

Впроваджена нова модель фінансування охорони здоров'я з бюджету на основі оплати вартості наданих медичних послуг містить ознаки деконцентрації та централізації повноважень з управління фінансовими ресурсами. З одного боку, з переходом на прямі бюджетні відносини держави із закладами охорони

здоров'я, відпала потреба у наданні медичної субвенції місцевим бюджетам, а провідним джерелом фінансування медичних послуг є державний бюджет через Програму державних медичних гарантій населенню. З іншого боку, введення нової схеми фінансування охорони здоров'я, коли фінансують не заклади, а обсяг наданих медичних послуг, створює умови для демократизації надання медичної допомоги, коли оплату медичної допомоги з бюджету можуть отримати не тільки заклади охорони здоров'я державної та комунальної власності, але й приватні медичні заклади та окремі лікарі приватної практики, які мають ліцензію на відповідну діяльність.

Отже, з проведенням медичної реформи модель фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я передбачає формування їхніх фінансових ресурсів з таких джерел:

- державного та місцевих бюджетів, тобто централізованих грошових фондів. Кошти державного бюджету надходять до закладів охорони здоров'я в рамках оплати вартості наданих медичних послуг в межах визначеного пакету державних медичних гарантій населенню. Для участі у такій схемі фінансування заклади охорони здоров'я повинні отримати ліцензію на право здійснення такого виду діяльності (медична практика). За рахунок коштів місцевих бюджетів здійснюється фінансування розвитку комунальних закладів охорони здоров'я, зміцнення їх матеріальної бази, оплата праці допоміжного медичного персоналу, а також виконання місцевих цільових програм у галузі охорони здоров'я;

- кошти фізичних та юридичних осіб, їхніх об'єднань, тобто фінансові ресурси децентралізованого характеру. Населення самостійно оплачує вартість медичних послуг, які не входять до визначеного пакету медичних гарантій, а також оплачують вартість окремих видів діагностичних послуг. Ціни на медичні послуги заклади охорони здоров'я визначають самостійно, однак відповідно до вимог державного регулювання. На відміну від багатьох зарубіжних країн, в Україні практично не помітну роль відіграють фінансові ресурси обов'язкового та добровільного медичного страхування у формуванні фінансової бази закладів охорони здоров'я. Допоміжне значення у фінансуванні охорони здоров'я мають

також ресурси благодійних організацій та інших форм об'єднань громадян, а також приватних структур, які можуть підтримувати медичні заклади в рамках виконання програм корпоративної соціальної відповідальності. Окрему роль у фінансуванні закладів охорони здоров'я мають кошти міжнародних донорів, які медичні заклади можуть залучати в рамках фандрайзингової діяльності.

Ключовою перевагою переходу до нової моделі фінансування охорони здоров'я на основі оплати вартості медичних послуг є створення прозорого механізму розподілу бюджетних коштів відповідно до показників діяльності медичних закладів. Вона також дає можливість забезпечити єдині стандарти надання медичної допомоги для усіх громадян в межах гарантованого пакету, а також відкрити можливості доступу до якісних медичних послуг, які до нього не входять. Нова схема бюджетного фінансування охорони здоров'я відзначається, на наш погляд, високим ступенем адаптивності до змін у середовищі діяльності медичних закладів. Для прикладу, в регіонах та громадах з пошкодженою або зруйнованою медичною інфраструктурою прозора схема розподілу бюджетного фінансування дасть можливість залучити кошти приватного сектору до надання медичних послуг. Зважаючи на нестачу бюджетних ресурсів на відновлення медичних закладів, які постраждали від бойових дій, держава буде оплачувати тільки вартість наданих медичних послуг в межах гарантованого стандарту, а витрати з організації надання медичної допомоги візьмуть на себе приватні структури.

1.2. Теоретичні та методологічні підходи до управління формуванням фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я

В умовах сучасних викликів і загроз стабільності розвитку нашої країни важливим завданням державної ваги є забезпечення ефективного функціонування галузі охорони здоров'я, від чого залежать перспективи збереження рівня життя населення, перспективи мінімізації впливу воєнних подій на ментальне здоров'я

та психологічний стан вітчизняного суспільства. Поряд із вирішенням проблеми нестачі фінансових ресурсів для покриття потреб галузі, нестабільності їхнього надходження, застарілих підходів до розподілу і використання коштів, важливим пріоритетом політики у царині фінансування сфери надання медичних послуг має стати підвищення ефективності управління фінансовими ресурсами на усіх етапах управлінського циклу. Визначальними тенденціями сучасності є широке впровадження цифрових технологій у різні сфери суспільного життя, перехід до сервісно-орієнтованого принципу в діяльності органів публічного управління. Це вимагає адекватного реагування у питанні модернізації управління фінансами закладів охорони здоров'я, як в частині формування фінансових ресурсів, так і щодо їхнього використання.

Розкриття теоретичних засад управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я вимагає першочергової уваги до уточнення його понятійного апарату. Управлінською наукою напрацьовано уніфікований підхід до розуміння сутності вихідної категорії «управління» як самостійного різновиду діяльності, покликаною забезпечити цілісність, ефективність та результативність діяльності організації. Понятійно-термінологічний словник з менеджменту характеризує управління як «вплив на процес, об'єкт чи систему для збереження їх стійкості або переведення з одного стану в інший відповідно до визначених цілей» [34, с. 655]. На думку авторів монографії з управління сферою охорони здоров'я визначають управління як «цілеспрямований, організаційний і регуляторний, вплив населення на суспільну життєдіяльність, який можна забезпечити як безпосередньо, так і через спеціально створені органи і структури (державні органи, громадські організації, установи та ін.)» [23, с. 6]. У складі управління вирізняють такі його види, як ситуаційне (прийняття управлінських рішень у порядку виникнення потенційних проблем) та цілеорієнтоване (передбачає, що суб'єкт управління ранжує управлінські завдання і спрямовує на них свою увагу в порядку зниження їхньої важливості).

Оригінальною є поширена в науковій літературі думка, що зважаючи на проведення в Україні медичної реформи, яка розширює фінансові повноваження

зкладів охорони здоров'я, надає їм фінансову автономію, у контексті впливу на формування і використання фінансових ресурсів медичних закладів більш доречно вживати поняття «менеджмент», як тип управлінської діяльності, який характеризується високим рівнем невизначеності ситуації, багатоваріантності можливих рішень. Відмінності між поняттями «управління», «менеджмент» та «адміністрування» стосовно фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я вчені визначають через специфіку впливу суб'єкта управління на керований об'єкт, принципи та підходи до застосування управлінських технологій та ін.

Провідні країни із ринковою економікою і розвиненою системою охорони здоров'я вибудовують модель управління нею за системно-функціональним підходом. Низовий рівень управління (рівень закладів охорони здоров'я) полягає у вирішенні питань ресурсного забезпечення діяльності медичних закладів та організації медичного обслуговування. Другий рівень управління передбачає періодичний моніторинг діяльності закладів охорони здоров'я на предмет виконання ними вимог щодо якості медичних послуг. Третій рівень управління охороною здоров'я – це координація роботи окремих закладів охорони здоров'я у контексті їхнього долучення до виконання місцевих, регіональних і державних цільових програм у сфері охорони здоров'я [3]. Така архітектура управлінських повноважень визначає принципи їхнього розподілу між суб'єктами управління. Перший рівень управління реалізують керівні кадри конкретних закладів охорони здоров'я, натомість другий і третій рівні – органи публічної влади, які уповноважені на контроль та регулювання сфери охорони здоров'я. Зважаючи на багатоступінчастість управління охороною здоров'я, важливо забезпечувати тісну комунікацію між усіма суб'єктами управлінського процесу, що дасть можливість домогтися найбільш ефективного задоволення потреб населення у медичних послугах.

Управлінські технології, які застосовують у процесі впливу на формування і використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я, відрізняються у залежності від організаційно-правового статусу цих установ, рівня фінансової автономії. Наприклад, для медичних закладів, які зберігають статус бюджетної

установи і формують власні ресурси шляхом кошторисного фінансування, таке управління має ознаки директивності. Інструментарій фінансового управління у них визначається на підставі владних приписів (наказів, розпоряджень та ін.), принципів підпорядкованості, владної ієрархії, субординації та ін. У цьому випадку немає широких можливостей для самостійності у прийнятті рішень щодо керівництва фінансовими ресурсами, адже усі ці моменти регламентовані у нормативний спосіб.

Заклади охорони здоров'я, які наділені фінансовою автономією та являють собою некомерційні підприємства державної і комунальної форми власності, а також медичні установи приватного сектору мають значно ширші можливості для власної ініціативи в управлінні фінансовими ресурсами, застосування різних управлінських технологій для впливу на цей процес. Заклади охорони здоров'я, які створені з ініціативи органів публічної влади, отримують основу частину своїх доходів з бюджету у формі плати за надані медичні послуги в рамках Програми державних медичних гарантій населення. Однак, вони мають широкі можливості для мобілізації додаткових фінансових ресурсів з різних джерел – від надання на платній основі медичних послуг, які не входять до гарантованого державою пакета медичних послуг, надання інших послуг не за профілем їхньої діяльності, у формі кредитів, благодійної допомоги та ін. Наділені фінансовою автономією заклади охорони здоров'я отримали право налагоджувати співпрацю з фінансово-кредитними установами, інституціями громадянського суспільства, міжнародними донорами з приводу залучення додаткового фінансування їхніх потреб, насамперед зміцнення матеріальної бази та оновлення основних фондів. Це фінансування може залучатись як на поворотній основі (у формі позик), так і в формі грантів та цільового фінансування. Щодо закладів охорони здоров'я приватної форми власності, то якщо вони не беруть участі у реалізації Програми державних медичних гарантій, держава не регламентує питань управління їхніми фінансовими ресурсами, оскільки усі аспекти їх формування і використання цієї структури вирішують на власний розсуд. Ці обставини визначають високий

рівень варіативності фінансового управління на рівні приватних медичних закладів, його евристичний і творчий характер.

В умовах впровадження ринкових підходів до функціонування закладів охорони здоров'я, а також враховуючи специфіку суспільного призначення цієї галузі, яка покликана забезпечити надання одного із найважливіших суспільних благ – доступу до медичної допомоги, управління фінансовими ресурсами на рівні закладів охорони здоров'я має подвійне спрямування: з одного боку, воно має забезпечити високий рівень ефективності функціонування закладу з точки зору фінансових результатів його роботи, зміцнення його конкурентної позиції на ринку медичних послуг, повноцінного забезпечення потреби у коштах на поточну діяльність та розвиток; з іншого боку, воно має гарантувати високий рівень якості й доступності медичних послуг для громадян, реалізацію права кожною людиною на отримання медичної допомоги.

У погляду управлінської науки, процес управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я є цілісною сукупністю невід'ємних елементів – об'єкта управлінського впливу, суб'єкта управління та сукупності управлінських дій. Об'єкт управління – це фінансові ресурси, які заклад охорони здоров'я формує з різних джерел. Стосовно об'єкта управління доцільно також виділяти предмет управління, під яким доцільно розуміти процеси формування, розподілу та використання фінансових ресурсів на рівні медичного закладу. Через предмет управління, на наш погляд, виявляється зміст управлінської діяльності стосовно фінансових ресурсів. Деталізуємо предмет управління фінансовими ресурсами закладу охорони здоров'я. Він об'єднує такі складові:

– визначення потреби у фінансових ресурсах та їхнє залучення з різних джерел. Поряд із отриманням бюджетних ресурсів у формі оплати наданих медичних послуг, заклади охорони здоров'я в сучасних умовах повинні активно займатись пошуком і залученням додаткових фінансових ресурсів від інших суб'єктів економіки за надання їм додаткових платних медичних послуг, так і від інших послуг поза профілем діяльності, у формі благодійної допомоги, грантової підтримки на виконання проектів розвитку та інші потреби;

– організація оптимального розподілу фінансових ресурсів на покриття потреб закладу охорони здоров'я у розрізі статей функціональної, економічної класифікації видатків. В межах оперативного управління фінансовими ресурсами закладу охорони здоров'я вирішують такі завдання: налагодження ефективного функціонування установи з позиції реалізації її функціонального призначення – надання медичних послуг (оплата праці основного і допоміжного медичного персоналу, оновлення медичного обладнання та інвентарю, купівля ліків та медичних препаратів та ін.); забезпечення належної роботи закладу з точки зору комфортності середовища надання медичних послуг (оплата вартості житлово-комунальних послуг, покриття витрат на господарські потреби, утримання медичного транспорту, забезпечення належного санітарного стану приміщень закладу охорони здоров'я та ін.).

У наукових публікаціях, присвячених питанням управління фінансовими ресурсами, до об'єктів управлінського впливу зараховують капітал організації, її активи, інвестиційні кошти, фінансові потоки, фінансовий стан та ін. Зважаючи на те, що заклади охорони здоров'я мають усі ознаки господарюючого суб'єкта, такий підхід можливо застосувати і щодо них, однак із певними застереженнями. Для прикладу, оскільки засновниками таких установ є органи публічної влади, які здійснюють загальне управління ними (зокрема, затверджують фінансовий план діяльності установи), формують їх матеріальну базу та надають додаткову фінансову підтримку за потреби, то стверджувати про самостійну фінансову політику закладів охорони здоров'я в частині формування їх капіталу чи активів, реалізації інвестиційних проектів та залучення зовнішнього фінансування не зовсім доречно. Ці питання мають бути обов'язково погоджені із засновником установи. Зважаючи на ці обставини, використання фінансових інструментів в управлінні фінансовими ресурсами таких закладів охорони здоров'я обмежене, адже головним завданням їхньої роботи є надання скісних і доступних медичних послуг, а не досягнення високих фінансових результатів.

Окрема частина науковців, розглядаючи питання управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я, наголошують на їх динамічному характері.

За словами Н. Прус та Н. Савченко, недоцільно визначати фінансові ресурси закладу охорони здоров'я у статистиці, адже вони перебувають у постійному русі, тобто фактично являють собою фінансові потоки. Ці потоки, на думку вчених, «відіграють ініціативну роль у функціонуванні закладів охорони здоров'я та виконання ними встановлених функцій. Вони не тільки ініціюють потоки медичних послуг, але й обслуговують і сприяють їх оптимізації» [46, с. 31]. З огляду на складність організації надання медичних послуг, складністю також відзначаються фінансові потоки, які супроводжують цей процес. Трудомістким, відповідно, є також управління фінансовими ресурсами на рівні закладу охорони здоров'я. Тому, на думку Н. Прус та Н. Савченко, «ефективність управління фінансовими ресурсами в закладах охорони здоров'я залежить від уявлення про види, склад фінансових потоків в розрізі різних видів медичних послуг, особливостей фінансування згідно з державними та місцевими програмами, можливостей їх оперативного фінансового планування» (рис. 1.1) [46, с. 31].

Поділяють таку позицію О. Бондаренко, Н. Прус, І. Грановська, на думку яких «формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я базується на результатах надходження різних видів коштів, які в результаті цільового використання зумовлюють наявність вхідних та вихідних фінансових потоків» [1]. Вони зазначають, що напрямок руху фінансових потоків у закладах охорони здоров'я є протилежним до напрямку руху медичних послуг. Завдяки фінансовим потокам відбувається інтеграція усіх суб'єктів фінансових відносин у процесі надання медичних послуг для досягнення завдань, які постають перед закладом охорони здоров'я. Відповідно, через гармонізацію фінансових потоків та потоків медичних послуг вчені вбачають шлях до підвищення ефективності діяльності закладів охорони здоров'я.

Разом з тим, при дослідженні гармонізації параметрів фінансових потоків і потоків медичних послуг вихідне значення все таки мають показники обсягів та структури медичних послуг. У відповідності до впровадженої моделі розподілу бюджетного фінансування охорони здоров'я, в основу обсягу ресурсів, які заклади охорони здоров'я отримують від НСЗУ, покладено саме обсяги надання медичних

послуг, які залежать від розроблених стандартів лікування тих чи інших хвороб. На підставі цих обсягів та фінансових нормативів оплати вартості медичних послуг відбувається визначення обсягу фінансових ресурсів, які надійдуть до закладу охорони здоров'я як оплата за його роботу. Отже, попри впроваджену нову модель фінансування охорони здоров'я, принцип первинності блага, а не фінансового ресурсу збережено.

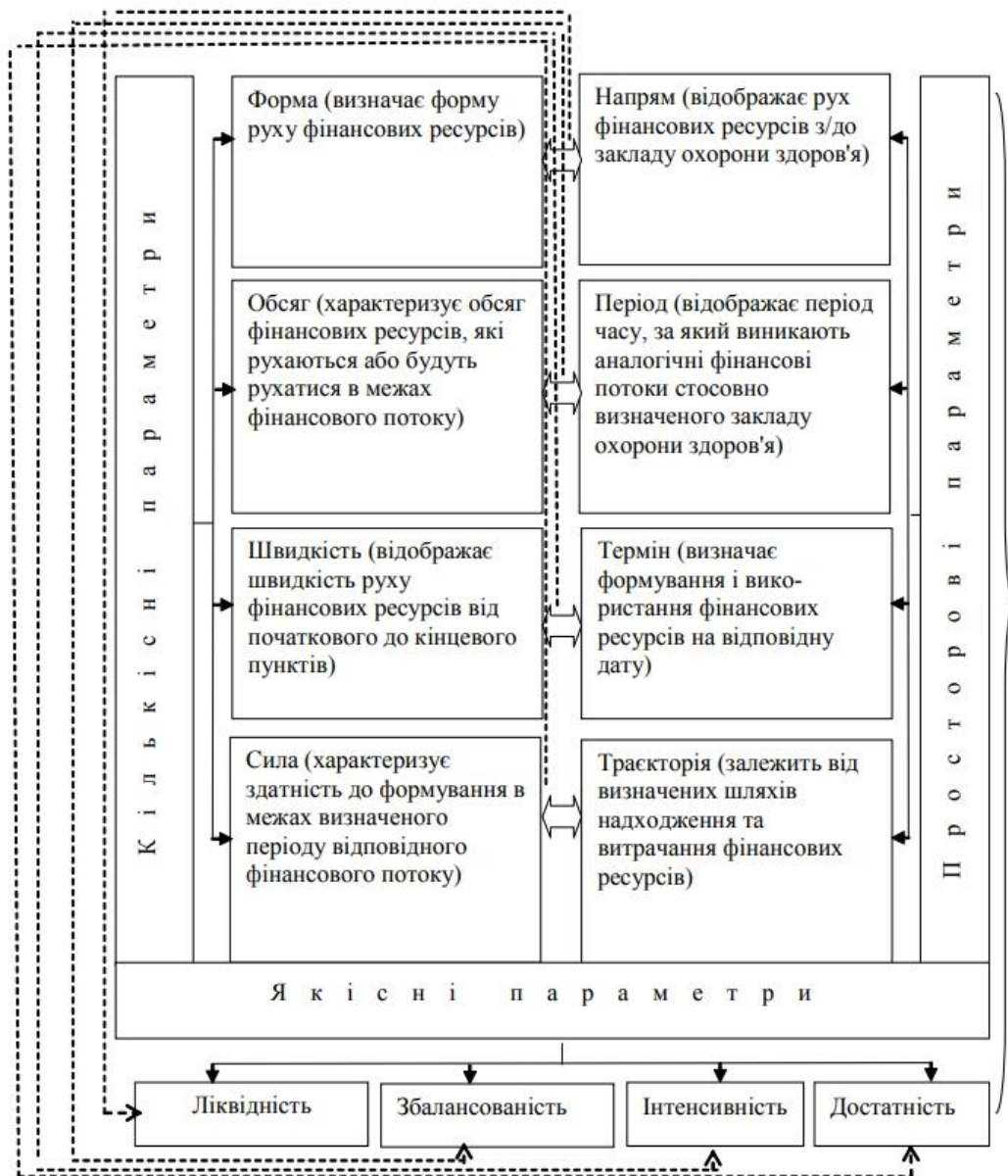


Рис. 1.1. Параметри фінансових потоків закладів охорони здоров'я [46, с. 31].

Іншою складовою управлінського процесу є суб'єкт управління. При його ідентифікації можна застосувати кілька підходів до визначення видів управління.

Відповідно до характеру прийнятих рішень, в управлінській роботі вирізняють стратегічне і оперативне управління. Відтак, в управлінні фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я також можна виділити суб'єктів стратегічного та оперативного управління. Стратегічне управління реалізують: вищі органи законодавчої та виконавчої влади, які формують правове забезпечення фінансової діяльності охорони здоров'я, визначають пріоритети фінансової політики у цій сфері та забезпечують їхнє досягнення; органи регіональної влади, які реалізують фінансову політику держави у галузі охорони здоров'я на регіональному рівні; Національна служба здоров'я України, яка забезпечує розроблення основних індикаторів, задіяних при складанні фінансового плану усіх закладів охорони здоров'я, які задіяні у Програмі державних медичних гарантій (показник капітації, визначені законодавчо мінімальні державні стандарти медичних послуг та ін.); органи місцевого самоврядування, які як засновники закладів охорони здоров'я погоджують їхні фінансові плани та контролюють їх виконання.

Оперативне управління фінансовими ресурсами закладу охорони здоров'я реалізується безпосередньо всередині самої організації, її управлінськими кадрами. У питанні організації такого управління на рівні медичного закладу економічною наукою напрацьовано кілька варіантів. Зокрема, П. Гуржий пропонує розрізняти в закладах охорони здоров'я «три рівні управління: стратегічний (загальна відповідальність за наслідки прийнятих рішень; тактичний (відповідальність за оптимальний розподіл ресурсів за обраною стратегією, організацію і контроль досягнення поточних результатів); оперативний (ефективне виконання виробничих (лікувально-діагностичних) процесів в окремих підрозділах)» [20, с. 33]. Зважаючи на це, вчений обґрунтовує існування «три моделі управління закладом охорони здоров'я: модель, яка передбачає управління закладом керівником, який має медичну освіту; модель, яка описує управління закладом керівником, що має економічну (юридичну) освіту, йому підпорядковується головний лікар; модель, за якої управління закладом здійснює особа, що має водночас медичну та економічну освіту» [20, с. 33].

Оцінюючи ознаки кожної із моделей, можемо констатувати, що в Україні на сьогодні найбільш представлена перша модель. Її головна вада полягає у тому, що у керівників з медичною освітою зазвичай недостатньо знань та досвіду для забезпечення ефективного управління фінансовими ресурсами закладу, а тому він теж не може об'єктивно оцінити розроблені проекти фінансових рішень, які розроблені його підлеглими. Перевага другої моделі організації управління – в обізнаності керівника з юридичними моментами формування і використання фінансових ресурсів закладу охорони здоров'я. Але не маючи фахової медичної освіти, такий керівник не зможе належно врахувати специфіку функціонування цієї галузі, що може мати негативний вплив на якість медичних послуг. Відтак, оптимальним варіантом є модель, коли керівник закладу охорони здоров'я має не тільки медичну, але й економічну або управлінську освіту, що дає можливість забезпечити високий рівень ефективності оперативного управління фінансами закладу охорони здоров'я, гарантувати його системний характер.

Відповідно до змісту управлінських дій, стратегічне управління фінансами закладу охорони здоров'я має передбачати вироблення його фінансової стратегії, тобто довгострокового курсу розвитку фінансової діяльності, який надалі лягає в основу розробки поточної фінансової політики медичного закладу. Фінансова стратегія має передбачати не тільки довгострокові цілі управління фінансовими ресурсами закладу охорони здоров'я, але й шляхи їхнього досягнення. Фінансову стратегію слід розглядати як невід'ємну складову загальної стратегії розвитку закладу охорони здоров'я, а цілі фінансової діяльності мають бути узгоджені із загальними цілями розвитку установи. Довгострокові цілі фінансової діяльності закладу охорони здоров'я отримують деталізацію у розрізі визначених часових періодів їхнього досягнення, а також вираження у фінансовій політиці установи (у ній стратегічні цілі конкретизуються до рівня тактичних завдань).

Важливою складовою, яка розкриває зміст управління фінансовими ресурсами закладу охорони здоров'я є методи та інструменти впливу на перебіг фінансових відносин за участю установи. Фінансова наука традиційно відносить до фінансових методів фінансове планування і прогнозування, оперативне

фінансове управління, фінансовий аналіз та контроль. Практичним виявом фінансового планування на рівні закладу охорони здоров'я є складання його фінансового плану – найважливішого документа, на підставі якого відбувається формування і використання фінансових ресурсів установи. Крім цього, у процесі оперативного управління фінансами використовують інші форми планових документів, які стосуються окремих аспектів управління доходами чи видатками установи.

У процесі оперативного фінансового управління на рівні закладу охорони здоров'я застосовують різні інструменти забезпечення збалансованості вхідних та вихідних фінансових потоків, управління ліквідністю установи, виконання нею фінансових зобов'язань перед бюджетом та іншими кредиторами. Не меншу роль у забезпеченні ефективного управління фінансовими ресурсами відіграє фінансовий аналіз та контроль, які дають можливість керівництву оперативно виявити проблеми управління фінансовими ресурсами та вжити заходів для їх усунення. Однак, дієвість контролю значною мірою залежить від розробленості його методології, яка на даний час недосконала.

Висновки до розділу 1

Проблема забезпечення ефективності функціонування охорони здоров'я в Україні зберігає актуальність впродовж усього періоду незалежності. Головним завданням медичної реформи є зміна фінансової моделі функціонування охорони здоров'я, що має на меті без значного нарощування фінансових ресурсів галузі домогтись помітних зрушень у підвищенні якості й доступності медичних послуг через впровадження ринкових підходів до розподілу бюджетного фінансування.

Проблеми деградації галузі охорони здоров'я в наукових працях зазвичай пов'язують із недостатніми обсягами її фінансування. Нестача фінансування охорони здоров'я в умовах воєнного часу стає ще більш актуальною, адже через воєнні дії та повітряні атаки зазнає руйнації економічна основа формування

доходів бюджету як провідного джерела фінансування галузі, а війна ставить перед охороною здоров'я серйозні завдання, які також потребують значних коштів.

Незважаючи на наявність у наукових джерелах значного спектру дефініцій фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я, значна частина із них тільки поверхово розкриває сутність цього поняття, ігнорують важливі ознаки, що відрізняють їх з-поміж інших видів фінансових ресурсів. Характерні особливості управління фінансовими ресурсами на рівні закладів охорони здоров'я такі: потреба у фінансових ресурсах визначається специфікою медичних послуг, які мають переконливо виражений соціальний характер; основне навантаження з надання медичних послуг несуть заклади державної та комунальної форми власності, які отримують фінансування з бюджету; формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я перебуває під значним впливом засновників в особі органів публічного управління; можливості для формування додаткових доходів закладами державної та комунальної форми власності обмежені через державне регулювання; управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я у публічному секторі здійснюють головні лікарі, які за спеціальністю є медиками, а не управлінцями.

Утворення фінансової бази функціонування закладів охорони здоров'я відбувається з багатьох джерел, які у кожній країні формують свою унікальну комбінацію відповідно до їхньої важливості. Вітчизняна модель фінансування охорони здоров'я належить до змішаного різновиду, оскільки у формуванні фінансових ресурсів галузі лежить паритет між участю держави й населення. Впроваджена нова модель фінансування охорони здоров'я з бюджету на основі оплати вартості наданих медичних послуг містить ознаки деконцентрації та централізації повноважень з управління фінансовими ресурсами. Ключовою перевагою переходу до нової моделі фінансування охорони здоров'я на основі оплати вартості медичних послуг є створення прозорого механізму розподілу бюджетних коштів відповідно до показників діяльності медичних закладів.

Управлінські технології, які застосовують у процесі впливу на формування і використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я, відрізняються у залежності від організаційно-правового статусу цих установ, рівня фінансової автономії. Заклади охорони здоров'я, які наділені фінансовою автономією мають значно ширші можливості для власної ініціативи в управлінні фінансовими ресурсами, застосування різних управлінських технологій для впливу на цей процес. Заклади охорони здоров'я, які створені з ініціативи органів публічної влади, отримують основу частину своїх доходів з бюджету у формі плати за надані медичні послуги в рамках Програми державних медичних гарантій населення.

Розділ 2

ПРАКТИКА УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМИ РЕСУРСАМИ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

(на прикладі КНП «Кременецька опорна лікарня»)

2.1. Загальні тенденції формування фінансових ресурсів охорони здоров'я

Загальноприйняті підходи до фінансування охорони здоров'я пройшли за період світової еволюції значну трансформацію. Визначальним трендом ХХ ст. у цьому плані стало посилення ролі держави як фінансуючого агента, який на даний час забезпечує значну частину фінансових ресурсів галузі. В більшості країн із ринковою економікою держава посідає місце провідного суб'єкта, який здійснює фінансове забезпечення охорони здоров'я, проте фінансові ресурси населення продовжують відігравати вагомe значення у фінансуванні діяльності закладів охорони здоров'я. Структура джерел фінансування медичної допомоги у різних країнах має суттєві відмінності, які в першу чергу залежать від моделі економіки, яка в них розвивається. У країнах із ліберальними традиціями галузь охорони здоров'я функціонує на комерційних засадах, а надходження коштів від держави відіграють доповнюючу роль, вони призначені для реалізації цільових програм з надання медичних послуг для вразливих верств населення. Натомість, у країнах соціал-демократичної традиції основну частину медичних послуг для населення забезпечують за рахунок фінансових ресурсів публічного сектору економіки (бюджетів різного рівня та фондів соціального страхування).

Фінансова участь держави у наданні медичних послуг є не тільки виявом реалізації соціальної функції, але обґрунтовується з погляду економічної вигоди. Зниження рівня захворюваності й смертності населення і, відповідно, зменшення втрат робочого часу, дає економічну віддачу у вигляді додатково вироблених економічних благ, які свідчать про економічне зростання. Крім цього, здорова

людина має вищу продуктивність праці, а тому турбота про збереження здоров'я економічно активного населення забезпечує покращення ефективності роботи суб'єктів господарювання, підвищує їхню рентабельність. Окремі вчені доволі скептично ставляться до проведення паралелі між обсягами фінансування галузі охорони здоров'я та рівнем суспільного здоров'я, оскільки «здоров'я кожної людини залежить від багатьох чинників (способу життя, спадкової схильності до захворювань, характеру зайнятості, стану довкілля та ін.), і тільки частково від розвитку системи охорони здоров'я» [14, с. 46]. Однак, як свідчать статистичні дані, у країнах, де охорона здоров'я належить до пріоритетів суспільних видатків, а держава активно інвестує у неї бюджетні ресурси, показники здоров'я населення і тривалості життя є одними із найвищих серед усіх країн світу.

В Україні функціонує змішана модель фінансового забезпечення охорони здоров'я, яка передбачає відносний паритет фінансового внеску населення та публічного сектору економіки. Фінансові ресурси закладів охорони здоров'я можуть формуватися з різних джерел: бюджетів різного рівня, коштів фондів соціального страхування, надходжень від систем обов'язкового і добровільного медичного страхування, власних коштів домогосподарств, ресурсів суб'єктів господарювання різних форм власності, благодійних фондів та інших інституцій громадянського суспільства, власних коштів закладів охорони здоров'я, які ними отримані від надання платних медичних послуг і здійснення інших напрямів господарської діяльності, з інших джерел. В сучасних умовах структура джерел формування фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я зазнає трансформації, у їхньому складі зростає значення коштів суб'єктів господарювання приватного бізнесу, які реалізують за власний кошт програми корпоративної соціальної відповідальності, що зазвичай передбачають спрямування коштів на потреби медичних закладів та інші заходи у сфері охорони здоров'я. В період війни також підвищується роль благодійних внесків і коштів, залучених закладами охорони здоров'я за програмами міжнародної допомоги. Разом з тим, ці надходження мають нестабільний характер, а тому не можуть розглядатись як надійне джерело формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я.

Визначення об'єктивного співвідношення між джерелами формування фінансових ресурсів охорони здоров'я є складним завданням. Це пояснюється високим рівнем тінізації фінансових відносин щодо надання медичних послуг, у яких задіяне населення. Вітчизняне суспільство не вбачає значної проблеми в існуванні тіньових платежів при зверненні за медичною допомогою, зокрема при народженні дитини, проведенні операцій та у випадку складних захворювань. З урахуванням цього сегменту, фінансовий внесок населення у формування обсягу фінансових ресурсів охорони здоров'я окремі науковці оцінюють на рівні більше 2/3 від їх сукупних значень. В абсолютних сумах обороти неофіційного ринку медичних послуг оцінюють на рівні до 20 млрд дол. США у рік [53]. Водночас, значна частина вчених схильні не переоцінювати значення фінансових ресурсів домогосподарств у складі джерел фінансування охорони здоров'я. Ці уявлення, на їхню думку, сформувались під впливом перебільшених чуток, суб'єктивних оцінок окремих громадян, підтриманих засобами масової інформації. За словами В. Лехан, В. Рудого та інших вчених, частка фінансових ресурсів населення у загальних обсягах фінансування охорони здоров'я не перевищує 40% [40, с. 36; 11, с. 28].

На наш погляд, при оцінюванні структури джерел фінансування охорони здоров'я найбільш раціональним є відштовхуватись від даних служби офіційної статистики, адже розроблена нею методологія оцінювання передбачає врахування тіньових ресурсів у загальних обсягах фінансування галузі. Подібної позиції дотримуються експерти впливового аналітичного веб-ресурсу VoxUkraine, за оцінками яких в Україні встановлено певний паритет між населенням і державою у формуванні фінансових ресурсів охорони здоров'я [38]. Подібними даними оперує і офіційна статистика, яка визначає домогосподарства і публічний сектор як провідних фінансуючих агентів охорони здоров'я [37].

Зважаючи на обмеженість даних офіційної статистики, простежити реалії формування фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я можна тільки у часових рамках до 2020 року. Відповідно до показників сателітного рахунку охорони здоров'я, який складає Державна служба статистики України, за рахунок усіх

джерел фінансування у 2020 році на потреби охорони здоров'я надійшло 329,3 млрд грн коштів, з яких фінансовий внесок публічного сектору (бюджети усіх рівнів, фонди соціального страхування) склав 164,3 млрд грн, або майже 49,9% від підсумку. Населення спрямувало на оплату медичних послуг, медикаментів та інші цілі, пов'язані з охороною здоров'я 152,8 млрд грн, що становило 46,4% від загальних обсягів фінансування. Решту фінансових ресурсів в обсязі 12,3 млрд грн забезпечили інші фінансуючі агенти, такі як суб'єкти господарювання приватного бізнесу, лікарняні каси, інституційні благодійники, міжнародні донори. Це дає нам переконливе підтвердження тому, що в Україні утвердилась змішана модель формування фінансових ресурсів охорони здоров'я із відносним паритетом участі населення та публічного сектору (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

**Загальні витрати на охорону здоров'я
з усіх джерел фінансування в Україні у 2018-2020 рр.**

Показники	2018		2019		2020	
	млрд грн	%	млрд грн	%	млрд грн	%
Ресурси держави	125,63	47,6	137,06	46,8	164,34	49,9
Державний бюджет	30,27	11,5	44,90	15,3	121,67	36,9
Місцеві бюджети	94,35	35,7	91,17	31,1	42,25	12,8
Фонди соціального страхування	1,01	0,4	0,99	0,3	0,42	0,1
Ресурси недержавного сектору	136,48	51,7	153,85	52,5	163,50	49,6
Ресурси суб'єктів господарювання	5,10	1,9	9,62	3,3	10,75	3,3
Витрати домогосподарств	131,38	49,7	144,23	49,2	152,76	46,4
Трансферти з-за кордону	2,01	0,8	2,12	0,7	1,50	0,5
Загальні витрати на охорону здоров'я	264,12	100,0	293,02	100,0	329,34	100,0

Джерело: побудовано автором за [50]

Дані офіційної статистики дають підстави констатувати, що у сфері охорони здоров'я відбувається стабільне нарощування обсягів фінансових ресурсів, яке не припиняється навіть в періоди кризових явищ. Зокрема, за останні десять років обсяг фінансування охорони здоров'я з усіх джерел збільшився в абсолютній сумі на 213,6 млрд грн, або в 2,8 рази. Разом з тим, таке значне зростання значною мірою було втрачене під дією інфляційного знецінення коштів. Слід врахувати, що у 2014-2017 рр. для нашої країни були характерні досить високі показники

інфляції. Відповідно, якщо скоригувати динаміку фінансових ресурсів охорони здоров'я на темпи зростання цін, то реальний обсяг фінансування галузі у 2020 році в цінах 2013 року становить всього 120,0 млрд грн. Отже, насправді приріст фінансування охорони здоров'я за останнє десятиріччя складає всього 3,7%.

На подібні висновки нашо́вхує і відстеження динаміки питомої ваги суспільних видатків на охорону здоров'я у ВВП. Впродовж останніх десяти років цей показник не має стабільної траєкторії зміни. В період 2015-2017 рр., коли в Україні спостерігались високі темпи інфляційного знецінення грошей, значення частки суспільних видатків на охорону здоров'я у ВВП зменшилось з 7,84% до 7,50%. Цей негативний тренд продовжився і в наступні роки, попри зниження показників інфляції. Внаслідок цього, у 2019 році питома вага суспільних витрат на охорону здоров'я у ВВП знизилась до найменшого за останнє десятиліття значення на рівні 7,37%. Однак, привернення уваги суспільства до проблем галузі охорони здоров'я через розгортання глобальної епідемії коронавірусу забезпечило прискорене збільшення обсягів фінансування охорони здоров'я, що призвело до підвищення показника суспільних видатків у ВВП до 7,85% (рис. 2.1).



Рис. 2.1. Траєкторія зміни суспільних витрат на охорону здоров'я з усіх джерел в Україні у 2013-2020 рр., млрд грн

Джерело: побудовано автором за [10; 50]

Оскільки фінансовий внесок населення у формування фінансових ресурсів охорони здоров'я враховує також його витрати на купівлю ліків та медичних препаратів, то можна впевнено стверджувати, що фінансові ресурси публічного сектору відіграють визначальну роль у забезпеченні функціонування закладів охорони здоров'я. Зважаючи на нерозвиненість системи медичного страхування в Україні, внесок цієї складової публічних фінансів скромний і складає 0,5-1,0 млрд грн у рік, або всього 0,1-0,4% від сукупних обсягів фінансових ресурсів галузі. Тому більш детальну увагу приділимо оцінюванню реалій фінансування охорони здоров'я з бюджетів усіх рівнів. Примітно, що кошти бюджетів надходять в галузь за допомогою кількох каналів: у формі кошторисного фінансування окремих закладів охорони здоров'я, які надають спеціалізовані медичні послуги; через Програму державних медичних гарантій населенню, розпорядником якої виступає Національна служба здоров'я України; через субвенції місцевим бюджетам на виконання загальнодержавних цільових програм у галузі охорони здоров'я; від місцевих бюджетів на виконання місцевих цільових програм надання медичних послуг; у формі власних доходів закладів охорони здоров'я від надання ними платних медичних послуг. Однак, урахування власних доходів закладів охорони здоров'я до бюджетного фінансування дискусійне, адже із перетворенням цих установ у некомерційні підприємства вони уже не відображаються у доходах бюджету як складова неподаткових надходжень.

Обсяги бюджетного фінансування охорони здоров'я в Україні у 2023 році були заплановані на рівні 224,4 млрд грн, що всього на 9,1 млрд грн більше, ніж у попередньому році. Таке незначне зростання дисонує із показниками попередніх років, коли у 2018-2020 рр. сукупний приріст фінансування галузі становив 1,5 рази. Загалом за 2021-2023 рр. збільшення фінансового забезпечення охорони здоров'я з бюджетів усіх рівнів склало близько 10,2%. Однак, більш примітним за останні роки є зміна структури фінансового внеску окремих рівнів бюджетної системи у формування фінансових ресурсів охорони здоров'я. Внаслідок введення у дію нової схеми оплати медичних послуг основну роль у фінансуванні охорони здоров'я з 2020 року відіграє державний бюджет, а значення місцевих бюджетів

радикально знизилось. Разом з тим, в абсолютних сумах місцеві бюджети все ж продовжують бути важливим джерелом фінансових ресурсів галузі (рис. 2.2).

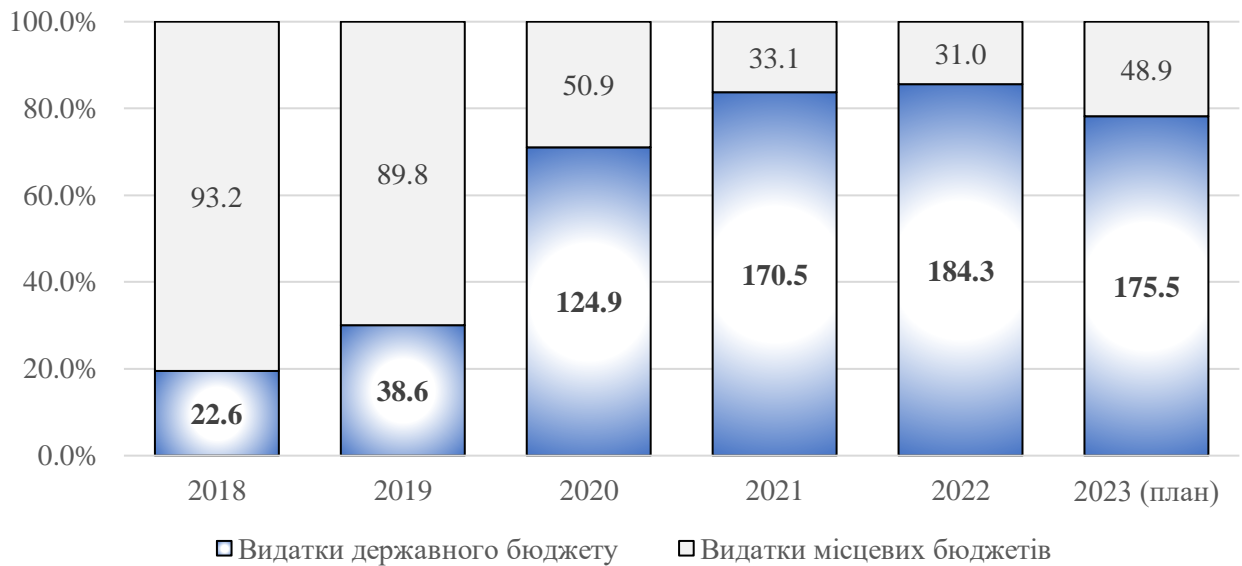


Рис. 2.2. Структурні параметри бюджетних видатків на охорону здоров'я у розрізі рівнів бюджетної системи в Україні у 2018-2023 рр., млрд грн

Джерело: побудовано автором за [10].

Поряд із зміною загальних параметрів розподілу фінансового внеску у формування ресурсів охорони здоров'я між бюджетами різного рівня, в останні роки також відбувається чітке розмежування видаткових повноважень між урядом і органами місцевого самоврядування у фінансуванні окремих напрямів надання медичної допомоги. Відповідно до задуму медичної реформи, місцеві бюджети порівняно більшу роль відіграють у фінансуванні первинної та невідкладної медичної допомоги (зокрема, щодо первинних медичних послуг їх домінування абсолютне), натомість у фінансуванні цільових програм протидії епідеміями та інших загальнодержавних заходів превалюють кошти державного бюджету.

Щодо основної складової мережі закладів охорони здоров'я, а саме лікарень загального профілю і санаторно-курортних закладів, то у цьому сегменті наявний певний паритет участі державного та місцевих бюджетів. Він зумовлений тим, що в рамках бюджетної реформи було розділено видаткові повноваження між урядом і місцевою владою у покритті витрат цих закладів: уряд в рамках Програми державних медичних гарантій фінансує витрати на лікувальний процес (оплата

праці медичного персоналу, придбання медикаментів та ін.), а органи місцевого самоврядування забезпечують фінансування експлуатаційних витрат закладів охорони здоров'я та реалізацію програм їхнього розвитку.

2.2. Організація управління фінансовими ресурсами закладу охорони здоров'я та його майно

Одним із найважливіших нововведень медичної реформи в Україні стала зміна організаційно-правового статусу закладів охорони здоров'я, які набули статусу неприбуткових підприємств. Відповідно, ці новації призвели до зміни механізму надходження бюджетних коштів до медичних установ – замість їх кошторисного фінансування, яке передбачало повне покриття витрат закладу їм було надано фінансову автономію у питанні формування власних фінансових ресурсів.

Організаційні аспекти управління фінансами КНП «Кременецька опорна лікарня» визначаються чинним законодавством, рішеннями його засновника в особі Кременецької міської ради, а також статутними документами підприємства. Відповідно до норм Статуту, КНП «Кременецька опорна лікарня» (надалі КНП «КОЛ») є опорним закладом охорони здоров'я – комунальним унітарним некомерційним підприємством, що надає послуги спеціалізованої медичної допомоги у порядку і на умовах, визначених нормативно-правовою базою та вимогами Статуту. Ключові засади функціонування підприємства визначає його засновник, він забезпечує стратегічне управління його діяльністю, в тому числі задіяних у виробленні пріоритетів формування і використання його фінансових ресурсів.

Підприємство утворене у 2019 році відповідно до рішення Кременецької районної ради на базі майнових комплексів Кременецької районної комунальної лікарні і Кременецької районної комунальної стоматологічної поліклініки. Воно є правонаступником цих медичних установ, в тому числі їхнього майна, прав та

обов'язків. Зважаючи на те, що засновником і власником підприємства виступає Кременецька міська територіальна громада, яку представляє однойменна міська рада, підприємство підконтрольне і підзвітне їй у своїй господарській діяльності. Організаційно-правовий статус підприємства як неприбуткового визначає його мету, що полягає у досягненні соціальних та інших результатів без отримання прибутку. Очевидно, що головною метою діяльності КНП «КОЛ» є надання спеціалізованих медичних послуг для населення. Проте, набуття статусу як неприбуткового підприємства, зовсім не означає, що воно не може отримувати позитивного фінансового результату. Проте, вимоги Статуту підприємств чітко обмежують його права у розпорядженні прибутком, який не можна спрямувати на задоволення інтересів засновника, а також розподіляти серед працівників. За вимогами Статуту, прибуток КНП «КОЛ» надходить виключно на розвиток його матеріальної бази, покращення умов надання медичних послуг, умов праці медичного персоналу, а також інші цілі, які сприятимуть реалізації головної мети діяльності підприємств. Установі документи КНП «КОЛ» також деталізують завдання, які визначені перед підприємством у здійсненні його діяльності.

Головна мета діяльності КНП «КОЛ», визначена його Статутом, полягає у забезпеченні медичного обслуговування населення через провадження медичної практики в порядку та обсязі, визначеному ліцензією. Ця мета має загальний характер і отримує деталізацію у комплексі практичних дій, які реалізуються у кількох напрямках:

а) функціональний напрямок, який передбачає «реалізацію заходів згідно з основним профілем діяльності, тобто:

– надання пацієнтам на безоплатній та платній основі послуг спеціалізованої стаціонарної медичної допомоги;

– надання пацієнтам на безоплатній та платній основі спеціалізованої амбулаторної медичної допомоги;

– організація, у разі потреби, надання пацієнтам медичної допомоги більш високого рівня спеціалізації на базі інших закладів охорони здоров'я шляхом направлення пацієнтів до цих закладів;

- організація взаємодії з іншими закладами охорони здоров'я з метою забезпечення наступництва у наданні медичної допомоги на різних рівнях та ефективного використання ресурсів системи медичного обслуговування;

- проведення експертизи тимчасової непрацездатності та контролю за видачею листків непрацездатності;

- направлення на медико-соціальну експертизу осіб зі стійкою втратою працездатності;

- проведення медичних оглядів;

- придбання, зберігання, перевезення, реалізація (відпуск), знищення, використання наркотичних засобів, психотропних речовин, прекурсорів;

- залучення для надання спеціалізованої медичної допомоги підрядників;

- надання платних медичних послуг відповідно до чинного законодавства;

- взяття та зберігання донорської крові;

- робота з джерелами іонізуючого випромінювання» [54];

б) організаційний напрямок, який передбачає здійснення заходів щодо вирішення організаційних питань діяльності підприємства, його комунікації з громадою, засновником та іншими органами влади, в тому числі у контексті «розробки пріоритетів вдосконалення системи надання спеціалізованої медичної допомоги, а саме:

- забезпечення права громадян на доступну медичну допомогу;

- участь у визначенні проблемних питань і надання рекомендацій органам місцевого самоврядування щодо розробки планів розвитку медичної галузі у Кременецькій міській територіальній громаді, вироблення шляхів їх вирішення;

- консультації щодо профілактики, діагностики, лікування захворювань, проведення для населення інформаційно-просвітницької роботи щодо здорового способу життя» [54];

б) забезпечувальний напрямок, який об'єднує «заходи щодо створення комфортного середовища надання медичних послуг, надійного постачання для потреб підприємства медикаментів, обладнання та медичної техніки, розвитку

кадрового складу, моніторингу ефективності і цільового характеру використання майна та ресурсів підприємства, в тому числі:

- визначення потреби підприємства у лікарських засобах та медичних препаратах, обладнанні та транспортних засобах для забезпечення населення доступною, своєчасною та якісною медичною допомогою;
- стимулювання професійного розвитку медичних працівників, забезпечення підвищення їхньої кваліфікації для надання якісних послуг;
- придбання, збереження та використання лікарських засобів, виробів медичного призначення, медичного обладнання і транспортних засобів, а також контроль забезпеченості підприємства і раціональності використання;
- навчально-методична, науково-дослідницька робота;
- організація і проведення конгресів, симпозіумів, науково-практичних конференцій, наукових форумів, круглих столів, семінарів тощо» [54].

В процесі реалізації господарської компетенції, підприємство здійснює господарську діяльність відповідно до затвердженого фінансового плану. Його схвалює рішенням засновник підприємства в особі Кременецької міської ради. Майно підприємства належить органу місцевого самоврядування, який виступає засновником підприємства, але КНП «КОЛ» має повноваження з оперативного управління ним. Крім цього, підприємство має право залучати для своїх потреб інші види матеріально-фінансових ресурсів з доступних джерел. Володіючи господарською самостійністю, КНП «КОЛ» має власні банківські рахунки, а також наділене правом укладати угоди різного характеру, набувати майнових та інших прав і обов'язків (зокрема щодо сплати податків та зборів), здійснювати інші види господарських операцій. Важливим правом КНП «КОЛ», яке відкриває перспективи залучення зовнішніх фінансових ресурсів, є право співпрацювати з іноземними організаціями, іншими закладами охорони здоров'я, науковими установами, фізичними особами, залучати їх до реалізації статутних завдань.

Матеріальну базу провадження фінансово-господарської діяльності КНП «КОЛ» забезпечує його майно, що перебуває в його оперативному управлінні. Основу майнового комплексу підприємства формують передані йому майнові

цінності та основні засоби від медичних закладів, які були реорганізовані із створенням відповідної опорної лікарні. Статутний капітал підприємства за обсягом незначний і складає всього 1,0 тис. грн. Проте, майно КНП «КОЛ» формують необоротні та оборотні активи, утворені з основних засобів, коштів та інших матеріальних цінностей, відображених у статтях балансу. Хоча відповідно до Статуту, підприємство наділене господарською самостійністю, воно не має права самостійно вирішувати питання щодо розпорядження його майном з числа основних фондів. Це майно передане засновником підприємства – Кременецькою міською радою, і без її погодження не може бути відчужене чи використане в інший спосіб. Установчі документи підприємства визначають джерела утворення його майнових та фінансових ресурсів (рис. 2.3).



Рис. 2.3. Джерела утворення майна та фінансових ресурсів КНП «Кременецька опорна лікарня»

Джерело: побудовано за [54]

Показники динаміки майна КНП «КОЛ» впродовж останніх років мають висхідну тенденцію. Така тенденція пояснюється передачею до новоствореного підприємства майнових комплексів колишніх бюджетних установ, приростом вартості основних фондів підприємства через здійснення видатків розвитку та отримання на баланс активів, отриманих у якості благодійної допомоги. Зокрема, завдяки передачі підприємству в 2021 році комп'ютерного томографа вартістю

11,36 млн грн, рентгенівського апарату MOVIPLAN вартістю 4,85 млн грн основні засоби КНП «КОЛ» збільшилися на кінець року до 42,8 млн грн, або в 1,8 рази. В цілому необоротні активи за період 2021 – 9 місяців 2023 рр. зросли з майже 40,0 млн грн до 48,4 млн грн, або в 1,2 рази. При цьому значних змін зазнала їхня структура – вартість незавершених капітальних вкладень, яка у 2021 році становила 16,4 млн грн, на кінець 2022 року зменшилась за балансом до 0,2 млн грн за рахунок переведення цих активів до складу основних засобів. Це призвело до зниження частки незавершених капітальних інвестицій з 30,2 до 0,3%, хоча загалом частка необоротних активів у структурі сукупних активів підприємства знизилась незначно. На відміну від 2022 року, за підсумками 9 місяців 2023 року приріст сукупних активів підприємства майже в 1,6 рази вищий, всього вони зросли на 5,4 млн грн (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Показники активів КНП «Кременецька опорна лікарня» у 2021-2023 рр.

Назва показника	2021		2022		2023 (на 01.09)	
	тис. грн	%	тис. грн	%	тис. грн	%
Активи підприємства	54259,0	100,0	68553,0	100,0	69326,2	100,0
Необоротні активи:	39975,7	73,7	43026,5	62,8	48447,9	69,9
Незавершені капітальні вкладення	16411,1	30,2	190,9	0,3	194,0	0,3
Основні засоби	23564,6	43,4	42835,6	62,5	48253,9	69,6
Оборотні активи	14283,3	26,3	25526,5	37,2	20878,3	30,1
Запаси	10679,5	19,7	17409,9	25,4	17377,4	25,1
Дебіторська заборгованість	108,5	0,2	76,7	0,1	73,6	0,1
Гроші та їх еквіваленти	3495,3	6,4	8039,9	11,7	3426,3	4,9

Джерело: складено за даними КНП «Кременецька опорна лікарня» Кременецької міської ради

Показник розподілу активів у розрізі їх оборотної та необоротної частин не має сталої динаміки, що не дає підстав говорити про якісну зміну їх структури. Оборонні активи КНП «КОЛ» представлені на 4/5 запасами товарно-матеріальних цінностей (станом на вересень 2023 року – 17,4 млн грн із 20,9 млн грн оборотних активів), а також грошовими коштами та їхніми еквівалентами (3,4 млн грн, відповідно). Примітно, що у 2022 році відбулось значне нарощування оборотних активів – майже в 1,8 рази, спричинене як збільшенням на 6,8 млн грн запасів, а

також 2,3-разовим збільшенням на рахунках підприємства грошових коштів та їхніх еквівалентів. Це забезпечило підвищення рівня абсолютної ліквідності підприємства, адже абсолютно ліквідні активи у 2022 році становили майже 12% від сукупних активів КНП «КОЛ». Однак, у 2023 році структура оборотних активів повернулась за показниками до значень довоєнного періоду.

Основне значення у формуванні фінансових ресурсів підприємств охорони здоров'я відіграють кошти, які надходять від НСЗУ в оплату медичних послуг. Відповідно до Статуту підприємства, його пайовий капітал складає всього 0,01% від обсягів сукупного капіталу. Це пояснюється передбаченими в установчих документах нормами, що майно підприємства йому не належить, а перебуває в оперативному управлінні. Важливі джерела формування фінансових ресурсів підприємства – це також кошти місцевого бюджету на реалізацію цільових програм в охороні здоров'я, а також кошти фінансової допомоги з місцевого бюджету, доходи від надання платних медичних послуг. Проте, Статус КНП «КОЛ» не забороняє підприємству використовувати інші способи залучення фінансових ресурсів для своїх потреб, зокрема від здійснення господарських операцій не за основним профілем діяльності – від здавання в оренду майна, розміщення тимчасово вільних коштів на депозитних рахунках у банківських установах, продажу майнових цінностей, отримання благодійної допомоги.

Оскільки підприємство користується господарською самостійністю, воно має право налагоджувати господарські відносини з іноземними партнерами через укладання договорів про співпрацю. З цією метою КНП «КОЛ» може відкрити валютний рахунок для зарахування надходжень від надання послуг іноземним суб'єктам господарювання, отримання благодійної допомоги від зарубіжних донорів. Однак, валютні надходження, подібно до інших доходів від господарських операцій КНП «КОЛ» можуть спрямовуватись тільки на цілі, які відповідають статутній діяльності.

2.3. Практичні аспекти формування динаміки і структури фінансових ресурсів закладу охорони здоров'я

Внаслідок використання різних джерел формування фінансових ресурсів КНП «КОЛ» забезпечується відповідна структура його капіталу у розрізі власних та позикових ресурсів (зобов'язань). Показники табл. 2.3 вказують на помітні зміни структури капіталу підприємства у розрізі років. Примітною тенденцією є різке зниження частки власного капіталу в структурі капіталу з 46,9% у 2021 році до 27,3% станом на вересень 2023 року. В абсолютному вимірі обсяги власних коштів підприємства були нестабільними – після їхнього зростання у 2022 році до 27,9 млн грн, у поточному році вони зменшились майже у 1,5 рази до 10,9 млн грн. Основний внесок у зменшення здійснило падіння обсягів нерозподіленого прибутку підприємства, який станом на 9 місяць 2023 року складає 17,8 млн грн, що на 8,5 млн грн менше значень попереднього року. Швидкими темпами також зменшуються обсяги додаткового капіталу підприємства – з 3,2 млн грн у 2021 році до 1,6 млн грн у 2022 році, до 1,1 млн грн – за підсумками трьох кварталів 2023 року. Оскільки КНП «КОЛ» є неприбутковим підприємством, то обсяги його фінансового результату (перевищення сукупних доходів над витратами) не підлягають оподаткуванню податком на прибуток, а спрямовуються на цілі розвитку підприємства відповідно до його статутної діяльності (табл. 2.3).

Впровадження нової моделі фінансування охорони здоров'я через оплату медичних послуг призвело до значних змін у структурі поточних зобов'язань КНП «КОЛ» та загалом збільшення їх питомої ваги у складі сукупного капіталу. Якщо на кінець 2021 року поточні зобов'язання підприємства становили всього 8,2 млн грн, то на завершення 2022 року – уже 28,7 млн грн, а станом на вересень 2023 року – 36,0 млн грн. Примітно, що у 2021-2022 рр. поточні зобов'язання практично в повному обсязі були представлені доходами майбутніх періодів, однак у 2023 році підприємство допустило нарощування зобов'язань за товари, роботи і послуги на суму 1,6 млн грн, або 4,3% від загальної суми поточних зобов'язань. Незважаючи на незначні обсяги, негативним моментом структури

поточних зобов'язань є також накопичення кредиторської заборгованості перед бюджетом та зі страхування, які на вересень 2023 року становили в сумі 50,2 тис. грн. Сам факт виникнення цих поточних зобов'язань свідчить про певні проблеми в управлінні фінансовими ресурсами КНП «КОЛ», непослідовність у виконанні його фінансових зобов'язань, підвищення ризиків погіршення його фінансового стану.

Таблиця 2.3

Показники капіталу КНП «Кременецька опорна лікарня» у 2021-2023 рр.

Назва показника	2021		2022		2023 (9 міс.)	
	тис. грн	%	тис. грн	%	тис. грн	%
Капітал підприємства, в т.ч.:	54259,0	100,0	68553,0	100,0	69326,2	100,0
Власний капітал, з нього:	25439,7	46,9	27886,3	40,7	18904,3	27,3
Зареєстрований (пайовий) капітал	1,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0
Додатковий капітал	3210,1	5,9	1630,9	2,4	1117,9	1,6
Нерозподілений прибуток	22229,6	41,0	26255,4	38,3	17786,4	25,7
Довгострокові зобов'язання, цільове фінансування та забезпечення	20638,6	38,0	12008,3	17,5	14394,4	20,8
Поточні зобов'язання, в т.ч.:	8180,6	15,1	28658,4	41,8	36027,5	52,0
Поточна кредиторська заборгованість за:	98,8	0,2	0,0	0,0	1556,8	2,2
товари, роботи, послуги	0,0	0,0	0,0	0,0	1506,6	2,2
розрахунками з бюджетом	9,6	0,0	0,0	0,0	16,9	0,0
розрахунками зі страхування	18,2	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0
розрахунками з оплати праці	71,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Інші поточні зобов'язання	166,7	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Доходи майбутніх періодів	7915,1	14,6	28658,4	41,8	34470,7	49,7

Джерело: складено за даними КНП «Кременецька опорна лікарня» Кременецької міської ради

Домінування доходів майбутніх періодів у структурі позиченого капіталу підприємства пояснюється специфікою фінансової моделі функціонування сфери охорони здоров'я, яка формує основну частину своїх ресурсів за рахунок коштів державного бюджету, якими оперує НСЗУ. Заклади охорони здоров'я отримують бюджетне фінансування від НСЗУ в оплату майбутніх медичних послуг, які вони надаватимуть впродовж бюджетного року відповідному контингенту пацієнтів, з якими укладені медичні договори, або ж які зареєстровані на території, яку охоплює діяльність медичного закладу. Поки відповідні послуги не будуть надані, то ці кошти не можна розглядати як власні доходи підприємства, вони є

майбутніми доходами, які на момент їх отримання являють собою безоплатно позичений капітал.

КНП «КОЛ» як неприбуткове підприємство, яке наділене фінансовою автономією, має право самостійно планувати, організовувати та здійснювати господарську діяльність, визначати ключові напрямки власного розвитку згідно із його головною метою, визначеною установчими документами. Фінансові ресурси підприємства спрямовуються найперше на забезпечення основного профілю діяльності, тобто надання медичних послуг. Основним документом, на підставі якого підприємство здійснює фінансово-господарську діяльність є його фінансовий план, затверджений засновником.

Фінансовий план – це «основний документ, відповідно до змісту якого комунальне підприємство отримує доходи і здійснює видатки, визначає обсяг та спрямування коштів для виконання визначених статутом функцій протягом року. Фінансовий план також забезпечує механізм погодження витрат підприємства із засновником. Засновники в особі органів місцевого самоврядування мають повноваження з контролю за втратами підприємств. Таким чином, фінансовий план закладу охорони здоров'я, з одного боку, слугує інструментом контролю, а з іншого – забезпечує легалізацію планових видатків підприємства, погоджених із його засновником» [19].

Між фінансовим планом та кошторисом, за яким функціонували заклади охорони здоров'я до проведення медичної реформи, існує ключова відмінність. Вона полягає в тому, що дохідна частина кошторису визначається надходженням коштів з бюджету, відповідно до чого здійснюється планування його видатків. Кошторис зазвичай складають на суму лише бюджетних асигнувань, він не містить показників надходжень бюджетної установи за спеціальним фондом (від здійснення господарської діяльності). Натомість, фінансовий план відображає усі доходи підприємства відповідно до джерел їхнього формування, зокрема: кошти від НСЗУ в оплату вартості наданих медичних послуг; надходження від місцевих бюджетів у рамках фінансової підтримки і за виконання місцевих цільових програм в охороні здоров'я; доходи від надання платних медичних

послуг; інші доходи від господарської діяльності (надходження від оренди майна та його продажу, у формі благодійних внесків, відшкодування та компенсації за непрофільні витрати та ін.). Відображені у фінансовому плані фінансові ресурси є джерелом покриття поточних і капітальних витрат закладу охорони здоров'я, реалізації завдань його розвитку.

Проводячи фінансово-господарську діяльність відповідно до фінансового плану, некомерційне підприємство набуває фінансових обов'язків, які пов'язані із здійсненням основного профілю діяльності (надання медичних послуг) та інших господарських операцій з фінансовими ресурсами, а саме своєчасне та повне виконання зобов'язань зі сплати податків та зборів, інших обов'язкових платежів, інших видів зобов'язань перед кредиторами. Для некомерційних підприємств в охороні здоров'я передбачено особливий порядок оподаткування, який передбачає звільнення їх від сплати податку на прибуток. Однак, якщо за підсумками роботи таке підприємство має позитивний фінансовий результат, він надходить виключно на фінансування його розвитку.

Згідно податкового законодавства, основна частина медичних послуг, які надають заклади охорони здоров'я – неприбуткові підприємства, звільнені від обкладання податком на додану вартість. Винятком є медичні послуги щодо здійснення профілактичних оглядів працівників на замовлення підприємств, а також деякі інші. Відповідно, обсяги фіскальних зобов'язань з податку на додану вартість у закладах охорони здоров'я не мають вагомого значення. Зважаючи на специфіку охорони здоров'я, яка продукує нематеріальні послуги, найбільшу питому вагу у податкових зобов'язаннях, що їх сплачують медичні заклади, займають фіскальні платежі, пов'язані з оподаткуванням витрат на оплату праці – податок на доходи фізичних осіб, військовий збір, єдиний соціальний внесок.

Дані табл. 2.4 підтверджують, що основну частину доходів КНП «КОЛ» формують надходження від НСЗУ як оплата за надані медичні послуги в межах гарантованого пакету медичної допомоги для населення. У 2022 році з цього джерела підприємство отримало 101,2 млн грн при сукупних доходах на рівні 139,8 млн грн. Отож, питома вага надходжень з державного бюджету від надання

медичних послуг складає майже $\frac{3}{4}$ від підсумку. На 2023 рік, відповідно до показників фінансового плану, значення надходжень з державного бюджету буде ще більшим, в абсолютному вимірі вони мають становити 104,7 млн грн. При цьому, спостерігається зменшення значення надходжень від надання медичних послуг на платній основі, попри позитивну динаміку цих доходів в абсолютних показниках. Якщо у 2021 році таких доходів було отримано на суму 1,48 млн грн (1,5% від сукупних доходів), то на 2023 рік вони заплановані в обсязі 1,73 млн грн, або всього 1,2% від підсумку (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Доходи КНП «Кременецька опорна лікарня» у 2021-2023 рр. у розрізі джерел фінансування, тис грн

Назва показника	2021		2022		2023
	план	факт	план	факт	план
Сукупний дохід підприємства	101744,2	101558,5	139800,9	139792,9	138998,5
Від надання медичних послуг:	90066,0	89984,9	101207,4	101207,4	104696,0
надходження за надані медичні послуги від НСЗУ	88566,0	88509,1	99528,2	99528,2	102962,0
від надання платних послуг	1500,0	1475,8	1679,2	1679,2	1734,0
Інші операційні доходи (з міського бюджету за програмою підтримки)	8585,0	8634,9	9879,3	9879,3	12668,0
Доходи від цільового фінансування (цільові програми місцевого бюджету)	1530,0	1530,0	1086,5	1086,5	0,0
Інші доходи:	1509,0	1447,4	27627,7	27619,7	21634,5
від оренди приміщень	145,0	144,3	131,7	131,7	154,2
від реалізації майна	13,2	10,2	8,0	0,0	8,0
Інші фінансові доходи (благодійні внески, нараховані проценти за залишок коштів на рахунках)	240,0	214,9	304,7	304,7	879,5
Безоплатно одержані активи	835,0	748,0	1692,3	1692,3	15175,3
Компенсація комунальних послуг від орендарів	0,0	0,0	903,4	903,4	1049,5
Дохід від централізованого постачання	0,0	0,0	21661,0	21661,0	0,0
Інші види доходів	275,8	330,0	2926,6	2926,6	4368,0

Джерело: складено за даними КНП «Кременецька опорна лікарня» Кременецької міської ради

Надходження з місцевого бюджету на потреби закладу охорони здоров'я відбувається двома каналами: через надання фінансової підтримки, а також у формі оплати участі підприємства у реалізації місцевих програм медичного спрямування. Зокрема, у 2022 році КНП «КОЛ» отримало з місцевого бюджету майже 9,9 млн грн бюджетної підтримки, а на 2023 рік передбачено надходження з цього джерела в розмірі 12,7 млн грн. Поряд з цим, у 2022 році підприємство отримало 1,1 млн грн за виконання цільових бюджетних програм, фінансовим планом на 2023 рік такі надходження не передбачені взагалі. Помітно, що обсяг доходів за місцевими цільовими програмами з охорони здоров'я поступально зменшується впродовж останніх років, що на наш погляд, є прямим наслідком зміни підходів до фінансування медичних послуг, яка зменшила актуальність реалізації таких програм на місцях.

Помітним джерелом надходжень підприємства у 2022-2023 рр. є доходи у формі безоплатно отриманих активів та від централізованого постачання. Такі доходи є відображенням реалій воєнного часу, коли підвищилась активність населення та бізнесу, міжнародних донорів у питанні допомоги закладам, які задіяні у забезпеченні потреб лікування та реабілітації військових та вирішення інших завдань воєнного плану. У 2022 році КНП «КОЛ» отримала в рамках централізованого постачання надходжень на суму 21,7 млн грн, або 15,5% від сукупних доходів цього року. Впродовж аналізованого періоду збільшувались обсяги безоплатно наданих активів, які у 2021 році підприємство отримало в сумі 0,7 млн грн, у 2022 році – уже 1,7 млн грн, а на 2023 рік фінансовий план визначає надходження за цією статтею на рівні 15,2 млн грн.

В останні два роки у КНП «КОЛ» з'явилося додаткове джерело фінансових ресурсів, зумовлене передачею частини його майна в оренду. Відтак, у 2022 році 131,7 тис. грн надійшло на рахунки підприємства у формі орендної плати, ще 0,9 млн грн – як оплата комунальних послуг орендарів. На 2023 рік від орендної плати на користь підприємства передбачено отримати 154,2 тис. грн, ще 1,0 млн грн додатково – як компенсацію вартості комунальних послуг від орендарів.

Підсумовуючи оцінку практики формування фінансових ресурсів закладу охорони здоров'я, зробимо висновок про посилення ролі державного бюджету як джерела доходів підприємства, що є прямим наслідком переходу до нової схеми розподілу бюджетного фінансування і перерозподілу видаткових повноважень між бюджетами різного рівня. Проте, надходження коштів з місцевого бюджету в рамках різних бюджетних програм залишається помітним джерелом коштів для потреб підприємства. Натомість, інші господарські операції підприємства, пов'язані із продажем його майна і здаванням його в оренду поступово знижують питому вагу в сукупних доходах. Однак, повномасштабна війна в Україні та інші ризики сучасності призвели до активізації благодійності, що мало позитивний вплив на надходження коштів на потреби КНП «КОЛ».

Висновки до розділу 2

В Україні функціонує змішана модель фінансового забезпечення охорони здоров'я, яка передбачає відносний паритет фінансового внеску населення та публічного сектору економіки. В сучасних умовах структура джерел формування фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я зазнає трансформації, у їхньому складі зростає значення коштів суб'єктів господарювання приватного бізнесу. В період війни також підвищується роль благодійних внесків і коштів, залучених закладами охорони здоров'я за програмами міжнародної допомоги.

Дані офіційної статистики дають підстави констатувати, що у сфері охорони здоров'я відбувається стабільне нарощування обсягів фінансових ресурсів, яке не припиняється навіть в періоди кризових явищ. Зокрема, за останні десять років обсяг фінансування охорони здоров'я з усіх джерел збільшився в абсолютній сумі на 213,6 млрд грн, або в 2,8 рази. Разом з тим, таке значне зростання значною мірою було втрачене під дією інфляційного знецінення коштів. На подібні висновки наштовхує і відстеження динаміки питомої ваги суспільних видатків на охорону здоров'я у ВВП.

Внаслідок введення у дію нової схеми оплати медичних послуг основну роль у фінансуванні охорони здоров'я з 2020 року відіграє державний бюджет, а значення місцевих бюджетів радикально знизилось. Разом з тим, в абсолютних сумах місцеві бюджети все ж продовжують бути важливим джерелом фінансових ресурсів галузі.

Організаційні аспекти управління фінансами КНП «Кременецька опорна лікарня» визначаються чинним законодавством, рішеннями його засновника в особі Кременецької міської ради, а також статутними документами підприємства. Організаційно-правовий статус підприємства як неприбуткового визначає його мету, що полягає у досягненні соціальних та інших результатів без отримання прибутку.

В процесі реалізації господарської компетенції, підприємство здійснює господарську діяльність відповідно до затвердженого фінансового плану. Матеріальну базу провадження фінансово-господарської діяльності КНП «КОЛ» забезпечує його майно, що перебуває в його оперативному управлінні. Основу майнового комплексу підприємства формують передані йому майнові цінності та основні засоби від медичних закладів, які були реорганізовані із створенням відповідної опорної лікарні.

Показники динаміки майна КНП «КОЛ» впродовж останніх років мають висхідну тенденцію. Така тенденція пояснюється передачею до новоствореного підприємства майнових комплексів колишніх бюджетних установ, приростом вартості основних фондів підприємства через здійснення видатків розвитку та отримання на баланс активів, отриманих у якості благодійної допомоги.

Внаслідок використання різних джерел формування фінансових ресурсів КНП «КОЛ» забезпечується відповідна структура його капіталу у розрізі власних та позикових ресурсів. Примітною тенденцією є різке зниження частки власного капіталу в структурі капіталу з 46,9% у 2021 році до 27,3% станом на вересень 2023 року. В абсолютному вимірі обсяги власних коштів підприємства були нестабільними – після їх зростання у 2022 році до 27,9 млн грн, у поточному році вони зменшились майже у 1,5 рази до 10,9 млн грн.

Впровадження нової моделі фінансування охорони здоров'я через оплату медичних послуг призвело до значних змін у структурі поточних зобов'язань КНП «КОЛ» та загалом збільшення їх питомої ваги у складі сукупного капіталу. Домінування доходів майбутніх періодів у структурі позиченого капіталу підприємства пояснюється специфікою фінансової моделі функціонування сфери охорони здоров'я, яка формує основну частину своїх ресурсів за рахунок коштів державного бюджету. Заклади охорони здоров'я отримують бюджетні кошти від НСЗУ в оплату майбутніх медичних послуг, які вони надаватимуть впродовж року. Основну частину доходів КНП «КОЛ» формують надходження від НСЗУ як оплата за надані медичні послуги в межах гарантованого пакету медичної допомоги для населення. Питома вага цих надходжень складає майже $\frac{3}{4}$ від підсумку.

Розділ 3

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ФОРМУВАННЯМ ФІНАНСОВИХ РЕСУРСІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В СУЧАСНИХ УМОВАХ

3.1. Перспективи використання зовнішніх джерел збільшення фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я

Охорону здоров'я в сучасних умовах позиціонують як одну із провідних складових економічної системи, від ефективного функціонування якої значною мірою залежать перспективи розвитку країни. Стратегічна орієнтація світової економіки на прискорений розвиток наукоємних галузей, інтелектуалізація праці у багатьох галузях господарства перетворюють людський капітал на провідний чинник, який визначає конкурентоспроможність країни та формує траєкторію її економічного зростання. Суспільне благо, яке продукує галузь – здоров'я людини – відповідно до панівної на теперішній час концепції інклюзивного сталого розвитку належить до числа найвищих цінностей для країни, які мають бути у пріоритеті державної уваги. Водночас, рівень здоров'я суспільства та доступність медичних послуг належать до провідних індикаторів, які визначають рівень соціального розвитку країни та свідчать про дієвість державної політики у цій сфері. Постійна увага до розвитку охорони здоров'я, забезпечення належних умов для ефективного функціонування медичних закладів є запорукою гарантування високого рівня якості й доступності медичних послуг для громадян.

Виняткову роль охорона здоров'я відіграє в умовах небачених викликів стабільності розвитку нашої країни, яка впродовж останніх років зазнала впливу глобальної епідемії коронавірусу, а з 2022 року – безпрецедентної за масштабами агресії з боку росії, що мали катастрофічні наслідки на рівень здоров'я населення. Активні бойові дії на значній території країни призвели до колосальних обсягів переміщення населення, десятків тисяч поранених військових та цивільних,

зниження психоемоційного стану переважної більшості населення. За цих умов належне функціонування усіх складових галузі охорони здоров'я має виняткове значення, що потребує значної уваги до питань її фінансового забезпечення. Перспективи нарощування обсягів фінансових ресурсів, які надходять на потреби охорони здоров'я з різних джерел слід розглядати в рамках продовження реформи галузі, яка започаткувала впровадження в Україні нової схеми її фінансування. Ця схема передбачає зміщення уваги з пропозиції медичних послуг на їхній попит, ставлячи обсяги фінансування закладів охорони здоров'я у залежність від обсягу наданих ними медичних послуг.

Загальною проблемою функціонування охорони здоров'я у більшості країн є певний дефіцит фінансових ресурсів на покриття функціональних потреб галузі. Розміри такого дефіциту залежать від багатьох чинників, насамперед, від рівня економічного розвитку країни, масштабів зобов'язань держави перед суспільством у питанні гарантій медичного обслуговування, а також специфікою представленої у країні моделі організації фінансування медичних послуг. Наявність дефіциту фінансових ресурсів охорони впливає також специфіка самих медичних послуг, якісне надання передбачає здійснення значних попередніх та поточних витрат: по-перше, на розробку сучасного медичного обладнання, яке дає можливість ефективно діагностувати хворобу та лікувати її; по-друге, на проведення вартісних досліджень для розроблення сучасних ліків та медичних препаратів; по-третє, на оплату послуг лікарів, підготовка яких потребує значних фізичних, інтелектуальних та фінансових витрат. Відповідно, якісні медичні послуги не можуть бути дешевими, а забезпечення їхньої доступності для різних верств населення є складним завданням держави.

Специфіка фінансування охорони здоров'я полягає також в тому, що у цій сфері спостерігається протиріччя інтересів суспільства і держави: з одного боку, для населення найбільш бажаною є максимізація переліку медичних послуг, які держава гарантує на безкоштовній основі для усіх громадян; з іншого боку, можливості реалізувати такий запит суспільства у держави обмежені наявними у неї фінансовими ресурсами, які вона може спрямувати на потреби охорони

здоров'я. Це вимагає пошуку консенсусу між владою і суспільством у питанні визначення меж гарантування доступності медичних послуг, а також пошуку додаткових механізмів залучення фінансових ресурсів у галузь для підвищення рівня покриття її функціональних потреб.

Одним із ключових моментів медичної реформи в Україні стало створення єдиного національного замовника медичних послуг – Національної служби здоров'я України. Цією новацією реалізовано ідею переходу від бюджетного фінансування закладів охорони здоров'я до фінансування медичних послуг. За основну мету своєї діяльності Національна служба здоров'я України визначає забезпечення можливості кожному громадянину реалізувати своє законне право на доступну та якісну медичну допомогу в межах визначеного державкою пакету медичних гарантій. Масштаби цих гарантій в першу чергу залежать від обсягів фінансового ресурсу, який держава за існуючих економічних умов може спрямувати на фінансування охорони здоров'я.

Відповідно до плану проведення медичної реформи було визначено, що на майбутнє із збільшенням фінансового ресурсу держави розміри пакету медичних гарантій для населення будуть поступово розширюватись, що мало б свідчити про зростання рівня доступності медичної допомоги в країні. Проте, економічні та фіскальні наслідки війни в Україні переконливо свідчать, що надходження до бюджету мають високий ризик нестабільності, що може негативно вплинути на фінансову спроможність НСЗУ. За оцінками експертів Міжнародної організації охорони здоров'я ООН, галузь охорони здоров'я в Україні впродовж останнього десятиліття відчувала дефіцит фінансування, а видатки на її потреби у вираженні щодо ВВП поступально знижувались. Однак, збільшення об'ємів економіки та, відповідно, бюджетних доходів, дали можливість домогтися збільшення витрат на медичні послуги в розрахунку на одного мешканця країни. Вагому увагу проблематика фінансування охорони здоров'я здобула в період 2020-2021 рр. у зв'язку із поширенням епідемії коронавірусу. Однак, в умовах жорсткої нестачі бюджетних ресурсів через зменшення зовнішньої фінансової допомоги на фоні продовження активної фази війни в Україні може відбутись зменшення обсягу

фінансування галузі та поглиблення проблеми нестачі коштів на покриття її функціональних потреб.

У науковому середовищі доволі активно дискутується питання пошуку варіантів вирішення проблеми нестачі фінансових ресурсів охорони здоров'я. Серед них найбільші перспективи мають такі стратегії поведінки:

– перерозподіл коштів бюджету від непершочергових бюджетних програм на користь Програми державних медичних гарантій й інших бюджетних програм в охороні здоров'я; акумуляція додаткових фінансових ресурсів за рахунок запровадження цільових податків з їхнім спрямуванням на охорону здоров'я. Ці варіанти стратегії поведінки у питанні вирішення проблеми дефіциту ресурсів охорони здоров'я мають кількісний характер, адже передбачають перерозподіл бюджетних ресурсів, а також підвищення рівня податкового навантаження на окремі сегменти споживання;

– нарощування фінансових ресурсів охорони здоров'я шляхом їх залучення із зовнішніх альтернативних джерел, наприклад, від благодійних донорських програм, у формі міжнародної допомоги розвитку чи технічної допомоги та ін. У науковій літературі останнього часу обґрунтовують, що такий варіант вирішення проблеми дефіциту ресурсів охорони здоров'я має значні перспективи, оскільки загальне співчуття до нашої країни, яка потерпає від іноземної агресії, може сприяти надходженню значних обсягів допомоги. Однак, як свідчить практика, такий висновок передчасний, адже на даний час можна помітити різке падіння інтересу до підтримки України та, як наслідок, зменшення обсягів фінансової допомоги з-за кордону;

– приріст фінансового потенціалу охорони здоров'я за рахунок економії при використанні фінансових ресурсів, раціоналізації витрат (через корегування попиту і пропозиції на медичні послуги). В умовах дефіциту фінансових ресурсів уряд може вжити непопулярних заходів щодо обмеження гарантованого пакету медичних послуг, а також зменшити фінансування цільових бюджетних програм зі сфери охорони здоров'я, або ж взагалі відмовитись від їхнього виконання. Для прикладу, на теперішній час відбувається поступове перекладання фінансових

зобов'язань з утримання й розвитку закладів охорони здоров'я від державного бюджету до бюджетів територіальних громад. Водночас, для виконання цільових програм місцевого значення у галузі охорони здоров'я органи місцевої влади намагаються активізувати роботу із залучення додаткового фінансування від донорів та суб'єктів господарювання.

Стратегія раціоналізації витрат на рівні конкретного закладу охорони здоров'я виявляється у впровадженні нових схем закупівлі необхідних супутніх послуг, медикаментів та обладнання, виконання робіт, які передаються на конкурсних засадах на виконання приватному бізнесу. Управління витратами закладу охорони здоров'я з метою їх раціоналізації дає можливість знизити вартість медичних послуг і перенаправити вивільнені кошти на виконання інших важливих завдань.

Якщо поміркувати про можливість використання цих стратегій вирішення проблеми збільшення фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я, то перша із них найменше залежить від власних зусиль медичних установ і потребує ухвалення непростих управлінських рішень щодо перерозподілу бюджетних ресурсів від одних бюджетних програм до інших. Реалізувати це завдання в сучасних умовах складно, адже з початком війни практично усі програми інвестиційного характеру в державному бюджеті були припинені. Відтак, новий перерозподіл бюджетних ресурсів на користь медицини вимагатиме обмеження фінансування важливих для суспільства бюджетних програм у галузі освіти, культури або соціального забезпечення, або ж повного зупинення фінансування програм підтримки економіки, що може поглибити кризові явища, підірвати перспективи післявоєнного відновлення. Крім того, враховуючи суспільний запит на збільшення фінансового внеску територіальних громад у забезпечення обороноздатності країни, складним завданням є перерозподіл бюджетних коштів місцевих бюджетів на користь охорони здоров'я.

Проблемною з нашого погляду виглядає перспектива впровадження нових фіскальних платежів для мобілізації додаткових ресурсів для потреб охорони здоров'я. В сучасний період, коли вітчизняний бізнес функціонує у складних

умовах постійної загрози повітряних атак, руйнування основних фондів, кризи на ринку енергоресурсів, руйнування логістичних потоків, додаткове зростання рівня податкового навантаження може додатково пригнічувати економічну активність, відіграти дестабілізуючу роль у протидії економічному падінню. У післявоєнний період підвищення податкового тиску для збільшення фінансових ресурсів охорони здоров'я також неприйнятне, адже за наявності конкуренції з боку країн сусідів у питанні створення сприятливого інвестиційного середовища збереження помірною рівня податкового навантаження має стати однією із конкурентних переваг України. Тільки лібералізація умов господарювання для стимулювання економічної активності може дати можливість подолати наслідки війни, а підвищення податкового тиску цьому аж ніяк не сприятиме.

Однак, цілком прийнятним з точки зору залучення додаткових ресурсів для потреб охорони здоров'я є впровадження апробованих у зарубіжних країнах інструментів підвищення рівня податкового навантаження на товари і послуги, які напряму впливають на показники суспільного здоров'я (шкідливі для людини і спричиняють втрату здоров'я, зумовлюють витрати на лікування). Зокрема, відповідно до взятих Україною зобов'язань, до 2030 року має продовжуватись політика поступального підвищення податкового навантаження на тютюнові вироби. Водночас, існує необхідність підвищення податкового тиску на інші підакцизні товари, в першу чергу, алкогольні напої, автомобільний скраплений газ. Раціональним є також розширення переліку підакцизних товарів за рахунок долучення до нього додаткових позиції тих благ, які шкідливо впливають на здоров'я людини (цукор, солодкі газовані та напої, напої-енергетики, снеки та ін.). Впровадження підвищеного оподаткування на ці товарні групи дасть не тільки певну фіскальну віддачу у вигляді додаткових доходів бюджету, які можуть бути безпосередньо спрямовані на потреби охорони здоров'я, але й також стимулюватиме обмеження попиту на них для зменшення негативної дії на суспільне здоров'я.

Непереконливі перспективи у питанні нарощування обсягів фінансових ресурсів охорони здоров'я має стратегія, яка пов'язана із залученням додаткових

коштів в галузь від міжнародних донорів та благодійних програм. У науковій спільноті та серед експертів Світової організації охорони здоров'я поширеною є думка, що у післявоєнний період можна прогнозувати значне збільшення обсягу фінансової допомоги Україні на відновлення зруйнованої та пошкодженої мережі закладів охорони здоров'я, зміцнення їх матеріального забезпечення. Але важливо гарантувати, щоб фінансування в межах програм міжнародної допомоги не було сприйняте у владних структурах як альтернатива спрямуванню ресурсів бюджету на охорону здоров'я, а тільки як його доповнення. Фінансування галузі охорони здоров'я є одним із ключових напрямів залучення благодійних ресурсів до державного бюджету відповідно до ініціативи Президента України United-24. Втім, із затягуванням війни в Україні існує ризик зниження інтересу до нашої країни з боку міжнародних партнерів, приходу до влади у них проросійських політичних сил та, відповідно, скорочення обсягів фінансової допомоги.

Попри багатоваріантність застосування методів мобілізації додаткових фінансових ресурсів для потреб закладів охорони здоров'я, вони не спроможні забезпечити повне покриття потреби галузі у коштах на забезпечення якісних і доступних медичних послуг. Усвідомлюючи це, вагома частина науковців та практиків безальтернативним способом вирішення проблеми фінансування цієї галузі вважають перехід до обов'язкового медичного страхування. На думку С. Бойко, «ефективне медичне страхування вимагає створення страхових пулів (об'єднань) коштів для того, щоб перерозподілити ризик витрат на лікування (ризик страхового випадку) між якомога більшою кількістю застрахованих осіб» [8]. Вчена обґрунтовує свою позицію аргументами, що індивідуальні витрати на надання медичної допомоги конкретній особі є важко прогнозованими, як з точки зору їхнього розміру, так і з позиції ймовірності їхнього настання. Тому охоплення обов'язковою схемою медичного страхування широкого контингенту населення дає можливість домогтися фінансової стійкості страхової системи, її здатності належно відреагувати на виникнення непрогнозованих витрат у будь-який час. Відповідно, за словами С. Бойко, обов'язкове медичне страхування слід сприймати як фінансову схему, яка гарантує покриття додаткових витрат на

медичні послуги, що не входять до забезпечуваного державою пакету медичних гарантій.

Обов'язкове медичне страхування може функціонувати у двох моделях: за першою, кожен індивід зобов'язаний придбати поліс обов'язкового медичного страхування, але держава не регламентує необхідних обсягів страхового захисту, а також директивно не вказує страховика (такі страхові послуги може надавати будь-яка страхова організація, що має ліцензію на право здійснення відповідного виду страхування); за другою моделлю, обов'язкове медичне страхування вводять у формі єдиного консолідованого страхового внеску, який сплачують роботодавці, застраховані працівники і держава. Кошти від сплати цього внеску консолідується у централізованому грошовому фонді держави, а розпорядником цих ресурсів може виступати єдиний замовник медичних послуг (у нашому випадку – НСЗУ), який має повну інформацію про мережу медичних закладів, їхні виробничі можливості та кадровий потенціал.

Перевагою другої моделі обов'язкового медичного страхування науковці визначають нижчі ризики ексклюзії, коли страхові компанії неохоче надають страховий захист особам з числа вразливих верств населення, з низьким доходом, а жорстко конкурують між собою за молодих, успішних і здорових клієнтів, бо така стратегія поведінки забезпечує збільшення фінансової вигоди від надання страхових послуг. Однак, розглядаючи перспективи впровадження цієї моделі обов'язкового медичного страхування, більшість вчених проєктують покладання фінансової відповідальності за сплату страхових внесків на роботодавця, який, на їх погляд, зацікавлений у збереженні здоров'я своїх працівників. Разом з тим, як свідчить практика, таке бачення розподілу фіскального навантаження щодо обов'язкового медичного страхування хибне, адже має доволі мало прикладів у практиці інших країн, а також суперечить принципу особистої корисності блага. Найбільш зацікавленим у цьому випадку є саме застрахований працівник, який має нести основну частину навантаження зі сплати страхових внесків. В іншому випадку, накладання додаткового фіскального обов'язку на роботодавця матиме негативні наслідки у вигляді погіршення умов діяльності бізнесу, зростання

рівня тіньової економіки і масштабів ухилення від сплати фіскальних платежів, в тому числі внесків на обов'язкове медичне страхування.

Додатковим джерелом фінансових ресурсів для потреб закладів охорони здоров'я, на думку С. Бойко, могли б стати кошти цільових накопичувальних фондів, створених територіальними громадами, а також кошти благодійницьких структур, ресурси суб'єктів господарювання і приватних меценатів. «Проте, враховуючи епізодичний характер допомоги від таких джерел фінансування, потрібно їх розглядати як додаткові, незаплановані надходження, які можна використовувати зважаючи на конкретну ситуацію у певному медичному закладі» [8]. Але враховуючи нестабільний характер надходження цих коштів, а також поодинокий характер практики створення накопичувальних фондів в нашій країні, розглядати їх як джерело фінансування закладів охорони здоров'я можна тільки умовно.

Більш реалістичними, на наш погляд, виглядають перспективи активізації залучення фінансових ресурсів закладами охорони здоров'я через механізм публічно-приватного партнерства. Він передбачає об'єднання фінансових та інших ресурсів партнерів для реалізації спільного проекту, з розподілом вигод і ризиків, які його супроводжують. Публічно-приватне партнерство може також передбачати фінансову участь приватного партнера у покритті витрат поточної діяльності закладу чи установи, в обмін на статус головного мецената чи іміджеві вигоди. Така форма партнерства у сфері охорони здоров'я в Україні є найбільш перспективною, з огляду на неприбутковий характер діяльності медичних закладів комунальної та державної форми власності.

Іншим варіантом долучення бізнесу до фінансування закладів охорони здоров'я є налагодження співпраці в рамках виконання програм корпоративної соціальної відповідальності. Більшість крупних компаній в сучасних умовах для формування позитивного іміджу та набуття статусу соціально відповідального бізнесу реалізують власні програми соціальної відповідальності, в межах яких спрямовують власні фінансові ресурси на здійснення соціально значущих проектів у різних сферах. Налагодження комунікації між крупними компаніями,

керівництвом закладів охорони здоров'я, органами публічного управління, які здійснюють загальне керування сферою охорони здоров'я може забезпечити більш осмислену реалізацію програм корпоративної соціальної відповідальності, сприяти надходженню фінансових ресурсів бізнесу на матеріальне забезпечення закладів охорони здоров'я, створення зручного середовища надання медичних послуг та інші цілі.

Отож, медична реформа, яка мала на меті впровадження нового механізму розподілу бюджетного фінансування охорони здоров'я, також відкрила значні можливості для закладів охорони здоров'я щодо залучення зовнішніх ресурсів для покриття їхніх поточних та інвестиційних потреб. Хоча провідним джерелом фінансових ресурсів для закладів охорони здоров'я за новою моделлю продовжує бути бюджетне фінансування у формі оплати наданих медичних послуг, все більш актуальним є питання впровадження обов'язкового медичного страхування як додаткового механізму залучення фінансових ресурсів для потреб галузі. Значні перспективи має також мобілізація додаткового фінансування потреб розвитку закладів охорони здоров'я від співпраці з міжнародними донорами, суб'єктами господарювання приватного сектору. Однак, реалізація потенціалу цього джерела мобілізації фінансових ресурсів для охорони здоров'я на пряму залежить від наявності в управлінських кадрів медичних установ знань і навиків розроблення проектів розвитку, налагодження контактів до донорами, пошуку джерел фінансування.

3.2. Пріоритети використання внутрішнього потенціалу закладу охорони здоров'я у збільшенні його фінансових ресурсів

Функціонування закладів охорони здоров'я направлене на забезпечення кожному громадянину можливості реалізувати його конституційне право на доступ до якісної медичної допомоги. Здійснення цього завдання неможливе без необхідного фінансового забезпечення, яке дає можливість належним чином

організувати процес надання медичних послуг, мотивувати медичний персонал. Постійний дефіцит фінансових ресурсів для покриття потреб охорони здоров'я може бути оцінений як зневажливе ставлення держави до виконання покладених на неї обов'язків щодо гарантування конституційно визначених прав індивіда. Він спричиняє негативний вплив на показники суспільного здоров'я, знижує тривалість та якість життя людей.

Впродовж багатьох років вітчизняна модель бюджетного фінансування охорони здоров'я передбачала орієнтацію на забезпечення пропозиції медичних послуг через покриття витрат на функціонування розвиненої мережі медичних закладів та іншої медичної інфраструктури. Визначення необхідних обсягів фінансування охорони здоров'я здійснювалось на підставі оперативних показників, виробничих можливостей медичних закладів (ліжкомісць) та рівня їхнього використання (ліжко-днів). Однак, такий підхід був нераціональним з точки зору стимулювання закладів охорони здоров'я до покращення показників діяльності, оскільки вони були зацікавлені у збереженні надмірного ліжкового фонду та більш тривалих строках госпіталізації хворих, нерідко без необхідності. При цьому громадяни продовжували відчувати обмеження доступу до якісних медичних послуг, оскільки коштів на оновлення обладнання закладів охорони здоров'я виділялось недостатньо. Застарілі основні фонди медичних закладів комунальної та державної власності обмежували їх у можливості отримувати додаткові доходи від надання платних медичних послуг, цю нішу зайняли приватні заклади охорони здоров'я.

Вирішити питання застарілих підходів до розподілу бюджетних ресурсів на потреби охорони здоров'я покликана медична реформа, а саме впровадження нової схеми фінансування медичних закладів відповідно до обсягу медичних послуг. До основних цілей медичної реформи зараховано «кращий фінансовий захист громадян у випадку хвороби, ефективний та справедливий розподіл публічних коштів і скорочення неформальних платежів; створення стимулів до поліпшення якості надання медичної допомоги населенню державними і комунальними закладами охорони здоров'я» [43].

Одним із аспектів медичної реформи є розширення можливостей закладів охорони здоров'я здійснювати оперативне фінансове управління щодо пошуку і задіяння резервів збільшення власних фінансових ресурсів, в тому числі від нарощування масштабів діяльності. Однак, реалізація цього напрямку збільшення фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я наштовхується на стереотипи управлінської поведінки керівних кадрів. Як підмічають експерти сфери охорони здоров'я, вагома частина керівників медичних установ впевнені, що «достатньо підписати якнайбільше пакетів договорів із НСЗУ, поставити дороге обладнання – і потік пацієнтів гарантований» [18]. Але як слушно підмічає С. Бубенчикова, «навіть якщо втричі збільшити фінансування медицини, це не компенсує відсутності відповідальності лікарів і пацієнтів. Якщо у систему вливати навіть максимальну кількість грошей, проте використовувати їх недоцільно, це не дасть бажаного результату» [18].

Низька якість управління фінансовими ресурсами може призвести не тільки до порушення стабільної роботи закладу охорони здоров'я, але й до обмеження доступу населення до найважливіших медичних послуг, адже заклад просто не зможе їх запропонувати. З огляду на це, залучення зовнішнього фінансування для потреб закладів охорони здоров'я доцільно поєднувати із ефективним управлінням наявними фінансовими ресурсами, використанням внутрішнього потенціалу їхнього збільшення за рахунок кращої організації роботи установи.

Медична реформа в Україні розроблена за кращими взірцями зарубіжної практики, спрямована на досягнення максимальної інклюзії медичних послуг, тобто відповідності між запитами населення на медичне обслуговування та пропонованим набором послуг закладів охорони здоров'я, збереження високої якості та доступності цих благ для населення, в том числі для вразливих верств суспільства. Паралельно до реалізації цього завдання, система охорони здоров'я має зберігати належний рівень фінансової стійкості, що дасть можливість їй швидко адаптуватись до змін у зовнішньому середовищі, відповідати на нові виклики. В експертному середовищі важливими завданнями продовження цієї

реформи визначають такі:

– поглиблення реструктуризації системи надання медичних послуг для зниження поточних експлуатаційних витрат з утримання основних фондів медичних закладів й вивільнення фінансового ресурсу для підвищення якості лікування. Необхідно відійти від усталеної практики вертикальної ієрархічності закладів охорони здоров'я, коли кожен рівень публічної влади має підзвітні йому заклади охорони здоров'я. Відтак, мережа медичних закладів орієнтується на владну вертикаль, а не на потреби населення, подібний принцип покладений в основу організації надання медичних послуг. Відповідно, у післявоєнний період доцільно сконцентрувати увагу на виробленні механізму найбільш ефективної організації надання медичних послуг, який має бути покладений у формування мережі закладів охорони здоров'я, особливо у регіонах, медична інфраструктура яких зазнала значних руйнування від бойових дій. Цей процес має базуватись на «грунтовному аналізі потреб населення у медичних послугах у поєднанні з критеріями ефективності та стабільності, людиноцентричності та рівності, що дасть змогу прийняти об'єктивне рішення щодо раціональності відновлення закладу охорони здоров'я» [8];

– забезпечення врахування регіональних особливостей при формуванні пакету державних медичних гарантій та вироблення на цій основі механізму фінансування закладів охорони здоров'я. На переконання міжнародних фахівців зі сфери охорони здоров'я, «слід розглянути можливість оновлення (постійного чи ретроспективного) районів обслуговування первинної медичної допомоги або капітаційної ставки з урахуванням рівня мобільності населення та концентрації внутрішньо переміщених осіб у певних регіонах шляхом використання у формулі додаткових коригувальних коефіцієнтів» [45]. Завдяки цьому можливо забезпечити узгодження стратегічних і поточних завдань політики держави в охороні здоров'я при розробленні оптимальної моделі фінансування медичних послуг;

– подальше вдосконалення пропорцій розмежування відповідальності за фінансування закладів охорони здоров'я у розрізі складових бюджетної системи.

На теперішній час експлуатаційні витрати та розвиток закладів охорони здоров'я покриваються в повному обсязі з місцевих бюджетів. На переконання експерта ВООЗ Дж. Катцина, це «підриває потенціал стимулів, закладених у механізми оплати через НСЗУ, та перешкоджає процесу реструктуризації закладів охорони здоров'я» [12]. На його думку, важливо забезпечити концентрацію усіх ресурсів, які надходять на покриття експлуатаційних витрат з бюджетів різного рівня, у розпорядженні НСЗУ. Це дасть можливість позитивно вплинути на ефективність управління наявними фінансовими ресурсами, корегувати потужності системи охорони здоров'я та вивільнити бюджетні ресурси для інших цілей. Водночас, за органи місцевого самоврядування маю зберегти за собою повноваження щодо фінансування розвитку закладів охорони здоров'я;

– проведення політики енергоефективності при функціонуванні існуючої мережі закладів охорони здоров'я і її подальшому розвитку. Більшість медичних закладів в Україні характеризуються низьким рівнем енергоефективності, що збільшує експлуатаційні витрати та відволікає фінансові ресурси безпосередньо від лікувального процесу. Збільшення вкладень у впровадження енергоощадних технологій у сфері охорони здоров'я «поступово дозволить зробити систему надання послуг менш витратною (дасть можливість спрямувати кошти з утримання будівель медичних закладів на пацієнтів), більш екологічною (більш сприятливою для навколишнього середовища) та менш залежною від іноземних енергоносіїв» [12].

Серед перспективних інструментів, які можуть бути застосовані на рівні конкретних закладів охорони здоров'я для мобілізації додаткових ресурсів від надання медичних послуг у науковій спільноті визначають введення співоплат, які здійснюються при кожному зверненні пацієнта за медичною допомогою. У зарубіжній науковій літературі тривають дискусії щодо ефективності такого інструменту додаткового фінансування закладів охорони здоров'я і його впливу на показники доступності медичних послуг. «Проблема, яку досі вдалося вирішити лише кільком країнам, полягає в тому, щоб розробити умови залучення цих коштів так, щоб вони доповнювали державне фінансування гарантованого

пакету послуг» [45]. Окремі вчені гостро критикують співоплату як інструмент, який поглиблює нерівність у доступі до медичних послуг, а їх ефективність у зниженні особистих витрат на медичні послуги сумнівна [5].

В Україні перспективи введення співоплат в рамках медичної реформи пов'язувати не стільки із саморегулюванням попиту на медичні послуги, скільки із легалізацією тіньових платежів в охороні здоров'я. Проте, на переконання міжнародних експертів, співплата не є дієвим інструментом для виведення з тіні неформальних платежів за надані медичні послуги, а «реальне впровадження гарантованих безоплатних послуг для населення критично залежить від скоординованих дій стосовно збільшення обсягів бюджетного фінансування мінімального пакету медичних послуг, покращення методів закупівлі послуг через НСЗУ так, щоб стимулювати постачальників підвищувати ефективність діяльності, а також посилення моніторингу та управління задля визначення того, чи дійсно послуги, за які визначено нульову співоплату, надаються безоплатно» [45].

Однак, пропозиція з впровадження співоплат не є такою неприйнятною з погляду нарощування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я. На думку багатьох науковців, вона може бути застосована щодо медичних послуг, які не входять до забезпечуваного державою пакету гарантованої медичної допомоги. Однак, нейтральність співоплат у питанні їх впливу на доступність медичних послуг вимагає дотримання певних запобіжних правил: по-перше, впровадження співоплат у фіксованому розмірі, тобто без прив'язування до вартості медичної послуги; розміри співоплати не повинні складати надмірного фінансового тягаря для пацієнтів; паралельно до впровадження співоплат має бути розроблений механізм захисту пільгових категорій населення (з низьким рівнем доходів) від додаткових витрат. Завдяки цьому можна буде реалізувати потенціал співоплат у якості додаткового джерела фінансування закладів охорони здоров'я, а також нейтралізувати можливі негативні наслідки цієї інновації [2].

Стратегічний курс на цифровізацію різних сфер суспільного життя надає додаткових можливостей для закладів охорони здоров'я у питанні збільшення їх

власних доходів від послуг за основним профілем діяльності. Законодавче поле медичної реформи передбачає, що заклади охорони здоров'я мають можливість розширювати перелік пропонованих медичних послуг і збільшувати контингент пацієнтів за рахунок впровадження телемедицини та участі у проектах співпраці між територіальними громадами. Утворення в рамках реформи адміністративно-територіального устрою значної кількості територіальних громад, частина з яких є фінансово слабкими і не мають розвиненої соціальної інфраструктури, ставить питання про необхідність задіяння механізму міжмуніципальної співпраці для забезпечення доступу усіх мешканців до медичних послуг. Поряд з цим, однією із традиційних проблем розвитку нашої країни є слабкий розвиток транспортної мережі, нестабільність сполучення між населеними пунктами. З початком війни в Україні ця проблема набула додаткової гостроти. За цих обставин, ще більшої актуальності набуває питання впровадження телемедичних послуг.

Особливість цих послуг, які за змістом нічим не відрізняються від звичайного медичного обслуговування, у використанні при їхньому наданні пристроїв дистанційного зв'язку із обміном електронними повідомленнями. Для організації надання послуг у формі телемедицини заклад охорони здоров'я повинен мати відповідну ліцензію і облаштувати спеціалізований кабінет. Додаткові витрати для надання телемедичних послуг передбачають на «технічне забезпечення (програмне та апаратне забезпечення для роботи порталу телемедицини, забезпечення відео- й аудіозв'язку; технічні прилади із засобами збереження та передачі даних і зображень у формі електронних повідомлень; засоби телеметрії; програмне забезпечення для передавання, збереження та інтерпретації знімків і цифрових зображень)» [65]. Однак, в процесі експлуатації цієї системи й надання медичних послуг у форматі телемедицини, витрати закладу охорони здоров'я мінімальні, але він має можливість розширити контингент пацієнтів та отримувати додаткові доходи за основним профілем діяльності.

Дієвим шляхом вивільнення наявних фінансових ресурсів закладу охорони здоров'я для збільшення його фінансових можливостей є раціональне управління

його витратами із застосуванням механізму аутсорсингу, тобто передачі певних видів допоміжних послуг на виконання приватним структурам. У науковій сфері аутсорсинг розглядають як різновид державно-приватного партнерства, який дає можливість вивільнити увагу керівництва організації від виконання непрофільних функцій і забезпечити економію експлуатаційних витрат.

На думку Ю. Загуменної, «у зарубіжній практиці на аутсорсинг прийнято передавати різні види послуг, які умовно можуть бути розмежовані на три групи: по-перше, сервісні послуги, які не вимагають високого рівня кваліфікації виконавців та не пов'язані з основним профілем діяльності установи чи органу влади (клінінгові послуги, охоронні послуги, організація харчування та ін.); по-друге, сервісні послуги, які вимагають високого рівня кваліфікації виконавців (ведення бухгалтерського обліку та звітності, обслуговування комп'ютерних мереж, юридичні послуги, послуги планування, рекрутингу та ін.); послуги, які відображають основні функціональні повноваження закладу чи установи» [26, с. 81]. На рівні закладів охорони здоров'я найбільш перспективними нішами для застосування аутсорсингу є передача повноважень з пошуку і найму допоміжного немедичного персоналу, постачання товарів та послуг, які не пов'язані з наданням медичної допомоги (харчування, транспортування, прибирання приміщень та ін.). Завдяки передачі на аутсорсинг непрофільних функцій, керівництво закладу охорони здоров'я матиме можливість сконцентрувати свої зусилля на управлінні якістю медичної допомоги, безпосередньо займатись медичною практикою. На думку С. Кондратюка, аутсорсинг є «...випробуваним способом управління коштами, що здатний вирішувати проблеми їх економного та ефективного використання» [29, с. 367].

У впровадженні аутсорсингу в практику функціонування закладів охорони здоров'я закладено важливий мотиваційний компонент, оскільки вибираючи постачальників непрофільних послуг, керівництво установи має можливість визначати наперед вимоги до кількості та якості їхнього постачання. Водночас, принцип змагальності в процедурі вибору постачальника забезпечить стимули для потенційних постачальників пропонувати закладу охорони здоров'я найбільш

прийнятні умови співпраці, знижувати вартість послуг. Отже, при збереженні якості постачання непрофільних послуг, заклад охорони здоров'я матиме змогу зменшити витрати на їхню купівлю. Це сприятиме зниженню загальних витрат установи та створить передумови для перегляду тарифів на медичні послуги.

«Здатність НСЗУ впливати на ринок медичних послуг можна збільшити шляхом стимулювання реструктуризації лікарняного сектору з акцентом на багатопрофільні лікарні, зорганізовані відповідно до госпітальних округів, подолання нерівності між регіонами, зменшення фрагментації пакетів послуг та поступовий перехід до вибіркового укладання контрактів. Розширення програм реімбурсації в межах гарантованого пакету медичних послуг також сприятиме впровадженню принципів орієнтованості на людину, ефективності, рівності та фінансового захисту в організації охорони здоров'я, адже покращуватиме якість надання послуг, прискорить перехід від стаціонарних послуг до амбулаторних, суттєво скоротить особисті витрати населення, при цьому сприяючи залученню приватного фармацевтичного сектору (та аптек) до реалізації цілей державної політики» [45].

Висновки до розділу 3

Перспективи нарощування обсягів фінансових ресурсів, які надходять на потреби охорони здоров'я з різних джерел слід розглядати в рамках продовження реформи галузі, яка започаткувала впровадження в Україні нової схеми її фінансування. Відповідно до плану проведення реформи було визначено, що на майбутнє із збільшенням фінансового ресурсу держави розміри пакету медичних гарантій для населення будуть поступово розширюватись, що мало б свідчити про зростання рівня доступності медичної допомоги в країні. Проте, економічні та фіскальні наслідки війни в Україні переконливо свідчать, що надходження до бюджету мають високий ризик нестабільності, що може негативно вплинути на фінансову спроможність НСЗУ.

Вирішення проблеми нестачі ресурсів охорони здоров'я передбачає такі стратегії поведінки: перерозподіл коштів бюджету від непершочергових програм на користь Програми державних медичних гарантій й інших бюджетних програм в охороні здоров'я; акумуляція додаткових фінансових ресурсів за рахунок запровадження цільових податків з їхнім спрямуванням на охорону здоров'я; нарощування фінансових ресурсів охорони здоров'я шляхом їх залучення із зовнішніх альтернативних джерел; приріст фінансового потенціалу охорони здоров'я від раціоналізації витрат.

Перерозподіл бюджетних ресурсів, підвищення податкового навантаження як способи акумуляції фінансових ресурсів для охорони здоров'я неприйнятні. Перспективним з точки зору залучення додаткових ресурсів для потреб охорони здоров'я є впровадження інструментів підвищення податкового навантаження на товари і послуги, які напряму впливають на показники суспільного здоров'я. Раціональним є розширення переліку підакцизних товарів за рахунок долучення до нього додаткових позиції тих благ, які шкідливо впливають на здоров'я людини (цукор, солодкі газовані та напої, напої-енергетики, снеки та ін.).

Непереконливі перспективи у питанні нарощування обсягів фінансових ресурсів охорони здоров'я має стратегія, яка пов'язана із залученням додаткових коштів в галузь від міжнародних донорів. Із затягуванням війни в Україні існує ризик зниження інтересу до нашої країни з боку міжнародних партнерів, приходу до влади у них проросійських політичних сил та, відповідно, скорочення обсягів фінансової допомоги.

Безальтернативним способом вирішення проблеми фінансування охорони здоров'я є перехід до обов'язкового медичного страхування. Додатковим джерелом фінансових ресурсів можуть стати кошти цільових накопичувальних фондів територіальних громад, кошти благодійницьких структур, ресурси суб'єктів господарювання і приватних меценатів. Реалістичними виглядають перспективи активізації залучення фінансових ресурсів закладами охорони здоров'я через механізм публічно-приватного партнерства.

Серед перспективних інструментів, які можуть бути застосовані на рівні конкретних закладів охорони здоров'я для мобілізації додаткових ресурсів від надання медичних послуг у науковій спільноті визначають введення співоплат, які здійснюються при кожному зверненні пацієнта за медичною допомогою. Вони можуть бути застосовані до медичних послуг, які не входять до пакету гарантованої медичної допомоги.

Значні перспективи у нарощуванні доходів закладів охорони здоров'я має впровадження телемедичних послуг, однак воно потребує початкових витрат. Дієвим шляхом вивільнення наявних фінансових ресурсів закладу охорони здоров'я для збільшення його фінансових можливостей є раціональне управління його витратами із застосуванням механізму аутсорсингу, тобто передачі певних видів допоміжних послуг на виконання приватним структурам.

ВИСНОВКИ

Проблема забезпечення ефективності функціонування охорони здоров'я в Україні зберігає актуальність впродовж усього періоду незалежності. Головним завданням медичної реформи є зміна фінансової моделі функціонування охорони здоров'я, що має на меті без значного нарощування фінансових ресурсів галузі домогтись помітних зрушень у підвищенні якості й доступності медичних послуг через впровадження ринкових підходів до розподілу бюджетного фінансування.

Проблеми деградації галузі охорони здоров'я в наукових працях зазвичай пов'язують із недостатніми обсягами її фінансування. Нестача фінансування охорони здоров'я в умовах воєнного часу стає ще більш актуальною, адже через воєнні дії та повітряні атаки зазнає руйнації економічна основа формування доходів бюджету як провідного джерела фінансування галузі, а війна ставить перед охороною здоров'я серйозні завдання, які також потребують значних коштів.

Незважаючи на наявність у наукових джерелах значного спектру дефініцій фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я, значна частина із них тільки поверхово розкриває сутність цього поняття, ігнорують важливі ознаки, що відрізняють їх з-поміж інших видів фінансових ресурсів. Характерні особливості управління фінансовими ресурсами на рівні закладів охорони здоров'я такі: потреба у фінансових ресурсах визначається специфікою медичних послуг, які мають переконливо виражений соціальний характер; основне навантаження з надання медичних послуг несуть заклади державної та комунальної форми власності, які отримують фінансування з бюджету; формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я перебуває під значним впливом засновників в особі органів публічного управління; можливості для формування додаткових доходів закладами державної та комунальної форми власності обмежені через державне регулювання; управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я у публічному секторі здійснюють головні лікарі, які за спеціальністю є медиками, а не управлінцями.

Утворення фінансової бази функціонування закладів охорони здоров'я відбувається з багатьох джерел, які у кожній країні формують свою унікальну комбінацію відповідно до їхньої важливості. Вітчизняна модель фінансування охорони здоров'я належить до змішаного різновиду, оскільки у формуванні фінансових ресурсів галузі лежить паритет між участю держави й населення. Впроваджена нова модель фінансування охорони здоров'я з бюджету на основі оплати вартості наданих медичних послуг містить ознаки деконцентрації та централізації повноважень з управління фінансовими ресурсами. Ключовою перевагою переходу до нової моделі фінансування охорони здоров'я на основі оплати вартості медичних послуг є створення прозорого механізму розподілу бюджетних коштів відповідно до показників діяльності медичних закладів.

Управлінські технології, які застосовують у процесі впливу на формування і використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я, відрізняються у залежності від організаційно-правового статусу цих установ, рівня фінансової автономії. Заклади охорони здоров'я, які наділені фінансовою автономією мають значно ширші можливості для власної ініціативи в управлінні фінансовими ресурсами, застосування різних управлінських технологій для впливу на цей процес. Заклади охорони здоров'я, які створені з ініціативи органів публічної влади, отримують основу частину своїх доходів з бюджету у формі плати за надані медичні послуги в рамках Програми медичних гарантій населенню.

В Україні функціонує змішана модель фінансового забезпечення охорони здоров'я, яка передбачає відносний паритет фінансового внеску населення та публічного сектору економіки. В сучасних умовах структура джерел формування фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я зазнає трансформації, у їхньому складі зростає значення коштів суб'єктів господарювання приватного бізнесу. В період війни також підвищується роль благодійних внесків і коштів, залучених закладами охорони здоров'я за програмами міжнародної допомоги.

Дані офіційної статистики дають підстави констатувати, що у сфері охорони здоров'я відбувається стабільне нарощування обсягів фінансових ресурсів, яке не припиняється навіть в періоди кризових явищ. Зокрема, за останні десять років

обсяг фінансування охорони здоров'я з усіх джерел збільшився в абсолютній сумі на 213,6 млрд грн, або в 2,8 рази. Разом з тим, таке значне зростання значною мірою було втрачене під дією інфляційного знецінення коштів. На подібні висновки наштовхує і відстеження динаміки питомої ваги суспільних видатків на охорону здоров'я у ВВП. Внаслідок введення у дію нової схеми оплати медичних послуг основну роль у фінансуванні охорони здоров'я з 2020 року відіграє державний бюджет, а значення місцевих бюджетів радикально знизилось. Разом з тим, в абсолютних сумах місцеві бюджети все ж продовжують бути важливим джерелом фінансових ресурсів галузі.

Організаційні аспекти управління фінансами КНП «Кременецька опорна лікарня» визначаються чинним законодавством, рішеннями його засновника в особі Кременецької міської ради, а також статутними документами підприємства. Організаційно-правовий статус підприємства як неприбуткового визначає його мету, що полягає у досягненні соціальних результатів без отримання прибутку.

В процесі реалізації господарської компетенції, підприємство здійснює господарську діяльність відповідно до затвердженого фінансового плану. Матеріальну базу провадження фінансово-господарської діяльності КНП «КОЛ» забезпечує його майно, що перебуває в його оперативному управлінні. Основу майнового комплексу підприємства формують передані йому майнові цінності та основні засоби від медичних закладів, які були реорганізовані із створенням відповідної опорної лікарні.

Показники динаміки майна КНП «КОЛ» впродовж останніх років мають висхідну тенденцію. Така тенденція пояснюється передачею до новоствореного підприємства майнових комплексів колишніх бюджетних установ, приростом вартості основних фондів підприємства через здійснення видатків розвитку та отримання на баланс активів, отриманих у якості благодійної допомоги.

Внаслідок використання різних джерел формування фінансових ресурсів КНП «КОЛ» забезпечується відповідна структура його капіталу у розрізі власних та позикових ресурсів. Примітною тенденцією є різке зниження частки власного капіталу в структурі капіталу з 46,9% у 2021 році до 27,3% станом на вересень

2023 року. В абсолютному вимірі обсяги власних коштів підприємства були нестабільними – після їх зростання у 2022 році до 27,9 млн грн, у поточному році вони зменшились майже у 1,5 рази до 10,9 млн грн.

Впровадження нової моделі фінансування охорони здоров'я через оплату медичних послуг призвело до значних змін у структурі поточних зобов'язань КНП «КОЛ» та загалом збільшення їх питомої ваги у складі сукупного капіталу. Домінування доходів майбутніх періодів у структурі позиченого капіталу підприємства пояснюється специфікою фінансової моделі функціонування сфери охорони здоров'я, яка формує основну частину своїх ресурсів за рахунок коштів державного бюджету. Заклади охорони здоров'я отримують бюджетні кошти від НСЗУ в оплату майбутніх медичних послуг, які вони надаватимуть впродовж року. Основну частину доходів КНП «КОЛ» формують надходження від НСЗУ як оплата за надані медичні послуги в межах гарантованого пакету медичної допомоги для населення. Питома вага цих надходжень складає майже $\frac{3}{4}$ від підсумку.

Перспективи нарощування обсягів фінансових ресурсів, які надходять на потреби охорони здоров'я з різних джерел слід розглядати в рамках продовження реформи галузі, яка започаткувала впровадження в Україні нової схеми її фінансування. Відповідно до плану проведення реформи було визначено, що на майбутнє із збільшенням фінансового ресурсу держави розміри пакету медичних гарантій для населення будуть поступово розширюватись, що мало б свідчити про зростання рівня доступності медичної допомоги в країні. Проте, економічні та фіскальні наслідки війни в Україні переконливо свідчать, що надходження до бюджету мають високий ризик нестабільності, що може негативно вплинути на фінансову спроможність НСЗУ.

Вирішення проблеми нестачі ресурсів охорони здоров'я передбачає такі стратегії поведінки: перерозподіл коштів бюджету від непершочергових програм на користь Програми державних медичних гарантій й інших бюджетних програм в охороні здоров'я; акумуляція додаткових фінансових ресурсів за рахунок запровадження цільових податків з їхнім спрямуванням на охорону здоров'я;

нарощування фінансових ресурсів охорони здоров'я шляхом їх залучення із зовнішніх альтернативних джерел; приріст фінансового потенціалу охорони здоров'я від раціоналізації витрат.

Перерозподіл бюджетних ресурсів, підвищення податкового навантаження як способи акумуляції фінансових ресурсів для охорони здоров'я неприйнятні. Перспективним з точки зору залучення додаткових ресурсів для потреб охорони здоров'я є впровадження інструментів підвищення податкового навантаження на товари і послуги, які напряму впливають на показники суспільного здоров'я. Раціональним є розширення переліку підакцизних товарів за рахунок долучення до нього додаткових позиції тих благ, які шкідливо впливають на здоров'я людини (цукор, солодкі газовані та напої, напої-енергетики, снеки та ін.).

Непереконливі перспективи у питанні нарощування обсягів фінансових ресурсів охорони здоров'я має стратегія, яка пов'язана із залученням додаткових коштів в галузь від міжнародних донорів. Із затягуванням війни в Україні існує ризик зниження інтересу до нашої країни з боку міжнародних партнерів, приходу до влади у них проросійських політичних сил та, відповідно, скорочення обсягів фінансової допомоги.

Безальтернативним способом вирішення проблеми фінансування охорони здоров'я є перехід до обов'язкового медичного страхування. Додатковим джерелом фінансових ресурсів можуть стати кошти цільових накопичувальних фондів територіальних громад, кошти благодійницьких структур, ресурси суб'єктів господарювання і приватних меценатів. Реалістичними виглядають перспективи активізації залучення фінансових ресурсів закладами охорони здоров'я через механізм публічно-приватного партнерства.

Серед перспективних інструментів, які можуть бути застосовані на рівні конкретних закладів охорони здоров'я для мобілізації додаткових ресурсів від надання медичних послуг у науковій спільноті визначають введення співоплат, які здійснюються при кожному зверненні пацієнта за медичною допомогою. Вони можуть бути застосовані до медичних послуг, які не входять до пакету гарантованої медичної допомоги. Паралельно до впровадження співоплат має

бути розроблений механізм захисту пільгових категорій населення (з низьким рівнем доходів) від додаткових витрат.

Значні перспективи у нарощуванні доходів закладів охорони здоров'я має впровадження телемедичних послуг, яке потребує початкових витрат. Однак, в процесі надання медичних послуг у форматі телемедицини, витрати закладу охорони здоров'я мінімальні, але він має можливість розширити контингент пацієнтів та отримувати додаткові доходи за основним профілем діяльності.

Дієвим шляхом вивільнення наявних фінансових ресурсів закладу охорони здоров'я для збільшення його фінансових можливостей є раціональне управління його витратами із застосуванням механізму аутсорсингу, тобто передачі певних видів допоміжних послуг на виконання приватним структурам. На рівні закладів охорони здоров'я перспективними нішами для застосування аутсорсингу є передача повноважень з пошуку і найму допоміжного немедичного персоналу, постачання товарів та послуг, які не пов'язані з наданням медичної допомоги (харчування, транспортування, прибирання приміщень та ін.). Завдяки передачі на аутсорсинг непрофільних функцій, керівництво закладу охорони здоров'я матиме можливість сконцентрувати свої зусилля на управлінні якістю медичної допомоги, безпосередньо займатись медичною практикою.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Bondarenko O.S., Prus N.V., Hranovskaya I. V. Modern approaches to managing financial resources in Ukraine's health protection bodies. Financial and credit activity: problems of theory and practice. 2019. №2(71). P. 122-129.
2. Co-payment policy: considerations for Ukraine. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341727>
3. Malvik C. What Is a Health Services Manager? A Look at the Pros Who Keep Healthcare Facilities Humming. URL: <https://www.rasmussen.edu/degrees/business/blog/what-is-health-services-manager/>
4. Thomson S., Cylus J., Evetovits T. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311654>.
5. Thomson S., Sagan A., Mossialos E. Private health insurance: history, politics and performance. Cambridge: Cambridge University Press; 2020.
6. Акуленко Л. Бути здоровим по-європейськи. Що діється в системі громадського здоров'я? URL: <http://texty.org.ua/pg/blog/nartext/read/72864>
7. Баєва О. В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: навч. посібн. К.: Центр учбової літератури, 2008. 640 с.
8. Бойко С. Г. Диверсифікація джерел фінансування охорони здоров'я. Аналітична записка. К.: НІСД, 2019. URL: <https://niss.gov.ua/doslidzhennya/socialna-politika/diversifikaciya-dzherel-finansuvannya-okhoroni-zdorovya>
9. Брич В. Я., Ліштаба Л. В., Микитюк П. П. Компетентність менеджерів в системі охорони здоров'я: монографія. Тернопіль: ТНЕУ, 2018. 192 с.
10. Видатки державного та місцевих бюджетів України у 2018-2023 рр. Офіційний веб-портал відкритих даних OpenBudget.gov.ua. URL: <https://openbudget.gov.ua/national-budget/expenses?class=functional&view=table>

11. Виноградов О. В. Стан та проблеми фінансових ресурсів охорони здоров'я України. *Економіка та держава*. 2007. №12. С. 25-29.
12. Війна може надати додаткового стимулу для повного впровадження реформ системи охорони здоров'я – представник ВООЗ. URL: <https://ua.interfax.com.ua/news/interview/842747.html>
13. Войтенко А., Присяжнюк О., Плотнікова М. Адміністрування та проектування фінансово-економічної спроможності закладів охорони здоров'я. *Ефективна економіка*. 2021. № 7. URL: http://www.economy.nauka.com.ua/pdf/7_2021/85.pdf
14. Головінов О. М. Людський капітал в системі виробничих відносин: Монографія. Донецьк: ДонДУЕТ, 2004. 161 с.
15. Горин В. П. Формування фінансових ресурсів охорони здоров'я в контексті виконання критеріїв економічної безпеки. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія»*. 2013. № 23. С. 216-222.
16. Горин В. П., Юзефович С. Б. Інклюзивні аспекти імплементації стратегічного підходу в управлінні охороною здоров'я. *Фінансове забезпечення сталого розвитку: збірник наукових праць кафедри фінансів ім. С. І. Юрія Західноукраїнського національного університету*. Тернопіль: ЗУНУ, 2022.
17. Горин В. Фінансові аспекти реформування охорони здоров'я у зарубіжних державах: висновки для України. *Світ фінансів*. 2014. Вип. 1. С. 195-204.
18. Гроші на медицину в громадах, Україна без тютюну, але з системою eHealth – експерти про Стратегію охорони здоров'я до 2030 року. URL: <https://rpr.org.ua/news/36476/>
19. Гузій О. В. Фінансовий план діяльності закладів первинної медичної допомоги: запровадження, реалізація, звітність. *Український медичний часопис*. 2018. № 5 (1). С. 113-118.
20. Гуржий П. О. Концептуальні засади системи менеджменту в закладах охорони здоров'я. *Економічний вісник Дніпровського державного технічного університету*. 2022. № 1 (4). С. 30-37.

21. Данько В. Удосконалення системи управління закладами охорони здоров'я на інноваційних засадах. Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Економіка і управління. 2019. Т. 30 (69). № 2. С. 102-110.
22. Дем'янишин В. Г. Теоретична концептуалізація і практична реалізація бюджетної доктрини України: монограф. Тернопіль: ТНЕУ, 2008. 496 с.
23. Державне управління охороною здоров'я України: монографія / Лазоришинець В. В. та ін. К.: Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України, 2014. 312 с.
24. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні: навч.-наук. вид. / М. М. Білинська та ін.; за заг. ред. проф. М. М. Білинської. К.; Львів: НАДУ, 2012. 240 с.
25. Загорський В. С., Лопушняк Г. С., Лободіна З. М. Управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я: монографія. Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2010. 276 с.
26. Загуменна Ю. О. Аутсорсинг державних функцій у контексті завдань реформування державного управління: зарубіжний досвід. *Правоохоронна функція держави: теоретико-методологічні та історико-правові проблеми*: Збірн. матер. круглого столу. 2017. № 27. С. 79-82.
27. Зінченко О. А., Пономаренко Л. Р. Особливості проектного менеджменту в закладах охорони здоров'я. *Інфраструктура ринку*. 2018. Вип. 18. С. 123-126.
28. Карпишин Н. Сутність, джерела та форми фінансового забезпечення охорони здоров'я. *Світ фінансів*. 2007. Вип. 2. С. 63-72.
29. Кондратюк С. Я. Аутсорсинг як спосіб боротьби з неефективністю в бюджетних закладах держави мережевого типу. *Фінанси, облік і аудит*. 2012. Вип. 28. С. 367-375.
30. Конєва І. І. Управління фінансовим забезпеченням діяльності медичних закладів України. *Збірник наукових праць ДУІТ. Серія «Економіка і управління»*. 2023. Вип. 53. С. 91-102.

31. Криничко Л., Мотайло О. Нові підходи до фінансування системи охорони здоров'я. *Аспекти публічного управління*. 2021. Т. 9. № 2. С. 86-100.
32. Лободіна З. Фінансові ресурси закладів охорони здоров'я дітей: реалії формування та перспективи зростання. *Світ фінансів*. 2007. Вип. 2. С. 73-84.
33. Лопушняк Г. Фінансова політика інвестиційно-інноваційного розвитку охорони здоров'я. *Формування ринкових відносин в Україні*. 2014. № 11 (162). С. 45-54.
34. Менеджмент: понятійно-термінологічний словник / За ред. Г. В. Щокіна, М. Ф. Головатого, О. В. Антонюка, В. П. Сладкевича. К.: МАУП, 2007. 744 с.
35. Миронюк О. План відновлення системи охорони здоров'я: які цілі намічено для фармсектору? *Аптека*. 2022. № 20/21. URL: <https://www.apteka.ua/article/641760>
36. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я: монографія / Р. Р. Августин та ін. Тернопіль: Крок, 2020. 560 с.
37. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2016 році. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
38. Неефективні аспекти охорони здоров'я в Україні: чи справді якість відповідає ціні? / Вахітова Г. та ін. *VoxUkraine*. 2017. 23 червня. URL: <https://voxukraine.org/uk/neefektivni-aspekti-ohoroni-zdorov-ya-v-ukrayini-chi-spravdi-yakist-vidpovidaye-tsini/>
39. Ніколаєнко С. М. Основні тенденції розвитку ринку медичного страхування в Україні. *Бізнес-Інформ*. 2013. № 1. С. 281-287.
40. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я України / Під заг. ред. В.М. Лехан, В.М. Рудого. К.: Вид-во Раєвського, 2005. 168 с.
41. Павлюк К. Удосконалення механізмів фінансування медичних послуг в Україні. *Фінанси України*. 2016. № 2. С. 64-82.
42. Павлюк К. В. Фінансові ресурси держави: монограф. К.: НІОС, 1997. 176 с.

43. Піхоцька О. М., Хомякова І. С. Фінансування системи охорони здоров'я в умовах її реформування. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2021. № 12. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=2503>
44. Прилипко Є. Яким має бути фінансування та управління закладами охорони здоров'я в умовах децентралізації. URL: <https://life.pravda.com.ua/columns/2021/07/20/245440/>
45. Принципи відновлення та трансформації системи охорони здоров'я в Україні. Копенгаген, Європейське регіональне бюро ВООЗ, 2022. 62 с. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/361136/WHO-EURO-2022-5750-45515-65487-ukr.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
46. Прус Н., Савченко Н. Підходи до управління фінансовими ресурсами в контексті реформування системи охорони здоров'я. *Економіка та держава*. 2018. № 10. С. 27-32.
47. Рачинський А., Дарчин Б. Державна політика в галузі охорони здоров'я України: необхідність комплексності та системності реалізації. Інвестиції: практика та досвід. 2022. № 1. С. 67-72.
48. Рудакова Л., Михальчук В. Децентралізація управління системою охорони здоров'я на місцевому рівні (на прикладі Київської області). Інвестиції: практика та досвід. 2021. № 8. С. 105-112.
49. Рудий В. Контроль над витратами і ефективне використання ресурсів як засоби покращення системи охорони здоров'я в Україні. URL: http://www.healthfin.kiev.ua/pages/review/res_bu.htm.
50. Сателітний рахунок охорони здоров'я в Україні у 2020 році. Офіційна веб-сторінка Державної служби статистики України. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
51. Сафонов Ю., Борщ В. Стратегічний менеджмент закладів охорони здоров'я: загальні принципи та особливості застосування в галузі охорони здоров'я України. *Актуальні проблеми економіки*. 2019. № 8 (218). С. 62-69.
52. Семчук І. В., Кукель Г. С., Роледерс В. В. Впровадження нових підходів до управління закладами охорони здоров'я в умовах ринку. *Ефективна*

- економіка.* 2020. № 5. URL:
<http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=7910>
53. Скільки коштує «безкоштовна» медицина в Україні. URL:
<http://finance.tochka.net/ua/12315-skolko-stoit-besplatnaya-meditsina-v-ukraine/>
54. Статут Комунального некомерційного підприємства «Кременецька опорна лікарня» Кременецької міської ради. URL:
<https://kremenets.lic.org.ua/zagalna-informatsiya/>
55. Стахів О. Методичні засади та специфіка управління системним розвитком закладів охорони здоров'я. Вісник Хмельницького національного університету. 2022. Т. 1. № 2. С. 61-66.
56. Стефанишин Л. Теоретико-методичні основи стратегічного управління закладом охорони здоров'я. Інфраструктура ринку. 2019. Вип. 30. С. 77-83. URL: http://www.market-infr.od.ua/journals/2019/30_2019_ukr/14.pdf
57. Стовбан М. Концептуальна функціонально-організаційна модель системи взаємодії закладів охорони здоров'я в межах одного госпітального округу. Український медичний часопис. 2022. № 4 (150) – VII/VIII. URL: <https://www.umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2022/06/5121.pdf?upload=>
58. Тернова С. Світовий банк змінює підходи до фінансування проекту з охорони здоров'я. Ваше здоров'я. 02.06.2020. URL: <https://www.vz.kiev.ua/svitovuyj-bank-zminyuyue-pidhody-do-finansuvannya-proyektu-z-ohorony-zdorov-ya/>
59. Ткачук Н. М. Фінансування бюджетних установ: теоретична сутність, форми і методи. Наука й економіка. 2010. № 2 (18). С. 99-105.
60. Федосов В., Опарін В., Львовчкін С. Фінансова реструктуризація в Україні: проблеми і напрями: монограф.; за наук. ред. В. Федосова. К.: КНЕУ, 2002. 387 с.
61. Фінанси підприємств: підруч. / А. М. Поддєрьогін та ін.; за наук. ред. А. М. Поддєрьогіна. [3-тє вид., перероб. та доп.]. К.: КНЕУ, 2000. 460 с.
62. Чкан І. О. Тенденції розвитку добровільного медичного страхування в Україні. Фінансовий простір. 2015. № 1 (17). С. 292-295.

63. Юрій С. І., Кізима Т. О., Злепко Н. П., Тріпак М. М. Фінанси: вишкіл студії: навч. посіб.; за ред. С. І. Юрія. Тернопіль: Карт-Бланш, 2002. 357 с.
64. Ягельська К. Організаційно-економічні особливості трансформаційної моделі охорони здоров'я України. Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Економіка і управління. 2020. Т. 31 (70). № 6. С. 83-88.
65. Як організувати, оподаткувати та відобразити в бухобліку телемедичні послуги. *Головбух*. URL: https://buhplatforma.com.ua/article/9412-yak-organzuvati-opodatkuvati-ta-vdobraziti-v-buhoblku-telemedichn-poslugi?from=Rubrcontentblock_articles#anc_1»
66. Яремко І. Підвищення ефективності механізмів управління закладами сфери охорони здоров'я. Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення та проблеми розвитку. 2021. № 2 (6). С. 127-139.