

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Навчально-науковий інститут новітніх освітніх технологій
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

ГУМЕНЮК Уляна Ярославівна

**Використання цільового програмування в процесі
надання медичних послуг з закладах охорони
здоров'я / The use of targeted programming in the
process of providing medical services with health care
institutions**

спеціальність 073 «Менеджмент»
освітньо-професійна програма
«Менеджмент закладів охорони здоров'я»

Кваліфікаційна робота

Виконав студент групи
МЗОЗзм-21
У.Я. Гуменюк

Науковий керівник:
д.е.н., професор С.А. Надвиничний

Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту

«___» _____ 20__ р

Завідувач кафедри
_____ М.М. Шкільняк

ТЕРНОПІЛЬ – 2023

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЦІЛЬОВОГО ПРОГРАМУВАННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	6
1.1. Суть та основні характеристики визначення цільового програмування в процесі надання медичних послуг в закладах охорони здоров'я	6
1.2 Види цільових програм, важливість та необхідність їх застосування, реалізація та фінансове забезпечення в сфері охорони здоров'я України.....	?
Висновки до розділу 1	?
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ МЕХАНІЗМІВ ВИКОРИСТАННЯ ЦІЛЬОВОГО ПРОГРАМУВАННЯ В ПРОЦЕСІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В КОМУНАЛЬНОМУ НЕКОМЕРЦІЙНОМУ ПІДПРИЄМСТВІ «ТОВСТЕНСЬКА СЕЛИЩНА ЛІКАРНЯ»	?
2.1. Системно-структурний аналіз досліджуваного медичного закладу.....	?
2.2. Аналіз ефективності виконання цільових бюджетних програм в досліджуваному медичному закладі	?
2.3. Аналіз результативних показників паспорту бюджетної програми «Багатопрофільна стаціонарна медична допомога населенню» досліджуваного медичного закладу	?
Висновки до розділу 2	?
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ВИКОРИСТАННЯ ЦІЛЬОВОГО ПРОГРАМУВАННЯ В ПРОЦЕСІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В СУЧАСНИХ УМОВАХ	Ошибка! Закладка не определена.
3.1. Шляхи впровадження програмно-цільового методу в сфері охорони здоров'я України	?
3.2. Впровадження фінансових напрямків в подальший розвиток системи охорони здоров'я України.....	?
Висновки до розділу 3	?
ВИСНОВКИ	?
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	?

ВСТУП

Актуальність проблеми. В умовах реформування сфери охорони здоров'я в Україні виникла потреба в чіткому та ефективному державному регулюванні. Реалізація впровадження такої масштабної програми з обмеженими в часі термінами, вимагає великого фінансування, і це при дуже обмежених наявних джерел коштів. Тому постає дилема щодо вибору методу здійснення державних витрат і, водночас, змоги оцінити ефективність їх реалізації, проаналізувати досягнення кінцевих результатів.

Програмно-цільовий метод зарекомендував себе найбільш ефективним в плануванні та управлінні на світовому, державному, регіональному та місцевому рівнях. Цей метод реалізується через цільові програми, що є інструментом виконання цілей та завдань державної політики щодо розвитку охорони здоров'я. Також цільові програми виконують роль того засобу, що більш раціонально та ефективно дозволяє використовувати кошти на розвиток та якісне забезпечення ресурсами даної сфери.

Державні цільові програми є важливою частиною планування Державного бюджету нашої держави, і зокрема, його виконання на різних рівнях органів виконавчої влади.

Аналіз останніх досліджень та наукових праць.

У науковій літературі проблемам, які пов'язані із теоретичними аспектами цільового програмування, присвячені публікації Мочерного В., Шкільняка М.М., Желюк Т.Л., Беседіна В., Асланяна Г., Карамішева Д., Терзі О., Лібанової Е., Галайко Н., Маліновської О., Бабіна Б., Ярошенко Ф., Кизима М. та ін.

Реалізацію та фінансове забезпечення цільових програм досліджувалося в монографіях і статтях Алексеєнко Л., Макарової О., Іванчова П., Малачинської М., Марчак Д. та інших.

Дослідження удосконалення механізмів використання цільового програмування в процесі надання медичних послуг в закладах охорони здоров'я здійснювали такі вітчизняні та зарубіжні автори, як Жуковська, А.Ю., Дяків О.,

Шушпанов Д. Г., Мацик В., Шубенко І., Котіна Г., Кузенко Н., Горачук В., Шкільняк М., Кривокульська Н.

Разом з тим, аналіз наукових праць показав необхідність подальшого вивчення використання цільового програмування в процесі надання медичних послуг в закладах охорони здоров'я.

Метою кваліфікаційної роботи є розвиток теоретичних положень і вироблення практичних рекомендацій щодо використання цільового програмування в процесі надання медичних послуг в Комунальному некомерційному підприємстві «Товстенська селищна лікарня» Товстенської селищної ради.

Для досягнення мети кваліфікаційної роботи були поставлені і розв'язувались такі завдання:

- дослідити сутність та основні характеристики визначення цільового програмування в процесі надання медичних послуг в закладах охорони здоров'я;
- вивчити види цільових програм, важливість та необхідність їх застосування, реалізація та фінансове забезпечення в сфері охорони здоров'я України;
- провести системно-структурний аналіз досліджуваного медичного закладу;
- здійснити аналіз ефективності виконання цільових бюджетних програм в досліджуваному медичному закладі;
- проаналізувати результативні показники паспорту бюджетної програми «Багатопрофільна стаціонарна медична допомога населенню» досліджуваного медичного закладу;
- дати оцінку шляхам впровадження програмно-цільового методу в сфері охорони здоров'я України;
- запропонувати впровадження фінансових напрямків в подальший розвиток системи охорони здоров'я України.

Об'єктом кваліфікаційної роботи є процес використання цільового програмування при наданні медичних послуг в закладах охорони здоров'я.

Предметом кваліфікаційної роботи є механізми використання цільового програмування при наданні медичних послуг в закладах охорони здоров'я.

Для досягнення визначеної мети у кваліфікаційній роботі використовувались такі **методи дослідження**: метод системного аналізу – для дослідження цільового програмування в сфері охорони здоров'я як системи, яка складається із взаємопов'язаних і взаємозалежних елементів; метод структурного аналізу – для дослідження організаційної структури Комунального некомерційного підприємства «Товстенська селищна лікарня» Товстенської селищної ради; економіко-математичні методи – для розрахунку показників, які дозволяють оцінити динаміку бюджетування цільових програм, відсоток їх ефективності, динаміку показників кадрового забезпечення, динаміку діяльності досліджуваного медичного закладу.

Наукова новизна кваліфікаційної роботи полягає у розвитку теоретико-методологічних основ процесу використання цільового програмування при наданні медичних послуг в закладах охорони здоров'я.

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що розвинуті у кваліфікаційній роботі теоретичні положення та сформовані практичні рекомендації щодо використання цільового програмування при наданні медичних послуг в закладах охорони здоров'я можуть бути використані у роботі Товстенської селищної лікарні та інших медичних закладів при виробленні ними відповідних управлінських рішень.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЦІЛЬОВОГО ПРОГРАМУВАННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Суть та основні характеристики визначення цільового програмування в процесі надання медичних послуг в закладах охорони здоров'я

За умов ринкових трансформацій в Україні виникла потреба в посиленні регулюючого впливу держави на процеси, що відбуваються при реалізації її пріоритетів. Одним із найбільш дієвих методів здійснення витрат бюджетів у всьому світі визнається програмно-цільовий метод, який реалізується через цільові програми та забезпечує прямий взаємозв'язок між розподілом бюджетних ресурсів і фактичними чи запланованими результатами їх використання у відповідності до встановлених пріоритетів державної політики» [21, с. 7].

«Державна політика у сфері охорони здоров'я спрямовується на підвищення рівня здоров'я, поліпшення якості життя і збереження генофонду українського народу. Реалізація цієї політики потребує здійснення комплексу державних і галузевих заходів» [58] Саме вони мають стимулювати розроблення комплексних та цільових державних програм охорони здоров'я населення.

Відповідно до Закону України «Про державні цільові програми» [56] державна цільова програма трактується як «комплекс взаємопов'язаних завдань і заходів, які спрямовані на вирішення найважливіших проблем розвитку держави, окремих галузей економіки або адміністративно-територіальних одиниць, здійснюються з використанням коштів Державного бюджету України та узгоджені за строками виконання, складом виконавців, ресурсним забезпеченням».

На думку С.В. Мочерного «цільова програма визначається як об'єднаний єдиною метою, намічений для планомірного здійснення комплекс

взаємозалежних завдань і адресних соціальних, економічних, наукових, науково-технічних і організаційних заходів» [12].

В свою чергу Г. Асланян визначає, що «державна цільова програма – це ключовий інструмент державної політики, спрямований на досягнення соціально-економічного розвитку» [3, с. 3].

Є. Новиков пропонує «три основні критерії, які характеризують цільову програму: рівень нагальності задоволення потреби, комплексність проблеми, що характеризується кількістю областей (регіонів), які беруть участь у її вирішенні, повноту циклу вирішення проблем, що включає наукові дослідження, дослідно-конструкторські розробки тощо [63, с. 12].

Згідно з дослідженнями професора В. Ф. Бєседіна державна цільова програма «це затверджений нормативно-правовим актом України цілісний документ, що визначає стратегію рішення соціально-економічних, екологічних, науково-технічних, оборонних, національно-культурних і інших проблем суспільного значення й охоплює комплекс взаємозалежних заходів і завдань (цільових проектів), які спрямовані на досягнення конкретних кінцевих цілей, погоджених за строками їх виконання й складом виконавців і реалізуються повністю або частково за рахунок коштів державного бюджету» [6, с. 394].

Д. В. Карамішев визначає цільову програму, як «комплекс соціально-дослідних, організаційно-господарських завдань і заходів, пов'язаних з ресурсами, виконавцями та строками, який спрямовано на реалізацію важливої проблеми найбільш ефективними шляхами в чітко встановлені строки» [1, с.157].

Проаналізувавши вищезазначені наукові підходи щодо визначення поняття державної цільової програми, сформуємо ключові тези, представлені у таблиці 1.1.

Таблиця 1.1

Тези щодо поняття «державна цільова програма»

Поняття	Основні ключові тези
	Програма не повинна мати багатоцільовий характер, а орієнтуватися на досягнення єдиної мети
	Програма включає в себе вичерпний перелік ресурсів, необхідних для досягнення мети

Державна цільова програма	Програма для реалізації мети містить в собі комплексну систему взаємозалежних заходів
	Програма спрямована на ефективний результат, де прослідковується позитивна динаміка розвитку в державі
	Програма характеризується чіткими часовими межами для кожного етапу робіт та послідовністю виконання заходів
	Програма чітко узгоджується за строками проведення та виконавцями
	Програма повинна реалізуватися за допомогою найефективніших методів та оптимального забезпечення ресурсами
	Програма фінансується за рахунок коштів Державного бюджету України, а також за рахунок коштів інвесторів

Примітка. Сформовано на основі [1;3; 6;12; 63]

Об'єктами цільової програми в сфері охорони здоров'я є пріоритетні та найважливіші проблеми, вирішення яких забезпечить побудову ефективної моделі системи охорони здоров'я та досягнення найвищого рівня здоров'я населення.

Суб'єктами цільової програми в сфері охорони здоров'я є органи державної та недержавної влади, посадові особи та керівники, що беруть участь в забезпеченні ефективності охорони здоров'я (вищі органи державної влади (Президент України, Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України); спеціальний центральний орган виконавчої влади (Міністерство охорони здоров'я України, Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками); центральні органи виконавчої влади, яким підпорядковуються заклади охорони здоров'я (Служба безпеки України, Міністерство оборони України, Міністерство інфраструктури місцевого самоврядування тощо; місцеві держадміністрації, органи місцевого самоврядування; інші) [65, с.169].

Метою цільової програми в сфері охорони здоров'я є збереження здоров'я, профілактика та раннє виявлення захворювань, зниження показників захворюваності, підвищення надання якісної медичної допомоги, зменшення показників інвалідності та смертності, збільшення тривалості працездатного віку, стимулювання до ведення здорового способу життя, забезпечення захисту прав населення щодо охорони здоров'я.

Державні цільові програми відіграють важливу роль у формуванні Державного бюджету України, зокрема і його виконання на всіх рівнях органів влади. На сьогоднішній день розроблено та затверджено достатньо багато державних цільових програм, проте їх регулювання згідно прийнятих нормативних актів, а також впровадження класифікація потребують вдосконалення, постійного моніторингу, беручи до уваги сучасні виклики.

Однією із класифікацій державних цільових програм є поділ на [56] :

- загальнодержавні програми економічного, науково-технічного, соціального, національно-культурного розвитку, охорони довкілля – це програми, які охоплюють всю територію держави або значну кількість її регіонів, мають довгостроковий період виконання і здійснюються центральними та місцевими органами виконавчої влади;
- інші програми, метою яких є розв’язання окремих проблем розвитку економіки та суспільства, а також проблем розвитку окремих галузей економіки та адміністративно-територіальних одиниць, що потребують державної підтримки.

В свою чергу соціальні програми також мають свою класифікацію, яка дає змогу порівняти якості та характеристики цільових програм, спрямувати на правильне формування та ефективне управління ними табл. 1.2.

Таблиця 1.2

Розширена класифікація державних цільових соціальних програм у сфері охорони здоров’я

За масштабом дії	<ul style="list-style-type: none"> – державні – регіональні – локальні – місцеві – змішані
За способом управління та фінансування	<ul style="list-style-type: none"> – програми жорсткого типу – функціональні програми – програми субсидій

За спрямованістю	<ul style="list-style-type: none"> – попередження негативних наслідків – подолання негативних явищ або процесів – розвиток даної сфери
За територіальним масштабом (обсягом охоплення)	<ul style="list-style-type: none"> – глобальні – національні – регіональні – територіальні
За терміном дії	<ul style="list-style-type: none"> – короткострокові (1-2 роки) – середньострокові (3-5 років) – довгострокові (8-10 років)
За орієнтацією	<ul style="list-style-type: none"> – проблемно-орієнтовані: *функціональні програми, спрямовані на вирішення проблем щодо функцій органів державного управління *програми цільового розвитку, спрямовані на розв'язання проблем конкретних галузей даної сфери на місцевому рівні – об'єктно-орієнтовані: *організаційні програми, спрямовані на комплексне вдосконалення функцій суб'єктів програми реорганізацію діючих органів влади; створення нових управлінських структур в даній сфері
За рівнем фінансування	<ul style="list-style-type: none"> – профінансовані з державного бюджету – профінансовані з місцевих бюджетів – змішані
За рівнем комплексності	<ul style="list-style-type: none"> – одноелементні – комплексні
За характером дії	<ul style="list-style-type: none"> – структурні – кон'юнктурні
За дієвістю	<ul style="list-style-type: none"> – діючі – не діючі

Примітка. Сформовано на основі [2;5;30;52]

Умовами створення та розробки цільової програми є:

- наявність мети, яку потрібно чітко визначити для подальшого вирішення проблеми, яка вимагає залучення бюджетних коштів, а

також координаційних дій органів виконавчої влади та влади місцевих рівнів;

- наявність ресурсів (матеріальних, трудових, фінансових), які забезпечать виконання заходів програми щодо визначеної мети.

Згідно з чинним законодавством України державна цільова програма має наступні стадії розроблення та виконання (рис. 1.1).



Рис. 1.1 Етапи розроблення і виконання державної цільової програми

Примітка. Сформовано на основі [54]

Розглянемо структуру Державної цільової програми в сфері охорони здоров'я, яку відображено на рис. 1.2



Рис. 1.2 Структурні елементи державної цільової програми в сфері охорони здоров'я

Примітка. Сформовано на основі [54; 56]

Паспорт програми – документ встановленого зразка, який включає в себе дані про назву програми, рішення про затвердження, термінів виконання, державного замовника, виконавців, основних показників, а також вартості програми, її фінансування.

Передпрограмний документ – це концепція програми, за її допомогою визначається проблема, на вирішення якої спрямована дана програма,

формується мета, аналізуються фактори впливу на проблему, пропонуються наявні ресурси для реалізації, обґрунтовуються шляхи вирішення проблеми, строки та послідовні етапи виконання тощо.

Перелік завдань і заходів програми – це розділи у формі підпрограм, основних завдань, окремих цільових проектів.

Ресурсне забезпечення – це комплекс заходів з матеріально-технічного, фінансового, кадрового та іншого забезпечення.

Координація та контроль – це система заходів, які забезпечують виконання напрямів діяльності програми, досягнення запланованих показників, забезпечення використання вищезазначених ресурсів за призначенням тощо.

Розрахунок очікуваних результатів – звіт, що містить основні дані про програму, її мету та результати досягнення мети, виконання завдань і заходів, інформацію про фактичні обсяги фінансування програми та джерела надходжень, оцінку виконання програми.

Розроблення та подальше впровадження державної цільової програми в сфері охорони здоров'я включає в себе обов'язкове дотримання конкретних принципів, тобто мається на увазі певних правил формування та організації розробки програмних документів. Розглянемо основні з них [8, с. 154]:

- принцип науковості – розроблення програмних документів базується на науковій основі, методологіях, які постійно удосконалюються, на світових практиках в галузі розроблення цільових програм;
- принцип пріоритетності – ґрунтується на вирішенні найважливіших проблем в даній сфері, враховуючи обмеженість фінансових ресурсів;
- принцип єдності процесу розробки, реалізації та контролю – ті, хто розробляє програми, мають забезпечити організаційну єдність між усіма розділами та показниками, ефективність та точність розрахунків і контроль;

- принцип узгодженості цілей на базі загальних інтересів - передбачає застосування функції координації для виконання соціальних пріоритетів, досягнення яких пов'язано із загальним результатом;
- принцип соціальної спрямованості – базується на спрямованості програм задовільнити потреби та інтереси людини і суспільства;
- принцип розумної достатності – дозоване використання програм, тобто застосування лише тоді, коли інші методи будуть неефективні;
- принцип адекватності – цільові програми мають відображати реальний стан соціально-економічного розвитку, а також сучасні реалії політичної та фінансової ситуації;
- принцип гнучкості – посилення чи послаблення інструментів державної політики на ту чи іншу ситуацію, зважаючи на обставини, що склалися.

Головним напрямком державної політики щодо питання покращення організації охорони здоров'я стає удосконалення її цілісності за допомогою єдиного підходу до планування. Саме цільові програми розвитку охорони здоров'я мають бути основою планування в даній сфері. Зазначимо основні причини використання цільового програмування як інструменту державної політики: саме воно спрямоване на ефективну роботу державних структур, дає змогу оцінити їх дієвість; навіть в чітко визначених рамках поточної бюджетної діяльності державні цільові програми мають здатність об'єднувати національні, регіональні, місцеві та, навіть, недержавні ресурси; лише цільові програми, які заплановані на декілька років, враховуючи однорічний бюджетний цикл, можуть бути інструментами планування та виконання завдань на тривалі терміни; бувають випадки, коли уряд і суспільство постають перед труднощами, які передбачають затрати більших ресурсів та зусиль, ніж передбачено для даної сфери, то конкретна цільова програма може стати незамінним інструментом у вирішенні нагальної проблеми.

1.2 Види цільових програм, важливість та необхідність їх застосування, реалізація та фінансове забезпечення в сфері охорони здоров'я України

У 2016 році нарешті розпочалася трансформація системи охорони здоров'я України, адже реформа в цій сфері давно вже була необхідна. Ще донедавна зазначена система мала вигляд командно-адміністративної моделі управління, працювала неефективно, була застаріла і не відповідала сучасним викликам суспільства. До початку процесу реформування даної галузі центральні органи влади проводили розподіл ресурсів за застарілими нормами. Кошти мали витрачатися відповідно до затвердженого кошторису з жорсткою економічною класифікацією, яка не дозволяла перекидати кошти між статтями бюджету, тобто з однієї до іншої, також не було права самостійно вносити будь-які зміни, а ті кошти, що не використали, потрібно було обов'язково повернути в кінці року назад до державного бюджету. Дуже велику частку бюджетних витрат в системі охорони здоров'я складали видатки на виплату заробітної плати та комунальні послуги (близько 75%). Тому це унеможлиблювало розвиток цієї сфери, не давало фінансових можливостей для надання послуг, а саме інноваційного та ефективного лікування пацієнтів, закупівлі медикаментів, обладнання тощо [41, с. 6 - 14].

Отож актуальним питанням в системі охорони здоров'я є вирішення завдання щодо ефективного та раціонального використання бюджетних коштів. Одним з методів регулювання бюджетних коштів, який часто застосовується в світовій практиці, є програмно-цільовий метод, реалізація якого здійснюється через цільові програми. Розглянемо, які саме Національні та регіональні програми впроваджувалися в сфері охорони здоров'я в нашій державі, їх реалізацію, фінансування, отримані результати тощо.

У квітні 2017 року Уряд розпочав Програму "Доступні ліки". Згідно неї пацієнти з серцево-судинними захворюваннями, діабетом II типу чи

бронхіальною астмою мають можливість отримати ліки безоплатно або з доплатою.

З 1 квітня 2019 року Національна служба здоров'я України напряду відшкодовує аптекам вартість відпущених пацієнтам ліків за рецептом. Дана програма дозволяє зменшити фінансове навантаження на пацієнтів та збільшити доступність ліків.

Програма "Доступні ліки" постійно поповнюється новими препаратами, а з листопада 2022 року по програмі відшкодовується (з доплатою або безкоштовно) вартість препаратів:

- для лікування хронічних захворювань нижніх дихальних шляхів;
- проти серцево-судинних захворювань та профілактики інсультів та інфарктів;
- проти цукрового діабету I типу (інсулін); діабету II типу та нецукрового діабету;
- епілепсії, а також розладів психіки;
- для лікування хвороби Паркінсона.

Отримати ліки пацієнт може у будь-якій аптеці в Україні, яка має договір з НСЗУ, за е-рецептом без прив'язки до місцевості чи місця проживання пацієнта, де цей рецепт був виданий [44].

З 1 квітня 2020 року запрацювала Програма медичних гарантій, згідно якої затверджений перелік медичних послуг, які пацієнт гарантовано отримує безоплатно. Дана Програма включає в себе первинну, амбулаторно-поліклінічну, стаціонарну, паліативну та екстрену медичні допомоги, програму відшкодування лікарських засобів та медичну реабілітацію [10].

В цій Програмі виділено п'ять пріоритетних послуг, які Національна служба здоров'я України (НСЗУ) фінансує за підвищеними тарифами [10]:

- лікування гострого інфаркту міокарда;
- лікування гострого мозкового інсульту
- допомога при пологах
- неонатальна допомога

- ендоскопічні обстеження, спрямовані на ранню діагностику онкологічних захворювань.

Ті лікарні або поліклініки, які мають бажання заключити договір з Національною службою здоров'я України, і надавати ці пріоритетні послуги, мають відповідати переліку вимог для таких послуг. Серед цих вимог – це наявність необхідного обладнання, ліків та лікарів, які зможуть надати пацієнту якісну та кваліфіковану допомогу.

Лікування інсульту та інфаркту.

Однією із головних причин смертності та інвалідності в нашій державі став інсульт. Від нього щорічно помирає 40-45 тисяч людей, що становить майже 25 % від загальної кількості випадків захворювання. Також дуже великий відсоток, а саме 30% становить рівень смертності від гострого інфаркту міокарду. Щороку в Україні реєструють 50 тис. випадків інфаркту [43].

Медична допомога при інфаркті/інсульті включає:

- стентування (інфаркт), проведення тромболітичної терапії (інсульт);
- діагностику (МРТ, ангіографію, комп'ютерну томографію, екстрені лабораторні дослідження);
- цілодобовий моніторинг стану пацієнта у реанімації;
- реабілітаційну допомогу у гострому періоді.

Медична допомога при пологах.

В Україні станом на 2020 рік вже понад 306 лікарень та пологових будинків уклали договори з Національною службою здоров'я на надання послуги "Медична допомога при пологах". Згідно даних МОЗ, вагітна може на свій вибір звернутися до пологового будинку, де планує народжувати, стосовно надання безоплатної медичної допомоги.

З 1 квітня 2020 року гарантований перелік медичних послуг щодо пологів включає [43]:

- фізіологічні пологи;
- плановий та ургентний кесареві розтини;
- знеболення в період пологів;

- моніторинг стану роділлі та дитини;
- інтенсивну терапію під час виникнення ускладнень у породіллі;
- інструментальні та лабораторні обстеження;
- реанімацію та стабілізацію стану новонароджених;
- метаболічний скринінг у новонароджених ;
- вакцинацію згідно Національного календаря щеплень;
- консультації з грудного вигодовування;
- консультації щодо питань післяпологової контрацепції.

Неонатальна допомога.

Згідно даних Держстатистики в 2019 році щомісяця народжувалося 25,7 тис. немовлят, в 2020 році - 24,5 тис, в 2021 році – 22 тис., а на початку 2022 року – 18 тис. немовлят. В Україні кожен п'ятнадцятий новонароджений є передчасно народжений. На жаль, наша держава займає одне з найперших місць в Європі щодо показника смертності немовлят, а саме 7,2 ‰ на тисячу, в порівнянні, даний показник у Європейських країнах склав 3,4 на тисячу, народжених живими [34]. На основі цього і було прийнято рішення про пріоритетність фінансування надання медичної допомоги новонародженим.

Програма медичних гарантій базується на наступних видах допомоги новонародженим в складних станах:

- респіраторна (дихальна) підтримка;
- інтенсивна терапія;
- цілодобове дослідження бактеріологічного, ультразвукового, рентгенологічного обстеження;
- цілодобове парентеральне харчування;
- офтальмологічний, аудіологічний скринінг передчасно народжених дітей вагою при народженні менше за 1500 г та з гестаційним віком до 32 тижнів;
- скринінг метаболічний у новонароджених;
- вакцинація згідно Національного календаря щеплень.

Рання діагностика онкологічних захворювань.

За темпами поширення раку Україна займає друге місце в Європі. Щороку 65 тисяч осіб помирають від онкологічних захворювань, а 140 тисяч дізнаються про свій страшний діагноз. Саме на зниження рівня смертності серед населення і спрямований проект раннього виявлення раку, який включає в себе й ендоскопічні обстеження. Для проходження дослідження хворому потрібно мати направлення від сімейного лікаря [43].

Гарантований пакет безкоштовних послуг щодо обстеження включає:

- мамографію;
- гістероскопію;
- езофагогастродуоденоскопію;
- бронхоскопію;
- колоноскопію;
- цистоскопію.

Продовженням вищезазначеної програми стала Програма медичних гарантій – 2022, яка почала діяти з січня 2022 року. Так само, як і в минулих роках, в цю програму включені наступні безоплатні медичні послуги, як первинна, спеціалізована та високоспеціалізована допомога; екстрена та паліативна медична допомога; реабілітація; ведення вагітності та пологів; програму "Доступні ліки" та програму відшкодування інсулінів. Загалом Програма медичних гарантій на 2022 рік включає 38 пакетів медичних послуг. Результати впровадження реформування в сфері охорони здоров'я по даній програмі 2020-2022рр. представлені в табл. 1.3.

Таблиця 1.3

Програма медичних гарантій 2020-2022 рр.

Державна цільова програма	Результати
---------------------------	------------

<p>Програма медичних гарантій</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ повне запровадження лікарняних, рецептів та медичних книжок на програму «Доступні ліки»; ➤ розроблення Єдиної державної інформаційної системи щодо питання трансплантації органів і тканин; ➤ впровадження порядку створення опорних медичних закладів та госпітальних округів; ➤ подальше впровадження пілотного проєкту , метою якого є зміна механізму фінансового забезпечення в 4-х науково-дослідних установах, а саме Інституті нейрохірургії імені академіка А.П. Ромоданова, Інституті кардіології імені М.Д. Стражеска, Інституті хірургії та трансплантології ім. О.О.Шалімова та Інституті серцево-судинної хірургії ім. М.М.Амосова, які надають третинну медичну допомогу за кошти Держбюджету; ➤ впровадження нових класифікаторів Австралійської системи, навчання щснов кодування, подання інформації про надані послуги згідно даних класифікаторів; ➤ продовження впровадження програми «Безкоштовне діагностування» ➤ створення на ринку медичних послуг сприятливих умов для залучення великих приватних закладів та оплата їх послуг НСЗУ; ➤ впровадження у 2018 році першого етапу реформи - нової системи фінансування медичних закладів, що надають первинну медичну допомогу (мова йде про сімейних лікарів) ➤ створено електронну систему eHealth, яка дозволяє контролювати ефективно витрачання виділених державних коштів на охорону здоров'я і запобігати зловживанням; ➤ МОЗ України почало здійснювати через міжнародні організації за державний кошт централізовані закупівлі ліків; ➤ запуск пілотного проєкту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування щодо нових механізмів оплати вторинної та третинної медичної допомоги в Полтавській області; ➤ запуск пілотного проєкту в 2019 році з розвитку системи екстреної медичної допомоги у п'яти областях та м. Київ; ➤ розроблена Концепція реалізації державної політики щодо фальсифікації лікарських засобів. З 1 вересня 2019 року упаковки препаратів маркуються, і скануючи код за допомогою додатку в телефоні, можна перевірити їх оригінальність; ➤ забезпечення пацієнтів препаратами інсуліну, впроваджено механізм реімбурсації вартості препаратів інсуліну; ➤ прийняття Національного плану заходів та Концепцію розвитку системи громадського здоров'я; ➤ Стратегія розвитку національної системи крові; ➤ розроблено проєкт «Про схвалення Стратегії забезпечення біологічної безпеки та біологічного захисту за принципом «Єдине здоров'я» та плану заходів щодо її реалізації» на період до 2025 року; ➤ створено та оновлено ряд держструктур, які несуть відповідальність за втілення напрацьованих МОЗ політик (Національна служба здоров'я України (НСЗУ), ДП «Електронне здоров'я», Центр громадського здоров'я (ЦГЗ), ДП «Державний експертний центр МОЗ України» (ДЕЦ), Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, ДП «Медичні закупівлі України»
-----------------------------------	---

Примітка. Сформовано на основі [19; 41]

Підвищити стандарти якості надання медичних послуг в Україні допоможе також прийнята Стратегія розбудови телемедицини, яка передбачає застосування сучасних телемедичних технологій, беручи за основу базу електронної системи охорони здоров'я та світові практики в даній сфері.

Розвиток телемедицини на державному рівні розпочався ще у 2007 році, а саме було створено Державний клінічний науково-практичний центр телемедицини МОЗ. У 2015 році закладами охорони здоров'я (незалежно від форм власності) впроваджено механізм організації надання медичних послуг на всіх рівнях (первинному, вторинному та третинному) із застосуванням телемедицини. У 2018 році, на основі прийняття Закону України “Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості”, активно впроваджується даний напрямок із залучення лікарів-консультантів, які б надавали населенню медичну допомогу та реабілітацію [59]. Це пропонується робити за допомогою використання наступних заходів [35]:

- проведення телеконсультування (телевідеоконсультування);
- теледіагностики;
- телереабілітації;
- використанням інших інструментів, що не суперечать законодавству.

Телемедичні технології спрямовані на забезпечення доступу населення до медичної допомоги, профілактики, відновлення здоров'я, можливості лікування за кордоном, реабілітації тощо.

Доцільність розвитку і надалі телемедицини в сфері охорони здоров'я показала пандемія хвороби COVID-19, яка спровокувала виклики нашій медичній системі, призвела до самоізоляції мільйонів людей, призвела до застосування цієї альтернативи традиційних прийомів у лікаря та лікування хворих.

Позитивним кроком до розвитку даного напрямку надання медичних послуг стало поновлення прийняття Кабінетом Міністрів України Стратегії розбудови телемедицини в Україні від 14 липня 2023 року № 625-р., [36].

Згідно заяв Міністра охорони здоров'я В. Ляшка станом на липень 2023 року «в Україні сьогодні набуває активного розвитку телемедицина. Заклади охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу, забезпечені наразі близько 4 тисячами мобільних телемедичних апаратно-діагностичних комплексів. В областях держави почали роботу регіональні центри телемедицини, організовано телеконсультування за окремими напрямками в рамках надання екстреної медичної допомоги» [36].

На жаль, сучасний стан розвитку телемедицини перебуває на початкових етапах впровадження, враховуючи, що телемедицину почали впроваджувати ще в 2007 році. Посилення проблематики впровадження даної програми додала збройна агресія сусідньої держави України, адже доступ до медичних послуг обмежений через знищення транспортної та медичної інфраструктури, недостатнє технічне, організаційне та ресурсне забезпечення цього напрямку надання медичних послуг.

2020 рік – людство опинилося перед великою загрозою життя, важким випробовуванням пандемією COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2. Ця пандемія показала нашу невідповідність та вразливість до глобальних загроз. Але водночас ця ситуація дала поштовх до переорієнтації на нові механізми управління на всіх рівнях, як загальносвітовому, так і національних та локальних. В Україні в січні 2021 року було затверджено «Порядок використання коштів, передбачених у державному бюджеті для проведення вакцинації населення від гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2» [53].

В тому ж році запроваджено бюджетну програму «Проведення вакцинації населення від гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2» [53]. Відповідальним виконавцем програми та головним розпорядником бюджетних коштів є Міністерство охорони здоров'я. Спрямування бюджетних коштів згідно завдань цієї програми розглянемо за допомогою рисунка 2.1



Рис. 2.1 Спрямування бюджетних коштів на забезпечення вакцинації населення України

Примітка. Сформовано на основі [49;60]

В липні 2022 року Європейська комісія підписала угоду про асоціювання України з програмою «EU4Health». Ця програма була створена як відповідь на пандемію COVID-19 та для підсилення готовності ЄС в кризових ситуаціях, а бюджет у сумі 5,3 млрд. євро, затверджений на 2021-2027 рр., є беззаперечним доказом фінансової підтримки у сфері охорони здоров'я як країнам ЄС, так і асоційованим країнам [49].

Під час місії Світового банку у Відні проєкт «Екстрене реагування на

COVID-19 та вакцинація в Україні» отримав схвальну оцінку щодо ефективності та реалізації.

За рік часу після підписання угоди про асоціювання МОЗ подало заявки на прийняття участі у дев'яти проєктах, перелік яких представлено в табл. 1.4. Хорошими новинами є те, що Єврокомісія схвалила участь в цих проєктах і підтвердило фінансування на їх реалізацію у сумі 4,6 мільйонів євро [45].

Таблиця 1.4

**Перелік проєктів, схвалених Єврокомісією, в рамках програми
«EU4Health»**

Загальна к-сть проєктів	Назва проєкту
1	Профілактика серцево-судинних захворювань та діабету
2	Профілактика та моніторинг онкологічних та неінфекційних захворювань
3	Посилення інфекційного контролю у медичних закладах та серед їх працівників
4	Покращення діагностики рідкісних захворювань та обмін між країнами ЄС досвідом у їх лікуванні
5	Навчання фахівців з контролю за медичними виробами та лікарськими засобами стандартам ЄС, а також оцінки медичних технологій та новітнім методам лікування
6	Впровадження європейської системи оцінки безпеки тканин, клітин та крові людини
7	Інтеграція української системи електронного здоров'я до єдиної електронної системи охорони здоров'я ЄС
8	Взаємодія між країнами ЄС для покращення глобального здоров'я громадян ЄС, для спільного формування цілей, заходів та пріоритетів
9	Посилення на транскордонні загрози системи реагування та епіднадгляд за ними

Примітка. Сформовано на основі [45; 49]

З перших днів повномасштабної війни Міністерство охорони здоров'я України разом із міжнародними партнерами забезпечують транспортування та

подальше лікування тих громадян, які постраждали внаслідок збройного нападу агресора, до спеціалізованих клінік Європи.

Спочатку МОЗ подає запит на евакуацію та отримує пропозиції від різних країн-членів Євросоюзу та Європейської економічної зони. Далі Міністерство контактує з країною, що приймає пацієнтів, та погоджує етапи й маршрути безпечного медичного транспортування.

Зазначимо, що саме сімейний чи лікуючий лікар стаціонару ухвалюють рішення про направлення пацієнта на лікування за кордон, керуючись наказом МОЗ №574 від 05.04.2022 р. «Про затвердження Критеріїв направлення громадян України для лікування за кордон на період дії воєнного стану та Переліку закладів охорони здоров'я, які здійснюють координацію направлення громадян України для лікування за кордон на період дії воєнного стану» [57].

Евакуація для українських пацієнтів — безкоштовна. Всі витрати за дороговартісне лікування взяли на себе країни-партнери.

Згідно із законодавством, органи місцевого самоврядування визначаються суб'єктами системи громадського здоров'я, метою яких є здійснення комплексу інструментів та заходів, які спрямовані на зміцнення здоров'я і захист населення на певній адміністративно-територіальній одиниці [61, ст.6].

При формуванні на місцевому рівні пріоритетних напрямів у сфері громадського здоров'я потрібно враховувати, що на загальнодержавному рівні актуальні проблемні питання вже визначені. Але регіони можуть мати свої пріоритети у сфері охорони здоров'я, тому не потрібно відкидати модель визначення балансу між пріоритетами різних рівнів управління, адже саме з врахуванням цього формується послідовна, стійка система планування та розвитку країни в цілому.

Напрямами управління на місцевому рівні є [29, с.48]:

- використання програмно-цільового підходу, мається на увазі створення та реалізація місцевих цільових програм;

- визначення пріоритетності у розподілі фінансів між програмами, аналіз їхньої медичної, соціальної та економічної доцільності та отриманих результатів в процесі реалізації.

Цільові програми є дієвим інструментом розвитку громади та забезпеченням ефективної місцевої політики у сфері охорони здоров'я. Дані про затверджені цільові програми в Тернопільській області представлені в таблиці 1.5.

Таблиця 1.5

Перелік цільових програм в сфері охорони здоров'я м. Тернопіль та Тернопільської обл. станом на 1.10.2023 року

№ п/п	Назва програми	Дата затвердження	Сума бюджету
1.	Програма розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я Тернопільської обласної ради на 2021-2023 роки	від 17 березня 2021 року № 132	372642,20 тис. грн.
2.	Обласна комплексна програма „Здоров'я населення Тернопільської області” на 2022-2026 роки	від 15 серпня 2021 року №68/01.02-03	649295,16 тис. грн.
3.	Комплексна програма "Здоров'я громади" на 2022-2024 роки	від 10 листопада 2021 року № 373	558829,4 тис. грн.
4.	Обласна програма підтримки та розвитку патронажної служби в Тернопільській області на 2022-2026 роки	від 10 листопада 2021 року № 375	13110,0 тис. грн.

Примітка. Сформовано на основі [51]

Здебільшого фінансування таких програм відбувається за рахунок бюджету громад, тому важливо чітко розуміти інструментарій та механізми доцільного використання коштів, що акумулюються в громаді. Вирішення місцевих питань охорони здоров'я безпосередньо залежить від активності

органів місцевого самоврядування в залученні грантових коштів та інвестицій на розвиток. На місцевому рівні є проблема недостатнього фінансування та нестачі фахівців, а також більшість територіальних громад є новоствореними і ще не мають того досвіду у застосуванні механізмів управління, в комунікації з місцевим населенням, в спільній з ним роботі. Незамінною і надалі залишається підтримка як держави, так і міжнародних інвесторів [29].

Таблиця 1.6

Зведена таблиця бюджету України та пріоритетні напрямки його використання за період 2019-2024рр.

Рік	Загальний бюджет, млрд. грн	Пріоритетні напрямки	Темпи зростання/зниження, %
2019	92,3	на програму «Безкоштовна діагностика» - 2,0 млрд. грн	+10% (з попереднім роком)
		на спеціалізовану амбулаторну, стаціонарну та екстрену медичну допомогу - 55,5 млрд. грн	
		на первинну медичну допомогу - 15,3 млрд. грн	
		на Програму «Доступні ліки» - 1,0 млрд. грн	
2020	113,0	на Програму медичних гарантій – 72,0 млрд. грн	+18,3%
		на послуги з епідеміологічного нагляду за інфекційними захворюваннями, послуги з імунопрофілактики, послуги з промоції здоров'я та комунікаційних кампаній, послуги з соціально-гігієнічного моніторингу - 189,5 млн. грн.	
		на профілактику неінфекційних захворювань - 37,619 млн. грн.	
		на розробку освітніх програм для лікарів і молодших спеціалістів з медичною освітою, які працюють на рівні первинної медичної допомоги – 20,5 млн. грн.	
		фінансування послуг з супроводу та профілактики ВІЛ – 207,9 млн. грн.	

		на безоплатне лікування мозкового інсульту – 912,0 млн. грн.	
		на безоплатне лікування інфаркту – 217,2 млн. грн.	
		на безоплатну неонатальну допомогу та пологи – 3,0 млрд. грн.	
		На Програму “Доступні ліки”, лікування хворих на цукровий та нецукровий діабет - 3,3 млрд. грн.	
		на державні закупівлі ліків і медичних виробів – 9,77 млрд. грн.	
		на фінансування медичної науки - 73 927,8 тис. грн.	
		на розвиток системи екстреної медичної допомоги – 922,5 млн. грн.	
		на розбудову приймальних відділень -1,0 млрд. грн.	
		на фінансування програми «Лікування громадян України за кордоном» - 1,9 млрд. грн.	
2021	161,4	на фінансування Програми медичних гарантій- 123,5 млрд. грн.	+30%
		на справедливу заробітну плату працівникам – зростання зарплат на 30%	
		на протидію коронавірусній хворобі, закупівлю відповідних вакцин - 19,4 млрд. грн.	
		на централізовану закупівлю ліків та медичних виробів – 10,3 млрд. грн.	
2022	215,3	на фінансування Програми медичних гарантій- 146,3 млрд. грн.	+25%
		на справедливу заробітну плату працівникам – зростання зарплат на 21%	
		на забезпечення заходів громадського здоров'я - 11,6 млрд. грн.	

		на централізовану закупівлю ліків та медичних виробів – 8,6 млрд. грн.	
2023	166,0	на фінансування Програми медичних гарантій - 142,7 млрд. грн.	-30%
		на централізовані закупівлі – 7,3 млрд. грн.	
2024 (проект)	202,0	на фінансування Програми медичних гарантій - 159,0 млрд. грн.	+17,8%
		розвиток системи реабілітації у сфері охорони здоров'я - 6,0 млрд. грн.	
		психічне здоров'я – 5,3 млрд. грн.	
		закупівля медичного обладнання - 2,5 млрд. грн.	
		посилення кадрової спроможності сфери охорони здоров'я - 2,0 млрд. грн.	
		доступ родин ветеранів до безоплатних послуг із застосуванням допоміжних репродуктивних технологій - 1,6 млрд. грн.	
		закупівля високовартісного обладнання лікарень Дніпропетровщини – 74,0 млн. грн.	

Примітка. Сформовано на основі [37;38]

Отож бачимо, що в Україні запроваджено багато цільових програм в сфері охорони здоров'я, які фінансуються як за коштів держбюджету, так і зарубіжних партнерів. Останні роки поставили перед нашим суспільством достатньо багато викликів, зокрема, і COVID-19 (2019 рік), і збройна агресія проти України (2022 рік), внаслідок чого система охорони здоров'я зазнала руйнівного впливу на розвиток.

Проте динаміка темпів зростання показників держбюджету все ж таки є, а все завдяки підтримці західних партнерів, світовій допомозі у вигляді фінансових інвестицій, прийнятті участі у тій, чи іншій програмі. За останні роки спостерігаються позитивні тенденції реформування даної сфери, а саме збільшується частка фінансування, спостерігаються намагання систематизувати та об'єднати програми, враховується попередній досвід запровадження програм.

Але попереду є ще багато роботи стосовно вирішення питань недофінансування державних цільових програм; зменшення кількості самих програм, запровадження принципу «одна політика-одна бюджетна програма», бо в нашій державі в рамках одного міністерства на одну політику спрямовано одразу кілька програм, що призводить до розпорошення бюджетних коштів, неякісного виконання та неможливості проконтролювати кінцеві результати [31].

Звичайно, що в таких кризових умовах, змога забезпечити фінансуванням всі напрямки сфери охорони здоров'я було просто неможливо. Тому на перше місце ставилися пріоритети щодо вирішення найважливіших проблем. Наочно це можна побачити в табл. 1.6, коли на 2023 рік був прийнятий бюджет з показником -30% в порівнянні з попереднім роком, і кошти були виділені на централізовану закупівлю ліків в розмірі 7,3 млрд. грн., що значно менше за попередні 2021-2022 роки та на продовження Програми медичних гарантій ще й зі зменшенням коштів з 146,3 млрд. грн. до 142,7 млрд. грн. (-3,6 млрд. грн) – це враховуючи проблеми руйнування інфраструктури, переміщення медпрацівників, збільшення тяжких захворювань, фінансування ж інших цільових програм вимушено призупинялося.

Висновки до розділу 1

Визначено, що програмно-цільовий метод є одним із дієвих методів при здійсненні витрат бюджетів, який реалізується через цільові програми.

Під поняттям «цільова програма» запропоновано розуміти інструмент державної політики, комплекс завдань і заходів, який спрямований на досягнення мети, маючи в наявності відповідні ресурси, використовуючи найефективніші методи, враховуючи часові межі проведення етапу робіт та фінансується з Державного бюджету України та за рахунок коштів інвесторів.

Сформовано розширену класифікацію державних цільових програм у сфері охорони здоров'я, а саме за масштабом дії, за способом управління та

фінансування, за спрямованістю, за територіальним масштабом, за терміном дії, за рівнем фінансування, за рівнем комплексності, за характером дії, за дієвістю.

Визначено наступні етапи розроблення і виконання ДЦП: етап формування, етап реалізації та етап звітування. Також сформовано структурні елементи державної програми в сфері охорони здоров'я, що включає в себе паспорт програми, передпрограмний документ, перелік завдань та заходів програми, ресурсне забезпечення, координацію та контроль та розрахунок очікуваних результатів. Також вивчено питання дотримання принципів, правил формування розробки цільових програм.

Розглянуто та узагальнено питання реформування сфери охорони здоров'я за останні роки, які види програм впроваджувалися в той чи інший період, їх важливість та необхідність застосування. Проаналізовано фінансове забезпечення державних цільових програм в сфері охорони здоров'я як на державному, так і регіональному рівнях, їх джерела фінансування, проблематику та позитивні аспекти.

РОЗДІЛ 2

**АНАЛІЗ МЕХАНІЗМІВ ВИКОРИСТАННЯ ЦІЛЬОВОГО
ПРОГРАМУВАННЯ В ПРОЦЕСІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В
КОМУНАЛЬНОМУ НЕКОМЕРЦІЙНОМУ ПІДПРИЄМСТВІ
«ТОВСТЕНСЬКА СЕЛИЩНА ЛІКАРНЯ»**

2.1. Системно-структурний аналіз досліджуваного медичного закладу

Комунальне некомерційне підприємство «Товстенська селищна лікарня» Товстенської селищної ради є лікарняним закладом охорони здоров'я комунальним унітарним некомерційним підприємством, що надає послуги вторинної медичної допомоги будь-яким особам в порядку та на умовах, встановлених законодавством України та затвердженим Статутом закладу [64].

КНП «Товстенська СЛ» у своїй діяльності керується Конституцією України, Господарським та Цивільним Кодексами України, законами України, постановами Верховної Ради України, актами Президента України та Кабінету Міністрів України, загальнообов'язковими для всіх закладів охорони здоров'я наказів та інструкцій Міністерства охорони здоров'я України, загальнообов'язковими нормативними актами інших центральних органів виконавчої влади, відповідними рішеннями місцевих органів виконавчої влади і органів місцевого самоврядування та Статутом закладу [64].

Основною метою діяльності Товстенської лікарні є забезпечення медичного обслуговування населення шляхом надання йому медичних послуг в порядку та обсязі, встановлених законодавством, а саме:

- 1) реалізація права громадян на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, яке гарантовано Конституцією України;
- 2) цілодобове надання вторинної медичної допомоги в амбулаторних або стаціонарних умовах лікарями відповідної спеціалізації (крім лікарів загальної практики - сімейних лікарів), у плановому порядку або в екстрених випадках відповідно до державних соціальних стандартів та галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я;

- 3) надання пацієнтам відповідно до законодавства на безоплатній та платній основі послуг вторинної стаціонарної медичної допомоги, у тому числі екстреної (невідкладної), необхідної для забезпечення належних профілактики, діагностики і лікування хвороб, травм, отруєнь чи інших розладів здоров'я;
- 4) 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.

Предметом діяльності є надання вторинної медичної допомоги у стаціонарних та амбулаторних умовах за напрямками:

- акушерство та гінекологія;
- анестезіологія та інтенсивна терапія;
- неврологія;
- хірургія;
- ортопедія і травматологія;
- інфекційні роботи;
- лабораторна діагностика (клінічна, медична біохімія);
- педіатрія;
- рентгенологія;
- стоматологія;
- терапевтична стоматологія;
- ультразвукова діагностика;
- функціональна діагностика;
- внутрішня (загальна) медицина (пульмонологія, кардіологія, ревматологія, гастроентерологія, гематологія, ендокринологія)
- ренальна медицина (нефрологія, урологія);
- трансфузіологія;
- фізіотерапія та реабілітація.

Надання вторинної медичної допомоги у стаціонарних та амбулаторних умовах Товстенської селищної лікарні є:

- 1) переадресація та перевезення пацієнтів до закладів вищого рівня спеціалізації відповідно до клінічних маршрутів пацієнта;
- 2) здійснення медико-соціальної експертизи втрати працездатності громадян;
- 3) створення економічних, матеріально - технічних та соціальних умов для підвищення якості медичної допомоги;
- 4) організація надання населенню медичної допомоги більш високого рівня спеціалізації на базі інших медичних закладів шляхом спрямування пацієнтів до цих закладів в порядку, встановленому законодавством;
- 5) надання, у разі необхідності, пацієнтам додаткової паліативної підтримки до переведення таких пацієнтів до медичних закладів, основним видом діяльності яких є надання паліативної допомоги, чи виписки із стаціонару для надання подальшої паліативної допомоги вдома;
- 6) взяття донорської крові та зберігання препаратів крові та кровозамінників;
- 7) зберігання, перевезення, придбання, відпуск, використання, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;
- 8) надання консультативно - діагностичних послуг, як безоплатно, так і на платній основі, юридичним особам платних послуг на підставі договорів (контрактів) відповідно до чинного законодавства України;
- 9) проведення профілактичних оглядів з метою ранньої своєчасної діагностики окремих видів захворювань;

- 10) надання екстреної медичної допомоги населенню при гострих і раптових захворюваннях, травмах, отруєннях та інших нещасних випадках незалежно від місця проживання.

Організаційна структура комунального некомерційного підприємства «Товстенська селищна лікарня» складається з адміністрації медичного закладу, а також з стаціонарного та поліклінічного відділень, допоміжних діагностичних підрозділів. В свою чергу, структура стаціонарного відділення включає в себе терапевтичне, неврологічне, дитяче та приймально-діагностичне відділення невідкладної (екстреної) медичної допомоги. У поліклінічне відділення входить реєстратура, офтальмологічний, неврологічний кабінети, лор-кабінет, стоматологічні кабінети №1 і №2, жіноча консультація, травматологічний та хірургічний кабінети, а також інфекційний та терапевтичний, і кабінет психолога. До допоміжних діагностичних підрозділів належать рентгенологічні кабінети №1 і №2, кабінет функціональної діагностики, кабінети УЗД №1 і №2, а також кабінети клінічної лабораторної діагностики №1 і №2 (рис. 2.1).

Одним із показників системно-структурного аналізу даного медичного закладу є динаміка його кадрового забезпечення, представлена в табл. 2.1.

Таблиця 2.1

Динаміка показників кадрового забезпечення Комунального некомерційного підприємства «Товстенська селищна лікарня» Товстенської селищної ради 2020-1 півріччя 2023 рр.

Показник	2020 р.	2021 р.	2022 р.	1 півріччя 2023 р.
Кількість ставок згідно штатного розпису - всього	109,25	113,75	114,75	114,75
-зайнято	107,25	106	107	107,75
Лікарі: - по штату	22,25	22,25	22,25	22,25
-зайнято	21,25	18,75	19,25	19
Середній медперсонал: - по штату	45,25	47,25	48,25	48,25
-зайнято	45,25	43,0	44,5	44
Молодший персонал: -по штату	18,5	18,5	18,5	18,5
-зайнято	17,5	18,5	17,5	18,5
Інший персонал: - по штату	23,25	25,75	26,75	25,75
-зайнято	23,25	25,75	25,75	25,75

Чисельність працівників, що прийняті на роботу протягом зазначеного періоду	10	8	15	1
Чисельність працівників, що звільнились протягом зазначеного періоду	15	6	16	6

Примітка. Наведено за матеріалами Товстенської селищної лікарні

З таблиці 2.1 видно, що в медичному закладі наявна недоукомплектованість персоналом. У 2020 році вона складала 98%, а от у 2021-2022 роках вона була 93%, у 1 півріччі 2023 року – 94%. Причиною недоукомплектованості стали COVID-2019, збройна агресія проти України, факт більшої кількості звільнених, ніж прийнятих: у 2020р було прийнято 10 осіб, а звільнилися 15 осіб, у 2022 році прийнято 15 осіб, і звільнилося 16 осіб, у 1 півріччі 2023 року всього було прийнято 1 працівника, а звільнилося аж 6 осіб.

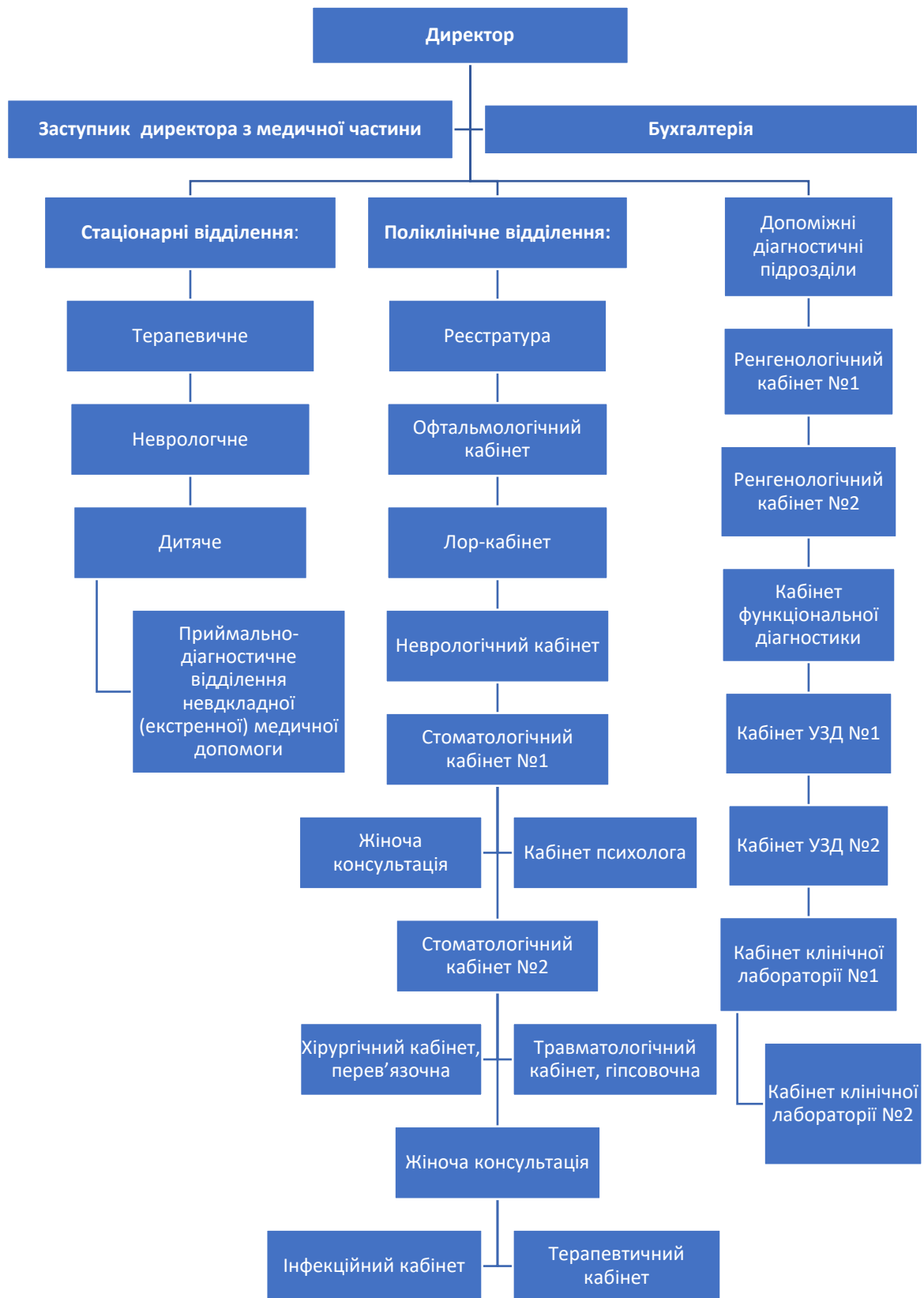


Рис. 2.1. Організаційна структура Комунального некомерційного підприємства «Товстенська селищна лікарня» Товстенської селищної ради

Примітка. Наведено за матеріалами Товстенської селищної лікарні

Системно-структурний аналіз КНП «Товстенська СЛ» передбачає також дослідження динаміки основних показників діяльності медичного закладу, яку зображено на рисунках 2.2. та 2.3.

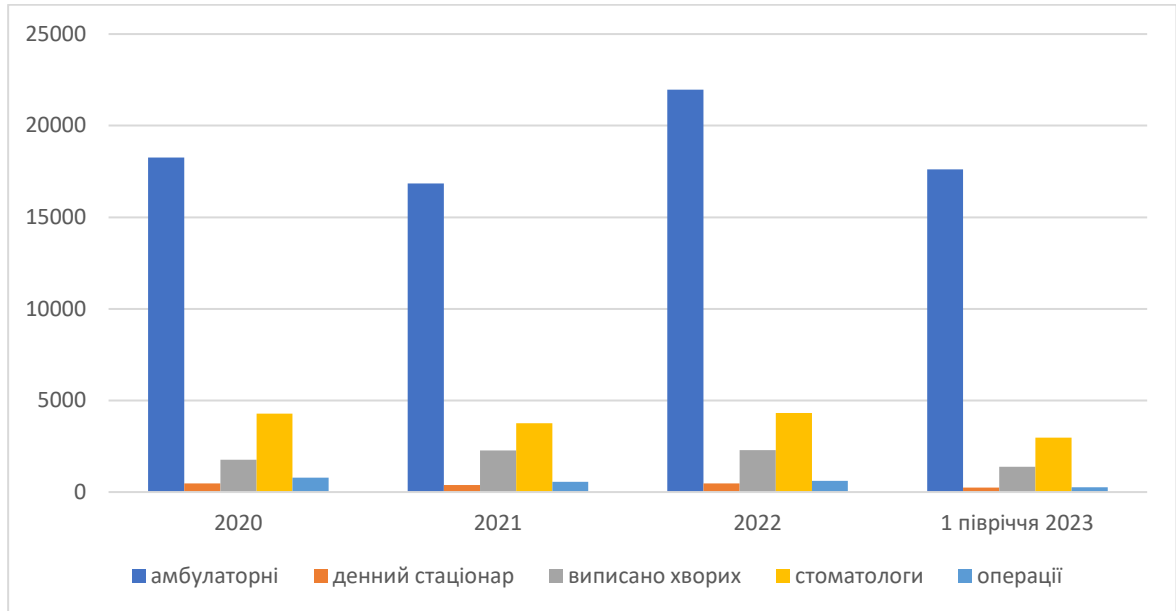


Рис. 2.2. Динаміка показників діяльності Комунального некомерційного підприємства «Товстенська селищна лікарня» Товстенської селищної ради у 2020-1 півріччі 2023рр.

Примітка. Сформовано автором на основі за матеріалами Товстенської селищної лікарні

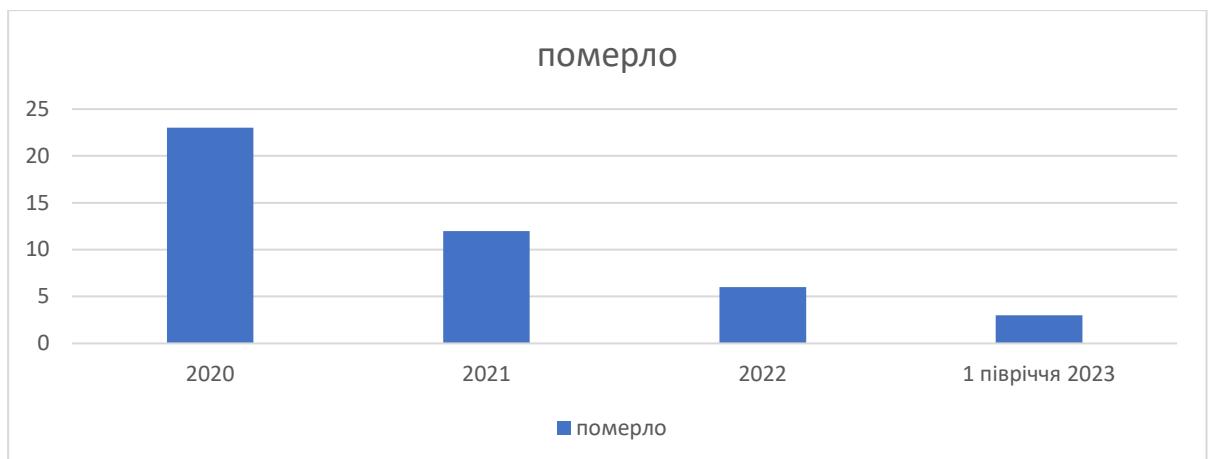


Рис. 2.3. Динаміка показників діяльності Комунального некомерційного підприємства «Товстенська селищна лікарня» Товстенської селищної ради у 2020-1 півріччі 2023рр.

Примітка. Сформовано автором на основі за матеріалами Товстенської селищної лікарні

Аналізуючи дані, наведені на рисунках 2.2 та 2.3, можемо зазначити, що найбільша частка діяльності даного медичного закладу припадає на амбулаторні показники: у 2020 році – 18256, у 2021 році – 16841, у 2022 році- 21961, у 1 півріччі 2023 року- 17612. На другому місці по наданню медичних послуг є стоматологічні послуги, які за період 2020-2022 років коливалися в межах 3764-4315. Спостерігаємо тенденцію до збільшення показника виписки хворих, відповідно у 2020 році він складав 1769 осіб, а станом на 2022 рік збільшився на 29% (2296 осіб), але показник рівня померлих значно скоротився за аналогічний період з 23 осіб до 6 (в 3,8 рази). Кількість операційних послуг зменшилася на 27%, однією з причин були карантинні обмеження.

Значимо, що працівники Товстенської селищної лікарні постійно покращують рівень навичок та знань в професійному напрямку. А саме приймають участь у навчаннях в Центрі перепідготовки та підвищенні кваліфікації працівників, відвідують курси, семінари та тренінги.

Таким чином, робимо висновок, що в даному медичному закладі потрібно звернути увагу на проведення аналітичної та організаційної роботи щодо залучення персоналу, оскільки є недоукомплектованість по лікарях та середньому медичному персоналу, а в загальному зменшення плинності кадрів, також постійно забезпечувати можливість професійного зростання, а в умовах реформування використовувати інструменти ефективного управління.

2.2 Аналіз ефективності виконання цільових бюджетних програм в досліджуваному медичному закладі

Ключовими факторами в забезпеченні соціального та економічного розвитку країни є здорове населення. Тому в сучасній системі охорони здоров'я пріоритетними напрямками є: забезпечення достатньою кількістю ресурсів; рівного та некорумпованого доступу до одержання медичних послуг, можливості реабілітації та лікування населення, страхування в даній сфері від фінансових ризиків; регулювання вартості ліків та послуг, які надаються

населенню; застосування дієвих інструментів щодо забезпечення та збереження системи охорони здоров'я в разі настання кризових ситуацій.

Бюджетна програма - це сукупність заходів, спрямованих на досягнення єдиної мети, завдань та очікуваного результату, визначення та реалізацію яких здійснює розпорядник бюджетних коштів відповідно до покладених на нього функцій, відповідно до п.4 частини 1 статті 2 Бюджетною кодексу України від 08.07.2010 [4].

Оцінка ефективності бюджетних програм Комунального некомерційного підприємства «Товстенська селищна лікарня» Товстенської селищної ради здійснюється на підставі аналізу результативних показників бюджетних програм, а також іншої інформації, що міститься у бюджетних запитах, кошторисах, паспортах бюджетних програм, звітах про виконання кошторисів та звітах про виконання паспортів бюджетних програм [4].

Розглянемо та проаналізуємо наступні цільові бюджетні програми Комунального некомерційного підприємства «Товстенська селищна лікарня» Товстенської селищної ради (надалі ТРКЛ), їх фінансове забезпечення та ефективність виконання. В таблиці 2.2 представлено показники по програмі «Багатопрофільна стаціонарна медична допомога населенню» за 2018-2019 роки на початок року.

Таблиця 2.2

Забезпеченість потреби в державних асигнуваннях ТРКЛ по бюджетній програмі «Багатопрофільна стаціонарна медична допомога населенню» за 2018-2019 рр.

Найменування	Потреба (початкова), тис.грн				Затверджено (на початок року), тис.грн				Забезпеченість потреби, %	
	Всього	Держ. бюджет.	Місц. бюджет.	Спец. фонд	Всього	Держ. бюджет.	Місц. бюджет.	Спец. фонд	Всього	Держ. бюджет.
2018										
ТРКЛ	9051,7	8624,5	401,7	25,5	7435,22	7008	401,72	25,50	82,1	77,4
2019										

ТРЛК	12264	11798,5	440	25,5	7025,5	6560	440	25,5	57,3	53,4
------	-------	---------	-----	------	--------	------	-----	------	------	------

Примітка. Сформовано автором на основі матеріалів Товстенської селищної лікарні

Наведені в таблиці дані показують нам, що потреба у фінансуванні вищезазначеної програми у 2018 році становила 9051,7 тис. грн, а фактично затверджено коштів було 7435,22 тис.грн., що складає 82,1% від потреби, у 2019 році потреба становила 12264 тис.грн, фактично було надано 7025,5 тис.грн, що склало всього 57,3% фінансового забезпечення даної цільової програми. Як бачимо, що бюджетні асигнування для здійснення відповідних заходів по реалізації програми «Багатопрофільна стаціонарна медична допомога населенню» за 2018-2019 рр. не забезпечують реальних фінансових потреб лікарні, що і було основною причиною неможливості якісно та в повному обсязі виконати програму.

В кінці бюджетного періоду маємо змогу побачити повну картину щодо виконання тої чи іншої програми, оскільки є дані показники видатків на цільову бюджетну програму (табл. 2.3)

Таблиця 2.3

Забезпеченість потреби в державних асигнуваннях ТРКЛ по бюджетній програмі «Багатопрофільна стаціонарна медична допомога населенню» за 2018-2019 рр.

Найменування	Фактично видатки, тис.грн				Затверджено початковим паспортом, тис.грн				Забезпеченість потреби, %	
	Всього	Держ. бюдж.	Місц. бюдж.	Спец. фонд	Всього	Держ. бюдж.	Місц. бюдж.	Спец. фонд	Всього	Держ. бюдж.
2018										
ТРЛК	9050,6	7046	1998	6,4	7435,22	7008	401,72	25,50	121,7	100,5
2019										
ТРЛК	9254,4	7887	1356,2	11,2	7025,5	6560	440	25,5	131,7	119,1

Примітка. Сформовано автором на основі матеріалів Товстенської селищної лікарні

Дані цієї таблиці свідчать про те, що у 2018 році при затверджених видатках на початок року у сумі 7435,22 тис. грн., враховуючи зміни протягом року, то видатки на кінець року становили 9050,6 тис. грн., що на 21,7% більше від затверджених на початку року показників. У 2019 році видатки на початок року були затверджені на рівні 7025,5 тис. грн., а на кінець року вони становили 9254,4 тис. грн, що на 19,1% більше.

Таким чином, протягом 2018-2019 років фактичні видатки Товстенської селищної лікарні перевищували потребу, яку визначала лікарня на початок року. Додаткове бюджетування на фактичні потреби медичного закладу відбувалося за рахунок районного бюджету, що в свою чергу призвело до несвоєчасного надходження коштів, і відповідно, несвоєчасно виплачувалася заробітна плата, закуповувалися медикаменти, продукти харчування, сплачувалися комунальні послуги тощо.

Показником, який варто проаналізувати і який є одним з ключових у бюджетній програмі «Багатопрофільна стаціонарна медична допомога населенню», є матеріально-технічна забезпеченість. Станом на 2019 рік наявність медичного обладнання в лікарні становила: із 75 одиниць необхідно було оновити 63 одиниці, оскільки зношеність їх становила 100%, а наявне обладнання не відповідало сучасним вимогам та технічному прогресу в медичній галузі. Слід зазначити, що кошти на оновлення матеріально-технічної забезпеченості не передбачалися.

Ситуація отримала позитивні зрушення в даній проблемі – фінансуванні матеріально-технічного забезпечення медичного закладу у 2020 році. Було використано субвенцію з державного бюджету місцевим бюджетом на здійснення заходів щодо соціально-економічного розвитку окремих територій в сумі 1 306 800,00 тис.грн. і співфінансування з місцевого бюджету Товстенської селищної ради в сумі 39 205,00 грн. Крім того, за рахунок власних коштів лікарні придбано один портативний дефібрилятор з функцією синхронізації серцевої діяльності на суму 65 420 грн. та один кардіомонітор на суму 49 700грн. [4] (табл. 2.4)

Матеріально-технічне забезпечення Комунального некомерційного підприємства «Товстенська селищна лікарня» у 2020 році

Найменування	Кількість, шт	Витрати, грн
Автоматичні шприцеві дозатори (насоси)	2	41 927
Дванадцятиканальні електрокардіографи	3	143 705,61
Система ультразвукової діагностики високого класу Mindray DC-N3 із 4-ма датчиками з можливістю проведення доплеографії	1	904 486,98
Біноклярні біологічні мікроскопи	2	61 199,72
Центрифуга медична	1	45 766
Кисневі концентратори	2	100 915,88
Відсмоктувачі медичні	3	18 400
Пульсоксиметри	2	29 000
Разом		1 345 401.80

Примітка. Сформовано автором на основі матеріалів Товстенської селищної лікарні

Фінансування закладів охорони здоров'я здійснюється за рахунок коштів Державного бюджету України та місцевих бюджетів. Одним із основних шляхів фінансування закладів охорони здоров'я є медична субвенція [4].

Згідно ст. 103/4 Бюджетного кодексу України - «Медична субвенція розподіляється між відповідними бюджетами на основі формули, одним із основних показників якої є чисельність наявного населення відповідної адміністративно-територіальної одиниці станом на 1 січня року, що передує планованому [7].

Відповідно до «Формули розподілу обсягу медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам», затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 19 серпня 2015 р. № 18, Товстенською селищною лікарнею при визначенні коштів медичної субвенції на здійснення заходів по наданню кваліфікованої медичної допомоги проводилися обрахунки виходячи із

чисельність наявного населення Чортківського району, відповідно до їх зон обслуговування, станом на 1 січня року, що передує планованому [55].

В період 2018-2019 років даний медичний заклад отримав на 488,84 тис. грн. виробів медичного призначення та медикаментів, а саме [55]:

- 196,4 тис. грн. – кошти медичної субвенції;
- 193,69 тис.грн. – кошти централізованого бюджету;
- 45,0 тис. грн. – кошти місцевого бюджету;
- 1,56 тис.грн. – гуманітарна допомога;
- 52,19 тис.грн. - благодійна допомога.

В Комунальному некомерційному підприємстві «Товстенська селищна лікарня» вартість одного ліжка-дня у 2018 році становила – 4,44 грн., а в 2019 році – 5,53 грн.

Ще одним показником програми, ефективність реалізації якого варто проаналізувати є кількість пролікованих хворих. У 2018 році він склав – 2200 осіб, у 2019 році – 1841 особу та у 2020 році – 1927 осіб. В той же час вартість 1 ліжка-дня перебування становила у 2018 році- 353,54 грн, 2019 - 395,49 грн, та у 2020 році- 398,23 гривень.

Протягом 2018-2019 рр. частка витрат даного медичного закладу на лікарські засоби та медичні вироби склала 80% саме на придбання перев'язочних матеріалів, придбання кисню, лабораторних реактивів та наркотичних препаратів тощо.

Слід відмітити, що щотижнево на інформаційних стендах та онлайн-платформі Єліки лікарнею інформується про залишки медичних виробів та лікарських засобів, які були закуплені за бюджетні кошти згідно цільової програми.

Оскільки лікувальне харчування є важливим та невід'ємним показником лікувального процесу, то слід проаналізувати ефективне використання цього показника в даному медичному закладі (табл. 2.4). Згідно даних таблиці бачимо забезпеченість потреби у 2018 році на 72,7 %, а у 2019 році лише на 73%. Закриття проблеми недофінансування Комунального некомерційного

підприємства «Товстенська селищна лікарня» проводилося за рахунок благодійних пожертв.

Таблиця 2.4

Забезпеченість потреби в лікувальному харчуванні ТРКЛ по бюджетній програмі «Багатопрофільна стаціонарна медична допомога населенню» за 2018-2019 рр.

Найменування	Потреба в коштах, тис.грн	Затверджені видатки, тис.грн	Забезпеченість потреби, %
2018			
ТРЛК	70,0	50,9	72,7
2019			
ТРЛК	80,0	58,4	73

Примітка. Сформовано автором на основі матеріалів Товстенської селищної лікарні

Проте в забезпеченні лікувального харчування існує проблема саме якісного харчування. Норми калорійності їжі по Товстенській комунальній лікарні в період 2018-2019 років представлені в таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

Норми калорійності їжі в ТРКЛ за 2018-2019 рр.

Профільні відділення	Норма за енергетичною цінністю (ккал.)							
	2017				2018			
	Норма	Факт ично	Різниця	% до норм и	Норм а	Факти чно	Різниця	% до норм и
Нормотрофія	2431,3 1	2118	-313,2	87,12	2423,2	1864,0	-567,2	76,67
Гіпертрофія	1928,2	1764	-164,2	91,48	1928,2	1325,0	-603,2	68,72
Гіпотрофія	2682	2365	-317	88,18	2682	1846,0	-836,0	68,83
Всього	7041,4	6247	-794,4	88,72	7041,4	5035,0	-2006,4	71,51

Примітка. Сформовано автором на основі матеріалів Товстенської селищної лікарні

Бачимо, що калорійність коливається в зазначеному періоді в межах 1864-2127 ккал. В недостатній кількості закуплялися такі продукти харчування як риба, масло, м'ясо, молочні продукти, овочі, зелень, а кондитерські вироби та фрукти взагалі не закуповувались. Даний показник калорійності в лікарні збільшувався за рахунок хлібобулочних виробів, картоплі та круп.

Для ефективного виконання цільових бюджетних програм в даному медичному закладі не вистачає фінансового забезпечення щодо виплат заробітної плати працівникам.

Слід зазначити, що бюджетні запити Комунальним некомерційним підприємстві «Товстенська селищна лікарня» склалися під суми, які доводилися лімітними довідками Фінансовим управлінням Заліщицької РДА. Видатки на заробітну плату на 2018 - 2019 роки затверджені у відповідності до сум визначених лімітними довідками, зокрема у 2018 році 5514,5 тис. грн, що складає 77,5% до потреби; у 2019 році - 4912,5 тис. грн, що складає 53,4% до потреби. Недофінансування лікарні склало за жовтень - грудень 2018 в сумі 1529,8 тис. грн (1268,0 тис грн - заробітна плата та 261,8 тис. грн - нарахування на заробітну плату) та жовтень - грудень 2019 років в сумі 1787,4 тис. грн (1493,1 тис грн - заробітна плата та 294,3 тис. грн - нарахування на заробітну плату). [4].

Аналіз питомої ваги витрат Товстенської селищної лікарні по бюджетній програмі « Багатопрофільна стаціонарна медична допомога населенню» за 2018-2019 роки, представлений на рисунку 2.4, показує, що основна частина витрат по цій програмі складають витрати на заробітну плату та нарахування на неї, а це 91,3% ; на наступному місці по витратах комунальні послуги – 4,7%; далі йде закупівля медикаментів та продуктів харчування відповідно 1,3% та 0,6% і на решту витрат припадає 2,1%.

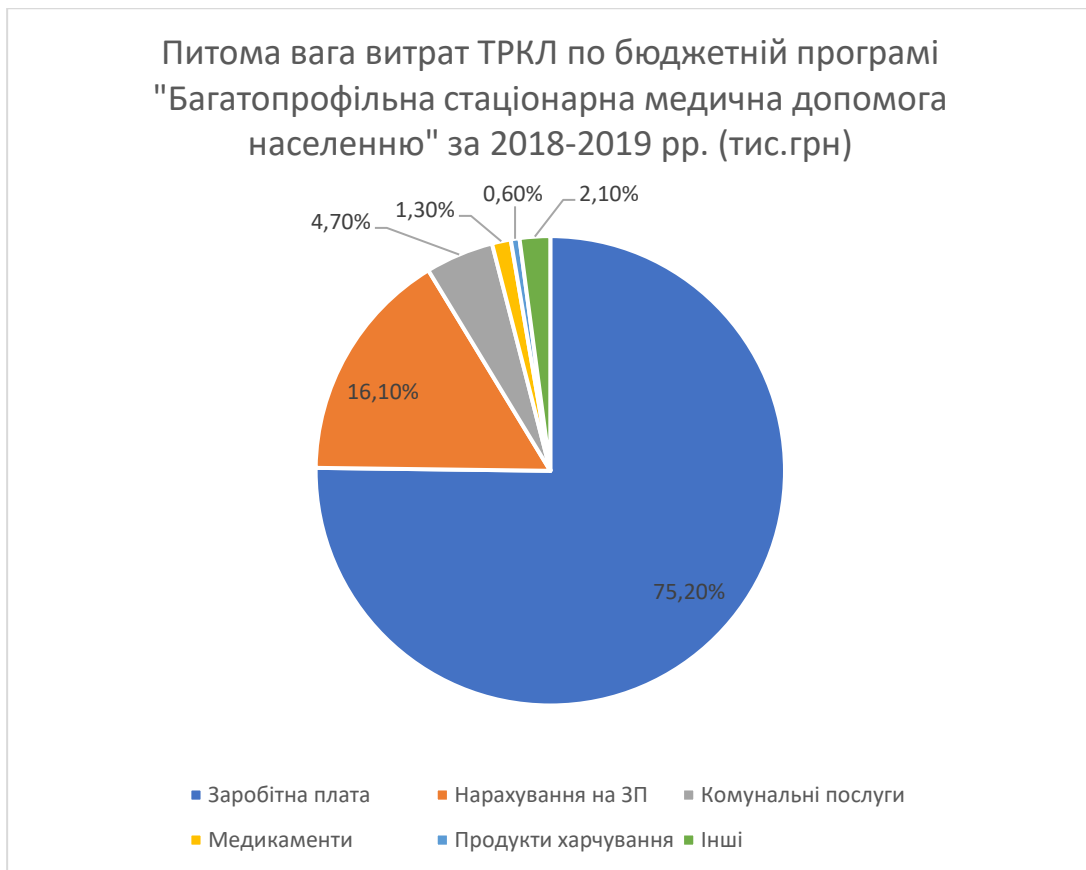


Рис. 2.4. Динаміка показників діяльності Комунального некомерційного підприємства «Товстенська селищна лікарня» Товстенської селищної ради у 2018-2019 рр.

Примітка. Сформовано автором на основі за матеріалами Товстенської селищної лікарні

Отже, на низьку ефективність виконання цільових бюджетних програм лікарні вплинули такі фактори, як невідповідність фінансового забезпечення вимогам та потребам медичного закладу та декларативний характер результатів програми, які заплановано було досягти. Потребує кращого професійного підходу складання та виконання паспортів бюджетних програм, оскільки врахування всіх показників (якості, ефективності, затрат) дозволить зробити детальний розрахунок тих потреб, які зазначаються в цільових програмах та забезпечити подальший контроль за виконанням показників, щоб уникнути в майбутньому недостовірних планувань.

Додаткове бюджетування на фактичні потреби медичного закладу відбувалося за рахунок районного бюджету, що в свою чергу призвело до

несвоєчасного надходження коштів, і відповідно, несвоєчасно виплачувалася заробітна плата, закупувалися медикаменти, продукти харчування, сплачувалися комунальні послуги, перерозподіл коштів з власних доходів з інших запланованих заходів (показників) паспортів бюджетних програм, не дав якісно та повноцінно надавати медичну допомогу хворим.

2.3 Аналіз результативних показників паспорта бюджетної програми «Багатопрофільна стаціонарна медична допомога населенню» досліджуваного медичного закладу

Програма за КПКВК 1412010, 0712010 «Багатопрофільна стаціонарна медична допомога населенню» згідно мети, визначеної паспортом, спрямована на збереження здоров'я населення та підвищення рівня надання йому медичної допомоги.

На виконання вищезазначеної програми було затверджено наступні обсяги бюджетних асигнувань: у 2018 році в сумі 7442,2 тис. грн. (основний фонд – 7416,7 тис. грн., спеціальний – 25,5 тис. грн.); у 2019 році в сумі 7768,2 тис. грн. (основний фонд – 7719,2 тис. грн., спеціальний – 49,0 тис. грн.); у 2020 році в сумі 3838,8 тис. грн. (основний фонд – 2492,8 тис. грн., спеціальний – 1346 тис. грн.).

Оцінка ефективного використання цільової бюджетної програми відбувається на підставі проведення аналізу результативних показників програми та інших даних, що зазначені в паспортах та звітах про виконання цільових бюджетних програм. До цих показників відносимо показник затрат, ефективності, продукту та показник якості.

Згідно з затвердженими паспортами програми «Багатопрофільна стаціонарна медична допомога населенню» за період 2018-2020 рр. до показників затрат віднесено показники, які представлені в таблиці 2.6.

**Показник затрат програми «Багатопрофільна стаціонарна медична
допомога населенню» за 2018-2020 роки**

Показники	Одиниця виміру	Затверджено на рік згідно паспорту	Видатки згідно паспорту	Відхилення, тис. грн. (+,-)	Фактичне виконання, %
2018					
Кількість штатних одиниць	од.	130,5	126,5	-4	97
Кількість ліжок у звичайних стаціонарах	од.	65	55	-10	85
Кількість ліжок у стаціонарах денного перебування	од.	3	4	1	133
2019					
Кількість штатних одиниць	од.	116,75	116,75	0	100
Кількість ліжок у звичайних стаціонарах	од.	55	55	0	100
Кількість ліжок у стаціонарах денного перебування	од.	4	4	0	100
2020					
Кількість штатних одиниць	од.	109,25	107,25	-2	98
Кількість ліжок у звичайних стаціонарах	од.	55	55	0	100
Кількість ліжок у стаціонарах денного перебування	од.	4	4	0	100

Примітка. Сформовано автором на основі матеріалів Товстенської селищної лікарні

З аналізу даних показників затрат та щодо їх забезпечення бачимо фактичне їх виконання. В 2019 році лікарня була укомплектована персоналом на 100%, а в 2020 році на 98%. В 2018 році відбулося скорочення кількості ліжок у звичайних стаціонарах і виконання даного показника на 85% , в подальшому це спричинило оптимізацію штатних одиниць, тобто скорочення персоналу, і показник склав 97%, у 2020 році спостерігаємо виконання показника на 98%, причиною стало недоукомплектування штатних одиниць.

До показників продукту згідно даної програми належить наступні: кількість ліжко-днів у звичайних стаціонарах; кількість ліжко-днів у стаціонарах денного перебування; кількість лікарських відвідувань у поліклінічних відділеннях; кількість пролікованих хворих у стаціонарі (табл.2.7)

Таблиця 2.7

Показник продукту програми «Багатопрофільна стаціонарна медична допомога населенню» за 2018-2020 роки

Показники	Одиниця виміру	Затверджено на рік згідно паспорту	Видатки згідно паспорту	Відхилення, тис. грн. (+,-)	Фактичне виконання, %
2018					
Кількість ліжко-днів у звичайних стаціонарах	тис. од.	22,5	21,65	-0,85	96
Кількість ліжко-днів у стаціонарах денного перебування	тис. од.	60,0	6,2	-53,8	89
Кількість лікарських відвідувань у поліклінічних відділеннях	осіб	60000	46200	-13800	77
Кількість пролікованих хворих у стаціонарі	осіб	2200	2288	88	104
2019					

Кількість ліжко-днів у звичайних стаціонарах	тис. од.	23,4	23,4	0	100
Кількість ліжко-днів у стаціонарах денного перебування	тис. од.	61,7	61,7	0	100
Кількість лікарських відвідувань у поліклінічних відділеннях	осіб	47098	47098	0	100
Кількість пролікованих хворих у стаціонарі	осіб.	1841	1841	0	100
2020					
Кількість ліжко-днів у звичайних стаціонарах	тис. од.	23,4	19,2	-4,2	82
Кількість ліжко-днів у стаціонарах денного перебування	тис. од.	61,7	4,8	-56,9	7,7
Кількість лікарських відвідувань у поліклінічних відділеннях	осіб	47098	39455	-7643	84
Кількість пролікованих хворих у стаціонарі	осіб	1841	1927	86	105

Примітка. Сформовано автором на основі матеріалів Товстенської селищної лікарні

Згідно проведеного аналізу показників таблиці 2.7 бачимо, що у 2018-2019 роках програма виконана по кількості ліжко-днів у звичайних стаціонарах та кількості ліжко-днів у стаціонарах денного перебування. У 2020 році виконання показника кількості ліжко-днів у стаціонарах денного перебування склав лише 7,7%.

Кількість лікарських відвідувань у поліклінічних відділеннях- цей показник програми був виконаний у 2018 році на 77%, а у 2020 році на 84%. Це пояснюється тим, що населення менше зверталось в поліклініку стосовно медичної допомоги та стаціонарного лікування, а також подальшого реформування медичної системи (мається на увазі розвиток сімейної медицини).

В таблиці 2.8 представлено аналіз показника ефективності програми «Багатопрофільна стаціонарна медична допомога населенню» у Товстенській селищній лікарні за 2018-2020 роки, а саме аналіз показників завантаженості ліжкового фонду у звичайних стаціонарах та завантаженості у стаціонарах денного перебування.

Таблиця 2.8

Показник ефективності програми «Багатопрофільна стаціонарна медична допомога населенню» за 2018-2020 роки

Показники	Одиниця виміру	Затверджено на рік згідно паспорту	Видатки згідно паспорту	Відхилення, тис. грн. (+,-)	Фактичне виконання, %
2018					
Завантаженість ліжкового фонду у звичайних стаціонарах	днів	353,0	278,9	-74,1	79
Завантаженість ліжкового фонду у стаціонарах денного перебування	днів	345,0	175,95	169,05	51
2019					
Завантаженість ліжкового фонду у звичайних стаціонарах	днів	353,0	353,0	0	100
Завантаженість ліжкового фонду у стаціонарах денного перебування	днів	344,0	344,0	0	100
2020					
Завантаженість ліжкового фонду у звичайних стаціонарах	днів	353,0	331,2	22	94

Завантаженість ліжкового фонду стаціонарах денного перебування	днів	344,0	344,0	0	100
--	------	-------	-------	---	-----

Примітка. Сформовано автором на основі матеріалів Товстенської селищної лікарні

У 2018 році згідно показників завантаженості ліжкового фонду у звичайних стаціонарах та стаціонарах денного перебування не забезпечено виконання відповідно на 79% та 51%. Це пояснюється зменшенням хворими звернень. У 2019-2020 роках виконання завантаженості ліжкового фонду було виконано.

У таблиці 2.9 представлений ще один результативний показників паспорту програми – це якості, що включає в себе показник середньої тривалості одного хворого у стаціонарі.

Таблиця 2.9

Показник якості програми «Багатопрофільна стаціонарна медична допомога населенню» за 2018-2020 роки

Показники	Одиниця виміру	Затверджено на рік згідно паспорту	Видатки згідно паспорту	Відхилення, тис. грн. (+,-)	Фактичне виконання, %
2018					
Середня тривалість одного хворого у стаціонарі	днів	9,90	9,90	0	100
2019					
Середня тривалість одного хворого у стаціонарі	днів	9,60	9,60	0	100
2020					
Середня тривалість одного хворого у стаціонарі	днів	9,60	9,90	0,3	103

Примітка. Сформовано автором на основі матеріалів Товстенської селищної лікарні

Із зазначених даних випливає, що у 2018-2019 роках середня тривалість одного хворого у стаціонарі, а саме його забезпечення виконано. У 2020 році даний показник був 103% , що означає збільшення звернень хворих, які мали потребу у стаціонарному лікуванні.

Таким чином, аналіз результативних показників паспорту бюджетної програми «Багатопрофільна стаціонарна медична допомога населенню» досліджуваного медичного закладу показав, що вони не в повній мірі забезпечують структуру та обсяги ресурсів, метою яких є повноцінне та якісне виконання бюджетної програми.

Висновки до розділу 2

Системно-структурний аналіз Некомерційного підприємства «Товстенська селищна лікарня» Товстенської селищної ради дозволив ознайомитися із нормативною базою, якою керується дана лікарня, визначити мету діяльності медзакладу, ознайомитися з напрямками надання вторинної медичної допомоги у стаціонарних та амбулаторних умовах.

Організаційна структура комунального некомерційного підприємства «Товстенська селищна лікарня» складається з адміністрації медичного закладу, а також з стаціонарного та поліклінічного відділень, допоміжних діагностичних підрозділів. В свою чергу, структура стаціонарного відділення включає в себе терапевтичне, неврологічне, дитяче та приймально-діагностичне відділення невідкладної (екстреної) медичної допомоги. У поліклінічне відділення входить реєстратура, офтальмологічний, неврологічний кабінети, лор-кабінет, стоматологічні кабінети №1 і №2, жіноча консультація, травматологічний та хірургічний кабінети, а також інфекційний та терапевтичний, і кабінет психолога. До допоміжних діагностичних підрозділів належать рентгенологічні кабінети №1 і №2, кабінет функціональної діагностики, кабінети УЗД №1 і №2, а також кабінети клінічної лабораторної діагностики №1 і №2

Згідно проведеного аналізу, можемо зазначити, що найбільша частка діяльності даного медичного закладу припадає на амбулаторні показники: у 2020

році – 18256, у 2021 році – 16841, у 2022 році- 21961, у 1 півріччі 2023 року- 17612. На другому місці по наданню медичних послуг є стоматологічні послуги, які за період 2020-2022 років коливалися в межах 3764-4315. Спостерігаємо тенденцію до збільшення показника виписки хворих, відповідно у 2020 році він складав 1769 осіб, а станом на 2022 рік збільшився на 29% (2296 осіб), але показник рівня померлих значно скоротився за аналогічний період з 23 осіб до 6 (в 3,8 рази). Кількість операційних послуг зменшилася на 27%, однією з причин були карантинні обмеження.

Визначено, що в даному медичному закладі потрібно звернути увагу на проведення аналітичної та організаційної роботи щодо залучення персоналу, оскільки є недоукомплектованість по лікарях та середньому медичному персоналу, а в загальному зменшення плинності кадрів, також постійно забезпечувати можливість професійного зростання, а в умовах реформування використовувати інструменти ефективного управління.

Аналіз ефективності виконання цільових бюджетних програм Товстенської селищної лікарні підсумував, що на низьку ефективність виконання цільових бюджетних програм лікарні вплинули такі фактори, як невідповідність фінансового забезпечення вимогам та потребам медичного закладу та декларативний характер результатів програми, які заплановано було досягти. Потребує кращого професійного підходу складання та виконання паспортів бюджетних програм.

Додаткове бюджетування на фактичні потреби медичного закладу відбувалося за рахунок районного бюджету, що в свою чергу призвело до несвоєчасного надходження коштів, і відповідно, несвоєчасно виплачувалася заробітна плата, закуповувалися медикаменти, продукти харчування, сплачувалися комунальні послуги, перерозподіл коштів з власних доходів з інших запланованих заходів (показників) паспортів бюджетних програм, не дав якісно та повноцінно надавати медичну допомогу хворим.

В свою чергу, проаналізовані результативні показники паспорту бюджетної програми «Багатопрофільна стаціонарна медична допомога

населенню» досліджуваного медичного закладу показав, що вони не в повній мірі забезпечують структуру та обсяги ресурсів, метою яких є повноцінне та якісне виконання бюджетної програми.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ВИКОРИСТАННЯ ЦІЛЬОВОГО ПРОГРАМУВАННЯ В ПРОЦЕСІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В СУЧАСНИХ УМОВАХ

3.1 Шляхи впровадження програмно-цільового методу в сфері охорони здоров'я України

Реформування системи охорони здоров'я в Україні передбачає застосування сучасних прогресивних методів та підходів для збалансованості бюджету в цій галузі, підвищенню відповідальності за розподіл та використання ресурсів, для покращення рівня надання послуг населенню як на державному, так і місцевому рівнях.

Програмно - цільовий метод у світі визнається як один з найбільш дієвих методів щодо здійснення витрат бюджетів. Саме цей метод реалізується через цільові програми, та дозволяє напряму взаємопов'язати розподіл ресурсів з бюджету та запланованим їх використанням відповідно до пріоритетів, які встановлені державною політикою.

Перейняти досвід успішного застосування даного методу нашій державі можна у країнах Європейського Союзу, розглянути саме їх методологічну базу, практики застосування, взяти за основу досвід ефективного використання обмежених фінансових ресурсів, що актуально особливо сьогодні. Запровадження програмно-цільового методу в державі в цілому, а у сфері охорони здоров'я зокрема – це одна з умов вступу України до Європейського Союзу, де результати використання цього методу вказують на його ефективність.

Розглянемо більш детально шляхи впровадження програмно-цільового методу у сфері охорони здоров'я, беручи за об'єкт аналізу цільові програми в цій сфері.

Одним із питань щодо бюджетних цільових програм, на які варто звернути увагу, це їх кількість на одного розпорядника коштів. По-перше, практика нашої держави показує, що їх кількісний показник завеликий, по-друге, їх ефективність має бути кращою. Тут має місце застосування принципу, за яким одна політика має відповідати одній цільовій програмі, і кількість має бути в межах 5-7 програм. Цей підхід дозволяє скоротити час, який менеджери витрачають на аналіз ефективності програм та зменшує адміністративне навантаження щодо звітності [71, с 266].

Проаналізувавши дані з офіційних сайтів Міністерства освіти і науки та Міністерства охорони здоров'я (оскільки вони є найголовнішими в соціальній сфері розпорядниками бюджетних коштів) бачимо з рисунку 3.1, що кількість цільових програм на одного розпорядника коштів є достатньо великою, що призводить до зниження ефективності самих програм.

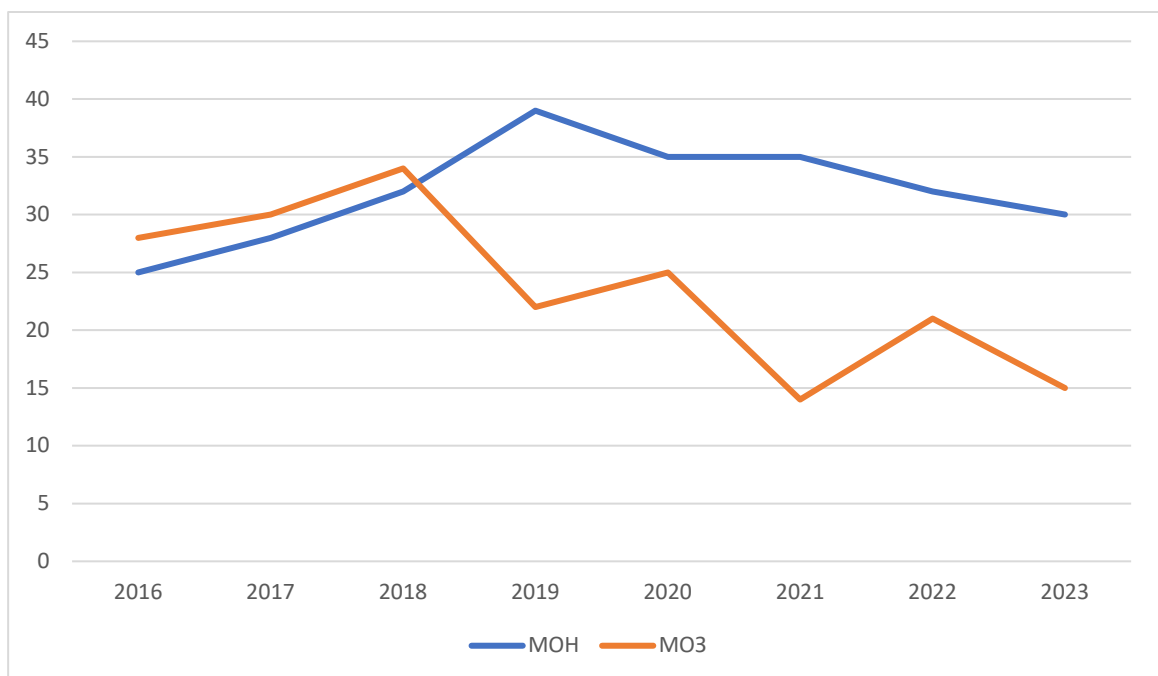


Рис. 3.1. Динаміка впровадження програмно-цільового методу у сфері охорони здоров'я у 2016-2023 рр.

Примітка. Розроблено за врахуванням [40,47]

У МОН до 2019 року спостерігаємо зростання кількісного показника бюджетних цільових програм, наступні роки показують, що цей показник з кожним роком зменшується. Щодо МОЗ, то збільшення кількості програм відбувалося лише до 2018 року, далі показники різко впали. Але ця ситуація аж ніяк не пов'язана із впровадженням світової практики зменшення кількості програм, а, на жаль, світова пандемія COVID-19, спричинена коронавірусом SARS-CoV-2. Зниження кількості бюджетних програм в сфері охорони здоров'я бачимо в період 2020-2021 рік. Пов'язано це з тим, що МОЗ вимагало затвердити бюджет на 2021 рік у розмірі 296 млрд. грн. (щоб впоратися з тими викликами, що відбулися в попередні роки), проте виділено було лише 159 млрд. грн.

Новим викликом для Міністерства охорони здоров'я став затверджений бюджет на 2023 рік (не слід забувати про збройну агресію проти України, яка розпочалася у 2022 році, тому всі доходи зведеного бюджету держави було спрямовано на фінансування оборони та безпеки), фінансування скоротилося на -30% в порівнянні з попереднім роком. Тому було прийнято рішення продовжувати реформу, фінансуючи найбільш пріоритетні і необхідні напрями в даний період, тому кількість програм зменшилась, як ми бачимо з таблиці 3.1, з 21 до 15.

Проте впровадження програмно-цільового методу в сфері охорони здоров'я України не втрачає своєї актуальності, адже світові інвестори сприяють запровадженню даної стратегії в охороні здоров'я України. Наприклад, МОЗ спільно зі Світовим банком працюють над розширенням інвестицій у відновлення даної сфери; це 9 проєктів, схвалених Єврокомісією, в рамках програми «EU4Health» і багато інших.

В більшості розвинених країн світу успішно застосовується бюджетне планування цільових програм на середньострокову перспективу. Адже середньостроковий прогноз бюджету дозволяє краще передбачити економічну ситуацію в країні та досягнути вищого рівня стабільності. Цей метод є інструментом для вирішення наступних важливих проблем [18,с.4]:

- регулювання фінансової дисципліни та підвищення ефективності бюджетного процесу;
- вміння ефективно витратити бюджетні кошти та посилення забезпечення процесу прозорості;
- сприяння інвестиційної привабливості країни в цілому та регіонів.

На сьогоднішній день планування та розробка бюджетних цільових програм в Україні проводиться лише на один бюджетний рік, і це є проблемою у досягненні запланованих індикаторів. На жаль, Україна зараз перебуває у стані великих як зовнішніх, так і внутрішніх невизначеностей, що ніяк не сприяє застосуванню використання планування даної світової методики [22].

Реалізація бюджетних цільових програм в сфері охорони здоров'я обов'язково має включати в себе аналіз такого показника, як відсоток виконання самої програми. Досліджуючи дані зі звітів про виконання паспортів бюджетних програм за 2021-2022 роки (представлена для аналізу частина програм), розміщених на офіційному сайті МОЗ, можемо проаналізувати стан виконання бюджетних програм даних періодів (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Відсоток виконання бюджетних цільових програм у сфері охорони здоров'я за 2021-2022 роки

КПКВК ДБ	Найменування бюджетної програми	Затвержен о у паспорті бюджетної програми	Касові видатки	Відхилен ня	% викон ання
2021 рік					
2308010	Керівництво та управління у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення	335 579,3	289 898,6	-45 680,7	86%
2301100	Створення сучасної клінічної бази для лікування онкологічних захворювань у Національному інституті раку	1 505 000,0	782 457,7	-722 542,3	52%

2301400	Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру	8 161 509,1	7 706 190,8	-455 318,3	94%
2301220	Розвиток системи екстреної медичної допомоги та модернізація і оновлення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я	2 111 971,6	2 025 731,0	-86 240,6	96%
2301270	Проведення вакцинації населення від гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2	9 876 695,0	9 876 188,0	-507,0	99,9 %
2301360	Лікування громадян України за кордоном	570 072,6	567 776,1	-2 296,5	99,6 %
2301040	Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями	7 363 157,3	3 296 001,1	-4 067 156,2	45%
2301020	Наукова і науково-технічна діяльність у сфері охорони здоров'я	176 969,7	172 624,9	-4 344,8	98%
2022 рік					
2308060	Реалізація програми державних гарантій медичного обслуговування населення	157 298 220,1	146 296 968,8	-11 001 251,3	93%
2301110	Спеціалізована та високоспеціалізована медична допомога, що надається загальнодержавними закладами охорони здоров'я	2 088 437,9	2 077 689,5	-10 748,4	99%
2301170	Діагностика і лікування захворювань із впровадженням експериментальних та нових медичних технологій у закладах охорони здоров'я науково-дослідних установ та вищих навчальних медичних	3 878 762,4	3 692 042,2	-186 720,2	95%

	зкладах Міністерства охорони здоров'я України				
2301020	Наукова і науково-технічна діяльність у сфері охорони здоров'я	193 504,0	66 012,8	-36 713,0	34%
2308010	Керівництво та управління у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення	295 420,6	204 853,6	-90 567,0	69%

Примітка. Розроблено за врахуванням [48]

Отримані дані показують, що виконання цільових бюджетних програм (вбірка) у 2021 році відбувалося в діапазоні 45%-99,9%, а у 2022 році цей діапазон складав 34%-99%. Тобто планові показники одних програм виконувалися майже повністю, а реалізація інших сягала менше половини. Кожен випадок потрібно розглядати окремо, а причини того чи іншого відхилення від запланованих показників є надані в кожному бюджетному паспорті відповідної програми. Наприклад, у 2021 році Програма «Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями» була виконана лише на 45 %. Причинами невиконання стали: відсутність наказу МОЗ про розподіл коштів на заходи по боротьбі з епідеміями; не відбулися закупівлі через відсутність пропозицій, або була лише одна пропозиція, і тому оголошення повторної закупівлі було неможливе; слід брати до уваги і те, що мала місце і економія у зв'язку із тим, що були укладені договори на менші суми, тому в загальному кошти залишились невикористаними. Щодо Програми «Створення сучасної клінічної бази для лікування онкологічних захворювань у Національному інституті раку», яка була виконана на 52 %, то причиною стало оскарження оголошеної процедури закупівлі проектних робіт, що унеможливило укладання договору [48].

Причинами низького виконання окремих цільових програм у 2022 році стала збройна агресія проти України і тому було прийнято рішення спрямування коштів, які були раніше надані на ту чи іншу програми, до резервного фонду

державного бюджету. Надавалася перевага пріоритетним програмам, а в таких, як, наприклад, «Наукова і науково-технічна діяльність у сфері охорони здоров'я» (виконана на 34%), відбувся перерозподіл коштів.

Ще одним шляхом впровадження програмно-цільового методу в охороні здоров'я є використання концепції взаємозв'язку між цілями програм МОЗ та цілями Уряду. На жаль, маємо суттєву невідповідність пріоритетів роботи Уряду та бюджетних програм МОЗ. Наприклад, задекларованими цілями Уряду є «Люди менше хворіють», «Люди, які захворіли, швидше одужують» та «Люди, що довше живуть», натомість бюджетними програмами МОЗ є «Надання первинної медичної допомоги населенню», «Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру», «Підготовка і підвищення кваліфікації медичних та фармацевтичних, наукових та науково педагогічних кадрів вищими навчальними закладами III і IV рівнів акредитації» [22, с. 6].

Кожна цільова програма в системі охорони здоров'я має пояснити, як використання виділених бюджетних коштів зможе забезпечити досягнення тої чи іншої цілі самої програми. Вона має бути сфокусована на результатах, а не впровадженні заходів. Результативність програми вимірюється за допомогою системи індикаторів: витрат – надання послуг – отримання результату. Витрати бюджетних коштів в нашій державі часто є недоцільними, оскільки МОЗ не завжди може визначити ціну затрат на ту чи іншу послугу чи товар. Наприклад, як визначити вартість виїзду швидкої допомоги? Адже кожен виїзд буде включати в себе різні витрати: це тривалість виклику, відстань, вартість

медичних засобів, ліків, які будуть використовуватися в тому чи іншому діагнозі хворого тощо [71, с. 266].

На жаль, реалії показують, що нам є над чим ще працювати в процесі реформування системи охорони здоров'я, оскільки, головний розпорядник коштів (МОЗ) формально ставиться до показників, які зазначені як в бюджетних запитах, так і в паспортах бюджетних програм; окремі результативні показники зовсім не підходять до завдань та функцій програми, не відображають її мету.

Відповідно це впливає на неможливість ефективно оцінити виконання цільових програм, тому варто включати цілі даних програм та індикатори їх виконання в пакет документів, що подається на розгляд перед затвердженням. Кількість індикаторів має бути обмеженою, рекомендують використовувати 3-4 показники на кожен програму і мають бути простими для розуміння. Просто при більшій їх кількості важче буде відслідковувати та здійснювати процес контролю з боку відповідальних суб'єктів. А ще кінцевий звіт про виконання цільових бюджетних програм у сфері охорони здоров'я має містити наступні елементи: фактичні надходження - видатки - звіт про досягнення цільових показників. Згідно зарубіжної практики, в обов'язковому порядку міністри тієї чи іншої галузі особисто звітують про досягнення цільових індикаторів та показників, пояснюють причини недовиконання чи перевиконання затверджених бюджетних цільових програм [31, с. 25].

Оцінка ефективності бюджетних цільових програм є обов'язковою, незважаючи навіть на військовий стан, адже передбачає моніторинг, аналіз та контроль за використанням бюджетних коштів. Інструментом для реалізації, і в

подальшому оцінки результативності програми є її затверджений паспорт. Неодноразово вже було наголошено на ув'язку цілей бюджетних програм МОЗ та Уряду. Тому ефективному впровадженню програмно-цільового методу в даній сфері має передувати вирішення наявних проблем. Наприклад, подвійний фінансовий облік видатків, які роблять співробітники МОЗ при створенні програм - фактичний та формальний (окремо для паспортів бюджетних програм); низький рівень складання паспортів програм; інерційність та нерозуміння державних службовців, які їх складають, нововведень та вимог Мінфіну; принципове виконання роботи згідно старих методів, не сприймаючи щось нове; відсутнє запровадження показника вартості всієї цільової програми; нормативні акти Мінфіну також потребують вдосконалення [31, с. 65].

Впровадження програмно-цільового методу забезпечує досягнення конкретних результатів щодо державних цілей, а також реалізацію ефективної політики в сфері охорони здоров'я шляхом отримання максимальних результатів від фінансування бюджетних програм.

3.2 Впровадження фінансових напрямків в розвиток системи охорони здоров'я медичного закладу

Реформування системи охорони здоров'я України на сьогодні і далі займає важливу роль у подальшому розвитку держави, є опорою для її економічного розвитку. Адже якщо система охорони здоров'я функціонує ефективно, то відповідно підвищується якість робочої сили, продуктивність праці, зменшується рівень смертності, і в кінцевому результаті маємо наповнення ринку праці працездатним здоровим населенням. Правильно розроблена та впроваджена система фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я є

однією з умов, щоб дана сфера була ефективною. Витрати на охорону здоров'я є основним показником соціального розвитку країни [26].

На сьогоднішній день більшість українців незадоволені наявною системою охорони здоров'я в державних лікарнях, на недбалість та неналежну якість обслуговування, медперсонал, в свою чергу, нарікає на низькі зарплати та важкі умови праці, особливо в регіонах. Все це спонукає значну частину населення звертатися до приватних клінік, дохід яких напряму залежить від кількісного та якісного надання медичних послуг. Неспроможність справитися з великим навантаженням під час пандемії COVID-19 державних лікарень та рівнем забезпечення обладнанням та препаратами розчарувало українців та стало причиною збільшення приватних медичних закладів, фінансове забезпечення яких було на порядок вище.

Хоча в державних лікарнях також працюють безліч відмінних фахівців, які за рівнем кваліфікації не поступаються приватникам, і державні клініки на сьогодні пропонують своїм пацієнтам не менший перелік послуг, у держави, як їх власника, не вистачає коштів, аби масово впровадити якісну систему обслуговування через її дорожнечу.

Як приклад переваг комерційної медицини можна привести стоматологічні послуги. Приватні клініки запрошують на роботу досвідчених, топових, перевірених часом і відгуками лікарів, що надають свої послуги якісно і клієнтоорієнтовано. Приватні клініки конкурують між собою за кожного пацієнта, тому що саме від того, чи залишиться він задоволений обслуговуванням і чи рекомендуватиме клініку своїм знайомим – залежить дохід тієї чи іншої комерційної установи. А чим вищий дохід - тим більше коштів власники клініки можуть інвестувати в модернізацію обладнання, проведення тренінгів для своїх фахівців, і тим ще більш привабливими стають для своїх пацієнтів.

Але на сьогодні лише незначна кількість громадян України може дозволити собі лікуватися в приватних медичних закладах, адже комерційна

медицина залишається дорогим задоволенням для більшості з них. Проте вирішення цієї проблеми є, а саме впровадження медичного страхування.

Медичне страхування дозволяє спростити процес організації медичної допомоги, оскільки в страхових компаніях працюють лікарі-координатори з медичною освітою, які на етапі звернення можуть допомогти визначити проблему, дати пораду і записати застрахованого до потрібного фахівця, що дозволяє заощадити час і нерви.

Однак у всіх страхових компаніях передбачений ліміт відповідальності, який, як правило, становить від 50 до 250 тисяч гривень. Якщо сумарні витрати на лікування пацієнта протягом року перевищують обумовлену суму, всі подальші витрати пацієнт повинен покривати самостійно. А вроджені аномалії, вади розвитку, стани, пов'язані з родовими травмами, психічні розлади, косметичні оперативні втручання, лікування ВІЛ/СНІД, інфекційних гепатитів, крім гепатиту А, злоякісні новоутворення можуть входити тільки за окрему додаткову плату. Те ж стосується туберкульозу і цукрового діабету.

Таким чином, страхування виступає системою справедливості і вирівнювання, коли при тотальному страхуванні всіх громадян доступ до дорогих послуг отримують навіть малозабезпечені люди.

Медичний туризм – тимчасова міграція людей з метою лікування як всередині країни, так і за її межами. З інтерв'ю президентки Української асоціації медичного туризму Віолетти Янишевської дізнаємося, що «у 2019 році до України приїхало близько 65 тисяч іноземних пацієнтів лише з метою лікування. На особу вони витратили близько 2,8 тисячі доларів, що принесло в українську економіку близько 182 мільйонів доларів. Водночас з метою оздоровлення вїхало близько ста тисяч пацієнтів, що принесло в економіку близько ста мільйонів доларів. у медичному туризмі України напрямками-лідерами є репродукція, неврологія, реабілітація, пластична хірургія, офтальмологія, стоматологія, клітинна терапія та деякі напрямки хірургії» [73].

Також вона наголосила, що «у 2020 році з кожним місяцем відчувається збільшення попиту від іноземних туристів на лікування в Україні. адже, наша

держава має унікальні природні ресурси для лікування різних захворювань, зокрема, мінеральні та термальні води, гори, ліси, цілющі солі, моря та інші напрямки природної медицини, які дозволяють підвищити імунітет та зміцнити здоров'я. Крім того, практично у кожному регіоні України нині впроваджена постковідна реабілітація» [73].

Акредитація медичних закладів визнана результативним інструментом підвищення безпечності та якості медичного обслуговування пацієнтів. Характеристиками якості медичної допомоги є [9]:

- клінічна ефективність;
- своєчасність;
- безпека;
- орієнтованість на пацієнта;
- фінансова доступність;
- економічна ефективність;
- комплексність;
- висока підготовка кадрового потенціалу

З метою досягнення таких характеристик у даній сфері застосовується акредитація закладів охорони здоров'я. В свою чергу акредитація виступає особливим регулятором надання якості медичних послуг, оскільки передбачає впровадження послуг вищого рівня якості, ніж ліцензування.

Низький рівень економіки та доходів населення, недосконалість акредитації медичних закладів не дає можливості керівництву закладів охорони здоров'я вкладати достатню кількість ресурсів в забезпечення високого рівня якості медичних послуг. Але ця тенденція не сприяє розвитку та просуванню України європейським шляхом, навпаки, попри труднощі, потрібно запроваджувати такі механізми, які сприятимуть конкурентоспроможності вітчизняних медичних послуг на європейському ринку [9].

Краудфандинг – це спосіб залучити кошти для розвитку та росту програми або проєкту на основі внесків всіх бажаючих долучитися до цього напрямку, тобто залучення коштів на добровільній основі від небайдужих людей [24].

Сьогодні краудфандинг є одним з актуальних та сучасних механізмів фінансування, набагато ефективнішим та менш витратнішим способом реалізації проєктів та програм. Умови залучення фінансових ресурсів за допомогою даного інструменту представлено на рисунку 3.2.



Рис.3.2. Умови фінансування системи охорони здоров'я на основі краудфандингу

Примітка: побудовано з використанням [23, 24].

Згідно цього інноваційного методу кошти на затверджений проєкт збираються переважно на онлайн-платформах, а за внесок доброчинці отримують винагороду – якісь пам'ятні речі, сертифікат на майбутній продукт, в

сфері охорони здоров'я це може бути, наприклад, проведення безкоштовної діагностики тощо.

Найбільша цифрова платформа у фінансуванні закладів охорони здоров'я на сьогоднішній день є MedStartr. Ця платформа обслуговує глобальне суспільство новаторів у даній сфері. Діяльність даної платформи полягає у проведенні заходів, конкурсів, відкритті програм пошуку інновацій та успіху, веб-сайти та інвестиційні фонди. Створена платформа у 2008 році і вже у 2012 році був запущений MedStartr.com – перший краудфандинговий сайт медичних інновацій. У 2017 році було запроваджено I інвестиційний фонд, у 2019 році – II фонд, а в 2020 році III фонд. На сьогодні метою платформи MedStartr є допомога ще тисячі стартапам досягнути успіху швидше протягом наступних 12 років і сприяти розвитку медичної допомоги [39].

Напрямами діяльності даної цифрової платформи є [39]:

- Зосередженість на сфері охорони здоров'я (учасниками є пацієнти, медсестри, лікарі, винахідники, адміністрації лікарень, фармацевтичних компаній, представників державної політики);
- Пришвидшення та інструменти (допомога в акселерації та надання порад, доступ до спеціалізованих веб-сайтів в галузі охорони здоров'я);
- Події (показ інновацій в прямому ефірі на MedStartr.tv);
- Наставники (участь в кожному проєкті через мережу наставників);
- Партнери (участь партнерів в програмах та заходах);
- Просування (ділення досвідом та історіями успіху за допомогою засобів масової інформації);
- Об'єднання в соцмережах (від Facebook до LinkedIn, TikTok тощо);
- Партнерські інноваційні послуги (допомога містам, організаціям та компаніям спілкуватися з інноваційними медичними закладами);
- Інвестування ;

- Стратегія запуску MVP (підключення стартапів до найкращих консультантів, які допоможуть з проблемами, що виникають на тому чи іншому етапі розвитку).

Розвиток франчайзингу в системі охорони здоров'я – це новий досвід для України. За останніми даними франчайзинг в сфері охорони здоров'я вигідний не тільки бізнесу, а й пацієнтові, персоналу, що зайнятий в медичній сфері в цілому. У 2020 році напрям займає до 11% від усього світового ринку франшиз. Але в цьому і полягає перевага: попит є, а конкуренції мало [38].

Переваги медичної франшизи [38]:

- 1) Криза для медицини не дуже страшна. Люди будуть економити на всьому, але не на здоров'ї. Багато хто готовий заплатити величезні гроші, щоб вилікуватися або просто перевірити своє здоров'я, і саме тому криза менше впливає на медицину.
- 2) Укладаючи договір про франшизу, отримується повна інформація про ведення бізнесу в цій сфері. Це значить, що вам, як мінімум, не доведеться вкладати свої гроші, щоб розробити свій стиль, оформлення, маркетингові матеріали та багато іншого. Франчайзер допоможе відкрити об'єкт, швидко розвинути, і ви отримаєте вже випробувані часом інструменти для роботи.
- 3) Підтримка з боку кваліфікованих працівників. Наприклад, якщо медичний заклад представляє з себе забір аналізів і їх подальше дослідження, то про якість подбає франчайзер, адже часто його силами відбувається саме дослідження відібраних зразків.
- 4) Використання досвіду і знань франчайзера, право користуватися відомим брендом і налагодженою системою роботи.
- 5) Ваші питання завжди будуть вислухані і надані відповіді.

На сьогодні багато мереж пунктів забору пропонують систему співпраці – франчайзинг. Наприклад, лабораторія Invivo – це мережа пунктів забору в Житомирській, Харківській, Одеській, Миколаївській, Київській, Рівненській,

Хмельницькій, Чернігівській, Полтавській областях. Сотні лікарів користуються послугами лабораторії для встановлення точного клінічного діагнозу хворих, адже сьогодення медицина не може скласти повну уяву про стан пацієнта без лабораторних даних. Використовується сучасне автоматизоване обладнання, якісні реактиви світових виробників лабораторних тестів (тільки оригінальні тест-системи та реагенти). Дослідження виконуються на автоматичних аналізаторах виробництва США, Австрії, Франції, Голландії, Японії, що дозволяє забезпечити швидке та якісне відображення результатів. Для забору крові у дорослих та дітей сучасні вакуумні системи відомих виробників Vacuette (Grainer Bio-One, Австрія), Vacutainer (Becton Dickinson, Бельгія), які відповідають міжнародним нормам безпеки як для пацієнтів, так і для медичних працівників [37].

19 лютого в місті Києві відбулася презентація спільної ініціативи соціального проекту “Право на освіту” і Київської лікарні “ОХМАТДИТ” по створенню “Школи Супергероїв”. Організатори проекту презентували франшизу та розповіли про саму ідею освіти в лікарнях, підготовку вчителів, особливості класів та стосунки з владою.

Житомирська обласна дитяча клінічна лікарня стала першою, хто підписав договір після презентації соціальної франшизи Школи Супергероїв. Для приміщення школи у лікарні вже розробили сучасний проект, який, за словами ініціаторів, вийшов навіть кращим, ніж у Києві. Разом з яскравими кольорами, сучасним дизайном враховані всі санітарні норми та медичні показання для дітей.

Отже, дані рекомендації дадуть можливість ефективно впроваджувати фінансові напрямки в розвиток системи охорони здоров'я досліджуваного медичного закладу.

Висновки до розділу 3

Встановлено, що програмно - цільовий метод у світі визнається як один з найбільш дієвих методів щодо здійснення витрат бюджетів. Саме цей метод

реалізується через цільові програми, та дозволяє напряду взаємопов'язати розподіл ресурсів з бюджету та запланованим їх використанням відповідно до пріоритетів, які встановлені державною політикою.

Розглянуто більш детально шляхи впровадження програмно-цільового методу у сфері охорони здоров'я, беручи за об'єкт аналізу цільові програми в цій сфері.

Наголошено, що кількість бюджетних програм на одного розпорядника коштів в нашій державі завищена. Тут має місце застосування принципу, за яким одна політика має відповідати одній цільовій програмі.

В більшості розвинених країн світу успішно застосовується бюджетне планування цільових програм на середньострокову перспективу. Адже середньостроковий прогноз бюджету дозволяє краще передбачити економічну ситуацію в країні та досягнути вищого рівня стабільності.

Реалізація бюджетних цільових програм в сфері охорони здоров'я обов'язково має включати в себе аналіз такого показника, як відсоток виконання самої програми. На основі даних цільових програм в сфері охорони здоров'я проаналізовано відсоток виконання паспортів бюджетних програм 2021-2022 роки. Підсумковий результат показав недовиконання цільових програм з різних причин.

Розглянуто використання концепції взаємозв'язку між цілями програм МОЗ та цілями Уряду. На жаль, маємо суттєву невідповідність пріоритетів роботи Уряду та бюджетних програм МОЗ.

Проаналізовано, що оцінка ефективності бюджетних цільових програм є обов'язковою, адже передбачає моніторинг, аналіз та контроль за використанням бюджетних коштів.

Правильно розроблена та впроваджена система фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я є однією з умов, щоб дана сфера була ефективною.

Для покращення використання діючих механізмів системи фінансування охорони здоров'я, в тому числі і в Товстенській селищній лікарні, рекомендовано покращити управлінські рішення щодо ресурсного забезпечення державних

медичних закладів, порівнюючи з фінансуванням приватних закладів; обов'язкове введення медичного страхування; розвивати медичний туризм, адже наша держава має дуже хороші перспективи розвитку в цьому напрямку; використовувати такий інструмент, як акредитація, яка сприятиме конкурентоспроможності вітчизняних медичних послуг на європейському ринку; впроваджувати нові напрямки залучення коштів як краудфандинг та розвиток франчайзингу.

ВИСНОВКИ

Проведене у кваліфікаційній роботі дослідження використання цільового програмування в процесі надання медичних послуг в закладах охорони здоров'я на прикладі Комунального некомерційного підприємства «Товстенська селищна лікарня» Товстенської селищної ради.

1. Визначено, що програмно-цільовий метод є одним із дієвих методів при здійсненні витрат бюджетів, який реалізується через цільові програми.

2. Під поняттям «цільова програма» запропоновано розуміти інструмент державної політики, комплекс завдань і заходів, який спрямований на досягнення мети, маючи в наявності відповідні ресурси, використовуючи найефективніші методи, враховуючи часові межі проведення етапу робіт та фінансується з Державного бюджету України та за рахунок коштів інвесторів.

3. Сформовано розширену класифікацію державних цільових програм у сфері охорони здоров'я, а саме за масштабом дії, за способом управління та фінансування, за спрямованістю, за територіальним масштабом, за терміном дії, за рівнем фінансування, за рівнем комплексності, за характером дії, за дієвістю.

4. Визначено наступні етапи розроблення і виконання ДЦП: етап формування, етап реалізації та етап звітування. Також сформовано структурні елементи державної програми в сфері охорони здоров'я, що включає в себе паспорт програми, передпрограмний документ, перелік завдань та заходів програми, ресурсне забезпечення, координацію та контроль та розрахунок очікуваних результатів. Також вивчено питання дотримання принципів, правил формування розробки цільових програм.

5. Розглянуто та узагальнено питання реформування сфери охорони здоров'я за останні роки, які види програм впроваджувалися в той чи інший період, їх важливість та необхідність застосування. Проаналізовано фінансове забезпечення державних цільових програм в сфері охорони здоров'я як на державному, так і регіональному рівнях, їх джерела фінансування, проблематику та позитивні аспекти.

6. Проаналізовано організаційну структуру комунального некомерційного підприємства «Товстенська селищна лікарня», що складається з адміністрації медичного закладу, а також з стаціонарного та поліклінічного відділень, допоміжних діагностичних підрозділів.

7. Встановлено, що найбільша частка діяльності даного медичного закладу припадає на амбулаторні показники: у 2020 році – 18256, у 2021 році – 16841, у 2022 році- 21961, у 1 півріччі 2023 року- 17612. На другому місці по наданню медичних послуг є стоматологічні послуги, які за період 2020-2022 років коливалися в межах 3764-4315. Спостерігаємо тенденцію до збільшення показника виписки хворих, відповідно у 2020 році він складав 1769 осіб, а станом на 2022 рік збільшився на 29% (2296 осіб), але показник рівня померлих значно скоротився за аналогічний період з 23 осіб до 6 (в 3,8 рази). Кількість операційних послуг зменшилася на 27%, однією з причин були карантинні обмеження.

8. Визначено, що в даному медичному закладі потрібно звернути увагу на проведення аналітичної та організаційної роботи щодо залучення персоналу, оскільки є недоукомплектованість по лікарях та середньому медичному персоналу, а в загальному зменшення плинності кадрів, також постійно забезпечувати можливість професійного зростання, а в умовах реформування використовувати інструменти ефективного управління.

9. Проаналізовано, що на низьку ефективність виконання цільових бюджетних програм лікарні вплинули такі фактори, як невідповідність фінансового забезпечення вимогам та потребам медичного закладу та декларативний характер результатів програми, які заплановано було досягти. Потребує кращого професійного підходу складання та виконання паспортів бюджетних програм. Додаткове бюджетування на фактичні потреби медичного закладу відбувалося за рахунок районного бюджету, що в свою чергу призвело до несвоєчасного надходження коштів, і відповідно, несвоєчасно виплачувалася заробітна плата, закуповувалися медикаменти, продукти харчування, сплачувалися комунальні послуги, перерозподіл коштів з власних доходів з

інших запланованих заходів (показників) паспортів бюджетних програм, не дав якісно та повноцінно надавати медичну допомогу хворим.

10. Проаналізовано, що результативні показники паспорту бюджетної програми «Багатопрофільна стаціонарна медична допомога населенню» досліджуваного медичного закладу показав, що вони не в повній мірі забезпечують структуру та обсяги ресурсів, метою яких є повноцінне та якісне виконання бюджетної програми.

11. Встановлено, що кількість бюджетних програм на одного розпорядника коштів в нашій державі завищена. Тут має місце застосування принципу, за яким одна політика має відповідати одній цільовій програмі. В більшості розвинених країн світу успішно застосовується бюджетне планування цільових програм на середньострокову перспективу. Адже середньостроковий прогноз бюджету дозволяє краще передбачити економічну ситуацію в країні та досягнути вищого рівня стабільності. Реалізація бюджетних цільових програм в сфері охорони здоров'я обов'язково має включати в себе аналіз такого показника, як відсоток виконання самої програми. На основі даних цільових програм в сфері охорони здоров'я проаналізовано відсоток виконання паспортів бюджетних програм 2021-2022 роки. Підсумковий результат показав недовиконання цільових програм з різних причин.

12. Запропоновано для покращення використання діючих механізмів системи фінансування охорони здоров'я, в тому числі і в Товстенській селищній лікарні, покращити управлінські рішення щодо ресурсного забезпечення державних медичних закладів, порівнюючи з фінансуванням приватних закладів; обов'язкове введення медичного страхування; розвивати медичний туризм, адже наша держава має дуже хороші перспективи розвитку в цьому напрямку; використовувати такий інструмент, як акредитація, яка сприятиме конкурентоспроможності вітчизняних медичних послуг на європейському ринку; впроваджувати нові напрямки залучення коштів як краудфандинг та розвиток франчайзингу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Агеєв Д. О. Особливості державних цільових програм як інструменту розвитку економіки та їх класифікація / Д. О. Агеєв // Вісник Запорізького національного університету. – 2010. -№3 (7). – С.155-161.
2. Алексеєнко Л. М. Соціальні програми: прагматика формування та проблеми фінансування / Л.М. Алексеєнко, Б.С. Шулюк // Світ фінансів. - 2015. - №4. - С. 96—105.
3. Асланян Г. Державні цільові програми як бюджетний інструмент інвестування в соціально-економічний розвиток / Г. Асланян // Парламент: часопис. – 2005. -№7.- С. 2-5.
4. Аудиторський звіт Державної аудиторської служби України управління західного офісу держаудитслужби в Тернопільській області.
URL:
https://docs.google.com/viewer?url=https%3A%2F%2Fdasu.gov.ua%2Fattachments%2Faudit-reports%2F2019%2Fac19726c-0c86-4409-be36-6b181e85e9ea_document.pdf
5. Бабін Б. В. Державні цільові програми - організаційно-правові засади розроблення, затвердження та виконання / Б.В. Бабін, В.О. Кроленко; Донец. нац. ун-т економіки і торгівлі ім. Туган -Барановського. - Донецьк, 2006. - 206 с.
6. Бєседін В. Ф. Прогнозування і розробка програм: метод. Посібник / В. Ф. Бєседін та ін.; за ред В. Ф. Бєседіна. – К.: Науковий світ, 2000. – 468 с.
7. Бюджетний кодекс України від 08.07.2010 №2456-УІ.
8. Галайко Н. В. Науково-теоретичні аспекти сутності поняття "державна цільова програма" / Н. В. Галайко // Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. серія економічна. - 2014. - Вип. 1. - С. 147-157.

9. Горачук В.В. Акредитація як інструмент підвищення якості медичної допомоги / В.В.Горачук // Оригінальні дослідження. -2023. – №1. URL: <https://oralhealth.zaslavsky.com.ua/index.php/journal/article/download/144/142/101>
10. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році та I кварталі 2021 року, затверджені постановою Кабінету Міністрів України від 05.02.2020 р. № 65 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/65-2020-%D0%BF#n298>
11. Дяків О., Шушпанов Д., Пошелюжний В. Розвиток економіки знань в організації, яка самонавчається. Вісник Тернопільського національного економічного університету. 2020. Випуск 1 (95). С. 113-125. URL: <https://www.econa.org.ua/index.php/econa/article/view/1345>
12. Економічна енциклопедія: в 3-х т. /відп. ред. С. В. Мочерний.-К.: Академія; Тернопіль: Академія народного господарства, 2002. – Т. 3. – 884 с.
13. Желюк Т. Сучасні підходи до реалізації публічної політики у сфері охорони здоров'я. Вісник Тернопільського національного економічного університету. 2019. № 1. С. 37-50.
14. Желюк Т., Мацик В. Медичний туризм, нові напрями та можливості: макроекономічні та регіональні аспекти. Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України. 2021. Вип. 26. С. 17-27.
15. Желюк Т., Чигур О. Регіональні ринки медичних послуг: специфіка формування та надання в умовах проведення медичної реформи. Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України. 2020. Вип. 25. С. 13-22.
16. Жуковська, А.Ю. Інноваційні технології інклюзивної медицини. *Інноваційна економіка*. 2020. № 3-4 (83). С. 19-30. URL: <https://doi.org/10.35774/visnyk2019.02.007>

17. Жуковська, А.Ю., Чигур, О.В. Інноваційні технології надання медичних послуг. *Інноваційна економіка*. 2022. № 1 (90). С. 60-66. URL: <https://doi.org/10.37332/2309-1533.2022.1.8>
18. Запровадження цілісного середньострокового планування бюджету ОТГ. Посібник. -2020. URL: <https://docs.google.com/.pdf>
19. Іванчов П. В. Проблеми реформування системи охорони здоров'я в Україні: інституційний аспект/ П. В. Іванчов // Актуальні проблеми економіки . – 2020. -№6. – С. 133-145.
20. Карамішев Д.В. Реалізація цільових програм як форма державного регулювання соціально-економічних процесів / Д. В. Карамішев // Держава та регіони. Серія : Економіка та підприємництво. – 2006.- №1.- С. 95-100.
21. Кизим М. О. Теорія та практика оцінки пріоритетності та результативності державних цільових програм в Україні/ М.О. Кизим, Г.М. Феденко // Бізнесінформ.-2012. - № 12. - С. 6-13.
22. Котіна Г.М. Програмно-цільове бюджетування та ефективність бюджетних програм в Україні: проблеми та протиріччя в імплементації / Г. М. Котіна // Ефективна економіка. – 2020. - №7. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=8055>
23. Краудфандинг у реалізації власного інвестиційного проєкту. URL: <http://sg.vn.ua/news/shho-take-kraudfandyng-i-yak-vykorystaty-jogo-mozhlyvosti-dlya-realizatsiyi-vlasnogo-proektu/>
24. Краудфандинг: що це таке і як він працює в Україні. URL: <https://buduysvoe.com/publications/kraudfandyng-shcho-ce-take-i-yak-vin-pracyuye-v-ukrayini>
25. Кривокульська Н.М. Удосконалення організації роботи медичних установ як функції адміністративного менеджменту. Формування ринкових відносин в Україні. 2015. № 2 (165). С. 67-71. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/udoskonalennya-organizatsiyi-roboti-medichnih-ustanov-yak-funktsiyi-administrativnogo-menedzhmentu/viewer>

26. Кузенко Н.В. Особливості фінансування системи охорони здоров'я розвинених країн / Науковий вісник НЛТУ України. – 2011. – Вип. 21.10 URL:<https://docs.google.com/viewer?url=https%3A%2F%2Fcyberleninka.ru%2Farticle%2Fn%2Fosoblivosti-finansuvannya-sistemi-ohoroni-zdorovya-rozvinenih-krayin.pdf>
27. Лібанова Е.М. Соціальні результати державних програм: теоретико-методологічні та практичні аспекти оцінювання [Текст]: монографія / Е.М. Лібанова.- Умань: Сочінський, 2012. - 312 с.
28. Макарова О.В. Державні соціальні програми: теорія, методика розробки та оцінки [Текст]: автореф. дис. д-ра ек. наук: 08.09.01 / О.В. Макарова; Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України. - К., 2004. - 34 с.
29. Малачинська М. Впровадження змін в системі охорони здоров'я на місцевому рівні: управлінські інструменти територіальних громад / М. Малачинська // Теоретичні та прикладні питання державотворення. – 2022. - №28. – С. 44-54 URL : <http://taais.oridu.odessa.ua/issue/view/16953>
30. Маліновська О. Я. Соціальні програми та проекти як інструменти здійснення державної соціальної політики в умовах програмно-цільового методу організації бюджету. / О. Я. Маліновська // Економіка та держава. -2016. - № 3. – С. 61-64.
31. Марчак Д. Бюджетні програми: шлях до покращення якості / Д. Марчак // Вокс Україна. - 2019. - №25. – С. 1-74.
32. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я: кол. монографія за науковою ред. д.е.н. Шкільняка М.М., д.е.н. Желюк Т.Л. Тернопіль, Крок. 2020. 560 с. URL: http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/38546/1/Mon_uzoz_t.pdf
33. Організація діяльності в сфері охорони здоров'я: навч. посібник за ред. Шкільняка М.М., Желюк Т.Л., Тернопіль, Крок. 2021. 438 с.
34. Офіційний сайт Держстату URL: https://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/publnasel_u.htm

35. Офіційний сайт Кабінету Міністрів України URL: <https://docs.google.com/viewer?url=https%3A%2F%2Fwww.kmu.gov.ua%2Fstorage%2Fapp%2Fuploads%2Fpublic%2F64b%2F7e7%2F557%2F64b7e7557da2f244329608.doc>
36. Офіційний сайт Кабінету Міністрів України URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/uriad-ukhvalyv-stratehiiu-rozbudovy-telemetryny-v-ukraini>
37. Офіційний сайт компанії URL: <https://invivo.ua/uk/kyev/pro-nas/>
38. Офіційний сайт компанії URL: <https://franchise-capital.com/ru/blog/chastnaya-meditsinskaya-klinika-po-franshize/>
39. Офіційний сайт МедСтартр URL: <https://about.medstartr.com/about/medstartr-model/>
40. Офіційний сайт Міністерства Освіти і науки України URL: <https://mon.gov.ua/ua/ministerstvo/diyalnist/byudzhet-ta-zakupivli/byudzhet/arhiv>
41. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я URL: https://docs.google.com/viewer?url=https%3A%2F%2Fmoz.gov.ua%2Fuploads%2F2%2F13773-transition_book_healthcare.pdf
42. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я URL: <https://docs.google.com/.2022.pdf>
43. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я URL: <https://moz.gov.ua/article/news/p%e2%80%99jat-prioritetiv-programi-medichnih-garantij>
44. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я URL: <https://moz.gov.ua/dostupni-liky>
45. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я URL: <https://moz.gov.ua/programa-eu4health>
46. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я URL: <https://moz.gov.ua/article/news/bjudzhet-moz-ukraini-2020-prioriteti->

47. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я URL:
<https://moz.gov.ua/>
48. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я URL:
<https://moz.gov.ua/s>
49. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я URL:
<https://phc.org.ua/news/opis-programi-eu4health>
50. Офіційний сайт Міністерства фінансів URL:
https://www.mof.gov.ua/uk/news/minfin_u_2022_rotsi_vidatki_na_okhoro_nu_zdorovia_stanovili_2153_mlrd_griven-3908
51. Офіційний сайт Тернопільської обласної ради URL :
<https://tor.gov.ua/?id=300>
52. Пілунський І. В. Про класифікацію комплексних програм територіального розвитку / І.В. Пілунський // Вісник Національної академії державного управління. - 2005. - №3. - С. 292-297.
53. Порядок використання коштів, передбачених у державному бюджеті для проведення вакцинації населення від гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2: затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 13.01.2021 р. № 23 URL:
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/23-2021-%D0%BF#Text>
54. Порядок розроблення та виконання державних цільових програм, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 31.01.2007 р. № 106 URL:
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/106-2007-%D0%BF#Text>
55. Постанова Кабінету Міністрів від 19.08.2015 №618 «Про затвердження формули розподілу обсягу медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам».
56. Про державні цільові програми: Закон України від 18.03.2004 р. №1621-IV URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1621-15#Text>
57. Про затвердження Критеріїв направлення громадян України для лікування за кордон на період дії воєнного стану та Переліку закладів

- охорони здоров'я, які здійснюють координацію направлення громадян України для лікування за кордон на період дії воєнного стану: Наказ МОЗ України №574 від 05.04.2022 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0414-22#Text>
58. Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України: Указ Президента України від 07.12.2000 р. №1313/2000 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000#Text>
59. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості: Закон України № 5, ст. 32 2018 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text>
60. Про Розподіл вакцини проти гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2: Наказ МОЗ України № 2355 від 27.10.2021 р. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-27102021--2355-pro-rozpodil-vakcini-proti-gostroi-respiratornoi-hvorobi-covid-19-sprichinenoj-koronavirusom-sars-cov-2>
61. Про систему громадського здоров'я: Закон України № 2573-IX. від 6 вересня 2022 року URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#top>
62. Про фінансове забезпечення охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні. Пояснювальна записка до проекту Закону України від 29.08.2019 № 1178 URL: <https://ips.ligazakon.net/document/GI00215A?an=18>
63. Програмно-цільовий метод у бюджетному процесі / М. Я. Азаров, Ф. О. Ярошенко, О. І. Амоша (кер. авт. кол.). – Т. 4. – К.: НДФІ, 2004. – 368 с
64. Статут комунального некомерційного підприємства «Товстенська селищна лікарня» Товстенської селищної ради.
65. Терзі О. О. Система суб'єктів управління у сфері охорони здоров'я. /О. О. Терзі // Часопис Київського університету права. - 2018. - № 2. – С. 168-173.

66. Шкільняк М. М., Овсянюк-Бердадіна О. Ф., Крисько Ж. Л., Демків І. О. Менеджмент: підручник. Тернопіль: ЗУНУ, 2022 р. 258 с.
67. Шкільняк М., Желюк Т., Дудкіна О., Жуковська А., Попович Т. Управління закладами охорони здоров'я: виклики та перспективи (аналітичні рекомендації за результатами круглого столу (Тернопіль – Збараж, Збараський замок, 9 вересня 2021 року.) *Вісник економіки*. 2021. № 4. С. 225-233.
<http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/45703/1/%D0%A8%D0%BA%D1%96%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8F%D0%BA.PDF>
68. Шкільняк М., Кривокульська Н. Діагностика середовища функціонування закладу охорони здоров'я як передумова проведення змін. *Соціально-економічні проблеми і держава*. 2018. Вип. 2 (19). С. 151-159. URL:
<https://elartu.tntu.edu.ua/bitstream/lib/27328/8/18smmmpz.pdf>
69. Шкільняк М.М., Кривокульська Н.М. Організаційне лідерство як інструмент організації діяльності закладу охорони здоров'я та її вдосконалення. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2022. № 1 (91). С. 64-69.
70. Шкільняк М.М., Кривокульська Н.М. Розвиток концептуальних підходів до управління якістю медичних послуг закладів охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2020. № 2 (84). С. 22-30.
71. Шубенко І. А. Програмно-цільовий метод і проблеми його застосування в період реформування фінансування галузі охорони здоров'я / І. А. Шубенко // *Бізнесінформ*. – 2021. -№1. – С. 264-271.
72. Шушпанов Д. Г. Доступність та якість медичної допомоги як детермінанти здоров'я населення. Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України. 2018. Вип. 23. С. 118-125. URL:
<http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/33759/1/Шушпанов.pdf>

73. Що таке медичний туризм і чи розвинений він в Україні URL: <https://suspilne.media/140379-termalni-dzerela-tureccini-ta-vodi-karpat-so-take-medicnij-turizm-i-ci-rozvinenij-vin-v-ukraini/>
74. Dluhopolskyi, O., Zhukovska, A., Dluhopolska, T., Farion, A., Karp, I., Kryvokulska, N. The implementation of the eHealth system as an economic benefit (case of EU countries for Ukraine). 9th International Conference on Advanced computer information technologies ACIT'2019. Conference Proceedings. Ceske Budeiovice, Czech Republic, June 5-6, 2019. pp. 346-349. URL: <https://doi.org/10.1109/ACITT.2019.8779933>
75. Shushpanov, D., Zheliuk, T., Zhukovska, A., Diakovich, L., Matsyk, V., Kotsur, A. Management of the Health Care System in the Conditions of Population Aging: Information, Analytical and Methodical Dimension. 11th International Conference on Advanced Computer Information Technologies ACIT'2021. Conference Proceedings Deggendorf, Germany, September 15-17, 2021. pp. 259-664. URL: <https://doi.org/10.1109/ACIT52158.2021.9548634>
76. Zhukovska, A., Brechko, O., Zheliuk, T., Chyгур, O., Shushpanov, D., Nytko, O. Information System and Technologies in the Health Care Management. 12th International Conference on Advanced Computer Information Technologies (ACIT) (26-28 September, 2022). Spišská Kapitula, Slovakia, 2022. pp. 249-254. URL: <https://doi.org/10.1109/ACIT54803.2022.9913132>
77. Zhukovska, A., Zheliuk, T., Shushpanov, D., Brych V., Brechko, O., Kryvokulska, N. Management of the Development of Artificial Intelligence in Healthcare. 13th International Conference on Advanced Computer Information Technologies (ACIT) (21-23 September, 2023). Wrocław, Poland, 2023. P. 241-247. URL: <https://doi.org/10.1109/ACIT58437.2023.10275435>