

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Навчально-науковий інститут новітніх освітніх технологій
Кафедра фінансового менеджменту та страхування

ЛІТИНСЬКА Тетяна Іванівна

**Фінансове забезпечення закладів охорони
здоров'я в умовах медичної реформи
/ Financial support of health care facilities in the
context of medical reform**

спеціальність: 072 - Фінанси, банківська справа та страхування
освітньо-професійна програма - Фінансовий менеджмент

Кваліфікаційна робота

Виконала студентка групи
ФМзм-21
Т. І. Літинська

Науковий керівник:
д.е.н., професор, О. В. Кнейслер

Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту:

" 20 " звудня 20 21 р.

Завідувач кафедри

О. В. Кнейслер

ТЕРНОПІЛЬ - 2021

АНОТАЦІЯ

Літинська Т. І. Фінансове забезпечення закладів охорони здоров'я в умовах медичної реформи . – Рукопис.

Дослідження на здобуття освітнього рівня «магістр» за спеціальністю 072 – фінанси, банківська справа і страхування. Освітня програма – фінансовий менеджмент. Західноукраїнський національний університет, Тернопіль, 2021.

Кваліфікаційна робота присвячена теоретичним і практичним аспектам оцінки механізму фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я в умовах медичної реформи. У дослідженні розкрито теоретичні аспекти фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я, особливості їхнього функціонування в умовах медичної реформи; охарактеризовано механізм фінансового забезпечення цих закладів; окреслено джерела та напрями їх нарощування в контексті забезпечення ефективності діяльності закладів охорони здоров'я в сучасних умовах.

ANNOTATION

Litynska TI Financial support of health care institutions in the conditions of medical reform. - Manuscript.

Research to obtain a master's degree in specialty 072 - finance, banking and insurance. Educational program - financial management. West Ukrainian National University, Ternopil, 2021.

Qualification work is devoted to theoretical and practical aspects of assessing the mechanism of financial support of health care facilities in the context of medical reform. The study reveals the theoretical aspects of the financial support of health care facilities, the peculiarities of their functioning in the context of medical reform; the mechanism of financial support of these institutions is characterized; outlines the sources and directions of their increase in the context of ensuring the effectiveness of health care facilities in modern conditions.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	6
1.1. Теоретичні основи фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я ...	6
1.2. Механізм фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я в умовах медичної реформи.....	14
Висновки до розділу 1	22
РОЗДІЛ 2 ПРАГМАТИЗМ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ.....	24
2.1. Аналіз фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в Україні.....	24
2.2. Оцінка фінансування закладів охорони здоров'я (КНП «Лисецька лікарня ЦРЛ».....	35
Висновки до розділу 2	42
РОЗДІЛ 3 НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ.....	43
3.1 Удосконалення методичних підходів до оцінки ефективності фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я за медичної реформи.....	43
3.2 Напрями підвищення ефективності фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я.....	53
Висновки до розділу 3	57
ВИСНОВКИ.....	58
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	59

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Ринкові засади господарювання особливо за умови медичної реформи вимагають якісних змін у системі охорони здоров'я, обмежене фінансове забезпечення якої особливо негативно позначилося на реновації її інфраструктурних об'єктів в умовах COVID-19, рівні та якості медичних послуг. Пошук ефективних джерел фінансового забезпечення є єдиним механізмом існування закладів охорони здоров'я на належному рівні, який би сформував усі прерогативи для забезпечення здоров'я нації. Відтак є очевидним той факт, що низьке бюджетнефінансове забезпечення є стимулом до імплементації страхової медицини, здатної диверсифікувати джерела надходження коштів до галузі охорони здоров'я і, таким чином, створити передумови для якісного медичного обслуговування. За умов невизначеності, зумовленої COVID-19, неабиякої актуальності набуває проблематика ефективного фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я. В зв'язку з цим зростає необхідність концептуальних і практично значимих розробок, які б фінансового стимулювали розвиток усіх закладів охорони здоров'я на теренах України.

Аналіз останніх наукових публікацій. Розвитку прикладних концепцій фінансового забезпечення медичних установ присвятили свої наукові праці такі вчені як В. Войцехівський, В. Галайда, Д. Карамішев, Н. Карпишин, С. Кондратюк, Н. Лакіза-Савчук, Ю. Левенець, В. Лехан, Е. Лібанова, З. Лободіна, О. Макарова, Я. Радиш, І. Радь, В. Рудий та інших. Проведений аналіз наукової літератури свідчить про те, що більшість наукових досліджень присвячено лише окремим проблемам фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я, реалізації медичної реформи та уніфікації законодавства з європейськими країнами. Проте поза увагою залишається оптимізація й пошук нових джерел фінансового забезпечення медичних установ, що й актуалізує тему випускної кваліфікаційної роботи.

Об'єктом дослідження є фінансове забезпечення закладів охорони здоров'я.

Предметом дослідження є сукупність теоретико-методологічних і прикладних аспектів фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я в умовах медичної реформи.

Метою роботи є поглиблення теоретичних засад фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я та обґрунтування рекомендацій щодо підвищення ефективності цього процесу в умовах COVID-19.

Для досягнення запланованої мети поставлено та виконано такі завдання:

- висвітлити сутність й економічний зміст фінансового забезпечення;
- охарактеризувати механізм фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я у сучасних умовах;
- розкрити методику оцінки фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я;
- здійснити оцінку фінансово-економічної діяльності КНП «Лисецька лікарня ЦРЛ»;
- здійснити оцінку фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я в період пандемії;
- виявити тенденції фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я в період запровадження медичної реформи;
- виокремити напрями удосконалення фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я в умовах пандемії.

Методи дослідження. У роботі застосовано методи теоретичного узагальнення, методи порівняння та систематизації, розрахунково-аналітичні методи, методи спостереження, індукції та дедукції. Також використовувалися методи порівняльного, статистичного аналізу, логічного узагальнення та табличні й графічні методи відображення результатів досліджень.

Інформаційною базою дослідження є законодавчі нормативно-правові акти, монографічні дослідження і наукові публікації вітчизняних та зарубіжних вчених-економістів з досліджуваних питань; підручники, навчальні посібники,

первинна, облікова, фінансова документація КНП «Лисецька лікарня ЦРЛ», електронні ресурси світової мережі Internet.

Наукова новизна полягає в удосконаленні методики й обґрунтуванні напрямів удосконалення фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я у сучасних умовах.

Практичне значення одержаних результатів полягає в обґрунтуванні ефективного механізму фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я в умовах медичної реформи та COVID-19.

Апробація результатів роботи. За основними положеннями та науковими результатами випускної кваліфікаційної роботи опубліковано тези у збірниках наукових праць кафедри фінансового менеджменту та страхування в 2021 році.

Структура роботи. Випускна кваліфікаційна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, які розміщено на 64 сторінках, списку використаних джерел, який складає 59 джерел.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Теоретичні основи фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я

Враховуючи мету і завдання випускної кваліфікаційної роботи розглянемо сутність й економічний зміст фінансового забезпечення охорони здоров'я.

Спочатку розглянемо саме фінансове забезпечення та його зміст. Фінансове забезпечення за своєю природою – це покриття витрат за рахунок фінансових ресурсів, які акумулювали держава та усі існуючі суб'єкти господарювання. Метою фінансового забезпечення є формування необхідного для ефективного функціонування обсягу фінансових ресурсів, грошових коштів та їх еквівалентів. А основним завданням – прийняття фінансових рішень щодо складу та структури джерел фінансування фінансово-господарських процесів.

Однак питання щодо вибору та пошуку необхідних джерел фінансового забезпечення в цілому та охорони здоров'я зокрема досі залишаються невирішеними та дискусійними.

В економічних працях таких науковців як О. Арєф'єва, І. Тульпи, В. Белоліпецкого, А. Загороднього, Ю. Стадницького, Н. Ушакової, І. Бланка, Л. Кукурудзи фінансове забезпечення пов'язується із власними, позичковими й залученими (наданими) джерелами. Проте розбіжність їхніх поглядів полягає у класифікації перерахованих джерел і потреби включення до них бюджетних коштів місцевих громад.

У свою чергу, І. Волков, М. Грачова, І. Д'яконова, З. Ватаманюк, С. Панчишин, С. Реверчук, Л. Павлова, Л. Дробозіна, А. Ковальова, Н. Коліна, Г. Поляк приєднують до наведених безоплатні та благодійні внески, пожертвування організацій, підприємств і громадян, кошти іноземних інвесторів. На наш погляд, такий підхід є дискусійним, адже не слід

розраховувати на фінансування тільки за рахунок благодійних внесків, пожертвувань, без врахування бюджетних ресурсів різних рівнів.

Проте, В. Андрійчук, А. Поддєрьогін, С. Мочерний виділяють бюджетні асигнування, що, на нашу думку, є правильним та заслуговує на увагу практиків.

Окремі вчені-економісти дотримуються іншої позиції, поділяючи джерела фінансового забезпечення на власні та позикові. Прихильники такої точки зору – А. Гойко, Л. Аврашкова, С. Галузинський, А. Шеремета. Так, С. Галузинський до власних ресурсів приєднав благодійні внески, спонсорську допомогу й акції, які, на нашу думку, належать до залучених коштів.

Кардинально інші форми фінансового забезпечення подав Б. Щукін, виокремивши повне самофінансування, змішане фінансування, позики, оренду майна, кошти з бюджету, кошти дрібних інвесторів тощо.

Отже, аналіз різних підходів вчених-економістів до джерел фінансового забезпечення свідчить, що вони тісно переплітаються, взаємопов'язані між собою, однак потребують чіткої систематизації, особливо у сфері охорони здоров'я.

У практиці можна виділити чотири основні типи організації фінансового забезпечення охорони здоров'я:

1. Бюджетне фінансове забезпечення.
2. Обов'язкове медичне страхування.
3. Добровільне медичне страхування.
4. Приватне фінансове забезпечення.

Бюджетне фінансове забезпечення закладів охорони здоров'я передбачає виділення коштів на надання населенню медичної допомоги і підтримку мережі лікувально-профілактичних установ із загального державного бюджету за рахунок коштів, отриманих від збору податків.

Фінансове забезпечення через систему обов'язкового медичного страхування передбачає, що надання медичної допомоги оплачується за рахунок страхових внесків, які акумулюються фондами обов'язкового медичного

страхування, що виплачуються працедавцем в одноосібному порядку або спільно з працівником. При цьому кошти на утримання медичних установ можуть надходити як з державного бюджету, так і зі страхових внесків.

Добровільне медичне страхування може оплачуватися як працедавцями, так і за рахунок особистих коштів громадян. При цьому надана медична допомога оплачується страховою компанією.

Медична допомога також може оплачуватися приватними особами з власних коштів.

Виходячи з вищесказаного, можна виділити чотири джерела фінансового забезпечення системи надання громадянам медичної допомоги:

- державний бюджет;
- фонди соціального страхування;
- добровільне медичне страхування;
- особисті кошти громадян.

На основі вказаних вище типів і джерел фінансове забезпечення системи охорони здоров'я формуються різні моделі фінансове забезпечення системи. Проте слід зазначити, що на практиці в чистому вигляді ці моделі не існують. Як правило, наявна змішана модель з превалюванням одного з джерел фінансове забезпечення (Великобританія, Німеччина і США).

Фінансове забезпечення охорони здоров'я із засобів загального оподаткування іноді називають моделлю Беверіджа, за ім'ям британського економіста, що представив у 1942 р. доповідь уряду Великобританії, у якому була сформульована концепція соціальної держави, що передбачала з-поміж іншого фінансове забезпечення державою медичного обслуговування населення.

Відповідно до цього механізму, витрати на охорону здоров'я фінансуються державою за рахунок загальних податкових надходжень. Обсяг витрат на охорону здоров'я встановлюється в процесі загального планування бюджету. Необхідний розмір фінансових ресурсів визначається і подається на розгляд уряду міністерством охорони здоров'я і/або його департаментами.

Таким чином, фінансове забезпечення охорони здоров'я безпосередньо залежить від ефективності податкової системи в країні, тому цей механізм може успішно функціонувати тільки в країнах з відлагодженою, чітко структурованою системою оподаткування і високим рівнем збирання податків.

Бюджетне фінансове забезпечення охорони здоров'я більшою мірою, ніж решта механізмів, базується на принципі рівності громадян у доступі до медичного обслуговування. Проте важливим визначальним елементом міри рівності і солідарності в охороні здоров'я при використанні цього механізму є рівень розвитку приватного медичного страхування, яке існує в країні разом із бюджетним фінансове забезпеченням медичної допомоги. При паралельному існуванні цих механізмів фінансового забезпечення між ними з'являється конкуренція, переваги і недоліки якої мають враховуватися при визначенні політики фінансового забезпечення галузі як у приватному, так і в суспільному секторі.

Цей механізм фінансового забезпечення застосовується у ряді країн Західної і Східної Європи, а також в Австралії, Канаді та Новій Зеландії.

Фінансове забезпечення охорони здоров'я за рахунок соціального страхування часто називають системою Бісмарка, оскільки за його ініціативою вона була введена в Німеччині ще в 1883 р.

Ресурси системи соціального страхування складаються з обов'язкових податкових або страхових внесків працівників і працедавців, відрахувань незалежних підприємців і перерахування частини інших коштів оподаткування з пенсійних програм, допомоги з безробіття. У ряді країн, наприклад, у Німеччині, існує практика сумісної оплати внесків працівниками і працедавцями, як правило, в однакових частках. У деяких країнах, до яких належить і Україна, внески на обов'язкове медичне страхування оплачуються повністю за рахунок працедавця.

Відмінністю обов'язкового медичного страхування від добровільного є те, що внески за обов'язковими програмами не враховують індивідуальний ризик захворюваності в кожному конкретному випадку й обсяг необхідних у

цьому випадку медичних послуг, орієнтуються на величину прогнозованих витрат у загальнодержавному масштабі.

У цій моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я процес визначення бюджету, що виділяється на охорону здоров'я, значно складніший, ніж при бюджетному фінансуванні, де за нього відповідають міністерства і різні департаменти. Визначення бюджету і внесків на соціальне страхування залежить від інтересів працедавців, профспілок, представників медичної професії, уряду і громадян.

Система соціального страхування меншою мірою, ніж механізм фінансового забезпечення за рахунок загальних податкових зборів, базується на принципі рівності громадян. Шкала розрахунку внесків на соціальне страхування, як правило, має регресивний характер. Таким чином, забезпечені громадяни вносять до системи значно меншу частину своїх доходів, ніж малозабезпечені громадяни. Нерівність громадян у доступі до системи охорони здоров'я також залежить від політики, що проводиться урядом, який визначає учасників системи, а також можливості входження і виходу із системи для громадян з вищим рівнем доходів.

Конкуренція між покупцями медичних послуг у цій системі обмежена, оскільки на ринку існує або одна страхова компанія, що здійснює державне соціальне страхування, або декілька, прикріплення застрахованих до яких регламентують органи влади, і базується воно, як правило, на регіональному принципі.

Охорона здоров'я також може фінансуватися за рахунок приватного страхування, яке, у свою чергу, має індивідуальний і груповий характер. При індивідуальному страхуванні людина самостійно отримує поліс медичного страхування, що дає їм можливість у майбутньому при отриманні медичної допомоги не сплачувати за послуги або вносити незначні співплатежі. Групове медичне страхування, як правило, характерне для співробітників одного підприємства, його повністю або частково оплачує працедавець. Види й обсяги медичної допомоги, що надається застрахованим, залежать від вибраних

страхових схем, які можуть значною мірою розрізнятися залежно від вартості страховки. При добровільному медичному страхуванні оплата медичних послуг здійснюється за рахунок акумульованих внесків застрахованих.

Цілком очевидно, що страхові компанії, які працюють на комерційній основі, прагнуть до мінімізації власних збитків. У медичному страхуванні ця мета може бути досягнута двома способами: шляхом диференціації страхових премій залежно від стану здоров'я застрахованого і її перегляду при настанні страхових випадків, а також шляхом відбору застрахованих за принципом найменшої категорії ризику. Таким чином, рівень конкурентоспроможності страхової компанії на ринку залежить від здатності точно оцінити рівень ризику або вибрати застрахованих з меншим рівнем ризику.

Результатом описаних вище тенденцій є значний рівень нерівності громадян у доступі до отримання медичної допомоги, а також зведення до мінімуму принципу соціального захисту. При ранжируванні ризиків і відборі контингенту застрахованих страховою компанією люди із слабким здоров'ям, хронічними і тяжкими захворюваннями або не зможуть отримати поліс медичного страхування, або будуть змушені платити за нього значно більшу суму, ніж здорові застраховані.

Зниження рівня нерівності і локалізація “провалів” ринку залежить від державної політики у цій сфері. Наприклад, уряд може запроваджувати норми, що забороняють диференціацію ризиків і перегляд умов поліса, зобов'язавши страхові компанії продавати поліси медичного страхування на рівних для всіх умовах. У цьому випадку конкуренція між страховими компаніями зосередиться на відборі найбільш переважних застрахованих з найменшим рівнем ризику.

Разом з добровільним медичним страхуванням як механізм приватного фінансового забезпечення охорони здоров'я може виступати безпосередня оплата за готівку медичних послуг при їх отриманні.

Ця форма фінансового забезпечення медичної допомоги є найменш справедливою із соціального погляду, оскільки в цьому випадку бідні і хворі

громадяни вимушені витратити на охорону здоров'я значно більше коштів, ніж багаті і здорові.

Для механізму фінансового забезпечення охорони здоров'я за рахунок особистих коштів громадян характерний високий рівень конкуренції між постачальниками медичних послуг.

Слід зазначити, що наявна оплата медичної допомоги тією чи іншою мірою існує практично у всіх країнах. Так, на оплату медичних послуг за готівку в загальному обсязі приватного фінансового забезпечення охорони здоров'я припадає: в Німеччині і Франції – близько 42%; у Великобританії – 55%; в Італії – 82%; у США – 26,5%.

В контексті дослідження важливим аспектом є аналіз фінансового забезпечення в контексті медичної реформи, яка внесла неабиякий вплив на функціонування системи охорони здоров'я в Україні.

Так, «... у 2015 році Уряд України ініціював трансформаційну реформу системи охорони здоров'я з метою поліпшення стану здоров'я населення та забезпечення фінансового захисту від надмірних витрат «з кишені» шляхом підвищення ефективності, модернізації застарілої системи надання послуг та покращення доступу до якісного медичного обслуговування» [40, с. 3].

«Комплексна стратегія передбачала першочергове здійснення реформи фінансування системи охорони здоров'я для того, щоб прискорити перетворення у сфері надання медичних послуг (як для окремих осіб, так і для населення) та впровадити інформаційні технології в якості каталізаторів» [40, с. 3].

«Стратегію фінансування системи охорони здоров'я було сформульовано в концептуальному документі, який було затверджено Кабінетом Міністрів України» [40, с. 3].

«Важливе значення в реформуванні системи охорони здоров'я мало прийняття на законодавчому рівні Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» [36].

«Відповідно до Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я та ряду законів, підписаних Президентом України у грудні 2017 року, із 2018 року розпочалося втілення масштабної трансформації фінансування системи охорони здоров'я» [12, с. 3].

«Нова модель фінансування ставить пацієнта у центр уваги, забезпечує виконання державних гарантій щодо медичної допомоги та дозволяє чітко визначити ролі та зобов'язання Уряду, органів місцевого самоврядування та керівництва медичних закладів» [12, с. 3]. «Оскільки первинна медична допомога (далі – ПМД) є найважливішим елементом національної системи охорони здоров'я, першими у нові умови фінансування входять саме заклади охорони здоров'я, які надають ПМД, відтак заклади отримують самостійність у питаннях внутрішнього управління та налагодження бізнес процесів» [12, с. 3].

«Аналізуючи текст концепції визначено, що її мета пов'язана із вирішенням наступних проблем системи охорони здоров'я України:

1. Катастрофічна фінансова незахищеність пацієнтів;
2. Низька якість та ефективність надання послуг;
3. Неефективне витрачання бюджетних коштів» [36].

У подальших розділах нашої випускної кваліфікаційної роботи ми спробуємо встановити чи підвищила ефективність системи охорони здоров'я медична реформа і як вона вплинула на фінансове забезпечення закладів охорони здоров'я, особливо в умовах пандемії.

Слід зазначити, що в чистому вигляді описані вище моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я існують, мабуть, тільки в теорії. На практиці набули розвитку різні змішані моделі. Незважаючи на те, що в більшості країн в тій чи іншій формі існує або бюджетне фінансове забезпечення охорони здоров'я, або система соціального страхування, у них також активно розвивається приватне медичне страхування й існує практика готівкової оплати медичних послуг. У більшості цих країн добровільна страховка покриває не всі види медичних послуг, громадяни, які зіткнулися із серйозними

захворюваннями, змушені повертатися в державну систему. Можливе також поєднання приватного і державного медичного обслуговування.

Розглянувши теоретичні моделі фінансового забезпечення, видається доцільними детальніше зупинитися на їх практичному застосуванні. Бюджетна модель фінансового забезпечення охорони здоров'я буде розглянута на прикладі Великобританії, де, ґрунтуючись на концепції, розробленій Беверіджем у 1946 р., була створена Національна служба охорони здоров'я. Система соціального страхування розглядається на прикладі Німеччини, де вперше Отто фон Бісмарк увів, крім іншого, державне медичне страхування. Фінансове забезпечення охорони здоров'я за рахунок приватного сектора економіки буде розглянуто на прикладі США, де в умовах фактичної відсутності інших моделей фінансового забезпечення охорони здоров'я приватна форма оплати медичного обслуговування й, особливо, приватне медичне страхування набули найбільшого поширення.

1.2. Механізм фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я в умовах медичної реформи

Механізм фінансового забезпечення ґрунтується на безперервній взаємодії важелів, стимулів і методів, які забезпечують рух фінансових ресурсів, контролюють і формують засади ефективного управління ними.

Фінансові ресурси перебувають у безперервному русі, утворюючи грошові потоки, що циркулюють між виробниками й споживачами товарів, послуг, між усіма учасниками економічних процесів. На певний час кошти можуть зупинятися у своєму русі, утворюючи грошові нагромадження, але потім знову починають переміщатися, переходячи від одних осіб до інших, змінюючи свою форму (одна валюта обмінюється на іншу, гроші перетворюються в цінні папери, і навпаки). У своєму русі кошти виконують

основну роль агента обігу, беручи участь в оплаті праці, купівлі-продажу товарів і послуг.

Поряд з рухом грошей як коштів платежу від покупців товарів, послуг, праці до їх продавців спостерігається також розподіл коштів, не пов'язаний безпосереднім чином з обміном. Гроші вилучаються у вигляді податків, надаються як допомога, соціальні трансферти, служать об'єктом дарування, можуть бути отримані у вигляді позик. У загальному випадку розподілом фінансових ресурсів прийнято називати будь-який перехід коштів з одних рук в інші, здійснюваний згідно з рішенням власників цих коштів.

Прийнято виділяти такі групи учасників фінансових відносин і розподілу коштів:

а) державні, регіональні, муніципальні органи, що володіють і розпоряджаються належними їм грошовими ресурсами, розподіляють, стягують платежі й податки, формують державний і місцеві бюджети;

б) підприємства, установи, організації всіх галузей і сфер економіки й підприємці, що одержують кошти від споживачів їх продукції або від держави і витрачають їх на придбання факторів проведення, сплату податків й інших платежів, на нагромадження;

в) населення, сім'ї, що одержують гроші від держави, підприємств, підприємців, від інших людей у вигляді заробітної плати, пенсій, стипендій, допомог, благодійної допомоги, інших доходів і витрачають їх на придбання споживчих товарів, послуг (у тому числі на ведення домашнього господарства) і заощадження.

В економіці ринкового типу, де фактори проведення, споживчі товари й послуги продаються й купуються за гроші, процес розподілу проходить у вигляді обміну товарів на гроші, тобто розподіл товарів пов'язаний з розподілом фінансових ресурсів.

Водночас розподіл коштів може відбуватися й поза прямою залежністю від проведення й продажу товарів. Взаємні розрахунки, платежі, стягнення податків, соціальні виплати також приводять до розподілу грошей між

учасниками соціально-економічних процесів: державою, регіонами, фірмами, підприємцями, громадянами.

Основне джерело фінансових ресурсів країни – її валовий національний продукт, вироблений за певний період часу. Виробники продукту створюють його, реалізують за допомогою продажу на ринках товарів і послуг, у результаті чого утворюються фінансові ресурси. Виручені кошти, дохід розподіляються між творцями продукту, власниками факторів виробництва, але свою частку у вигляді податків і платежів у бюджет одержує й держава, яка, у свою чергу, розподіляє кошти на свої потреби.

Розподіл первинних доходів, отриманих безпосередньо за рахунок створеного продукту, можна назвати первинним. Після первинного відбувається вторинний розподіл отриманих у результаті первинного розподілу фінансових ресурсів, тобто перерозподіл.

Так, працівник організації одержує свою заробітну плату в підсумку первинного розподілу доходу організації. Але потім той самий працівник може розподілити отримані ним гроші між членами своєї сім'ї або за різними видами видатків. Держава також перерозподіляє отримані в бюджет гроші за різними статтями державних ресурсів, виплачує пенсії, стипендії, допомоги.

Зрозуміло, що перерозподіл може бути кількаретним. У результаті кожного перерозподілу відбувається рух грошових коштів, фінансові ресурси змінюють своїх господарів.

На пропорції розподілу фінансових ресурсів впливає населення, яке здійснює розподіл. Ще більшою мірою на величину коштів, що розподіляються, впливають доходи, ціни, заробітна плата, податки. У результаті грошові потоки, що направляються фінансовими органами, людьми, розходяться і сходяться, досягаючи практично всіх клітин економічного організму.

Які ж чинники приводять у рух фінансові потоки, породжують фінансові зв'язки й відносини? Усе починається з вихідних, первісних життєвих потреб, задоволення яких вимагає проведення й відтворення економічного продукту.

При всій важливості фінансових відносин в економіці вони вторинні в тому розумінні, що їх породжують первинні виробничі, соціальні, політичні відносини. Разом з ними фінансові відносини утворюють сукупність економічних відносин. При цьому в ряді випадків фінансові відносини виходять на перший план, стають головним засобом управління економікою. Впливаючи на розподіл і обмін продукції, товарів, послуг, фінанси тим самим регулюють їх споживання.

Виходячи із цього, прихильники монетаризму вважають, що грошам належить вирішальна роль в економіці. Певною мірою вони праві, у ринковій економіці дійсно “правлять бал” гроші. Але самі грошові процеси перебувають під впливом проведення й споживання, потреб та інтересів людей. Тому люди, події, економіка управляють грошми не меншою мірою, ніж самі гроші як інструмент управління.

Розглянемо тепер рух і розподіл коштів у прив’язці до фінансового забезпечення закладів охорони здоров’я.

Принципова схема каналів фінансового забезпечення закладів охорони здоров’я різних форм власності зображена на рис. 1.1.

На схемі зображені зовнішні джерела надходження коштів у заклади охорони здоров’я різними каналами у вигляді оплати надаваних послуг, різних видів фінансової допомоги, субсидій, кредитів.

Це поточні, періодичні надходження грошей або інших видів коштів на рахунки медичних організацій, які слугують основними джерелами поповнення фінансових ресурсів.

Водночас заклади охорони здоров’я здатні мати нагромаджені власні кошти у вигляді грошей на рахунках у банках і в касі, цінних паперів (акцій, облігацій, векселів, придбаних на фінансових ринках, і самостійно випущених цінних паперів), а також коштів, що перебувають в обороті. До власних фінансових ресурсів правомірно зарахувати й так звані ліквідні кошти у вигляді майнових цінностей, які можуть бути легко обернені в гроші шляхом продажу.

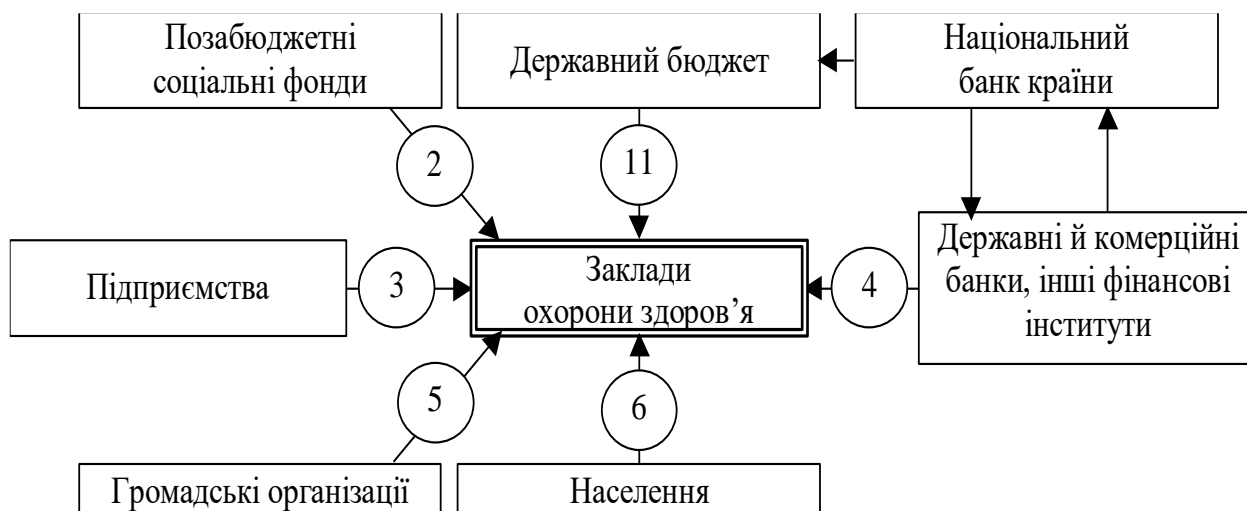


Рис. 1.1. Механізм фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я різних форм власності (складено автором)

Власні кошти закладів охорони здоров'я можуть поповнюватися за рахунок відрахувань з отриманих установою прибутків від комерційної діяльності (різниця між доходами від діяльності й витратами на неї) і у вигляді амортизаційних відрахувань (частина доходу організації, яка виділяється на відновлення зношених основних засобів). При цьому слід прагнути до того, щоб поповнення власних коштів відшкодовувало їх витрати, оскільки величина власних коштів – важливий критерій економічної стабільності організації, установи. Водночас основними джерелами фінансових ресурсів організацій охорони здоров'я мають бути зовнішні надходження, частина яких, до речі, іде на формування власних коштів.

Канал №1 на схемі (рис. 1.1) відображає фінансове забезпечення медичних організацій, установ з коштів державного й місцевих бюджетів. Таке фінансове забезпечення наявне у формі бюджетних асигнувань, що безоплатно виділяються для фінансового забезпечення діяльності бюджетних лікарень. Слід відрізнити пряме, безпосереднє фінансове забезпечення у формі виділення коштів, що надходять на рахунок медичної організації, віднепрямого фінансового

забезпечення у вигляді надання податкових пільг, повного або часткового звільнення від платежів у бюджет, одержання дотацій у вигляді можливості придбання товарів за цінами, нижче за ринкові, надання безкоштовних послуг, зниження мит.

Непряме бюджетне фінансове забезпечення застосовується не тільки стосовно державних і комунальних лікарень, але певною мірою поширюється й на приватні установи, яким надаються податкові пільги, здаються в оренду об'єкти державної й місцевої власності за пільговою ціною, виділяються земельні ділянки.

Державний і місцеві бюджети фінансують, оплачують державні й муніципальні замовлення, які на контактній основі виконують медичні установи й організації охорони здоров'я будь-яких форм власності.

Канал № 2 (рис. 1.1) відображає фінансове забезпечення медицини з фондів обов'язкового медичного страхування, що являють собою один з різновидів позабюджетних соціальних фондів. Подібні фінансові фонди створюються у встановленому державою порядку за допомогою нормативних відрахувань із фонду оплати праці будь-яких організацій. Обов'язкове медичне страхування являє собою своєрідний перерозподіл коштів, при якому частина коштів, зароблених трудовими колективами, працівниками, вилучається з ресурсів оплати праці й скеровується в позабюджетний фонд обов'язкового медичного страхування. Надалі ці кошти передаються лікарням у вигляді оплати надаваних ними населенню медичних послуг.

Фінансове забезпечення організацій охорони здоров'я з боку підприємств, організацій, установ, підприємницьких структур різних галузей і форм власності (канал № 3, рис. 1.1) здійснюється в різних формах. Це може бути фінансове забезпечення за допомогою державного медичного страхування працівників конкретного підприємства, здійснюване за рахунок коштів підприємства через державну або приватну страхову компанію. У такому випадку фінансове забезпечення проводить страхова компанія в межах і на умовах, установлених договором страхування. Підприємство може також

укласти прямий договір з організацією охорони здоров'я про надання медичних послуг працівникам підприємства на платній основі. У цьому випадку фінансове забезпечення здійснюється за допомогою оплати наданих послуг.

Підприємства й підприємці, які володіють вільними коштами, виступають також у ролі меценатів, благодійних організацій, спонсорів, що надають фінансові ресурси лікарням на безкоштовній основі, у вигляді пільгових кредитів або на інших прийнятних умовах.

Канал № 5 на рис. 1.1 відображає фінансове забезпечення медичних організацій і установ громадськими організаціями: добровільними об'єднаннями, асоціаціями, фондами, релігійними організаціями, партіями, благодійними організаціями. Найчастіше це безоплатно надавані кошти, адресовані певним організаціям охорони здоров'я для цільового використання за призначенням, установленим власниками виділюваних коштів. До таких громадських організацій належать не тільки вітчизняні, а й зарубіжні асоціації, фонди, орієнтовані на сприяння охорони здоров'я.

Вагомим, значним суб'єктом фінансового забезпечення медичних організацій є населення (канал № 6, рис. 1.1) в особі громадян, що опікуються про власне здоров'я й про здоров'я членів сім'ї, близьких людей. Населення безпосередньо оплачує надавані медичні послуги, лікарські засоби й інші засоби лікування, надавані за плату. Непрямим чином, шляхом відрахувань у позабюджетні соціальні фонди, люди здійснюють витрати на обов'язкове медичне страхування. Кожна людина має можливість брати участь у добровільному страхуванні, передаючи тим самим свої кошти через страхові компанії організаціям охорони здоров'я у вигляді оплати послуг відповідно до страхового поліса. Природно, що будь-який громадянин може за власним бажанням і на власний розсуд стати меценатом, передаючи організаціям охорони здоров'я благодійні внески.

Заклади охорони здоров'я можуть залучати кошти у вигляді кредитів, позик (канал № 4, рис. 1.1), надаваних кредитними установами (банками й іншими фінансовими інститутами) на певний термін на поворотній основі, під

відсотки. Одержання позикових коштів вимагає виконання ряду умов, особливо якщо мова йде про довгостроковий кредит, надаваний на один рік і більше.

Комерційні банки, перш ніж надати позику, перевіряють кредитоспроможність позичальника, тобто здатність вчасно й повною мірою повернути борг і виплатити відсотки за користування кредитом. Береться до уваги те, з якою метою, на які потреби медична організація бажає одержати кредит. Проводиться перевірка ліквідності майна організації, що позичить у банку кошти, тобто можливості швидкого перетворення майна в кошти на випадок, якщо організація не зможе повернути борг і виплатити відсотки.

У ряді випадків кредитори вимагають надання позичальником гарантії з боку третіх осіб, які зобов'язуються виплатити борг, якщо цього не зможе зробити позичальник. Щоб уникнути ризику, кредитор може вимагати внесення застави, яка передається позичальникові після повернення кредиту й виплати відсотків. Кредитування під заставу землі, об'єктів нерухомості відомо за назвою іпотечного. За наявності особливої довіри до організації, що має розрахунковий рахунок, банк дає організації змогу використовувати у своїх безготівкових розрахунках суми, що перевищують кількість грошей на поточному рахунку. Таке специфічне кредитування називають овердрафтом.

Іноді банки дають кредит, або, як прийнято говорити, відкривають кредитну лінію позичальникові в межах жорстких лімітів і при дотриманні певних умов у вигляді, наприклад, вимоги резервування позичальником у банку певної суми коштів.

Одержання коштів у вигляді банківських кредитів ускладнено у зв'язку з високими ставками кредитного відсотка, який стягується комерційними банками, що вони пояснюють високим рівнем банківського кредитного ризику. Відзначимо, що якщо ставка кредитного відсотка перевищує норму прибутку, одержуваного від використання кредитних ресурсів, то залучення кредиту стає економічно не вигідним.

Останніми роками набуло поширення кредитування у формі лізингу, що надає довгострокову оренду машин, устаткування з можливістю їх наступного

викупу. У процесі фінансового лізингу спеціалізована компанія отримує устаткування й через лізингову фірму здає його в оренду медичним організаціям, тим самим надаючи організації кредит (у речовинній формі), що дорівнює вартості устаткування. Після певного періоду устаткування повертається власникові з виплатою орендної плати, до якої включаються відсотки за наданий кредит, або викупляється орендарем.

Наявність можливостей одержання фінансових ресурсів із зовнішніх джерел не повинне приводити до нехтування внутрішніми джерелами, які є в будь-якій організації охорони здоров'я. Йдеться не про “проїдання” наявних власних коштів, а про раціональне використання фінансових ресурсів, при якому власні кошти не тільки не зменшуються, а й збільшуються. Навіть якщо медична організація не одержує прямих прибутків від основної діяльності, функціонує як некомерційна організація, вона здатна нарощувати власні кошти шляхом економії, зниження видатків праці, матеріалів, енергії, устаткування за рахунок раціональної організації лікувального процесу.

Висновки до розділу 1

На сучасному етапі розвитку суспільства одним з основоположних принципів, покладених в основу державотворення більшості провідних держав, є принцип соціальної справедливості. У свою чергу, загальна доступність медичної допомоги – необхідний атрибут соціальної справедливості.

У більшості країн держава бере участь у роботі системи охорони здоров'я, а в ряді країн навіть є гарантом отримання медичної допомоги. Очевидно, що держава відіграє певну роль на ринку, але немає єдиної думки щодо того, якою має бути міра її втручання.

Кошти, що виділяються в складі державного бюджету на потреби охорони здоров'я, вкрай невеликі й в абсолютному, і у відносному виразі. На охорону здоров'я країни виділяється приблизно 7–8% державного бюджету.

Нестача бюджетних коштів, що виділяються на охорону здоров'я, накладає істотний відбиток на бюджетування охорони здоров'я, тобто на процедуру розрахунку обсягу бюджетного фінансування й прийняття рішень про диверсифікацію джерел фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я.

Джерелами фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я в умовах медичної реформи є не тільки бюджетні кошти, а й ресурси інших юридичних і фізичних осіб, для яких охорона здоров'я є важливим аспектом у формуванні фінансово могутньої держави.

РОЗДІЛ 2

ПРАГМАТИЗМ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

2.1. Аналіз фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в Україні

В основу побудови індивідуальних кошторисів видатків медичної установи закладаються статистичні й нормативні показники, що характеризують обсяг діяльності підрозділів установи, у вигляді оперативно-мережних показників середньорічної кількості лікарняних ліжок, ліжко-днів, кількості посад медичного й адміністративно-господарського персоналу, кількості поліклінічних відвідувань і виїздів лікарів додому, а також інших аналогічних показників.

При визначенні подібним чином запиту на бюджетні асигнування на наступній рік зазвичай розділяють плановані видатки на амбулаторно-клінічну й стаціонарну допомогу. Як базові показники планування амбулаторно-поліклінічної допомоги приймають середні, що припадають на одного жителя за рік, кількість лікарських відвідувань у поліклініці, кількість консультацій і допомоги вдома. Базовим показником кошторису видатків на надання стаціонарної допомоги служить кількість ліжко-місць, обумовлена з урахуванням зайнятості лікарняних ліжок протягом року.

Виходячи з базових показників, визначаються величина ФОП медичних працівників й адміністративно-господарського персоналу, беручи до уваги нарахування на заробітну плату (соціальні податки, які відраховуються в позабюджетні фонди), що становлять основну частину видатків медичних установ.

Природно, що кошториси витрат можуть бути складені досить орієнтовно, оскільки неможливо передбачити всі види видатків і змін цін, оплати праці. Проте це не відіграє істотної ролі, тому що бюджетні можливості,

зумовлені величиною доходів бюджету й видатків за іншими бюджетними статтями, зазвичай нижче запиту на фінансові ресурси з бюджету, обумовленого на основі кошторисів.

Подані вище в загальному вигляді процедури визначення необхідних для функціонування охорони здоров'я фінансових ресурсів на основі кошторисних калькуляцій дають можливість оцінити сумарну річну потребу галузі в коштах. Обумовлену таким способом потребу правомірно назвати заявковою, оскільки за своєю суттю вона встановлюється за допомогою підсумовування заявок медичних установ, організацій, побудованих відповідно до рівнів витрат і нормативів видатків, що склалися в минулому, розраховуючи на одного пацієнта, на один ліжко-день, на одне відвідування лікаря. Оскільки заявкова потреба задовольняється з використанням не тільки бюджетних асигнувань, а й інших джерел, включаючи страхові фонди, доходи на комерційній основі, благодійні внески, що властиво бюджетним асигнуванням державного й регіонального рівнів, визначаються за формулою:

$$BA = ЗП - ОМС - ДМС - КД - БВ - ДК, \quad (2.1)$$

де BA – сумарні асигнування на охорону здоров'я з коштів державного й регіональних бюджетів;

$ЗП$ – загальна річна заявкова потреба на ресурси для фінансування бюджетних медичних установ і організацій;

$ОМС$ – річний обсяг фінансування бюджетних організацій за рахунок коштів особистого медичного страхування;

$ДМС$ – річний обсяг фінансування бюджетних організацій за рахунок коштів державного медичного страхування;

$КД$ – річні доходи бюджетних медичних організацій, одержувані за рахунок безпосередньо оплачуваних послуг;

$БВ$ – річний обсяг благодійних внесків у бюджетні медичні організації й установи;

ДК – обсяг річного фінансування бюджетних медичних організацій і установ з додаткових джерел.

Обчислену за формулою величину сумарних бюджетних асигнувань, установлену на основі заявкових потреб, порівнюють із реальною можливістю виділення необхідних коштів з державного та місцевого бюджетів, зумовленою рівнем планованих доходів бюджету і їх частки, що виділяється на потреби охорони здоров'я. Природно, що доводиться виконувати умови:

$$BA < aD \quad (2.2)$$

де D – сумарні плановані доходи бюджету;

a – частка доходів бюджету, виділена на видатки галузі охорони здоров'я.

Якщо ця умова не виконується, доводиться урізати заявкову потребу на фінансові ресурси або збільшувати частку доходів бюджету, що витрачаються на охорону здоров'я, або вишукувати додаткові джерела фінансових ресурсів для задоволення потреб галузі. Умова має виконуватися як у цілому для бюджету, що консолідується, поєднує державний та місцевий бюджети, так і для кожного з бюджетів окремо. Інакше кажучи, необхідно дотримувати умови, згідно з якою, загальні бюджетні асигнування включають три складові:

$$BA = BA_d + BA_m + BA_p \quad (2.3)$$

де BA – загальні бюджетні асигнування на охорону здоров'я (у країні, регіоні, у межах певного району);

BA_d – бюджетні асигнування з державного бюджету;

BA_m – бюджетні асигнування з місцевих бюджетів;

BA_p – бюджетні асигнування з бюджетів району.

Слід також мати на увазі, що фінансування наукових медичних досліджень передбачене за статтею бюджетних видатків на науку.

Подана схема формування фінансових ресурсів бюджету, що спрямовують на охорону здоров'я, побудована за принципом підсумовування

кошторисних витрат “знизу вгору”, тобто звернення витрат (заявкових потреб) окремих медичних організацій, установ у видатки регіону, країни. При такому підході бюджетні асигнування на охорону здоров’я визначаються як зведені по регіону, країні. Можливий і інший спосіб бюджетування видатків на охорону здоров’я, при використанні якого спочатку визначається загальна, сумарна величина бюджетних асигнувань у масштабах країни або регіону, яка потім розподіляється по містах, медичних установах з урахуванням їх потреб у ресурсах.

Сумарна величина бюджетних асигнувань на потреби охорони здоров’я в масштабі країни визначається за формулою:

$$БА = a \times H \times N, \quad (2.4)$$

де БА – річні бюджетні асигнування на охорону здоров’я;

a – частка загальних видатків на потреби охорони здоров’я, яку бере на себе бюджет;

H – населення країни (регіону);

N – середній норматив річних витрат на охорону здоров’я, розраховуючи на одну людину.

Після того, як видатки державного й регіональних бюджетів за статтею “охорона здоров’я” у першому наближенні визначені, здійснюється їх розподіл по містах з урахуванням населення, медичних організацій і їх персоналу, потреб розвитку медичних установ. Первинний приблизний розподіл бюджетних видатків здійснюється пропорційно до кількості жителів у цьому регіоні, але одночасно враховуються й інші фактори, такі як склад населення, рівень захворюваності, наявність медичних установ і їх оснащеність, необхідність підвищення заробітної плати персоналу, видатки на будівництво нових об’єктів охорони здоров’я.

Одночасно встановлюється, якою мірою бюджетні видатки на охорону здоров’я забезпечуються з коштів державного та місцевих бюджетів.

Схеми формування бюджетних фінансових ресурсів, що спрямовуються на потреби охорони здоров'я, які постійно змінюються, удосконалюються з урахуванням загального фінансового стану країни. Досить часто спостерігається комбінація схем бюджетування за принципом “знизу вгору” (підсумовування заявкових потреб на бюджетні асигнування) і “зверху до низу” (розподіл установленого на верхньому рівні управління загального обсягу бюджетних асигнувань). Розвиток ринкових відносин у сфері охорони здоров'я зумовлює трансформацію процедур формування бюджету охорони здоров'я.

Відзначимо, що виділення й розподіл бюджетних фінансових ресурсів на охорону здоров'я погоджується з державними й регіональними цільовими програмами забезпечення населення медичною допомогою, розвитку медицини й охорони здоров'я. Фінансування таких програм може здійснюватися за спеціально передбаченими статтями бюджетних видатків.

Наведемо обсяг, величину та структуру фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я в Україні. В Україні бюджетне фінансування ґрунтується на формуванні видатків охорону здоров'я. Так, починаючи із 2015 року їхня величина зростає високими темпами з 71 млрд. грн. до 83,2 млрд. грн., в 2020 році, що становить приріст 17,25% (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Динаміка фінансового забезпечення системи охорони здоров'я України у 2015–2020 рр. [41]

Показник	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021 прогноз	2020 / 2015	2020 / 2021
Реальні видатки на охорону здоров'я на душу населення (у цінах 2015 р., грн.)	1657	1553	1850	1897	1959	1988	1848	20,2	-8,4
Видатки на охорону здоров'я (у цінах 2015 р., млрд. грн.)*	71,0	66,3	78,6	80,2	82,3	83,2	77,0	17,2	-8,7
Видатки на охорону здоров'я (у % до ВВП країни)	3,6	3,2	3,4	3,3	3,2	3,0	3,0	-16,6	0
Видатки на охорону здоров'я (% у консолідованих видатках)	10,4	9,0	9,7	9,3	9,4	9,2		-11,5	
Чисельність населення (млн. ос.)	42,8	42,7	42,5	42,3	42,0	41,8		-2,3	

Як ілюструють дані таблиці 2.1, на 20,2% збільшилися видатки на охорону здоров'я на душу населення, що є з одного боку позитивним показником, але з іншого – за такого незначного рівня фінансування свідчить про значну смертність серед українців, що дозволяє характеризувати неефективність системи охорони здоров'я в Україні.

Також відмітимо, що поряд із падінням ВВП, особливо внаслідок пандемії, спостерігається падіння частки видатків на охорону здоров'я у відсотках до ВВП країни (17%), ще й у зведеному бюджеті за показниками цих видатків відбувається стрімке падіння - з 10,4% у 2015 році до 9,2% у 2020 році. Така тенденція щодо обсягів бюджетного фінансування медичної галузі України не дозволяє констатувати про ефективне фінансове забезпечення системи охорони здоров'я та вимагає від уряду рішучих дій щодо ліквідації такої ситуації. Не вирішило її навіть поява Національної служби здоров'я України та розподіл видатків через неї (рис. 2.1)

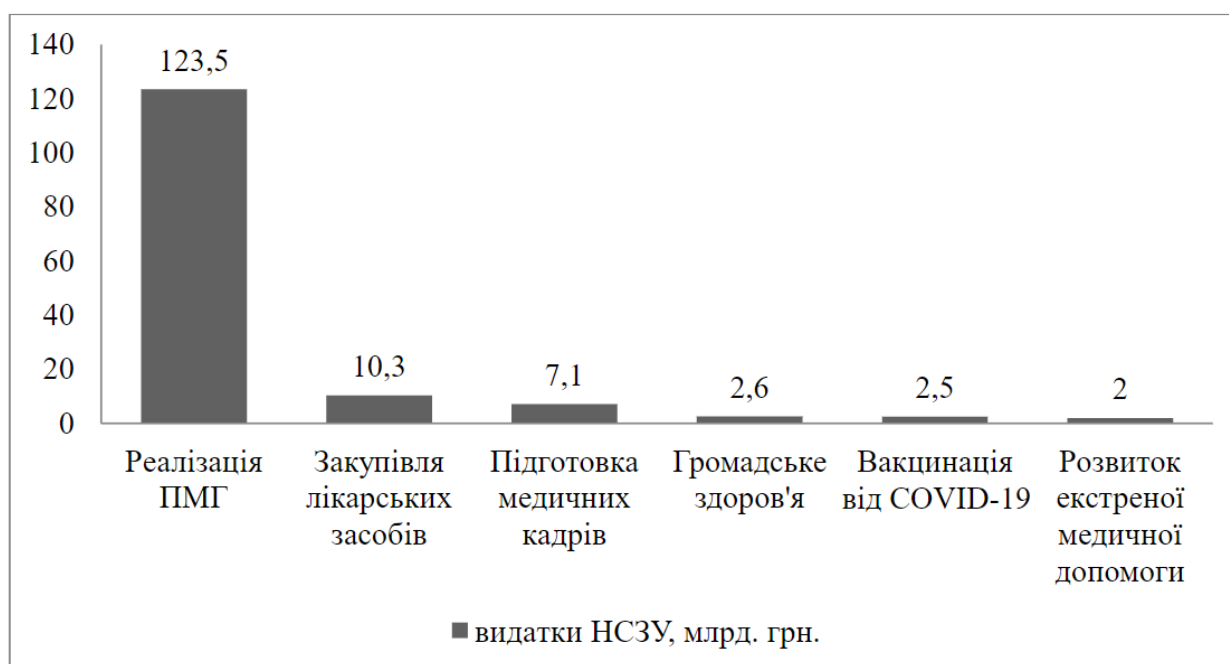


Рис. 2.1. Обсяги фінансування охорони здоров'я у 2021 р.*

*Розраховано автором на основі [41]

Дані рисунку 2.1 ілюструють тенденцію щодо превалювання видатків на фінансування державних гарантій щодо медичного обслуговування населення у

розмірі 123,5 млрд. грн. та витрат на закупівлю лікарських засобів – 10,3 млрд. грн., що свідчить про виконання даною структурою взятих на себе зобов'язань щодо фінансування охорони здоров'я у 2021 році. Звичайно, зазначимо, що внесла свої корективи пандемія, і Національною службою здоров'я України було профінансовано на вакцинацію від COVID-19 у розмірі 2,6 млрд. грн.

Отже, теоретико-методичне та емпіричне дослідження фінансового забезпечення системи охорони здоров'я засвідчує зростання обсягів фінансування на цю видаткову статтю, проте із низькими показниками нарощування. Така негативна динаміка не може не позначитися на рівні охорони здоров'я в Україні вимагає подальшого впровадження медичної реформи, проте із корегуванням.

2.2. Оцінка фінансування закладів охорони здоров'я (КНП «Лисецька лікарня ЦРЛ»)

В контексті оцінки фінансово-господарської діяльності закладів охорони здоров'я в Україні важливе значення має їх організаційне забезпечення, яке досліджувалося на базі Комунального некомерційного підприємства «Лисецька лікарня ЦРЛ», що є некомерційним підприємством і надає медичні послуги населенню, яке належить до Лисецької селищної ради Івано-Франківського району, Івано-Франківської області. Засновником і власником КНП «Лисецька лікарня ЦРЛ» є Лисецька селищна рада. Досліджуваний заклад охорони здоров'я «... діє на підставі Конституції України, Основного законодавства України про охорону здоров'я, Господарського, Цивільного кодексів України та законодавства України про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти, інших законів України, указів Президента України, Постанов Кабінету Міністрів України загальнообов'язкових для всіх закладів охорони здоров'я наказів та інструкцій Міністерства охорони здоров'я України, відповідних

рішень місцевих органів виконавчої влади і органів місцевого самоврядування та Статуту» [42].

«КНП «Лисецька лікарня ЦРЛ» заснована 1944 році і є закладом охорони здоров'я, яка постійно розбудовується та підвищує якість надання медичної допомоги населенню. Лікарня обслуговує 83800 населення, в тому числі 16776 дітей, 51044 осіб працездатного віку та 18967 пенсіонерів» [42].

«Метою діяльності КНП «Лисецька лікарня ЦРЛ» є реалізація державної політики в сфері охорони здоров'я, інтеграція та ефективне використання ресурсів для досягнення найкращих кінцевих результатів в наданні доступної амбулаторно-поліклінічної та висококваліфікованої спеціалізованої стаціонарної медичної допомоги дитячому населенню міста, підвищення якості та об'єму профілактичної допомоги» [42].

Основними завданнями досліджуваного закладу охорони здоров'я є:

- надання різного роду медичних послуг;
- надання консультативно-діагностичних послуг;
- стаціонарне лікування та реабілітація хворих;
- експертиза і контроль якості медичної допомоги;
- видача та продовження листків непрацездатності;
- надання невідкладної медичної допомоги хворим;
- «... своєчасне та кваліфіковане надання медичної допомоги дитячому населенню міста, віком від 1 місяця до 17 років 11 місяців 29 днів, у стаціонарних відділеннях лікарні» [42];
- «... своєчасне та кваліфіковане надання медичної допомоги дитячому населенню міста віком від 0 до 17 років 11 місяців 29 днів, на амбулаторному прийомі в поліклініках та вдома хворим, котрі за станом здоров'я та характером захворювання не можуть відвідувати поліклініки, потребують ліжкового режиму та систематичного медичного нагляду» [42];
- «... здійснення придбання, перевезення, зберігання, реалізацію (відпуск), використання, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів» [42];

– взаємодія з іншими лікувально-профілактичними установами; – підвищення якості медичної допомоги, шляхом широкого впровадження в практику досягнень медичної науки і практики, наукової організації праці, раціонального використання медичних кадрів;

– «... удосконалення організації управління і стилю роботи керівних служб і функціональних підрозділів лікарні, а також підготовка, підвищення кваліфікації та атестація медичних кадрів» [42];

– «... проведення широкої санітарно-освітньої роботи, направленої на покращення гігієнічних знань і виховання населення» [42];

– «... здійснення фінансово-господарської діяльності, види та напрямки якої погоджуються з відділом охорони здоров'я Лисецької селищної ради і не заборонені чинним законодавством, а також вирішення соціальних проблем та іншої передбаченої законодавством діяльності» [42].

КНП «Лисецька лікарня ЦРЛ» є лікувально-профілактичним закладом із структурними підрозділами, підпорядкованими їй, діяльність яких координується єдиним планом і метою.

«У структуру КНП «Лисецька лікарня ЦРЛ» входять терапевтичне, хірургічне, неврологічне, дитяче, інтенсивної терапії, гінекологічне та пологове відділення, розгорнуті на 170 ліжок, які зайняті на 98%. Відділення повністю оснащені необхідною апаратурою та медикаментами. Лікарня є базою для стажування лікарів та молодшого медичного персоналу. Колектив ЦРЛ, який налічує 870 працюючих, з яких 210 лікарі, 300 середніх медичних працівників, 176 осіб молодшого медичного персоналу, 185 особи господарського та іншого персоналу, представлений високо кваліфікованими спеціалістами 55,1% - лікарі вищої та першої кваліфікаційної категорії» [42].

«Щороку стаціонарну допомогу отримують близько 9200 пацієнтів, проводиться до 1640 операцій, та проводяться за допомогою малоінвазивних технологій» [42].

«Протягом року лікарями поліклініки прийнято 600910 хворих, при потужності 631. У складі лікарні функціонують 3 стаціонарні відділення

(Лисецька ЦРЛ, Тисменицька та Єзупільська міські лікарні), 7 сільських лікарських амбулаторій загальної практики сімейної медицини (Ганнусівська, Павлівська, Підлузька, Стриганецька, Черніївська, Чернолізька, Ямницька) та 37 ФАПів. Колектив лікарні прикладає масу зусиль для покращення надання медичної допомоги населенню району, впровадження новітніх медичних технологій» [42].

Підприємство надає медичні послуги на підставі ліцензії на медичну практику. Управління КНП «Лисецька лікарня ЦРЛ» «... здійснюється відповідно до Статуту і зобов'язаний приймати та виконувати доведені до нього в установленому законодавством порядку державні замовлення та замовлення, враховувати їх при формуванні фінансового плану, визначенні перспектив економічного і соціального розвитку та виборі контрагентів, а також складати і виконувати фінансовий план (річний та з поквартальною розбивкою) на кожен наступний рік» [42].

«Надання населенню платних медичних послуг та послуг на госпрозрахунковій основі здійснюється відповідно до постанов Кабінету Міністрів України, наказів Міністерства охорони здоров'я та інших нормативних актів» [42].

Джерелами формування майна «... КНП «Лисецька лікарня ЦРЛ» є:

- кошти, одержані від реалізації медичних послуг;
- кошти місцевого бюджету; цільові кошти;
- кредити банків;
- безоплатні або благодійні внески, гранти, дарунки, пожертвування організацій і громадян;
- інші джерела не заборонені законом» [42].

Статутний капітал КНП «Лисецька лікарня ЦРЛ» складають основні засоби, оборотні активи, а також цінності, які передані в контексті лізингу, довгострокової оренди та на правах оперативного управління, вартість яких відображається в балансі.

Досліджуваний заклад охорони здоров'я «... може одержувати кредити для виконання статутних завдань під гарантією Засновника. А також відповідає за своїми зобов'язаннями лише коштами, що перебувають у його розпорядженні» [42].

Порядок розподілу та використання коштів КНП «Лисецька лікарня ЦРЛ», отриманих від здійснення господарської некомерційної діяльності, визначається фінансовим планом, який затверджується до 1 вересня року, що передує плановому. Власні надходження КНП «Лисецька лікарня ЦРЛ» використовуються відповідно до чинного законодавства України.

Слід зазначити, що «... заборонено розподіл отриманих доходів (прибутків) або їх частини серед засновників (учасників), членів закладу, працівників (крім оплати їх праці, нарахування єдиного соціального внеску), членів органів управління та інших пов'язаних осіб» [42]. Доходи (прибутки) КНП «Лисецька лікарня ЦРЛ» використовуються виключно для фінансового забезпечення видатків на утримання закладу, реалізації мети (цілей, завдань) та напрямів діяльності передбачених Статутом закладу та іншими чинними підзаконними актами.

КНП «Лисецька лікарня ЦРЛ» активно здійснює процеси реформування. «Ця установа є комплексним лікувально-профілактичним закладом, який забезпечує надання кваліфікованої стаціонарної та амбулаторно-поліклінічної допомоги для дитячого населення Тисменецького району» [42].

«Оскільки до складу лікарні входить поліклінічне відділення, то цього медичного закладу торкнулися процеси реформування і первинної, і вторинної ланок, КНП «Лисецька лікарня ЦРЛ» уклало угоду з Національною службою здоров'я, що дало змогу перейти на більш ефективну модель фінансового забезпечення за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» [42]. Завдяки такій моделі заклад тепер отримує трирівневе фінансове забезпечення: кошти із державного бюджету у вигляді субвенції, із бюджету району, а також надходження від Національної служби здоров'я (рис.2.1).

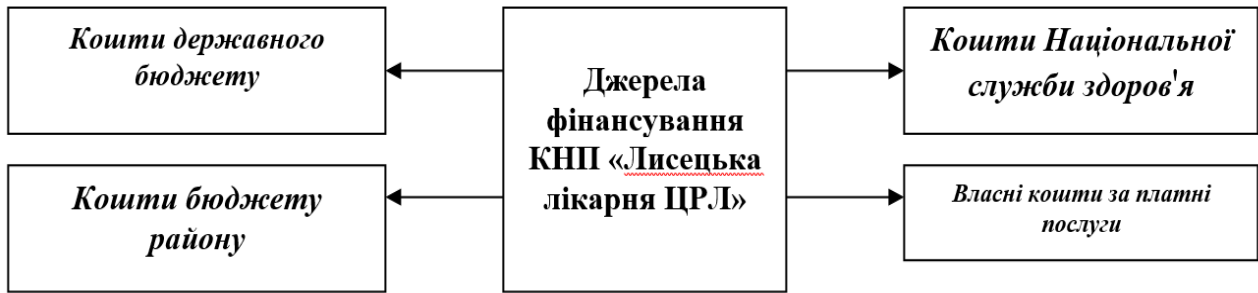


Рис. 2.1. Фінансове забезпечення КНП «Лисецька лікарня ЦРЛ».

Джерело: Складено автором

«Основними джерелами отримання грошових коштів є виплати за договорами про медичне обслуговування населення, виплати з місцевого бюджету в рамках цільових програм чи шляхом надання фінансової підтримки» [42].

«Додатковими джерелами доходів можуть бути не заборонені законодавством будь-які надходження від фізичних та юридичних осіб:

- від страхових компаній за надані медичні послуги;
- від юридичних осіб за медичні чи супутні послуги (корпоративні медичні огляди, оренда приміщень);
- від благодійних організацій;
- за надання платних послуг;
- за надані сервісні послуги пацієнтам (палати покращеного сервісу та інше) та іншим закладам охорони здоров'я і лікарям, що діють як фізичні особи-підприємці, (ведення бухгалтерського обліку, закупка ліків та витратних матеріалів, проведення тренінгів тощо)» [42].

«Протягом 2018-2020 років було укладено більше 15 тисяч декларацій із сімейними лікарями поліклінічного відділення лікарні, а також в закладі запрацювала електронна система охорони здоров'я, лікарі почали виписувати електронні рецепти (поки що – за програмою «Доступні ліки») в контексті функціонування своєї первинної ланки – поліклініки» [42]. А це свідчить про високу ефективність реформування первинної ланки. Вона полягає не тільки в кількості укладених декларацій (хоча сьогодні деклараціями вже охоплено 75%

жителів Тисменецького району), а й у таких показниках як рівень смертності, кількість інфекційних захворювань. Щодо вторинної ланки, то заклад самої лікарні також відчуває зміни.

«Фінансове забезпечення надходить з державного до районного бюджету за певною формулою відповідно до кількості жителів міста, на яких розраховують ліжкомісця, то з 2020 року все змінилося» [42].

«Кошти Національної служби здоров'я лікарня буде отримувати тільки в тому випадку, якщо буде готова надавати певні медичні послуги за спеціально затвердженими протоколами лікування, а для цього заклад повинен мати оснащення за певним переліком та фахівців, наприклад, одна з важливих умов - обладнання відділення невідкладної допомоги» [42].

«Класичне приймальне відділення повинно мати палату інтенсивної терапії, лабораторію, УЗД, рентген-апарат та інше оснащення, що прописано спеціальними нормативними документами» [42].

Зазначимо, що «... станом на 20.01.2020 року досліджуваним закладом охорони здоров'я було отримано лікарські засоби та вироби медичного призначення за кошти державного та місцевого бюджетів, благодійної діяльності і гуманітарної допомоги по КНП «Лисецька лікарня ЦРЛ».

Між Національною службою здоров'я України та КНП «Лисецька лікарня ЦРЛ» було заключено договір «Про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій», що дало можливість здійснити фінансове забезпечення за новими правилами, тобто за конкретно надані послуги конкретному пацієнту.

«Цей момент чи не найважливіший у питанні реформування первинної ланки медицини, адже вперше дільничні педіатри мають чіткий перелік послуг, які вони мають надавати, а держава оплачуватиме ці послуги відповідно до встановленого тарифу та коригувальних коефіцієнтів» [42].

Таким чином, ефективна фінансова політика є важливим інструментом реформування галузі охорони здоров'я, яка забезпечить пріоритет інтересів пацієнтів, підвищить задоволеність населення якістю і доступністю медичних

послу, та дозволяє мінімізувати, а в певних випадках й уникати фінансових ризиків.

В контексті дослідження зазначимо, що оцінку фінансового забезпечення діяльності неможливо здійснити без аналізу фінансового стану. Відтак, аналіз фінансового стану будь-якого підприємства, в тому числі і у сфері охорони здоров'я слід починати з аналізу структури його активів та пасивів, визначення найвагоміших статей балансу (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Структура балансу КНП «Лисецька лікарня ЦРЛ», (%)

Показники	2019	I півріччя 2020 року	II півріччя 2020 року
НА/А*	89,22	89,09	77,76
ОА/А	10,78	10,91	22,24
ВК/П	77,3	87,19	83,68
ДЗ/П	22,66	12,57	8,27
ПЗ/П	0,04	0,25	8,05

* де, НА – необоротні активи, А – активи, ВК – власний капітал, ДЗ – довгострокові зобов'язання, ПЗ – поточні зобов'язання.

Джерело: Складено та розраховано автором на основі даних фінансової звітності

Як засвідчують результати проведеного аналітичного оцінювання, «... у структурі активів КНП «Лисецька лікарня ЦРЛ» переважають необоротні активи, що зумовлено специфікою його діяльності, адже медичне обслуговування потребує великої кількості якісного та сучасного обладнання, проте їх частку у 2 півріччі дещо знизилася з 89,2% до 77,76%» [42].

Також спостерігаємо «... значний рівень зношеності основних засобів підприємства: 88,32% – 2019 р., 89,95% – 2020 р., окрім цього у структурі оборотних активів найбільшу долю займають виробничі запаси, так у другому півріччі 2020 р вони становили 48,93%» [42].

Як наочно видно, пасиви КНП «Лисецька лікарня ЦРЛ» формуються за рахунок власного капіталу, що є позитивним аспектом, його найвагоміша частка була сформована в I півріччі 2020 р. – 87,19%.

Упродовж першого і другого досліджуваних періоди КНП «Лисецька лікарня ЦРЛ» була зафіксована збиткова діяльність, однак тільки завдяки отриманому у другому півріччі 2020 р. прибутку сума непокритих збитків знизилася на 75% в порівнянні з 2019 р., що враховуючи специфіку фінансового забезпечення медичних установ, закономірно, адже довгострокові зобов'язання сформовані з джерел цільового фінансового забезпечення.

Спостерігаємо позитивну динаміку зростання поточних зобов'язань, в їх структурі у 2 півріччі найбільше займають доходи майбутніх періодів – 98%, в 1 півріччі ця стаття становила – 29 %, а найбільш вагома частка в 69% належала заборгованості з оплати праці.

Варто наголосити, що КНП «Лисецька лікарня ЦРЛ» не залучає банківські кредити, що є, з одного боку, негативним фактором, проте з іншого, – дозволяє мінімізувати настання фінансового ризику та є позитивним аспектом в контексті діяльності цієї медичної установи.

Враховуючи зазначене, у контексті логічного викладу матеріалу, наступним аспектом аналізу є оцінка основних показників діяльності КНП «Лисецька лікарня ЦРЛ» в розрізі надання вторинної та первинної медичної допомоги.

Так, фінансові показники за вторинною медичною допомогою, яку надає КНП «Лисецька лікарня ЦРЛ» ілюструють дані таблиці 2.2 та рис. 2.2.

Як ілюструють дані табл. 2.2, доходи від основної діяльності КНП «Лисецька лікарня ЦРЛ» в розрізі надання вторинної медичної допомоги у 2020 р. становлять 38174,0 тис. грн., що є позитивною тенденцією на фоні отримання витрат - 33239,5 тис. грн. та засвідчує низьку ймовірність щодо настання фінансового ризику, адже співвідношення доходів і витрат КНП «Лисецька лікарня ЦРЛ» в розрізі надання вторинної медичної допомоги становить 1,15 (доходи перевищують витрати на 15%).

Таблиця 2.2

Динаміка основних фінансових показників (доходів і витрат) КНП
«Лисецька лікарня ЦРЛ» в розрізі надання вторинної медичної допомоги у 2020
р., (тис. грн.)

Показники	План у 2020 р.	Факт у 2020 р.	Відхилення (+, -)
Доходи від операційної діяльності з них:	38119,2	38119,2	-
доходи від НСЗУ	26948,0	26948,0	-
доходи від місцевих бюджетів на оплату КП та енергоносіїв	2293,0	2293,0	-
міжбюджетні <u>трансфери</u>	1794,5	1777,2	(17,3)
медична субвенція	4732,6	4732,6	-
дохід від реалізації платних послуг	491,8	491,8	-
Витрати від операційної діяльності	(20622,6)	(20622,6)	-
Капітальні інвестиції (придбання ОЗ)	(768,5)	(768,5)	-
Доходи від фінансової діяльності	54,8	54,8	-
Всього доходів	38174,0	38174,0	-
Всього витрат	(33239,5)	(33239,5)	-

Джерело: Складено та розраховано автором на основі даних фінансової звітності

Проте варто наголосити на недофінансуванні надання вторинної медичної допомоги у 2020 р. за рахунок міжбюджетних трансфертів – 17,3 тис. грн., що є причиною виникнення фінансового ризику в контексті недофінансове забезпечення надання вторинної медичної допомоги. Зазначимо, що практично по інших статтях немає відхилень між плановими та фактичними показниками фінансової звітності, що позитивно характеризує фінансово-господарську діяльність КНП «Лисецька лікарня ЦРЛ».

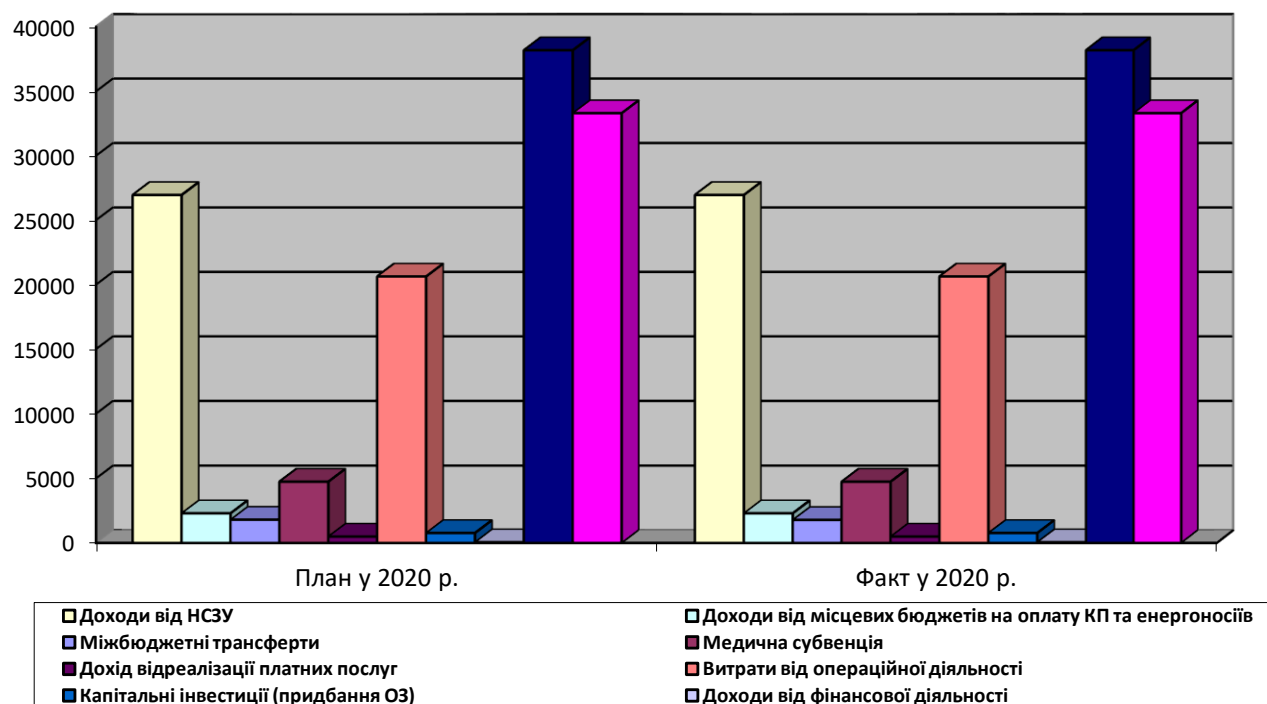


Рис. 2.2. Динаміка основних фінансових показників (доходів і витрат) КНП «Лисецька лікарня ЦРЛ» в розрізі надання вторинної медичної допомоги у 2020 р., (тис. грн.)

Джерело: Складено та розраховано автором на основі даних фінансової звітності

Таблиця 2.3

Динаміка основних фінансових показників (доходів і витрат) КНП «Лисецька лікарня ЦРЛ» в розрізі надання первинної медичної допомоги у 2020 р., (тис. грн.)

Показники	План у 2020 р.	Факт у 2020 р.	Відхилення (+, -)
Доходи (виручка) від реалізації продукції	11981,5	11981,5	-
доходи від місцевих бюджетів	256,6	256,6	-
Витрати від операційної діяльності	(6109,1)	(6109,1)	-
Капітальні інвестиції (придбання ОЗ)	(3006,8)	(3006,8)	-
Доходи від фінансової діяльності	285,5	285,5	-
Всього доходів	12523,7	12523,7	-
Всього витрат	(11902,1)	(11902,1)	-

Джерело: Складено та розраховано автором на основі даних фінансової звітності

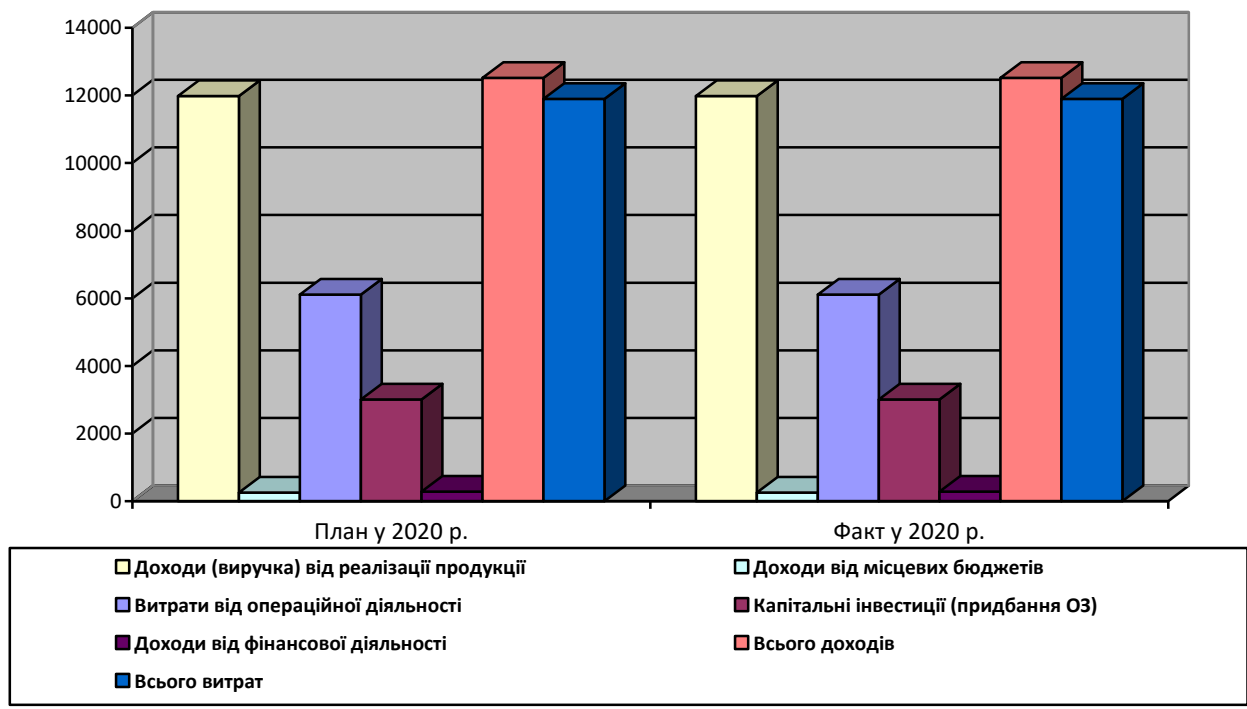


Рис. 2.3. Динаміка основних фінансових показників (доходів і витрат) КНП «Лисецька лікарня ЦРЛ» в розрізі надання первинної медичної допомоги у 2020 р., (тис. грн.)

Джерело: Складено та розраховано автором на основі даних фінансової звітності

Щодо динаміки основних фінансових показників (доходів і витрат) КНП «Лисецька лікарня ЦРЛ» в розрізі надання первинної медичної допомоги у 2020 р., то варто констатувати про повне виконання запланованих показників у КНП «Лисецька лікарня ЦРЛ», що дозволяє стверджувати про ефективність первинної ланки медичної допомоги в контексті надання платних послуг (табл. 2.3, рис. 2.3).

Таким чином, результати проведеного дослідження дозволяють зробити висновок, що ефективна фінансово-господарська діяльність в розрізі надання первинної допомоги є джерелом фінансового добробуту медичних установ, дозволяє мінімізувати фінансові ризики та важливим результатом реформування галузі охорони здоров'я, яка забезпечує пріоритет інтересів пацієнтів, підвищуючи задоволеність населення якістю і доступністю медичних послуг.

Висновки до розділу 2

На основі проведеного аналізу основних фінансово-економічних показників КНП «Лисецька лікарня ЦРЛ», зазначимо позитивне зростання більшості розрахованих показників за досліджуваний період, що засвідчує ефективну фінансово-господарську діяльність медичної установи навіть у період пандемії.

Встановлено, що планування фінансових ресурсів в сфері охорони здоров'я залежить від внутрішніх можливостей медичних закладів ефективно використовувати наявні ресурси, так і від зовнішніх умов (політики держави, ринкової кон'юнктури). При бюджетній моделі фінансове забезпечення охорони здоров'я, величина фінансових ресурсів, що виділяються даній галузі з бюджетів різних рівнів, не залежить від кінцевих результатів їх діяльності, що не сприяє поліпшенню якості наданих медичних послуг. Фактично здійснюється фінансове забезпечення утримання мережі закладів цієї галузі, а не наданих медичних послуг пацієнтам у них.

На сучасному етапі розвитку економічних відносин охорона здоров'я функціонує в умовах неповноцінного фінансове забезпечення, залишається невирішеною проблема незбалансованості конституційних зобов'язань і фінансових можливостей держави у фінансовому забезпеченні медичних послуг населенню. Серед державних джерел формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я пріоритетними є кошти місцевих бюджетів, що свідчить про перенесення акцентів у фінансуванні охорони здоров'я на регіональний рівень. Обсяг бюджетного фінансове забезпечення залежить від оперативно-мережевих показників діяльності зазначених суб'єктів господарювання, внаслідок чого вони зацікавлені в їх підвищенні. Власні надходження закладів охорони здоров'я суттєвої ролі у формуванні їх фінансового потенціалу не відіграють.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

3.1 Удосконалення методичних підходів до оцінки ефективності фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я за медичної реформи

Механізм фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я комунальної форми власності є визначальним фактором фінансової стабільності і платоспроможності медичних установ. Складна структура механізму потребує оцінювання ефективності й результативності взаємодії його окремих блоків, реалізації цілей і завдань, поставлених у процесі його формування та вдосконалення.

В випускній кваліфікаційній роботі розроблено алгоритм оцінювання ефективності фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я комунальної форми власності, що включає три блоки (рис. 3.1):

- виділення чинників, що впливають на ефективність фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я комунальної форми власності;
- оцінювання можливих збоїв у функціонуванні фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я комунальної форми власності й вибір способів впливу на них з метою зниження негативного впливу;
- побудова системи показників оцінювання ефективності фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я комунальної форми власності.

1. Виділення факторів, що впливають на фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я комунальної форми власності.

У рамках дослідження було виявлено схильність впливу великої сукупності факторів на механізм фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я комунальної форми власності внаслідок багатоканальності фінансування, особливостей побудови системи міжбюджетних відносин.



Рис. 3.1. Алгоритм оцінювання ефективності механізму фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я комунальної форми власності

Бюджетні кошти надходять у заклади охорони здоров'я в порядку вторинного перерозподілу.

Усі фактори, що впливають на фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я комунальної форми власності, доцільно поділити на зовнішні та внутрішні. Цей поділ, з одного боку, дасть змогу відобразити й проаналізувати повноваження та можливості органів управління фінансами й системою охорони здоров'я кожного рівня впливати на механізм фінансування

охорони здоров'я, а з іншого – визначити шляхи вдосконалення фінансового забезпечення.

Для закладів охорони здоров'я комунальної форми власності зовнішніми є фактори, пов'язані з державним рівнем як джерелом фінансування установ охорони здоров'я.

Як класифікатор зовнішніх факторів може бути застосований функціональний підхід. З погляду функціональної сфери виникнення фактори можна класифікувати на: економічні; соціальні й медико-демографічні; фінансові; організаційні; нормативно-правові; політичні; інформаційні.

На рівні закладу охорони здоров'я сукупність внутрішніх факторів, що впливають на ефективність механізму фінансування системи охорони здоров'я, включає такі групи чинників: економічні; соціальні і медико-демографічні; фінансові; організаційні; нормативно-правові; політичні; інформаційні; кадрові; природно-кліматичні.

Особливістю цієї класифікації внутрішніх факторів є те, що їх оцінювання, вплив на їх формування, розробка заходів щодо зниження негативних наслідків від них можливі на місцевому рівні. Тому місцевий рівень розвитку фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я комунальної форми власності слід розглядати як сферу, що зазнає змін відповідно до тенденції і стратегії розвитку соціально-економічної політики громад.

2. Оцінювання можливих збоїв у функціонуванні фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я комунальної форми власності та вибір способів впливу на них з метою зниження негативного впливу.

Проведений у рамках дослідження аналіз показав, що в основі методичного підходу до оцінювання факторів, що впливають на ефективність фінансування системи охорони здоров'я й подальшого управління ними, лежить такий алгоритм:

- виявлення фактора;
- визначення форм негативного прояву фактора на фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я комунальної форми власності;

– окреслення способів мінімізації негативного прояву фактора на фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я комунальної форми власності.

У рамках цього алгоритму було визначено форми негативного прояву кожного зовнішнього і внутрішнього фактора та способи мінімізації його прояву на фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я комунальної форми власності.

3. Побудова системи показників оцінювання ефективності фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я комунальної форми власності.

Побудова системи показників оцінювання ефективності механізму фінансування системи охорони здоров'я ускладнюється тим фактом, що через рухливість фінансового й економічного середовища, вичленення чистого економічного ефекту ускладнене. Тому з метою оцінювання сучасного фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я комунальної форми власності застосуємо метод, при якому здійснюватимемо порівняння фінансових показників поточного періоду з показниками базового періоду. Для визначення ефективності фінансування системи охорони здоров'я необхідно оцінити такі показники:

- коефіцієнт фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я комунальної форми власності;
- коефіцієнт бюджетного фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я комунальної форми власності;
- коефіцієнт позабюджетного фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я комунальної форми власності;
- коефіцієнт зростання власних фінансових ресурсів у закладах охорони здоров'я комунальної форми власності;
- коефіцієнт зростання добровільних фінансових ресурсів у закладах охорони здоров'я комунальної форми власності;
- коефіцієнт зростання благодійних коштів у закладах охорони здоров'я комунальної форми власності;

- коефіцієнт зростання спонсорських коштів у закладах охорони здоров'я комунальної форми власності;
- коефіцієнт зростання коштів приватних інвесторів у закладах охорони здоров'я комунальної форми власності;
- коефіцієнт зростання коштів, отриманих від надання платних медичних послуг у закладах охорони здоров'я комунальної форми власності;
- коефіцієнт зростання коштів добровільного медичного страхування в закладах охорони здоров'я комунальної форми власності;
- коефіцієнт зростання медичних витрат з усіх джерел фінансування на душу населення;
- коефіцієнт зростання фінансових ресурсів, спрямованих у систему охорони здоров'я з усіх джерел фінансування;
- коефіцієнт зміни кількості населення.

Розглянемо методику розрахунків вказаних показників.

1. Коефіцієнт фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я комунальної форми власності:

$$K_{фз} = \sum (\Phi_{рб} + \Phi_{рвб} + \Phi_{рпі} + \Phi_{рсп} + \Phi_{рбл} + \Phi_{рв}) / \sum \Phi_{рп}, \quad (3.1)$$

де $\Phi_{рб}$ – фінансування за рахунок бюджетних коштів у звітному періоді, грн/рік;

$\Phi_{рвб}$ – фінансові ресурси, спрямовані на фінансування закладів системи охорони здоров'я з місцевого бюджету, грн/рік;

$\Phi_{рпі}$ – приватні фінансові ресурси, що надійшли в охорону здоров'я у звітному періоді, грн/рік;

$\Phi_{рсп}$ – фінансові ресурси, що надійшли в охорону здоров'я у вигляді спонсорських внесків у звітному періоді, грн/рік;

$\Phi_{рбл}$ – фінансові ресурси, що надійшли на охорону здоров'я у вигляді добродійних пожертвувань у звітному періоді, грн/рік;

$\Phi_{рв}$ – власні фінансові кошти закладів охорони здоров'я, грн/рік;

Фрп – сукупна величина фінансових ресурсів, запланованих для забезпечення функціонування й розвитку закладів охорони здоров'я комунальної форми власності в звітному періоді, грн/рік.

2. Коефіцієнт бюджетного фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я комунальної форми власності:

$$Кбфз = \sum \Phi_{рб.ф} / \sum \Phi_{рб.п} \quad (3.2)$$

де $\Phi_{рб.ф}$, $\Phi_{рб.п}$ – розмір фінансових коштів, що фактично надійшли, і запланованих бюджетних фінансових ресурсів у звітному періоді, грн/рік.

3. Коефіцієнт позабюджетного фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я комунальної форми власності:

$$Кбв = \sum \Phi_{рвб.ф} / \sum \Phi_{рвб.п} \quad (3.3)$$

де $\Phi_{рвб.ф}$, $\Phi_{рвб.п}$ – розмір фінансових ресурсів, що фактично надійшли, і запланованих у звітному періоді, грн/рік.

4. Коефіцієнт зростання власних фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я комунальної форми власності:

$$Кс = \sum \Phi_{рс.о} / \sum \Phi_{рс.б} \quad (3.4)$$

де $\Phi_{рс.о}$, $\Phi_{рс.б}$ – величина власних фінансових ресурсів лікувально-профілактичних установ у звітному і базисному періодах відповідно, грн/рік;

$$\Phi_{рс.з} = \sum \Phi_{рпмт.з} + \Phi_{ра.з} + \Phi_{ре.з} \quad (3.4.1)$$

$$\Phi_{рс.б} = \sum \Phi_{рпмт.б} + \Phi_{ра.б} + \Phi_{ре.б} \quad (3.4.2)$$

де $\Phi_{рпмт.з}$, $\Phi_{рпмт.б}$ – кошти, що надійшли в лікувальні установи від продажу медичних технологій тощо, у звітному і базисному періодах, відповідно, грн/рік;

$\Phi_{ра.з}$, $\Phi_{ра.б}$ – кошти, що надійшли в лікувальні установи за рахунок здавання власних площ в оренду у звітному і базисному періодах, відповідно, грн/рік;

$\Phi_{ре.з}$, $\Phi_{ре.б}$ – кошти, що поступили в лікувальні установи за рахунок внутрішньої економії засобів у звітному і базисному періодах, відповідно, грн/рік.

5. Коефіцієнт зростання добровільних фінансових коштів у закладах охорони здоров'я комунальної форми власності:

$$\Phi_{дфр} = \sum \Phi_{рд.з} / \sum \Phi_{рд.б}, \quad (3.5)$$

де $\Phi_{рд.з}$, $\Phi_{рд.б}$ – фінансові кошти, спрямовані в систему охорони здоров'я комунальної форми власності на добровільній основі у звітному і базисному періодах, відповідно, грн/рік.

6. Коефіцієнт зростання добродійних фінансових ресурсів у закладах охорони здоров'я комунальної форми власності:

$$\Phi_{бл} = \sum \Phi_{рбл.з} / \sum \Phi_{рбл.б}, \quad (3.6)$$

де $\Phi_{рбл.з}$, $\Phi_{рбл.б}$ – добродійні фінансові ресурси, спрямовані в систему охорони здоров'я комунальної форми власності у звітному і базисному періодах, відповідно, грн/рік.

7. Коефіцієнт зростання спонсорських внесків у закладах охорони здоров'я комунальної форми власності:

$$K_{сп} = \sum \Phi_{рсп.з} / \sum \Phi_{рсп.б}, \quad (3.7)$$

де $\Phi_{рсп.з}$, $\Phi_{рсп.б}$ – фінансові ресурси спонсорського характеру, спрямовані в систему охорони здоров'я комунальної форми власності у звітному і базисному періодах, відповідно, грн/рік.

8. Коефіцієнт зростання коштів приватних інвесторів у закладах охорони здоров'я комунальної форми власності:

$$K_{прі} = \sum \Phi_{рпрі.з} / \sum \Phi_{рпрі.б}, \quad (3.8)$$

де $\Phi_{рпрі.з}$, $\Phi_{рпрі.б}$ – фінансові ресурси приватних інвесторів, спрямовані в систему охорони здоров'я комунальної форми власності у звітному і базисному періодах, відповідно, грн/рік.

9. Коефіцієнт зростання коштів, отриманих від надання платних медичних послуг у закладах охорони здоров'я комунальної форми власності:

$$K_{пл} = \sum \Phi_{рпл.з} / \sum \Phi_{рпл.б}, \quad (3.9)$$

де $\Phi_{рпл.з}$, $\Phi_{рпл.б}$ – фінансові ресурси, що надійшли до установи охорони здоров'я за рахунок надання лікувальними установами платних медичних послуг населенню у звітному і базисному періодах, відповідно, грн/рік.

10. Коефіцієнт зростання обсягу витрат на охорону здоров'я з усіх джерел фінансування на душу населення:

$$K_{нфз} = K_{віфз} / K_{чн}, \quad (3.10)$$

де $K_{віфз}$ – коефіцієнт зростання фінансових ресурсів, спрямованих у систему охорони здоров'я з усіх джерел фінансування;

$K_{чн}$ – коефіцієнт зміни чисельності населення.

11. Коефіцієнт зростання фінансових ресурсів, спрямованих у систему охорони здоров'я з усіх джерел фінансування:

$$K_{віфз} = \sum \Phi_{рз} / \sum \Phi_{рб}, \quad (3.11)$$

де $\Phi_{рз}$, $\Phi_{рб}$ – фінансування лікувальних установ комунальної форми власності з усіх джерел у звітному і базисному періодах, відповідно, грн/рік.

12. Коефіцієнт зміни чисельності населення в населеному пункті:

$$K_{чн} = Ч_{н.з} / Ч_{н.б}, \quad (3.12)$$

де $Ч_{н.з}$, $Ч_{н.б}$ – чисельність населення у звітному і базисному періодах, відповідно, осіб/рік.

Після розрахунку вказаних показників для звітного періоду і їх порівняння з показниками базисного періоду можна робити висновки про ефективність і адекватність фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я комунальної форми власності цілям і завданням, що стоять перед ним, а також соціально-економічній ситуації як в окремій територіальній громаді,

так і в державі в цілому. Якщо значення розрахованих показників збільшилися щодо базисного показника за інших рівних умов, то механізм фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я комунальної форми власності став ефективнішим. Якщо ж значення отриманих показників знизилися, то механізм фінансування необхідно досліджувати по структурних блоках для того, щоб виявити причини погіршення розрахованих показників звітного періоду порівняно з базисним. На підставі виявлених зовнішніх і внутрішніх факторів, що вплинули на зниження ефективності механізму фінансування охорони здоров'я, мають бути вибрані заходи, що забезпечують підвищення його ефективності.

3.2. Напрями підвищення ефективності фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я

«Охорона здоров'я є відкритою системою, діяльність якої залежить не стільки від внутрішніх факторів, скільки від зовнішнього середовища. У цих умовах необхідно чітко розуміти зв'язок між соціально-економічними процесами в суспільстві й станом системи охорони здоров'я населення» [44].

Дослідження фінансування системи охорони здоров'я в цілому та фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я показало, що тільки реформування може стати каталізатором змін. Таким чином, має бути застосований системний підхід до реформування охорони здоров'я, формування й підвищення ефективності його механізму фінансування.

В контексті теперішнього етапу медичної реформи, який характеризується наступними результуючими показниками її провадження (рис. 3.2), можемо виокремити власний науково-обґрунтований підхід до етапізації медичної реформи в Україні.

ДЖЕРЕЛА ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я										
Перехідний період (2018 р.)										
<i>Державний бюджет</i>					<i>Місцеві бюджети</i>					
<i>Національна служба здоров'я України</i>			<i>Міністерство охорони здоров'я України</i>			<i>За видами органів місцевого самоврядування</i>				
- капітаційна оплата, що здійснювалася на основі динаміки підписання декларацій;			- фінансування здійснювалося через субвенцію державного бюджету на основі капітаційної ставки 270 грн.;			Фінансування здійснювалося за наступними складовими:				
- уніфікована базова ставка становила 370 грн.;			- фінансування визначалось за кількістю населення, яке закріплене за закладом первинної медичної допомоги			- передбачені бюджетним кодексом статті витрат, які обов'язково фінансуються;				
- діяли вікові коефіцієнти;						- додаткове фінансування витрат, які визначаються органами місцевої влади				
- діяв коригувальний коефіцієнт гірської місцевості;										
3 2019 р.										
<i>Державний бюджет</i>					<i>Місцеві бюджети</i>					
<i>Національна служба здоров'я України</i>					<i>За видами органів місцевого самоврядування</i>					
- капітаційна оплата, що здійснювалася на основі динаміки підписання декларацій;					Фінансування здійснювалося за наступними складовими:					
- уніфікована базова ставка становила 370 грн.;					- передбачені бюджетним кодексом статті витрат, що обов'язково фінансуються;					
- діяли вікові коефіцієнти;					- додаткове фінансування витрат, які визначаються органами місцевої влади					
- діяв коригувальний коефіцієнт гірської місцевості;										
- можливість зменшення остаточної оплати на понад 20 % в межах понадлімітних декларацій										
РОЗРАХУНОК БЮДЖЕТНОГО ФІНАНСУВАННЯ										
БзозПМД = БС x КН x КК,										
Де БзозПМД - бюджет закладу охорони здоров'я, що надає первинну медичну допомогу; БС - базова ставка; КН - кількість підписаних декларацій; КК - корегувальні коефіцієнти										
КОРИГУВАЛЬНІ КОЕФІЦІЄНТИ										
0-5 років		6-17 років		18-39 років		40-64 років		65 + років		
Н*	Г**	Н	Г	Н	Г	Н	Г	Н	Г	
<i>Віковий коефіцієнт</i>										
4	4	2,2	2,2	1	1	1,2	1,2	2	2	
<i>Коефіцієнт місця проживання</i>										
1	1,25	1	1,25	1	1,25	1	1,25	1		
<i>Капітаційна ставка (у грн.)</i>										
1480	1850	814	1017,5	370	462,5	444	555	740	925	
КІЛЬКІСТЬ ДЕКЛАРАЦІЙ										
Оптимальний обсяг практики (декларацій)			Ліміт кількості декларацій для коригування капітаційної виплати							
<i>Сімейний лікар</i>			1800	100% - 110%		1		130% - 140%		0,4
<i>Дорослих на терапевта</i>			2000	110% - 120%		0,8		140% - 150%		0,2
<i>Дітей на педіатра</i>			900	120% - 130%		0,6		150% -		0

Рис. 3.2. Фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в умовах медичної реформи

На нашу думку, цей підхід може бути реалізований поетапно.

На першому етапі необхідно провести аналіз і прогнозування соціально-економічного стану територіальної громади, де знаходиться цей заклад охорони здоров'я; виділити зовнішні й внутрішні чинники, здатні негативно або позитивно вплинути на його розвиток; визначити способи мінімізації впливу негативних факторів.

На другому етапі має бути сформована інформаційна база системи охорони здоров'я певної громади, району чи області, що включає визначення потреб у фінансових ресурсах, систему середньодушових і диференційованих нормативів фінансування амбулаторної допомоги, кількість застрахованих прикріплених громадян, систему оплати планової й екстреної стаціонарної допомоги, медико-економічні стандарти за кожним профілем ліжок, систему кадрових показників і розвиток кадрового потенціалу медичних працівників.

Ці показники мають бути розраховані на 3–5 років щорічно в рамках відповідних форм і методів фінансування за песимістичним, оптимістичним та усередненим варіантами.

На третьому етапі нормативно-правове забезпечення функціонування закладів охорони здоров'я має бути проаналізоване і класифіковане на такі групи:

- фактично чинні нормативно-правові акти;
- не чинні нормативно-правові акти;
- нормативно-правові акти, що вимагають доопрацювання;
- нормативно-правові акти, що ускладнюють процес фінансування охорони здоров'я.

На цьому етапі необхідно визначити процедуру коректування й заповнення відповідних прогалін у законодавстві на рівні державної влади та місцевого самоврядування.

На четвертому етапі – вдосконалення фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я потрібно систематизувати його методичне забезпечення за

допомогою вироблення загальної фінансової політики у сфері охорони здоров'я, здійснення аналізу потреби медичних установ у фінансових ресурсах з боку органів місцевого самоврядування, Національної служби здоров'я України.

Для правильного визначення потреб установи охорони здоров'я у фінансових ресурсах необхідно провести планування витрат на охорону здоров'я на основі мінімальних соціальних нормативів, а саме: розробити нормативи бюджетних відрахувань на фінансування системи охорони здоров'я.

Використання мінімальних нормативів зі встановлення частки витрат на охорону здоров'я в бюджетах усіх рівнів є, на нашу думку, раціональним і ефективним підходом до фінансового планування на макрорівні порівняно з подушовими нормативами.

Це пов'язано з великою диференціацією територіальних громад за економічними показниками (використання регіональних коефіцієнтів, різний рівень економічного розвитку, міра залежності від державного бюджету, розвиненість інфраструктури охорони здоров'я).

На п'ятому етапі необхідно проаналізувати джерела фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я з позиції ефективності їх використання й забезпеченості нормативно-правовими актами в рамках механізму фінансування охорони здоров'я на сучасному етапі. Необхідно визначити вплив кожного окремого методу на якісне надання медичної допомоги, витрат на розвиток галузі охорони здоров'я, самостійність лікувально-профілактичних закладів, їх фінансову незалежність.

Таким чином, має бути визначена сукупність методів, оптимальних для фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я, а також заходи з розвитку непопулярних, але необхідних в умовах ринку методів фінансування (добродійні, спонсорські внески, приватні інвестиції), шляхом податкового й іншого законодавчого стимулювання.

На шостому етапі мають бути проаналізовані форми фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я, роль кожного джерела фінансування в забезпеченні лікувальної та господарської діяльності лікувально-профілактичних закладів, рівень розвиненості кожної форми. Також потрібно приділити особливу увагу позабюджетним формам фінансування системи охорони здоров'я, оскільки, як показали дослідження, бюджетно-страхова модель фінансування охорони здоров'я не в змозі забезпечити функціонування медичних установ у повному обсязі.

Таким чином, необхідно сформувати механізм залучення спонсорських і добродійних внесків у сферу охорони здоров'я, особливо, якщо тільки окремі категорії громадян можуть отримувати медичні послуги на платній основі.

На сьомому етапі потрібно визначити суб'єктів організації й управління фінансовим забезпеченням закладів охорони здоров'я в умовах використання позабюджетних методів фінансування. При цьому мають бути розроблені конкретні пропозиції щодо залучення суб'єктів господарювання до участі у фінансуванні закладів охорони здоров'я за допомогою податкових та інших пільг.

Також необхідно забезпечити контроль над фінансовими потоками і їх цільовим використанням у системі охорони здоров'я на місцевому, регіональному та державному рівнях як у рамках конкретної медичної установи з боку персоналу, що управляє, так і з боку адміністрації.

Таким чином, удосконалення фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я лежить в площині структуризації процесу фінансування в рамках запропонованих етапів, оцінювання ефективності відповідно до запропонованої системи зовнішніх і внутрішніх факторів впливу й системи показників оцінювання ефективності.

Висновки до розділу 3

Сформовано сукупність показників, що характеризують функціонування механізму фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я комунальної форми власності, розрахунок емпіричних даних за якою дасть змогу сформувати механізм фінансування охорони здоров'я держави як єдиний комплекс, ефективне функціонування якого покликане забезпечити виконання соціальних функцій держави й основну мету системи охорони здоров'я: охорону та забезпечення здоров'я нації.

Визначено на основі власних досліджень етапи фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я в умовах провадження медичної реформи, наведено особливості, притаманні вітчизняним аспектам провадження реформи, та виокремлено методику оцінювання ефективності фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я в умовах пандемії.

ВИСНОВКИ

В контексті проведеного у випускній кваліфікаційній роботі дослідження можна зробити наступні висновки:

Встановлено, що обсяги фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я прямо впливають на рівень надання ними медичних послуг. Проведення медичної реформи вказує на взаємообумовленість цих процесів. Проте пандемія внесла свої корективи і фінансування закладів охорони здоров'я обмежилося забезпеченням ресурсами тільки тих закладів, які визнані опорними в боротьбі із пандемією, що зумовило недофінансування інших медичних установ.

На сучасному етапі розвитку суспільства одним з основоположних принципів, покладених в основу державотворення більшості провідних держав, є принцип підтримки здоров'я нації. У свою чергу, загальна доступність медичної допомоги – необхідний атрибут соціальної справедливості.

Фінансування з державного бюджету видатків на охорону здоров'я вкрай невеликі й в абсолютному, і у відносному виразі. На охорону здоров'я країни виділяється приблизно 7–8% державного бюджету. Нестача бюджетних коштів, що виділяються на охорону здоров'я, накладає істотний відбиток на фінансовий стан закладів охорони здоров'я, що позначається й на ефективності надання медичних послуг вітчизняними закладами охорони здоров'я.

Визначено, що існуючий механізм фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я в умовах медичної реформи потребує чіткого визначення джерел фінансування та напрямів їхнього використання за врахування системи зовнішніх і внутрішніх чинників впливу, а також розробленої системи показників. Емпіричні розрахунки за використання виокремлених в роботі показників дозволять сформулювати перелік шляхів реформування системи охорони здоров'я в контексті медичної реформи, наростивши обсяги фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я в умовах пандемії.

Проведений аналіз статистичних даних дозволяє встановити, що протягом 2015-2020 років система охорони здоров'я України, не доотримує

бажаного державного фінансового забезпечення, якого вона потребує, особливо в умовах COVID-19. Бюджетні видатки хоча й зростають, проте нижчими темпами, що дозволяє констатувати про впровадження медичної реформи на тлі фінансових негараздів в державі, що є загрозою для реформування як такого.

Фінансове забезпечення охорони здоров'я скоротилося порівняно з обсягами інвестування в економічну інфраструктуру, освіту, соціальний захист та безпеку. Незважаючи на реформу у медичній галузі, НСЗУ недофінансовується значна кількість видаткових статей, що прямо впливає на рівень забезпеченості ліками, стан виконання запланованих медичних програм для різного роду пацієнтів, і характеризує медичну реформу як неефективну.

В процесі дослідження встановлено, що реалізація медичної реформи призвела до необхідності зміни пріоритетів стосовно основних напрямів організації фінансово-господарської діяльності закладів сфери охорони здоров'я, зокрема:

- урізноманітнення форм власності лікувальних установ, де громадянам може надаватись медична допомога;
- необхідність урахування прав, свобод і законних інтересів пацієнтів у процесі надання медичної допомоги;
- потреби зміни акцентів при визначенні державного фінансування сфери медичної діяльності в Україні тощо.

Аналітичне оцінювання фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я демонструє низку негативних аспектів, які найперше зумовлені кризовими явищами, які спричинила пандемія, і призвела до системної кризи в охороні здоров'я. Адже саме система охорони здоров'я майже повністю залежить від бюджетного фінансування, тому найменші коливання щодо дохідних джерел бюджетів різних рівнів автоматично зменшує обсяг фінансування, а це веде до зниження обсягів безоплатної медичної допомоги, вказуючи на необхідність запровадження обов'язкового медичного страхування та переорієнтації на приватний сектор медичної сфери.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко Н. В. Державне управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні: сучасний стан, шляхи вдосконалення. Запоріжжя, 2010. 194 с.
2. Бояринцев Б. И., Бикмухаметов И. И. Модернизация управления развитием социальной инфраструктуры крупного города. Управление экономическими системами. 2020. № 22. URL: <http://uecs.ru/demografiya/item/166-2020-03-23-08-24-33>.
3. Венедиктов Д. Д. Очерки системной теории и стратегии здравоохранения. Москва, 2008. 335 с.
4. Гареева И. А. Модели и национальные системы здравоохранения: состояние и тенденции развития. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/modeli-i-natsionalnye-sistemy-zdravoohraneniya-sostoyanie-i-tendentsii-razvitiya>
5. Головаш О. В. (Бобришева О. В.) Аналіз зарубіжного досвіду реформування системи державного регулювання охорони здоров'я. Naukowa mysl informacyjnej powieki – 2020: Materialy X Miedzyn. nauk.-prakt. konf. (07-15 marca 2020 roku, Przemysl). Przemysl: Nauka i studia, 2020. Vol. 7. P. 15-17.
6. Головаш О. В. (Бобришева О. В.) Вдосконалення індикативного управління установами охорони здоров'я. Економічний простір : Збірник наукових праць. 2020. № 86. С. 64-72
7. Головаш О. В. (Бобришева О. В.) Ефективний розвиток та функціонування ринку медичних послуг в умовах глобалізації економіки та інтеграційних процесів в охороні здоров'я. Вісник Дніпропетровського університету. Серія: Економіка. 2021. Випуск 8(2). № 10/1. Том 22. С. 12-18.
8. Головаш О. В. (Бобришева О. В.) Індикативне управління розвитком установ територіальної системи охорони здоров'я. Економічний простір. 2020. № 87. С. 41-49.
9. Головаш О. В. (Бобришева О. В.) Удосконалення державного регулювання регіональної системи охорони здоров'я. Економічний простір. – Збірник наукових праць. 2019. № 83. С. 35-45.

10. Головаш О. В. (Бобришева О. В.) Удосконалення управління охороною здоров'я в складі соціального комплексу регіону. *Moderni vymozenosti vedy – 2019: Materialy X mezinar. ved.–prakt. konf. (27 ledna – 05 unora 2019 roku, Praha)*. Praha : Publishing House «Education and Science», 2019. P. 51-54.

11. Гринько О. Вплив соціальної інфраструктури на розвиток виробництва в регіоні. URL: <http://oldconf.neasmo.org.ua/node/1113>

12. Етапи впровадження реформи фінансування системи охорони здоров'я закладами ПМД у 2020 році. Режим доступу: https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/311/USAID_2018_interactiv_1.pdf

13. Євсєєва О. О. Формування і розвиток соціальної інфраструктури муніципальних утворень. *TRAEKTORIÁ NAUKI International electronic scientific journal*. 2016. № 6(11) URL: www.pathofscience.org

14. Камінська Т. М. Світові моделі фінансування охорони здоров'я. *Вісник Національного університету «Юридична академія України імені Ярослава Мудрого»*. 2020. № 1 (8). С. 284-285.

15. Карамішев Д. В. Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоров'я: Держ.-управл. аспекти . Х. : Магістр, 2014. 303 с.

16. Карпишин Н., Комуницька М. Класичні моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я. *Світ фінансів*. 2018. 1 (14), С. 110-117.

17. Кліменко О. В., Білан І. О. Проблеми розвитку соціальної інфраструктури України. URL: <https://essuir.sumdu.edu.ua/bitstream/123456789/28116/1/Infrastruktura.pdf>

18. Коренєв М. М., Водолажський М. Л., Сидоренко Т. П. та ін. Актуальні питання трансферу інноваційних медичних технологій у галузі охорони здоров'я дітей та підлітків. *Перинатология и педиатрия*, 2017. № 3. С. 25-24.

19. Короленко В. Порівняльний аналіз моделей фінансування системи

охорони здоров'я. URL: https://www.slideshare.net/v_korolenko?utm_campaign=profiletracking&utm_medium=ssssite&utm_source=ssslideview

20. Лазоришинець В. В. Питання підвищення ефективності інноваційної та винахідницької діяльності й розвитку трансферу медичних технологій у сфері охорони здоров'я України. Український медичний часопис. 2021. №4. С. 45-52.

21. Ларіна Р. Р., Владзимирський А. В., Балуєва О. В. Державний механізм забезпечення інформатизації системи охорони здоров'я. Донецьк, 2008. 251 с.

22. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. Київ, 2019. 48 с.

23. Ляховченко Л. А, Поживілова О. В., Радиш Я. Ф. Фінансування системи охорони здоров'я в Європі: досвід для України. Економіка та держава. 2021. №2. С. 112–117.

24. Малагардіс А., Рудий В. Стратегія реформи фінансування та управління у системі охорони здоров'я в Україні. Проект ЄС «Фінансування та упр. у сфері охорони здоров'я в Україні». Київ, 2016. 48 с.

25. Мартусенко І. В., Сіташ Т. Д. Трансформація фінансування систем охорони здоров'я в Україні та зарубіжних країнах. Проблеми економіки. 2021. № 1. С. 321-325

26. МОЗ України: Що було, є і буде. URL: https://moz.gov.ua/uploads/2/13773-transition_book_healthcare.pdf

27. Москаленко В. Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст. Київ: Кн. плюс, 2008. 317 с.

28. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 роки. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf>

29. Никонова Я. И. Инновационная политика в системе государственного регулирования устойчивого развития. Новосибирск: Изд-во НГТУ, 2010. 260 с.

30. Носулич Т. Н. Теоретико-методологические аспекты исследования системы здравоохранения в контексте инновационной модели устойчивого развития. Вісник Житомирського державного технологічного університету. Серія: Економічні науки. 2021. Вип. 69. № 3. URL:<http://ven.ztu.edu.ua/article/viewFile/37819/37546.pdf>

31. Оздоровлення та відпочинок. URL: <https://dp.uz.gov.ua/ukr/pansionat>

32. Омельяновский В. В., Максимова Л. В., Татаринев А. П. Зарубежный опыт: модели финансирования и организации систем здравоохранения. URL: https://www.nifi.ru/images/FILES/Journal/Archive/2019/3/03_3_2014.pdf

33. Павлюк К. В. Совершенствование механизмов финансирования медицинских услуг в Украине Фінанси України. 2016. № 2. С. 64-82.

34. Пакулін С. Л., Третяк В. П. Удосконалення менеджменту в системі охорони здоров'я. Економіка: проблеми теорії та практики: Зб. наук. праць. 2021. Вип. 238. Т. I. С. 24-29.

35. Програма медичних гарантій: впровадження в Україні. URL: https://moz.gov.ua/uploads/0/3798-programa_medicnih_garantij_vprovadzenna_v_ukraini.pdf

36. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я. Розпорядження КМУ від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/npras/249626689>

37. Рудий В. М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні. К.: Сфера, 2015. 271 с.

38. Свінціцький А. С., Висоцька О. І. Актуальні питання щодо впровадження медичних інноваційних технологій у закладах охорони здоров'я. Практикуючий лікар, 2021. №1. С. 7-13.

39. Слабкий Г. О., Марков О. Ю., Горбенко О. В. Цінність та вартість - дві компоненти системи оцінки медичних технологій та прийняття рішень в охороні здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України, 2020. №2. С. 25-32.

40. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я

2016–2019. Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. Режим доступу:
https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report_UKR_Full-report_Web.pdf

41. Фінансові показники: Видатки на охорону здоров'я у 2021 р.: коли очікування розбиваються об жорстоку реальність. Щотижневик “Аптека”. № 1(1272). URL: <https://www.apteka.ua/article/579552>

42. Фінансова та статистична звітність КНП «Лисецька лікарня ЦРЛ»
URL:
<http://lcr1.if.ua/%d0%b7%d0%b2%d1%96%d1%82%d0%bd%d1%96%d1%81%d1%82%d1%8c-2020-%d1%80%d1%96%d0%ba>

43. Федорова Н.О. Стан фінансування системи медичного страхування в Україні. Держава та регіони. Серія : Державне управління. 2019. № 1(65). С. 110–115.

44. Филонова И. Б. Новые подходы к финансированию отечественной сферы здравоохранения. Экономика Украины. 2015. 3 (632). С. 76-82

45. Финансирование здравоохранения в Европейском союзе.: науч. изд. S. Thomson, T. Foubister, E. Mossialos; Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. копенгаген: ВОЗ, 2010. 241 с.

46. Финансирование здравоохранения в Европейском Союзе: проблемы и стратегические решения. Sarah Thomson, Thomas Foubister, Elias Mossialos. Европейская Обсерватория по вопросам и политике здравоохранения. Дания. – 2020. Выпуск 17. 270 с.

47. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы — четвертая публикации серии, издаваемой Европейской обсерваторией по системам здравоохранения (ЕОСЗ). 2020. 18 с. URL:<http://www.observatory.dk>.

48. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы / под ред. Э. Моссиалоса, А. Диксон, Ж. Фигераса, Дж. Кутцина. Европейская обсерватория по системам здравоохранения, Бакингхем, издательство Open University Press, 2020. 354 с.

49. Финансирование системы здравоохранения. Путь к всеобщему

охвану населення медико-санитарної допомогою. Всемирная организация здравоохранения. Дания, 2010. 115 с.

50. Финансово-кредитный словарь: В 3 т. Гл. ред. Н. В. Гаретовский. М. : Финансы и статистика, 1988. Т.3.: Р–Я. 511 с.

51. Фінансово-економічний словник./ А. Г. Загородній, Г. Л. Вознюк. Л.: Вид-во Нац. ун-ту “Львівська політехніка”, 2005. 502 с.

52. Хожило І. І. Принципи публічного управління в системі охорони здоров'я: досвід Польщі для України. Демократичне врядування: наука, освіта, практика : матеріали наук.-практ. конф. за міжн. участю, Київ, 29 травня 2019р. : у 4 т. / за заг. ред. В. П. Приходька, С. В. Загороднюка. К. : НАДУ, 2019. Т. 4. – С. 217–219.

53. Черешнюк Г. С. Проблеми впровадження добровільного медичного страхування та шляхи їх розв'язання. Фінансові послуги. 2019. № 2. С. 22–26.

54. Шатковський Я. Обов'язкове медичне страхування в Україні: правові проблеми та перспективи їх вирішення. Вісник Львівського ун-ту. Серія юридична. 2018. Випуск 8. С. 98–102

55. Шейман И. М. Новые экономические процессы в европейском здравоохранении. Общественные науки и современность. 2019. № 2. С. 48–63.

56. Ціборовський О. М. Проблеми системи охорони здоров'я України і шляхи їх розв'язання в сучасних історичних умовах. К., 2020. 41 с.

57. Щепин О. П., Медик В. А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 586 с.

58. Varroy H., Gupta S. (2020). From overall fiscal space to budgetary space for health: connecting public financial management to resource mobilization. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я. URL: <https://www.cgdev.org/event/overall-fiscal-spacebudgetary-space-health>

59. Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. The Lancet Journal. 2016. Vol. 388. P. 1813–1850. URL: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(16\)31467-2.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)31467-2.pdf)

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ФІНАНСІВ ТА ОБЛІКУ
КАФЕДРА ФІНАНСОВОГО МЕНЕДЖМЕНТУ ТА СТРАХУВАННЯ**

Літинська Тетяна Іванівна

**ФІНАНСОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В
УМОВАХ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ**

спеціальність 072 ФІНАНСИ, БАНКІВСЬКА СПРАВА ТА СТРАХУВАННЯ

освітньо-професійна (наукова) програма – фінансовий менеджмент

Випускна кваліфікаційна робота за освітнім ступенем «магістр»

Частина 2

ДОДАТКИ

Тернопіль – 2021

«Декларація доброчесності»

Я, Літинська Т.І., підтверджую, що сама написала цю роботу і не використовувала жодних інших, окрім цитованих, джерел інформації. Дослівні вирази або фрази, які цитуються, позначаються як такі; інші недослівні запозичення чи ремінісценції, наведені у тексті цієї роботи, містять актуальну інформацію щодо первинних джерел наведеного контенту. Робота у цій безпосередньо або змістовно аналогічній формі не була раніше опублікована чи оприлюднена. Усе зазначене вище посвідчую власноручним підписом.