

**Міністерство освіти і науки України
Західноукраїнський національний університет
Факультет фінансів та обліку
Кафедра фінансового контролю та аудиту**

Волошин Артур Вадимович

**УПРАВЛІННЯ НЕПРИБУТКОВИМ КОМУНАЛЬНИМ
МЕДИЧНИМ ЗАКЛАДОМ ТА АУДИТ ЙОГО ДІЯЛЬНОСТІ
(На матеріалах Тернопільської обласної клінічної лікарні (КНП
«ТОКЛ» ТОР)**

спеціальність 071 «Облік і оподаткування»
освітньо-професійна програма «Аудит та державний фінансовий контроль»
кваліфікаційна робота за освітнім ступенем «магістр»

Виконав студент
групи ОАДФКм-21
Волошин А.В.

Науковий керівник:
к.е.н., доцент
Шестерняк М.М.

Тернопіль – 2024

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	3
ВСТУП	4
 РОЗДІЛ 1. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД ТА ВІТЧИЗНЯНА ПРАКТИКА.....	7
1.1 Основні моделі фінансування охорони здоров'я: міжнародний досвід та вітчизняна практика.....	7
1.2 Особливості фінансування системи охорони здоров'я в Україні в умовах воєнного стану	18
Висновки до розділу 1.....	30
 РОЗДІЛ 2. УПРАВЛІННЯ НЕПРИБУТКОВИМ КОМУНАЛЬНИМ МЕДИЧНИМ ЗАКЛАДОМ.....	32
2.1. Неприбутковий статус медичного комунального некомерційного підприємств (КНП) як перевага самостійної організації, що має соціальну спрямованість та фінансову автономію.....	32
2.2. Управління медичним закладом-КНП у контексті оптимізації витрат.....	42
2.3. Оцінка ефективності діяльності Тернопільської обласної клінічної лікарні (КНП «ТОКЛ» ТОР).....	51
Висновки до розділу 2.....	58
 РОЗДІЛ 3. АУДИТ ДІЯЛЬНОСТІ НЕПРИБУТКОВОГО КОМУНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ	60
3.1. Роль аудиту в забезпеченні фінансової стійкості медичних закладів..	60
3.2. Методологія проведення аудиту медичного закладу-КНП.....	67
Висновки до розділу 3.....	74
 ВИСНОВКИ.....	75
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	79
ДОДАТКИ	89

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ:

NHS – National Health Service (Національна система здоров'я, що була запроваджена у Великій Британії)

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ЄАЛЗ – Європейське агенство з лікарських засобів

НСЗУ – Національна служба здоров'я України

ОЗ – Охорона здоров'я

ЗОЗ – Заклад охорони здоров'я

ЕСОЗ – Електронна система охорони здоров'я (або *eHealth*)

ЦБД – Центральна база даних

МІС – Медична інформаційна система

ПМД – Первинна медична допомога

КНП – Комунальне неприбуткове підприємство

ЦКУ – Цивільний кодекс України

ПКУ – Податковий кодекс України

КНП «ТОКЛ» ТОР – Комунальне неприбуткове підприємство «Тернопільська обласна клінічна лікарня» Тернопільської обласної ради

ВСТУП

Актуальність теми. Управління неприбутковими комунальними медичними закладами є важливим елементом забезпечення доступу населення до якісних медичних послуг. В умовах реформування системи охорони здоров'я України, зокрема переходу на нові моделі фінансування та управління, виникає потреба у підвищенні ефективності діяльності таких закладів. Особливо це стосується забезпечення їх фінансової стійкості, прозорості використання ресурсів та відповідності вимогам законодавства. Аудит діяльності комунальних медичних установ дозволяє оцінити ефективність управлінських рішень, виявити ризики та оптимізувати використання коштів, що є критично важливим у контексті обмежених бюджетних ресурсів.

Дослідження даної теми має практичну значущість, оскільки сприяє розвитку сучасних підходів до управління в секторі охорони здоров'я. Це дозволяє не лише вдосконалити фінансовий контроль, але й забезпечити дотримання принципів економичності, результативності та доброчесності. Таким чином, тема магістерської роботи є актуальною як з наукової, так і з практичної точки зору, оскільки вона спрямована на вирішення ключових проблем функціонування комунальних медичних закладів в Україні.

Вагомий внесок у дослідження питання фінансування систем охорони здоров'я зробили такі вітчизняні вчені як: А.В. Бондар, Л.А. Мельник, С.В. Онишко, В.Д. Парій, Ю.В. Шевчук та інші. Серед зарубіжних дослідників, які вивчали різні аспекти моделей фінансування ОЗ, можна виокремити таких як: Брайан Абель-Сміт, Вільям Генрі Беверідж, Вільям Франклін Уайт, Лоррейн Воллес, Річард Морріс Тітмас та Ульріх Бек.

Мета дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні, розробці та вдосконаленні підходів до управління неприбутковим комунальним медичним закладом та проведенні аудиту їх діяльності з метою підвищення ефективності використання ресурсів, забезпеченні прозорості фінансових процесів і покращенні якості надання медичних послуг.

Досягнення поставленої мети зумовило **виконання таких завдань:**

- дослідити вітчизняну практику та міжнародний досвід моделей фінансування охорони здоров'я;
- з'ясувати особливості фінансування системи охорони здоров'я в Україні в умовах воєнного стану;
- розкрити неприбутковий статус медичного комунального некомерційного підприємств (КНП) як перевагу самостійної організації, що має соціальну спрямованість та фінансову автономію;
- розглянути управління медичним закладом-КНП у контексті оптимізації витрат;
- провести оцінку ефективності діяльності Тернопільської обласної клінічної лікарні (КНП «ТОКЛ» ТОР)
- розглянути роль аудиту в забезпеченні фінансової стійкості медичних закладів;
- дослідити методологію проведення аудиту медичного закладу-КНП.

Об'єктом дослідження є система управління неприбутковим комунальним медичним закладом, зокрема організація його фінансово-економічної діяльності, механізми забезпечення ефективності функціонування та застосування аудиторських процедур для оцінки його роботи.

Предметом дослідження є теоретичні та практичні аспекти управління неприбутковим комунальним медичним закладом, а також методологія проведення аудиту його діяльності з метою оцінки ефективності управлінських рішень, фінансової стійкості та відповідності нормативно-правовим вимогам.

Методи дослідження. У процесі виконання кваліфікаційної роботи використовувались такі загальнонаукові методи: аналіз і синтез – для вивчення наукових джерел, нормативно-правових актів і практичних матеріалів щодо управління та аудиту діяльності неприбуткових медичних закладів; порівняльний аналіз – для зіставлення міжнародного досвіду фінансування та управління медичними закладами із вітчизняною практикою; метод системного підходу – для комплексного дослідження системи управління КНП в контексті їх фінансової автономії; метод моделювання – для розробки оптимальної

методології проведення аудиту діяльності медичних закладів типу КНП «ТОКЛ» ТОР; економіко-статистичний метод – для оцінки ефективності фінансової діяльності КНП «ТОКЛ» ТОР на основі аналізу ключових показників; метод експертних оцінок – для формування висновків і рекомендацій щодо покращення управління та аудиту; графічний метод – для наочного відображення динаміки та результатів дослідження та інші.

Наукова новизна одержаних результатів визначається пошуком шляхів покращення управління неприбутковим комунальним медичним закладом та розробкою практичних рекомендацій, що сприяють підвищенню ефективності системи управління в ньому, оптимізації використання фінансових та інших ресурсів, а також вдосконаленню методології проведення аудиту для оцінки його діяльності.

Практичне значення одержаних результатів полягає у розробці рекомендацій та методичних підходів, які можуть бути застосовані для підвищення ефективності управління Тернопільською обласною клінічною лікарнею (КНП «ТОКЛ» ТОР) та інших комунальних медичних закладів, а також покращення процесів аудиту і оцінки ефективності їх діяльності, що сприятиме підвищенню прозорості та якості надання медичних послуг.

Апробація наукових досліджень. За результатами проведених досліджень автором опубліковані тези на конференціях на теми: «Аудиторський контроль як інструмент забезпечення надійності та об'єктивності фінансової звітності підприємств», «Особливості неприбуткового статусу комунальних медичних закладів у забезпеченні соціальної та фінансової автономії», «Роль внутрішнього контролю в забезпеченні ефективності аудиту медичного закладу».

Структура та обсяг дипломної роботи. Випускна кваліфікаційна робота складається з вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків. Обсяг основної частини роботи має 78 сторінок, список джерел містить 77 пунктів, розміщених на 10 сторінках. У магістерській представлено 6 таблиць, 16 рисунків і 3 додатка.

РОЗДІЛ 1

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД ТА ВІТЧИЗНЯНИЙ ПРАКТИКА

1.1. Основні моделі фінансування охорони здоров'я: міжнародний досвід та вітчизняна практика

Важливим аспектом рівня якості життя населення є ступінь фінансового забезпечення системи охорони здоров'я (далі – ОЗ), оскільки від нього залежить економічний і соціальний розвиток країни. Міжнародна практика свідчить, що за кордоном охорона здоров'я визнана одним із цільових напрямків державної політики та є ключовим фактором національної безпеки.

Основна мета системи ОЗ – поліпшення стану здоров'я населення та підтримка його на оптимальному рівні. Як свідчить практика, для отримання бажаного результату необхідно надавати якісні та доступні медичні послуги у всіх регіонах. Система ОЗ у кожній країні сформувалась завдяки історичним подіям та напрацюванням схем турботи про здоров'я. Для визначення вектору вдосконалення та пріоритетних напрямків, формування думки про ефективність тієї чи іншої системи охорони здоров'я проводиться вивчення їх характеристик та особливостей її формування.

Проведені дослідження показують, що вивченням фінансування систем ОЗ займалися науковці, економісти, медичні дослідники, а також фахівці з громадського здоров'я. Економісти, політологи, лікарі та соціологи з різних країн і галузей також досліджували проблеми фінансування систем охорони здоров'я. Вони аналізували не лише витрати на охорону здоров'я, ефективність програм страхування, доступність медичних послуг, а й актуальні проблеми фінансування громадського здоров'я.

Серед вітчизняних вчених, які вивчали питання фінансування систем охорони здоров'я можна виокремити: А.В. Бондар, Л.А. Мельник, С.В. Онишко, В.Д. Парій, Ю.В. Шевчук та інших, чиї наукові праці знаходили місце в економічних журналах та посібниках. Щодо зарубіжних дослідників, які

вивчали моделі фінансування ОЗ, можна вирізнити таких як: Вільям Генрі Беверідж, Річард Морріс Тітмас, Брайан Абель-Сміт, Ульріх Бек, Вільям Франклін Уайт та Лоррейн Воллес. Ці науковці аналізували різні аспекти моделей фінансування ОЗ, зокрема: витрати на систему охорони здоров'я; ефективність економіки ОЗ; вплив різних фінансових моделей на організацію медичних послуг; та розробляли пропозиції щодо поліпшення функціонування систем фінансування ОЗ.

Можна сказати, що визначення проблем системи фінансування охорони здоров'я було результатом колективної роботи багатьох науковців роками, проте саме завдячуючи праці У. Беверіджа було створено основні засади на які звертають увагу при виборі необхідної концепції створення моделі фінансування охорони здоров'я.

Так, зокрема, проведені ще в далекому 1942 році дослідження У. Беверіджа показують, що в загальній практиці базовими проблемами у фінансуванні системи ОЗ, які потребують вирішення, є: 1) недостатня якість та низька ефективність надання медичних послуг; 2) фінансова вразливість громадян; 3) неефективне застосування бюджетних коштів [65, с. 851].

Завдяки економічному та технічному прогресу нині покращено профілактики та діагностики хвороб, а також створено фонди медичного страхування. Однак, незважаючи на технічний прогрес та часовий проміжок, проблеми що досліджувались вченим залишаються актуальними дотепер.

Історично склалось, що фінансування охорони здоров'я в Україні спрямовувалось до медичного закладу, проте значних реорганізацій, держзакупівель обладнання з метою проведення вузькопрофільних досліджень не відбувалось. Через це населенню не були доступними якісні та ефективні медичні послуги. Відповідно, дослідження проблемних питань фінансування вітчизняної системи охорони здоров'я залишаються нині актуальними.

Останні реформи у сфері охорони здоров'я в Україні були проведені за активного сприяння та керівництва уряду, зокрема, Міністерства охорони здоров'я. Внаслідок існування проблем у системі ОЗ Міністерством фінансів

України в 2017 році було запропоновано реформування медичної галузі шляхом розробки й впровадження новітньої моделі фінансування (рис. 1.1).



Рисунок 1.1. Принципи новітньої моделі фінансування

Примітка: Сформовано автором на основі джерела [27, с. 7]

Звернемо увагу, що створення та впровадження новітньої моделі фінансування ОЗ було складним і багатоаспектним процесом у якому брали участь різні експерти, консультанти та урядові чиновники. Існуючі принципи новітньої моделі фінансування передбачали в перспективі прозорі та чіткі гарантії з боку держави щодо обсягу безкоштовних медичних послуг, покращений фінансовий захист громадян під час лікування, зменшення неформальних платежів, поліпшення якості надання населенню медичної допомоги з боку державних і комунальних закладів охорони здоров'я.

Згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі – ВООЗ), система охорони здоров'я – це сукупність усіх організацій, людей та дій, основним завданням яких є сприяння, відновлення чи підтримка здоров'я [76, с.104].

Система ОЗ охоплює зусилля, спрямовані на вплив на фактори, що визначають здоров'я, а також безпосередню медичну діяльність. Таким чином, система охорони здоров'я не лише створює ієрархію закладів громадської власності, а і охоплює міжгалузеву співпрацю медичного персоналу для поліпшення здоров'я населення.

Практика свідчить, що існує чотири основні моделі систем охорони здоров'я, залежно від джерела фінансування: 1) модель Беверіджа; 2) модель Бісмарка; 3) модель Національного медичного страхування; 4) система прямих платежів, відома як модель «з власних коштів» (рис. 1.2). Ключові відмінності описаних нижче моделей фінансування системи охорони здоров'я наведено у Додатку А.

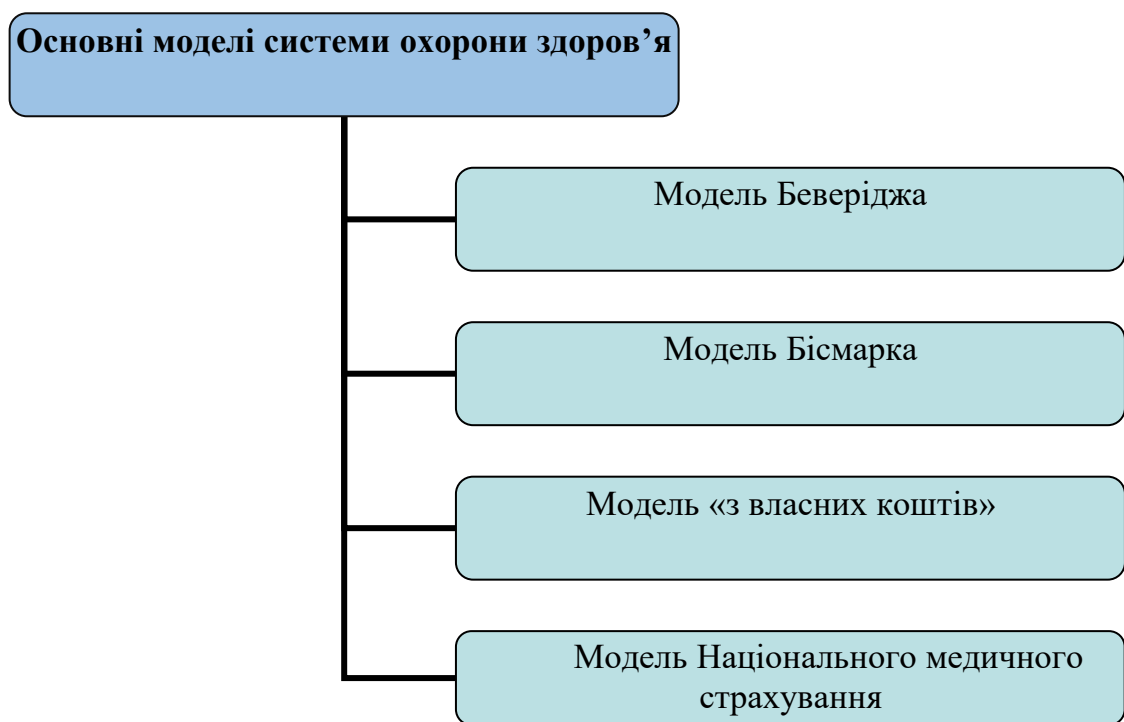


Рисунок 1.2. Основні моделі системи охорони здоров'я

Примітка: Сформовано автором на основі джерел [21; 26]

Слід зауважити, що назви вищевказаних моделей є більш теоретичними, оскільки кожна окрема країна зазвичай має свою власну систему охорони здоров'я, яка поєднує риси різних моделей. Пропонуємо розглянути основні моделі системи охорони здоров'я більш детально.

Проведені дослідження показують, що серед найбільш поширених виокремлюють саме державну модель, названу на честь британського економіста і громадського діяча – Уільяма Беверіджа.

1 – Модель Беверіджа. Як відомо, У. Беверідж вперше сформулював свою модель у 1948 році впровадивши велику зміну в медичну систему Великої Британії. Його інновацією було надання повноцінної медичної допомоги безкоштовно, ґрунтуючись на принципі громадянства, а не на оплаті або страхуванні. Основна характеристика моделі – держава займає ключову роль у фінансуванні ОЗ [65, с. 850]. Близько 70% виплат, згідно вказаної моделі, припадає саме на фінансування з боку держави.

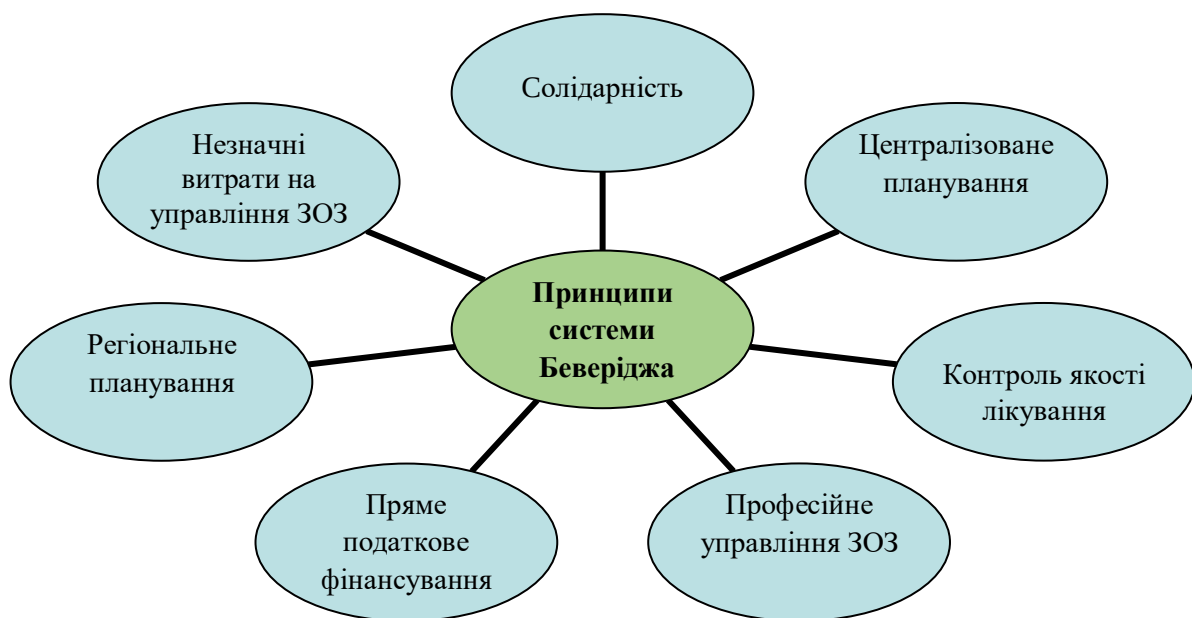


Рисунок 1.3. Принципи системи Беверіджа

Примітка: Сформовано автором на основі джерела [26]

Слід звернути увагу, що більшість медичних послуг надається саме державними лікарнями. Описана система фінансування ОЗ застосується у Ірландії, Великобританії, Кубі, Данії, Греції, Італії, у вигляді змішаної моделі в Канаді, Іспанії, Португалії, Новій Зеландії. Особливим досягненням є позиція Куби як однієї з найздоровіших націй світу, за версією журналу «Bloomberg», на Кубі на одного лікаря припадає 173 пацієнти, порівняно з Великою Британією, де це число становить 600 пацієнтів на одного лікаря. Однак

система охорони здоров'я на Кубі, незважаючи на значну кількість медичних працівників, стикається з викликами: низька оплата праці, застаріле обладнання та нестабільність фінансування [70].

Модель Беверіджа передбачає централізацію медичної системи через національну службу охорони здоров'я, таку як National Health Service (далі – NHS). Це Національна система здоров'я, що була створена урядом Великої Британії у червні 1948 року [31]. У цій моделі уряд виступає єдиним платником, усуваючи конкуренцію на ринку та забезпечуючи низькі ціни. Фінансування медицини через податок на прибуток гарантує безкоштовний доступ до послуг після сплати податків. Основна частина медичного персоналу працює на урядовій службі. Центральним принципом цієї моделі є здоров'я як право людини, забезпечене універсальним покриттям.

Згідно аналітики британської телерадіомовної корпорації British Broadcasting Corporation (BBC) від минулих 75 років з дня створення NHS змінилось багато. Так, значно зросла кількість персоналу: станом на 2020 рік в NHS працювали 1,7 мільйона людей (увійшовши у п'ятірку лідерів по працевлаштуванню у світі). Кількість медсестер зросла щонайменше втричі, а лікарів стало вдсятеро більше, ніж у перший рік існування. Значно зросли й видатки, що в свою чергу призвело до того, що бюджет на охорону здоров'я збільшився в 12 разів, навіть з урахуванням інфляції. При цьому, кількість ліжкомісць в чотири рази менше ніж на початку. Це відбулось за рахунок покращення показників здоров'я населення, зокрема, таких як тривалість життя та зменшення смертності серед немовлят, а також завдяки збільшенню обсягу вакцинації серед населення. Разом з тим, зросли витрати на охорону здоров'я як частки бюджету. Відтак, 30% з кожного фунта, витраченого на послуги спрямовуються на охорону здоров'я [73].

Значний вплив на NHS мав офіційний вихід Великої Британії зі складу Європейського Союзу (Brexit) в 2016 році (фактично це відбулося у 2020 році), позаяк ще тоді виникло багато питань щодо спроможності купувати ліки

пацієнтами. Велика Британія покинула Європейське агенство з лікарських засобів і сформувала свою власну систему оцінки лікарських препаратів [72].

Позитивним аспектом моделі фінансування Беверіджа є те, що держава – єдиний платник цієї системи охорони здоров'я, витрати можуть бути низькими, а пільги стандартизовані по всій країні [71, с. 29]. Проте, основною критичною проблемою даної системи є довгі списки очікування, оскільки всім хто потребує допомоги гарантується доступ до медичних послуг, що в свою чергу може викликати надмірне використання системи, яке призводить до збільшення бюджетних витрат на систему ОЗ [36].

Основними аспектами моделі Беверіджа є: 1) медична допомога, що надається незалежно від соціального чи матеріального становища; 2) грошова компенсація, що виділяється лише тому, хто здатен себе утримувати; 3) система соціального страхування передбачає наступні випадки у виплатах: допомога при тимчасовій непрацездатності та у разі отримання травми на виробництві; 4) виплати громадянам, які отримали травми на виробництві, здійснюються без участі роботодавця за рахунок держбюджету. Страхові компанії з метою зменшення виплат спонукають підприємства до покращення умов праці [22].

Звернемо увагу, що у Сполученому Королівстві Великої Британії модель Беверіджа є досі діючою. При цьому, там вона вважається найефективнішою.

2 – Модель Бісмарка. Дана модель фінансування системи ОЗ виникла наприкінці XIX століття. Ця модель відображає децентралізований підхід до організації охорони здоров'я. В ній медичне страхування фінансується роботодавцями та працівниками через «лікарняні фонди», створені на основі обов'язкових членських внесків з оплати праці [36]. Паралельно існують приватні страхові плани (*це добровільні програми, які підприємства пропонують своїм працівникам; зазвичай, вони включають ширший спектр послуг, ніж державне страхування, але й коштують дорожче*), що охоплюють кожного працівника, незалежно від попередніх умов. Кожен громадянин, який працює, підлягає обов'язковому страхуванню.

Світовий досвід показав, що пряма оплата лікування хворих за надані медичні послуги є неефективним і ризикованим видом фінансування системи ОЗ. Сучасні методи діагностики та лікування хвороб інколи можуть бути дороговартісними, а це, здебільшого, створює фінансовий дискомфорт для цілих сімей. Відкладати заощадження з метою покриття можливої потреби в лікуванні теж не є виходом з ситуації. Чи не єдиний ефективний спосіб захистити населення від значних фінансових витрат при захворюванні та гарантувати надання якісної медичної допомоги – це перехід до страхової моделі фінансування охорони здоров'я [21; 42].

Через обов'язкове медичне страхування модель Бісмарка має також назву «соціально-страхової». Відповідальні страхові медичні компанії, спеціальні фонди та лікарняні каси беруть участь в організації процесу обов'язкового страхування. За основу модель Бісмарка широко застосовується у Німеччині, Австрії, Швейцарії, Ізраїлі, США, Південній Кореї, Японії, Франції, Нідерландах та Бельгії. Для цих країн властивими є децентралізація, велика конкуренція серед медичних закладів, розвинутий сектор страхових послуг, відсутність прямого втручання держави у функціонування сфери охорони здоров'я. За цією моделлю практично все населення входить в програму медичного страхування. Розподіл фінансування системи ОЗ проводиться за наступним принципом: з державного бюджету проводиться 40 % виплат, фонд обов'язкового медичного страхування покриває щонайменше 60 % виплат [1].

Медичне страхування з боку держави є основним, проте за бажання пацієнта можна укласти і приватний договір страхування. Держава виступає контролюючим агентом серед учасників страхового ринку. З огляду на вищевказану систему фінансування, приватні медичні установи надають більш доступні послуги та пропонують ширший їх спектр, а форма управління сферою ОЗ завдяки цьому стає децентралізованою. Первинну медичну допомогу пацієнти мають можливість отримати в сімейних лікарів приватної практики.

Така система фінансування покращує ринок медичних послуг, оскільки пацієнти можуть самостійно обирати лікаря чи медичний заклад. Як наслідок цього, виникає конкуренція між лікарями, яка сприяє розвитку медичної системи в цілому.

Таким чином медичні послуги надаються здебільшого приватними установами, але фонди соціального медичного страхування контролюються державою. У різних країнах ця модель може мати різну форму: від єдиного страховика (наприклад, Франція, Корея) до кількох конкуруючих (Німеччина, Чехія) чи неконкуруючих страхових компаній (Японія). Роль уряду полягає в регулюванні цін, а страхові компанії є неприбутковими, оскільки є підконтрольними державі, що дає змогу контролювати витрати на медичні послуги, подібно до моделі Беверіджа [26, с. 173].

Баланс між приватною практикою та державним страхуванням дає змогу лікувальним установам бути незалежними, а також мінімізувати ускладнення із страховими полісами. Фінансові потреби для лікування, як правило, доступні, тож пацієнти частіше за все можуть дозволити собі вибір в бік кращої медичної установи.

Демографічне старіння населення та надмірне використання медичних ресурсів в ургентних випадках створюють проблеми для стабільного функціонування моделі Бісмарка [36].

3 – *Модель «з особистих коштів»*. Система охорони здоров'я, орієнтована на ринок, або модель з прямим платежем, яка ще називається «з особистих коштів».

У країнах з менш розвинутим економічним благополуччям і з недостатньою кількістю медичних й фінансових ресурсів для широкого спектру медичних послуг пацієнти змушені платити за надану їм допомогу власним коштом. Без достатнього рівня фінансового забезпечення бідні верстви населення не можуть дозволити собі необхідну їм медичну допомогу. На жаль, така ситуація є поширеною у багатьох країнах, оскільки лише економічно розвинуті країни мають надійну систему охорони здоров'я [75]. Слід зазначити,

що ще перед реформою в сфері медичного обслуговування населення України було представлено систему ОЗ саме так.

Як наслідок, під час використання цієї моделі фінансування ОЗ медичні заклади недоотримують належного матеріального забезпечення з коштів бюджету, а це у свою чергу уповільнює розвиток у галузі медичного забезпечення населення. Як наслідок ЗОЗ не зможуть самостійно забезпечити себе необхідним обладнанням та потребують допомоги від меценатів. Постає значною проблемою фінансовий облік, оскільки кошти переходять «з кишені в кишеню», а ретельного контролю як за кількістю наданої медичної допомоги, так і за рухом пацієнтів немає, що, натомість, може привести до неповної діагностики і, як результат, неправильного або недостатнього лікування.

4 – *Модель Національного медичного страхування.* Як відомо, Національна модель медичного страхування – система національного медичного страхування, за основу якої взято моделі Бісмарка та Беверіджа. Як і в моделі Беверіджа, в даному випадку, основоположним платником медичних процедур є уряд, і, як і в моделі Бісмарка, послуги надаються приватними установами. Універсальне страхування є неприбутковим і при потребі в медичній допомозі пацієнтам не відмовляє.

В зарубіжних країнах із системами охорони здоров'я типу Беверіджа останнім часом існує тренд до застосування характеристик моделі Бісмарка або навпаки, що призводить до того, що політика охорони здоров'я в таких країнах як Німеччина та Угорщина є змішаною, де одночасно можуть бути застосовані дві вищезгадані моделі [36]. У деяких країнах на зразок Канади охороною здоров'я управляють на місцевих рівнях: провінційні і територіальні громади відповідають за фінансування та розбудову медичної інфраструктури, підписання контрактів з лікарями-приватними підприємцями та роботу місцевих медичних установ. Усі резиденти Канади фінансують медичне обслуговування через загальне оподаткування, страхові внески і оплату готівкою [66]. У середньому щорічно кожен канадець вносить в систему охорони здоров'я близько двох з половиною тисяч доларів [46]. Неурядові

організації також мають значний вплив та виконують багато роботи, наприклад, дбають про права пацієнтів чи розподіл донорської крові [62].

Незважаючи на це, найбільший недолік систем Беверіджа та Бісмарка є таким, що для даних систем характерним є довге очікування черги щодо медичної допомоги. Операції, що не мають статус ургентних доводиться очікувати не один місяць. На довгоочікувану допомогу нарікають пацієнти не лише у Канаді, схожа ситуація у Великій Британії, Австралії й Франції [68].

Класифікацію систем охорони здоров'я ведучих країн світу представлено на рисунку 1.4.



Рисунок 1.4. Класифікація систем охорони здоров'я ведучих країн світ, відповідно до трьох основних моделей [51, с. 45]

Важливо розуміти, що впровадження страхової медицини в умовах фінансової кризи може накласти додаткове навантаження на медичну галузь та медичні заклади. Отже, запровадження страхової моделі фінансування медицини потребує змін в фінансуванні, ретельний контроль за використанням коштів з мінімізацією шахрайства та корупції.

Врахування особливостей різних моделей є важливим для створення справедливої та доступної системи охорони здоров'я для всіх громадян України, яка також враховуватиме потреби та умови праці медичного персоналу на всіх рівнях організації системи.

1.2 Особливості фінансування системи охорони здоров'я в Україні в умовах воєнного стану

Галузь охорони здоров'я в Україні та поза її межами базується на різних принципах та підходах, однак має загальні цілі: надання доступу до кваліфікованої та професійної медичної допомоги громадськості, збереження та зміцнення здоров'я громадян, попередження поширення захворювань та вдосконалення системи медичного обслуговування.

В Україні діяльність системи охорони здоров'я координується Міністерством охорони здоров'я. Основні складові цієї системи включають державні та комунальні заклади охорони здоров'я, медичні університети та коледжі, фармацевтичну галузь, медичні послуги та страхові компанії, а також неприбуткові організації, що надають медичну допомогу [24].

Звернемо увагу, що при цьому важливим є розуміння поведінки пацієнтів стосовно їх участі у відшкодуванні медичних витрат. Адже таке відшкодування сприятиме підтримці медичних послуг як додаткове фінансування або стримування та зниження попиту на медичні послуги.

Гарантія збереження життя і здоров'я громадськості – державне фінансування медичної галузі, яке значно покращить соціальну стабільність.

Населення України є головною виробничою силою суспільства, суб'єктом і об'єктом економічних, соціальних, політичних та інших відносин. Враховуючи негативні тенденції народжуваності, демографічне старіння населення, міграцію та смертність внаслідок бойових дій, можна сказати, що система фінансування охорони здоров'я України перебуває у скрутному становищі. Так, зокрема, наслідок демографічної кризи впливає на кількість платоспроможного населення, а разом і з тим, на наповнення бюджету, з якого і відбувається фінансування системи ОЗ (Додаток Б).

Як відомо, серед країн Європи Україна має одну з найгірших характеристик народжуваності. Проте, позитивна динаміка все ж є, внаслідок покращеної епідеміологічної ситуації, а саме зменшення ролі інфекційних патологій та посилення частки неінфекційних захворювань люди стали

доживати до більш пізнього віку. Змінилась не лише структура захворюваності й смертності населення, а й вимоги до медицини й охорони громадського здоров'я. Нині частка передчасних смертей в Україні відбувається через основні неінфекційні захворювання, а саме: діабет, серцево-судинні захворювання та новоутворення (пухлини). З точки зору охорони здоров'я, пріоритетними напрямками збільшення тривалості життя в Україні є: боротьба із серцево-судинними захворюваннями та новоутвореннями з метою скорочення рівня смертності та підвищення середнього віку життя; популяризації здорового способу життя; протидія ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та COVID-19; зменшення рівня травматизму. Слід зазначити, що реалізація цих напрямів буде неефективна у разі економічного занепаду та гальмування вже розпочатого реформування медицини та охорони здоров'я. Перспективи щодо збільшення тривалості життя в Україні пов'язані зі зниженням основних факторів впливу, зокрема: високої передчасної смертності чоловіків у працездатному віці, особливо у віці 30-44 роки, тобто смертності чоловіків, які перебувають на піку трудової активності; смертності жінок як середнього, так і передпенсійного віку; дитячої смертності [59].

Впродовж тривалого періоду галузь ОЗ в Україні значно реформувалась. У передвиборчих агітаціях багатьох політиків ключовими аспектами були заклики щодо зміни медичного забезпечення. Тож зі зміною уряду та керівного апарату змін зазнавала і система ОЗ.

З метою поліпшення стану здоров'я населення та уникнення великих втрат від фінансування «з власної кишені» у 2015 році Уряд України ініціював трансформаційну реформу системи охорони здоров'я, основа якої полягала у підвищенні ефективності, модернізації застарілої системи надання послуг та більш широкому доступу до якісних медичних послуг. Стратегічний план першочергово полягав у проведенні реформи фінансування системи охорони здоров'я з метою швидких змін у сфері надання медичних послуг, по-друге, стимулюванні досягнення необхідних результатів за рахунок впровадження інформаційних технологій в якості каталізаторів. Після створення та

затвердження стратегії урядом, парламент прийняв новий Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [15], який регулює фінансування системи охорони здоров'я. Тоді ж була створена Національна служба здоров'я України.

Перші контракти з надавачами послуг первинної медичної допомоги (далі – ПМД) були підписані у червні 2018 року. Громадянам вперше став доступним вибір лікаря ПМД. Приватні та державні ЗОЗ отримали рівні можливості для надання послуг в рамках гарантій надання медичної допомоги. Державне фінансування ПМД стало пріоритетним.



Рисунок 1.5. Ключові досягнення реформи системи охорони здоров'я протягом 2018-2019 років

Примітка: Сформовано автором на основі джерела [41]

На відміну від усіх інших галузей охорона здоров'я в Україні значною мірою фінансово залежна від державного бюджету. Недостатній інтерес приватного сектора та певне негативне відношення з боку державних органів управління охороною здоров'я до підприємницької діяльності в цій сфері стримують розвиток і залучення додаткових джерел фінансування. Основною проблемою фінансування охорони здоров'я завжди була нестача державних коштів, що призводило до скорочення обсягів безкоштовної медичної допомоги. Нестача фінансування ускладнює своєчасну заміну морально і фізично застарілого обладнання, в той час як заробітна плата медичних працівників залишається низькою і не завжди пов'язана з обсягом та якістю

наданих послуг. Як наслідок, це спонукає до неформальних платежів між пацієнтом та лікарем. Проте, якість медичної допомоги не лише залежить від обсягу фінансування, а й від раціонального використання ресурсів. Прикладом цього можна привести діяльність приватних клінік, де наявний чіткий регламент обсягу надання медичної допомоги населенню та відповідна оплата за послуги, що спонукає до більш вузької діагностики та створення точного плану лікування.

У практичній діяльності ЗОЗ використовують наступні методи фінансового забезпечення: *кошторисний, програмно-цільовий, оплата наданих медичних послуг*. Кожен з методів має свої позитивні та негативні відмінності.

За рахунок *кошторисного* фінансування можна спрогнозувати видатки відповідно до встановлених Міністерством Охорони Здоров'я нормативів та визначити напрямки їх використання із забезпеченням контролю за їх цільовим призначенням. Але ефективно перерозподіляти фінансові ресурси ЗОЗ даний метод не дозволяє. Проблемним є запровадження інновацій та збільшення об'ємних та якісних складових надання медичних послуг. Крім того, через використання кошторисного фінансування, втрачається стимул до покращення роботи ЗОЗ, оскільки кошти з бюджету надаються лише на підставі існування установи, а заробітна плата персоналу сплачується за вихід та за відпрацьовані години.

Використовуючи *програмно-цільовий метод* фінансового забезпечення діяльності ЗОЗ можна забезпечити ефективність використання фінансових ресурсів закладу протягом всього бюджетного періоду. Досягається це завдяки чітко визначеним цілям та об'єктам фінансування, а також наявністю персональної відповідальності керівництва ЗОЗ за досягнення соціальних результатів медичних бюджетних програм. Негативний аспект цього методу полягає у його використанні за «залишковим» принципом – в разі нестачі бюджетних коштів фінансування соціальних програм, у тому числі і медичних, призупиняється або зупиняється взагалі [32, с.46].

На думку експертів система охорони здоров'я в Україні станом на 2021

рік була витратною та неефективною, причиною чого стало обмежене фінансування, що розподілялось за «залишковим» принципом, а розпорядники не були здатні до раціонального розподілу ресурсів, що виділялися на цю галузь [42, с. 619].

Щодо розподілу джерел фінансування охорони здоров'я, то уряд фінансував основну частину медичних послуг шляхом медичних субвенцій, які у період 2015-2019 років становили в середньому 77% від державних витрат на охорону здоров'я. Решту фінансували місцеві органи самоврядування за рахунок власних ресурсів.

Основні фактори впливу на фінансове забезпечення діяльності ЗОЗ можуть сприяти або спонукати до розвивання закладу. Зазвичай, на практиці керівники не завжди враховують ключові аспекти, які впливають на фінансове забезпечення ЗОЗ.

Проведені дослідження показують, що в сучасний період доцільно враховувати *зовнішні і внутрішні чинники*, які найбільш суттєво впливатимуть на загальний фінансово-господарський стан ЗОЗ, сприятимуть ефективному формуванню необхідних фінансових ресурсів та постійному розвитку ЗОЗ.

Так, до *зовнішніх* можна віднести: економічно-політичну ситуацію в країні, розвиток науково-технічного прогресу, фінансовий стан населення, рівень інфляції, корупційна складова, стан економічного ринку, екологічний стан в регіоні розташування ЗОЗ тощо.

До *внутрішніх чинників* можна віднести фінансову політику ЗОЗ, наявність матеріально-технічної бази та її стан, фінансово-господарський стан ЗОЗ та рівень його фінансового менеджменту, ефективність управління ЗОЗ, перелік медичних послуг, якість обслуговування пацієнтів тощо.

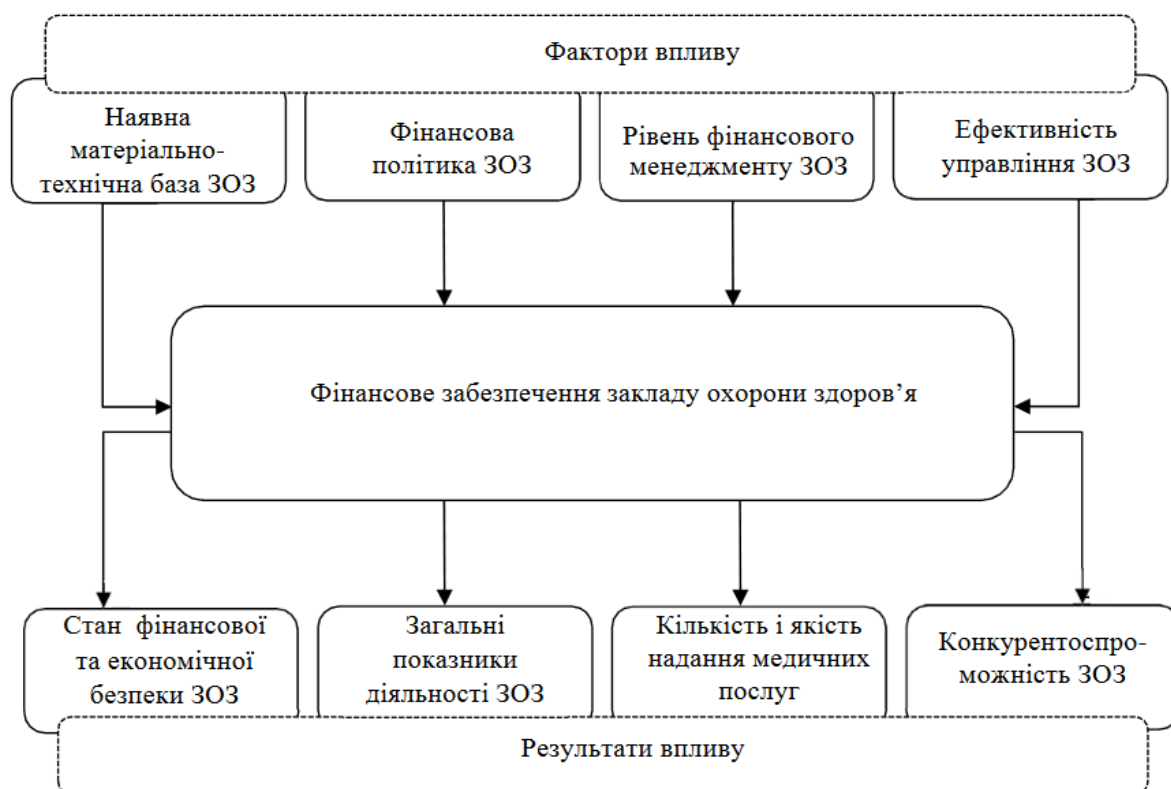


Рисунок 1.6. Результати впливу фінансового забезпечення на діяльність закладу охорони здоров'я [32, с. 45]

Наявні проблеми системи охорони здоров'я, значні зміни в соціально-економічній сфері, погіршення екологічної ситуації, ускладнена демографічна ситуація та погіршення здоров'я населення вимагають термінового вирішення ключових питань галузі. Необхідне постійне вдосконалення організації та діяльності системи охорони здоров'я в цілому. Щорічне підвищення фінансування ОЗ без застосування інструментів для підвищення ефективності, раціонального використання ресурсів і мотивації медичних працівників до покращення якості їхніх послуг не призводить до покращення медичного обслуговування [42, с. 618].

Як свідчить практика, у вітчизняній системі охорони здоров'я, а особливо у сфері надання лікувальних послуг мають місце неконтрольовані механізми пристосування до ринкового середовища. Пацієнти змушені оплачувати ліки та витратні матеріали, харчування, постіль, оплачують послуги молодшого та середнього медичного персоналу, сплачують «тіньові» благодійні внески, широко поширені неофіційні платежі пацієнтів. Немало пацієнтів залишаються

незадоволеними таким станом справ, оскільки, з одного боку це є порушенням конституційного права громадян на безоплатну медичну допомогу, а з іншого боку, система охорони здоров'я не може точно і в повному обсязі вести фінансову звітність. Як наслідок, бюджет недоотримує значну кількість коштів, що йдуть «тіньовими» внесками, а заклад з надання медичної допомоги залишається без додаткового фінансування на оновлення медичного устаткування та обладнання.

Високий рівень нестабільності та невизначеності, а також пригнічення розвитку, що притаманні економіці України, зумовлюють специфічні ризики та виклики для соціальної сфери у цілому й галузі охорони здоров'я зокрема. Для населення це впливає у зниженні рівня та якості життя. За таких умов держава має значною мірою покривати соціально-економічні витрати.

Проведені дослідження показують, що починаючи з 2014 року Україна знаходиться в складному економічному становищі, в результаті чого фінансування охорони здоров'я отримувало недостатній об'єм коштів. Так, у 2014 році на медичні потреби з держбюджету виділили лише 8,8 млрд грн. Частка МОЗ від видатків державного бюджету становила 2%.

Натомість, вже у 2015 році сума зросла – на витрати МОЗ спрямували майже 58 млрд грн (це на 557% більше, ніж у попередній рік: кожна 10-та гривня з держбюджету пішла на охорону здоров'я). У 2016 році на медицину направили приблизно таку ж суму – близько 57 млрд грн.

Впродовж 2017, 2018 та 2019 роках витрати на українську медицину зростали, при цьому загальна частка МОЗ від видатків бюджету була приблизно однаковою (8,8 – 8,9%).

Коли Україну та світ охопила пандемія коронавірусу, витрати на медицину та боротьбу з новою на той час інфекцією збільшили до 133 млрд грн. Це аж на третину більше від бюджету попереднього року, в результаті чого загальна частка витрат на МОЗ знову сягнула 10% (10,5%).

Вдалось збільшити фінансування охорони здоров'я також у 2021 році. На медичні потреби заклали 172 млрд грн (3,7% від ВВП), а загальна частка на

МОЗ з бюджету вперше сягнула майже 12%.

У 2022 році видатки на охорону здоров'я становили 215,3 млрд грн (4,5% від ВВП), у тому числі видатки держбюджету разом з трансфертами – 187,2 млрд грн. Важливим напрямом залишається реалізація програми медичних гарантій, на яку було спрямовано 146,3 млрд грн:

- 143,9 млрд грн – на оплату медичних послуг за програмою медичних гарантій;

- 2,4 млрд грн – на реімбурсацію (відшкодування вартості ліків) для лікування серцево-судинних захворювань, цукрового діабету, хронічних хвороб дихальних шляхів, розладів психіки та поведінки. Лікарські засоби з повним або частковим відшкодуванням їх вартості отримали понад 3,8 млн осіб.

У зв'язку з боротьбою проти військової агресії російської федерації витрати на медицину було скорочено, відтак на 2023 рік було закладено 178 млрд грн, що на 9% менше від показників 2022 року. Також скоротилася і загальна частка на МОЗ із усього «воєнного» бюджету.

На 2024 рік у вже прийнятому держбюджеті закладено понад 201 млрд грн на охорону здоров'я. Тобто, попри війну, країні вдасться збільшити витрати МОЗ на 13% (порівняно з 2023 роком), якщо протягом року в бюджеті не буде відповідних змін.

Саме завдяки залученню міжнародної фінансової допомоги є можливість стабільного фінансування програм медичних гарантій та виплаті заробітної плати понад 500 тис. робітникам медичної сфери діяльності.

Звернемо увагу, що в зарубіжних країнах співвідношення витрат та індикаторів ефективності системи охорони здоров'я має інші показники. Для прикладу розглянемо окремі показники деяких країн у 2022 році, які представлені таблиці 1.1.

**СПІВВІДНОШЕННЯ ВИТРАТ ТА ІНДИКАТОРІВ ЕФЕКТИВНОСТІ
СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА 2022 РІК [51]**

Країни	Тривалість життя	Сукупні витрати на охорону здоров'я, % від ВВП	Подушні витрати на охорону здоров'я, дол. США
Німеччина	80,9	11,7	4875
Великобританія	80,7	9,4	3609
США	76,4	17,2	8608
Франція	82,3	11,5	4952
Канада	82,2	10,4	5630

На таблиці істотно варіюються обсяги коштів, що виділяються на охорону здоров'я в різних країнах. Однак показник тривалості життя та інші індикатори охорони здоров'я не пропорційні витраченим коштам. Це свідчить про відмінність в ефективності витрачених грошових коштів та наявність різних факторів що впливають на тривалість життя населення. З цього можна зробити висновок, що якість охорони здоров'я залежить не від збору коштів, а від їх використання.

Україна в сучасний період перебуває на шляху трансформації своєї медичної системи, де роль державного страховика виконує Національна служба здоров'я України. Як відомо, Національна служба здоров'я України (далі – НСЗУ) – це центральний орган виконавчої влади, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Діяльність НСЗУ спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я. Національна система охорони здоров'я в Україні фінансується з державного бюджету, з обов'язкового медичного страхування, а також з оплати за медичні послуги.

Щодо фінансових витрат на оплату медичних послуг, то найкращим підходом в системі охорони здоров'я є стратегічні закупівлі. НСЗУ як стратегічний закупівельник аналізує потреби громадян у медичних послугах, визначає найбільш ефективні методи оплати за різні види послуг, а також обирає ті медичні заклади, які здатні надавати безпечну та якісну допомогу.

НСЗУ займається важливими та інноваційними для нашої країни

процесами. Насамперед, розробляє та вдосконалює перелік гарантованих медичних послуг, так звану програму медичних гарантій. Ця програма є аналогом страхового полісу медичної допомоги на державному рівні [25].

НСЗУ також укладає прямі договори із медичними закладами (та аптеками) на надання послуг з програми медичних гарантій. Важливим аспектом є те, що незалежно від форми власності закладів з надання медичної допомоги є доступною співпраця з НСЗУ. Проте, медичні заклади мають відповідати певним вимогам для співпраці з НСЗУ. Між НСЗУ та медичним закладом чи аптекою немає посередників, лише прямий договір, пряме звітування, пряма оплата. Для впевненості, що оплата йде за реальних пацієнтів і послуги надано в повному обсязі, системою передбачено три види моніторингу: *автоматичний* (аналіз великих масивів даних), *фактичний* (виїзди в заклади), *клінічний* (аналіз даних для оцінки якості послуг). Якщо моніторинг виявляє порушення умов договору, то спільно розробляється план удосконалення для закладу або відбувається розірвання договору про співпрацю, що в майбутньому не дає змоги вести лікувальну діяльність для закладу.

Варто також зауважити, що заключаючи договори з НСЗУ, медичні заклади отримують фінансування за новою моделлю. Цей процес вимагає великих змін у «гібридній» системі фінансування ОЗ. Система охорони здоров'я України потребує стабільного та ефективного фінансування. Наразі здравооохоронна галузь стикається з фінансовими проблемами недостатнього бюджету, нерівномірного розподілу ресурсів та корупцією. З метою мінімізації проблем важливим рішенням є збільшення фінансування, впровадження прозорих механізмів витрат та забезпечення ефективного контролю за використанням коштів. Важливо постійно реформувати систему ОЗ для забезпечення рівного доступу до медичних послуг для всіх громадян [27].

При співпраці з НСЗУ лікувальні заклади отримують доступ до електронної системи охорони здоров'я (далі – ЕСОЗ). ЕСОЗ (або *eHealth*) — українська багатокомпонентна інформаційно-телекомунікаційна система, що

забезпечує автоматизацію ведення обліку медичних послуг та управління медичною інформацією в електронному вигляді.

ЕСОЗ складається з центральної бази даних (далі – ЦБД) та медичних інформаційних систем (далі – МІС). Кожен заклад має власний доступ до ЦБД та МІС. У випадку, якщо доступ до ЦБД у всіх один, то МІС має щонайменше два варіанти: безкоштовне та платне програмне забезпечення. Жодного кроку НСЗУ не робить без відповідного електронного рішення, прибираючи можливість «домовитися» та забезпечуючи прозорі умови для лікування населення.

Звернемо увагу, що з 2018 року почали працювати нові правила для первинної медичної допомоги. Насамперед, для населення з'явилась можливість самому обирати лікаря та підтверджувати свій вибір поданням електронної декларації. Як наслідок, НСЗУ сплачує більше грошей тим закладам у яких, відповідно, більше пацієнтів. А самі пацієнти можуть оцінювати якість надання послуг та ставлення до них.

У 2019 році була створена програма «Доступні ліки», яка перевела лікарські рецепти в електронний вигляд. Електронний рецепт допоміг пацієнтам отримувати безкоштовно ліки без прив'язки до місця прописки, лікарю – уважніше відслідковувати дотримання курсу лікування, уряду – розширити перелік препаратів у програмі. Позитивно оцінили цю програму діабетики та люди з захворюванням серцево-судинної системи, оскільки держава сплачує частково або повну вартість препаратів першої необхідності саме для цієї категорії хворих.

Повномасштабне вторгнення російської федерації в Україну 24 лютого 2022 року призвело до зниження доступності медичних послуг та ліків у країні, особливо для людей, які проживають у прифронтових регіонах та тимчасово окупованих територіях, а також для внутрішньо переміщених осіб. Відтак, бюджет на охорону здоров'я у 2023 році в порівнянні з 2022 роком скоротився майже на 10%, в цілому співмірно з скороченням інших програм, окрім фінансування безпеки та оборони, відповідно.

Проведені дослідження показують, що найбільший обсяг видатків в Державному бюджеті на охорону здоров'я мають Програми медичних гарантій. На їх реалізацію в Державному бюджеті на 2023 рік було закладено 142,7 млрд грн, що в порівнянні з 2022 роком (157,3 млрд грн) знизилося на 14,6 млрд грн. Це обумовлено тим, що у 2022 році знизився попит на програми медичних гарантій через військову агресію російської федерації, міграцію населення за кордон та внутрішню міграцію населення. Однак, попри всі негаразди, національна система охорони здоров'я стійко справляється та відкриває широкий спектр гарантованих медичних послуг.

Воєнний стан вносить свої корективи в систему фінансування охорони здоров'я. Завдяки фінансовому стимулюванню первинна медична допомога стає пріоритетною. У зв'язку із збільшенням військових видатків та скороченням медичних виплат необхідне коригування фінансування спеціалізованих медичних послуг відповідно до перемінних потреб (рекомендована система оплати за кожен випадок лікування; лікування хронічних та небезпечних для людини хвороби повинно здійснюватися з врахуванням переміщення населення, тощо). Надання специфічних послуг, що пов'язані з реабілітацією стає пріоритетним і виділення коштів з державного бюджету на даний вид послуг збільшується. Через корупційні скандали є потреба у відновленні та посиленні моніторингу, що був припинений на початку військового вторгнення [47].

В Україні створена ефективна практика координації фінансової підтримки через скоординовану систему гуманітарної та донорської підтримки: Мультидонорський трастовий фонд України (МДТФУ) та Гуманітарний фонд України (ГФУ). Саме ці організації надають допомогу в забезпеченні медичними та витратними матеріалами, а також інвестують в обладнання. Ця допомога є суттєвою в умовах війни.

Висновки до розділу 1

У результаті проведеного дослідження організації діяльності системи охорони здоров'я міжнародної та вітчизняної практики зроблено наступні висновки:

1. Існує чотири основні моделі систем охорони здоров'я, залежно від джерела фінансування: 1) модель Беверіджа; 2) модель Бісмарка; 3) модель Національного медичного страхування; 4) система прямих платежів, відома як модель «з власних коштів». Існуючі моделі фінансування системи охорони здоров'я варіюються від фінансування, що забезпечує загальний доступ через державні кошти до страхової системи, що базується на внесках і договорах. Кожна модель має свої переваги і недоліки, але в цілому їх мета полягає в забезпеченні доступності, якості та ефективності медичних послуг для населення. Ефективність системи фінансування визначається її здатністю забезпечувати рівний доступ до медичних послуг, оптимізувати витрати і підтримувати сталий розвиток охорони здоров'я.

2. Національна модель медичного страхування – система національного медичного страхування, за основу якої взято моделі Бісмарка та Беверіджа. Як і в моделі Беверіджа, в даному випадку, основоположним платником медичних процедур є уряд, і, як і в моделі Бісмарка, послуги надаються приватними установами. Універсальне страхування є неприбутковим і при потребі в медичній допомозі пацієнтам не відмовляє.

3. Система охорони здоров'я в Україні є комплексною та ґрунтується на засадах ефективності та взаємодії різноманітних центральних органів влади на рівні Міністерств охорони здоров'я, фінансів, економіки, праці та соціальної політики, освіти і науки, з питань надзвичайних ситуацій та інших міністерств та відомств. Високий рівень нестабільності та невизначеності, а також пригнічення розвитку, що притаманні економіці України, зумовлюють специфічні ризики та виклики для соціальної сфери у цілому й галузі охорони здоров'я зокрема. Так, з метою поліпшення стану здоров'я населення та

уникнення великих втрат від фінансування «з власної кишені» у 2015 році Уряд України ініціював трансформаційну реформу системи охорони здоров'я.

4. Починаючи з 2015 року галузь охорони здоров'я України поступово розвивалась завдяки реформуванню. В 2017 році створено НСЗУ, яка почала виконувати функції регулятора надання медичних послуг, замовника та закупівельника медичного обладнання для медичних установ, надавати фінансові гарантії для отримання медичних послуг тощо. Зростала поетапно фінансова підтримка уряду галузі охорони здоров'я, проте через повномасштабне вторгнення російських військ на територію України в 2022 році, фінансування ОЗ у 2023 році було зменшено майже на 10% порівняно з показниками минулого року. Поступово економіка країни перелаштовується і спостерігається перерозподіл коштів на інші напрямки у сфері охорони здоров'я, зокрема на підтримку реабілітації поранених та травмованих осіб внаслідок бойових дій.

5. Для створення надійної системи охорони здоров'я потрібна тісна співпраця експертів різних галузей, медичних працівників, політиків та інших зацікавлених сторін, що в свою чергу приведе до ефективного та раціонального управління фінансовими та медичними ресурсами та дасть змогу адекватно та в повному обсязі надавати населенню необхідні медичні послуги та отримувати кошти для розвитку медичної сфери в цілому. Успішність та ефективність реформування системи охорони здоров'я залежить від: 1) спрямованості реформ на тих, хто надає медичну допомогу, а не на споживачів медичних послуг (пацієнтів); 2) удосконалення форм і методів управління галуззю охорони здоров'я на державному, регіональному та місцевому рівнях; 3) науково-обґрунтованої, еволюційної та поступально здійсненої реформи.

РОЗДІЛ 2

УПРАВЛІННЯ НЕПРИБУТКОВИМ КОМУНАЛЬНИМ МЕДИЧНИМ ЗАКЛАДОМ

2.1. Неприбутковий статус медичного комунального некомерційного підприємств (КНП) як перевага самостійної організації, що має соціальну спрямованість та фінансову автономію

Неприбутковий статус для комунальних некомерційних підприємств (КНП), таких як медичні установи, має низку особливостей, що визначають їх правовий, фінансовий та управлінський статус в Україні. Ці підприємства надають медичні послуги, мають статус юридичної особи, але їх діяльність спрямована не на отримання прибутку, а на досягнення суспільно значущих цілей, таких як забезпечення доступу до охорони здоров'я.

Іншими словами, неприбутковий статус медичного комунального некомерційного підприємства (КНП) означає, що ця організація надає певний спектр соціальних послуг або медичних послуг без отримання прибутку. Такі установи часто фінансуються з бюджету або через благодійні внески, а їхні доходи використовуються на покриття витрат і подальший розвиток діяльності, а не на прибуток для власників.

Як повідомлялось в попередніх параграфах, реформування медичної системи в Україні розпочалось у 2015 році. У зв'язку з наявними на той час проблемними питаннями в управлінні медичними закладами виникла необхідність в їх реорганізації. Цілі реорганізації медичних закладів представлено на рисунку 2.1.

Як видно з рисунку 2.1, зміни сприяли більш ефективному функціонуванню медичної системи і покращенню доступу до медичних послуг для населення.

Звернемо увагу, що до початку проведення медичної реформи робота медичних закладів відбувалась за старою радянською системою. Відтак, медичні заклади фінансувались лише з державного бюджету, що нерідко

призводило до нестачі коштів та ресурсів. Оскільки заклади з надання медичних послуг мали гарантоване фінансування, стимулу до покращення якості послуг не було, заклади не конкурували між собою. У зв'язку з централізованим управлінням медичним закладом з своєю ієрархією та значним впливом з боку Міністерства охорони здоров'я багато розпоряджень та рішень могли бути несвоєчасними. Незважаючи на те, що медичні послуги формально були безкоштовними, пацієнти часто стикались з хабарництвом в тому чи іншому вигляді та корупцією. Також через недостатнє фінансування були проблеми з заробітною платою медичних працівників, що впливало на їх професійний розвиток та мотивацію, відтак це впливало на відтік кадрів. Через неефективне управління закладами медичні послуги поступово ставали недоступними у сільській місцевості.

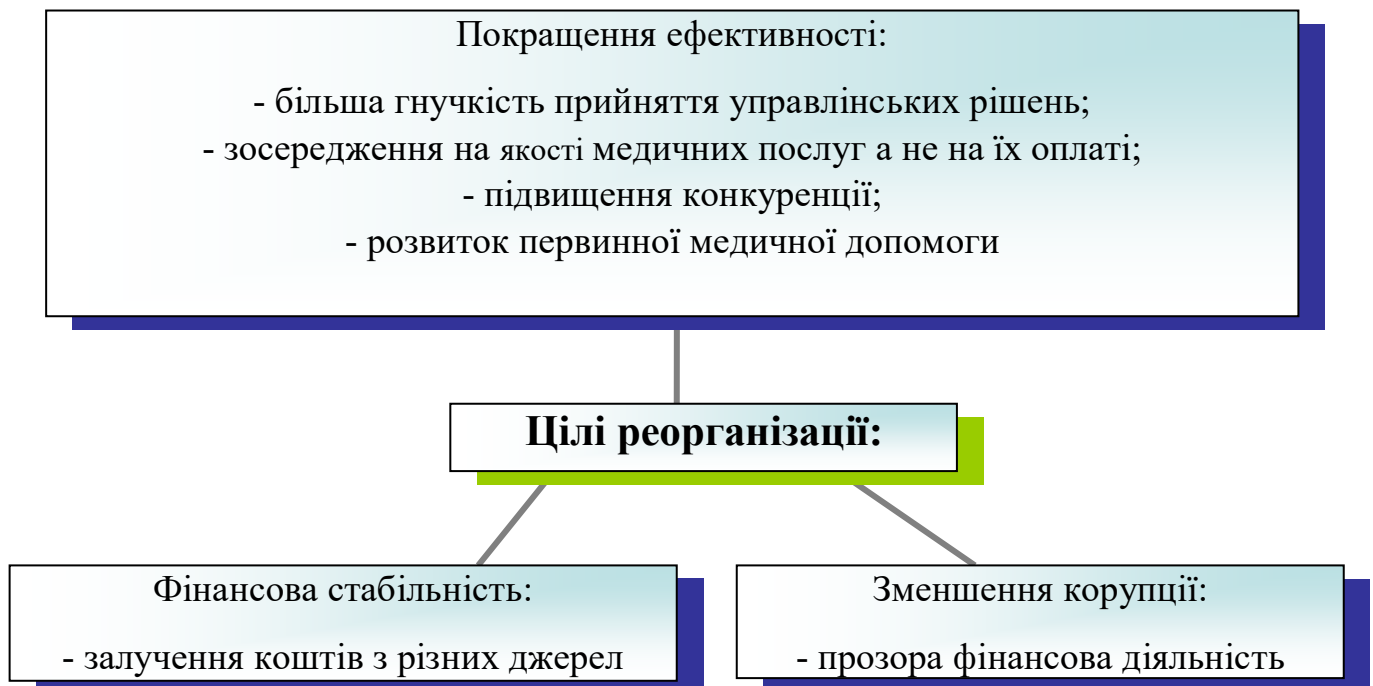


Рисунок 2.1. Цілі реорганізації медичних закладів

Щодо статусу неприбутковості, то його визначення у Цивільному [49]. і Податковому контекстах України різняться [30].

Так, зокрема, за Цивільним кодексом України (надалі – ЦКУ) неприбутковими вважаються товариства, які не мають на меті одержання прибутку для його наступного розподілу між учасниками (стаття 85 ЦКУ) [49]. Особливості правового статусу окремих видів неприбуткових організацій встановлюються законом.

Натомість, за Податковим кодексом України (далі – ПКУ) «неприбуткова організація має відповідати певним умовам, щоб не бути платником податку на прибуток. Неприбутковими вважаються підприємства, установи та організації, які не є платниками податку на прибуток підприємств відповідно до п. 133.4 ПКУ (пп. 14.1.121 ПКУ)» [30].

«До претендентів на статус «неприбуткової організації» (пп. 133.4.6 ПКУ) належать: державні установи; громадські об'єднання, політичні партії, творчі спілки, релігійні та благодійні організації, а також пенсійні фонди; союзи, асоціації та інші об'єднання юридичних осіб; житлово-будівельні кооперативи, дачні, садівничі та гаражні кооперативи або товариства; об'єднання співвласників багатоквартирних будинків (ОСББ) та асоціації власників житла; професійні спілки та їх об'єднання, а також організації роботодавців і їх асоціації; сільськогосподарські обслуговуючі кооперативи та їх кооперативні об'єднання; інші юридичні особи, чия діяльність відповідає вимогам п. 133.4 ПКУ» [30].

Організація визнається неприбутковою для цілей оподаткування за умови дотримання всіх наступних вимог:

- створена та зареєстрована відповідно до законодавства, яке регулює діяльність неприбуткових організацій;
- її установчі документи (або документи організації вищого рівня, на підставі яких вона функціонує) містять заборону на розподіл доходів (прибутку) чи їх частини серед засновників, учасників (відповідно до ЦКУ), членів організації, співробітників (за винятком виплати зарплати та

нарахування ЄСВ), а також серед членів органів управління та інших пов'язаних осіб.

Не вважається розподілом отриманих доходів (прибутків) фінансування видатків, визначених пп. 133.4.2 ПКУ [30], тобто на забезпечення мети і цілей діяльності такої організації. Ця вимога не стосується бюджетних установ;

– установчі документи (або документи організації вищого рівня, на основі яких функціонує неприбуткова організація відповідно до законодавства) повинні передбачати передачу активів одній або кільком неприбутковим організаціям відповідного типу, іншим юридичним особам, що займаються недержавним пенсійним забезпеченням згідно із законом (у випадку недержавних пенсійних фондів), або зарахування активів до доходу бюджету у разі припинення юридичної особи (через ліквідацію, злиття, поділ, приєднання чи перетворення). Це положення не стосується об'єднань та асоціацій ОСББ, а також житлово-будівельних кооперативів. Ця вимога не стосується бюджетних установ;

– внесена контролюючим органом до Реєстру неприбуткових установ та організацій.

Більшість комунальних закладів медичної допомоги, незалежно від рівня (первинної, вторинної або третинної ланки), приділили увагу вимогам законів про автономізацію.

Реформа в галузі медицини і введення автономізації розпочалось з двох законів, а саме:

- Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 6 квітня 2017 року, № 2002, зі змінами та доповненнями [13], що стосується *первинної ланки*.

- Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо невідкладних заходів у сфері охорони здоров'я» від 20 грудня 2019 року, № 421, зі змінами та доповненнями [14], який стосується *вторинної і третинної ланок*.

Процес реорганізації медичних установ відповідає одній з ключових стратегічних цілей медичної реформи, яка була визначена в Концепції реформування фінансування системи охорони здоров'я України, затвердженій Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 року № 1013-р. [38].

Мета реорганізації полягає в переході до системи оплати медичних послуг на основі фактичних результатів роботи медичних установ. Це призвело до зміни взаємин між медичними закладами як постачальниками послуг та бюджетними розпорядниками, які фінансують їх діяльність. У зв'язку з цим, важливо відзначити, що командно-адміністративна модель, заснована за принципом «держава видає наказ і фінансує», була замінена контрактною системою, в якій «держава замовляє послугу, здійснює оплату та контролює результат».

Контрактна модель взаємодії передбачає укладення договорів. Відповідно до цих угод, розпорядник бюджетних коштів діє на користь пацієнтів, які є третьою стороною-платником, а медичний заклад-КНП виступає в ролі постачальника медичних послуг. Саме ця модель взаємовідносин надала медичному закладу-КНП управлінську та фінансову автономію.

Медичний заклад, який перетворився у комунальне некомерційне підприємство (медзаклад-КНП), отримує статутний капітал на підставі Рішення та Акту передачі. Обсяг капіталу формується переважно з залишкової балансової вартості переданого майна, зазначеного в Акті передачі, з урахуванням залишків коштів на спеціальних рахунках, які є частиною внеску до статутного капіталу. Важливо підкреслити, що рішення щодо передачі майна приймає орган, який управляв цим майном в попередньому бюджетному закладі.

Іноді, рішення обласної ради не визначає керівника новостворених підприємств при реорганізації медичного закладу в комунальне некомерційне підприємство (медзаклад-КНП), що відкриває питання підписання Акту передачі.

Практика свідчить, що в більшості випадків Акт передачі складає спеціальна комісія. Однак, згідно з частиною 3 статті 107 ЦКУ [30], новостворений суб'єкт не має підписувати цей Акт. Разом з тим, у випадку коли керівник не визначений для затвердження Акту передачі власником, є можливість використання процедури або надання повноважень тимчасовому управлінню, чи залучення тимчасового представника до призначення керівника на постійну форму управління.

Медичний заклад-КНП, будучи самостійною організацією з соціальною спрямованістю, має значну перевагу в здатності оперативно адаптуватися до потреб громади, впроваджувати інновації, залучати додаткові ресурси та забезпечувати доступ до якісних медичних послуг, що в результаті підвищує рівень довіри пацієнтів і покращує загальний стан охорони здоров'я в суспільстві.

Важливо зауважити, що повноваження керівника медичного закладу-КНП значно розширені порівняно з керівником бюджетної установи (див. рис. 2.2). Окрім цього, в статуті медичного закладу-КНП прописані інші джерела фінансування, які відрізняються від тих, які існували у бюджетній установі.

Територіальні громади є власниками майна медичного закладу, який є комунальним некомерційним підприємством. Слід звернути увагу, що майно медичного закладу-КНП включає в себе основні та обігові фонди, обігові кошти та інші матеріальні цінності, вартість яких відображена у самостійному балансі. Власник майна, а саме територіальна громада, контролює його використання та зберігання через уповноважений орган, але не втручається у господарську діяльність закладу.

За узгодженням власника чи уповноваженого органу, медичний заклад-КНП може здавати в оренду своє майно, надавати його іншим підприємствам або установам для тимчасового використання, а також списувати з бухгалтерського обліку.



Рисунок 2.2. Повноваження керівника медичного закладу-КНП

Примітка: Сформовано автором на основі джерела [57]

Проведені дослідження свідчать, що раніше (до укладення угоди з НСЗУ), фінансування медичного закладу-КНП відбувалось наступним чином:

I. Отримання бюджетних коштів:

- отримання бюджетних коштів, що надходили: 1) від розпорядника коштів з бюджету; 2) від органів місцевого самоврядування, якщо на їхній території відсутні медичні заклади-КНП;
- отримання бюджетних коштів з відповідного бюджету шляхом використання програмно-цільового методу бюджетування в рамках відповідної бюджетної програми;
- отримання фінансової підтримки з місцевого бюджету як додаткового ресурсу для отримувача бюджетних коштів.

II. Фінансування від юридичних та фізичних осіб, що надійшли від:

- страхових компаній, які оплачують медичні послуги застрахованих пацієнтів;

- роботодавців, що вносять плату за медичні послуги, надані їхнім працівникам;
- благодійних організацій, які забезпечують надходження в грошовій та натуральній формі;
- орендарів, які вносять орендну плату за користування майном, устаткуванням, інвентарем, транспортними засобами;
- платних послуг іншого характеру.

Практика свідчить, що на даний час медичні заклади-КНП можуть отримувати кошти від:

- пацієнтів у зв'язку з наданням їм окремих сервісних послуг, як от проживання у покращених умовах, тощо;
- інших закладів охорони здоров'я або лікарів приватної практики, які здійснюють свою діяльність на базі медичного закладу-КНП або діють як фізичні особи-підприємці, за послуги з бухгалтерського обліку, закупівлі медикаментів, устаткування, ведення навчальної діяльності (тренінги, курси).

Таким чином, медичний заклад-КНП є отримувачем бюджетних коштів, проте не є бюджетною установою, та спрямовує фінансування для:

- гарантування основних функцій, надання послуг і виконання робіт, які не передбачені державними програмами;
- виплат співробітникам, вирішення соціальних проблем та поліпшення умов праці і життя працівників.

З огляду на вищезазначене, медичні заклади КНП діють на основі принципів господарської автономії та самофінансування відповідно до фінансового плану та плану розвитку. Це означає, що бухгалтерський облік і звітність мають вестися відповідно до норм, характерних для госпрозрахункового сектору, а не державного.

Комунальні некомерційні медичні заклади входять до складу реєстру неприбуткових організацій, але на них накладається певний ряд обмежень, що мають визначення у пункті 133.4 ПКУ, які слід враховувати в установчу документацію, окремі з них наведено нижче:

- «заборонено розподіляти отримані прибутки або їх частину між засновниками, працівниками (за винятком оплати праці та внесків до соціального страхування), членами управлінських органів та іншими пов'язаними особами;

- основна мета створення цих підприємств – надання первинної медичної допомоги та керування медичним обслуговуванням постійного населення на певній території, а також проведення профілактичних заходів з охорони здоров'я та підтримки громадського здоров'я;

- у випадку припинення діяльності підприємства (ліквідації, злиття, поділу, приєднання або перетворення) усі наявні активи передаються одній або кільком неприбутковим організаціям відповідного типу або зараховуються до доходів бюджету» [38] .

Як було зазначено вище, медичний заклад КНП не сплачує податку на прибуток. Однак, у разі порушень з боку роботи медичного закладу, він стає платником цього податку.

Фактично, зміни в податковому статусі порівняно з бюджетними установами не відбуваються, за винятком специфіки земельного податку, який може не сплачуватись медичним закладом, за умови що місцева рада надає таку можливість.

Отже, неприбуткові організації, зокрема медичні заклади, виконують важливу соціальну функцію, надаючи медичні послуги не маючи на меті отримання прибутку. Це дозволяє їм зосередитися на якості обслуговування пацієнтів і виконанні соціально значущих завдань.

Після реорганізації медичних закладів, зокрема переходу на принципи самофінансування, їхня робота стала більш автономною. Це сприяло збільшенню ефективності управління, покращенню фінансової стабільності та розширенню спектра послуг, що надаються. Однак, разом із цим, виникає необхідність дотримання норм, які б дозволили зберегти статус неприбуткової організації.

Для того, щоб медичний заклад не втратив статус неприбуткового закладу і не підпав під сплату додаткових податків пропонуємо дотримуватися наступних рекомендацій:

1) Медичний заклад зобов'язаний дотримуватись своїх статутних цілей, які визначають його діяльність як неприбуткову.

2) Ведення прозорого бухгалтерського обліку та звітності медичного закладу допоможе уникнути підозр у комерційній діяльності.

3) Всі отримані кошти мають витрачатися на розвиток медичного закладу та покращення медичних послуг, а не на розподіл серед засновників чи учасників.

4) Необхідно уважно слідкувати за змінами в законодавстві щодо статусу неприбуткових організацій та виконувати відповідні вимоги.

Неприбутковий статус медичного комунального некомерційного підприємства (КНП) має низку переваг, які роблять його ефективною формою організації у сфері охорони здоров'я:

По-перше, це *соціальна спрямованість*. Неприбуткові КНП надають медичні послуги населенню з метою забезпечення громадського здоров'я, а не для отримання прибутку. Це сприяє зменшенню фінансових бар'єрів для населення та свідчить про доступність медичних послуг. КНП можуть брати участь у державних та благодійних проектах, що орієнтовані на підтримку вразливих верств населення, надання послуг реабілітації, профілактичні заходи та інші соціально важливі проекти.

По-друге, це *фінансова автономія*. КНП отримують фінансування не тільки з державного чи місцевого бюджету, але також мають можливість залучати кошти з альтернативних джерел, таких як гранти, благодійні внески та донорська допомога. Відсутність прибуткової мети дозволяє підприємству скеровувати фінансові надходження на модернізацію обладнання, розвиток кадрів, покращення умов для пацієнтів та інші важливі потреби. КНП мають свободу в управлінні витратами та можливість оптимізувати свою діяльність без обов'язку формувати прибуток, що дозволяє зосереджуватись на

ефективності. Це свідчить про гнучкість у фінансовому управлінні підприємства.

По-третє, *економічна стабільність*. Звільнення КНП від податків на прибуток дозволяє акумулювати більше ресурсів для покращення медичних послуг. Встановлення звітності перед громадою та місцевою владою сприяє прозорості та підвищує довіру до підприємства, що має значення для соціально відповідальних інвестицій.

Таким чином, неприбутковий статус медичного комунального некомерційного підприємств (КНП) забезпечує можливість реалізовувати свої соціальні завдання, зберігаючи фінансову стабільність і автономію, що в результаті підвищує рівень і доступність медичної допомоги для населення.

2.2. Управління медичним закладом-КНП у контексті оптимізації витрат

Управління медичним закладом-КНП у контексті оптимізації витрат спричинене сучасними викликами в системі охорони здоров'я. В умовах обмеженого фінансування та зростаючих потреб населення в якісних медичних послугах ефективне управління ресурсами стає критично важливим. Оптимізація витрат дозволяє забезпечити стабільну роботу закладу, підвищити якість послуг та покращити економічні показники. Особливо це важливо для комунальних некомерційних підприємств (КНП), які, маючи обмежений бюджет, повинні знаходити інноваційні підходи до скорочення витрат і підвищення ефективності своєї діяльності.

Практика свідчить, що в умовах воєнного стану, зростаючої конкуренції серед медичних установ та кардинальних змін у системі охорони здоров'я України, надавачам медичних послуг слід освоїти сучасні бізнес-процеси управління закладом. Лікарні, що не інвестують у свій розвиток, втрачають конкурентні переваги порівняно з тими, хто підвищує якість послуг, удосконалює процеси та посилює свої команди.

Що ж до власне терміну «управління», то це діяння, яке приводить до змін стану якогось об'єкта; вплив на об'єкт, систему, процес тощо з метою збереження їх сталості або переведення з одного стану в інший відповідно до встановленої мети.

Як відомо, в управлінні виокремлюються об'єкт управління (підсистема, що керується) і суб'єкт управління (підсистема управління), які в сукупності складають систему управління.

Об'єкт управління реагує на дії, які включають суспільну працю або виробництво, технічні засоби (машини, агрегати, споруди), а також тварин і рослин, поведінку окремих людей і груп. Суб'єкт управління здійснює управлінські дії на основі прийняття рішень, до яких відносяться органи влади та управління різних рівнів, окремі посадові особи, а також колективні органи, що займаються прийняттям рішень [9, с. 675].

Управління комунальними неприбутковими медичними закладами вивчали багато вчених та практиків, серед яких відомі іноземні економісти, такі як Д. Сміт та Е. Джонсон; а з українських науковців та економістів досліджували ці питання: О.В. Баєва, В.Г. Бикова., В.І. Борщ, В. Я. Брич, В.А. Василенко, А.Ю. Васіна, Ю.В. Вороненко, Л.А. Дейкун, О.В. Дмитрук, О.П. Дудкіна, В.І. Журавель, Л.А. Мельник, Г.Л. Монастирський, Я.Ф. Радиш, В.В. Ровенська, Є.О. Саржевська, О.М. Свінцицька, Л.С. Стефанишин, І.М. Солоненка, М.М. Шкільняк, З.В. Юринець, І.Й. Яремко та інші [2; 8; 10; 22; 35; 58; 61; 63]. Завдяки працям цих авторів створювались стратегії підвищення ефективності медичних установ, детально вивчали діяльність медичних закладів-КНП. Значною мірою завдяки дослідженням перерахованих науковців та економістів було висвітлено проблеми організації управління та поради щодо їх уникнення.

У даному дослідженні для прикладу взято діяльність медичного комунального неприбуткового підприємства Тернопільської обласної клінічної лікарні. Її діяльність спрямована на забезпечення медичними послугами населення усієї області.

Проведені дослідження показують, що Тернопільська обласна клінічна лікарня була заснована в середині ХХ століття на тлі зростаючих потреб населення у медичних послугах. Спочатку вона функціонувала як районна лікарня, але з часом зростали можливості та спектр послуг. Протягом 1950-х і 1960-х років лікарня отримала нове обладнання та розширила свої відділення. Це було зумовлено зростанням населення та потребою у більш якісних медичних послугах. Паралельно з цим розвивалася і наукова база лікарні: медичні працівники почали брати участь у різних дослідженнях, що сприяло покращенню лікування.

У 1970-х роках лікарня отримала статус обласної, що дозволило їй стати важливим медичним центром не лише для Тернопільської області, але й для сусідніх регіонів. Було відкрито нові відділення, серед яких: кардіологічне, хірургічне, неврологічне та інші, що забезпечили широкий спектр медичних послуг.

З 1 січня 2010 року, відповідно до рішення сесії Тернопільської обласної ради (ТОР) № 777, її було реорганізовано в комунальний заклад Тернопільської обласної ради «Тернопільська університетська лікарня» (*скорочено назва: КЗ «ТУЛ» ТОР*). З часом було проведено реорганізацію у комунальне неприбуткове підприємство «Тернопільська обласна клінічна лікарня» ТОР.

На сьогоднішній день Тернопільська обласна клінічна лікарня (далі – КНП «ТОКЛ» ТОР) – це сучасний медичний заклад, оснащений сучасними технологіями діагностики та лікування. Лікарня активно впроваджує інновації, співпрацює з науковими установами та університетами.

Управління КНП «ТОКЛ» ТОР здійснюється правлінням на основі поєднання централізованого керівництва головним лікарем (головою правління) і самоуправління трудового колективу. Наглядову функцію здійснює представницький орган – Наглядова рада.

Діяльність КНП «ТОКЛ» ТОР має багато завдань, серед яких забезпечення в повному обсязі високоспеціалізованою стаціонарною та консультативно-поліклінічною медичною допомогою населення області.

Важливо також зауважити, що окрім цього, сільським, селищним, міським, районним лікувально-профілактичним закладам надається організаційно-методична допомога.

Звернемо увагу, що на території КНП «ТОКЛ» ТОР постійно проводяться курси підвищення кваліфікації, лекції та просвітницька робота з метою підвищення якісної підготовки медичних кадрів, студентам медичного університету створено умови для проведення навчально-педагогічного процесу з використанням сучасних досягнень медичної науки і техніки.

Важливо також зауважити, що під контролем Тернопільської обласної державної адміністрації проводиться напрацювання за завданням органів охорони здоров'я заходів, направлених на підвищення якості медичного обслуговування і охорони здоров'я населення області, зниження захворюваності, лікарняної летальності, інвалідності та смертності за напрямками діяльності.

Залежно від поставлених завдань є департаменти, що відповідають за їх виконання. Зокрема, генеральний директор як керівник відповідає за стратегічне управління медичним закладом та забезпечення високої якості медичних послуг. В його обов'язки входить розробка і реалізація стратегій розвитку лікарні, управління фінансовими та кадровими ресурсами, впровадження сучасних технологій і підвищення ефективності роботи всіх підрозділів. Крім того, він займається налагодженням співпраці з іншими медичними установами, державними структурами та партнерами, а також забезпечує відповідність роботи лікарні стандартам охорони здоров'я. Також, як генеральний директор, він зосереджується на залученні нових інвестицій і грантів для розвитку лікарні, впроваджує інноваційні підходи в лікуванні, діагностиці й обслуговуванні пацієнтів.

Ієрархія управління КНП «ТОКЛ» ТОР включає в себе також заступників директора з адміністративно-господарчої частини, медичної частини з терапії, медичної частини з хірургії, та медсестринської частини. Кожен із заступників директора виконує певний ряд функцій та має власні обов'язки в тій сфері

діяльності, яку він очолює. Однак безпосереднім керівником є генеральний директор, який контролює виконання поставлених цілей та завдань відповідно до планів діяльності лікарні, що узгоджуються із Тернопільською обласною державною адміністрацією.

В управлінні медичним закладом-КНП важливим аспектом є управління витратами підприємства, що передбачає не лише їх зменшення, а й оптимізацію. При цьому, для ефективного управління витратами важливо класифікувати їх на постійні, які залишаються стабільними при зміні обсягу послуг, та змінні, що коливаються пропорційно до обсягу медичних послуг.

Управління витратами в медичному закладі, зокрема в комунальному некомерційному підприємстві (КНП), безпосередньо впливає на фінансові результати його діяльності. Розмежування витрат на постійні та змінні дозволяє ефективно прогнозувати фінансові показники та оптимізувати ресурси. Постійні витрати, які не залежать від обсягу наданих медичних послуг, забезпечують стабільність фінансового результату, тоді як змінні витрати, що пропорційно змінюються з обсягом діяльності, можуть бути адаптовані для забезпечення максимального прибутку або зменшення збитків при коливаннях попиту на медичні послуги. Такий підхід сприяє більш точному плануванню, зниженню непотрібних витрат та підвищенню загальної фінансової стійкості медичного підприємства.

Результати фінансової діяльності медичних підприємств залежать також від прийняття правильних управлінських рішень, які ґрунтуються на релевантній інформації, зібраній та проаналізованій у процесі управлінського обліку.

За результатами фінансово-економічної діяльності КНП «ТОКЛ» ТОР за 2021-2022 роки (Додаток В) пропонуємо розглянути основні показники, які представлено у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

ФІНАНСОВО-ЕКОНОМІЧНА ДІЯЛЬНІСТЬ КНП «ТОКЛ» ТОР
ЗА 2021-2022 РОКИ

тис. грн.			
ПОКАЗНИКИ	2021 РІК	2022 РІК	ВІДХИЛЕННЯ
Чистий дохід від реалізації продукції	218 610	326 729	108 119
Інші операційні доходи	72 390	96 432	24 042
Інші фінансові доходи	306	47	-259
Інші доходи	8 870	14 422	5 552
Операційні витрати	311 710	402 545	90 835
Фінансові витрати	3	-	-3
Інші витрати	202	189	-13
ВСЬОГО ВИТРАТ	311 915	402 734	90 819
ЧИСТИЙ ФІНАНСОВИЙ РЕЗУЛЬТАТ	-11 739	34 896	46 635

Як показує фінансова звітність за 2021-2022 роки КНП «ТОКЛ» ТОР (Додаток В), зростання чистого доходу від реалізації послуг в 2022 році відбулося за рахунок збільшення доходів від надання медичних послуг населенню, а саме – проведенню хірургічних операцій в умовах стаціонару. Інші операційні доходи в 2022 році за рахунок доходів від отриманої благодійної допомоги збільшились на 12 427 тис. грн. (81,5%) від отриманого фінансування та централізованих поставок – на 8 556 тис. грн. (15,6%), здачі в оренду приміщень – на 669 тис. грн. (29,6%). Збільшення інших операційних доходів за рахунок фінансових доходів в 2022 році (2382 тис. грн.) пов’язане з розміщенням коштів на поточному рахунку із вигіднішими умовами порівняно з договорами депозиту. Інші доходи в 2022 році склали 14 422 тис. грн. (в порівнянні з 8 870 тис. грн. в 2021 році), в тому числі: одержані від використання безоплатно отриманих необоротних активів – 5006 тис. грн. (в 2021 році – 1 484 тис. грн.), від використання необоротних активів, придбаних за рахунок фінансування 9 415 тис. грн. (в 2021 році – 7 371 тис. грн.) та від реалізації брухту після списання обладнання 1 тис. грн. (в 2021 році – 15 тис. грн.).

Операційні витрати збільшились в зв'язку із зростанням заробітної плати медпрацівникам та зростанням цін на товари та послуги. В 2022 році непридатне для подальшого використання медобладнання списано на загальну суму 189 тис. грн. (в 2021 році – на суму 202 тис. грн.).

Звернемо увагу, що у 2022 році КНП «ТОКЛ» ТОР отримала фінансування з бюджету, з яких використала 23 307,1 тис. грн. дотації на покриття вартості комунальних послуг та енергоносіїв. Окрім цього, для фінансування окремих заходів з реалізації регіональних програм витрачено 574,1 тис. грн. В 2022 році лікарнею отримано доходи від надання медичних послуг населенню методом трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів на суму 7 792,2 тис. грн.

У 2022 році КНП «ТОКЛ» ТОР заявляє про зростання чистого доходу саме завдяки збільшенню обсягів медичних послуг, зокрема хірургічних операцій у стаціонарі. Інші доходи також суттєво зросли за рахунок благодійної допомоги, централізованих поставок і ефективного управління коштами. Лікарня отримала фінансування з бюджету для покриття комунальних витрат і реалізації регіональних програм. Значними стали надходження від трансплантації органів і анатомічних матеріалів. Витрати зросли через підвищення зарплат і подорожчання послуг, але списання обладнання зменшилося порівняно з попереднім роком. Загалом фінансова стабільність установи зміцнилася завдяки розширенню джерел доходів і раціональному використанню ресурсів. Доходи від медичних послуг та інших джерел зросли, що відображає розвиток лікарні та збільшення кількості й складності медичних процедур.

Згідно вищевказаних даних можна стверджувати, що фінансові ресурси використовуються ефективно завдяки вигідному розміщенню коштів і залученню доходів від оренди, благодійності та державного фінансування. Стійкість лікарні забезпечується зростанням фінансування регіональних програм і отриманими дотаціями. Проте є певні виклики для управління лікарні, оскільки витрати на заробітну плату та послуги збільшуються, що

створює ризики для рентабельності. Установа також значною мірою залежить від зовнішнього фінансування для покриття комунальних витрат. Як варіант, доцільно розширювати спектр платних послуг, зокрема трансплантації, для зміцнення фінансової незалежності. Необхідно активніше залучати додаткові інвестиції через співпрацю з благодійниками, партнерами та державними програмами. Варто продовжити оптимізацію використання ресурсів і оновлення обладнання.

Оптимізація витрат може стосуватися не лише змінних, але й постійних витрат, зокрема шляхом детального аналізу найбільших витрат і можливостей їх зменшення, таких як обмеження витрат на зв'язок або зниження комунальних витрат через установку лічильників. Аналіз поведінки витрат є важливим етапом управлінського обліку, оскільки дозволяє зрозуміти зв'язок між витратами ресурсів та отриманими результатами. Основна увага має бути зосереджена на витратах, що суттєво впливають на собівартість медичних послуг та на розробці шляхів їх оптимізації.

Зважаючи на обмеженість фінансових ресурсів і необхідність забезпечення доступності медичних послуг для населення, важливо впроваджувати стратегії оптимізації витрат. З огляду на те, пропонуємо основні напрямки оптимізації витрат у КНП «ТОКЛ» ТОР:

1) *Аналіз витрат медичного закладу.* Детальний аналіз витрат медичного закладу допоможе зрозуміти, які саме ресурси споживаються найбільше, а також виявити можливості для зниження витрат. Це включає аналіз: матеріальних ресурсів (зокрема, медикаментів, медичних інструментів, витратних матеріалів); енергоносіїв (електричної енергії, води, опалення); людських ресурсів (оплата праці медичних і адміністративних працівників, навчання та підвищення кваліфікації кадрів).

2) *Автоматизація процесів.* Впровадження сучасних технологій, зокрема таких як електронні медичні картки, а також автоматизація управлінських та фінансових процесів може знизити витрати на адміністративні потреби,

покращити облік та моніторинг витрат. Це допоможить зменшити помилки та підвищити ефективність роботи персоналу.

3) *Оптимізація кадрових витрат.* Важливо провести аналіз чисельності персоналу КНП «ТОКЛ» ТОР та ефективності використання робочих годин. Відсутність зайвих працівників чи перерозподіл функцій може допомогти знизити витрати на заробітну плату без шкоди для якості медичних послуг.

4) *Планування закупівель та управління запасами.* Оптимізація закупівельних процесів, включаючи укладання довгострокових контрактів з постачальниками, а також застосування централізованих закупівель та мінімізація запасів на складах, дозволяє знижувати витрати на матеріали та медикаменти.

5) *Аналіз та перегляд тарифної політики.* Враховуючи фінансування за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», КНП «ТОКЛ» ТОР може оптимізувати надання медичних послуг формуючи ефективні тарифні ставки та здійснюючи планування вартості медичних послуг, яке відповідає реальному використанню ресурсів.

6) *Залучення додаткових джерел фінансування.* Для забезпечення фінансової стабільності КНП «ТОКЛ» ТОР можуть залучати додаткові джерела доходів, зокрема такі як надання платних послуг, гранти, спонсорство або партнерства з іншими установами.

7) *Контроль та аудит витрат.* Постійний моніторинг витрат через внутрішні аудити або зовнішні перевірки дозволяє виявляти можливі порушення або неефективні витрати, що є важливим інструментом для досягнення фінансової дисципліни.

Отже, управління медичним закладом-КНП вимагає постійної уваги до оптимізації витрат на всіх етапах діяльності установи. Це не лише забезпечує фінансову стабільність, але й дозволяє підтримувати високий рівень медичних послуг. Правильний підхід до оптимізації витрат може суттєво покращити ефективність функціонування медичних закладів при обмежених бюджетах.

2.3. Оцінка ефективності діяльності Тернопільської обласної клінічної лікарні (КНП «ТОКЛ» ТОР)

Оцінка ефективності діяльності Тернопільської обласної клінічної лікарні (КНП «ТОКЛ» ТОР) обумовлена необхідністю підвищення якості медичних послуг, оптимізації використання бюджетних коштів та забезпечення прозорості в управлінні комунальними медичними закладами. Враховуючи сучасні виклики в галузі охорони здоров'я, такі як воєнний стан в країні, обмежені фінансові ресурси, зміни в законодавстві та підвищення вимог до якості надання медичних послуг, оцінка ефективності діяльності лікарні стає важливим інструментом для удосконалення її роботи, підвищення рівня доступності та якості медичної допомоги для населення регіону.

Звернемо увагу, що для ефективності діяльності медичного закладу важливим є саме оптимізація, а не просто зниження витрат. Це зумовлено тим, що надмірне скорочення витрат може призвести до погіршення якості медичних послуг і зниження мотивації персоналу, що, в свою чергу, збільшує плинність кадрів. Ефективне управління витратами вимагає глибокого аналізу для виявлення резервів, які не є очевидними. Наприклад, облік потреб у медикаментах і медичних виробках залежить від багатьох факторів, таких як складські залишки, терміни придатності та кількість пацієнтів.

Відповідно, оптимізація витрат буде включати правильний облік, планування та аналіз результатів, що допоможе дати правильну оцінку ефективності діяльності підприємства. Управління витратами є ключовим для досягнення оптимального рівня, який гарантує ефективну діяльність та зростання доходів, що й визначається через складання бюджету доходів і витрат.

Для оцінки ефективності діяльності КНП «ТОКЛ» ТОР слід дослідити тривалість лікування пацієнтів цього медичного закладу. З огляду на те, пропонуємо розглянути діаграму основних показників тривалості лікування пацієнтів на базі КНП «ТОКЛ» ТОР в 2020-2022 роках та провести аналіз (див. рис. 2.3).

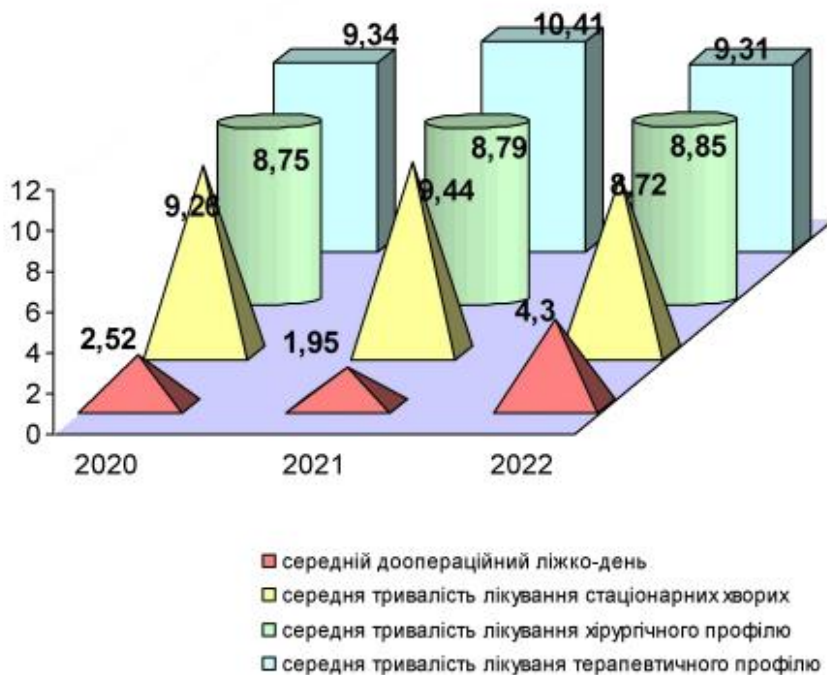


Рисунок 2.3. Динаміка показників тривалості лікування пацієнтів та середнього доопераційного ліжко-дня на базі КНП «ТОКЛ» ТОР упродовж 2020-2022 років [16, с. 6]

Проведені дослідження свідчать, що у 2021 році середній доопераційний ліжко-день у КНП «ТОКЛ» ТОР склав 1,95 діб що є найменшим показником серед 2020-2022 років. Це може бути пов'язано з епідеміологічною ситуацією COVID-19 та карантинними заходами для боротьби з ним, а також позалікарняною діагностикою, що пришвидшує передопераційну підготовку.

Як наслідок, з метою скорочення середніх термінів стаціонарного лікування та при умові забезпечення високої якості високоспеціалізованої стаціонарної допомоги в у КНП «ТОКЛ» ТОР було впроваджено повний спектр діагностичних послуг (зокрема, рентгенологічних, в т.ч. комп'ютерна томографія, МРТ, ендоскопічних, ультразвукових та лабораторних).

Також для покращення ефективності діагностики у КНП «ТОКЛ» ТОР та лікування пацієнтів забезпечується поліклінічний огляд з можливістю подальшої клінічної госпіталізації. Такі заходи необхідні для збереження ліжко-місця тим пацієнтам, кому необхідна госпіталізація.

Динаміку кількості пролікованих хворих у КНП «ТОКЛ» ТОР упродовж 2020-2022 років можна побачити на рисунку 2.4.

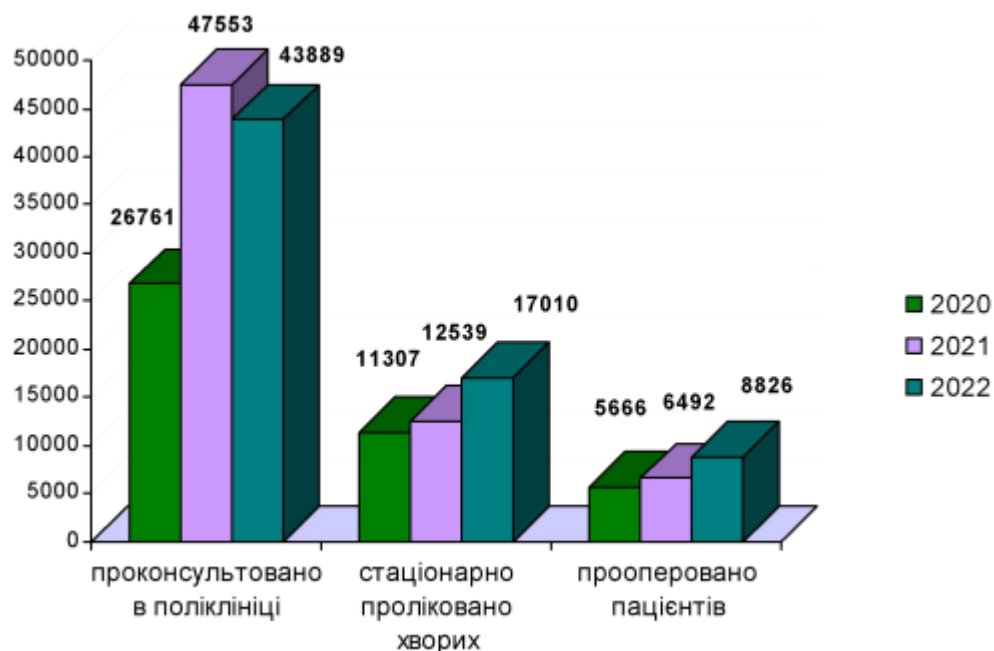


Рисунок 2.4. Динаміка кількості пролікованих хворих у КНП «ТОКЛ» ТОР упродовж 2020-2022 років [16, с. 7]

Як свідчить практика, з метою розширення та модернізації у КНП «ТОКЛ» ТОР було проведено реконструкцію будівель та споруд, на базі яких було створено високоспеціалізовані Центри медичної допомоги, серед яких: Центр політравми, Центр мікрохірургії ока, Центр кардіохірургічний з трансплантологією, Центр інтервенційної радіології та Центр лабораторної діагностики.

Окрім цього, з метою енергоефективності у КНП «ТОКЛ» ТОР було проведено ремонти хірургічних та терапевтичних корпусів, утеплення фасадів, реконструкція та перекриття даху. Це дозволить економити на оплаті комунальних послуг та підвищить комфорт та презентабельність лікарні.

Пропонуємо детальніше зупинитись на показниках діяльності КНП «ТОКЛ» ТОР 2022 року, які представлено в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2.

ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ ДІЯЛЬНОСТІ КНП «ТОКЛ» ТОР ЗА 2022 РІК [16, с. 9]

Чистий дохід від реалізації послуг	326 729 тис. грн.
Первісна вартість основних засобів	234 806 тис. грн.
Збільшення вартості активів внаслідок їх втрати, вибуття, переоцінки, втрати від зменшення корисності, інших змін (Баланс Ф № 1 ряд. 1300 гр. 4 – ряд. 1300 гр.3)	84 720 тис. грн.
Зростання вартості запасів (Баланс Ф № 1 (сума рядків 1100, 1110, 1190 гр. 4) – (сума рядків 1100, 1110, 1190 гр. 3))	25 262 тис. грн.
Питома вага інших операційних доходів (тобто від не основної діяльності) у складі загальної суми доходів від операційної діяльності (Звіт про фінансові результати Ф №2 ряд.2120 / ряд. (2000+2120)*100)	22,8%
Капітальні інвестиції (капітальне будівництво, капітальний ремонт, придбання (виготовлення) основних засобів та ін.) (Примітки до річної звітності Ф №5, розділ III «Капітальні інвестиції»)	31 964 тис. грн.
Збільшення дебіторської заборгованості за продукцію, товари, роботи, послуги (Баланс Ф №1 рядок 1125 на кінець періоду - рядок 1125 на початок періоду)	7 637 тис. грн.
Державні закупівлі за переговорною процедурою (крім закупівель комунальних послуг)	8025,9 тис. грн.
Державні закупівлі у суб'єктів підприємницької діяльності - фізичних осіб	9 662,9 тис. грн.
Недостатність оборотних засобів підприємства для погашення своїх поточних зобов'язань протягом року. Коефіцієнт покриття (Баланс форма 1 р. 1195 / р. 1695)	1,1
Залежність підприємства від зовнішніх фінансових джерел (співвідношення власних та позикових коштів) Коефіцієнт фінансової стійкості (Баланс Ф №1 р. 1495 / (р. 1595 + р. 1695))	0,6
Загальна сума бюджетних коштів, які виділено у вигляді дотацій, субвенцій, фінансової підтримки з усіх рівнів бюджету, на виконання державних та місцевих програм тощо	26 744,2 тис. грн.

Як видно з таблиці 2.2, упродовж 2022 року КНП «ТОКЛ» ТОР демонструє стабільну діяльність із чистим доходом 326 729 тис. грн, активними капітальними інвестиціями (31 964 тис. грн) та підтримкою з боку держави (26 744,2 тис. грн). Проте низький коефіцієнт покриття (1,1) та фінансової стійкості (0,6) свідчили про залежність від зовнішнього фінансування та можливу нестачу ліквідності. Також спостерігається збільшення дебіторської заборгованості (7 637 тис. грн), що вказує на ризики несвоєчасного отримання коштів від клієнтів.

На основі проведених досліджень можна стверджувати, що раціональне управління витратами медичного закладу-КНП суттєво впливає на його фінансові показники, що забезпечується через точний розрахунок собівартості послуг та визначення прибуткової складової у їхній ціні. Підтримання

рівноваги між вартістю та якістю послуг, а також підвищення їхньої конкурентоспроможності сприяють зростанню попиту серед пацієнтів. Рациональне використання ресурсів дозволяє вивільнити фінанси для інвестицій у мотивацію персоналу, покращення умов праці, модернізацію обладнання, розширення спектра платних послуг та реалізацію інших заходів, спрямованих на підвищення ефективності діяльності закладу.

Відтак, лікарня надає оплачувані послуги, що дозволені Постановою КМУ №1138 [33], серед яких: лабораторні, діагностичні та консультативні послуги; послуги фізіотерапевтичного відділення; оплачуване стажування лікарів-інтернів; медичне обслуговування за договорами із суб'єктами господарювання та страховими організаціями; медичне обслуговування іноземних громадян, які тимчасово перебувають на території України; проведення у порядку визначеному МОЗ в лікувально-профілактичних закладах клінічних випробовувань лікарських засобів; надання спеціалізованої консультативної допомоги; оренда приміщень тощо.

Таблиця 2.3.

ДЕБІТОРСЬКА ЗАБОРГОВАНІСТЬ ПО КНП «ТОКЛ» ТОР

			тис.грн.
ДЕБІТОРСЬКА ЗАБОРГОВАНІСТЬ	СТАНOM НА 01.01.2022	СТАНOM НА 01.01.2023	ВІДХИ- ЛЕННЯ
За надані послуги	40	17	-23
Клінічні дослідження	105	43	-62
За послуги по програмі медичних гарантій населенню	1 297	9 030	7 733
За оренду приміщень	219	239	20
Розрахунки з підзвітними особами	11	1	-10
Розрахунки із Фондом соціального страхування	122		-122
Аванси постачальникам	4	72	68
Інші аванси		5	5
ВСЬОГО	1 798	9 407	7 609

Дебіторська заборгованість у 2023 році зросла на 7 609 тис. грн., здебільшого через збільшення боргу за послуги по програмі медичних гарантій населення (+7 733 тис. грн). Це свідчить про підвищений попит на медичні послуги порівняно з 2022 роком. Також це створює складнощі у своєчасному отриманні платежів за надані послуги, що може негативно впливати на

ліквідність підприємства і спричиняти затримки у виплаті заробітної плати працівникам.

Таблиця 2.4.

КРЕДИТОРСЬКА ЗАБОРГОВАНІСТЬ ПО КНП «ТОКЛ» ТОР

			тис.грн.
КРЕДИТОРСЬКА ЗАБОРГОВАНІСТЬ	СТАНOM НА 01.01.2022	СТАНOM НА 01.01.2023	ВІДХИ- ЛЕННЯ
Поточна кредиторська заборгованість на отримані послуги		50	50
Податок на додану вартість	16	10	-6
Оплата праці по листку непрацездатності за рахунок Фонду соціального страхування	98		-98
Утримання з оплати праці по листку непрацездатності за рахунок ФСС	23		-23
Передоплата по договорах навчання в заочній частині інтернатури	6	10	4
Кредит банку на придбання основного засобу у фінансовий лізинг	60		-60
Отриманий аванс на здійснення медичних послуг	2 763	801	-1 371
Аванс на проведення клінічних досліджень		592	
ВСЬОГО	2 966	1 463	-1 503

На основі таблиці 2.4 можна зробити висновок, що лікарня упродовж року значно скоротила свою кредиторську заборгованість, зменшивши її з 2 966 тис. грн станом на 01.01.2022 року до 1 463 тис. грн на 01.01.2023 року, що свідчить про зниження боргів на 1 503 тис. грн. Було повністю погашено заборгованість із виплат по лікарняним листкам за рахунок Фонду соціального страхування (98 тис. грн), утримання з оплати праці по лікарняним (23 тис. грн) та кредит за придбання основного засобу у фінансовий лізинг (60 тис. грн). Крім того, лікарня отримала аванс на проведення клінічних досліджень у розмірі 592 тис. грн, що раніше не фігурувало у звітності, а заборгованість за отримані аванси на медичні послуги скоротилася на 1 371 тис. грн. Отже, не зважаючи на важкий 2022 рік, лікарні вдалось на початок 2023 року позбавитись частини заборгованостей, що свідчить про позитивну динаміку управління фінансовими ресурсами, активізацію науково-дослідницької діяльності та покращення фінансової дисципліни.

Серед доходів КНП «ТОКЛ» ТОР важливу роль відіграють сервісні послуги, які забезпечують комфорт пацієнтів. Ці послуги можуть включати:

ремонти приміщень лікарні, оновлення меблів, створення зручних паркувальних місць для інвалідів, безкоштовні Wi-Fi точки та інші зручності. Крім того, необхідно забезпечити доступ до медичних послуг через різні канали: телефонні записи, реєстрацію, спеціальні сервіси або онлайн-записи, а також забезпечити цілодобову роботу медичного закладу-КНП за рахунок чергових лікарів. Це дозволить зменшити черги та прискорити процес реєстрації.

Розглянувши подану вище інформацію можна підсумувати, що кошти які виділяються на розвиток та покращення діяльності КНП «ТОКЛ» ТОР можуть зекономити чимало фінансових ресурсів, а отже і покращити репутацію серед медичних закладів області. Навіть попри військовий стан та підвищене навантаження на лікарню керівництву вдалось не лише утримувати функціональну частину медичної допомоги але і розвивати її, зокрема побудувавши кардіохірургічний центр з трансплантологією та проведення ремонтів хірургічного корпусу та корпусу приймального відділення з закупівлею необхідного діагностичного устаткування. Тож, попри військові дії в країні лікарня активно розвивається, тим самим надаючи мешканцям області необхідний перелік медичної допомоги.

Проведена оцінка ефективності діяльності Тернопільської обласної клінічної лікарні (КНП «ТОКЛ» ТОР) показує значні досягнення в оптимізації витрат, впровадженні нових діагностичних послуг та розвитку інфраструктури, навіть в умовах складної епідеміологічної ситуації та воєнного стану. Впроваджені заходи, такі як реконструкція приміщень, модернізація медичного обладнання, створення нових високоспеціалізованих центрів, а також вдосконалення системи управління витратами, дозволяють лікарні зберігати високу якість медичних послуг при обмежених фінансових ресурсах. Це свідчить про ефективність використання державних коштів і здатність лікарні адаптуватися до змін, зберігаючи при цьому доступність та рівень медичної допомоги.

Завдяки впровадженню заходів та продовженню розвитку медичної інфраструктури КНП «ТОКЛ» ТОР не лише утримує високий рівень медичних послуг, але й активно інвестує в покращення комфорту пацієнтів та модернізацію лікувальних процесів. Важливими факторами для подальшого розвитку є раціональне використання ресурсів, удосконалення управлінських та фінансових процесів, що дозволяють лікарні зберігати стабільність навіть в умовах складних соціально-економічних та політичних викликів.

Висновки до розділу 2

У результаті проведених розвідок щодо управління неприбутковим комунальним медичним закладом автором сформульовано такі висновки та рекомендації:

1. У медичних закладах, що функціонують як комунальні некомерційні підприємства (КНП), впроваджені принципи господарської автономії та самофінансування. Це дозволяє їм планувати власні доходи й витрати, а також здійснювати свою діяльність на основі затверджених фінансових планів і стратегій розвитку. Такий підхід вимагає ведення бухгалтерського обліку та звітності за правилами, характерними для господарської діяльності, а не державного обліку. Тобто КНП, на відміну від традиційних бюджетних установ, більше наближаються до госпрозрахункового сектору, де метою є не отримання прибутку, а ефективне використання ресурсів для забезпечення якісних медичних послуг.

2. Медичний заклад-КНП є отримувачем бюджетних коштів, проте не є бюджетною установою, та спрямовує фінансування для: гарантування основних функцій, надання послуг і виконання робіт, які не передбачені державними програмами; виплат співробітникам, вирішення соціальних проблем та поліпшення умов праці і життя працівників.

3. У 2022 році КНП «ТОКЛ» ТОР продемонструвала фінансове зростання завдяки збільшенню чистого доходу від надання медичних послуг, зокрема хірургічних операцій у стаціонарі та трансплантації органів. Значне

зростання інших доходів забезпечено благодійною допомогою, централізованими поставками та ефективним управлінням коштами. Отримане бюджетне фінансування покривало витрати на комунальні послуги й регіональні програми. Витрати зросли через підвищення зарплат і подорожчання товарів і послуг. Загалом лікарня зміцнила фінансову стабільність, розширила джерела доходів і продемонструвала ефективне управління ресурсами.

4. Запропоновано основні напрямки оптимізації витрат у КНП «ТОКЛ» ТОР: 1) аналіз витрат медичного закладу; 2) автоматизація процесів; 3) оптимізація кадрових витрат; 4) планування закупівель та управління запасами; 5) аналіз та перегляд тарифної політики; 6) залучення додаткових джерел фінансування; 7) контроль та аудит витрат.

5. Оцінка ефективності КНП «ТОКЛ» ТОР свідчить про значні досягнення в оптимізації витрат, впровадженні нових діагностичних послуг та розвитку інфраструктури, навіть в умовах складної епідеміологічної ситуації та воєнного стану. Впроваджені заходи, такі як реконструкція приміщень, модернізація медичного обладнання, створення нових високоспеціалізованих центрів, а також вдосконалення системи управління витратами, дозволяють лікарні зберігати високу якість медичних послуг при обмежених фінансових ресурсах.

6. У КНП «ТОКЛ» ТОР підвищився попит на медичні послуги згідно програм державних гарантій, проте у зв'язку з воєнним станом держава не змогла своєчасно виплачувати лікарні кошти за надані послуги, що впливало на ліквідність закладу і підвищило залежність від зовнішнього фінансування. Проте, станом на початок 2023 року управлінню медичного закладу вдалось покрити частину заборгованостей, зокрема завдяки розвитку науково-дослідницької діяльності в лікарні та покращенню фінансової дисципліни.

РОЗДІЛ 3

АУДИТ ДІЯЛЬНОСТІ НЕПРИБУТКОВОГО КОМУНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ

3.1. Роль аудиту в забезпеченні фінансової стійкості медичних закладів

В умовах реформування системи охорони здоров'я ключову роль відіграє фінансово-економічна діяльність медичного закладу, що забезпечує фінансову стійкість закладу охорони здоров'я. Економічна діяльність невинно розвивається та змінюється, тому для підтримки ефективності використовують інструменти контролю. Одним з таких інструментів є аудиторський контроль. Це вагомий інструмент для захисту інвесторів, кредиторів, державних органів та інших зацікавлених сторін від недостовірної фінансової звітності та шахрайства. Аудит сприяє прозорості, ефективному управлінню ресурсами та запобіганню фінансовим ризикам. Це дозволяє підвищувати якість послуг та стабільність функціонування закладів, водночас сприяючи їх адаптації до сучасних економічних викликів. Саме такий вид контролю як аудит розкриває нові можливості в економічній діяльності різних сфер господарства, в тому числі й медичних закладів, встановлюючи закономірність цієї діяльності з метою її удосконалення.

При цьому доцільно відзначити, що аудиторський контроль – це процес, під час якого аудитор (чи аудиторська фірма) посилаючись на Міжнародні стандарти аудиту проводить перевірку обліку фінансової звітності підприємства, її достовірності та виявлення відповідності до чинного нормативно-правового законодавства та стандартів бухгалтерського обліку. За допомогою аудиту можна контролювати різноманітні аспекти діяльності господарюючих суб'єктів, зокрема, фінансову діяльність, дотримання чинного законодавства, можливості оптимізації процесів та підвищення продуктивності праці, оцінку ефективності внутрішнього контролю та управлінських процедур, дотримання стандартів якості тощо.

Мета аудиту полягає у підтвердженні достовірності показників фінансового стану та звітності, а також перевірці правильності ведення бухгалтерського обліку згідно з чинними у державі нормативно-правовими документами. Оскільки в сучасному світі важливим є чітке ведення фінансової документації та її доступність для огляду з метою, перш за все, показати прозору історію фінансової діяльності підприємства з метою залучення інвесторів та, з іншого боку, уникнення фінансових махінацій, які можуть призводити до штрафних санкцій, виникає потреба в належному аудиторському контролі. З огляду на це, аудит є обов'язковою складовою цивілізованого функціонування ринкової економіки кожної країни. Основна суть аудиторської перевірки полягає у наданні практичної допомоги керівництву та економічним службам у веденні господарського та фінансового управління підприємством, надання необхідних консультацій [54, с. 134-135].

В Україні використовуються Міжнародні стандарти аудиту (МСА) [23], які затверджені Міжнародною федерацією бухгалтерів (IFAC). Ці стандарти впроваджуються відповідно до закону України «Про аудит фінансової звітності та аудиторську діяльність» [11].

Основні Міжнародні стандарти аудиту, які застосовуються в Україні, поділяються на кілька груп (категорій, сформованих за певними ознаками), описаних нижче.

Перша група цих стандартів (рис. 3.1) визначає основи аудиторської діяльності, включаючи відповідальність аудитора та правила, яких він повинен дотримуватися. Згідно визначень, МСА 200 доводить, що головна мета аудитора – отримати обґрунтовані докази, які дозволять сформулювати висновок про те, чи є фінансова звітність достовірною. МСА 210 розкриває, як аудитор повинен домовитися з клієнтом про умови аудиту, щоб уникнути непорозумінь. МСА 220 встановлює стандарти якості аудиторської роботи, щоб аудит проводився на високому професійному рівні. МСА 230 регламентує, як аудитор має документувати свою роботу, щоб інші могли перевірити, що аудиторські

процедури виконані правильно. Ця група стандартів допомагає забезпечити, професійно виконаний аудит, його прозорість та відповідність до стандартів.



Рисунок 3.1. Загальні принципи та обов'язки аудитора в Міжнародних стандартах аудиту [23]

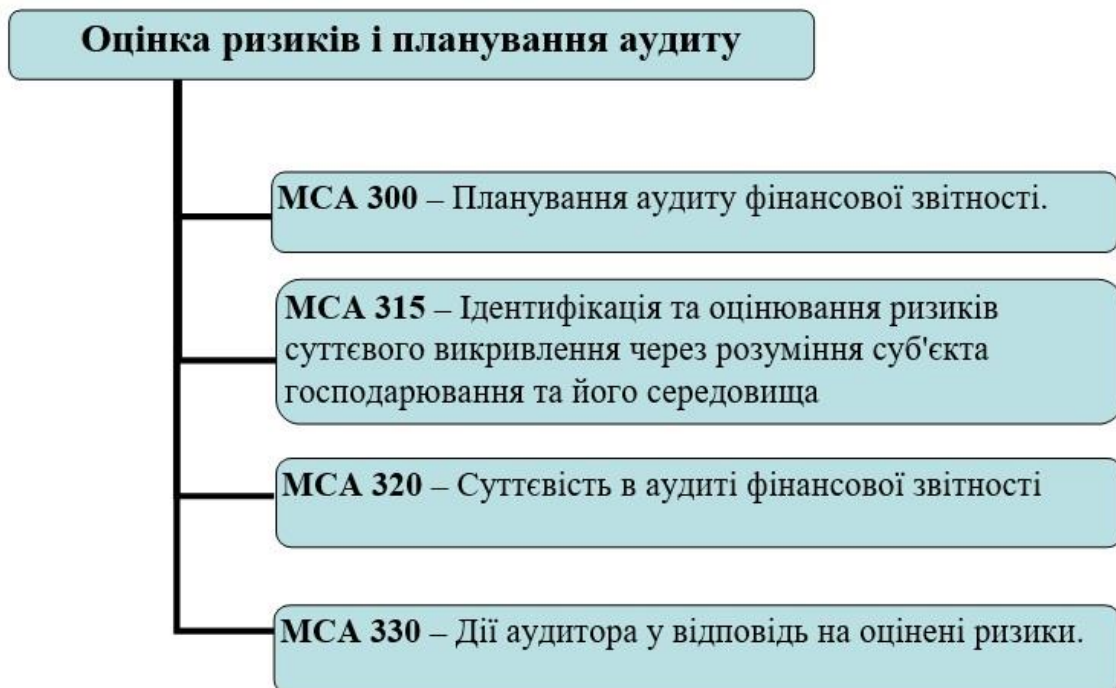


Рисунок 3.2. Оцінка ризиків і планування аудиту в Міжнародних стандартах аудиту [23]

Інша група стандартів (рис. 3.2) допомагає аудитору зрозуміти клієнта, його бізнес та можливі ризики. Зокрема, МСА 300 навчає аудитора, як планувати свою роботу, щоб охопити всі важливі аспекти аудиту. МСА 315 допомагає аудитору виявити ризики суттєвих викривлень (наприклад, помилок або шахрайства) шляхом вивчення діяльності компанії та її внутрішніх процесів. МСА 320 пояснює, як визначити рівень «суттєвості» – тобто межу, до якої невідповідності у звітності вважаються незначними. МСА 330 визначає, які дії повинен виконати аудитор, щоб реагувати на виявлені ризики. Завдяки вищеперерахованому переліку стандартів аудитор здатен краще зрозуміти справу клієнта і сфокусувати свою роботу на найбільш ризикованих аспектах його діяльності.



Рисунок 3.3. Аудиторські докази та процедури в Міжнародних стандартах аудиту [23]

Наступна група стандартів (рис. 3.3) визначає методи, які аудитор використовує для отримання доказів. МСА 500 описує, що таке аудиторські докази, як їх отримувати і чому вони повинні бути достатні та надійні. МСА 501 описує спеціальні процедури, огляд матеріальних активів (складів, сховищ), як приклад або отримання інформації щодо судових процесів. МСА 505 пояснює аудитору, як відбувається запит інформації у сторонніх організацій (наприклад, у банків чи постачальників). МСА 520 навчає аудитора

застосовувати аналітичні процедури, наприклад, порівняння фінансових даних між періодами, щоб виявити аномалії. МСА 530 встановлює правила для використання вибірки (тобто перевірки не всіх документів, а вибіркових). Саме завдяки цій групі стандартів аудитором збирається доказова база для формулювання висновків про діяльність підприємства.

Слід зауважити, що доказова база необхідна не лише аудитору, а й керівництву підприємства, оскільки аудит відрізняється від сфери державного контролю тим, що за наслідками аудиторської перевірки не встановлюються винуватці. Аудит є висловленням незалежної думки за результатами оцінки певної інформації, а результати аудиту можуть використовувати різні суб'єкти при виконанні своїх функцій.

Оскільки аудитор не завжди працює самотужки, то група стандартів представлена на рисунку 3.4 описує, як взаємодіяти з іншими спеціалістами. МСА 600 вказує як регулювати випадки, коли одна аудиторська фірма залучає іншу для перевірки частини роботи. МСА 610 створює правила щодо використання результатів роботи внутрішніх аудиторів (тих, хто працює в компанії-клієнті). МСА 620 навчає аудитора правильно використовувати думку експертів, наприклад, оцінювачів нерухомості або актуаріїв.



Рисунок 3.4. Використання роботи інших фахівців в Міжнародних стандартах аудиту [23]

Ці стандарти є важливими в роботі аудитора, в першу чергу для уникнення ускладнень в роботі.



Рисунок 3.5. Аудиторські докази та процедури в Міжнародних стандартах аудиту [23]

Стандарти групи, що стосується звітності аудитора (рис. 3.5) створені для чіткого формування аудиторського звіту за результатами своєї роботи. Посилаючись на ці стандарти аудитор складає корисний для всіх користувачів звіт, починаючи від фінансового відділу підприємства та інших аудиторів до керівництва підприємства. МСА 700 описує структуру та зміст звіту аудитора, включаючи його думку щодо достовірності звітності. МСА 705 регламентує ситуації, коли аудиторська думка повинна бути модифікованою (наприклад, якщо виявлено серйозні проблеми у звітності). МСА 706 додає вимоги щодо пояснювальних параграфів (наприклад, виділення важливих моментів). МСА 720 визначає обов'язки аудитора щодо іншої інформації, яка міститься у звітності (наприклад, звіт керівництва).

В Міжнародних стандартах аудиту виокремлюють ще групу інших спеціалізованих стандартів (рис. 3.6). Ці стандарти призначені для нестандартизованих завдань, зокрема для вибіркового аудиту. МСА 800 описує аудит спеціальної звітності, наприклад, підготовленої за специфічними правилами. МСА 805 розглядає аудит окремих частин фінансової звітності (приміром, перевірка тільки доходів або витрат). МСА 810 встановлює правила перевірки узагальненої звітності (наприклад, коротких фінансових звітів для

публікації). Завдяки цій групі стандартів можна підготувати аудит за специфічними потребами клієнта.



Рисунок 3.6. Інші спеціалізовані стандарти в Міжнародних стандартах аудиту [23]

Таким чином, Міжнародні стандарти аудиту, які впроваджуються в Україні, є гарантією якості аудиторських перевірок. Ці стандарти сприяють систематизації процесів, зменшенню ризиків і підвищенню ефективності управлінських рішень. У підсумку, аудит не лише підтверджує достовірність фінансової звітності, а й надає практичну допомогу в управлінні, допомагаючи господарюючим суб'єктам, в тому числі й медичним закладам, адаптуватися до сучасних економічних викликів та забезпечувати високий рівень медичних послуг.

Щодо медичних закладів, то тут аудит відіграє ключову роль у забезпеченні їх фінансової стійкості, оскільки дозволяє комплексно оцінити ефективність управління фінансовими ресурсами та виявити ризики, які можуть загрожувати стабільності діяльності. Завдяки аудиторським перевіркам можна не лише виявити порушення у веденні фінансового обліку, але й проаналізувати раціональність використання бюджетних та позабюджетних коштів, що особливо актуально для неприбуткових медичних установ. Крім того, аудит сприяє підвищенню прозорості фінансової діяльності, що позитивно впливає на довіру з боку держави, донорів та інших зацікавлених сторін.

Окрему увагу варто приділити аудиту ефективності, який оцінює не лише законність фінансових операцій, але й ступінь досягнення запланованих результатів за оптимального використання ресурсів. У контексті медичних закладів це означає оцінку якості надання медичних послуг за мінімальних витрат. Такий підхід допомагає керівництву установ виявляти слабкі місця у фінансовій системі та розробляти стратегії для їх усунення.

Загалом, роль аудиту полягає не лише у виявленні проблем, а й у наданні рекомендацій для покращення фінансового менеджменту медичних закладів. Це сприяє довгостроковій фінансовій стійкості, дозволяючи установам ефективніше виконувати свої соціальні функції. У сучасних умовах обмеженості ресурсів аудит стає важливим інструментом стратегічного планування та управління фінансами в галузі охорони здоров'я.

3.2. Методологія проведення аудиту медичного закладу-КНП

Методологія проведення аудиту – це сукупність принципів, методів, процедур і прийомів, які використовуються аудитором або аудиторською фірмою для організації та проведення перевірки. Вона забезпечує систематичний підхід до збору, аналізу й оцінки інформації, необхідної для формування обґрунтованих висновків і надання незалежної думки щодо фінансової звітності чи інших аспектів діяльності суб'єкта перевірки.

Проведені дослідження показують, що методологія аудиту охоплює три основні етапи:

1. *Підготовчий етап*, який включає:
 - визначення мети аудиту, обсягу перевірки та строків проведення;
 - аналіз діяльності суб'єкта аудиту (його бізнес-процесів, галузевих особливостей, правової форми);
 - планування аудиторських процедур (включаючи оцінку ризиків, складання програми аудиту).
2. *Проведення аудиторських процедур*, які передбачають:

- збір аудиторських доказів (за допомогою спостереження, перевірки документів, аналітичних процедур, опитування тощо);
- аналіз отриманих даних, оцінка достовірності фінансової інформації та відповідності нормативно-правовим актам.

3. *Завершальний етап*, який включає:

- узагальнення результатів перевірки;
- формулювання висновків та рекомендацій;
- підготовка аудиторського звіту.

Методологія проведення аудиту базується на Міжнародних стандартах аудиту (МСА) [23], які регулюють кожен аспект процесу: від планування до складання аудиторського звіту, про що було описано в попередньому параграфі кваліфікаційної роботи. Методологія забезпечує дотримання ключових принципів аудиторської діяльності, таких як незалежність, об'єктивність, професійний скептицизм, системність і відповідність стандартам якості.

Щодо медичних закладів, то насамперед слід зазначити, що проведення аудиту закладів охорони здоров'я регламентується на законодавчому рівні Постановою Кабінету міністрів України «Про затвердження Порядку проведення Державною аудиторською службою, її міжрегіональними територіальними органами державного фінансового аудиту діяльності суб'єктів господарювання» [34].

Проведення аудиту діяльності медичного закладу включає кілька важливих етапів, проте має певні уточнення з боку Державної аудиторської служби та описаної вище Постанови Кабінету міністрів України. Так, зокрема, одним з уточнень є чітко встановлений графік проведення аудиторських перевірок, що публікується на офіційному сайті Державної аудиторської служби.

З метою перевірки та збору інформації про об'єкт дослідження, Міністерством фінансів, згідно з Державною аудиторською службою, встановлено що аудитори, які проводять перевірку отримують два екземпляри направлень

На основі проведених досліджень зазначимо, що методологію аудиту медичного закладу-КНП доцільно проводити на основі трьох ключових етапів. Розглянемо їх детальніше.

Першим етапом аудиторського контролю є підготовка та планування перевірки медичного закладу-КНП. На цьому етапі важливим є правильно скласти та оформити нормативні документи і рішення, які стосуються ведення фінансово-господарської діяльності. Складається план і програма аудиту керівником аудиторської перевірки та надається для затвердження голові Державної аудиторської служби або одному із його заступників. Після чого керівник перевірки передає програму аудиторської перевірки у медичний заклад-КНП для ознайомлення, після чого програма узгоджується. Акт про планування аудиторської перевірки об'єкту дослідження передається особисто за підписом керівника, його заступника або головного бухгалтера. Також можна надсилати документи рекомендованим листом або в електронному вигляді в установленому законодавством порядку.

Другим етапом є проведення власне аудиторської перевірки з оформленням доказової бази, висновків, рекомендацій та пропозицій. На цьому етапі відбувається дослідження інформації щодо медичного закладу, що включає в себе бухгалтерські звіти, кошториси та внутрішній регламент.

Згідно з завданням, вказаним у згаданій Постанові Кабінету міністрів України [34] увага приділяється вивченню та оцінці ефективності господарської та фінансової діяльності підприємства, що досягається шляхом порівняння запланованих показників із фактично отриманими результатами. Також перевіряється законність і доцільність використання залучених ресурсів та оцінюється стан їх збереження.

Одним із завдань також є аналіз організації бухгалтерського обліку та перевірка достовірності даних, відображених у фінансовій звітності, додатково перевіряється управління інвестиційною діяльністю підприємства. Аудитором також досліджується стан функціонування системи внутрішнього контролю, який насамперед стосується ефективності діяльності закладу (лікування

пацієнтів, переливання крові, хірургічні операції, тощо).

Важливим аспектом в роботі аудитора медичного закладу-КНП є оцінка виконання обов'язків, пов'язаних з управлінням об'єктами державної власності. Слід зазначити, що перший та другий етапи сумарно не можуть бути проведені довше, ніж за 90 днів, проте, існують винятки, за яких час на проведення цих етапів може бути подовжено, свідченням чого є спеціальні документи, підписані головою Держаудитслужби або його заступником.

Третій етап включає в себе формування підсумкового аудиторського звіту з виявленими недоліками та рекомендаціями, а також обговорення результатів із керівництвом медичного закладу. Також на цьому етапі відбувається підписання протоколів щодо узгодження звітів про результати зовнішнього фінансового аудиту діяльності закладу, подання та підписання аудиторського звіту.

Звернемо увагу, що на заключному етапі відбувається моніторинг результатів перевірки, у якому, як і в загальній практиці, надаються висновки та пропозиції щодо усунення недоліків та неточностей, що були виявлені у ході аудиторської перевірки, розробляються рекомендації щодо попередження повторного їх виникнення. Аудитор може у подальшому здійснювати супровід для впровадження змін та виправлення виявлених недоліків у діяльності закладу. Важливо зазначити, що аудит діяльності медичного закладу може проводитись як одним аудитором, так і групою аудиторів. Залежно від поставлених завдань, терміни на проведення перевірки та склад аудиторської групи можуть визначатись керівником органу Держаудитслужби. Також, слід зазначити, що ефективність діяльності керівника медичного закладу оцінюють на основі комплексного аналізу інформації від головних позаштатних фахівців, заступників директора, а також голів експертних комісій. В оцінці діяльності медичного закладу можуть фігурувати дані від безпосередньо пацієнтів, їх родичів, тощо.

Важливою частиною роботи медичного закладу є внутрішній контроль, який допомагає забезпечити ефективне управління ресурсами, дотримання

законодавства та прозорість усіх операцій. Він охоплює заходи та процедури, спрямовані на організацію процесів, зменшення ризиків та запобігання можливим порушенням. Наприклад, чіткий облік медикаментів і коштів дає змогу контролювати, чи витрачаються вони за призначенням і чи відповідають реальним потребам.

Головна ідея внутрішнього контролю полягає в тому, щоб встановити порядок у роботі закладу. Це досягається завдяки розподілу завдань і відповідальності між співробітниками, що знижує ризик помилок або зловживань. Наприклад, якщо одна особа відповідає за замовлення медикаментів, а інша – за їх приймання та облік, це мінімізує можливість фінансових порушень. Також важливим є регулярний моніторинг дотримання встановлених правил та стандартів, який дозволяє вчасно виявити проблеми.

Так, наприклад, в КНП «ТОКЛ» ТОР контроль за медикаментами покладається на головну медсестру та начальника закупівель. Якість наданих медичних послуг підконтрольна медичному директору, робота хірургічних відділень організовується заступником медичного директора з хірургії. З питань ведення господарської діяльності відповідальною особою є заступник генерального директора з адміністративно-господарської частини. Ще слід враховувати, що крім стаціонару на базі КНП «ТОКЛ» ТОР, також є поліклініка з власним керівництвом, яке підпорядковується генеральному директору КНП «ТОКЛ» ТОР.

Слід зауважити, що система внутрішнього контролю напряду впливає на роботу аудиторської перевірки, адже якісний внутрішній контроль робить процес аудиту простішим та швидшим. Аудитори можуть покладатися на дані внутрішніх перевірок і зосередитися на окремих аспектах діяльності медичного закладу. Якщо ж внутрішній контроль слабкий або відсутній, аудит стає складнішим, оскільки доводиться перевіряти всі операції з самого початку.

Таким чином, внутрішній контроль не лише захищає медичний заклад від ризиків, а й формує основу для якісної зовнішньої перевірки. Він дозволяє своєчасно виявляти недоліки у фінансово-господарській діяльності, забезпечує

прозорість управлінських процесів та сприяє підвищенню довіри з боку зацікавлених сторін. Ефективна система внутрішнього контролю також є інструментом для оптимізації використання ресурсів, зменшення можливості фінансових втрат і створення сприятливих умов для впровадження стратегічних змін у діяльність медичного закладу-КНП.

Як приклад, наведемо показові результати аудиту з можливими поширеними порушеннями в діяльності медичного закладу та рекомендаціями з терміном їх виконання (див. табл. 3.1). В такому стислому вигляді аудитор подає висновки про проведену перевірку діяльності медичного закладу, опираючись на виявлені недоліки створюються шляхи їх усунення.

Результати аудиту дають керівництву конкретні рекомендації щодо покращення роботи закладу. Наприклад, якщо аудитори виявили помилки в обліку закупівель чи неефективне використання ресурсів, це дає змогу оперативно виправити ситуацію та впровадити зміни, які допоможуть уникнути подібних проблем у майбутньому. Такий аналіз також корисний для планування, адже на його основі можна визначити пріоритети, оптимізувати витрати та розробити заходи для покращення фінансової стабільності.

Окрім цього, висновки аудиторів можуть мати вплив на репутацію медичного закладу-КНП. Дотримання рекомендацій підвищує довіру з боку пацієнтів, громади та органів управління. У випадку, якщо аудит виявляє значні порушення, негайне їх усунення демонструє, що медичний заклад готовий працювати прозоро та ефективно. Тому регулярний аналіз аудиторських висновків сприяє не лише вдосконаленню роботи медичного закладу, а й створює передумови для його стабільного розвитку.

Таблиця 3.1

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ АУДИТУ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ

Категорія	Аудитовані аспекти	Виявлені недоліки	Рекомендації	Термін виконання
Доходи	Державне фінансування	Недостатність субвенцій	Звернутися за додатковим фінансуванням	1 місяць
	Благодійні внески	Непрозорість використання	Запровадити систему звітності про благодійність	2 місяці
Витрати	Заробітна плата персоналу	Затримки у виплатах	Оптимізувати бюджет для своєчасних виплат	1 місяць
	Закупівля обладнання	Завищення цін у договорах	Провести повторний тендер	3 місяці
Внутрішній контроль	Облік матеріальних цінностей	Неповний облік медикаментів	Впровадити автоматизовану систему обліку	2 місяці
	Контроль використання ресурсів	Надмірне споживання електроенергії	Провести енергоаудит	1 місяць
Фінансова звітність	Достовірність фінансової інформації	Невідповідність між фактичними та звітними даними	Перевірити правильність записів	1 місяць
	Відповідність нормативним вимогам	Порушення вимог законодавства	Навчання бухгалтерського персоналу	2 місяці

Підбиваючи підсумок можна з впевненістю сказати, що проведення аудиторської перевірки сприяє зміцненню фінансової стабільності медичного закладу-КНП, підвищує якість послуг і дозволяє ефективніше реагувати на виклики, що постають перед системою охорони здоров'я. Аудит в даному випадку виступає не лише засобом перевірки, а й стратегічним інструментом, що сприяє довгостроковому розвитку медичного закладу, а сам аудитор виконує роль помічника в управлінні медичного закладу-КНП.

Висновки до розділу 3

У результаті проведеного дослідження аудиту діяльності неприбуткового комунального медичного закладу автором сформовано такі висновки та рекомендації:

1. Аудит відіграє ключову роль у забезпеченні фінансової стійкості медичних закладів, оскільки дозволяє комплексно оцінити ефективність управління фінансовими ресурсами та виявити ризики, які можуть загрожувати стабільності діяльності установи. Завдяки аудиторським перевіркам можна не лише виявити порушення у веденні фінансового обліку, але й проаналізувати раціональність використання бюджетних та позабюджетних коштів, що особливо актуально для неприбуткових медичних установ. Крім того, аудит сприяє підвищенню прозорості фінансової діяльності, що позитивно впливає на довіру з боку держави, донорів та інших зацікавлених сторін.

2. Методологія проведення аудиту базується на Міжнародних стандартах аудиту (МСА), які регулюють кожен аспект процесу: від планування до складання аудиторського звіту. Методологія аудиту охоплює три основні етапи: 1 етап – *Підготовчий* (визначення мети аудиту, обсягу перевірки та строків проведення; аналіз діяльності суб'єкта аудиту); 2 етап – *Проведення аудиторських процедур* (збір аудиторських доказів; аналіз отриманих даних, оцінка достовірності фінансової інформації та відповідності нормативно-правовим актам); 3 етап – *Завершальний етап* (узагальнення результатів перевірки; формулювання висновків та рекомендацій; підготовка аудиторського звіту).

3. Доцільно методологію аудиту медичного закладу-КНП проводити на основі трьох ключових етапів, які нададуть комплексний підхід до оцінки його діяльності, а саме: *першим етапом* аудиторського контролю є підготовка та планування перевірки медичного закладу-КНП; *другим етапом* є проведення аудиторської перевірки з оформленням доказової бази, висновків, рекомендацій та пропозицій; *третій етап* включає в себе формування підсумкового аудиторського звіту з виявленими недоліками та рекомендаціями, а також обговорення результатів із керівництвом медичного закладу.

ВИСНОВКИ

Результат проведеного дослідження кваліфікаційної роботи полягає в теоретичному узагальненні та розробці рекомендацій стосовно управління неприбутковим комунальним медичним закладом та аудитом його діяльності. Науково-практичні результати дослідження дозволили сформулювати такі висновки:

1. Існує чотири основні моделі систем охорони здоров'я, залежно від джерела фінансування: 1) модель Беверіджа; 2) модель Бісмарка; 3) модель Національного медичного страхування; 4) система прямих платежів, відома як модель «з власних коштів». Існуючі моделі фінансування системи охорони здоров'я варіюються від фінансування, що забезпечує загальний доступ через державні кошти до страхової системи, що базується на внесках і договорах. Кожна модель має свої переваги і недоліки, але в цілому їх мета полягає в забезпеченні доступності, якості та ефективності медичних послуг для населення.

2. Система охорони здоров'я в Україні є комплексною та в цілому залежить від ефективності та взаємодії різноманітних структур. Економіка України отримує специфічні виклики для соціальної сфери та галузі охорони здоров'я, тому в 2015 році Уряд України ініціював трансформаційну реформу системи охорони здоров'я, після чого у 2017 році створено НСЗУ, яка виконувала ряд важливих для системи охорони здоров'я завдань та виконувала роль регулятора. Фінансова підтримка від уряду в галузі охорони здоров'я на шляху реформування поступово зростала, проте через повномасштабне вторгнення російських військ на територію України в 2022 році, фінансування охорони здоров'я, як і супутніх галузей було скорочено. Поступово спостерігається перерозподіл коштів на інші напрямки у сфері охорони здоров'я.

3. Доведено, що для створення надійної системи охорони здоров'я потрібна тісна співпраця експертів різних галузей, медичних працівників, політиків та інших зацікавлених сторін, що в свою чергу приведе до

ефективного та раціонального управління фінансовими та медичними ресурсами та дасть змогу адекватно та в повному обсязі надавати населенню необхідні медичні послуги та отримувати кошти для розвитку медичної сфери в цілому. Успішність та ефективність реформування системи охорони здоров'я залежить від: 1) спрямованості реформ на тих, хто надає медичну допомогу, а не на споживачів медичних послуг (пацієнтів); 2) удосконалення форм і методів управління галуззю охорони здоров'я на державному, регіональному та місцевому рівнях; 3) науково-обґрунтованої, еволюційної та поступально здійсненої реформи.

4. У медичних закладах, що функціонують як комунальні некомерційні підприємства (КНП), впроваджені принципи господарської автономії та самофінансування. Це дозволяє їм планувати власні доходи й витрати, а також здійснювати свою діяльність на основі затверджених фінансових планів і стратегій розвитку. Такий підхід вимагає ведення бухгалтерського обліку та звітності за правилами, характерними для господарської діяльності, а не державного обліку. Тобто КНП, на відміну від традиційних бюджетних установ, більше наближаються до госпрозрахункового сектору, де метою є не отримання прибутку, а ефективне використання ресурсів для забезпечення якісних медичних послуг.

5. У 2022 році КНП «ТОКЛ» ТОР продемонструвала фінансове зростання завдяки збільшенню чистого доходу від надання медичних послуг, зокрема хірургічних операцій у стаціонарі та трансплантації органів. Значне зростання інших доходів забезпечено благодійною допомогою, централізованими поставками та ефективним управлінням коштами. Отримане бюджетне фінансування покривало витрати на комунальні послуги й регіональні програми. Витрати зросли через підвищення зарплат і подорожчання товарів і послуг. Загалом лікарня зміцнила фінансову стабільність, розширила джерела доходів і продемонструвала ефективне управління ресурсами.

6. Запропоновано основні напрямки оптимізації витрат у КНП «ТОКЛ» TOP: 1) аналіз витрат медичного закладу; 2) автоматизація процесів; 3) оптимізація кадрових витрат; 4) планування закупівель та управління запасами; 5) аналіз та перегляд тарифної політики; 6) залучення додаткових джерел фінансування; 7) контроль та аудит витрат.

7. Оцінка ефективності КНП «ТОКЛ» TOP свідчить про значні досягнення в оптимізації витрат, впровадженні нових діагностичних послуг та розвитку інфраструктури, навіть в умовах складної епідеміологічної ситуації та воєнного стану. Впроваджені заходи, такі як реконструкція приміщень, модернізація медичного обладнання, створення нових високоспеціалізованих центрів, а також вдосконалення системи управління витратами, дозволяють лікарні зберігати високу якість медичних послуг при обмежених фінансових ресурсах.

8. Проведений аналіз діяльності КНП «ТОКЛ» TOP свідчить про те, що згідно програм державних гарантій підвищився попит на медичні послуги, але у зв'язку з воєнним станом держава не змогла своєчасно виплачувати лікарні кошти за надані послуги, що вплинуло на ліквідність закладу і підвищило залежність від зовнішнього фінансування. Проте, станом на початок 2023 року управлінню медичного закладу вдалось покрити частину заборгованостей, зокрема завдяки розвитку науково-дослідницької діяльності в лікарні та покращенню фінансової дисципліни.

9. Методологія проведення аудиту базується на Міжнародних стандартах аудиту (МСА), які регулюють кожен аспект процесу: від планування до складання аудиторського звіту. Методологія аудиту охоплює три основні етапи: 1 етап – *Підготовчий* (визначення мети аудиту, обсягу перевірки та строків проведення; аналіз діяльності суб'єкта аудиту); 2 етап – *Проведення аудиторських процедур* (збір аудиторських доказів; аналіз отриманих даних, оцінка достовірності фінансової інформації та відповідності нормативно-правовим актам); 3 етап – *Завершальний етап* (узагальнення результатів

перевірки; формулювання висновків та рекомендацій; підготовка аудиторського звіту.

10. Доцільно методологію аудиту медичного закладу-КНП проводити на основі трьох ключових етапів, які нададуть комплексний підхід до оцінки його діяльності, а саме: *першим етапом* аудиторського контролю є підготовка та планування перевірки медичного закладу-КНП; *другим етапом* є проведення аудиторської перевірки з оформленням доказової бази, висновків, рекомендацій та пропозицій; *третьою етапом* включає в себе формування підсумкового аудиторського звіту з виявленими недоліками та рекомендаціями, а також обговорення результатів із керівництвом медичного закладу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бондар А.В. Фінансування галузі охорони здоров'я в Україні та у зарубіжних країнах. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка»*. Випуск № 720 «Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення і проблеми розвитку». С. 357-364. URL: http://ena.lp.edu.ua:8080/bitstream/ntb/14009/1/55_357-364_Vis_720_Menegment.pdf (дата звернення 05.09.2024 р.)
2. Борщ В.І. Сучасна парадигма системи управління персоналом закладу охорони здоров'я. *Економіка та управління національним господарством*. 2019. № 1 (69). С. 73-79. URL: http://www.psae-jrnl.nau.in.ua/journal/1_69_1_2019_ukr/11.pdf
3. Бюджетний кодекс України, поточна редакція від 20.11.2024 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17#Text>
4. Волошин А.В., Кучабський Н. Роль внутрішнього контролю в забезпеченні ефективності аудиту медичного закладу. *Облік, оподаткування і контроль: теорія та методологія*: матеріали XIII Всеукр. наук.-практ. дистанційної конференції (м. Тернопіль, 6 грудня 2024 р.). Тернопіль: ЗУНУ, 2024.
5. Гаро Г., Корнага О., Плиска Ю. Автономізація закладів охорони здоров'я: проблема чи потреба? Юридичні аспекти процесу. *Український медичний часопис*: Організація охорони здоров'я. Медичне право. 2018. URL: www.umj.com.ua/uk/publikatsia-119811-avtonomizatsiya-zakladiv-ohoroni-zdorov-ya-problema-chi-potreba-yuridichni-aspekti-protsesu
6. Глух Н., Луцюк В. Аудит діяльності неприбуткового комунального медичного закладу: ключові аспекти та послідовність перевірки. *Облік, оподаткування і контроль: теорія та методологія*: матеріали XI міжнародної науково-практичної інтернет конференції (м. Тернопіль, 1 грудня 2022 р.). Тернопіль: ЗУНУ, 2022. С. 121 – 122. URL: <http://surl.li/fyfyac>

7. Гребень С.Є. Види, форми та методи державного фінансового контролю: сутність та принципові відмінності. *Державне управління*. 2017. № 22. С. 103-108.

8. Дмитрук О.В., Свінцицька О.М. Управління адаптацією персоналу закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання. *Приазовський економічний вісник*. 2018. Вип. 5 (10). URL: http://pev.kpu.zp.ua/journals/2018/5_10_uk/33.pdf

9. Енциклопедія державного управління: у 8 томах / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України; наук.-ред. колегія: Ю.В. Ковбасюк (голова) та ін. – К.: НАДУ, 2011.: Том 1: Теорія державного управління.. 2011. 748 с. URL: https://ipa.karazin.ua/wp-content/uploads/2021/02/tom1_1.pdf

10. Журавель В.І., Дейкун Н.П. Практика менеджменту в здоровоохороні і його методичний інструментарій. Чернігів: Деснянська правда. 2016. 120 с.

11. Закон України «Про аудит фінансової звітності та аудиторську діяльність» від 21.12.2017 р. (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2018, № 9, ст.50), (із змінами і доповненнями), поточна редакція від 20.06.2024 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2258-19#Text>

12. Закон України «Про бухгалтерський облік та фінансову звітність в Україні» (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1999, № 40, ст.365), (із змінами і доповненнями), поточна редакція від 03.09.2024 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/996-14#Text>

13. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 6 квітня 2017 року, № 2002 (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2017, № 21, ст.245), зі змінами та доповненнями. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19#Text> (дата звернення 06.09.2024 р.)

14. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо невідкладних заходів у сфері охорони здоров'я» від 20 грудня 2019 року, № 421 (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2020, № 27, ст.176), зі

змінами та доповненнями. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/421-20#Text> (дата звернення 10.09.2024 р.)

15. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 р. (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2018, № 5, ст.31), (із змінами і доповненнями), поточна редакція від 20.09.2024 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>

16. Звіт про управління КНП «ТОКЛ» ТОР за 2022 рік. *Офіційний сайт КНП «ТОКЛ» ТОР*. URL: https://tokl.com.ua/uploads/p_440_76374502.pdf

17. Корнійчук О. Стратегія побудови сучасної української системи охорони здоров'я. *Вільне слово*. 2017. URL: <https://vilneslovo.com>

18. Краснікова Н.Г. Теоретико-методичні засади обліково-аналітичного забезпечення внутрішнього аудиту доходів і витрат комунальних некомерційних підприємств охорони здоров'я. *Науковий погляд: економіка та управління*, 2020. № 3. С. 139-144.

19. Лимешко О. Медичні КНП: статус неприбутковості, фактори ризику та нюанси управлінського обліку. *Бухоблік та оподаткування*. 2019. URL: <https://uteka.ua/ua/publication/knp-26-buhuchet-i-nalogooblozhenie-83-medicinskie-knp-status-nepribylnosti-factory-riska-i-nyuansy-upravlencheskogo-ucheta>

20. Лучко М.Р., Шестерняк М.М. Статистичні методи прогнозування розвитку демографічних показників України: контекст застосування. *Журнал Європейська економіка*. Том 20, № 1 (76). Січень-березень 2021. Тернопіль: ЗУНУ, 2021. С. 191-212. URL: <http://jeej.wunu.edu.ua/index.php/ukjee/article/view/1527>

21. Лісовська О.О. Теоретичні засади функціонування моделей фінансування системи охорони здоров'я. *Економічний вісник. Серія: фінанси, облік, оподаткування*. 2020. Вип. 4. С. 96-101.

22. Мельник Л.А. Сучасний керівник медичного закладу в умовах реформування здравоохранної галузі. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2018. № 11. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1336> (дата звернення: 22.09.2024).

23. Міжнародні стандарти аудиту. *Міжнародні стандарти контролю якості, аудиту, огляду, іншого надання впевненості та супутніх послуг, видання 2018 року. Частина I, Частина II, Частина III.* URL: https://www.apob.org.ua/?page_id=3482 (дата звернення 17.11.2024 р.)

24. Міністерство охорони здоров'я України. *Офіційний сайт.* URL: <https://moz.gov.ua/>

25. Національна служба здоров'я України. *Офіційний сайт.* URL: <https://nszu.gov.ua/>

26. Онишко С.В., Шевчук Ю.В. Особливості функціонування моделей фінансування медичного страхування. *Економічний вісник. Серія: фінанси, облік, оподаткування.* Ірпінь, 2019. Вип. 3. С. 171-179.

27. Основні принципи реформи системи охорони здоров'я. Модуль 1. Вступ до стратегічного планування. Оцінка ситуації та аналіз даних. С. 2-12. URL: <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/ua/P2-M1.pdf>

28. Пашкевич М.С., Шишкова Н.Л. Контроль: незалежний, внутрішній, державний: навч. посіб.: у 2 ч. Ч. 1. Незалежний аудиторський та внутрішньогосподарський контроль. Дніпро : НГУ, 2017. 182 с. URL: <https://ir.nmu.org.ua/handle/123456789/150491>

29. Піхоцький В. Ф. Система державного фінансового контролю в Україні: концептуальні засади теорії та практики : автореф. дис. ... екон. наук : 08.00.08. Львів, 2015. 42 с.

30. Податковий кодекс України, поточна редакція від 01.10.2024 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2755-17#Text>

31. Портал Національної системи здоров'я Великої Британії. URL: <https://www.nhs.uk>

32. Посилкіна О.В., Гладкова О.В. Актуальні проблеми фінансового забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я в Україні в умовах їх реформування. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Економіка і управління.* Том 32 (71). № 2, 2021. С. 43-49. URL: https://www.econ.vernadskyjournals.in.ua/journals/2021/32_71_2/9.pdf

33. Постанова Кабінету Міністрів України від 22 вересня 2016 року № 648. «Про внесення змін до постанови КМУ від 17 вересня 1996 року №1138. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/648-2016-п#n9>

34. Постанова Кабінету Міністрів України від 27 березня 2019 року № 252. «Про затвердження Порядку проведення Державною аудиторською службою, її міжрегіональними територіальними органами державного фінансового аудиту діяльності суб'єктів господарювання». URL: <https://dasu.gov.ua/ua/plugins/userPages/596>

35. Радиш Я.Ф. Основи менеджменту. Київ. 2017. Т. 1. С. 81

36. Решота Н. Класифікація основних моделей медичних систем у світі та шлях України. *Онлайн-журнал InGenius*. 2020. URL: <https://ingeniusua.org/articles/klasifikaciya-osnovnikh-modeley-medichnikh-sistem-u-sviti-ta-shlyakh-ukraini> (дата звернення 18.08.2024 р.)

37. Ровенська В.В., Саржевська Є.О. Управління персоналом закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання та перспективи розвитку в Україні. *Економічний вісник Донбасу*. 2019. № 3 (57). URL: [http://www.evd-journal.org/download/2019/3\(57\)/19-Rovenska.pdf](http://www.evd-journal.org/download/2019/3(57)/19-Rovenska.pdf)

38. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» від 30 листопада 2016 року № 1013-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-п#Text>

39. Рябцева Н. Національна служба здоров'я: як вона працює? *LB.UA. Дорослий погляд на світ*. URL: https://lb.ua/blog/natalia_riabtseva/454287_natsionalna_sluzhba_zdorovya_yak_vona.html (дата звернення 10.05.2024 р.)

40. Семчук І.В., Кукель Г.С., Роледерс В.В. Впровадження нових підходів до управління закладами охорони здоров'я в умовах ринку. *Ефективна економіка*. 2020. № 5. URL: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=7910> (дата звернення: 20.09.2024). DOI: [10.32702/2307-2105-2020.5.88](https://doi.org/10.32702/2307-2105-2020.5.88)

41. Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. Україна: огляд реформи фінансування охорони здоров'я 2016-2019. Всесвітня організація охорони

здоров'я, 2019. URL: https://who-sandbox.squiz.cloud/_data/assets/pdf_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report_UKR_Full-report_Web.pdf

42. Степуленко К. Особливості фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні. *Менеджмент XXI століття: сучасні моделі, стратегії, технології*: VIII Всеукр. наук.-практ. інтернет-конференція. Збірник наукових праць. Вінниця 2021. Ч. 1. С. 618-622 URL: www.vtei.com.ua/doc/2021/26102021/1.pdf

43. Тернопільська обласна клінічна лікарня. *Офіційний сайт*. URL: <https://tokl.com.ua>

44. Ткаченко О. Неприбуткові організації: реєстрація, облік, звіт неприбутковця, ПДВ. *Спецпроект*. 2022. URL: <https://uteka.ua/special/neprybutkovi-orhanizatsii/>

45. Устінов О.В. Управління медичним закладом в процесі реформи: що необхідно і чого не слід робити. *Український медичний часопис*: Організація охорони здоров'я. 2018. URL: <https://www.umj.com.ua/article/127584>

46. Філіпова Н.В. Досвід європейських країн у фінансуванні охорони здоров'я. *Вісник Хмельницького національного університету*. 2020. № 6. С. 315-320.

47. Фінансування охорони здоров'я в Україні: стійкість в умовах війни. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2022. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. *Програмний документ щодо охорони здоров'я*. URL: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1462188/retrieve>

48. Царенко О.В. Особливості визначеності об'єкта локалізації зусиль при впровадженні системи контролю якості аудиторських послуг. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 5. С. 5–10.

49. Цивільний кодекс України, поточна редакція від 03.09.2024 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15#Text>

50. Ціщик Р.В., Шестерняк М.М. Аналіз використання можливостей парадигми логістики в управлінні закладом охорони здоров'я = Analysis of using

the possibilities of the logistics paradigm in health institution management. *Електронний науково-практичний журнал «Інфраструктура ринку»*. Причорноморський науково-дослідний інститут економіки та інновацій. Випуск 44/2020. Одеса, 2020. С. 131-136. URL: http://www.market-infr.od.ua/journals/2020/44_2020_ukr/24.pdf

51. Шелєміна Н.І. Особливості фінансування системи охорони здоров'я: вітчизняний та закордонний досвід. *Економіка та суспільство*. 2023. Випуск № 53. URL: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2023-53-80>

52. Шестерняк М.М. Оцінка стану та тенденцій розвитку надання аудиторських послуг. *Облік, оподаткування і контроль: теорія та методологія*: матеріали VI Міжн. наук.-практ. інтернет-конф. (Тернопіль, 27 грудня 2019 р.). Тернопіль: ТНЕУ, 2019. С. 269-272. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/37471/1/269.pdf>

53. Шестерняк М.М., Волошин А.В. Аудиторський контроль як інструмент забезпечення надійності та об'єктивності фінансової звітності підприємств. *Актуальні проблеми економіки та суспільства в сучасному світі*: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції / Східноєвропейський центр наукових досліджень (Черкаси, 26 квітня 2024 р). Research Europe, 2024. С. 77-80. URL: <https://researcheurope.org/wp-content/uploads/2024/05/re-26.04.2024.pdf>

54. Шестерняк М.М., Федчишин І.В. Історичні аспекти виникнення аудиту. *Облік, оподаткування і контроль: теорія та методологія*: матеріали Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. (Тернопіль, 28 травня 2021 р.). Тернопіль: ЗУНУ, 2021. С. 134-136. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/handle/316497/42621>

55. Шестерняк М.М., Медвідь І.В. Особливості контролю продуктів харчування у медичних закладах. *Облік, оподаткування і контроль: теорія та методологія*: матеріали XI Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. (Тернопіль, 1 грудня 2022 р.). Тернопіль: ЗУНУ, 2022. С. 125-127. URL: <http://surl.li/ioifk> (0,2 д.а.)

56. Шестерняк М.М. Волошин А.В. Особливості неприбуткового статусу комунальних медичних закладів у забезпеченні соціальної та фінансової автономії. *Облік, оподаткування і контроль: теорія та методологія*: матеріали XIII Всеукр. наук.-практ. дистанційної конференції (м. Тернопіль, 6 грудня 2024 р.). Тернопіль: ЗУНУ, 2024.

57. Шкуріна Ю. Що змінилося в організації діяльності перетворених медзакладів-КНП. *Бухгалтерські новини. Факторія*. 2024. URL: <https://faktoria.kiev.ua/uk/sho-zminilosya-v-organizaciyi-diyalnosti-peretvorenih-medzakladiv-knp/>

58. Шкільняк М., Васіна А., Монастирський Г., Августин Р., Дудкіна О. Управління комунальною власністю об'єднаних територіальних громад в умовах нових викликів реформування місцевого самоврядування (Аналітична записка за матеріалами засідання регіонального круглого столу). *Вісник THEU*, № 4 (2020), С. 210-215. URL: <https://visnykj.wunu.edu.ua/index.php/visnykj/article/view/1196>

59. Щорічний звіт про стан здоров'я населення України та епідемічну ситуацію за 2022 рік. МОЗ України. Київ, 2023. С. 3-8.

60. Юдінцева Л.О. Аудиторські докази як об'єктивна основа думки аудитора. *Міжнародний бухгалтерський облік*. 2016. №12. С.41–51.

61. Юринець З.В., Петрух О.А. Напрями державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 22. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/22_2018/21.pdf

62. Як працює система охорони здоров'я Канади. Прес-центр Міністерства Охорони Здоров'я України. URL: moz.gov.ua/uk/jak-pracjuje-sistema-ohoroni-zdorov'ja-kanadi

63. Яремко І.І. Підвищення ефективності механізмів управління закладами сфери охорони здоров'я. *Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення та проблеми розвитку*. 2021. № 2. С. 127-139. URL: <https://science.lpnu.ua/sites/default/files/journal-paper/2021/nov/25522/nzmened-127-139.pdf>

64. B. Abel-Smith. *An Introduction To Health: Policy, Planning and Financing*. Taylor & Francis. 2016; P. 144.
65. Beveridge, W. (1942). *Social Insurance and Allied Services*. HMSO. Bull World Health Organ. 2000; 78(6): 847–855
66. Canada's Health Care System. *Government of Canada*. URL: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html> (дата звернення 05.09.2024 p.)
67. Chung M. Health care reform: learning from other major health care systems. *Princeton Public Health Review*. 2017. Dec. 2. URL: <https://pphr.princeton.edu/2017/12/02/unhealthyhealth-care-a-cursory-overview-of-major-health-care-systems/> (дата звернення 09.09.2024 p.)
68. Esmail, N., & Walker, M. (2023). *Waiting Your Turn: Wait Times for Health Care in Canada, 2023 Report*. Fraser Institute. <https://www.fraserinstitute.org/sites/default/files/waiting-your-turn-2023.pdf> (дата звернення 07.09.2024 p.)
69. John Zietlow, Jo Ann Hankin, Alan Seidner, Tim O'Brien. *Financial Management for Nonprofit Organizations: Policies and Practices*. John Wiley & Sons, 2018. 768p. URL: <http://surl.li/jaoghu>
70. Lee J Miller, Wei Lu. «These Are the World's Healthiest Nations». Стаття Bloomberg від 24.02.2019. URL: www.bloomberg.com/news/articles/2019-02-24/spain-tops-italy-as-world-s-healthiest-nation-while-u-s-slips (дата звернення 16.04.2024 p.)
71. Light D.W. Universal health care: lessons from the British experience. *American Journal of Public Health*. Washington, 2003. Vol. 93, no. 1. P. 25-30.
72. Pym Hugh. Brexit: NHS no-deal fears prompt call for drugs export ban. *BBC News* від 29.03.2019 p. URL: www.bbc.com/news/health-47742899 (дата звернення 17.04.2024 p.)
73. Ruth Alexander. Which is the world's biggest employer? *BBC News* від 20.03.2012 p. URL: www.bbc.com/news/magazine-17429786 (дата звернення 17.04.2024 p.)

74. The Commonwealth Fund. «International Profiles of Health Care Systems». 2020. URL: http://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International_Profiles_of_Health_Care_Systems_Dec2020.pdf (дата звернення 25.04.2024 р.)

75. Wallace L. S. A View Of Health Care Around The World. The Annals of Family Medicine. Leawood, 2013. Vol. 11, №. 1. P. 84

76. White Franklin. Primary health care and public health: foundations of universal health systems. *Med Princ Pract*. 2015. № 24 (2): 103-116.

77. Whittington, P. & Pany, M. (2001). Principles of auditing & other assurance services. New York: Mc Graw-Kill. Coso.org. (2017). Welcome to COSO. [online] URL: <https://www.coso.org/Pages/default.aspx> [Accessed 16 Sept. 2024].

ДОДАТКИ