

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Факультет економіки та управління

Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

ОКУШКО Дмитро Олександрович

Диференціація фінансування закладу охорони здоров'я в процесі проведення
медичної реформи. / Differentiation of health care institution financing in the
process of medical reform

"спеціальність: 073 - Менеджмент
освітньо-професійна програма - Менеджмент закладів охорони здоров'я"

Кваліфікаційна робота

Виконав студент групи МЗОЗм-21
Д. О. Окушко

Науковий керівник:
к.е.н., доцент, Ж. Л. Крисько

ТЕРНОПІЛЬ – 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФІНАНСУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ.....	5
1. Сутність, принципи та значення фінансування охорони здоров'я.....	5
2. Джерела фінансування закладів охорони здоров'я.....	13
РОЗДІЛ 2. ПРАГМАТИКА ФІНАНСУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....	21
2.1. Аналіз фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я в Україні.....	21
2.2. Оцінка ефективності управління фінансовими ресурсами в закладі охорони здоров'я.....	33
РОЗДІЛ 3. ПЕРСПЕКТИВИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ФІНАНСУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....	44
3.1. Світовий досвід фінансування закладів охорони здоров'я в Україні.....	44
3.2. Напрями реформування системи фінансування охорони здоров'я в Україні.....	49
ВИСНОВКИ.....	56
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	59

ВСТУП

Актуальність обраної теми дослідження зумовлена нагальною необхідністю вдосконалення системи фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я, яка б сприяла підвищенню ефективності та якості надання медичних послуг населенню. Диференціація фінансування дає змогу врахувати специфіку кожного конкретного медичного закладу, його потреби та можливості, а також адаптувати механізми розподілу видатків до змінюваних умов функціонування галузі.

Аналіз стану наукової розробленості проблеми засвідчує, що питання диференціації фінансування закладів охорони здоров'я в Україні досліджувались у працях таких учених, як А. Д. Барзилович, І. Д. Бенько, Л. Б. Боденчук, В. І. Борщ, О. О. Драган, М. Забаштанський, О. М. Іваницька, Н. І. Карпишин, С. В. Качула, Л. Г. Квасній, Д. А. Ковалевич, А. Король, Л. О. Кустріч, С. О. Кушнір, К. Магрламова, У. Б. Макаренко, О. О. Мороз, С. Назарко, О.В. Посилкіна, О.В. Гладкова, Д. М. Рябець, Л. В. Сазоненко, І. М. Солоненко, Н. В. Філіпова, С. М. Халатур, Р. В. Ціщик, О. М. Чернетченко, В. В. Чорна, М. М. Шкільняк. Водночас, попри наявність ґрунтовних напрацювань, недостатньо вивченими залишаються особливості застосування диференційованого підходу до фінансового забезпечення медичних закладів різних форм власності та профілю діяльності в умовах реформування вітчизняної системи охорони здоров'я.

Метою роботи є розробка теоретико-методичних засад та практичних рекомендацій щодо диференціації фінансування закладів охорони здоров'я в процесі проведення медичної реформи.

Досягнення поставленої мети передбачає вирішення таких **завдань**:

- розглянути сутність, принципи та значення фінансування охорони здоров'я;
- дослідити джерела фінансування закладів охорони здоров'я;

- проаналізувати особливості фінансування закладів охорони здоров'я в Україні;
- оцінити ефективність управління фінансовими ресурсами в закладі охорони здоров'я;
- дослідити світовий досвід фінансування закладів охорони здоров'я в Україні;
- запропонувати напрями реформування системи фінансування охорони здоров'я в Україні.

Об'єктом дослідження є процес фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я в Україні. **Предметом дослідження** виступають теоретичні, методичні та прикладні аспекти диференціації фінансування медичних закладів в умовах реалізації медичної реформи.

У процесі роботи використовувались такі **методи дослідження**: аналіз і синтез, порівняння, групування, статистичний, економіко-математичне моделювання, експертних оцінок тощо.

Теоретичною основою дослідження є фундаментальні положення економічної теорії, сучасні концепції управління фінансами закладів охорони здоров'я, а також наукові праці вітчизняних і зарубіжних учених з питань фінансування медичної галузі.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що розроблені в ході дослідження теоретико-методичні положення та практичні рекомендації можуть бути використані органами державного управління, керівництвом закладів охорони здоров'я, а також науково-дослідними установами при вдосконаленні механізмів диференціації фінансового забезпечення медичних закладів в умовах реалізації медичної реформи в Україні.

Результати дослідження були представлені на факультетських і кафедральних студентських конференціях.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФІНАНСУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

1. Сутність, принципи та значення фінансування охорони здоров'я

Фінансування охорони здоров'я являє собою комплекс економічних відносин, пов'язаних із формуванням, розподілом і використанням фінансових ресурсів для надання якісної та доступної медичної допомоги населенню. Воно виступає важливим інструментом, що забезпечує стабільне функціонування та розвиток системи охорони здоров'я.

Серед основних принципів фінансування медичної галузі варто виділити [7, с. 94]:

1) доступність та рівність - громадяни повинні мати рівні можливості у отриманні медичної допомоги незалежно від соціального статусу чи місця проживання. Фінансові механізми мають сприяти рівномірному розподілу ресурсів та усуненню бар'єрів у доступі до медичних послуг;

2) цільове та ефективне використання коштів - фінансові ресурси повинні спрямовуватись виключно на потреби охорони здоров'я та використовуватись раціонально і з максимальною віддачею, що дозволяє забезпечити високу результативність витрат та підвищити якість медичного обслуговування;

3) збалансованість джерел фінансування - оптимальне поєднання бюджетних асигнувань, коштів медичного страхування та приватних фінансових ресурсів дає змогу сформувати стабільну та стійку систему фінансового забезпечення охорони здоров'я;

4) прозорість фінансових потоків та управлінських рішень - відкритість і підзвітність у розподілі та використанні коштів, а також у прийнятті управлінських рішень щодо фінансування є важливою передумовою ефективності функціонування системи охорони здоров'я.

Заклад охорони здоров'я (ЗОЗ) в Україні, відповідно до Закону "Основи законодавства України про охорону здоров'я", є юридичною особою, що може існувати у різних формах власності та організаційно-правових формах. Основне призначення ЗОЗ – це надання медичних послуг населенню на основі ліцензії та за допомогою кваліфікованих медичних працівників [10].

Залежно від форми власності, ЗОЗ поділяються на три основні категорії: державні, комунальні та приватні. Державні заклади охорони здоров'я фінансуються з державного бюджету, комунальні – з місцевих бюджетів, тоді як приватні створюються на основі власності громадян або юридичних осіб і функціонують переважно за рахунок коштів власників або пацієнтів.

У сучасній економіці фінансове забезпечення є однією з ключових складових, що визначає можливості розвитку як економічної, так і соціальної сфер суспільства. Поняття фінансового забезпечення тісно пов'язане з фінансовим механізмом і охоплює систему заходів, інструментів та методів, що спрямовані на ефективне управління фінансовими ресурсами. Проте в наукових колах існують різні підходи до визначення сутності та ролі фінансового забезпечення, що відображають специфіку і завдання цієї категорії в різних аспектах економічного розвитку.

У табл. 1.1. наведено різні визначення фінансового забезпечення, запропоновані провідними економістами, такими як В. Опарін, О. Романенко, В. Федосов, О. Кириленко, Я. Буздуган та С. Юрій. Їхні трактування відображають різні погляди на складові та функції фінансового забезпечення, що дає змогу комплексно розглянути дану категорію і зрозуміти її значення в контексті фінансового управління. Так, В. Опарін розглядає фінансове забезпечення як: «структурну підсистему фінансово-кредитного механізму, що визначає джерела та форми фінансування економічного і соціального розвитку суспільства». О. Романенко, натомість, трактує його як: «сукупність фінансових методів, включаючи планування, управління, контроль та регулювання».

В. Федосов підкреслює, що фінансове забезпечення є «системою джерел і форм фінансування розвитку економічної та соціальної сфер». О. Кириленко акцентує увагу на тому, що «це один із методів фінансового механізму, який спрямований на здійснення розподільчих і перерозподільчих процесів з метою утворення доходів і фондів коштів». С. Юрій визначає його як формування цільових грошових фондів суб'єктів господарювання та їх ефективне використання.

Таблиця 1.1

Трактування сутності фінансове забезпечення*

Автор	Визначення поняття
В. Опарін	Фінансове забезпечення – це: «Структурна підсистема фінансово-кредитного механізму, система джерел і форм фінансування розвитку економічної та соціальної сфер суспільства»
О. Романенко	Фінансове забезпечення – це: Фінансовий метод (яким також є фінансове планування, оперативне управління, фінансовий контроль, фінансове регулювання). Фінансові методи віднесені до основних елементів фінансового механізму.
В. Федосов	Фінансове забезпечення – це: «Система джерел і форм фінансування розвитку економічної і соціальної сфери».
О. Кириленко	Фінансове забезпечення – це: «Один із методів фінансового механізму, покликаною забезпечувати розподільчі та перерозподільчі процеси з метою утворення доходів і фондів коштів».
Я. Буздуган	Фінансове забезпечення – це: «Метод фінансового механізму, за допомогою якого формують і використовують фонди коштів і який характеризує зміст впливу фінансів на різні аспекти розвитку суспільства»
С. Юрій	Фінансове забезпечення – це: «Формування цільових грошових фондів суб'єктів господарювання в достатньому розмірі та їхнє ефективне використання».

* Складено автором за даними [4, с. 146; 24, с. 171]

Фінансове забезпечення закладів охорони здоров'я являє собою комплексну систему формування та використання фінансових ресурсів, необхідних для забезпечення ефективного функціонування та розвитку медичних установ.

Ключовими аспектами фінансового забезпечення медичних закладів є:

1) джерела фінансування. Це можуть бути кошти державного та місцевих бюджетів, кошти фондів обов'язкового та добровільного медичного страхування,

а також власні надходження закладів (від надання платних послуг, благодійні внески тощо);

2) механізми акумулювання та розподілу фінансових ресурсів. Сюди входять бюджетне фінансування, договірні відносини з фондами страхування, залучення інвестицій та інші фінансові інструменти;

3) ефективне управління та контроль за використанням коштів. Важливо забезпечити прозорість фінансових потоків, цільове та раціональне витрачання ресурсів відповідно до потреб закладу;

4) планування та прогнозування фінансових показників, що дозволяє оптимально розподіляти наявні кошти, своєчасно виявляти та усувати фінансові дисбаланси.

У контексті реформування системи фінансування охорони здоров'я, Кабінет Міністрів України прийняв рішення про реорганізацію бюджетних медичних установ. Така реорганізація передбачає перетворення їх на державні та комунальні некомерційні підприємства, що дозволяє закладам охорони здоров'я стати фінансово більш самостійними та ефективно використовувати наявні ресурси.

Відповідно до Конституції України, громадяни мають право на безкоштовну медичну допомогу у державних та комунальних медичних закладах. Це положення стає базою для формування державної політики у сфері охорони здоров'я, яка передбачає забезпечення доступу до базових медичних послуг для всіх громадян. Однак реалізація цього права потребує ефективного та стабільного фінансування, що стає викликом в умовах обмеженого бюджету та зростаючих потреб населення.

Бюджетний кодекс України визначає механізми, за якими відбувається фінансування комунальних закладів охорони здоров'я. Відповідно до нього, кошти на фінансування закладів охорони здоров'я виділяються з місцевих бюджетів. Це означає, що саме місцеві громади відповідають за покриття витрат на комунальні послуги, енергоносії та реалізацію програм розвитку охорони

здоров'я. Таким чином, на громади покладена важлива роль у підтримці та розвитку своїх медичних установ, що дозволяє краще враховувати потреби населення конкретного регіону.

Закон «Про місцеве самоврядування в Україні» закріплює право територіальних громад на комунальну власність медичних закладів та надає місцевим радам можливість безпосередньо управляти медичними установами та фінансувати їхню діяльність. У цьому контексті місцеві громади не лише забезпечують фінансування, але й мають змогу впливати на якість наданих послуг, контролюючи діяльність закладів охорони здоров'я на своїй території.

Однією з ключових складових медичної реформи є Закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Закон вводить новий підхід до фінансування, орієнтований на потреби пацієнта. Замість традиційного фінансування закладів охорони здоров'я на основі їхніх потреб, держава почала підтримувати модель, де «гроші йдуть за пацієнтом». Відтак, медичні установи отримують фінансування залежно від кількості пацієнтів, яким вони надають послуги, та від якості цих послуг. На практиці це спонукає медичні заклади до підвищення якості обслуговування, оскільки вони зацікавлені залучити більше пацієнтів [11, с. 88].

Реалізацією цього закону займається Національна служба здоров'я України (НСЗУ), створена Кабінетом Міністрів України у 2017 році. НСЗУ укладає договори з медичними закладами, за якими вони зобов'язуються надавати певний обсяг медичних послуг пацієнтам, а держава компенсує ці послуги через систему тарифів. Тарифна система включає різні ставки, такі як капітаційна ставка, яка передбачає оплату за кожного закріпленого пацієнта; ставка за пролікований випадок, яка покриває витрати на стаціонарне лікування пацієнта; ставка за конкретну медичну послугу; та глобальна ставка, яка гарантує стабільне фінансування установи [31].

НСЗУ забезпечує контроль за якістю послуг та використанням коштів, що сприяє підвищенню прозорості та ефективності фінансування. Ця нова система

створює стимули для медичних установ працювати ефективніше, підвищувати якість обслуговування та відповідати стандартам, встановленим договором з НСЗУ.

Зміни, які відбуваються в системі охорони здоров'я, значною мірою стосуються реформування фінансового забезпечення медичних установ різних форм власності, що створює потребу у більш глибокому вивченні особливостей та підходів до фінансування різних типів закладів охорони здоров'я в умовах трансформацій, що спрямовані на підвищення їхньої фінансової стійкості та покращення якості послуг, які вони надають.



Рис. 1.1. Роль Національної служби здоров'я України у фінансуванні медичних послуг [36, с. 148].

Як видно з рис. 1.1 у центрі знаходиться пацієнт, який першочергово звертається до лікаря первинної медичної допомоги, такого як сімейний лікар. Саме на рівні первинної медичної допомоги вирішується більшість питань

здоров'я, включаючи призначення лікування або виписку електронного рецепта, який може бути відшкодований (реімбурсація) за рахунок держави. Таким чином, сімейний лікар виконує роль першого контакту в системі охорони здоров'я, що забезпечує базову допомогу і вирішує питання, які не потребують спеціалізованої медичної допомоги. Якщо пацієнт потребує додаткових досліджень або лікування, яке неможливо надати на рівні первинної допомоги, лікар направляє його на спеціалізовану медичну допомогу. Спеціалізована допомога може бути амбулаторною (тобто без госпіталізації) або стаціонарною (з госпіталізацією).

Амбулаторна спеціалізована медична допомога - пацієнт звертається до відповідного спеціаліста, який надає необхідну медичну допомогу. У цьому випадку можливі два варіанти вирішення питання: лікар може виписати рецепт або направити пацієнта до іншого спеціаліста для подальшого обстеження чи лікування. Стаціонарна спеціалізована медична допомога - якщо пацієнт потребує стаціонарного лікування, він направляється до лікарні. Там він отримує необхідні медичні послуги під наглядом фахівців.

НСЗУ відіграє ключову роль у фінансуванні медичних послуг. Після отримання послуг медичний заклад звітує перед НСЗУ про надану допомогу пацієнту, що є підставою для фінансування. НСЗУ здійснює виплату медичним установам на основі договорів, укладених з ними, відповідно до тарифів, визначених програмою медичних гарантій [29].

Фінансове забезпечення закладу охорони здоров'я залежить від різних факторів, серед яких важливими є матеріально-технічна база, фінансова політика, рівень фінансового менеджменту та ефективність управління

Матеріально-технічна база закладу охорони здоров'я включає обладнання, інфраструктуру, приміщення та інші ресурси, необхідні для надання якісних медичних послуг. Достатній рівень матеріально-технічної бази підвищує ефективність роботи закладу та його фінансову спроможність, оскільки дозволяє якісно і швидко обслуговувати пацієнтів.

Фінансова політика визначає, як заклад управляє своїми доходами, витратами та інвестиціями. Ефективна фінансова політика дозволяє закладу оптимально використовувати ресурси, знижувати витрати та забезпечувати фінансову стійкість. Якість фінансового менеджменту впливає на здатність закладу раціонально управляти фінансовими потоками, приймати обґрунтовані рішення та прогнозувати фінансові потреби. Високий рівень фінансового менеджменту сприяє стабільному розвитку та зменшує фінансові ризики. Ефективне управління всередині закладу охорони здоров'я сприяє покращенню організації роботи, оптимізації витрат і підвищенню продуктивності. Злагоджена робота менеджменту забезпечує зниження втрат ресурсів і покращення якості медичних послуг.

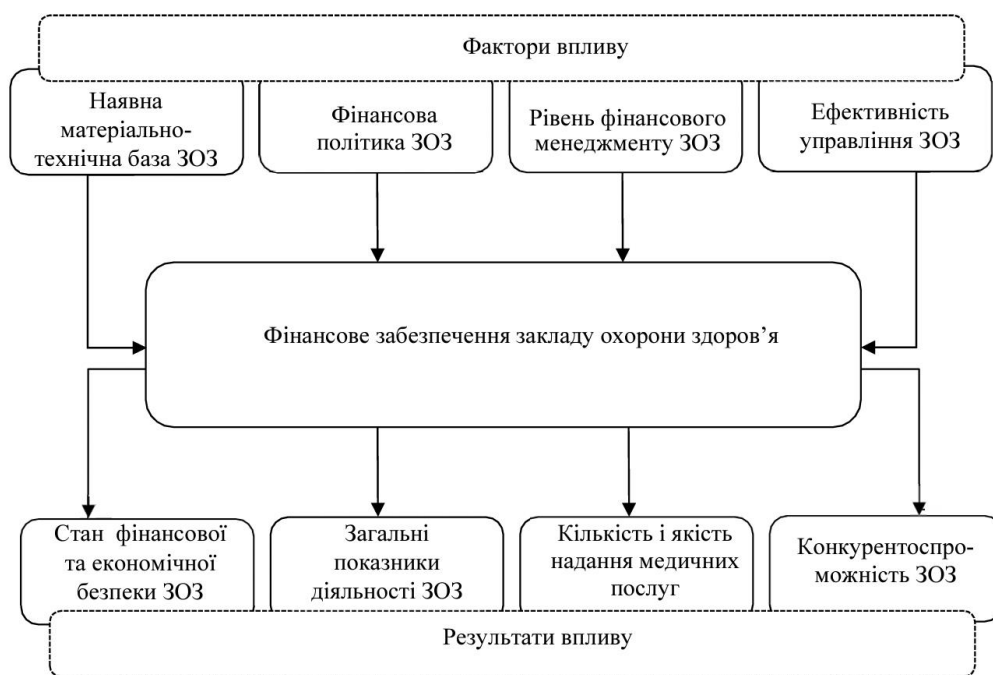


Рис. 1.2. Фактори фінансового забезпечення закладу охорони здоров'я
[30, с. 44]

Належне фінансове забезпечення та ефективне управління дозволяють закладу зберігати фінансову стабільність, мати достатні резерви та бути захищеним від економічних ризиків. Це важливо для безперервного

функціонування та виконання зобов'язань перед персоналом і пацієнтами. Фінансове забезпечення впливає на такі показники, як обсяг наданих послуг, продуктивність персоналу та інші аспекти операційної діяльності. Це дозволяє оцінити ефективність роботи закладу та його внесок у систему охорони здоров'я. Високий рівень фінансового забезпечення забезпечує можливість надавати широкий спектр якісних медичних послуг, залучати кваліфікований персонал та забезпечувати його сучасним обладнанням. Це підвищує загальний рівень задоволеності пацієнтів і покращує здоров'я населення. Фінансово стабільний заклад з високою якістю медичних послуг стає більш конкурентоспроможним, що дозволяє йому залучати більше пацієнтів та отримувати додаткові доходи. Це важливо, особливо в умовах ринкової конкуренції серед медичних установ.

1.2. Джерела фінансування закладів охорони здоров'я

Фінансування комунальних закладів охорони здоров'я, які функціонують у статусі комунальних некомерційних підприємств, регулюється Бюджетним кодексом України та Законом України «Про місцеве самоврядування в Україні». Згідно з цими нормативно-правовими актами, відповідальність за фінансування таких закладів покладається на місцеві громади, до яких належать села, селища, міста та райони в містах. Саме ці громади мають право власності на комунальні медичні заклади та забезпечують їх фінансування через місцеві бюджети. У рамках цього фінансування громади покривають витрати на комунальні послуги, енергоносії, а також реалізують програми розвитку охорони здоров'я на місцевому рівні.

Сучасна система фінансування охорони здоров'я в Україні має складну та багаторівневу структуру джерел надходження коштів. Основу цієї системи складають бюджетні кошти - як з державного, так і з місцевих бюджетів. Ці кошти

забезпечують базове фінансування закладів охорони здоров'я та надання медичної допомоги населенню на безоплатній основі.

Окрім бюджетного фінансування, в Україні активно розвиваються й інші джерела ресурсного забезпечення медичної галузі. До них належать кошти фондів добровільного медичного страхування, благодійні внески, а також власні надходження організацій, підприємств та громадян. Такі додаткові джерела формують систему некомерційного самофінансування медичних закладів.

Державні та місцеві бюджети традиційно є основним джерелом фінансування для державних закладів охорони здоров'я в Україні. Кошти, отримані з інших джерел, слугують лише додатковим ресурсом, який допомагає покрити потреби галузі. Таким чином, бюджетне фінансування виступає як головна форма забезпечення фінансової стабільності системи охорони здоров'я.

Суть бюджетного фінансування полягає у створенні фінансових відносин між державою та місцевими органами самоврядування, з одного боку, та різними установами, організаціями і громадянами, з іншого боку. Ці відносини мають на меті забезпечити ефективний напрямок бюджетних коштів, накопичених у централізованих фондах. Фінансові ресурси використовуються для підтримки широкого кола суспільних потреб, таких як розвиток соціальної інфраструктури, покращення умов життя населення, а також реалізація важливих державних ініціатив [14, с. 110].

За рахунок бюджетних асигнувань держава сприяє забезпеченню доступу до медичних послуг для населення, підтримує розвиток медичних установ, забезпечує медичних працівників зарплатою, а також фінансує програми з охорони здоров'я, спрямовані на профілактику та лікування захворювань. Бюджетне фінансування гарантує, що соціально значущі напрямки отримують необхідну підтримку, що, своєю чергою, допомагає зміцнити систему охорони здоров'я загалом. Такий підхід є важливим для стабільності охорони здоров'я, адже централізовані бюджетні фонди дозволяють накопичувати та розподіляти

кошти відповідно до пріоритетів державної політики, забезпечуючи сталий розвиток медичних послуг та доступність їх для кожного громадянина.

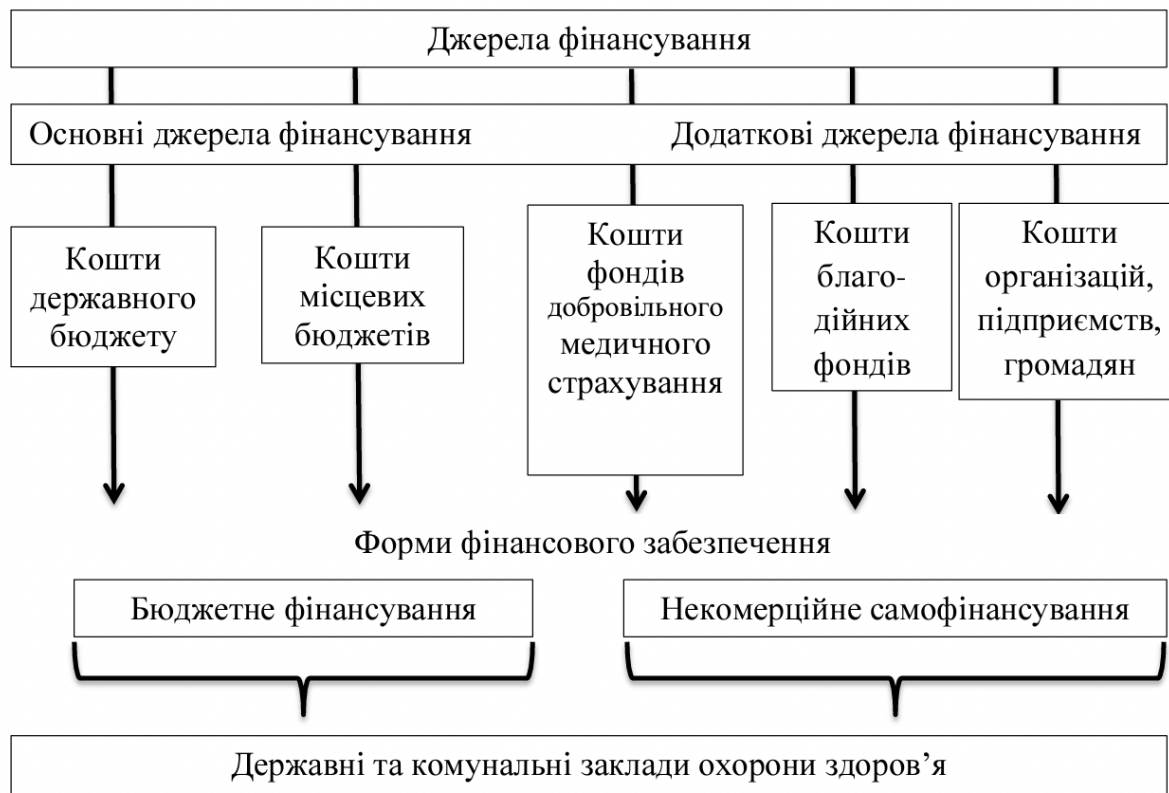


Рис. 1.2. Джерела фінансування закладів охорони здоров'я України [12, с. 71].

Бюджетне фінансування є ключовим елементом системи розподілу фінансових ресурсів у державі, що передбачає виділення коштів із централізованого фонду, який формується за рахунок податків та інших надходжень до бюджету. Воно забезпечує фінансову підтримку різноманітних підприємств, установ і організацій для покриття видатків, необхідних для економічного та соціального розвитку країни. Багато науковців досліджують бюджетне фінансування як теоретичну основу організації фінансових відносин між державою та суб'єктами господарювання.

Бюджетне фінансування здебільшого є безповоротним, тобто кошти, виділені з бюджету, не підлягають поверненню. Це дозволяє забезпечувати

стабільне функціонування державних установ і підприємств у таких сферах, як освіта, охорона здоров'я та соціальний захист. Наприклад, в економічній енциклопедії України бюджетне фінансування визначено як форму фінансової підтримки з боку державного або місцевого бюджету для реалізації державних програм, утримання державних установ і виконання державних замовлень. Подібні визначення наведено у працях вітчизняних науковців, таких як А. Єпіфанов та В. Базилевич, які зазначають, що це централізована форма фінансування, яка має об'єктивний і контрольований характер з боку держави.

Бюджетне фінансування включає різні форми і методи виділення коштів, що дозволяє більш гнучко підходити до розподілу ресурсів залежно від цілей і завдань. Серед основних форм фінансування виділяють кошторисне фінансування, яке застосовується для забезпечення функціонування закладів освіти, медицини тощо; інвестиційне фінансування, що спрямовується на підтримку капітальних вкладень і розвитку інфраструктури; а також державні трансферти, які є формою міжбюджетного фінансування, коли кошти передаються з одного рівня бюджету до іншого для вирівнювання фінансових можливостей регіонів.

Деякі науковці, зокрема В. Опарін, В. Малько, С. Кондратюк та І. Волохова, розглядають бюджетне фінансування як інструмент забезпечення державних замовлень і виконання державних програм, однак у їхніх визначеннях не завжди акцентується увага на джерелі цих коштів. Незважаючи на це, більшість дослідників погоджуються, що бюджетне фінансування є основою фінансового забезпечення суспільно значущих напрямів діяльності держави і спрямоване на задоволення потреб громадян. Завдяки цьому підходу бюджетне фінансування стає потужним інструментом державного управління, дозволяючи ефективно розподіляти фінансові ресурси для реалізації пріоритетних завдань, що сприяє сталому розвитку держави.

Відтак, бюджетне фінансування є основною формою забезпечення фінансової стабільності державних та комунальних закладів охорони здоров'я.

Воно включає кошти, що виділяються з державного та місцевих бюджетів, і забезпечує заклади всім необхідним для виконання їхніх основних функцій. Це фінансування здійснюється у формі безповоротних субсидій, що покривають заробітну плату персоналу, витрати на утримання приміщень, комунальні послуги та базові медичні потреби.

Некомерційне самофінансування є додатковою формою забезпечення, яка охоплює кошти, отримані від добровільного медичного страхування, благодійних фондів, організацій, підприємств і громадян. На відміну від бюджетного фінансування, ці кошти не надходять із бюджету і можуть використовуватися на різні цілі, не обмежуючись лише базовими витратами. Некомерційне самофінансування дозволяє медичним закладам отримувати додаткові ресурси для покращення якості обслуговування, придбання новітнього обладнання та проведення інших важливих заходів, що покращують медичні послуги для пацієнтів.

Державний бюджет є основним джерелом фінансування для забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я, що належать до державного сектору. З державного бюджету виділяються кошти на покриття основних потреб медичних закладів, включаючи заробітну плату медичного персоналу, забезпечення необхідних медичних послуг, закупівлю обладнання та медикаментів. Ці кошти надаються безповоротно і є частиною бюджетного фінансування [18, с. 176].

Місцеві бюджети також є важливим джерелом фінансування для закладів охорони здоров'я, особливо для комунальних установ, що підпорядковані місцевим органам влади. За рахунок коштів місцевих бюджетів забезпечується підтримка інфраструктури медичних закладів на місцевому рівні, реалізація регіональних програм охорони здоров'я та часткове покриття комунальних витрат. Це фінансування також входить до категорії бюджетного фінансування і використовується відповідно до потреб конкретного регіону.

Фонди добровільного медичного страхування надають додаткове фінансування для закладів охорони здоров'я. Участь громадян у програмах

добровільного медичного страхування дозволяє їм отримувати розширений спектр медичних послуг, а медичним закладам — додаткові кошти, що можуть використовуватися на покращення умов лікування, оплату послуг спеціалістів або придбання обладнання.

Благодійні фонди виступають ще одним джерелом додаткового фінансування для медичних закладів. Ці кошти, отримані від благодійних організацій або приватних осіб, можуть спрямовуватися на розвиток медичних закладів, закупівлю медичного обладнання, ремонт приміщень, а також на забезпечення ліками і матеріалами пацієнтів, які не мають змоги самостійно оплатити послуги.

Додаткове фінансування може надходити від різних організацій, приватних підприємств та громадян у вигляді добровільних внесків, спонсорської допомоги або інших форм підтримки. Ці кошти можуть використовуватися для різноманітних потреб, від фінансування конкретних медичних програм до покращення умов у лікарнях. Наприклад, підприємства можуть спонсорувати придбання обладнання або ремонт приміщень.

Таким чином, державні та комунальні заклади охорони здоров'я забезпечуються фінансуванням як із основних, так і з додаткових джерел, що дає їм можливість покривати як базові, так і спеціальні потреби. Бюджетне фінансування забезпечує стабільність і базову підтримку, тоді як некомерційне самофінансування надає можливість для розвитку та покращення якості медичних послуг.

Таким чином, фінансування охорони здоров'я здійснюється за рахунок комплексного поєднання бюджетних та небюджетних коштів. Це дозволяє розширити ресурсну базу галузі, покращити якість та доступність медичної допомоги для різних верств населення. Ефективне використання багатоканальних джерел фінансування є ключовим фактором забезпечення сталого функціонування системи охорони здоров'я в Україні.

Державна політика у сфері фінансових гарантій медичного обслуговування населення здійснюється Національною службою здоров'я України (НСЗУ), створеною за постановою Кабінету Міністрів України у 2017 році. Одним із головних завдань НСЗУ є розробка та реалізація програми медичних гарантій (ПМГ), яка є затвердженим переліком медичних послуг, що надаються громадянам безоплатно. Ця програма затверджується Верховною Радою України в межах закону про Державний бюджет України на відповідний рік, а порядок її реалізації визначається Кабінетом Міністрів України.

НСЗУ укладає договори з медичними закладами для надання ними послуг за програмою медичних гарантій. За цими договорами НСЗУ виділяє кошти медичним установам на основі тарифної системи, що передбачає різні види ставок для оплати наданих послуг. Ця система фінансування включає наступні типи тарифів [29]:

1. капітаційна ставка – це фіксована сума, що виділяється за кожного пацієнта, який отримує первинну медичну допомогу. Вона виплачується сімейним лікарям за кожного закріпленого пацієнта, незалежно від кількості звернень пацієнта;

2. ставка за пролікований випадок – тариф, який покриває всі послуги, що надаються пацієнту під час одного випадку стаціонарного лікування. Це означає, що медичний заклад отримує кошти за весь комплекс медичних втручань, необхідних для повного лікування пацієнта в рамках одного стаціонарного перебування;

3. ставка за медичну послугу – оплата, яка здійснюється за кожну конкретну медичну послугу, надану пацієнту. Медичний заклад надає послугу пацієнту та отримує компенсацію від держави згідно з встановленим тарифом за кожну окрему процедуру;

4. глобальна ставка (глобальний бюджет) – це тариф, що забезпечує стабільне фінансування закладів охорони здоров'я, базуючись на попередньо визначеній кількості послуг. Глобальний бюджет розраховується як добуток

запланованої кількості медичних послуг і тарифів для цих послуг. Медичний заклад звітує про кожну надану послугу або госпіталізацію, що забезпечує контроль за використанням коштів та дозволяє прогнозувати обсяги надання послуг;

5. ставка за результатом виконаних договорів – це додаткова оплата, яку НСЗУ надає закладам охорони здоров'я, якщо ті виконують певні вимоги та стандарти, встановлені в договорі. Це стимулює медичні заклади до підвищення якості обслуговування та покращення ефективності їх діяльності.

Ця багаторівнева система тарифів дозволяє забезпечити медичним закладам фінансову стабільність та гнучкість у наданні медичних послуг, водночас забезпечуючи контроль за якістю та ефективністю наданих послуг. Такий підхід сприяє не тільки поліпшенню умов роботи медичних установ, а й підвищенню доступності та якості медичних послуг для населення України.

РОЗДІЛ 2

ПРАГМАТИКА ФІНАНСУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

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

Фінансування закладів охорони здоров'я є однією з ключових складових функціонування системи охорони здоров'я в Україні. Ефективність фінансового забезпечення безпосередньо впливає на якість надання медичних послуг, доступність лікування для населення та загальний стан здоров'я громадян. У контексті економічних і соціальних викликів, з якими стикається Україна, питання фінансування набуває ще більшого значення, оскільки забезпечення стійкої та надійної медичної допомоги є пріоритетом державної політики.

Таблиця 2.1

Динаміка фінансування охорони здоров'я України в 2015-2023 рр.*

Показник	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Видатки на охорону здоров'я, млрд грн (дані держбюджету)	57,9	56,9	75,2	86,9	97,7	133,2	172,2	196,8	178, 4
Частка видатків на охорону здоров'я у Державному бюджеті України, %	10,0	8,3	8,9	8,8	8,9	10,5	11,9	6,5	5,3
Видатки на охорону здоров'я, % ВВП	3,6	3,2	3,4	3,3	3,2	3,0	3,2	3,3	2,8*

* Складено автором за даними [28]

Обсяг видатків на охорону здоров'я зростав майже щороку. У 2015 р. він складав 57,9 млрд. грн., а до 2021 р. зріс до 172,2 млрд. грн. Найвищий рівень фінансування був зафіксований у 2022 р. - 196,8 млрд. грн. У 2023 р. обсяг фінансування дещо зменшився до 178,4 млрд. гривень, що може свідчити про певні коригування в бюджетних пріоритетах або зміни у фінансових можливостях країни.

Частка видатків на охорону здоров'я в загальному бюджеті України залишалася відносно стабільною протягом аналізованого періоду. Впродовж 2015-2017 рр. вона коливалася на рівні близько 10%, з невеликими коливаннями від 8,3% до 10,0%. У 2020 р. частка досягла 10,9%, але згодом у 2021 р. спостерігалось зниження до 6,5%. У 2023 р. частка видатків на охорону здоров'я у державному бюджеті залишилася на рівні 8,3%, що вказує на збереження вагомості фінансування цієї сфери, хоча й з певними коливаннями.

Показник видатків на охорону здоров'я як відсоток від ВВП також змінювався з року в рік. У 2015-2019 рр. він залишався приблизно на рівні 3,2-3,4%. У 2021 р. частка видатків на охорону здоров'я знизилася до 3,0% від ВВП. У 2023 р. вона ще більше зменшилася до 2,8%, що може свідчити про вплив зовнішніх та внутрішніх економічних факторів, а також про загальний розподіл ресурсів у державі.

Відтак, незважаючи на значне збільшення абсолютних видатків на охорону здоров'я у гривневому еквіваленті протягом останніх років, частка цих видатків у ВВП має тенденцію до зниження. Водночас, частка видатків на охорону здоров'я в державному бюджеті також зазнає коливань, але загалом залишається на достатньому рівні, що свідчить про збереження пріоритетності сфери охорони здоров'я для державного фінансування.

У 2023 р. загальні видатки на Міністерство охорони здоров'я України становили 176 325,7 млн. грн., тоді як у 2024 р. вони заплановані на рівні 198 959,4 млн. грн., що відображає зростання на 12,8%. Це підвищення фінансування

свідчить про збільшення ресурсів, виділених на охорону здоров'я, що може сприяти покращенню якості та доступності медичних послуг для населення.

На утримання апарату Міністерства охорони здоров'я у 2023 р. було виділено 33 295,2 млн. грн. У 2024 р. ця сума зросте до 39 865,9 млн. грн., що означає збільшення на 19,7%. Підвищення фінансування апарату Міністерства може бути пов'язане з необхідністю покращення управління, модернізації процесів та підвищення ефективності адміністрування медичних послуг.

Для Державної служби з лікарських засобів та контролю за наркотиками у 2023 р. передбачено 101,7 млн. грн., а у 2024 р. - 181,6 млн. грн., що свідчить про значне збільшення на 78,6%. Це різке зростання фінансування може вказувати на посилення регулювання та контролю в сфері обігу лікарських засобів, що є важливим для забезпечення якості та безпеки медикаментів.

Таблиця 2.2

**Видатки для Міністерства охорони здоров'я України, передбачені в
Державному бюджеті України на 2023 та 2024 рр.***

Найменування згідно з відомчою і програмною класифікаціями видатків та кредитування державного бюджету	2023 р., млн грн	2024 р., млн грн	Темпи зростання/зниження, %
Міністерство охорони здоров'я України	176 325,7	198 959,4	12,8
<i>Апарат Міністерства охорони здоров'я України</i>	<i>33 295,2</i>	<i>39 844,6</i>	<i>19,7</i>
<i>Державна служба з лікарських засобів та контролю за наркотиками</i>	<i>101,7</i>	<i>181,6</i>	<i>78,6</i>
<i>Національна служба здоров'я України</i>	<i>142 928,8</i>	<i>158 933,1</i>	<i>11,2</i>
Міністерство охорони здоров'я України (загальнодержавні видатки та кредитування)	2034,5	2771,2	36,2
Усього	178 360,2	201 730, 6	13,1

* Складено автором за даними [8]

НСЗУ отримала в 2023 році 142 928,8 млн грн, а в 2024 році її фінансування збільшиться до 158 933,1 млн. грн., що є приростом на 11,2%. Це збільшення фінансування свідчить про розширення програми медичних гарантій, що забезпечує громадянам доступ до безкоштовних медичних послуг за контрактами, укладеними між НСЗУ та медичними закладами.

Загальні видатки на охорону здоров'я, включаючи загальнодержавні витрати та кредитування, зросли з 2034,5 млн. грн. у 2023 р. до 2771,2 млн. грн. у 2024 р. Це приріст на 36,2%, що може бути пов'язане з додатковими заходами щодо забезпечення доступу до медичних послуг, інвестицій у медичну інфраструктуру чи фінансову підтримку інших державних програм у сфері охорони здоров'я.

Загальний обсяг видатків на Міністерство охорони здоров'я у 2024 р. досягне 201 730,6 млн. грн., що на 13,1% більше порівняно з 2023 р. Це збільшення підкреслює важливість охорони здоров'я як одного з пріоритетних напрямків державної політики. Заплановане зростання фінансування для різних структур Міністерства свідчить про наміри держави посилити медичну інфраструктуру, забезпечити населення якісними медичними послугами та посилити контроль за обігом лікарських засобів.

У 2023 р. між закладами охорони здоров'я та НСЗУ було укладено 3481 договір. Із загальної кількості договорів більшість, а саме 2312 (що становить 66%), були підписані з комунальними медичними закладами. Приватні заклади уклали 1116 договорів, що відповідає 33% від загальної кількості, що свідчить про активну участь комунальних підприємств у наданні медичних послуг за підтримки НСЗУ, тоді як приватний сектор має значну, але все ж меншу частку договорів.

Загальна сума договорів, укладених у 2023 р., склала 132,05 млрд. грн. При цьому комунальні підприємства надали послуги на суму 127,9 млрд. грн., що становить 96,8% від загального обсягу фінансування, що підкреслює значну роль

комунальних закладів у наданні медичних послуг для населення, оскільки саме вони забезпечують переважну частину фінансованих НСЗУ послуг.

Приватні заклади охорони здоров'я, попри те, що уклали 33% договорів, надали послуги на значно меншу суму – лише 3,5 млрд. грн., що складає приблизно 2,6% від загального обсягу. Державні заклади охорони здоров'я, у свою чергу, надали медичних послуг на суму 0,5 млрд. грн., що відповідає 0,38% від загального обсягу фінансування.

Таким чином, незважаючи на відносно високу частку договорів, укладених приватними закладами, їхній фінансовий внесок у загальний обсяг наданих медичних послуг залишається незначним і становить менш ніж 3%, що свідчить про домінування комунальних підприємств у структурі надання медичних послуг, фінансованих НСЗУ, і вказує на обмежені можливості приватних закладів у масштабному забезпеченні медичної допомоги в Україні.

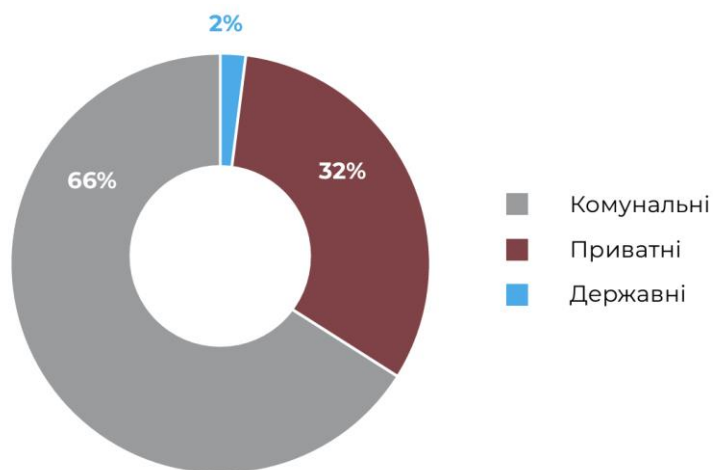


Рис. 2.1. Кількість надавачів з договором у 2023 р. [28]

До закладів первинної медичної допомоги належать усі центри первинної медичної допомоги та амбулаторії. Це заклади, які забезпечують перший рівень медичного обслуговування, орієнтуючись на профілактику, діагностику та лікування найбільш поширених захворювань, а також надання базових

медичних послуг. Саме тут пацієнти отримують допомогу від сімейних лікарів, терапевтів та педіатрів, які можуть надати направлення на подальше обстеження чи лікування на вищих рівнях.

Заклади вторинної медичної допомоги включають лікарні, де надаються більш спеціалізовані медичні послуги. На цьому рівні пацієнти отримують доступ до спеціалізованих медичних консультацій, діагностики та лікування в умовах стаціонару або амбулаторії. Вторинна медична допомога передбачає лікування захворювань, які потребують більш глибокого обстеження або комплексного підходу, наприклад, хірургічних втручань чи реабілітаційних заходів.

Заклади третинної медичної допомоги є найвищим рівнем медичної допомоги та зазвичай мають обласне підпорядкування. До них належать спеціалізовані лікарні та центри, які забезпечують високотехнологічне та вузькоспеціалізоване лікування. Тут пацієнти отримують доступ до послуг, які потребують висококваліфікованих фахівців та дорогого обладнання, наприклад, онкологічні центри, кардіологічні центри або інститути травматології.

До категорії “державне фінансування” у табл. 2.3-2.5 віднесено всі надходження, що забезпечуються за рахунок державних коштів. Це включає програму медичних гарантій, яка покриває широкий спектр безкоштовних медичних послуг для громадян, а також фінансування з державного бюджету, що охоплює централізовані закупівлі медичного обладнання, ліків та інших необхідних ресурсів для закладів охорони здоров’я. Ці надходження дозволяють медичним установам надавати послуги безкоштовно або за мінімальною платою, забезпечуючи доступ населення до якісної медичної допомоги.

У табл. 2.3 наведено структуру та обсяги надходжень для закладів охорони здоров’я (ЗОЗ) первинної медичної допомоги за різними джерелами фінансування у 2021-2022 рр. Державне фінансування, яке включає Програму медичних гарантій (ПМГ), централізовані закупівлі та інші джерела з державного бюджету, є основним джерелом надходжень для ЗОЗ первинної медичної

допомоги. У 2021 р. обсяг державного фінансування склав 19,6 млрд. грн., що становило 73,7% від загальних надходжень. У 2022 р. цей показник зріс до 21,5 млрд грн, що становить 77,1% від загального обсягу надходжень. Зростання частки державного фінансування вказує на посилення ролі держави у фінансовій підтримці первинної медичної допомоги, що, ймовірно, пов'язано з необхідністю забезпечення стабільності медичних закладів та покращення доступу до базових медичних послуг для населення.

Таблиця 2.3

**Надходження ЗОЗ первинної медичної допомоги за джерелами та у
2021-2022 рр. [28]**

Роки	Державне фінансування (ПМГ, центральні закупівлі, інше), млрд грн (%)	Фінансування ОМС, млрд грн (%)	Благодійні внески, млрд грн (%)	Платні послуги, млрд грн (%)	ВСЬОГО, млрд грн (%)
2021	19,6 (73,7%)	5,9 (22,2%)	1,0 (3,7%)	0,1(0,4%)	26,6
2022	21,5 (77,1%)	5,0 (18,0%)	1,3 (4,6%)	0,1(0,3%)	27,9

Фінансування з боку органів місцевого самоврядування у 2021 р. склало 5,9 млрд грн, що відповідало 22,2% від загальних надходжень. У 2022 р. і обсяг цього фінансування дещо зменшився до 5,0 млрд. грн., що становить 18,0% від загального обсягу. Зниження частки місцевого фінансування може бути пов'язане зі збільшенням державних надходжень, що зменшило навантаження на місцеві бюджети, або з перерозподілом місцевих ресурсів на інші потреби в рамках адміністративно-територіальних реформ.

Благодійні внески є ще одним джерелом надходжень для ЗОЗ первинної медичної допомоги. У 2021 р. обсяг благодійних внесків склав 1,0 млрд. грн., що становило 3,7% від загальних надходжень. У 2022 р. цей показник зріс до 1,3

млрд грн або 4,6%. Це збільшення свідчить про підвищення активності благодійних організацій та приватних осіб у підтримці медичних закладів. Такі внески, хоча і є невеликою часткою загального фінансування, дозволяють покращити умови надання послуг, закупити необхідне обладнання або забезпечити додаткові потреби закладів.

Платні послуги складають найменшу частку серед усіх джерел фінансування. У 2021 р. обсяг платних послуг становив 0,1 млрд. грн., що дорівнює 0,4% від загальних надходжень. У 2022 р. обсяг платних послуг зменшився до 0,3% (0,1 млрд грн). Це свідчить про те, що заклади первинної медичної допомоги все ще орієнтовані на надання безкоштовних медичних послуг, що забезпечується переважно за рахунок державного фінансування.

Загальний обсяг надходжень для ЗОЗ первинної медичної допомоги зріс з 26,6 млрд. грн. у 2021 р. до 27,9 млрд. грн. у 2022 році, що представляє збільшення на 1,3 млрд грн. Зростання фінансування вказує на підвищення уваги до первинної медичної допомоги та прагнення держави забезпечити достатнє фінансове забезпечення для цієї ланки системи охорони здоров'я.

Таблиця 2.4

**Надходження ЗОЗ вторинної медичної допомоги за джерелами
у 2021-2022 рр. [28]**

Роки	Державне фінансування (ПМГ, центральні закупівлі, інше), млрд грн (%)	Фінансування ОМС, млрд грн (%)	Благодійні внески, млрд грн (%)	Платні послуги, млрд грн (%)	ВСЬОГО, млрд грн (%)
2021	97,2(75,1%)	23,1(17,8%)	5,7(4,4%)	3,4(2,6%)	129,4
2022	110,2(74,1%)	21,9(14,7%)	13,7(9,2%)	2,9(1,9%)	148,7

Дані демонструють, що державне фінансування залишається основним джерелом підтримки закладів первинної медичної допомоги, забезпечуючи більш ніж 70% від загального обсягу надходжень. Фінансування від органів місцевого самоврядування також є важливим, хоча його частка дещо зменшилася у 2022 р. Благодійні внески показали тенденцію до зростання, що свідчить про підтримку з боку суспільства. Загалом, система фінансування первинної медичної допомоги залишається досить стабільною, що дозволяє підтримувати доступність медичних послуг для населення.

Табл. 2.4 демонструє структуру надходжень для закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) вторинної медичної допомоги за різними джерелами у 2021 та 2022 роках. Державне фінансування, що включає Програму медичних гарантій (ПМГ), централізовані закупівлі та інші бюджетні джерела, є основним джерелом фінансування для закладів вторинної медичної допомоги. У 2021 році обсяг державного фінансування становив 97,2 млрд грн, що складало 75,1% від загального обсягу надходжень. У 2022 році ця сума зросла до 110,2 млрд грн, що відповідає 74,1% від загального обсягу. Це свідчить про збереження значної підтримки з боку держави для забезпечення вторинної медичної допомоги.

Фінансування з боку ОМС становило 23,1 млрд грн у 2021 році, що дорівнює 17,8% від загального обсягу надходжень. У 2022 році цей показник зменшився до 21,9 млрд грн, що складає 14,7% від загального фінансування. Зменшення частки місцевого фінансування може свідчити про зростання залежності закладів вторинної медичної допомоги від державного фінансування або про перерозподіл ресурсів у місцевих бюджетах на інші цілі.

Благодійні внески у 2021 році становили 5,7 млрд грн, або 4,4% від загального обсягу надходжень, а у 2022 році зросли до 13,7 млрд грн, що дорівнює 9,2%. Це суттєве зростання може вказувати на підвищення громадської підтримки закладів вторинної медичної допомоги у 2022 році, можливо, через кризові ситуації або підвищену потребу в додаткових ресурсах.

Платні послуги складали найменшу частку в загальній структурі фінансування. У 2021 році обсяг надходжень від платних послуг становив 3,4 млрд грн, що дорівнює 2,6% від загальних надходжень. У 2022 році цей показник знизився до 2,9 млрд грн, або 1,9%. Це може свідчити про орієнтацію закладів вторинної медичної допомоги на безкоштовне або субсидоване надання послуг, що фінансується переважно за рахунок держави та місцевих бюджетів.

Загальний обсяг фінансування для закладів вторинної медичної допомоги зріс з 129,4 млрд грн у 2021 році до 148,7 млрд грн у 2022 році. Це свідчить про збільшення фінансової підтримки для закладів вторинного рівня, що може бути пов'язане з потребою в додаткових ресурсах для забезпечення якісних медичних послуг.

Таблиця 2.5

**Надходження ЗОЗ третинної медичної допомоги за джерелами
у 2021-2022 рр. [28]**

Роки	Державне фінансування (ПМГ, центральні закупівлі, інше), млрд грн (%)	Фінансування ОМС, млрд грн (%)	Благодійні внески, млрд грн (%)	Платні послуги, млрд грн (%)	ВСЬОГО, млрд грн (%)
2021	20,0(83,7%)	3,0(12,5%)	0,6(2,5%)	0,3(1,2%)	23,9
2022	20,3(78,4%)	3,0(11,6%)	2,3(8,8%)	0,3(1,1%)	25,9

Табл. 2.5 ілюструє джерела та обсяги фінансування для закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) третинної медичної допомоги в Україні за 2021 та 2022 роки. Державне фінансування, яке охоплює Програму медичних гарантій (ПМГ), централізовані закупівлі та інші джерела, становить основне джерело доходу для закладів третинної медичної допомоги. У 2021 році обсяг державного фінансування становив 20,0 млрд грн, що складало 83,7% від загального обсягу фінансування. У 2022 році цей показник зріс до 20,3 млрд грн, однак його частка

в загальному обсязі зменшилася до 78,4%. Це свідчить про високий рівень залежності закладів третинного рівня від державного фінансування, що забезпечує більшість їхніх потреб.

Фінансування з боку органів місцевого самоврядування залишалося стабільним протягом 2021 та 2022 років — по 3,0 млрд грн у кожному році. У 2021 році частка цього джерела становила 12,5% від загального обсягу надходжень, а в 2022 році — 11,6%. Незначне зменшення частки місцевого фінансування може бути пов'язане зі збільшенням фінансування з інших джерел.

Благодійні внески в 2021 році становили 0,6 млрд грн, що дорівнює 2,5% від загального фінансування. У 2022 році цей показник збільшився до 2,3 млрд грн, що відповідає 8,8% від загального обсягу. Таке значне зростання благодійних внесків вказує на підвищену підтримку закладів третинного рівня від громадськості та благодійних організацій, ймовірно, у відповідь на критичні потреби в додаткових ресурсах.

Платні послуги, як джерело фінансування, займають незначну частку в загальному обсязі надходжень. У 2021 та 2022 роках обсяг доходів від платних послуг залишався стабільним на рівні 0,3 млрд грн, що складало 1,2% та 1,1% від загального обсягу відповідно. Це свідчить про обмежене використання платних послуг у закладах третинної медичної допомоги, оскільки основна частина послуг фінансується державою.

Загальний обсяг фінансування для закладів третинної медичної допомоги зріс з 23,9 млрд грн у 2021 році до 25,9 млрд грн у 2022 році, що свідчить про підвищення підтримки закладів найвищого рівня медичної допомоги в країні.

Відтак, у 2022 році загальні надходження закладів первинної медичної допомоги зросли на 1,3 млрд грн у порівнянні з 2021 роком. Цей приріст фінансування супроводжувався зміною структури джерел надходжень: частка державного фінансування зросла на 3,4%, що свідчить про посилення ролі держави у підтримці первинної медицини. Водночас частка фінансування з боку органів місцевого самоврядування знизилася на 4,2%, що може вказувати на

перерозподіл ресурсів у місцевих бюджетах або на зменшення залежності первинної медицини від місцевого фінансування завдяки збільшенню державних субсидій.

Що стосується закладів вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, у 2022 році їхні надходження збільшилися на 19,3 млрд грн у порівнянні з попереднім роком. Основним джерелом цього приросту стало державне фінансування, яке зросло на 13,4 млрд грн, відображаючи підвищену увагу до спеціалізованої медицини. Додатково, фінансування з боку органів місцевого самоврядування також зросло на 1,2 млрд грн, що демонструє збалансований підхід до підтримки закладів вторинного рівня з боку як держави, так і місцевих органів.

Надходження закладів третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги залишилися на приблизно однаковому рівні у 2022 році в порівнянні з 2021 роком. Це може свідчити про стабільність фінансування цієї ланки системи охорони здоров'я, яка зазвичай отримує основну частину коштів від держави для забезпечення вузькоспеціалізованих послуг.

Особливо примітним є значне зростання благодійних внесків у 2022 році. Усі заклади охорони здоров'я продемонстрували більше ніж двократне збільшення частки благодійних коштів у своїх бюджетах у порівнянні з попереднім роком. Зокрема, лікарні обласного рівня отримали в чотири рази більше благодійних внесків, що підкреслює зростання підтримки з боку громадськості та приватних організацій, що пов'язане з кризовими ситуаціями або підвищеною соціальною відповідальністю громадян, які прагнуть підтримати медичні заклади у складний для країни період.

2.2. Оцінка ефективності управління фінансовими ресурсами в закладі охорони здоров'я

Комунальне некомерційне підприємство «Тернопільський обласний центр реабілітації та розвитку дитини» Тернопільської обласної ради (ТОР) – це спеціалізований заклад, який надає комплексну допомогу та підтримку дітям, які опинилися у складних життєвих обставинах. Цей заклад функціонує з 1980 року і був створений як державна установа, спрямована на виховання та реабілітацію дітей, які потребують особливого догляду та підтримки [27].

Центр приймає на виховання дітей-сиріт, дітей, залишених без батьківського піклування, а також дітей, батьки яких були позбавлені батьківських прав або не мають можливості виховувати своїх дітей з різних причин. Серед вихованців закладу можуть бути діти одиноких матерів або батьків, які через складні життєві обставини не можуть забезпечити догляд за дитиною. До таких обставин належать стан здоров'я, тривала відсутність, відбування покарання, перебування під слідством чи в місцях позбавлення волі, а також важке матеріальне становище.

Заклад також надає допомогу дітям із фізичними та розумовими порушеннями розвитку, які потребують спеціальних умов догляду та реабілітації. У центрі також можуть перебувати діти, яких відібрали від батьків за рішенням суду без позбавлення їхніх батьківських прав, а також діти, батьки яких були визнані судом безвісти зниклими, недієздатними або перебувають у інших подібних ситуаціях.

Тернопільський обласний центр реабілітації та розвитку дитини виконує важливу соціальну функцію, забезпечуючи дітям, які опинилися у складних обставинах, безпечні умови для розвитку, виховання та реабілітації. Центр спрямований на створення максимально комфортного та сприятливого середовища для дітей, надаючи їм необхідну підтримку та можливості для всебічного розвитку.

Комунальне некомерційне підприємство «Тернопільський обласний центр реабілітації та розвитку дитини» (КНП «ТОЦРРД» ТОР) є закладом охорони здоров'я, що надає комплексний медико-соціальний захист і педагогічну корекцію дітям, які потребують особливої підтримки. Основними групами дітей, яким надаються послуги у цьому центрі, є діти-сироти, діти, позбавлені батьківського піклування, а також діти з інвалідністю. Послуги закладу охоплюють дітей віком від 1 місяця до 6 років (або до 7 років для дітей з інвалідністю). Окрім цього, центр також надає паліативну допомогу, здійснюючи цю діяльність у порядку та обсязі, що визначені законодавством України.

Управління закладом здійснює головний лікар, а догляд за дітьми забезпечують команда висококваліфікованих фахівців, включаючи лікарів, медичних сестер та нянь. Штат закладу включає різних спеціалістів, таких як лікарі-педіатри, реабілітологи, психіатри, психологи, логопеди, дефектологи тощо. Завдяки зусиллям цих фахівців діти отримують необхідне медичне обслуговування, психологічну підтримку та педагогічну корекцію. Перебування в закладі для дітей є безкоштовним, а при бажанні батьків діти можуть бути повернені в сім'ю або передані на усиновлення (удочеріння), під опіку чи піклування. Після закінчення терміну перебування діти також можуть бути переведені до дитячих будинків.

Центр активно бере участь у Проекті з трансформації системи будинків дитини, орієнтуючись на нові підходи до організації роботи з дітьми, які потребують підтримки. Основою роботи закладу є партнерство з батьками або особами, які їх замінюють, під час процесу реабілітації та розвитку дитини. Крім того, центр працює в тісній співпраці з іншими фахівцями, щоб забезпечити узгодженість та наступність реабілітаційного процесу на кожному етапі.

Заклад також виконує функції методично-ресурсного центру, надаючи підтримку спеціалістам, які займаються раннім виявленням порушень розвитку та забезпечують продовження реабілітаційного процесу за місцем проживання дитини і її сім'ї. Центр також сприяє розвитку подібних послуг у громадах

Тернопільської області, допомагаючи поширювати кращі практики та підходи до реабілітації.

На сьогоднішній день центр працює у складі двох відділень:

1) Відділення транзитного перебування дітей – призначене для дітей, які перебувають у центрі тимчасово, отримуючи необхідну підтримку та підготовку для повернення в сім'ю або для подальшого виховання в інших установах.

2) Відділення центру реабілітації – надає реабілітаційні послуги для дітей, забезпечуючи їх розвиток та відновлення здоров'я з акцентом на індивідуальні потреби та потенціал кожної дитини.



Рис. 2.2. Структурні підрозділи КНП «Тернопільський обласний центр реабілітації та розвитку дитини» ТОР [27].

Поточна організаційна структура Тернопільського обласного центру реабілітації та розвитку дитини є раціональною та відповідає специфіці його діяльності. Вона забезпечує ефективний розподіл обов'язків і дозволяє підтримувати стабільність функціонування установи. Однак, існує ризик, що у випадку виникнення нових викликів чи проблем, зокрема таких, що потребують прийняття нестандартних і гнучких управлінських рішень, стабільність цієї системи управління може бути порушена.

кількісні показники штатного розпису

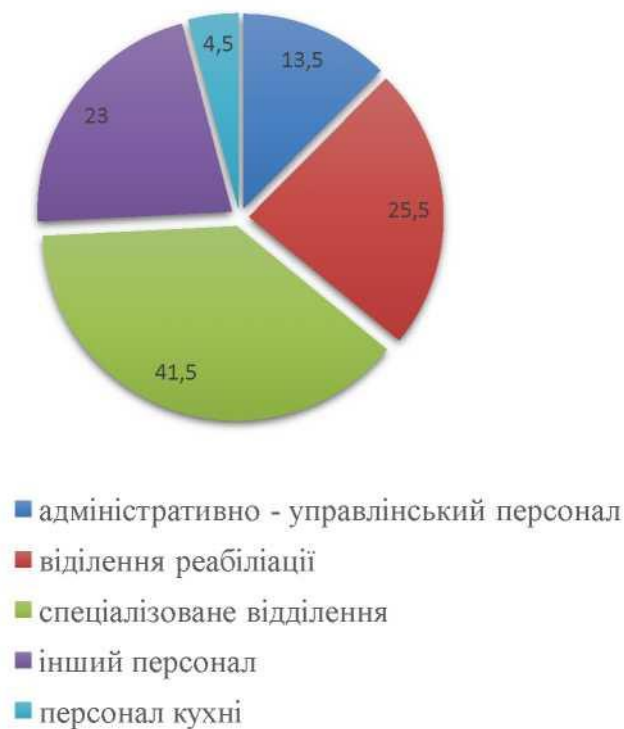


Рис. 2.3. Кількісні показники штатного розпису Тернопільського обласного центру реабілітації та розвитку дитини [27].

Зокрема, організаційна структура може виявитися недостатньо гнучкою для швидкого реагування на нові ситуації, які потребують оперативних рішень або адаптації до нових умов. Це може стосуватися, наприклад, випадків, коли необхідно вносити зміни до програм реабілітації або надання медичних послуг,

впроваджувати нові методи роботи з дітьми з інвалідністю, або реагувати на збільшення кількості пацієнтів. У таких ситуаціях традиційна система управління може бути менш ефективною, що призведе до затримок у прийнятті рішень та зниження якості надання послуг

Штатний розпис Тернопільського обласного центру реабілітації та розвитку дитини складається зі 109 посадових одиниць, розподілених між різними категоріями персоналу, що представлені на діаграмі (рис. 2.3).

Найбільша частка штатних одиниць припадає на спеціалізоване відділення, що становить 41,5% від загальної кількості, що свідчить про основну увагу закладу до забезпечення спеціалізованих послуг для дітей, які потребують кваліфікованого медичного догляду та реабілітації. Персонал цього відділення включає медичних працівників, таких як лікарі, медичні сестри та фахівці з реабілітації, що забезпечують професійний догляд та підтримку для дітей з особливими потребами.

Відділення реабілітації займає другу за величиною частку в штатному розписі, становлячи 25,5%. Це свідчить про важливість реабілітаційних заходів у структурі послуг закладу. Персонал відділення реабілітації включає фахівців, які надають різноманітні реабілітаційні послуги, зокрема фізичну, психологічну та соціальну підтримку, що сприяє відновленню та розвитку дітей.

Інші працівники складають 23% від загальної кількості посад. Ця категорія включає допоміжний персонал, який забезпечує повсякденну діяльність центру, включаючи обслуговування приміщень, логістичну підтримку, технічне обслуговування тощо.

Адміністративно-управлінський персонал становить 13,5% від загальної кількості штатних одиниць. До цієї категорії входять керівні та адміністративні працівники, які займаються управлінням закладом, організацією роботи та плануванням діяльності центру. Вони відіграють ключову роль у забезпеченні стабільного функціонування закладу та координації роботи різних відділів.

Штатний розпис Тернопільського обласного центру реабілітації та розвитку дитини відображає збалансований підхід до розподілу посадових одиниць залежно від потреб дітей, що перебувають у закладі. Основна частка ставок спрямована на спеціалізоване відділення та відділення реабілітації, що підкреслює пріоритети закладу в наданні комплексних медичних та реабілітаційних послуг. Адміністративно-управлінський персонал забезпечує належну організацію роботи, а допоміжний персонал і працівники кухні підтримують загальний рівень якості обслуговування. Такий розподіл дозволяє центру ефективно функціонувати та забезпечувати належний догляд і розвиток дітей з особливими потребами.

Таблиця 2.6

Аналіз активів КНП "Тернопільський обласний центр реабілітації та розвитку дитини" TOP у 2022-2023 рр., тис. грн.*

Показники	2022	2023	Зміна показника 2023 р. порівняно з 2022 р.	
			(абсол.)	(%)
Основні засоби	12021,4	6139,0	-5882,4	-48,9
Запаси	909,2	1949,0	+1039,8	+114,4
Гроші та їх еквіваленти	4008,1	4086,4	+78,3	+2,0
Оборотні активи	4917,3	6050,0	+1132,7	+23,0
Активи (Баланс)	16938,7	12189,0	-4749,7	-28,0

* Складено автором за даними [28]

У 2022-2023 рр. активи КНП «Тернопільський обласний центр реабілітації та розвитку дитини» зазнали значних змін, що помітно вплинуло на фінансовий стан підприємства. Основні засоби зменшилися з 12 021,4 тис. грн. у 2022 р. до 6 139,0 тис. грн. у 2023 р., що означає падіння на 5 882,4 тис. грн., або на 48,9%. Така суттєва зміна свідчить про амортизацію основних засобів, продаж або списання певних активів, а також можливе зниження інвестицій у довгострокові

активи. Втрата основних засобів може вплинути на майбутню стабільність та функціональність центру.

Натомість запаси зросли з 909,2 тис. грн. у 2022 р. до 1 949,0 тис. грн. у 2023 р., що свідчить про збільшення на 1 039,8 тис. грн., або на 114,4%, що пов'язано зі стратегічним накопиченням ресурсів, для задоволення зростаючого попиту або для забезпечення стабільності у наданні послуг. Таке зростання є позитивним сигналом, який свідчить про підготовленість до можливих потреб.

Гроші та їх еквіваленти дещо зросли з 4 008,1 тис. грн. у 2022 р. до 4 086,4 тис. грн. у 2023 р., тобто на 78,3 тис. грн. (2,0%). Незважаючи на незначний ріст, це демонструє стабільний грошовий потік і достатню ліквідність для покриття поточних витрат.

Оборотні активи також показали позитивну динаміку, збільшившись з 4 917,3 тис. грн. у 2022 р. до 6 050,0 тис. грн. у 2023 р., що означає приріст на 1 132,7 тис. грн., або на 23,0%. Збільшення оборотних активів свідчить про наявність більшої кількості короткострокових ресурсів, які можуть бути використані для покриття поточних зобов'язань або розширення операційних можливостей. Загальні активи зменшилися з 16 938,7 тис. грн. у 2022 р. до 12 189,0 тис. грн. у 2023 р., що означає скорочення на 4 749,7 тис. грн., або на 28,0%. Таке загальне зменшення активів викликає певне занепокоєння, оскільки скорочення активної бази може вплинути на фінансову стійкість підприємства і його здатність підтримувати належний рівень обслуговування в майбутньому.

Власний капітал знизився з 16 029,5 тис. грн. у 2022 р. до 10 225,4 тис. грн. у 2023 р., що становить абсолютне зменшення на 5 804,1 тис. грн. або 36,2%. Таке зниження власного капіталу може свідчити про збитки або інші фактори, які вплинули на зменшення фінансової стійкості підприємства, що може бути тривожним сигналом, оскільки зниження власного капіталу потенційно зменшує можливості для фінансування майбутньої діяльності.

Таблиця 2.7

Аналіз пасивів КНП "Тернопільський обласний центр реабілітації та розвитку дитини" ТОР у 2022-2023 рр., тис. грн.*

Показники	2022	2023	Зміна показника 2023 р. порівняно з 2022 р.	
			(абсол.)	(%)
Власний капітал	16,029.5	10,225.4	-5,804.1	-36.2
Довгострокові зобов'язання	909.2	1,949.0	+1,039.8	+114.4
Короткострокові зобов'язання	0.0	14.6	+14.6	-
Баланс	16,938.7	12,189.0	-4,749.7	-28.0

* Складено автором за даними [28]

Довгострокові зобов'язання значно зросли: з 909,2 тис. грн. у 2022 р. до 1 949,0 тис. грн. у 2023 р., що становить абсолютне збільшення на 1 039,8 тис. грн, або 114,4%. Зростання довгострокових зобов'язань може вказувати на залучення додаткових коштів для розвитку або підтримки діяльності, що, хоча й підвищує боргове навантаження, може бути індикатором інвестицій у майбутнє підприємства.

Короткострокові зобов'язання з'явилися в обліку у 2023 р., склавши 14,6 тис. грн. У 2022 р. таких зобов'язань не було, що може свідчити про виникнення короткострокових боргів або інших фінансових зобов'язань, що потрібно погасити в найближчій перспективі. Загальна сума пасивів)зменшився з 16 938,7 тис. грн. у 2022 р. до 12 189,0 тис. грн. у 2023 р., що становить абсолютне зниження на 4 749,7 тис. грн., або 28,0%, що свідчить про зниження активів, які фінансуються за рахунок власного капіталу та зобов'язань, що може вказувати на скорочення фінансових ресурсів підприємства.

Загалом спостерігається зниження загального обсягу пасивів, яке відбувається на тлі скорочення власного капіталу та зростання довгострокових зобов'язань, що свідчить про певні труднощі у фінансовій стабільності

підприємства, хоча додаткові довгострокові зобов'язання можуть вказувати на прагнення підтримувати діяльність за рахунок залучених ресурсів.

Розрахунки з оплати праці займають найбільшу частку серед зобов'язань підприємства - близько 56,3%, що свідчить про те, що значна частина ресурсів спрямована на виплату заробітної плати працівникам. Високий рівень таких зобов'язань може бути пов'язаний із великою кількістю персоналу або особливостями організації оплати праці в підприємстві.

Довгострокові зобов'язання, що складають приблизно 18,4%, також займають значну частину в структурі зобов'язань, що вказує на певний рівень боргового фінансування, яке підприємство, ймовірно, використовує для довгострокового розвитку або підтримки своєї діяльності. Підвищена частка довгострокових зобов'язань може бути як позитивним, так і негативним фактором, залежно від умов позик і можливостей підприємства щодо їх погашення.

Поточні забезпечення становлять близько 14,9% загальної суми зобов'язань. Ця частка забезпечує фінансування поточних обов'язкових витрат, таких як відрахування до резервів або інші поточні зобов'язання. Наявність поточних забезпечень є важливою для стабільності підприємства, оскільки вони дозволяють покривати поточні ризики та непередбачувані витрати.

Внутрішні розрахунки складають близько 9,2%, що вказує на наявність внутрішніх фінансових операцій або зобов'язань, які можуть включати розрахунки між підрозділами підприємства або внутрішні борги, що свідчить про внутрішню структуру фінансових потоків та відображає рівень внутрішньої заборгованості.

Короткострокові зобов'язання займають незначну частину (близько 1,1%) від загальної суми, що означає, що підприємство має мінімальний обсяг короткострокових боргів, що є позитивним показником з точки зору фінансової ліквідності, адже невелика кількість короткострокових зобов'язань зменшує ризик фінансових труднощів у короткостроковій перспективі.



Рис. 2.4. Аналіз структури кредиторської заборгованості КНП "Тернопільський обласний центр реабілітації та розвитку дитини" ТОВ у 2023 р., % *

* Складено автором за даними [28]

Структура зобов'язань підприємства свідчить про значну орієнтацію на довгострокові зобов'язання та зобов'язання по оплаті праці. Низький рівень короткострокових зобов'язань та наявність поточних забезпечень є позитивними факторами, які сприяють фінансовій стабільності підприємства. Однак висока частка витрат на оплату праці може потребувати додаткового контролю, щоб уникнути можливих фінансових ризиків у майбутньому.

У 2022 р. чистий дохід від реалізації становив 35 748,7 тис. грн., а в 2023 р. збільшився до 39 759,4 тис. грн, що відображає приріст доходу на 4 010,7 тис. грн. (приблизно 11,2%). Таке зростання є позитивним сигналом і може бути пов'язане з підвищеним попитом на послуги підприємства або з підняттям цін. Позитивна динаміка доходу свідчить про те, що підприємство активно розвиває свої комерційні операції та має можливість нарощувати обсяги реалізації.

Порівняння чистого фінансового результату та чистого доходу від реалізації у 2022-2023 рр.

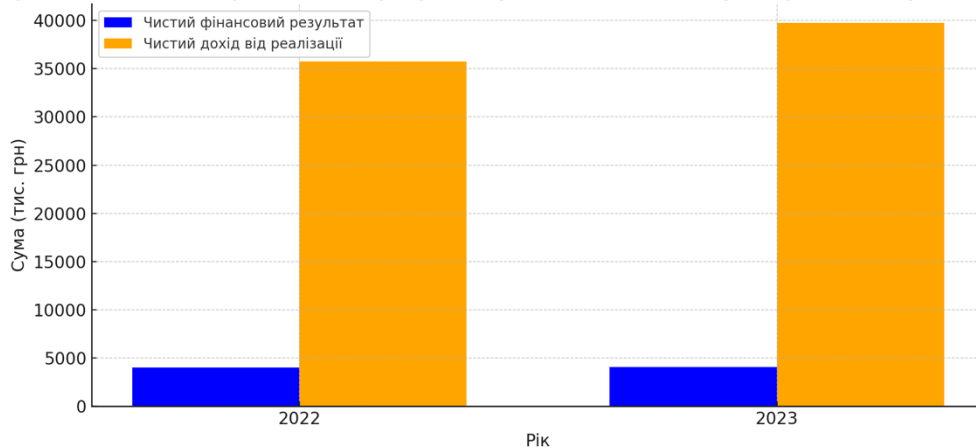


Рис. 2.5. Динаміка фінансових результатів КНП "Тернопільський обласний центр реабілітації та розвитку дитини" ТОВ впродовж 2022-2023 рр., тис. грн.*

* Складено автором за даними [28]

Чистий фінансовий результат залишився на відносно низькому рівні, показуючи незначне зростання з 4 008,1 тис. грн. у 2022 р. до 4 086,4 тис. грн. у 2023 р., що означає, що, попри зростання доходу, підприємство не змогло значно підвищити свою прибутковість. Така ситуація може свідчити про те, що підприємство має високі операційні витрати, які знижують кінцевий результат. Можливо, витрати на обслуговування, матеріали чи заробітну плату зростають пропорційно до доходу, що не дає змоги ефективно підвищити прибуток.

Помітна різниця між чистим доходом від реалізації та чистим фінансовим результатом вказує на високий рівень витрат, які "з'їдають" значну частину доходу. Якщо у 2022 р. чистий фінансовий результат становив близько 11% від чистого доходу від реалізації, то в 2023 р. ця частка майже не змінилася. Таке співвідношення свідчить про те, що підприємству варто звернути увагу на оптимізацію витрат, щоб збільшити прибутковість. Відтак, зростання чистого доходу від реалізації є позитивною ознакою розвитку підприємства, однак відсутність значного зростання чистого фінансового результату показує, що є потенціал для підвищення ефективності.

РОЗДІЛ 3

ПЕРСПЕКТИВИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ФІНАНСУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

3.1. Світовий досвід фінансування закладів охорони здоров'я в Україні

Світовий досвід фінансування закладів охорони здоров'я є важливим для розуміння шляхів вдосконалення медичної системи України. У різних країнах використовуються різні підходи до фінансування медичних послуг, і кожна модель має свої переваги та виклики. Досвід розвинутих країн може стати прикладом для України, де система охорони здоров'я потребує реформування.

Розглянемо кілька основних моделей, що застосовуються в світі, та як їхні елементи можуть бути корисними для українських реалій [13, с. 14]:

1) Державне фінансування (Велика Британія, Швеція та Канада). У цих країнах основне фінансування охорони здоров'я здійснюється за рахунок податків. Це означає, що всі громадяни мають доступ до безкоштовної медичної допомоги, яка фінансується з державного бюджету. Наприклад, у Великій Британії діє Національна служба охорони здоров'я (NHS), яка надає медичні послуги для всіх жителів країни безкоштовно. Таке фінансування дозволяє забезпечити широкий доступ до медичної допомоги, незалежно від фінансового становища людини. Проте, як показує досвід, така система має свої проблеми: вона часто стикається з дефіцитом ресурсів, а пацієнтам доводиться чекати в чергах для отримання медичної допомоги;

2) Обов'язкове соціальне страхування (Німеччина, Франція та Японія). У цих країнах функціонує система обов'язкового соціального страхування. Громадяни та роботодавці зобов'язані робити внески до страхових фондів, які покривають витрати на медичні послуги, що дозволяє забезпечити стабільний потік коштів у систему охорони здоров'я, а громадянам — отримувати якісну медичну допомогу. У Німеччині, наприклад, громадяни обирають страхову компанію, до якої роблять внески, і ця компанія оплачує їхні медичні послуги.

Такий підхід забезпечує стабільність і якість медичних послуг, але створює фінансове навантаження на громадян і роботодавців;

3) Приватне страхування (США). У США охорона здоров'я фінансується здебільшого через приватне страхування, яке громадяни купують у страхових компаній. Доступ до медичних послуг залежить від наявності страховки, яка покриває витрати. Це дозволяє створити високоякісну та інноваційну систему охорони здоров'я, але також призводить до великих витрат для тих, хто не має страхування. Багато американців стикаються з фінансовими труднощами через високі витрати на лікування, а незастраховані громадяни часто не можуть отримати необхідну допомогу;

4) Змішана модель (Італія, Іспанія та Австралія). У деяких країнах поєднуються елементи державного фінансування і приватного страхування. У таких системах держава забезпечує базові медичні послуги, а для додаткових або більш спеціалізованих послуг громадяни можуть купувати приватне страхування. Наприклад, в Італії держава фінансує основні послуги через податки, а громадяни мають змогу купувати додаткове приватне страхування для покриття спеціалізованих послуг. Такий підхід дозволяє підтримувати баланс між доступністю та якістю медичної допомоги;

5) Фінансування через благодійні організації та міжнародні фонди (Індія та країни Африки). У країнах, де державне фінансування обмежене, значну роль у забезпеченні медичних послуг відіграють благодійні організації, міжнародні фонди та донори. Це особливо важливо для віддалених або бідних регіонів, де держава не може повністю покрити витрати на охорону здоров'я. Наприклад, в Індії значну допомогу надають міжнародні фонди для проведення вакцинації, профілактичних програм та інших життєво важливих послуг. Проте такий підхід залежить від зовнішньої підтримки, що може бути нестабільним джерелом фінансування.

Для України світовий досвід може стати цінним прикладом у створенні стабільної та доступної системи охорони здоров'я. Комбінація державного

фінансування з елементами обов'язкового медичного страхування може забезпечити базовий рівень медичної допомоги для всіх громадян. Державне фінансування може покривати базові потреби, тоді як обов'язкове страхування допоможе зібрати додаткові ресурси для підтримки системи. Окрім того, залучення приватного сектору через державно-приватні партнерства, а також підтримка міжнародних фондів можуть посилити фінансову стійкість системи охорони здоров'я та забезпечити якісніші послуги.

Таблиця 3.1

Моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я [13, с. 14]

Характеристика	Приватна модель охорони здоров'я	Модель Беверіджа	Модель Бісмарка
Фінансування	Основний акцент на приватних засобах	Громадські кошти через податки	Соціальне страхування через внески
Доступність послуг	Залежить від можливостей фінансування кожного індивіда	Універсальний доступ	Універсальний доступ
Регулювання цін	Ціни визначаються ринковою конкуренцією	Державне регулювання цін	Державне регулювання цін
Роль держави	Держава може надавати підтримку лише обмеженим категоріям населення або надавати регулюючі функції	Держава гарантує усім громадянам однаковий доступ до базового рівня медичних послуг	Держава активно регулює систему та забезпечує універсальне покриття

Приватна модель ставить основний акцент на використанні приватних ресурсів для фінансування. Доступність до послуг тут залежить від індивідуальних фінансових можливостей кожної людини. Ціни визначаються ринковою конкуренцією, а роль держави є обмеженою - вона надає підтримку лише окремим категоріям населення.

Модель Беверіджа, натомість, базується на громадських коштах, акумульованих через систему оподаткування. Вона забезпечує універсальний

доступ до базового набору медичних послуг, при цьому державне регулювання цін відіграє ключову роль.

Модель Бісмарка поєднує елементи соціального страхування та державного регулювання. Фінансування здійснюється через обов'язкові внески, що гарантує універсальний доступ до ширшого спектру послуг. Держава активно контролює та координує цю систему, забезпечуючи універсальне покриття.

Таким чином, кожна з представлених моделей віддзеркалює різні підходи до організації фінансування охорони здоров'я, визначаючи баланс між участю держави та роллю приватних ресурсів, а також ступінь доступності медичної допомоги для громадян.

Разом з цим, у Сінгапурі впроваджена система «Медісейв» (Medisave), яка передбачає особисті медичні ощадні рахунки. Кожен працюючий громадянин відраховує частину свого доходу на цей рахунок, і ці кошти можуть використовуватися для оплати медичних послуг. Така система заохочує людей відкладати кошти на лікування, контролює витрати на медичні послуги та забезпечує доступ до якісного обслуговування. Крім того, у Сінгапурі є страхова програма Medishield, яка покриває серйозні хвороби, та Medifund, що забезпечує допомогу малозабезпеченим. Цей підхід дозволяє громадянам мати персональні кошти на медичні потреби, при цьому держава виступає гарантом для тих, хто не має достатньо фінансових ресурсів.

У Бразилії діє програма під назвою Sistema Único de Saúde (SUS), яка надає безкоштовні медичні послуги всім громадянам. SUS акцентує увагу на доступності первинної медичної допомоги, особливо в бідних і віддалених районах. У Бразилії також широко розвинена мережа сімейних лікарів, які надають профілактичні послуги та обслуговують місцеві громади. Додатково існують приватні медичні заклади, які надають послуги на платній основі для тих, хто може собі це дозволити. Бразильська система охорони здоров'я є прикладом забезпечення доступу до медичних послуг для всієї популяції, хоча вона часто стикається з проблемами фінансування та перевантаження [38, с. 303].

У Швейцарії кожен громадянин зобов'язаний придбати медичну страховку у приватній страховій компанії, що забезпечує базове медичне покриття. Держава регулює страховий ринок, забезпечуючи доступність послуг і обмежуючи вартість страхових планів, а також надає субсидії для тих, хто не може дозволити собі оплатити страховку. Швейцарія має одну з найефективніших систем охорони здоров'я у світі, яка поєднує високий рівень якості медичних послуг і широкий доступ для населення. Цей підхід дозволяє забезпечити конкуренцію серед страхових компаній, що сприяє підвищенню якості обслуговування.

У Таїланді функціонує універсальна система медичного обслуговування, що забезпечує майже безкоштовний доступ до медичних послуг для всіх громадян. Існує система, відома як «30 батів», яка дозволяє пацієнтам отримувати більшість медичних послуг, сплачуючи символічну суму — 30 батів (приблизно 1 долар США). Така система зробила медичні послуги доступними для всіх соціальних верств населення і значно покращила показники здоров'я населення. Універсальна система в Таїланді фінансується здебільшого за рахунок державного бюджету.

У Південній Кореї діє обов'язкова державна система медичного страхування, яка охоплює всіх громадян і фінансується за рахунок внесків від працівників, роботодавців і держави. Разом з тим, громадяни можуть отримувати додаткові послуги через приватне страхування, що дозволяє їм покривати більш дорогі або спеціалізовані види лікування. Цей підхід дозволяє забезпечити базову медичну допомогу для всіх громадян, водночас надаючи можливість користуватися приватними медичними послугами для тих, хто цього бажає. Система Південної Кореї вважається однією з найефективніших у світі завдяки високій якості обслуговування та широкому охопленню.

У Нідерландах кожен громадянин зобов'язаний придбати базовий медичний страховий поліс у приватної страхової компанії, яка працює за державними стандартами. Люди можуть обирати між різними страховими планами, що дозволяє їм адаптувати охорону здоров'я до своїх потреб. Держава

надає субсидії громадянам з низькими доходами для оплати страхування. Цей підхід дозволяє забезпечити високий рівень медичного обслуговування, одночасно підтримуючи конкуренцію серед страхових компаній для підвищення якості послуг.

Отже, різноманітність підходів у світі свідчить про те, що немає єдиного універсального рішення для фінансування охорони здоров'я. Кожна країна адаптує систему під свої соціально-економічні умови, враховуючи потреби населення та рівень державного бюджету. Для України може бути корисним запозичити елементи з різних моделей: персональні медичні заощадження, як у Сінгапурі, обов'язкове страхування з державними субсидіями, як у Швейцарії, або символічна плата за медичні послуги, як у Таїланді. Адаптація цих елементів до українських умов може допомогти створити стійку, доступну та ефективну систему охорони здоров'я, яка відповідатиме потребам населення.

3.2. Напрями реформування системи фінансування охорони здоров'я в Україні

Трансформація фінансового забезпечення медичної галузі в Україні є одним із ключових завдань на шляху до підвищення ефективності та доступності системи охорони здоров'я. Для цього необхідно визначити стратегічні напрями та пріоритети реформування, спираючись на світовий досвід та національні особливості.

По-перше, важливо диверсифікувати джерела фінансування, поєднуючи бюджетні кошти, обов'язкове медичне страхування та добровільні приватні внески, що дасть змогу акумулювати необхідні ресурси та розподіляти ризики.

По-друге, пріоритетним є запровадження загального обов'язкового медичного страхування, яке забезпечить універсальний доступ громадян до

базового пакету медичних послуг. Держава повинна виступати активним регулятором тарифів та якості надання таких послуг.

Третій напрям передбачає посилення ролі первинної ланки медичної допомоги через удосконалення механізмів її фінансування, що дозволить зміцнити профілактичну складову системи охорони здоров'я та підвищити ефективність використання ресурсів.

Безперечно, реформування фінансового забезпечення має супроводжуватися запровадженням сучасних методів управління медичними закладами, орієнтованих на результат та якість послуг. Лише комплексний підхід дасть змогу досягти очікуваних позитивних трансформацій.

Основні перспективні джерела фінансових ресурсів для закладів охорони здоров'я, які можуть сприяти покращенню їх фінансової стабільності та ефективності включають:

1) Обов'язкове медичне страхування - це джерело фінансування передбачає надання медичних послуг страховими компаніями, які мають ліцензію на обов'язкове медичне страхування. Такий підхід дозволяє страхувати населення від фінансових ризиків, пов'язаних із лікуванням. Обов'язкове страхування допомагає ефективно розподіляти ризики та покриває витрати на медичні послуги для більшості застрахованих осіб, що підвищує доступність медичної допомоги;

2) Кошти фондів добровільного медичного страхування - форма страхування дозволяє добровільно страхуватися для отримання додаткових медичних та медико-профілактичних послуг. Вона забезпечує покриття витрат на лікування для осіб, які мають додаткові фінансові можливості та бажають отримувати ширший спектр послуг. Однак добровільне страхування не є доступним для всіх, оскільки його вартість може бути високою для осіб з низькими доходами.

Таблиця 3.2

**Перспективні джерела фінансових ресурсів закладів охорони
здоров'я***

Джерело фінансових ресурсів	Характеристика
Обов'язкове медичне страхування	Послуги обов'язкового медичного страхування надаватимуться страховими компаніями, які мають ліцензію на здійснення відповідного виду медичного страхування. Ефективне медичне страхування вимагає створення страхових пулів (об'єднань) коштів для того, щоб перерозподілити ризик витрат на лікування (ризик страхового випадку) між якомога більшою кількістю застрахованих осіб
Кошти фондів добровільного медичного страхування	Така форма фінансування дає можливість забезпечити повну або часткову виплату коштів за надання медичних і медико-профілактичних послуг застрахованим особам у разі розладів здоров'я відповідно до умов укладеного договору зі страховою компанією. На жаль, такий вид страхування є недоступним для працівників з низькими доходами, не кажучи вже про малозабезпечені верстви населення
Кошти населення	Система співплатежів є вирішальною у випадках, коли медичну послугу пацієнт прагне отримати з власної ініціативи, а її ненадання не загрожує його здоров'ю. Крім того, доцільно її застосовувати тоді, коли гарантовану державою медичну послугу (як-то аналізи, діагностичні процедури) пацієнт прагне отримати у комфортніших за стандартні умовах або позачергово
Державно-приватне партнерство (ДПП)	Спеціалізований фасиліті-менеджмент зменшує витрати на утримання об'єктів нерухомості з одночасним підвищенням якості обслуговування шляхом найму допоміжного персоналу (прибиральники, електрики, працівники їдалень тощо), а також за рахунок економії коштів при оптовій закупівлі витратних матеріалів, продуктів харчування, будівельних матеріалів. У такому разі всі непрофільні функції лікувально-профілактичної установи переводяться на аутсорсинг
Кошти накопичувальних фондів територіальних громад і благодійних фондів, благодійних та пожертвувань юридичних і фізичних осіб	Проте, зважаючи на епізодичний характер допомоги від таких джерел фінансування, потрібно їх розглядати як додаткові, незаплановані надходження, які можна використовувати зважаючи на конкретну ситуацію у певному медичному закладі

* Складено автором самостійно.

3) Кошти населення - участь населення в оплаті медичних послуг є важливим елементом фінансування охорони здоров'я. Деякі послуги можуть частково або повністю оплачуватись пацієнтами, що дозволяє зменшити навантаження на державний бюджет. Така система діє на принципах співоплати,

коли пацієнт частково покриває вартість наданих послуг, що дозволяє запровадити стимулюючий ефект для зменшення кількості необґрунтованих звернень до лікарів, але може створювати бар'єри для малозабезпечених верств населення.

4) Державно-приватне партнерство (ДПП) - це форма співпраці між державою та приватним сектором, яка дозволяє залучити приватні інвестиції у сферу охорони здоров'я. За допомогою ДПП можна модернізувати інфраструктуру, оновити обладнання та підвищити якість медичних послуг, при цьому розподіляючи фінансове навантаження між державою та приватними інвесторами.

5) Кошти накопичувальних фондів територіальних громад і благодійні фонди - це джерела фінансування, які можуть забезпечити додаткові кошти для місцевих медичних закладів. Територіальні громади, а також благодійні фонди можуть здійснювати фінансування медичних послуг для певних категорій населення або для закупівлі обладнання та витратних матеріалів. Це дає змогу підтримувати лікарні, поліклініки та інші заклади, особливо в регіонах, де є обмежений доступ до інших джерел фінансування.

Різноманіття джерел фінансових ресурсів дозволяє урізноманітнити фінансування охорони здоров'я та забезпечити стабільність системи. Поєднання обов'язкового та добровільного страхування, співфінансування населенням, партнерства з приватним сектором та залучення благодійних коштів допомагає створити стійку систему, яка задовольняє потреби населення та дозволяє закладам охорони здоров'я функціонувати на належному рівні.

Напрями реформування системи фінансування охорони здоров'я в Україні - це комплексне питання, яке стосується багатьох аспектів фінансового забезпечення медичних послуг та потребує нового підходу до управління ресурсами в охороні здоров'я. В сучасних умовах розвиток системи охорони здоров'я вимагає впровадження реформ, спрямованих на підвищення якості, доступності та ефективності медичної допомоги для населення [22, с. 271]:

1) Перехід на модель державного страхування. Один із важливих напрямів - це створення моделі обов'язкового державного медичного страхування, що покликане забезпечити фінансову стабільність у системі охорони здоров'я. У такій моделі кожен громадянин, незалежно від фінансового становища, має доступ до базового пакету медичних послуг, які покриваються державою, що дозволить зменшити фінансовий тягар на родини під час лікування, зробити медичні послуги доступнішими та покращити їхню якість. Крім того, страхування створює стабільний потік коштів у систему, що дає змогу планувати витрати ефективніше та запобігати фінансовим кризам у сфері охорони здоров'я.

2) Залучення приватного фінансування та державно-приватне партнерство. Державний бюджет часто не може покрити всі потреби охорони здоров'я, тому залучення приватних інвестицій стає необхідним. Модель державно-приватного партнерства дозволяє об'єднати зусилля держави та бізнесу для розвитку інфраструктури, модернізації обладнання, підвищення рівня обслуговування. Наприклад, приватні інвестори можуть брати участь у будівництві та обслуговуванні лікарень, а держава може компенсувати частину витрат або забезпечувати доступ пацієнтів до таких закладів через страхові програми.

3) Оптимізація витрат і раціональне використання ресурсів. Однією з найбільших проблем у фінансуванні медичних закладів є неефективне використання коштів. Реорганізація витрат на охорону здоров'я, оптимізація закупівель медикаментів, скорочення адміністративних витрат - усе це може забезпечити економію державних ресурсів, які можна буде направити на поліпшення умов у медичних закладах або на оплату праці медиків. Наприклад, централізована закупівля медикаментів та обладнання може суттєво знизити їхню вартість завдяки економії на масштабах.

4) Розширення джерел фінансування. Для забезпечення стійкості системи охорони здоров'я необхідно шукати додаткові джерела фінансування. Це можуть бути благодійні фонди, міжнародні гранти, технічна допомога від інших країн та організацій. Такі додаткові кошти можуть бути використані на програми

вакцинації, профілактику хвороб або розвиток інфраструктури. Крім того, залучення грантів від міжнародних організацій може сприяти впровадженню новітніх медичних технологій та розвитку персоналу.

Таблиця 3.3

Шляхи вдосконалення управління фінансовими ресурсами КНП

"Тернопільський обласний центр реабілітації та розвитку дитини" ТОР*

Проблема	Напрямок вирішення
Неправильна цінова політика на послуги реабілітації та розвитку	Встановити чіткий контроль за процесом ціноутворення; провести маркетингові дослідження для визначення прийнятної рівня цін на послуги реабілітації; визначити норму доходу для кожного виду послуги, щоб забезпечити рентабельність та доступність.
Недостатня частка послуг з високим рівнем доходу в загальній структурі доходів	Розширити спектр вигідних послуг, наприклад, запровадити нові програми для дітей з особливими потребами, послуги психологічної підтримки або профілактичні програми. Це допоможе збільшити дохідність і розширити аудиторію клієнтів.
Недостатній контроль за розрахунками з контрагентами та бюджетом	Впровадити систему контролю за розрахунками з постачальниками та іншими контрагентами, а також встановити систему планування закупівель, яка забезпечить раціональне використання коштів. Це також допоможе уникати прострочень та можливих фінансових втрат.
Низький рівень планування доходів і витрат, відсутність точного бюджету	Впровадити систему планування, яка передбачає точний облік доходів та витрат; розробити щомісячний бюджет для підприємства, що дозволить ефективно розподіляти кошти та зменшити матеріальні витрати.
Відсутність практики бізнес-планування та перспективного планування нових послуг	Проводити маркетингові дослідження ринку для визначення потреб клієнтів, що допоможе в розробці нових програм та послуг. Розробити бізнес-плани для перспективних напрямів діяльності.
Недостатній резерв для оновлення обладнання та підвищення кваліфікації персоналу	Встановити план відрахувань до резервного фонду для оновлення обладнання та підвищення кваліфікації фахівців. Це забезпечить постійний розвиток центру та підвищить якість послуг.
Недостатній контроль за роботою фахівців, що надають платні послуги	Посилити контроль за роботою фахівців, впровадити регулярну звітність про надані послуги та доходи від платних послуг. Запровадити систему оцінки ефективності роботи працівників, що дозволить підвищити якість обслуговування та зменшити матеріальні витрати.

* Складено автором самостійно.

5) Запровадження прозорих механізмів контролю за фінансами. Важливим аспектом реформування є боротьба з корупцією та забезпечення прозорості у використанні бюджетних коштів. Впровадження чітких механізмів контролю, регулярних аудитів, доступу до фінансових звітів дозволить громадськості та зацікавленим сторонам контролювати витрати в охороні здоров'я. Це сприятиме підвищенню довіри до системи та покращенню ефективності витрат.

6) Використання сучасних технологій для управління фінансами. Цифровізація процесів у сфері охорони здоров'я може значно полегшити облік витрат, зробити їх більш прозорими та допомогти у плануванні бюджету. Використання електронних систем дозволить швидко відстежувати, куди направляються кошти, та виявляти можливі порушення. Наприклад, впровадження електронної системи охорони здоров'я, де пацієнти зможуть самостійно перевіряти свої дані та рахунки, забезпечить довіру та зручність користування.

Відтак, реформування фінансування охорони здоров'я в Україні є складним і багатограним процесом. Зміни, спрямовані на підвищення якості медичних послуг та ефективності використання ресурсів, допоможуть створити стабільну та доступну систему охорони здоров'я, яка відповідатиме потребам населення та сучасним викликам. Запровадження цих напрямів реформ сприятиме формуванню більш міцної, орієнтованої на пацієнта системи охорони здоров'я, здатної реагувати на потреби суспільства і забезпечувати високий рівень медичної допомоги.

ВИСНОВКИ

Фінансування охорони здоров'я є основоположним аспектом функціонування системи охорони здоров'я, оскільки забезпечує надання необхідних ресурсів для реалізації медичних послуг. Сутність цього процесу полягає у мобілізації, розподілі та використанні фінансових ресурсів з метою забезпечення стабільного доступу до медичних послуг для всіх верств населення. Основні принципи фінансування - це справедливість, ефективність, прозорість та достатність, які спрямовані на раціональне використання коштів і зменшення нерівності в доступі до медичних послуг. Фінансування охорони здоров'я має значення як механізм підтримки стабільності системи, стимулювання інновацій та підвищення якості медичної допомоги, що сприяє загальному покращенню здоров'я суспільства.

Джерела фінансування закладів охорони здоров'я є ключовим елементом забезпечення фінансової стабільності та стійкості системи охорони здоров'я. Вони включають різноманітні механізми надходження коштів, такі як державне фінансування, страхові внески, приватні інвестиції, благодійні внески та міжнародну допомогу. Кожне з цих джерел має свою специфіку і впливає на доступність, якість та обсяг наданих медичних послуг. Ефективне поєднання цих джерел дозволяє створити гнучку та стійку систему фінансування, що здатна адаптуватися до змінних економічних умов і потреб суспільства, забезпечуючи доступ до необхідної медичної допомоги для всіх верств населення.

Аналіз фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я в Україні показує, що на сьогоднішній день система фінансування має низку викликів, пов'язаних із недостатністю коштів, нераціональним розподілом ресурсів та обмеженим доступом до альтернативних джерел фінансування. Незважаючи на спроби реформування, державне фінансування залишається основним джерелом, тоді як залучення приватного сектору та впровадження медичного страхування є недостатніми для забезпечення стабільності і якості медичних послуг. Ефективне

поєднання державного фінансування з новими джерелами, такими як страхові внески, благодійні кошти та міжнародна підтримка, може значно покращити фінансову стабільність закладів охорони здоров'я та підвищити доступність і якість медичних послуг для населення України.

Загальний аналіз фінансового стану КНП «Тернопільський обласний центр реабілітації та розвитку дитини» за 2022-2023 роки показує зміни в активах і пасивах, а також позитивну динаміку доходів від реалізації послуг. Зокрема, спостерігається суттєве зниження основних засобів, що може вплинути на майбутню стабільність підприємства, хоча приріст запасів та оборотних активів демонструє прагнення до забезпечення безперебійної діяльності. Збільшення доходу на 11,2% свідчить про успішний розвиток комерційних операцій, проте незначний приріст чистого фінансового результату вказує на високу частку операційних витрат, які суттєво знижують прибутковість. Для покращення фінансових показників підприємству варто зосередитися на оптимізації витрат, що дозволить підвищити ефективність і забезпечити стабільне зростання прибутковості в майбутньому.

Вивчення світового досвіду фінансування закладів охорони здоров'я показує, що успішні моделі охоплюють як державне фінансування, так і обов'язкове медичне страхування. Країни, такі як Велика Британія, Німеччина та Швейцарія, демонструють ефективність поєднання цих підходів, що забезпечує доступність медичних послуг для широких верств населення та фінансову стійкість системи. Україна може скористатися цим досвідом, впроваджуючи адаптовані елементи, такі як обов'язкове страхування та змішане фінансування, для створення стабільної системи охорони здоров'я, що відповідатиме національним умовам і потребам.

Основні напрями реформування системи фінансування охорони здоров'я в Україні включають впровадження обов'язкового медичного страхування, розвиток державно-приватного партнерства та оптимізацію використання бюджетних ресурсів, що сприятиме підвищенню прозорості витрат, зниженню

залежності від державного бюджету та підвищенню якості медичних послуг. Комплексні реформи у фінансуванні допоможуть створити більш доступну та ефективну систему охорони здоров'я, орієнтовану на покращення здоров'я населення.