

АНОТАЦІЯ

Балабан Р. Кошторисне планування установ охорони здоров'я. – Рукопис.

Дослідження на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня «магістр» за спеціальністю 072 - Фінанси, банківська справа, страхування та фондовий ринок. Західноукраїнський національний університет, Тернопіль, 2024.

У роботі розглянуті теоретико-методологічні аспекти фінансового планування доходів та видатків установ охорони здоров'я. Розкриті питання основ функціонування та джерел фінансування медичних закладів. Проведений аналіз фінансової діяльності лікарні. Запропоновані методи оптимізації процесів управління фінансовими ресурсами. Сформовано пропозиції щодо удосконалення системи кошторисного планування.

Ключові слова: бюджетні установи, медичні заклади, бюджетне фінансування ресурси, ефективність.

ANNOTATION

Balaban R. Estimated planning of health care institutions. - Manuscript.

Research for obtaining the educational and qualification level "master" in the specialty 072 - Finance, banking, insurance and the stock market. West Ukrainian National University, Ternopil, 2024.

Theoretical and methodological aspects of financial planning of income and expenses of health care institutions are considered in the work. The issues of the foundations of functioning and sources of financing of medical institutions have been revealed. An analysis of the hospital's financial activity was carried out. Proposed methods of optimizing financial resource management processes. Proposals for improving the budget planning system have been formulated.

Keywords: budgetary institutions, medical institutions, budgetary funding, resources, efficiency.

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ КОШТОРИСНОГО ФІНАНСУВАННЯ УСТАНОВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	7
1.1. Джерела фінансування установ охорони здоров'я	7
1.2. Теоретичні основи фінансової діяльності установ охорони здоров'я	12
1.3. Методологічні основи кошторисного планування бюджетних установ ..	19
Висновки до розділу 1	30
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ УСТАНОВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	32
2.1. Аналіз видатків установи	32
2.2. Оцінка динаміки доходів установи	51
2.3. Аналіз ефективності використання бюджетних та позабюджетних коштів	54
Висновки до розділу 2	58
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ФІНАНСУВАННЯ УСТАНОВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	60
3.1. Удосконалення системи фінансового планування медичних установ	60
3.2. Форми підвищення ефективності діяльності установ охорони здоров'я ..	65
Висновки до розділу 3	72
ВИСНОВКИ	74
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	80

ВСТУП

Актуальність теми. Медична галузь є однією із найпотрібніших у країні. За останні декілька років рівень економічного забезпечення закладів охорони здоров'я у країні різко зменшився. Закладам не вистачає ресурсів для раціональної реалізації своїх функцій. Такий стан є результатом складної фінансової та політичної ситуації у країні. Значимим є те, що якість медичних послуг прямо залежить від обсягів фінансування даної галузі.

В даний час система охорони здоров'я реформується під впливом змінних умов і соціальних пріоритетів країни. Тут ще є певні елементи планової системи управління. Поряд із тим, медичні установи намагаються застосовувати ринкові типи медичної допомоги. Так формується ринок медичних послуг. За умов постійного розвитку України в системі функціонування медичної галузі формуються новітні форми і методи реалізації базових завдань в забезпеченні охорони здоров'я людей. Зростає набір вимог до медичних працівників, їх знань. Створюються нові форми економічного функціонування закладів охорони здоров'я .

Проблеми в фінансуванні медицини постійно викликали жваві диспути серед науковців в медичній і фінансовій сферах. В українській і закордонній літературі означаються проблеми, присвячені раціональності менеджменту активів із ціллю максимальної реалізації бажання громади у одержанні належного рівня медичного обслуговування.

Удосконаленню процесів прогнозування в системі охорони здоров'я присвячені роботи наступних науковців: О.Д. Василика, К.В. Павлюка, С.Ф. Тернова, М.В. Малаховської і ін.

Вони по різному тлумачать і пропонують форми розв'язання проблем раціональності прогнозування і фінансування закладів охорони здоров'я. Проте проблеми модифікації системи прогнозування видатків бюджетних закладів є важливими і сьогодні.

Суттєвими ще є проблеми ефективності економічного забезпечення установ системи охорони здоров'я. Бо, високий рівень медичного обслуговування залежить від фінансування установ охорони здоров'я.

Мета та задачі дослідження. Основною ціллю дослідження є оцінка методів прогнозування і фінансування закладів охорони здоров'я і формування практичних пропозицій щодо їх модифікації.

Згідно із темою та цілю дослідження означено такі задачі:

- означити роль і значення системи прогнозування витрат на утримання закладів охорони здоров'я;
- провести аналіз процесів фінансування медичної сфери України;
- провести аналіз системи економічного забезпечення закладів охорони здоров'я;
- дослідити, які із усіх чинників здійснюють вплив на результативність економічного забезпечення медичних закладів;
- здійснити оцінку фінансового стану досліджуваної установи;
- зробити діагностику видатків установи та кількості її платних послуг;
- провести оцінку результативності системи менеджменту бюджетних і позабюджетних коштів;
- сформулювати пропозиції щодо модифікації процесу прогнозування витрат на утримання медичних закладів.

Об'єктом дослідження є система менеджменту грошових активів, що використовуються на утримання КНП ВСР "Тернопільська центральна районна лікарня".

Предметом дослідження є прогнозування і система організації менеджменту активів установи.

В ході здійснення оцінки застосовувалися наступні наукові методи:

- аналізу та синтезу – для аналізу складу джерел активів закладів охорони здоров'я;
- монографічний - для аналізу раціональності функціонування системи менеджменту грошових активів;

- порівняння - для здійснення оцінки динаміки формування і використання грошових активів;
- групування - для аналізу залежності кількості доходів позабюджетних коштів від якості надання платних послуг;
- кореляційно-регресійний аналіз - для аналізу виду зв'язків між доходами і видатками установи;
- середніх і відносних величин - для аналізу ефективності фінансування установи.

Інформаційною складовою оцінки є законодавчі акти України, методичні і інформаційні матеріали, дані Державної служби статистики України, наукові праці вчених-економістів.

Наукова новизна та практична значимість одержаних результатів полягає у наступному:

- узагальнено погляди вчених на роль і значення процедури прогнозування витрат на утримання закладів охорони здоров'я;
- проведено аналіз процесів фінансування медичної сфери України;
- проаналізована система економічного забезпечення закладів охорони здоров'я;
- виявлено чинники, що здійснюють вплив на результативність економічного забезпечення медичних закладів;
- проведена оцінка стану досліджуваної лікарні;
- проведено діагностику видатків грошових активів установи та платних послуг;
- оцінено результативність системи менеджменту бюджетних і позабюджетних коштів;
- створені пропозиції щодо модифікації процесу прогнозування витрат на забезпечення медичних закладів.

Обсяг та структура роботи. Робота складається із вступу, 3 розділів, висновків, списку використаних джерел. Робота викладена на 87 сторінках друкованого тексту, містить 13 таблиць та 3 рисунки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ КОШТОРИСНОГО ФІНАНСУВАННЯ УСТАНОВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Джерела фінансування установ охорони здоров'я

Система фінансування закладів охорони здоров'я має базуватися на застосуванні грошових активів країни чи фінансуватися за рахунок активів фізичних або юридичних людей.

Джерелами активів для фінансування медичної допомоги є ресурси людей та підприємств. Люди за своїм бажанням купують контракти для себе та для членів власної сім'ї. Поліси медичного страхування дають змогу їх засновникам одержувати якісну медичну допомогу за рахунок грошових активів страховика. Страхові договори є індивідуальними чи мають бути колективними. Колективні страхові програми мають фінансуватися за рахунок активів компанії. Наявність медичних страховок є об'єктом спільної угоди між суб'єктами договору. Ті люди, що не мають контракту страхування, мають користуватися послугами за повної їх оплати.

Добровільне медичне страхування у країні провадять страхові організації, що працюють на комерційній базі. У такій системі фінансування закладів охорони здоров'я звичним є значна конкуренція. Ці організації пропонують різні типи страхових програм, що відрізняються різною ціною і умовами надання допомоги. Види та величина медичних послуг, що одержують застраховані люди, залежать від того, яку суму активів вони заплатили за страховий поліс. При цьому страхові компанії, зазвичай, провадять розмежування вартості страхових платежів залежно від віку людей і залежно до їх стану здоров'я.

Саме за сприянням даного методу проводиться моніторинг ступеня ризику в вартості страхового поліса. Страхові програми містять теж змогу відбору організацій, що надають медичні послуги. Страхові поліси у певних випадках надають можливість особі звертатися до лікаря за своїм вибором.

Добровільне медичне страхування містить у собі:

- добре сформовані страхові програми;
- професійну і вчасну медичну допомогу;
- амбулаторну допомогу;
- стаціонарну допомогу;
- термінову допомогу;
- планову і термінову стоматологічну допомогу.

Страхові організації проводять накопичення внесків та за рахунок таких коштів оплачують лікування. Різниця між сумою одержаних надходжень і валовими витратами і становить дохід страховиків.

Системи фінансування закладів охорони здоров'я у різnorідних державах мають власні відмінності. Можна вирізнити 2 базові типи державних систем фінансування:

- система обов'язкового страхування;
- система бюджетного фінансування.

Джерелами активів для фінансування медичної допомоги громадянам є страхові внески, що оплачуються у обов'язковій формі. В цьому випадку страхувальниками є працівники чи їх працедавці. Держава зобов'язує їх проводити плату на обов'язкове медичне страхування. Дана плата розраховується в формі незмінного процента до вартості фонду оплати праці. В державах, у яких є система обов'язкового медичного страхування, платежі оплачують працедавці та робітники.

Процеси страхування непрацюючих людей мають проводитися за рахунок 2 методів. Один із є у тому, що разом із робітниками страхуються ті члени сімей, що не працюють. В цьому випадку ресурси, що платяться за страхування, є платою за усіх членів сім'ї. Інша форма є у тому, що страхові платежі за осіб що не працюють платить держава за рахунок ресурсів бюджету чи позабюджетних активів. Зокрема, платежі за людей пенсійного віку зачисляють пенсійні фондами, а за безробітних людей - фонди зайнятості.

В деяких державах світу застосовують систему співплатежів за пропоновані медичні послуги. Але частина їх в фінансуванні охорони здоров'я є малою та вони застосовуються тільки як важіль лімітування вартості попиту.

Страховиками у системі обов'язкового медичного страхування є страхові організації. Зокрема це недержавні фонди. До недавнього часу вони проводили страхування людей за виробничими або територіальними рисами. Такі страхові фонди формувалися для страхування тих громадян, що функціонують у окремих сферах економіки чи живуть на певних територіях. Зокрема, конкуренція між такими компаніями була незначною.

В системі обов'язкового медичного страхування величина внесків не зв'язана прямо із системами аналізу ризику захворюваності певних людей і обсягом медичної допомоги, яку вони мають одержати. Вартість страхових платежів формується згідно до вартості прогнозованих витрат - в обчисленні на всю кількість застрахованих громадян. Тут з'являється проблема нерівності громадян в фінансуванні медичної допомоги. Страхова компанія в цій системі зобов'язана страхувати усіх людей, що проживають на конкретній території і мають професію незалежно від їх віку та здоров'я. Проте поділ громадян за ступенем ризику захворюваності є змінним за територіальними рисами і за напрямками функціонування. Отже стійкими є відмінності за станом здоров'я і віковими ознаками застрахованих в різнорідних страховиків. А значить, суттєво відрізнятимуться видатки на надання медичної допомоги у обчисленні на одного застрахованого.

В сфері обов'язкового медичного страхування застосовують форми вирівнювання фінансових умов, у яких функціонують страховики.

В першому – платежі на обов'язкове медичне страхування загалом чи у частково направляються в спеціальний фонд. Держава теж має надавати тут певну допомогу. Фонд проводить фінансування страхових компаній у залежності від числа застрахованих та виду ризику їх захворюваності. Допомоги надаються за формою подушного фінансування, розміри якого

обчислюються за чітко сформованою процедурою та характеризує відмінності в віковому складі людей та типах їх хвороб .

За іншою формою відповідальність за розподіл страхових платежів покладається на страхову організацію. Як правило це та організація, що проводить страхування найбільшої питомої частини людей. Всі решту страхові компанії направляють встановлену законами вартість монетарних активів на відокремлений рахунок такої організації. Ці ресурси потім діляться між всіма страховими компаніями, залежно від числа застрахованих.

В сфері медичного страхування страхові компанії несуть загальну відповідальність за процеси фінансування допомоги і формують укладання контрактів із закладами, що провадять медичні послуги.

Фінансування допомоги громадянам проводиться теж за рахунок ресурсів державного бюджету. В деяких державах ресурсом фінансових активів для сфери охорони здоров'я є сформовані податкові платежі.

В сфері охорони здоров'я управляючими грошовими активами є державні органи. Вони фінансують допомогу, що формується людям медичними компаніями як правило державного типу власності. В ряді держав, де застосовується ця сфера, застосовуються теж ресурси людей, як плата за послуги. Проте вони є незначними за величиною і несуттєвими для громадян.

Система державного фінансування і сфера медичного страхування є додатковими формами організації процедури фінансування охорони здоров'я. Важливою їх відмінністю від процедури особистого фінансування є незалежність якості допомоги людині від величини доходу. Перевагою бюджетної сфери в зрівнянні зі страховою є менша величина управлінських видатків. Така система містить дещо кращі можливості проводити моніторинг за діяльністю медичних закладів за низької величини видатків[35, с.179].

Страхова сфера відзначається суттєвою кількістю суб'єктів менеджменту. До них відносяться страхові компанії, державні органи, що провадять функції менеджменту усією системою і моніторингу за функціонуванням медичних закладів і страхових установ.

Суттєвим недоліком бюджетної сфери є залежність обсягів фінансування від економічних напрямків розвитку країни. Щороку розміри державних фінансів на систему охорони здоров'я розраховуються залежно від обсягів доходу бюджетів усіх рівнів. І навпаки, страхова сфера асигнування охорони здоров'я містить чітко визначені джерела та менше залежить від ринкових коливань. В страховій сфері фінансування створює більш постійний список гарантій якості медичного обслуговування і вартості його фінансування. Розміри страхових платежів прямо пов'язуються із гарантіями, що відносять у програму медичного страхування[36, с.9].

З іншої сторони, сфера обов'язкового медичного страхування містить меншу величину фінансових активів, бо величина страхових платежів формується в процентах до фонду оплати роботи робітників. При зниженні величини доходів людей величина внесків має скоротитися, і у сфері обов'язкового медичного страхування буде мало активів для фінансування допомоги, що гарантується програмою. Разом із цим ріст вартості тарифів чи зниження пропонованих послуг може бути неприйнятним. Тоді буде необхідна допомога країни і сфери ранжування медичних послуг, що лімітує величину їх доступності.

Перевагою сфери страхового фінансування охорони здоров'я, у зрівнянні із державною, є стійкий поділ функцій та відповідальності між суб'єктами фінансування і надавачами медичних послуг. Страхові компанії несуть відповідальність, щоб клієнти одержали медичну допомогу та фінансують її. Вони є посередниками, що зацікавлені в захисті прав застрахованих людей і у раціональному застосуванні фінансових активів, що є в них наявності[36, с.8].

В державній системі органи здійснюють не лише функції фінансування послуг, але і моніторингу за функціонуванням медичних закладів. Бюджетні типи фінансування сформувалися як частка державної сфери менеджменту економіки за рахунок управлінських методів. Державні органи моніторингу за сферою охорони здоров'я, на відміну від страхових організацій, несуть

відповідальність теж за якість обслуговування, за наявний стан державних медичних закладів, за їх економічне забезпечення, за величину погашення видатків та т.д. Усе це стимулює суб'єктів менеджменту фінансами до поновлення сфер витратного виду та не стимулює до зростання раціональності використання коштів. Державні органи управління сфери охорони здоров'я схильні до нівелювання цілей громадян на користь цілей медичних установ.

1.2. Теоретичні основи фінансової діяльності установ охорони здоров'я

Тип і форми економічної і медичної діяльності лікувальної установи залежать від організаційної ознаки. Згідно до законів України медична установа, що функціонує на умовах державного чи страхового асигнування, має мати статус юридичної особи. Особою є установа, що має в власності капітал, несе загальну відповідальність за власні дії. Юридичні особи мають функціонувати, використовуючи баланс або кошторис[35, с 178].

Маючи статус, медичний заклад містить у своєму управлінні активи для реалізації власної професійної діяльності.

Основними джерелами активів закладів охорони здоров'я є залучені кошти - це ресурси, що безоплатно надаються із державного і місцевих бюджетів для формування діяльності державних закладів. Як тип непрямого асигнування, вони одержують податкові пільги, повне чи неповне звільнення від сплати плати до бюджету, допомогу на купівлю товарів і обладнання.

Система непрямого державного асигнування має застосовуватися і по відношенню до приватних медичних закладів в формі податкових пільг, зменшення плати за оренду.

В ході здійснення асигнування закладів охорони здоров'я приймають участь і компанії, що укладають контракти на надання послуг робітникам, а теж в формі контракту про добровільне медичне страхування.

Інші організації можуть надавати економічні ресурси медичним установам на благодійній основі, в формі допомоги.

Окремі види громадських установ, а саме об'єднання, асоціації, надають ресурси медичним закладам, як правило, на безоплатній основі із ціллю їх цільового застосування. Дана ціль формується стороною, що проводить асигнування. Такими компаніями можуть бути інвестиційні фонди, що допомагають закладам охорони здоров'я.

Одним із базових суб'єктів сфери фінансування медичних установ є населення. Воно прямо оплачує медичні послуги, чи надає благодійні платежі, фінансує заклад за контрактом про медичне страхування.

Є ще одна форма асигнування лікувальних установ - це кредити і позики. Вони надаються кредитними закладами на певний час за плату. В останній період набуло розвитку лізингове кредитування – довготермінова оренда обладнання, устаткування із можливістю викупу[35, с. 181].

Грошові активи, що має лікувальний заклад, мають допомагати його раціональній роботі із надання якісної та своєчасної допомоги громадянам.

Раціонально проводити власну діяльність можна при раціональному застосуванні наявних активів, використовуючи нові технології, що зменшують трудомісткість, видатки на матеріали, енергію. До методів зростання якості медичних послуг належать нормалізація лікувального та профілактичного процесу.

Лікувальні установи в власному функціонуванні із забезпечення здоров'я і надання допомоги працюють у границях законодавчих актів і економічних контрактів.

Сучасний етап розвитку сфери охорони здоров'я вимагає новітніх методів і напрямків зростання раціональності і результативності функціонування. Цього варто досягати за рахунок розвитку господарського і економічного процесів функціонування медичних установ.

Проводячи економічний аналіз лікувальних закладів будь-якого типу власності, варто вирізнити базові напрямки їх функціонування. По-перше, це

прогнозування. Воно традиційно є важливим типом фінансового функціонування. Основним завданням прогнозування є оцінка прийомів і джерел створення активів, напрямків їх ефективного застосування для досягнення власних цілей[39, с.100].

В відповідності із критеріями раціональності, сфера прогнозування має забезпечити необхідними активами медичні заклади. Базуючись на фінансових планах і згідно до обсягів допомоги, оцінюються можливості закладу та обґрунтовуються штатні розписи. При їх плануванні застосовують певні нормативи. Процес створення штатних розписів перебуває у повному віданні закладів охорони здоров'я із врахуванням реальної потреби у медичному персоналі.

Вимоги фінансової раціональності ставляться та до процесу формування кошторису. Кошторис - це план надходжень та наступних видатків установи. Він є базою усього функціонування та створює напрямки раціонального розвитку медичного закладу, виходячи із реальних активів, технічних потужностей, рівня інформації, створених завдань.

По-друге, це оцінка економічного стану закладів охорони здоров'я, від чого залежить аналіз раціональності діяльності закладу. Об'єктом аналізу є оцінка раціональності застосування обладнання, активів, величина навантаження на лікарів, типи захворювань, їх тривалість і вартість лікування.

По-третє, альтернативна сфера аналізу напрямків функціонування, необхідності реалізації окремих типів послуг, що надаються. Тут розраховують, чи варто вводити або не вводити ті або решту типів медичних послуг, модернізувати власну систему діагностики або використовувати послуги спеціалізованих закладів.

По-четверте, оцінка діяльності лікувально-діагностичних підрозділів: складу видатків на забезпечення, розподілу обсягів роботи.

Нормування – це процедура створення власних норм. Ціноутворення. Дана функція необхідна в зв'язку із потребою зрівняння власних видатків установи із тарифами, затвердженими вищестоящими установами. За умов

формування платних послуг є потреба у обчисленні валових видатків, включаючи знос устаткування. Крім цього обчислюються розміри доходу. В зв'язку із цим, ціни постають як загальний індикатор раціональності функціонування медичної установи, дійсний орієнтир напрямку функціонування.

Наступним кроком є обрахунок вартості фонду оплати праці із врахуванням кількості і якості зробленої роботи. На базі даних про величину ресурсів, що надаються на оплату праці, проводиться формування таких наступних документів, як положення про оплату праці і преміювання, про створення фондів грошових активів на матеріальне заохочення[35, с. 181].

Важливим напрямком діяльності медичного закладу є реалізація маркетингових міроприємств із ціллю знаходження надійних постачальників медикаментів, продуктів. Тут розв'язуються проблеми, зв'язані із наданням платних послуг, створенням цінової політики, оцінюється ринок, його складові.

У даний час медичні заклади приймають участь в створенні галузевих стандартів, факторів аналізу результативності роботи. Наявність індикаторів якості при формуванні величини фонду оплати праці надає кращі ефекти.

Сучасна робота в галузі охорони здоров'я потребує співпраці економічних служб із рештою суміжними службами, завданням яких є формування і оцінка даних про дії установи. За результатами співпраці усіх підрозділів створюються напрямки формування раціональності функціонування медичного закладу.

Розв'язуються проблеми про створення рахунків на оплату послуг, здійснюється фінансовий моніторинг за своєчасністю і повнотою їх оплати, проводиться перевірка та оплата рахунків установ, розв'язуються проблеми розвитку бухгалтерського обліку, формування тарифів.

В функціонуванні закладів суттєву роль мають проблеми оплати роботи, участі в створенні колективних трудових контрактів, формування та

підтвердження посадових інструкцій, робота із замовниками послуг, по створенню рахунків, перевірки боргів.

Із усієї групи усіх індикаторів фінансової ефективності дуже часто розраховують індикатори загальної рентабельності або раціональності застосування певних активів.

Загальну економічну результативність обчислюють за формулою:

$$E = P / Z \quad (1.1)$$

де:

P - економічний ефект функціонування організації (увесь дохід або прибуток);

Z – видатки на реалізацію власної діяльності.

Існують наступні індикатори фінансової ефективності використання активів:

Показник ефективності роботи:

$$E_t = P / Z_t \quad (1.2)$$

де :

Z_t - витрати на оплату праці;

P - економічний результат.

2) показник фондівдачі:

$$\Phi = P / Z \quad (1.3)$$

де :

P - економічний результат.

Z - вартість основних засобів.

Важливу групу економічних індикаторів містять показники, що означають ефекти економічної діяльності.

Оцінка усіх таких індикаторів надає змогу провести оцінку рівня успішності установи.

Чим вищими є розміри валового доходу та прибутку, чим новішими є основні активи та вищу якість мають оборотні засоби, чим більше є ресурсів в власному розпорядженні а, особливо, власних ресурсів, чим меншою є дебіторська заборгованість, тим кращі можливості в установі раціонально проводити власну діяльність.

З ціллю реалізації більш повної оцінки застосовують цілий ряд відносних показників:

1. Рентабельність - відношення вартості доходу до вартості активів, що використані для одержання прибутку. Прийнято вважати, що нормальним даний індикатор є у границях 0,2 - 0,3.

2. Показник стійкості– відношення вартості своїх активів до залучених. Він означає величину забезпеченості активами та вид залежності організації від запозичених джерел асигнування. Чим ліпше заклад забезпечений своїми активами, тим вищою є величина його економічної стабільності і незалежності.

3. Показник співвідношення боргів. Його розміри мають бути більшими за 1.

Оцінка економічного стану установи надає змогу провести оцінку трендів її розвитку, зробити комплексний аналіз економічного, комерційного функціонування та служить ланкою між функціонуванням та сферою управлінських рішень.

Оцінка господарської діяльності проводиться на базі 2 джерел даних.

Дані обліку застосовуються для реалізації зовнішньої економічної оцінки, а управлінського для реалізації внутрішнього.

Коефіцієнт автономії означає питому вагу своїх активів в вартості ресурсів, що є у наявності закладу. Обчислюється він за формулою:

$$K_a = \frac{K_c}{B} \quad (1.4)$$

де:

K_a - коефіцієнт автономії;

K_c - сума власних ресурсів;

B – вартість активів.

Коефіцієнт ліквідності означається співставленням ліквідної частини оборотних ресурсів – грошей, з короткостроковими боргами. Він обчислюється за формулою:

$$K_{\text{л}} = \frac{D_c + Y_{\text{б}}}{Q_{\text{кз}}} \quad (1.5)$$

де:

$K_{\text{л}}$ - коефіцієнт ліквідності;

D_c - сума грошових ресурсів;

$Y_{\text{б}}$ – вартість інвестицій у цінні папери;

$Q_{\text{кз}}$ - величина короткострокової заборгованості.

Коефіцієнт ліквідності описує, яку частку короткотермінових боргів установа має погасити найближчим часом.

Коефіцієнт маневреності означає те, яку частку своїх активів можна застосовувати. Він надає змогу провести оцінку правильності інвестування грошових активів у ресурси.

$$K_{\text{м}} = \frac{K_{\text{об}}}{K_{\text{с}}} \quad (1.6)$$

де :

$K_{\text{м}}$ - коефіцієнт маневреності;

$K_{\text{с}}$ - загальна сума власних грошових ресурсів;

$K_{\text{об}}$ - сума власних грошових ресурсів вкладених в оборотні кошти.

Коефіцієнт має бути більшим за 0,5. У даному випадку можна вважати, що менеджмент закладу раціонально керує своїми ресурсами .

Коефіцієнт покриття обчислюється як відношення грошових активів до короткотермінової заборгованості:

$$K_n = \frac{K_{об}}{Q_{кз}} \quad (1.7)$$

де :

K_n - коефіцієнт покриття;

$K_{об}$ – грошові ресурси;

$Q_{кз}$ - величина короткострокової заборгованості.

Коефіцієнт покриття означає рівень платоспроможності компаній. Для того щоб досягнути значного рівня платоспроможності необхідно вчасно проводити розрахунки і забезпечувати значний рівень ліквідності ресурсів .

1.3. Методологічні основи кошторисного планування бюджетних установ

Загальна потреба у функціонуванні бюджетної сфери визначається сутністю країни, що має виконувати загальні задачі і функції. Бюджету тут надають суттєву роль. Він охоплює економічні процеси, що проходять в соціумі. Це пов'язано із тим, що бюджет має допомагати країні виконувати її базові функції.

До сфери менеджменту державною галуззю відносять:

- Верховну Раду України;
- Адміністрацію Президента України;
- Міністерства та відомства України;
- Державні адміністрації;

- Органи місцевого самоврядування;

Бюджетне призначення – це певний тип повноваження, що передається основному розпоряднику державних активів та надає змогу виділяти бюджетні асигнування. Відповідно до затверджених видатків бюджетним розписом розпорядники ресурсів одержують бюджетні асигнування, що є умовою для створення та підтвердження кошторисів.

Кошторис є базовим документом бюджетної установи. Бюджетна установа має проводити облік самостійно. З ціллю економічного забезпечення власного функціонування вона створює індивідуальні кошториси і плани фінансування за кожною державною програмою. Для того, щоб заклад міг здійснювати свої задачі, варто створити план, у якому має бути описаний склад надходжень, що він одержить упродовж бюджетного року і певні витрати, що будуть проведені на її утримання.

Є 2 базових принципи асигнування:

- асигнування проводиться через систему розпорядників грошових активів;
- в ході асигнування застосовують бюджетну класифікацію.

Розпорядники державних ресурсів є суб'єктами бюджетних відносин. Їх список як та їх повноваження окреслюється Бюджетним кодексом.

Одним із принципів, відповідно до яких функціонує бюджетна сфера є принцип єдності. Він проводиться за сприяння єдиної юридичної бази, грошової системи.

Бюджетна класифікація - сфера надходжень і витрат за ознаками суті, функціональності і згідно до законів України і міжнародних стандартів.

Кошторис бюджетної закладу є цінним документом, який надає можливість державній установі на одержання надходжень та реалізації витрат, створює обсяги та напрямки застосування грошових активів для реалізації державною установою своїх функцій і завдань, означених згідно до державних призначень.

Видатки управляючих і отримувачів грошових активів в границях затверджених кошторисів, планів фінансування проводяться через відповідні рахунки розпорядників державних ресурсів. Такі рахунки відкриваються із ціллю одержання ресурсів із бюджетів різного рівня і моніторингу за їх застосуванням за кожен рік.

Після завершення бюджетного року рахунки закриваються, бо усі бюджетні назначення втрачають дійсність, за винятком випадків, якщо вони плануються на довготерміновий період.

Правові і економічні відносини у сфері державного асигнування з'являються в час створення та затвердження фінансового плану бюджетного закладу розпорядником державних активів. Це і є базою кошторисного асигнування на базі індивідуального грошово планову, який має сформулювати реалізацію окремих правових нормативів і означає їх в сфері цивільних правовідносин.

Вартість і типи державних витрат характеризуються типом фінансової сфери, функціями і ступенем розвитку країни.

Є дві частини кошторису:

- загальний фонд – надає дані про величину доходів грошових активів із загального фонду і їх розподіл на реалізацію державною установою своїх функцій та завдань;

- спеціальний фонд - містить дані про величину доходів із спеціального фонду бюджету на окремі цілі і їх розподіл на реалізацію витрат, згідно до законів. Ці ресурси теж виділяються на реалізацію планових основних міроприємств.

Витрати із спеціального фонду за рахунок власних ресурсів застосовуються так: на окрему ціль, на погашення заборгованості закладу перед позичальниками, на реалізацію міроприємств, що зв'язані із виконанням своїх функцій, асигнування яких не означено, чи не повністю означено витратами загального фонду.

Разом із кошторисом затверджують плани фінансування та штатний розпис бюджетного закладу. До моменту їх підтвердження витрати фінансуються відповідно із проектами кошторисів.

Грошові активи на асигнування державних установ і закладів вирізняються за статтями витрат відповідно із державною класифікацією. Менеджери закладів мають можливість збільшувати квартальні витрати по одній із статей за рахунок зниження витрат по решту статтях без росту усієї вартості фінансування за кошторисом. Такі економічні операції можуть здійснюватися по усіх статтях, окрім асигнувань на оплату праці, капітальних витрат, видатків на харчування, стипендій. Заклади, що асигнуються із державного бюджету не можуть переспрямовувати ресурси, що виділяються на купівлю обладнання і інвентарю.

Витрати закладів бюджетної галузі, що фінансуються в бюджетній формі, поділяються на 2 частини: витрати розвитку і поточні витрати. Останні, в власну чергу, є операційними і адміністративно-господарськими.

Адміністративно-господарські видатки - це витрати на забезпечення менеджменту, обслуговуючих працівників, на оплату коштів на відрядження, на купівлю інвентарю. В власну чергу, операційні витрати — видатки, що зв'язані із основним типом функціонування закладу - асигнування оплати праці, на харчування і ін.

Велику частку грошових активів в сфері кошторисно-бюджетного асигнування виділяють на соціально-культурні міроприємства. До соціально-культурних витрат відносять: асигнування із соціального захисту людей та соціальне забезпечення, витрати на освіту, культуру, науку.

Виділення грошових активів на означені цілі має велике значення, бо стратегія в цій галузі створює почуття задоволення або розчарування станом розвитку України.

За умов нестачі грошей соціальна галузь і культура є дуже вразливими формами функціонування, бо велика частка витрат на дані цілі фінансується за остаточним принципом.

В минулому у країні уся соціально-культурна галузь загалом фінансувалася із бюджету та процеси асигнування регулювалися нормами державного права. Ці нормативи окреслюють систему відносин у сфері створення та застосування активів, що є складовою національного доходу із ціллю забезпечення реалізації базових держаних функцій.

Поряд із появою соціальних і культурних установ приватного типу власності відбувалася зміна сфери асигнування соціально-культурної галузі. Раніше правове управління витратами на культуру проводилося :

а) за нормами права, що визначають суть кошторисно-бюджетного асигнування закладів і установ;

б) за нормами цивільного і господарського, економічного, права, що регламентують асигнування закладів і установ недержавного типу власності, що провадять діяльність із ціллю одержання доходу.

Таким чином, разом із появою культурних і мистецьких установ недержавного типу власності правове управління фінансовими відносинами в соціально-культурній галузі певною мірою регулюється статтями цивільного і господарського права. В сфері кошторисно-бюджетного фінансування залишаються соціально-культурні заклади комунального і державного типу власності.

В даний час формування асигнування на соціальні виплати громадянам є найважливішим завданням уряду.

Важливим напрямком функціонування закладів бюджетної галузі є залучення додаткових активів до бюджету і зростання раціональності їх використання. Бюджетні заклади повинні сформувати систему раціонального використання активів, що є в їх управлінні. Кошти, що приходять від оренди активів і є у управлінні закладів, мають направлятися на погашення боргів із оплати праці.

Законодавство України надає гарантії людям у сфері охорони здоров'я, медичну допомогу. Фінансування сфери охорони здоров'я проводиться за рахунок державних асигнувань медико-санітарних закладів. Відповідно до

законів України допомога формується безоплатно в державних та громадських установах, а держава стимулює розвиток медичних закладів усіх типів власності, проводить розвиток фізичної культури і спорту, формує санітарно-епідемічне обслуговування людей.

В сфері охорони здоров'я ресурси виділяють на: асигнування лікарень, медичних установ, амбулаторій, на забезпечення стоматологічних поліклінік, виготовлення і купівлю обладнання, протезів.

Поряд із державними органами охорони здоров'я формується мережа медичних закладів, що функціонують на госпрозрахунковій основі. Державні установи охорони здоров'я можуть теж надавати платні послуги громадянам. Зокрема поліклініка має надавати безплатні послуги громадянам, яких обслуговує в своєму районі, і має можливість надавати дані ж послуги за гроші громадянам решту регіонів.

Кошти державного бюджету застосовуються на :

- амбулаторну допомогу;
- стаціонарну допомогу;
- спеціалізовану допомогу;
- санітарно-епідеміологічний моніторинг;
- решту програми, що затверджені урядом.

Величину ресурсів, що надають із бюджету обчислюють на базі науково обґрунтованих нормативів із розрахунку на 1 людину. Місцеві бюджети фінансують лікарські заклади загального виду і станції швидкої медичної допомоги.

Грошові активи, що є в управлінні установ охорони здоров'я не спрямовуються до бюджету, а зменшення рівня асигнування в наступному році не проводиться.

Відомчі заклади сфери охорони здоров'я провадять послуги тільки людям за професійною ознакою. Їх асигнування проводиться за рахунок ресурсів компаній і установ. Такі установи можуть теж фінансуватися за

рахунок ресурсів бюджетів, якщо робітники таких закладів становлять велику частину людей цієї території.

Заклади охорони здоров'я мають можливість використовувати ресурси, що добровільно надаються їм компаніями, закладами і громадянами. З дозволу вищестоящего органу установи охорони здоров'я можуть формувати плату за надання послуг.

Видатки на фінансування сфери охорони здоров'я містять :

- видатки на забезпечення лікарень, поліклінік, диспансерів;
- видатки на реалізацію санітарно-профілактичних міроприємств.

В ході реалізації моніторингу за результативністю прогнозування видатків, акцентують, у загальну чергу, увагу на аналізі середньорічних індикаторів, що означають загальні основи функціонування закладів, а саме обсяг ліжок і строки їх застосування, кількість медичних окладів, обсяги допомоги в поліклінічній сфері.

В стаціонарі на основі лікарень враховують обсяг ліжок та кількість ліжок днів. Вартість ліжок місць означає величину надання допомоги. Вони є розпорядчими та фактичними. Розрахунок нормативної потреби проводиться, виходячи із числа громадян, що обслуговує лікарня і індикаторів їх госпіталізації .

$$П_{н} = \frac{П \times Н}{100 \times О} \quad (1.8)$$

де :

П_н - нормативна потреба в ліжках;

П - відсоток госпіталізації;

Н – кількість людей, що обслуговуються;

О - оборот ліжок.

Показник обороту ліжок визначається за наступною формулою :

$$О = \frac{Д_{л}}{Т} \quad (1.9)$$

де :

Дл – кількість ліжок, що використовуються протягом року ;

Т - середня кількість днів, протягом яких хворий перебуває у лікарні .

Фактична наявність - це обсяг встановлених ліжок в лікарні. Поскілки є випадки, що строк застосування ліжок тяжко розрахувати, то вважають, що вони застосовуються на протязі 180 днів. Кількість ліжок днів – це індикатор, що розраховується як добуток числа ліжок у лікарні і числа днів їх застосування. Він обчислюється із ціллю здійснення аналізу обсягів витрат на закупівлю матеріалів.

В поліклініках застосовують такий індикатор, як кількість відвідувань. Його обчислюють як добуток числа жителів на середню кількість відвідувань поліклініки в році.

Середньорічний обсяг ліжок (К) обчислюється наступним чином :

$$K = P + B_1 \cdot M_1 / 12 - B_2 \cdot M_2 / 12 \quad (1.10)$$

де :

П – перехідна кількість ліжок;

B1 – кількість нових ліжок;

M1 – строк використання нових ліжок у місяцях за рік ;

B2 – кількість ліжок які не використовують ;

M2 – період упродовж якого не використовували ліжка .

В поліклініках кількість посад обчислюють на базі норм, що затверджує Міністерством охорони здоров'я. Середній обсяг відвідувань лікаря за 1 день аналізують за такими параметрами :

- обсяги хворих ;
- обсяг хворих, що обслуговуються на дому ;
- величина профілактичної допомоги громадянам.

Кількість відвідувань. Її можна обчислити за формулою.:

$$B_n = \sum_{i=1}^n \ddot{E}_{ci} \cdot \times_i \cdot \dot{I}_i \cdot \ddot{A} \quad (1.11)$$

де :

B_n – загальна кількість відвідувань;

n – кількість медичних спеціальностей;

E – середньорічна кількість посад;

x – кількість годин роботи день;

I – норма хворих;

A – кількість робочих днів у році.

Заробітна плати формується у розрізі категорій :

- лікарі;
- медичний персонал;
- адміністративно управлінський персонал.

По них обчислюють фонд оплати праці, приймаючи до уваги кількість штатних одиниць та середній рівень плати за працю лікарів. Річний фонд оплати праці (O) розраховується за формулою .

$$\hat{O}_{\partial^3 e} = \sum_{i=1}^n C_{ci} \cdot C_{ci} \cdot 12 \quad (1.12)$$

де :

O – середньомісячний рівень оплати праці визначений для медичного персоналу;

C_{ci} – середньорічна кількість посад .

Кількість лікарів формується за штатними розписами. Кількість працівників по лікарнях розраховується залежно від можливостей закладів, а саме кількості медичних послуг, що має надати дана установа. Показники потужності окреслюється за такими чинниками:

- обсяг ліжок;

- величина оснащення існуючим обладнанням та апаратурою.

Середня величина оплати роботи медичних робітників обчислюється на базі тарифікаційних списків. Він є документом, на базі якого розраховується величина фонду оплати праці. Середня вартість ставки обчислюється методом діленням фонду оплати праці на кількість тих хто працює. При цьому, розміри фонду оплати праці працівників обчислюється методом множення числа штатних одиниць на середню величину оплати роботи одного робітника.

По стаціонарних відділеннях обсяг штатних одиниць розраховується виходячи із нормативу числа ліжок на 1 лікаря. Цей норматив є наступним:

- терапевтичне відділення - посада на 25 ліжок ;
- хірургічне відділення - посада на 25 л;
- гінекологічне відділення - посада на 15 ліжок ;
- урологічне відділення - посада 20 ліжок.

По поліклінічних відділеннях обсяг штатних одиниць розраховується на базі кількості лікарських відвідувань по спеціалістах та нормах прийому лікарем у день.

Заробітна плата медичних працівників обчислюється на базі тарифікаційних списків. Кількість молодших медичних працівників залежить від числа лікарів. Крім того враховують величину медичних послуг, що надає лікарня або поліклініка. Фонд їх оплати праці обчислюють за такою формулою.

$$Зп = К * В \quad (1.13)$$

де :

К- кількість одиниць молодшого персоналу ;

В - середній рівень оплати праці.

Вартість оплати праці роботи лікарів залежить від величини посадового окладу і надбавок та доплат. Розрахунок кількості наступних витрат проводиться за формулою:

$$B = M * P \quad (1.14)$$

де :

B - видатки за видом розрахунків;

M – індикатори на одиницю видатків;

P – середні величина видатків за певним їх кодом.

Загальною ознакою лікарень є велика частина видатків на харчування і медикаменти. Їх розміри формуються згідно до числа ліжок днів. Аналіз кількості видатків на продукти харчування здійснюється за нормативами.

Сума видатків на харчування обчислюється, як :

$$B_x = K * K_d * H \quad (1.15)$$

де :

K - кількість ліжок ;

K_d - кількість днів їх використання;

H - норма витрат продуктів.

Видатки на купівлю медикаментів плануються за нормами на 1 ліжко-день.

Обсяги видатків на харчування та медикаменти обчислюються за формулою:

$$I_{\hat{n}} = \left(\sum_{j=1}^n H_j \cdot O_j \right) / 100 \quad (1.16)$$

де :

I — середньозважена потреба видатків;

H — індивідуальна норма потреба;

O — питома вага ліжок і-го виду у усій.

Для обчислення видатків на купівлю м'якого інвентарю застосовують наступну формулу:

$$I_i = \left(\sum_{j=1}^n H_{ij} \cdot O_j + \sum_{j=1}^n H_{\bar{a}j} \cdot O_j \right) / 100 \quad (1.17)$$

де :

H_{ij} – індивідуальна норма потреб видатків на купівлю м'якого інвентарю;

$H_{\bar{a}j}$ – індивідуальна норма потреб видатків на купівлю усього інвентарю;

O_j – питома вага ліжок i -го виду у усій структурі.

У даний час широкого застосування набуло медичне страхування разом із проведенням профілактичних міроприємств за рахунок грошових активів суб'єктів господарювання.

Висновки до розділу 1

Система охорони здоров'я є однією із найважливіших галузей суспільного життя. За останні декілька років обсяги фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я у країні зменшилися. Закладам не вистачає ресурсів для раціональної реалізації своїх функцій. В загальну чергу це є результатом складної фінансової та політичної ситуації у країні. Зрозуміло, що величина і якість послуг із медичного обслуговування людей прямо пропорційно залежить від обсягів асигнувань даної галузі.

Існують наступні характерні риси фінансування установ охорони здоров'я:

- сфера охорони здоров'я має фінансуватися за рахунок ресурсів держави та активів фізичних або юридичних осіб;
- добровільне медичне страхування у країні провадять страхові організації, що працюють на комерційній основі. Для такої системи асигнування закладів охорони здоров'я звичним є значна величина конкуренції між страховиками;

Є 2 базові види державних систем фінансування медицини:

- сфера обов'язкового медичного страхування;
- сфера державного фінансування охорони здоров'я.

У сфері державного фінансування розпорядниками грошових активів є державні органи. Вони фінансують медичну допомогу, що формується для людей медичними закладами переважно державного типу власності.

Перевагою бюджетного типу фінансування медицини в зрівнянні зі страховою є менша величина управлінських видатків. Вона містить кращі можливості проводити моніторинг за функціонуванням медичних закладів.

Страхова сфера фінансування медицини відзначається суттєвою кількістю суб'єктів менеджменту, значним ступенем ефективності використання грошових активів.

РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ УСТАНОВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Аналіз видатків установи

Зкладам і організаціям, що асигнуються за рахунок грошових активів бюджету є притаманним цілий ряд стійких специфічних ознак, що потрібно приймати до уваги при здійсненні оцінки їх фінансово-господарського функціонування.

Бюджетні установи зобов'язанні застосовувати грошові активи за цільовим призначенням, а це у власну чергу передбачає чітке дотримання економічної дисципліни.

Основним документом, у якому є дані про величину, напрямки застосування грошових активів, що надають із бюджету на забезпечення установ, є кошторис надходжень і витрат. Визначені у кошторисі бюджетні асигнування є максимально допустимими. Здійснювати витрати більше за дані суми не дозволяється. Вартість надходжень і витрат кошторису, базові індикатори, за якими він створюється, нормативи для обчислення кількості видатків доводяться до установ вищестоящими закладами.

В ході реалізації оцінки враховують характерні риси створення кошторисів державних закладів. Вони обумовлюються рисами витрат і порядком їх реалізації. Виділені ресурси і раціональне їх використання залежить від своєчасності підтвердження кошторису та точності індикаторів, що містяться у ньому.

Особливе значення містить результативність реалізації поквартального розподілу фінансування, а теж оцінка зроблених у кошторисі змін. Чинними законами передбачена поквартальна зміна вартості кошторису в зв'язку із інфляцією.

В ході асигнування медичних закладів контролюється раціональність застосування виділеного фінансування. Система поточного асигнування

державних закладів є неефективною без стійкої оцінки місячних і квартальних звітів. На їх базі має бути оцінено дотримання планів по штатах та контингентах, а теж величина освоєння виділених активів.

Грошові відносини у державній галузі носять в цілому постійні риси. Бюджетні установи провадять великий обсяг різноманітних суспільно суттєвих послуг, що оплачуються не кінцевим користувачем, а за рахунок грошових активів державного бюджету. Це створює певний вид моніторингу за якістю функцій, що здійснює бюджетна установа, а теж за результативністю використання своїх активів.

Розрахунок вартості послуг державних закладів проводиться на базі прогнозування, виходячи із реальної вартості видатків і можливостей бюджету профінансувати наступні видатки. Фінансовий стан державних закладів, величина їх розрахунків із дебіторами і позичальниками суттєво залежить від кількості наданих послуг і їх якості, від своєчасності і повноти їх асигнування.

В ході економічного функціонування установи застосовують грошові активи згідно до затвердженої величини видатків і в відповідності до бюджетної класифікації. Така система менеджменту зменшує результативність економічного управління, змогу оперативного маневрування активами за невизначених умов.

Аналіз грошового стану закладів охорони здоров'я проводиться за наступними індикаторами і рисами:

- характерні риси економічної діяльності закладу;
- оцінка складу видатків у розрізі статей;
- обрахунок прибутковості платних медичних послуг і оцінка їх динаміки за 2021-2023 рр.

Склад і структура поточних видатків лікарні за 2021-2023 рр.. (тис.грн)

№ п/п.	Статті витрат	2021 рік	2022 рік	2023 рік	Відхилення 2022 р. від 2021 р.		Відхилення 2023 р. від 2022 р.	
					тис.грн.	%	тис.грн.	%
1	Оплата праці	1832,19	2791,82	2816,03	959,63	152,38	24,21	100,87
2	Нарахування на зарплату	610,93	885,75	783,37	274,82	144,98	-102,39	88,44
3	Витрати на матеріали	1417,27	2571,98	5760,88	1154,70	181,47	3188,90	223,99
4	Канцелярські витрати	219,51	275,03	471,93	55,53	125,30	196,90	171,59
5	Медикаменти і перев'язувальні засоби	487,89	798,20	3098,72	310,31	163,60	2300,52	388,21
6	М'який інвентар та обмундирування	10,24	14,08	37,55	3,84	137,49	23,47	266,72
7	Продукти харчування	642,86	1135,32	1453,24	492,46	176,60	317,92	128,00
8	Інші витратні матеріали і предмети постачання	56,83	349,34	699,42	292,51	614,75	350,09	200,21
9	Витрати на відрядження	7,19	5,76	13,92	-1,43	80,12	8,15	241,41
10	Оплата транспортних послуг	220,37	317,91	550,13	97,54	144,26	232,22	173,05
11	Оплата послуг зв'язку	3,78	4,74	5,06	0,96	125,29	0,32	106,73
12	Оплата комунальних послуг	750,06	859,34	870,47	109,29	114,57	11,13	101,30
13	Інші поточні витрати на закупівлі товарів і оплату послуг	74,65	45,17	2041,96	-29,48	60,51	1996,80	4521,02
	Всього	6333,78	10054,45	18602,69	3720,67	158,74	8548,24	1,85

Таблиця 2.2

Склад і структура капітальних видатків лікарні за 2021-2023 рр.. (тис.грн)

№ п/п.	Статті витрат	2021 рік	2022 рік	2023 рік	Відхилення 2022 р. від 2021 р		Відхилення 2023 р. від 2022 р.	
					тис.грн.	%	тис.грн.	%
1	Придбання обладнання і предметів довгострокового користування	14,47	566,16	460,14	551,69	39,14	-106,01	0,81
2	Капітальний ремонт	1227,18	1238,10	1027,34	10,93	1,01	-210,76	0,83
3	Всього	1241,64	1804,26	1487,48	562,62	1,45	-316,78	0,82

У складі лікарні функціонують 7 підрозділів:

- стаціонар;
- поліклініка;
- жіноча консультація;
- стоматологія;
- відділення швидкої медичної допомоги;
- фельдшерсько-акушерський пункт.

Установа надає послуги із професійного медичного огляду робітників решту установ та організацій.

На початок 2021 року стан закладу варто вважати задовільним. Йому вдалося розвинути матеріально-технічну базу, оновити структуру автомобілів, купити нову апаратуру, апарати УЗД, примусової вентиляції легенів, мобільний рентген-апарат, електроенцефалограф, біохімічні аналізатори та т.д.

Важливою проблемою закладу є ремонт приміщень і потреба в грошових активах на добудову споруди стаціонару і лабораторії.

Базовими джерелами даних для здійснення оцінки економічного стану установи і аналізу раціональності її функціонування є:

- бухгалтерська звітність за 2021, 2022, 2023 рр.;
- кошторис видатків і звіт про його реалізацію за 2021, 2022, 2023 рр.;
- дані про величину та ціну наданих платних послуг;
- обчислення статей калькуляції за 2021, 2022, 2023 рр..

Склад видатків за цільовим призначенням описують галузеві стандарти функціонування державних закладів.

За результатами оцінки варто сформулювати наступні висновки: динаміка обсягів асигнування лікарні є позитивною. Витрати закладу стабільно збільшуються .

В 2022 році зростання фінансування склало 59% в зрівнянні із минулим роком. Усього, можна відмітити, що у даному році збільшилися видатки за

статтями «Придбання предметів постачання та витратних матеріалів». Це зумовлено потребами в матеріалах в поточному році.

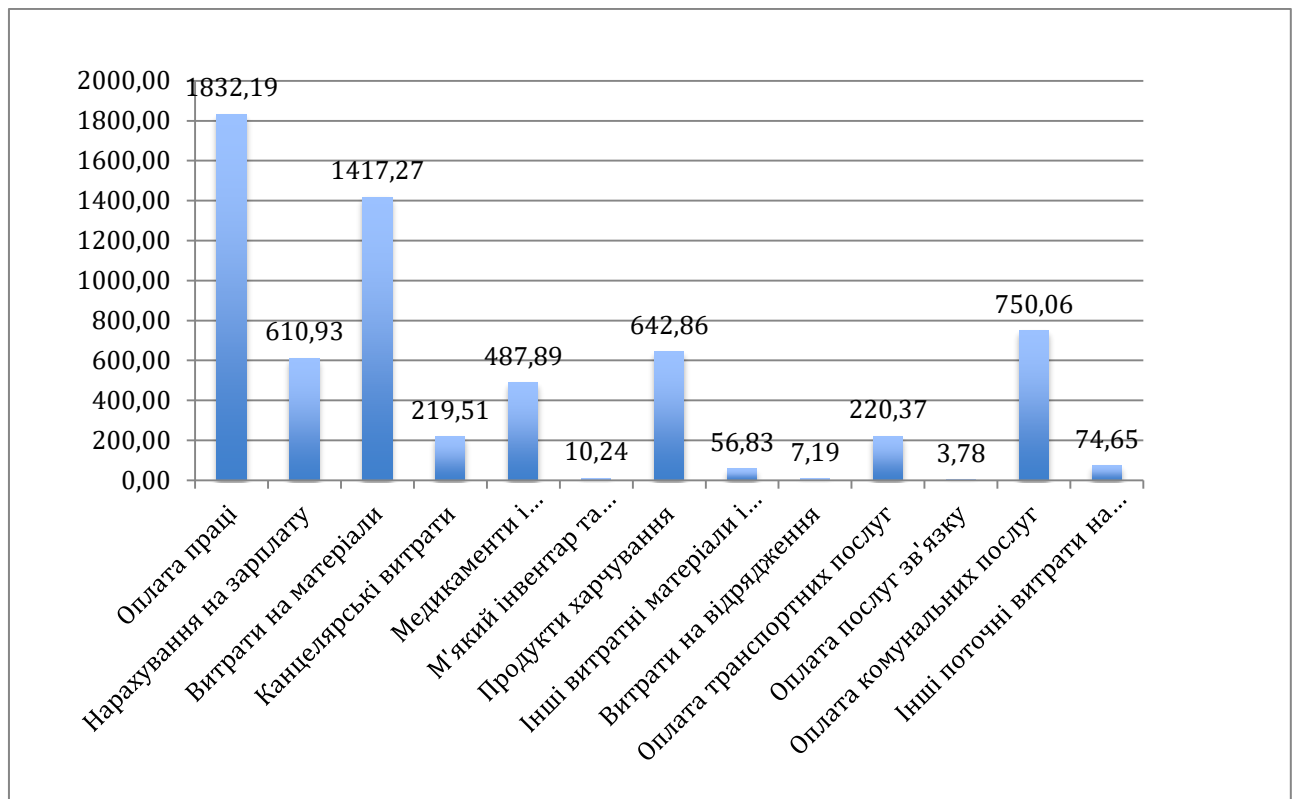


Рис. 2.1. Динаміка поточних видатків лікарні у 2021 році (тис.грн.)

Коли уважніше оцінити видатки по цій статті, то можна відмітити тренд до росту видатків на медикаменти і перев'язувальні засоби, і теж на продукти харчування. Це зумовлено зростанням величини цін на дані предмети у 2022 році. Окрім того збільшилися витрати по статті «Інші предмети постачання», бо у даному році здійснено оновлення меблів та закуплена нова апаратура.

Оцінка вказує на те, що збільшилися теж видатки на заробітну плату і нарахування на заробітну плату, бо частково збільшений штат робітників, а теж відбувся несуттєвий ріст величини оплати праці робітників.

По капітальних витратах - збільшилася величина фінансування на купівлю нової апаратури. В 2022 році лікарня придбала лікувально-

діагностичну апаратуру, автомобілі швидкої допомоги, і теж комп'ютери і оргтехніку для своїх потреб.

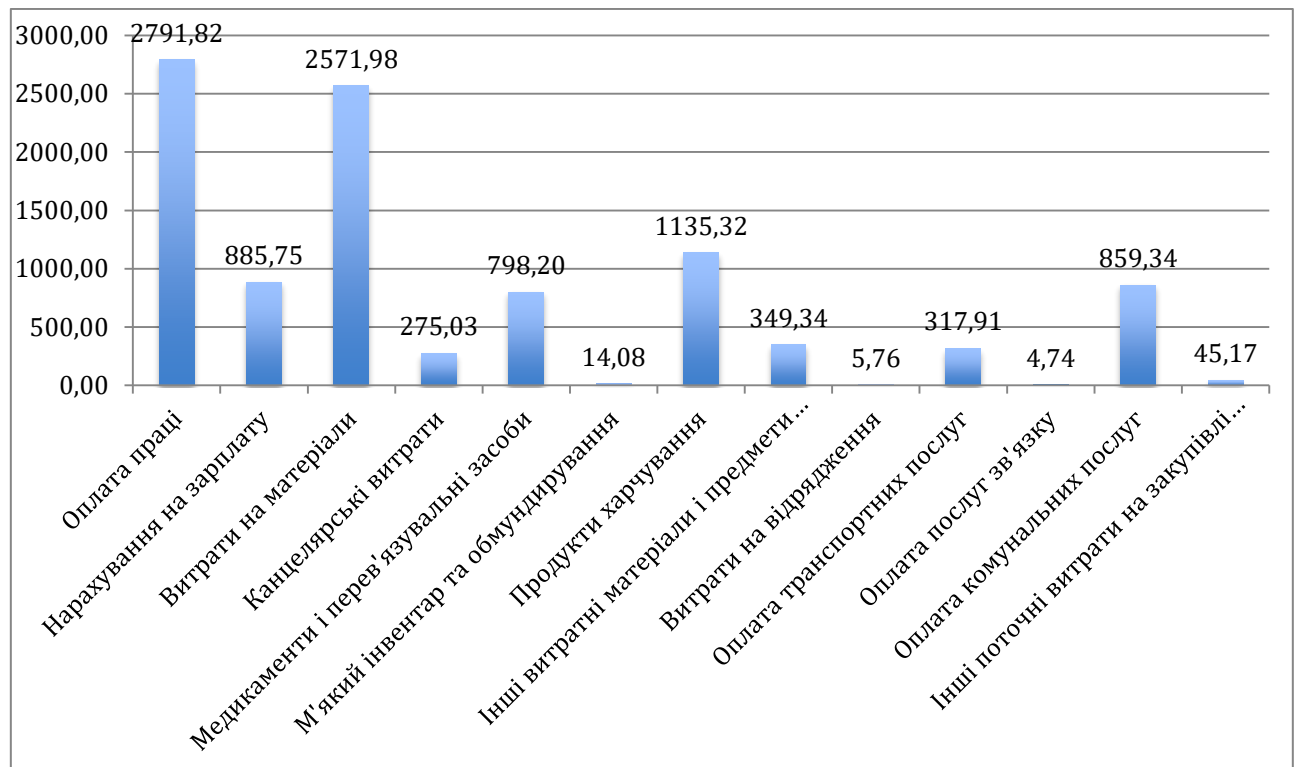


Рис. 2.2. Динаміка поточних видатків лікарні у 2022 році (тис.грн.)

В 2023 році індикатор росту обсягів державного асигнування склав 6,7%.

Виходячи із даних оцінки варто відзначити такі зміни у складі видатків: несуттєво в зрівнянні зросли видатки на оплату роботи із нарахуваннями, що вказує на те, що в 2023 році було скорочення кадрів у закладі. В кінці даного року, у досліджуваному закладі, із одного боку, був ріст оплати праці робітників, а із іншого - підвищилася борги із оплати праці. Значний ріст витрат проводиться по статті «Придбання матеріалів», що є ефектом збільшення стаціонарного відділення, збільшенням числа ліжок і зростанням цін на медикаменти і решту предметів у кінці 2023 року.

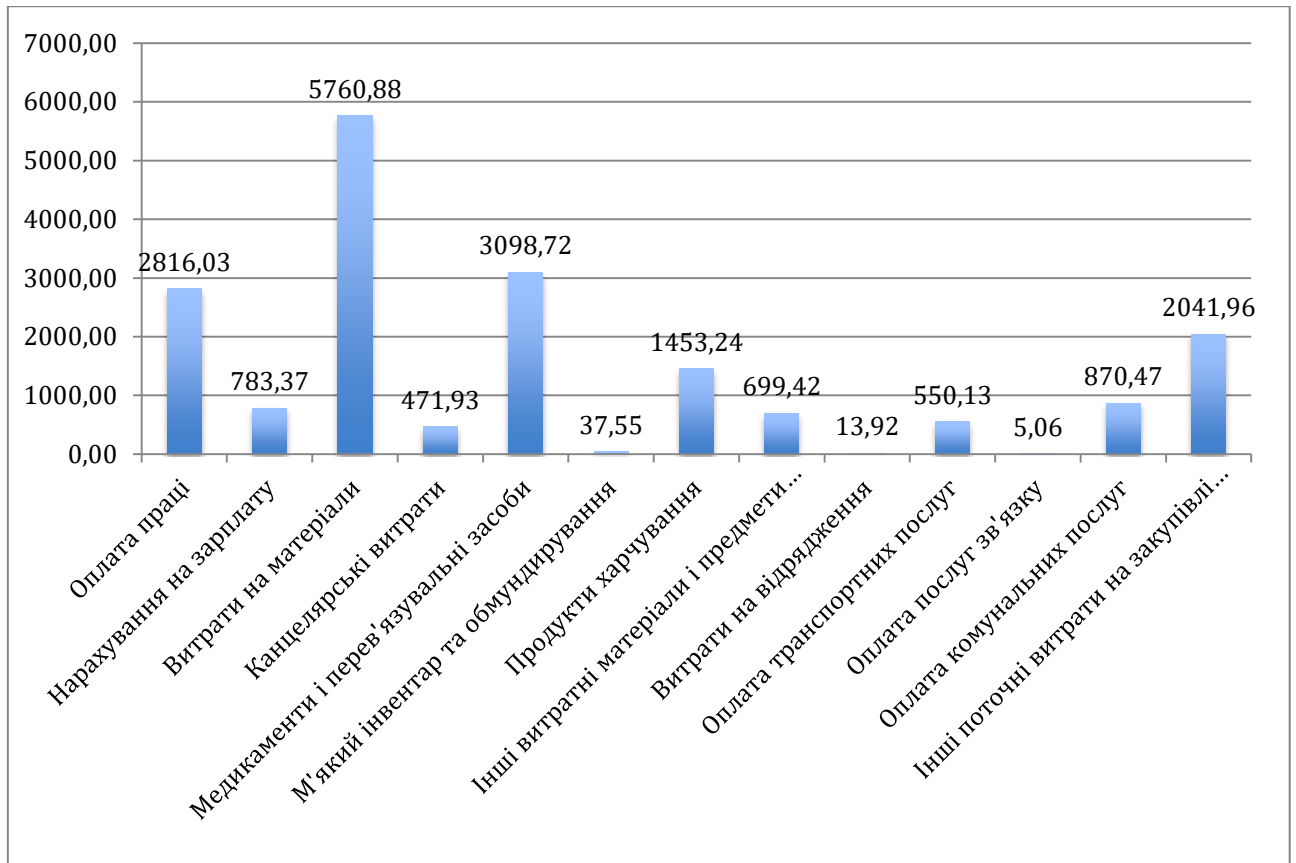


Рис. 2.3. Динаміка видатків лікарні у 2023 році (тис.грн.)

В 2023 році зросли видатки за статтею «Витрати на відрядження». Це зумовлено потребою здійснення перепідготовки та підвищення кваліфікації. Зросли теж видатки по статті «Інші витрати». Відбувся ремонт старого електрообладнання, каналізаційної апаратури у поліклініці. Обсяги капітальних витрат знизилися, бо ремонт та будівельні роботи були зупинені в зв'язку із нестачею ресурсів.

За результатами здійсненого аналізу, по складі витрат за 3 роки можна відзначити, що велика частка видатків в 2021 та в 2022 роках припадала на капітальні видатки: будівництво діагностичного відділення і купівлю медичної апаратури – 19,6% та 17,9% згідно. Дана величина вказує на ріст величини технічного забезпечення закладу і несуттєве поліпшення умов обслуговування пацієнтів. В 2023 році стан змінився – велика частка видатків

державних активів – це поточні видатки лікарні. Такий стан є характерним для значної кількості установ сфери охорони здоров'я.

На фінансовий стан установ охорони здоров'я впливає теж величина позабюджетних реуссрів, як ефект надання платних медичних послуг.

Основну систему аналізу раціональності надання платних послуг варто представити в наступній формі:

$$B - C = \Phi P \quad (2.1)$$

де :

B - величина виручки від надання платних медичних послуг;

C - загальна собівартість наданих послуг;

ΦP - фінансовий результат від надання медичних послуг.

В власну чергу виручку аналізують множенням величини наданих послуг (K) на ціну послуги (Ц), а базова собівартість - множенням величини наданих послуг на собівартість. Усе це варто описати в формі такої математичної системи:

$$K * C - K * C_1 = \Phi P \quad (2.2)$$

Важливими індикатором економічного стану закладу охорони здоров'я є прибутковість.

Розрахунок індикаторів прибутковості проводиться із застосуванням таких базових формул:

$$R_{n1} = \Phi P / C * 100 \quad (2.3)$$

$$R_{n2} = \Phi P / B * 100 \quad (2.4)$$

де :

R_{n1} - рентабельність послуг. Виражає величину фінансового результату

на 1 грн. витрат;

$Rn2$ - рентабельність послуг. Виражає величину фінансового результату на 1 грн. виручки.

де :

ФР - фінансовий результат від надання послуг;

С - собівартість послуг;

В - виручка від послуг.

Таблиця 2.3

Рентабельність послуг установи у 2021 році

Назва відділення	Виручка, грн.	Собівартість, грн.	Фінансовий результат, грн.	Показники рентабельності, %	
Консультативно-поліклінічне (консультації)	17105,87	17105,87	-	-	-
Променевої діагностики	20174,59	15518,91	4655,68	23,08	30,00
Функціональної діагностики	16973,88	13056,83	3917,05	23,08	30,00
Клініко-діагностична лабораторія	337,73	259,79	77,94	23,08	30,00
Ендоскопічне	1212,63	932,79	279,84	23,08	30,00
Консультативно-поліклінічне (операції)	12423,37	9556,44	2866,93	23,08	30,00
Патоморфологічне	13913,46	10702,66	3210,80	23,08	30,00
Всього	82141,53	67133,29	15008,24	18,27	22,36

Розвиток сфери платних медичних послуг обумовив ріст доходу в 2022 і у 2023 році. Такий ріст доходу в 2023 році в зрівнянні із минулим роком

пов'язаний із зростанням кількості платних послуг. На ріст доходу теж вплинув незначний ріст цін на послуги, що провадить заклад.

Таблиця 2.4

Рентабельність послуг установи у 2022 році

Назва відділення	Виручка, грн.	Собівартість, грн.	Фінансовий результат, грн.	Показники рентабельності, %	
Консультативно- поліклінічне (консультації)	22237,63	22066,57	-	-	-
Променевої діагностики	26226,97	19088,26	7138,71	27,22	37,40
Функціональної діагностики	22066,04	16843,31	5222,73	23,67	31,01
Клініко-діагностична лабораторія	439,05	322,14	116,91	26,63	36,29
Ендоскопічне	1576,42	1221,95	354,46	22,49	29,01
Консультативно- поліклінічне (операції)	16150,38	12394,70	3755,68	23,25	30,30
Патоморфологічне	18087,50	13592,38	4495,12	24,85	33,07
Всього	106783,99	85529,32	21083,61	19,74	18,3

Видатки закладу на надання платних послуг збільшилися у 2022 році та у 2023 році. Велика їх частка – це видатки на проведення консультацій. Вартість цього типу послуг формується централізовано. В результаті розмір собівартості аналогічний виручці, що одержана від надання таких послуг.

В 2023 році проводиться зменшення видатків одночасно із збільшенням кількості доходу. Це вказує на наявність резервів із менеджменту матеріальних витрат.

Рентабельність послуг установи у 2023 році

Назва відділення	Виручка, грн.	Собівартість, грн.	Фінансовий результат, грн.	Показники рентабельності, %	
Консультативно-поліклінічне (консультації)	26907,53	26700,55	-	-	-
Променевої діагностики	31734,63	23096,79	8637,84	27,22	37,40
Функціональної діагностики	26699,91	18696,07	6319,51	23,67	33,80
Клініко-діагностична лабораторія	531,25	367,24	141,46	26,63	38,52
Ендоскопічне	1907,47	2077,32	428,90	22,49	20,65
Консультативно-поліклінічне (операції)	19541,96	17228,64	4544,37	23,25	26,38
Патоморфологічне	21885,87	21068,19	5439,09	24,85	25,82
Всього	129208,62	109234,80	25511,17	19,74	23,35

За час 2022 - 2023 роки різниця між одержаними доходами і витратами теж збільшується. Найбільший ріст відмічається за результатами діяльності відділення функціональної діагностики. За даний час зріс обсяг операцій, що здійснений консультативно-поліклінічним відділенням. Суттєве зменшення кількості доходу є за результатами функціонування відділення діагностики.

Отже, за результатами оцінки економічного стану закладу можна сформулювати наступні висновки.

В 2021 році величина доходності є стійкою. В 2022 році фінансова діяльність закладу була направлена на ріст кількості надання платних послуг, а отже, і на ріст кількості надходжень. Як зрозуміло із зазначених вище

таблиць, величина доходів є постійною. За всіма відділеннями відбувається ріст кількості наданих послуг.

В 2023 році, заклад нарощує величину прибутковості за рахунок зменшення величини видатків та незначного росту цін. Незважаючи на те, що ріст кількості наданих послуг є несуттєвим, фінансовий стан установи є задовільним.

Здійснимо порівняльну оцінку витрат закладу за 3 роки. Динаміка асигнування лікарні є позитивною. В 2022 році величина асигнування збільшилася на 9,4% в зрівнянні із минулим роком, а в 2023 році - на 6,6%. Оцінка динаміки видатків бюджетних активів надає змогу сформулювати такі висновки. В 2021 році суттєва величина державних грошових активів була запланована на капітальний ремонт. В даному році значну частку поточних витрат склали видатки на оплату праці. З початку 2022 року лікарня нарощує поточні витрати та зменшує капітальні. Частину державних ресурсів передбачалося застосувати на придбання: автомобілів, техніки, медичної апаратури. Упродовж оцінюваного часу велика частка медичної апаратури лікарні є зношеною, несправною чи не застосовується. Упродовж 2023 року частку капітальних витрат профінансовано. Решту державних грошових активів лікарня хоче використати на медикаменти, а отже суттєво наповниться склад медикаментів і перев'язувальних матеріалів.

В 2023 році частка державних грошових ресурсів використана на удосконалення системи електропостачання у лікарні.

Ріст видатків на транспорт був за рахунок того, що установа додатково придбала 2 машини швидкої допомоги.

В 2023 році було заплановано здійснити підвищення кваліфікації медичних працівників за рахунок державних ресурсів. Це призвело до росту кількості видатків на відрядження.

Таблиця 2.6

Склад і структура кошторисних призначень лікарні за 2021-2023 рр. (поточні видатки)

№ п/п	Статті витрат	2021 рік.	2022 рік.	2023 рік.	Відхилення 2022 р. від 2021 р.		Відхилення 2023 р. від 2022 р.	
					тис.грн.	%	тис.грн.	%
1	Оплата праці	1767,67	2902,29	2641,24	1134,61	164,18	-261,05	91
2	Нарахування на зарплату	551,1	881,45	662,25	330,35	159,94	-1992,7	75,13
3	Витрати на матеріали	1332,19	2535,74	5953,71	1203,54	190,34	31072,5	234,79
4	Канцелярські витрати	234,24	275,29	463,13	41,05	117,52	1707,6	168,23
5	Медикаменти і перев'язувальні засоби	471,96	781,05	3228,54	309,08	165,48	22249,9	413,35
6	М'який інвентар та обмундирування	10,23	13,81	38,96	3,58	135,05	228,6	282
7	Продукти харчування	558,98	1113,71	1435,78	554,73	199,23	2927,9	128
8	Інші витратні матеріали і предмети постачання	56,77	351,85	787,29	295,08	619,78	3958,5	223,7
9	Витрати на відрядження	7,19	5,77	13,21	-1,41	80,27	67,6	228,76
10	Оплата транспортних послуг	226,46	328,17	453,36	101,70	144,90	1138,1	138,14
11	Оплата послуг зв'язку	4,29	4,62	5,06	0,33	107,69	4	109,52
12	Оплата комунальних послуг	700,27	831,62	902	131,35	118,75	639,8	108,46
13	Інші поточні витрати на закупівлі товарів і оплату послуг	73,57	54,30	1921,95	-19,27	73,80	16978,6	3539,05
	Всього	5994,97	10079,72	18506,52	4084,75	168,13	78719,34	183,60

Таблиця 2.7

Склад і структура кошторисних призначень лікарні за 2021-2023 рр. (капітальні видатки)

№ п/п	Статті витрат	2021 рік	2022 рік	2023 рік	Відхилення 2022 р. від 2021 р.		Відхилення 2023 р. від 2022 р.	
					тис.грн.	%	тис.грн.	%
1	Придбання обладнання і предметів довгострокового користування	14,47	563,20	463,21	548,74	3893,29	-99,99	82,25
2	Капітальний ремонт	1535,93	1236,95	1048,79	-298,98	80,53	-188,16	84,79
3	Всього	1550,40	1800,16	1512,00	249,76	116,11	-288,15	83,99

Таблиця 2.8

Аналіз виконання кошторисних призначень за 2021 рік (тис.грн.)

№ п/п	Статті витрат	2021 рік		
		Виконання	Касові витрати	Виконання кошторису, %
1	Оплата праці	1767,68	1765,18	99,86
2	Нарахування на зарплату	551,10	538,14	97,65
3	Витрати на матеріали	1332,20	1332,07	99,99
4	Канцелярські витрати	234,25	234,11	99,94
5	Медикаменти і перев'язувальні засоби	471,97	471,97	100,00
6	М'який інвентар та обмундирування	10,23	10,23	100,00
7	Продукти харчування	558,99	558,99	100,00
8	Інші витратні матеріали і предмети постачання	56,77	56,77	100,00
9	Витрати на відрядження	7,19	7,19	100,00
10	Оплата транспортних послуг	226,47	226,47	100,00
11	Оплата послуг зв'язку	4,29	3,84	89,49
12	Оплата комунальних послуг	700,27	699,84	99,94
13	Інші поточні витрати на закупівлі товарів і оплату послуг	73,58	72,82	98,97
	Всього	5994,98	5977,62	99,71

Оцінка співвідношення між прогнозованими, касовими і дійсними витратами надає змогу здійснити аналіз величини відхилень поточних і капітальних видатків, що з'являються у ході реалізації кошторисних призначень.

Фактичні витрати - це видатки, що проводяться у поточному періоді на забезпечення закладу. Їх оцінка надає змогу сформулювати висновки про результативність застосування грошових активів, провести оцінку величини відповідності видатків обсягам проведених робіт і наданих послуг.

Таблиця 2.9

Аналіз виконання кошторисних призначень за 2022 рік (тис.грн.)

№ п/п	Статті витрат	2022 рік		
		Виконання	Касові витрати	Виконання кошторису, %
1	Оплата праці	2902,30	2902,30	100,00
2	Нарахування на зарплату	1332,20	880,62	99,91
3	Витрати на матеріали	234,25	2530,36	99,79
4	Канцелярські витрати	471,97	275,30	100,00
5	Медикаменти і перев'язувальні засоби	10,23	758,07	97,06
6	М'який інвентар та обмундирування	558,99	13,82	100,00
7	Продукти харчування	56,77	1110,64	99,72
8	Інші витратні матеріали і предмети постачання	7,19	351,86	100,00
9	Витрати на відрядження	226,47	5,78	100,00
10	Оплата транспортних послуг	4,29	328,17	100,00
11	Оплата послуг зв'язку	700,27	4,74	102,62
12	Оплата комунальних послуг	73,58	859,34	103,33
13	Інші поточні витрати на закупівлі товарів і оплату послуг	5994,98	54,31	100,00
	Всього	12573,47	10075,29	80,13

Касові витрати - видатки у границях сум, виданих банком державному закладу, застосовуючи систему казначейства України.

Таблиця 2.10

Аналіз виконання кошторисних призначень за 2023 рік (тис.грн.)

№ п/п	Статті витрат	2023 рік		
		Виконання	Касові витрати	Виконання кошторису, %
1	Оплата праці	2641,24	2641,24	100,00
2	Нарахування на зарплату	662,26	662,26	100,00
3	Витрати на матеріали	5953,72	5954,45	100,01
4	Канцелярські витрати	463,13	463,13	100,00
5	Медикаменти і перев'язувальні засоби	3228,54	3229,28	100,02
6	М'який інвентар та обмундирування	38,96	38,96	100,00
7	Продукти харчування	1435,79	1435,79	100,00
8	Інші витратні матеріали і предмети постачання	787,29	787,29	100,00
9	Витрати на відрядження	13,21	13,21	100,00
10	Оплата транспортних послуг	453,37	449,99	99,26
11	Оплата послуг зв'язку	5,06	5,06	100,00
12	Оплата комунальних послуг	902,00	902,00	100,00
13	Інші поточні витрати на закупівлі товарів і оплату послуг	1921,95	1921,95	100,00
	Всього	18506,52	18504,62	99,99

Аналіз касових і фактичних витрат проводиться в цілому по кошторису і його статтях зокрема. При цьому оцінюються дані звіту про реалізацію кошторису, балансу за певними статтями витрат.

Проведемо оцінку раціональності здійснення касових і фактичних витрат за 3 роки та означимо фактори присутності відхилень.

В даному закладі в 2021 було зроблено перевитрату грошових активів на заробітну плату. Причиною цього є зростання фонду оплати праці. По статті «Медикаменти та перев'язувальні засоби» касові витрати дорівнюють кошторисним, а дійсні витрати більші на 3%. Причиною додаткових видатків є зростання кількості витрат медикаментів за рахунок використання їх залишків. Обсяги фактичних видатків на харчування є більшими за назначення, а касові витрати відповідають їм. Таке зростання є результатом зростання кількості, наданих послуг лікарнею за оцінюваний рік.

Упродовж даного часу лікарня зменшила величину запасів продуктів харчування.

Касові витрати за транспортні послуги аналогічні призначенням. Проте дійсні менші за них. Це зв'язано із збільшенням боргів. Найбільш суттєві відхилення від кошторису є по витратах на капітальний ремонт. За їх аналізу варто взяти до уваги, що підрядна установа почала будувати об'єкт в кінці року, а будівельні матеріали були куплені на початку. Упродовж цілого року вони не застосовувалися. Проведені роботи були сплачені тільки частково.

В 2022 році в лікарні збільшується кредиторська заборгованість, а саме борги із оплати робіт. Нарахування оплати праці проводилося в грудні, тоді коли строк її оплати настане у січні 2023 року. Окрім того, з'явилася кредиторська заборгованість із придбання медикаментів, продуктів.

Збільшення касових витрат над фактичними по статті «Оплата праці» в 2022 році вказує на зростання числа робітників в лікарні.

Перевищення касових витрат над прогнозованими із оплати послуг зв'язку і комунальних послуг є ефектом росту цін на дані послуги в 2022 році.

В 2023 році дійсні витрати лікарні більші за планові та касові. Проведемо аналіз балансу за статтями витрат. Збільшення фактичних видатків над прогнозованими і касовими за статтею «Оплата праці» зв'язане із збільшенням оплати праці. Витрати на нарахування теж більші за касові. На звітну дату заклад не перерахував ресурси в сумі різниці між нарахуваннями і оплатою за листками непрацездатності. Касові витрати на купівлю матеріалів більші за дійсні, так як сформувалися борги.

Все це вказує на наявність проблем в сфері моніторингу за станом додержання економічної дисципліни.

За величиною видатків на відрядження дійсні витрати більші за касові та планові. Перевищення касових витрат над дійсними з купівлі основних засобів було за рахунок продажу обладнання, яке не застосовувалося. По видатках на ремонт та будівництво сформувалися борги, бо послуги підрядних установ були оплаченими.

Дані зазначених таблиць надають змогу сформувати висновок - є значна величина ефективності управління грошовими активами, бо дійсні показники дорівнюють нормативним.

2.2. Оцінка динаміки доходів установи

Величина одержаних надходжень від платних послуг за оцінюваний час стабільно збільшувалася. Бюджетні заклади, що одержують позабюджетні ресурси, формують по них кошториси за затвердженою формою. Доходи, що одержують від економічного функціонування, не відносять до надходжень бюджету та застосовуються тільки за цільовим призначенням відповідно із кошторисом.

В дохідну частину включають активи за джерелами створення. В видаткову частину видатки по основній діяльності із їх поділом за статтями .

Обсяги видатків за кошторисом не мають бути більшими за величину надходжень.

Таблиця 2.11.

Частка позабюджетних коштів у загальному обсязі фінансування

Показники	2021 р.	2022 р.	2023 р.
Дохід по платних послугам, тис.грн.	74,9	130,1	164,5
Планова частка позабюджетного доходу в загальному обсязі фінансування, %	1,1	1,55	1,92
Планова частка платних послуг у загальному обсязі фінансування, %	0,75	1,03	1,21
Дохід з позабюджетних джерел, тис.грн.	107,43	177,8	301,09
Дохід по платних послугах, тис.грн.	74,03	129,4	163,99
Фактична частка позабюджетного доходу в загальному обсязі фінансування, %	1,1	1,53	2,26
Фактична частка платних послуг у загальному обсязі фінансування, %	0,74	-1,01	1,22
Відхилення фактичної частки позабюджетного доходу від планової, %	-	-0,01	0,33
Відхилення фактичної частки платних послуг від планової, %	-	-1,11	-

Лікарня одержує надходження за рахунок наступних джерел: надання платних послуг громадянам, консультацій, від оренди, решту надходжень, а саме допомога і ін.

Для здійснення оцінки динаміки доходів позабюджетних активів застосовують кошторис надходжень та видатків, щоквартальні і річні звіти.

Оцінка позабюджетних ресурсів сприяє вирішенню наступних задач:

- 1) оцінка надходжень по джерелах грошових активів;
- 2) обрахунок відповідності кількості надходжень обсягам проведених видатків лікарнею;
- 3) оцінка рівня додержання дисципліни в ході використання позабюджетних активів;
- 4) формування міроприємств, щодо зростання раціональності використання грошових активів,
- 5) зміни у процесах функціонування.

Оцінку динаміки доходів позабюджетних активів лікарні варто починати з аналізу джерел їх створення. При цьому потрібно провести оцінку повноти одержання надходжень і питому вагу позабюджетних активів в загальному обсязі фінансування.

Як зрозуміло із приведених таблиць, в 2021 році частина позабюджетних ресурсів в загальному обсязі загалом аналогічна плановій величині. Сума фактичних надходжень трохи більша за суму прогнозованих. В 2022 році величина та питома вага позабюджетних ресурсів в загальному обсязі асигнування знизилася у зрівнянні із плановою величиною. В 2023 році трохи вона підвищилася. Постійний ріст частки позабюджетних ресурсів в обсязі асигнування вказує на диверсифікацію джерел доходів установи.

Установа має декілька джерел асигнування. Найбільша частина належить платним послугам. Їх частина у усьому обсязі позабюджетних активів є більше

половини. В 2023 році частка платних послуг знизилася в зрівнянні із минулим роком. Це зв'язано із зменшенням числа наданих платних послуг.

В 2023 році суттєво підвищилася величина надходжень від оренди у із минулим роком. Лікарня здійснила капітальний ремонт споруд і частково корпусу.

За результатами оцінки реалізації кошторису встановлено, що ресурси застосовуються за цільовим призначенням. Обсяги видатків окреслюються по кожному типу активів згідно до кількості наданих послуг. При цьому враховують потребу додержання економії та необхідності використання коштів. Видатки проводяться по кожному типу активів в границях їх залишку.

Проведена оцінка виявила, що в 2021 році є відхилення по усіх поточних видатках. Зокрема здійснена заміна електрообладнання. Касові витрати однакові із фактичними.

В 2022 році є відхилення кількості витрат від кошторисних призначень. В основному це пов'язано із невиконанням плану по витратах. Є зростання кошторисних призначень. Так по статті «Придбання матеріалів» касові витрати більші за дійсні.

В 2023 році теж є відхилення касових і фактичних витрат над кошторисними призначеннями. В даному році був ріст обсягів доходу за рахунок запровадження у експлуатацію новітніх споруд. Вони були передані у оренду. Всі ресурси, що зекономила лікарня застосовані на купівлю нової апаратури, а також на закінчення робіт з капітального ремонту.

2.3. Аналіз ефективності використання бюджетних та позабюджетних коштів

Оцінка раціональності використання бюджетних та позабюджетних грошових активів проводиться із врахуванням динаміки їх надходження та застосування, а також індикаторів економічної діяльності закладу за 3 роки.

Таблиця 2.12.

**Динаміка показників ліквідності та платоспроможності організації за
2021-2023 рр..**

Коефіцієнти	Норматив	2021 рік	2022 рік	2023 рік	Відхилення 2022р. від 2021р.		Відхилення 2023р. від 2022р.	
					абс.	%	абс.	%
Коефіцієнт покриття поточної заборгованості	1,0-3,0	0,72	0,3	0,76	-0,42	-58,3	0,46	153,3
Коефіцієнт абсолютної ліквідності	0,3-1,2	0,2	0,1	0,12	-0,1	-50,0	0,02	20,0
Коефіцієнт поточної ліквідності	≥ 2	1,1	0,4	0,6	-0,7	-63,6	0,2	50,0
Коефіцієнт забезпеченості власними коштами	$\geq 0,1$	-0,7	-1,01	-2,1	-0,31	-44,3	-1,09	-107,9
Коефіцієнт ефективності управління	$\geq 0,45$	0,2	0,15	0,16	-0,05	-25,0	0,01	6,7

При здійсненні оцінки фінансових індикаторів потрібно приймати до уваги, що комерційна діяльність закладу не є її базовою діяльністю.

Таблиця 2.13.

Показники ефективності діяльності установи в 2021-2023 рр.

Коефіцієнти	2021 рік	2022 рік	2023 рік	Відхилення 2022 р. від 2021р.		Відхилення 2023р. від 2022р.	
				абс. значення	%	абс. значення	%
Ефективність використання основних фондів							
Фондовіддача	0,09	0,1	0,14	0,01	11,1	0,04	40,0
Коефіцієнт зносу устаткування	0,17	0,21	0,36	0,04	23,5	0,15	71,4
Коефіцієнт використання наявного обладнання	0,93	0,8	0,96	-0,13	-14,0	0,16	20,0
Ефективність використання матеріальних ресурсів							
Коефіцієнт забезпеченості запасами	0,8	0,81	0,87	0,01	1,25	0,06	7,4
Коефіцієнт ефективності використання матеріалів	1,1	1,3	2,3	0,2	18,2	1,0	76,9
Ефективність використання трудових ресурсів							
Забезпеченість трудовими ресурсами	89	93	81	4	4,5	-12	-12,9
Рентабельність персоналу	4146	6991	9142	2845	68,6	2151	23,5

Проведена оцінка ліквідності і ділової активності закладу за 2021-2023 роки надає змогу сформулювати такі висновки: вартість показників не відповідає встановленому значенню. Це є звичним для бюджетного закладу. Лікарня лише розвиває комерційну діяльність. Велика частка послуг формується на безкоштовній основі. Звідси, вартість показника оптимальності управління в 2 рази нижча за нормативне значення.

Вартість основних засобів є незначною для такої лікарні. Обладнання і споруди потребують ремонту, поновлення і додаткових вкладень. Значення показника забезпеченості власними активами нижче за нуль.

В 2023 році вартість показника ліквідності збільшується. Це вказує на те, що підвищилася результативність менеджменту активів, зменшилася величина кредиторської заборгованості, підвищилася вартість основних і обігових ресурсів. Окрім цього, зменшилася собівартість платних послуг.

Лікарні варто збільшувати величину платних послуг за рахунок купівлі додаткового обладнання.

По показниках ефективності діяльності установи відмічається позитивна динаміка.

Основні активи лікарні зношені, хоча стабільно оновлюються. В 2021 і 2023 роках проводили закупівлю апаратури, здійснювали капітальний ремонт і добудову споруд. Коефіцієнт використання апаратури лікарні досить значний. Це вказує на повноту його завантаження.

Зниження вартості даного показника було тільки в 2022 році. Саме тоді апаратура променевої діагностики ремонтувалася.

Показники забезпеченості запасами є теж значними. Це вказує на результативність сфери закупівель матеріалів та предметів постачання. Дані матеріали застосовуються за призначенням та сприяють зростанню якості послуг.

Коефіцієнт ефективності використання матеріалів вказує на ступінчасте зменшення собівартості платних послуг.

Забезпеченість закладу трудовими активами є прийнятною: в 2022 році відбувається ріст числа працівників, а у 2023 році - зменшення.

Отже, систему менеджменту бюджетних та позабюджетних ресурсів варто охарактеризувати як ефективну.

Висновки до розділу 2

За результатами роботи над другим розділом варто сформулювати такі висновки:

- фінансовий стан закладу можна вважати задовільним. Йому вдалося розвинути матеріально-технічну базу, оновити базу автомобілів, купити нову апаратуру, зокрема УЗД, обладнання для штучної вентиляції легенів, мобільний рентген-апарат, електроенцефалограф, біохімічні аналізатори і т.д.;
- актуальною проблемою закладу є ремонт приміщень і потреба в грошових активах на добудову споруди стаціонару і лабораторії;
- в 2023 році здійснено ремонт старого електрообладнання, сантехніки. Величина капітальних витрат знизилася, бо ремонт та будівельні роботи зупинені в зв'язку із відсутністю ресурсів;
- велика частка видатків в 2021 та в 2022 роках припадала на капітальні видатки: будівництво діагностичного відділення і купівлю медичної апаратури;
- в 2023 році більша частка видатків – це поточні видатки лікарні. Такий стан є характерним для значної кількості установ сфери охорони здоров'я;
- розвиток сфери платних медичних послуг обумовив ріст доходу в 2022 і у 2023 році. Такий ріст пов'язаний із зростанням кількості платних послуг;

- видатки закладу на надання платних послуг збільшилися в 2022 році та у 2023 році. Величина собівартості аналогічна виручці, що одержана від надання таких послуг;
- в 2023 році відбувається зменшення видатків одночасно із збільшенням кількості доходу. Це вказує на присутність резервів із управління матеріальними витратами;
- в 2023 році значення показника ліквідності збільшується. Це вказує на те, що підвищилася результативність менеджменту активів, зменшилася величина кредиторської заборгованості, підвищилася вартість основних і обігових ресурсів;
- показник використання апаратури лікарні досить значний. Це вказує на повноту його завантаження;
- динаміка показника забезпеченості запасами вказує на результативність сфери закупівель матеріалів та предметів постачання;
- показник раціональності використання матеріалів вказує на ступінчасте зменшення собівартості послуг;
- сфера менеджменту фінансовими активами є дуже ефективною та надає змогу лікарні якісно здійснювати свої функції.

РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ФІНАНСУВАННЯ УСТАНОВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Удосконалення системи фінансового планування медичних установ

Хоча за минулі роки проводився ряд міроприємств щодо реформування сфери охорони здоров'я, є значні проблеми у фінансовому забезпеченні даної сфери. Основний із них із них - низька величина асигнування. Недостатня величина асигнування сфери призводить до зниження профілактичних міроприємств, зменшення матеріальної і технічної оснащеності закладів, росту хвороб громадян.

За таких обставин, цінним фактором поліпшення економічного стану закладів охорони здоров'я є не лише ріст кількості фінансових активів, але і зростання раціональності їх використання.

Напрямки розвитку закладів охорони здоров'я, модифікація їх матеріально-технічної бази, і кількість працюючих медичних працівників потребують стійкого росту кількості фінансових активів, що інвестуються.

Найважливіша задача в галузі асигнування охорони здоров'я – оцінка і прогнозування міроприємств із отримання максимального економічного і суспільного результату. Крім цього, суттєве значення має створення пропозицій стосовно результативного, ефективного і економного застосування усіх реальних активів, що надають на забезпечення медичних установ.

Оцінка усіх видатків на систему охорони здоров'я вказує на те, що величина асигнування у містах збільшується більшими темпами, ніж в сільській місцевості. В міських медичних установах є більше кваліфікованих спеціалістів. В містах є установи, що оснащені новітнім та більш дорогим обладнанням. Звідси і ріст кількості видатків на дані цілі. І як результат, це веде до росту видатків на господарські цілі, капітальний ремонт приміщень і апаратури.

У даний час сфера асигнування закладів охорони здоров'я не приймає до ваги потребу глобальної реструктуризації закладів. Нестача ресурсів на асигнування веде до зменшення поточних видатків, видатків на медикаменти, обладнання, заробітну плату та т.д.

Як вказує практика, бюджетні ресурси застосовуються тільки на забезпечення медичних закладів. Розвиток та зміцнення економічної стабільності сфери охорони здоров'я має забезпечуватися функціонуванням двоканальної системи асигнування - за рахунок бюджетів усіх рівнів і ресурсів сфери обов'язкового медичного страхування, що поки що не працює у країні.

Асигнування закладів медичної галузі має проводитися за такими принципами:

1. Інтеграція страхової сфери оплати послуг;
2. Перехід від постатейного державного асигнування медичних установ до співфінансування.

У даний час є великий обсяг проблем в сфері асигнування охорони здоров'я. Найбільш ефективною формою асигнування є концентрація активів в сфері соціального забезпечення за присутності додаткової економічної мотивації, добровільного і обов'язкового страхування.

У даний час не проведена жодна із програм із розвитку медичної галузі, створені стимули до економії грошових активів, не нарощена якість медичного обслуговування, а країна не заінтересована проводити пропаганду здорового способу життя.

У даний час варто було б зробити наступні міроприємства із модифікації сфери фінансування медичних установ. В тих сферах економіки, в тих компаніях, що формують значну величину прибутковості і оплати праці, варто зобов'язати підприємства проводити медичне страхування власних робітників за рахунок відрахувань від доходу і нарахувань на фонд оплати праці. При цьому їм варто

надати можливість сплати платежів упродовж окремого часу і за незначними ставками, щоб мотивувати розвиток цієї сфери по всій країні. При цьому, на суму зазначених ресурсів варто таким компаніям надавати пільги в загальній системі оподаткування.

Для компаній, установ та закладів що мають на балансі медичні установи, варто передбачити податкові пільги. Механізм існування такого інституту економічного забезпечення закладів охорони здоров'я має бути ретельно сформований. Його варто впроваджувати поступово.

Система асигнування охорони здоров'я має виділяти ресурси не на забезпечення закладів, а на лікування певного пацієнта. При цьому варто здійснювати моніторинг раціональності реалізації витрат і якості лікування. Для того, щоб спланувати величину витрат на медицину, виходячи із числа людей, що вимагають лікування, застосуємо математичне моделювання.

Для цього варто зробити:

- аналіз чинників, що здійснюють вплив на вартість надходження закладу;
- середню вартість видатків на лікування 1 пацієнта
- створити регресійні залежності між чинниками, зробити їх економічну інтерпретацію.

Створимо математичне рівняння, що описує величину залежності витрат на охорону здоров'я, та чинників, що їх обумовлюють.

Оцінка вказує на те, що велика частка витрат - це витрати на забезпечення лікарень і поліклінік.

Введемо індикатор Y - сума витрат на забезпечення медичної установи. Вона залежить від 2 чинників. Опишемо цю залежність чинників та сформуємо рівняння регресії.

Між індикатором Y і чинником X_1 є залежність, себто зі зростанням вартості витрат на стаціонар зростає і базова сума витрат на лікарню.

Така форма зв'язку є прямою .

Оцінимо риси системи за допомогою функції.

Отже, обчислені значення коефіцієнта обчислюються за формулою:

$$y_i = 1,159x - 49373 \quad (3.1)$$

Величина показника $a_1=1,15$ вказує на те, що із зростанням вартості витрат на стаціонар 1грн. сума витрат на заклад збільшиться на 1,15 грн.

Таким чином, згідно із одержаними ефектами залежність показника Y тільки на 88,9% є визначеною. 0,07% залежності є ефектом впливу певних чинників.

Здійснимо перевірку відповідності системи показнику надійності 0,9. Застосуємо рівняння Фішера.

Індикатор можемо одержати із функції : $F_{\text{набл}} = 11127,9$. Знаходимо вартість: $F_{\text{кр}} = 4,97$.

Поскільки обчислене значення моделі Фішера є вищим за граничне $F_{\text{набл}} > F_{\text{кр}}$, варто вважати, що рівняння простої регресії є правильним.

Параметр a_1 означає величину залежності індикатора від фактора. Здійснимо перевірку величини його впливу. Це варто сформулювати за допомогою функції .

Значення t аналізуємо як відношення a_1 до його загальної похибки S_{a_1}

$$t_1 = \frac{a_1}{S_{a_1}} = 105,54 \quad (3.2)$$

Так як обчислене значення t більше за граничне, варто сформулювати висновок, що параметр a_1 при такому рівні надійності варто вважати значимим.

Між індикатором Y і чинником X_2 теж є пряма залежність. Поряд із збільшенням вартості доходів від надання платних послуг збільшується базова сума доходу установи. І в даному випадку є пряма форма залежності.

Розрахунок величини індикатора здійснюється за формулою:

$$y_i = 7,884x + 63351 \quad (3.3)$$

Величина 7,8 свідчить про те, що поряд із збільшенням вартості витрат на поліклініку на 1 грн., базова сума витрат зростає на 7,8 грн.

Здійснимо перевірку відповідності показника надійності 0,9. Застосуємо рівняння Фішера.

Індикатор можемо одержати із функції: $F_{\text{набл}} = 10321,11$. Знаходимо граничне значення $F_{\text{кр}} = 8,311$.

Поскілки обчислене значення системи Фішера є вищим за граничне $F_{\text{набл}} > F_{\text{кр}}$, варто вважати, що рівняння простої регресії є правильним.

Значення t одержимо як ефект ділення a_2 на величину похибки S_{a_1}

$$t_1 = \frac{a_1}{S_{a_1}} = 11,511 \quad (3.4)$$

Здійснимо аналіз показника кореляції. Для того, щоб обчислити значимість показника, отримане значення варто порівняти із критичним.

Воно аналогічне 2,141

Поскілки це значення більше за базове, то a_1 варто вважати значимим.

Здійснимо обрахунок індикаторів двохфакторної регресії. Вважаємо, що між всіма індикаторами і їх чинниками є взаємозв'язок:

$$y_{роз} = a_0 + a_1 * x_1 + a_2 * x_2 \quad (3.5)$$

Звідси:

$$y = -3446,12 + 1,11 * x_{1j} + 0,88 * x_{2j} \quad (3.6)$$

Таким чином, за результатами моделювання варто сформулювати висновок, прогностні надходження установи будуть більшими за поточні, що добре вплине на результативність її діяльності.

3.2. Форми підвищення ефективності діяльності установ охорони здоров'я

Система медичної допомоги із кожним роком є все дорожчою, хоча її результативність зростає суттєво меншими темпами. Це означає, що все більший обсяг витрат є неефективними. Сутність проблеми у тому, що медицина зараз – це сфера певних форм допомоги, що модифікують себе, але нівелюють вплив усієї сфери їх менеджменту.

Як ефект, сфера медичної допомоги налаштована так, що набір результативних та дорогих типів допомоги дає найкращий результат. Проте

практичні дії вказують - це не так. Вирішення даної проблеми перебуває не у медичній галузі, а у галузі менеджменту.

В його базу варто покласти наступних 3 принципи:

- 1) процеси і результат мають бути взаємопов'язаними.
- 2) основи допомоги повинні бути включені в систему, ефектом функціонування якої є ефект
- 3) суттєво удосконалити витрати варто тільки на рівні усієї сфери, а не певних її чинників.

На даний період Україна має потрібний обсяг медичних і допоміжних працівників, достатній обсяг ліжок, а в загальній формі той тип медичної допомоги, вид якої не може реалізувати потреби громадян.

І сьогодні, у країні, сфера асигнування охорони здоров'я проводиться на основі асигнування ліжко-місця .

Потрібна зміна сфери економічних стимулів для галузі медичної допомоги і закладів зокрема. Потрібно зробити перехід від прийомів економічного забезпечення установ охорони здоров'я до сфери формування активів, що б формувало економічні форми модифікації сфери охорони здоров'я в цілому за рахунок різномірних джерел асигнування.

Медицина є сферою, де процеси відокремлені від результату. Дохід лікаря не залежить від того чи здоровий пацієнт після лікування або помер. Плата за послуги теж не залежать від їх раціональності.

Саморегуляція сфери менеджменту була знищена. В ній закінчила існувати сфера зв'язків між процесами і результатами. Основним завданням є не вилікувати пацієнта, а пролікувати хворобу.

Існують наступні можливі варіанти модифікації сфери асигнування у оплаті за лікування. Оплата кожної послуги за визначеною чи наперед сформованою ціною одразу робить пацієнта активом надходжень для постачальника послуг. Така

система створення ресурсів формує стимули для медичних робітників утримувати суттєво більше пацієнтів і надавати загальну допомогу залежно від величини грошової компенсації і часу. Таким чином величина обсягів госпіталізації і розмір сформованої допомоги зростає.

Щодо організації асигнування, то варто створити систему персонального асигнування із застосуванням складових мотивації без зменшення певних індикаторів якості надання допомоги. Саме таку форму надання плати застосовують країни незалежно від джерел монетарних активів - або за рахунок обов'язкових податків, або за рахунок коштів добровільного медичного страхування.

На базовому етапі реформування сфери асигнування охорони здоров'я потрібно поміняти практику застосування постатейних бюджетів. Оплату послуг, що провадять заклади, варто проводити на базі даного методу. Він сприятиме зростанню раціональності функціонування лікарень і зростанню результативності їх діяльності.

Потрібно зберегти сферу фінансового забезпечення охорони здоров'я за рахунок ресурсів державного і місцевих бюджетів, бо зростання якості функціонування на рівні закладів, не має покриватися за рахунок зниження кількості асигнування. Крім того, варто чітко вияснити, що витрати, що більші за вартість бюджету профінансовані у майбутньому не будуть.

Зокрема є проблеми в фінансуванні сфери охорони здоров'я:

- низька величина асигнування за рахунок ресурсів бюджету;
- суттєві видатки громадян на потреби охорони здоров'я;
- значна величина децентралізації грошових потоків;
- застарілі форми асигнування медичних установ;
- неефективна система оплати роботи лікарів .

Нераціональною є теж сфера медичного обслуговування людей а саме, через:

- відсутність сфер поділу на типи первинної та вторинної допомоги;
- великий обсяг стаціонарних установ значного рівня спеціалізації;
- відсутність відокремлення фонду ліжок у залежності від якісних особливостей лікування;
- присутність додаткових типів лікарняних послуг;
- значна величина зношеності основних активів в установах охорони здоров'я.

Окрім того, сьогодні у країні є низькою якість медичної допомоги, а саме за рахунок:

- невеликої питомої ваги первинної медичної допомоги у загальній сфері медичної допомоги, що формується особам;
- нераціональної структури сфери медичних установ;
- відсутності систем прогнозування і факторів аналізу ефектів діяльності медичних установ;
- неефективності застосування реальних ресурсів закладів охорони здоров'я.

Упродовж останніх періодів було проведено ряд заходів щодо реалізації реформ у охороні здоров'я. Але, сьогодні ще потрібно зробити ряд інституційних та структурних змін. Для цього варто прийняти потрібні законодавчі акти, створити ряд сфер в формі проектів у медичній галузі, сформувавши процедуру здійснення потрібних міроприємств.

Існують наступні напрямки реалізації потрібних перетворень в сфері асигнування закладів охорони здоров'я :

- здійснення організаційних перетворень сфери медичної допомоги.
- модифікація сфери асигнування видатків у сфері.
- зростання доступності ліків для людей.
- використання сфери професійного менеджменту галуззю.

- моніторинг і оцінка рівня здоров'я громадян, доступності медичної допомоги.

Зокрема варто зробити:

- структурну реорганізацію сфери відповідно із потребами громадян в різномірних типах медичної допомоги ;
- сформувати договірні відносини при формуванні медичних послуг;
- створити нові форми асигнування медичних закладів.

З ціллю формування раціональності функціонування закладів охорони здоров'я варто зробити. На базовому рівні:

- сформувати центри медичної допомоги. У даному випадку у сільській місцевості здійснити перетворення амбулаторних відділень і частки відділень центральних і районних лікарень;
- сформувати амбулаторії сімейних лікарів, що провадять допомогу громадянам

В містах :

- перетворити окрему кількість поліклінік і поліклінічних відділень;
- створити амбулаторії сімейних лікарів;

У країні вторинна медична допомога формується загалом профільними лікарнями.

Ми пропонуємо сформувати у країні медичні округи. В межах округу повинно бути реалізовано розмежування лікарень відповідно із інтенсивністю допомоги, що формується громадянам.

Так округ має включати:

- лікарню для хворих із гострими хворобами, що має надавати допомогу хворим, що вимагають значної величини інтенсивності лікування. Фінансове забезпечення закладів потребує присутності новітніх технологій, окремої

медичної апаратури, присутності служби ургентної допомоги і інтенсивної терапії;

- установи оздоровчого лікування для поновлення функцій, що були порушені у результаті захворювання, або із ціллю уникнення інвалідності, реабілітації інвалідів та дітей;
- установи для допомоги тяжко хворим, надання допомоги і ментальної підтримки безнадійно хворим. Вони вимагають спеціального обладнання для надання допомоги, а теж допоміжного персоналу ;
- установи для допомоги хронічним хворим. Такі установи вимагають недорогої лікувальної апаратури.

Основна роль надається лікарням загального виду для надання ургентної медичної допомоги, бо саме від раціональності їх функціонування залежить життя і здоров'я громадян. Саме наступні заклади медичної галузі у розвинених державах світу провадять пацієнтам майже 80% усієї допомоги.

З ціллю зростання якості медичної допомоги і раціональності застосування потенціалу обласних лікарень і медичних підготовчих установ IV рівня акредитації пропонується формування університетських клінік — об'єднання таких установ в формі компаній. В базі такої компанії є обласна клінічна установа. Надання високоспеціалізованої високотехнологічної допомоги у обласних у університетських клініках проводиться за направленнями установ вторинного типу.

Щодо асигнування, то разом зі структурною перебудовою прогнозується зміна форми асигнування медичних установ.

Основний напрям — це перехід до надання ресурсів, певних послуг, наданих закладом охорони здоров'я. Тобто перехід від кошторисного асигнування, базою якого є об'ємні індикатори (обсяг людей, величина установ) до державного замовлення на основі контрактів між замовником і постачальником медичних послуг, виходячи із бажання людей в окремих типах медичної допомоги.

На базовому рівні:

- усі ресурси концентруються на середньому рівні, себто розпорядником монетарних активів стають центри первинної допомоги;
- використання подушної оплати, що означає формування норм монетарних ресурсів на 1 жителя, і формування мотивуючих надбавок за основні типи функціонування.

На вторинному рівні у межах госпітальних округів у загальну чергу проводиться концентрація монетарних активів на рівні галузі, себто розпорядником видатків на надання спеціалізованої допомоги є область.

Саме область в майбутньому проводить асигнування усіх установ вторинного рівня на базі підписаних із ними контрактів.

Крім того, капітал означених установ передається у оперативний менеджмент галузі на базі контрактів і певних рішень рад.

Далі запроваджується така процедура:

а) формується прогностичний обсяг хворих, що вимагатимуть лікування у умовах стаціонару за окремою нозологією протягом 1 року;

б) згідно до сформованих протоколів діагностики і лікування формується ціна лікування по усіх захворюваннях певного напрямку, що вимагають лікування у стаціонарних умовах у розрізі груп по рівню ускладнення (методом калькуляції означених протоколами видатків на лікарські засоби, лікувальні і діагностичні методи, оплату роботи, решту видатки);

у) розраховується базова ціна видатків на лікування хворих відповідно до вищезгаданих індикаторів;

г) здійснюються переговори із управляючими державних грошових ресурсів (як було вказано вище на обласному рівні) щодо величин і форми виділення ресурсів на формування лікування відповідно прогностичних розрахунків;

д) формуються контракти про асигнування установ за погоджених на переговорах список медичних послуг;

е) проводиться асигнування установ за формою “глобального бюджету”, себто асигнування без розбивки по кодах класифікації.

На останньому рівні використовується форма “глобального бюджету” у залежності від складу і кількості сформованої допомоги.

Частина монетарних активів із бюджетів і решту установ, що входять у об’єднання, по трансферту надаються на обласну лікарню, що є як центральною ланкою компанії. Видатки проводяться згідно до затвердженої форми.

Для припинення дублювання та формування певного медичного простору передбачається:

- сконцентрувати усі ресурси із бюджету, прийнявши державну програму;
- передати установи, що перебувають в відомчому підпорядкуванні на територіальний рівень.

Як вказує досвід решту держав, для залучення висококваліфікованих науковців в первинну ланку і мотивації їх до реалізації різнорідних та складних функцій, зокрема значного обсягу профілактичної діяльності, установи медичні забезпечуються значною величиною оплати праці в зрівнянні із рештою медичними професіями.

Висновки до розділу 3

Вітчизняна сфера охорони здоров’я стоїть на порозі кадрової кризи. Є дефіцит кадрів, перш за все в первинній ланці в цілому і сільській місцевості. Більше 20% кадрів пенсійного, та ще 20% — перед пенсійного. В кадровій політиці передбачається:

- запровадити планування на довготермінову перспективу за категоріями медичних працівників в відповідності до потреб охорони здоров'я із врахуванням стратегії і темпів перетворень в сфері, запозичених і власних міграційних процесів і природного вибуття кадрів;

- сформувати підготовку та підвищення кваліфікації лікарів;

- наростити роль середнього медичного персоналу сфери охорони здоров'я, надавши йому список функцій, що не виходять за границі його компетенції, в тому числі медичне обслуговування в лікарнях, хоспісах, надання допомоги бригадами;

- посилити міроприємства соціального захисту робітників сфери охорони здоров'я, у загальну чергу на рівні первинної ланки.

Основні напрямки реалізації перетворень в сфері асигнування закладів охорони здоров'я :

- здійснення організаційних перетворень сфери медичної допомоги;
- зростання доступності ліків для людей;
- використання сфери професійного менеджменту галуззю;
- моніторинг і оцінка рівня здоров'я громадян, доступності медичної допомоги.

Зокрема варто зробити :

- структурну реорганізацію сфери відповідно із потребами громадян в різномірних типах медичної допомоги;
- сформувати договірні відносини при формуванні медичних послуг;
- створити нові форми асигнування медичних закладів.

ВИСНОВКИ

Медична галузь є однією із найпотрібніших у країні. За останні декілька років рівень економічного забезпечення закладів охорони здоров'я у країні різко зменшився. Закладам не вистачає ресурсів для раціональної реалізації своїх функцій. Такий стан є результатом складної фінансової та політичної ситуації у країні. Значимим є те, що якість медичних послуг прямо залежить від обсягів фінансування даної галузі.

В цей час система охорони здоров'я реформується під впливом змінних умов і соціальних пріоритетів країни. Тут ще є певні елементи планової системи управління. Поряд із тим, медичні установи намагаються застосовувати ринкові типи медичної допомоги. Так формується ринок медичних послуг. За умов постійного розвитку України в системі функціонування медичної галузі формуються новітні форми і методи реалізації базових завдань в забезпеченні охорони здоров'я людей. Зростає набір вимог до медичних працівників, їх знань. Створюються нові форми економічного функціонування закладів охорони здоров'я.

Проблеми в фінансуванні медицини постійно викликали жваві диспути серед науковців в медичній і фінансовій сферах. В українській і закордонній літературі означаються проблеми, присвячені раціональності менеджменту активів із ціллю максимальної реалізації бажання громади у одержанні належного рівня медичного обслуговування.

Джерелами активів для фінансування медичної допомоги є ресурси людей та підприємств. Люди за своїм бажанням купують контракти для себе та для членів власної сім'ї. Поліси медичного страхування дають змогу їх засновникам одержувати якісну медичну допомогу за рахунок грошових активів страховика. Страхові договори є індивідуальними чи можуть бути колективними. Колективні страхові програми мають фінансуватися за рахунок активів компанії. Наявність

медичних страховок є об'єктом спільної угоди, між суб'єктами договору. Ті люди, що не мають контракту страхування, мають користуватися послугами за повної їх оплати.

Добровільне медичне страхування у країні провадять страхові організації, що працюють на комерційній базі. У такій системі фінансування закладів охорони здоров'я звичним є значна конкуренція. Ці організації пропонують різні типи страхових програм, що відрізняються різною ціною і умовами надання допомоги. Види та величина медичних послуг, що одержують застраховані люди, залежать від того, яку суму активів вони заплатили за страховий поліс. При цьому страхові компанії, зазвичай, провадять розмежування вартості страхових платежів залежно від віку людей і залежно до їх стану здоров'я.

В системі обов'язкового медичного страхування величина внесків не зв'язана прямо із системами аналізу ризику захворюваності певних людей і обсягом медичної допомоги, яку вони мають одержати. Вартість страхових платежів формується згідно до вартості прогнозованих витрат - в обчисленні на всю кількість застрахованих громадян. Тут з'являється проблема нерівності громадян в фінансуванні медичної допомоги. Страхова компанія в цій системі зобов'язана страхувати усіх людей, що проживають на конкретній території і мають професію незалежно від їх віку та здоров'я. Проте поділ громадян за ступенем ризику захворюваності є змінним за територіальними рисами і за напрямками функціонування. Отже стійкими є відмінності за станом здоров'я і віковими ознаками застрахованих в різнорідних страховиків. А значить, суттєво відрізнятимуться видатки на надання медичної допомоги у обчисленні на одного застрахованого.

Склад видатків за цільовим призначенням описують галузеві характерні риси функціонування державних закладів.

За результатами оцінки варто сформулювати наступні висновки: динаміка обсягів асигнування лікарні є позитивною. Витрати закладу стабільно збільшуються.

В 2022 році зростання кількості асигнування склало 59% в зрівнянні із минулим роком. Усього, можна відмітити, що у даному році збільшилися видатки за статтями «Придбання предметів постачання та витратних матеріалів». Це зумовлено потребами в матеріалах в поточному році.

Збільшилися теж видатки на заробітну плату і нарахування на заробітну плату, бо частково збільшений штат робітників, а теж відбувся несуттєвий ріст величини оплати праці робітників.

По капітальних витратах - збільшилася величина асигнування на купівлю нової апаратури. В 2022 році лікарня придбала лікувально-діагностичну апаратуру, автомобілі швидкої допомоги, комп'ютери і оргтехніку для своїх потреб.

Виходячи із даних оцінки варто відзначити такі зміни у складі видатків: несуттєво в зрівнянні зросли видатки на оплату праці із нарахуваннями, що вказує на те, що в 2023 році було скорочення кадрів у закладі. В кінці даного року, у досліджуваному закладі, із одного боку, був ріст оплати праці робітників, а із іншого - підвищилися борги із оплати праці. Значний ріст витрат проводиться по статті «Придбання матеріалів», що є ефектом збільшення стаціонарного відділення, збільшенням числа ліжок і зростанням цін на медикаменти і решту предметів у кінці 2023 року.

За результатами здійсненого аналізу, по складі витрат за 3 роки можна відзначити, що велика частка видатків в 2021 та в 2022 роках припадала на капітальні видатки: будівництво діагностичного відділення і купівлю медичної апаратури – 19,6% та 17,9% згідно. Дана величина вказує на ріст величини технічного забезпечення закладу і несуттєве поліпшення умов обслуговування пацієнтів. В 2023 році стан змінився – велика частка видатків державних активів –

це поточні видатки лікарні. Такий стан є характерним для значної кількості установ сфери охорони здоров'я.

Розвиток сфери платних медичних послуг обумовив ріст доходу в 2022 і у 2023 році. Такий ріст доходу в 2023 році в зрівнянні із минулим роком пов'язаний із зростанням кількості платних послуг. На ріст доходу теж вплинув незначний ріст цін на послуги, що провадить заклад.

Видатки закладу на надання платних послуг збільшилися у 2022 році та у 2023 році. Велика їх частка – це видатки на проведення консультацій. Вартість цього типу послуг формується централізовано. В результаті розмір собівартості аналогічний виручці, що одержана від надання таких послуг.

В 2023 році проводиться зменшення видатків одночасно із збільшенням кількості доходу. Це вказує на наявність резервів із управління матеріальними витратами.

За час 2022 - 2023 роки різниця між одержаними доходами і витратами теж збільшується. Найбільший ріст відмічається за результатами діяльності відділення функціональної діагностики. За даний час зріс обсяг здійснених операцій, що здійсненні консультативно-поліклінічним відділенням. Суттєве зменшення кількості доходу є за результатами функціонування відділення діагностики.

Отже, за результатами оцінки економічного стану закладу можна сформулювати наступні висновки.

В 2021 році величина прибутковості є дещо стійкою. В 2022 році фінансова діяльність закладу була направлена на ріст кількості надання платних послуг, а отже, і на ріст кількості надходжень. Як зрозуміло із зазначених вище таблиць, величина прибутковості є постійною. За всіма відділеннями відбувається ріст кількості наданих послуг.

Система медичної допомоги із кожним роком є все дорожчою, хоча її результативність зростає суттєво меншими темпами. Це означає, що все більший

обсяг витрат є неефективними. Сутність проблеми у тому, що медицина зараз – це сфера певних форм допомоги, що модифікують себе, але нівелюють вплив усієї сфери їх менеджменту.

Як ефект, сфера медичної допомоги налаштована так, що набір результативних та дорогих типів допомоги дає найкращий результат. Проте практичні дії вказують - це не так. Вирішення даної проблеми перебуває не у медичній галузі, а у галузі менеджменту.

В його базу варто покласти наступних 3 принципи:

- 1) процеси і результат мають бути взаємопов'язаними;
- 2) основи допомоги повинні бути включені в систему, результатом функціонування якої є ефект;
- 3) суттєво удосконалити витрати потрібно на рівні усієї сфери, а не певних її чинників.

Існують наступні напрямки реалізації потрібних перетворень в сфері асигнування закладів охорони здоров'я :

- здійснення організаційних перетворень сфери медичної допомоги;
- модифікація видатків у даній сфері;
- зростання доступності ліків для людей;
- використання сфери професійного менеджменту галуззю;
- моніторинг і оцінка рівня здоров'я громадян, доступності медичної допомоги.

Зокрема варто зробити :

- структурну реорганізацію сфери відповідно із потребами громадян в різномірних типах медичної допомоги;
- сформувати договірні відносини при формуванні медичних послуг;
- створити нові форми асигнування медичних закладів.

З ціллю формування раціональності функціонування закладів охорони здоров'я варто зробити. На базовому рівні:

- сформувати центри медичної допомоги. У даному випадку у сільській місцевості здійснити перетворення амбулаторних відділень і частки відділень центральних і районних лікарень;
- сформувати амбулаторії сімейних лікарів, що провадять допомогу громадянам.

Все це надасть змогу галузі ефективно розвиватися.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аранчій В. І., Томілін О. О., Дорогань-Писаренко Л. О. Фінансовий менеджмент : навч. посібник. РВВ ПДАУ, 2021. 300 с. 2.
2. Бак Н. Роль фінансової влади у розбудові повоєнної України. Світ фінансів. 2023. Вип. 1 (74). С. 48-56.
3. Бечко П., Непочатенко О., Гузар Б. та ін. Фінансовий менеджмент: підруч. Київ : Центр навчальної літератури, 2019. 496 с.
4. Бюджетна система: підручник / [В.Г. Дем'янишин, О.П. Кириленко та ін.] ; за ред. В.Г. Дем'янишина, О.П. Кириленко, З.М. Лободіної. Тернопіль : ТНЕУ, 2020. 624 с.
5. Вахович І. М. Фінансовий менеджмент: магістерський курс: навч. посіб. 3-тє вид., змінене і доп. Луцьк : Надстир'я, 2023. 640 с.
6. Верланов Ю. Ю. Фінансовий менеджмент : навчальний посібник. Вид. 2-ге. Миколаїв : Вид-во ЧНУ ім. Петра Могили, 2021. 336 с.
7. Волш Кіаран. Ключові показники менеджменту. 100+ фінансових коефіцієнтів для ефективного управління компанією / пер. з англ. Ярослав Вішталюк, за наук. ред. Михайла Колісника. К. : Наш Формат, 2023. 428 с. : іл.
8. Гаватюк Л. С., Сокровольська Н. Я., Корбутяк А.Г., Юрій Е.О. Управління фінансовими активами: навч. посіб. Чернівці : Рута, 2019. 160 с.
9. Гайбура Ю. А. Аналітичний інструментарій управління фінансовими результатами підприємства в умовах кризи. Ефективна економіка. 2021. № 5. URL: http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/5_2021/105.pdf
10. Дем'янишин В., Лободіна З., Кізима Т. Організаційно-методичні засади вдосконалення планування видатків бюджету держави на соціальний захист сімей з дітьми. Вісник Тернопільського національного економічного університету. 2020. Вип. 1 (95). С. 69- 85.

11. Десятнюк О., Горват Т. Регулювання фінансової діяльності підприємств в умовах воєнної економіки: поточний стан та прогнози. Світ фінансів. 2023. Вип. 2 (75). С. 45-55.
12. Джерелейко С. Інструментарій покращення фінансових результатів у системі зміцнення економічної безпеки підприємства. Вісник Хмельницького національного університету. 2022. № 6. Т. 1. С. 67–74.
13. Дзюблюк О. Монетарна політика Європейського центрального банку у контексті протидії кризовим явищам на фінансовому ринку. Світ фінансів. 2024. Вип. 2 (75). С. 8-30.
14. Жигалкевич Ж. М., Кам'янська О. В. Фінансовий менеджмент: навч. посіб. для здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти спеціальності 073 «Менеджмент». Київ : КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2022. 214 с.
15. Журавльова І. Фінансовий менеджменту у сучасному вимірі. Acta Academiae Beregsasiensis. Economics. 2023. Вип. 4. С. 188–204.
16. Журавльова Т. О. Формування фінансових ресурсів підприємства в умовах кризи. Економіка та держава. 2020. № 3. С. 42–45.
17. Заваденко О., Колоша В. Перспективи впровадження принципів управління, характерних для великих компаній з метою покращення фінансових показників діяльності в малому бізнесі. Via Economica. 2024. № 5. С. 42–47 URL: <https://doi.org/10.32782/2786-8559/2024-5-6>
18. Захарова Н. Фінансовий менеджмент та його особливості в умовах воєнного стану. Економічні горизонти. 2013. №4 (26). С. 38–47.
19. Іваненко В. О., Скриннік В. І., Лукашевич Ю. Л. Фінансовий менеджмент у готельно-ресторанній справі: проблеми та перспективи. Академічні візії. 2014. № 31. URL: <https://www.academy-vision.org/index.php/av/article/view/1097>

20. Іванченкова Л. В., Степаненко С. В., Євтушевська О. О. Фінансовий і податковий менеджмент у системі управління підприємством. Бізнес Інформ. 2022. № 4. С. 125–129.
21. Кальченко О., Шишкіна О., Данилович В. Фінансова звітність як інструмент фінансового менеджменту. Проблеми і перспективи економіки та управління. 2024. № 1(37). С. 288–300 URL: [https://doi.org/10.25140/2411-5215-2024-1\(37\)-288-300](https://doi.org/10.25140/2411-5215-2024-1(37)-288-300)
22. Каращенко В., Рибіцький О. Ефективне управління фінансовими ресурсами у сільськогосподарських підприємствах. Економіка та суспільство. 2024. № 64. URL: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2024-64-139>
23. Кізима Т. О., Лободіна З. М., Кізима А. Я. Інвестування заощаджень домогосподарств у контексті впливу на функціонування публічних фінансів в умовах війни. Світ фінансів. 2023. Вип. 4 (77). С. 52-67.
24. Кізима Т., Булавинець В., Кізима А. Фінансова поведінка домогосподарств у контексті розвитку поведінкових фінансів. Економічний аналіз. 2022. Вип. 4 (32). С. 152-164.
25. Кізима Т., Лободіна З., Горин В., Кізима А. Поведінкові фінанси як методологічний концепт дослідження сфери публічних фінансів в Україні. Світ фінансів. 2022. Вип. 4 (73). С. 8-21. URL: <http://sf.wunu.edu.ua/index.php/sf/article/view/1555/1563>
26. Кізима Т.О. Напрями реструктуризації фінансової системи України у контексті сучасних глобальних трендів. Сьомі Всеукраїнські наукові читання пам'яті С.І. Юрія : зб. наук. праць. (м. Тернопіль, 16 лист. 2021 р.). Тернопіль: ЗУНУ, 2021. 146 с. С. 60-62.
27. Кнейслер О., Спасів Н., Кізима Т. Фінанси об'єднаних територіальних громад у фінансовій системі України. Світ фінансів. 2020. Вип. 1 (60). С. 8-19.

28. Коваль С.Л., Грицишина Л.І. Особливості формування фінансових ресурсів домогосподарств у сучасних умовах. Світ фінансів. 2020. № 4 (65). С. 131–143. URL: <http://sf.wunu.edu.ua/index.php/sf/article/view/1373>
29. Коваль С.Л., Сидор І.П. Фінансове забезпечення банківських послуг. Агросвіт. 2020. № 15. С. 30–35. URL: <http://www.agrosvit.info/?op=1&z=3268&i=3>
30. Крисоватий А. Воєнні реалії фіскального простору публічних фінансів України. Світ фінансів. 2023. Вип. 1 (74). С.8-30. URL: <http://sf.wunu.edu.ua/index.php/sf/article/view/1583/1591>
31. Лободіна З., Дем'янишин В., Кізима Т., Березька К., Кізима А. Функціонування бюджетів участі: сучасний стан, тенденції модернізації та моделювання в умовах реформування публічних фінансів. Вісник економіки. 2022. Вип. 4 (106). С. 8-27.
32. Лободіна З., Дем'янишин В., Кізима Т., Лушней Ю., Лободін Р. Управління публічними фінансами в контексті протидії ризикам воєнного часу. Вісник економіки. 2023. Вип. 4 (110). С. 8-28.
33. Лободіна З., Дем'янишин В., Кізима Т., Савчук С. Сучасні тенденції розвитку та наслідки трансформації бюджетної системи України в контексті реформування управління публічними фінансами. Вісник економіки. 2021. Вип. 4 (102). С. 38-56.
34. Луніна І.О. Потенціал публічних фінансів для забезпечення видатків воєнного періоду та поствоєнного відновлення України. Фінанси України. 2022. №8. С. 7-26.
35. Макогон В.Д., Адаменко І.П. Державні та муніципальні фінанси в умовах економічних перетворень. Економічний вісник університету. 2020. Вип. 46. С. 177-183.

36. Марченко С.М. Стратегічне управління державними фінансами: євроінтеграційний курс, міжнародні тренди, національні особливості. Фінанси України. 2022. №1. С. 7-26.
37. Міжнародні фінанси: навч. посіб. / І.М. Грінько; КПІ ім. Ігоря Сікорського. Київ : КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2019. 109 с.
38. Мульська О. Фінансова стійкість домогосподарств і територіальних громад в умовах економічної нестабільності: чутливість до економічного поступу території. Світ фінансів. 2023. Вип. 2 (75). С. 155-168.
39. Опарін В.М., Паєнко Т.В. Макрофінанси – новий тренд досліджень у фінансовій науці. Фінанси України. 2023. №4. С. 92-104.
40. Панасюк В. М. Сучасний інструментарій інформаційного забезпечення: обліковий та управлінський аспект. Східна Європа: Економіка, бізнес та Управління. Випуск 2 (25). 2020. С 412-427.
41. Панасюк В.М., Бакум І.М. Ефективність розвитку соціальної інфраструктури регіону з орієнтацією на її пріоритетність. Бізнес Інформ. 2017. № 12. С. 144-147
42. Панасюк В.М., Підлужна Н.М. Формування інформаційно-аналітичної бази підприємства // Проблеми економіки України. – 2006. – Випуск 11. – С. 79-83
43. Панасюк В.М., Ковальчук Є.К. Реформування системи бухгалтерського обліку, як умова ефективного управління // Стан і перспективи розвитку обліково-інформаційної системи в Україні. – 2012. – С. 31-33
44. Семенченко А.І. Інформаційно-комунікаційні технології в публічному управлінні місцевими фінансами: стан та перспективи розвитку. Інвестиції: практика та досвід. 2020. №13-14. С. 86-91.
45. Сидор І.П., Коваль С.Л. Фінансові аспекти функціонування територіальних громад: теоретико-концептуальний зріз. Економічні студії. 2021. № 1 (31). С. 130–137.

46. Сидорчук А. Фінансова стійкість домогосподарств: теоретичні основи та прикладні аспекти : монографія. Тернопіль : ЗУНУ, 2023. 474 с.
47. Фінанси : підручник / За ред. д.е.н., професора А.І.Крисоватого. Тернопіль : Економічна думка, 2024. 567 с.
48. Фінанси : підручник / І. О. Лютий, С. Я. Боринець, З. С. Варналій [та ін.] ; за ред. І. О. Лютого. К. : Ліра-К, 2021. 728 с.
49. Фінанси підприємств : підручник / [Н.О. Власова та ін.] ; Нац. техн. ун-т «Харків. політехн. ін-т». Харків : Світ книг, 2018. 437 с.
50. Фінанси підприємств корпоративного сектора економіки України : колективна монографія / Зимовець В.В., Даниленко А.І., Терещенко О.О. та ін. ; за ред. В.В. Зимовця ; НАН України, ДУ «Інститут економіки та прогнозування НАН України». К., 2019. 306 с. URL : <http://ief.org.ua/docs/mg/311.pdf>
51. Хомутенко А.В. Державний контроль ефективності управління державними фінансами України. Економіка та держава. 2020. №2. С. 48-56.
52. Dubrovina N., Neubauerova E., Fabuš M., Tulai O. The evaluation of indices of public finance distribution on central and local levels for EU countries. Journal of European Economy. 2019. № 4. P. 454-465.
53. Horyn V., Berezka K., Lobodina Z., Kizyma T., Kizyma A. Application of Factor Analysis in Information Support of Participatory Budget Management in an Inclusive Economy. ADVANCED COMPUTER INFORMATION TECHNOLOGIES : 14th International Conference. Ceske Budejovice, Czech Republic. 19-21 September 2024.
54. Giebe C., Hammerström L., Zwerenz D. Big Data & Analytics as a sustainable Customer Loyalty Instrument in Banking and Finance. Financial Markets, Institutions and Risks. 2019. Vol. 3(4). P. 74-88. 35. Keynes J.M. The General Theory of Employment, Interest and Money. 1936. URL: <https://www.marxists.org/reference/subject/economics/keynes/general-theory>.

55. Kizyma T. Priorities for the household finance development and the financial literacy formation of population. Modern Ukrainian financial science: theoretical paradigm & practical concept of public finance : monograph / V. Fedosov, A. Krysovatty, 56. V. Oparin, P. Yukhymenko. Oklahoma City: Draft2Digital Publishing House, 2018. P. 415-431.
57. Kizyma T., Lobodina Z., Khamyha Yu. Fraud with financial resources of the state: types and effect on the shadow economy. Financial and credit activity: problems of theory and practice. 2019. №2 (29). P. 355-36. URL: <https://fkd.net.ua/index.php/fkd/article/view/2095>
58. Krysovatty A., Desyatnyuk O., Tulai O. Public finances and sustainable development: opportunities and challenges. Social, economic, legal and financial challenges in the context of global transformations: Monograph. Bratislava-Kharkiv, 2019. P.10–17.
59. Lobodina Z., Kizyma T., Demianyshyn V., Berezka K., Savchuk S. Participatory budgeting in the context of behavioral finances. Financial and credit activity: problems of theory and practice. 2022. Vol. 5 (46). C. 109–125. URL: <https://fkd.net.ua/index.php/fkd/article/view/3886>
60. Lobodina Z.M., Lopushniak H.S., Kizyma T.O., Lyvdar M.V. Inclusive budjeting: theoretical aspects, prerequisites and necessity for its implementation in Ukraine. Financial and credit activity: problems of theory and practice. 2020. Vol. 2. №33. P. 463-472. URL: <https://fkd.net.ua/index.php/fkd/article/view/3008>
61. Rishnyak, I., Veres, O., Lytvyn, V., Bublyk, M., Karpov, I., Vysotska, V., & Panasyuk, V. (2020). Implementation models application for IT project risk management. CITRisk, 2805, 102–117. <http://ceur-ws.org/Vol-2805/paper8.pdf>
62. Secinaro S., Calandra D., Petricean D., Chmet F. Social Finance and Banking Research as a Driver for Sustainable Development: A Bibliometric Analysis. Sustainability. 2021. Vol. 13. № 330. URL: <https://doi.org/10.3390/su13010330>

63. Sydorchuk A. Modelling of household financial behaviour. Modern engineering and innovative technologies. 2023. Issue 28. Part 1. P. 98 – 103.
64. Sydorchuk A. The financial sustainability during household life-stages. Internauka. Series: «Economic Sciences». 2023. №7.
65. V. Vysotska, R. Holoshchuk, S. Goloshchuk, O. Voloshynskyi, M. Shevchenko, V. Panasyuk, Predicting the Effects of News on the Financial Market Based on Machine Learning Technology, in Proceedings of the 5th International Conference on Advanced Information and Communication Technologies (AICT), 2023, pp. 152- 157.

«Декларація доброчесності»

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