

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**Західноукраїнський національний університет**  
**Вінницький навчально-науковий інститут економіки**

Кафедра економіки, обліку та оподаткування

**ГУСЛЯКОВ АНДРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ**

**Джерела фінансування закладів охорони здоров'я в Україні:  
сучасний стан та перспективи розвитку**

Спеціальність 073 Менеджмент

Освітньо-професійна програма

Менеджмент закладів охорони здоров'я

Кваліфікаційна робота

Виконала : студентка групи

МЗОЗвнм -21

Гусляков А.В.

---

Науковий керівник

---

Кваліфікаційна робота допущено  
до захисту

\_\_\_\_\_ 20 \_\_ р.

Завідувач кафедри

\_\_\_\_\_ **В.М. Пилявець**

**ВІННИЦЯ – 2025**

## **ЗМІСТ**

|   |  |
|---|--|
| <b>ВСТУП</b> .....  |  |
| <b>РОЗДІЛ 1. ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНИХ ДЖЕРЕЛ ФІНАНСУВАННЯ ЗА РІЗНИХ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я</b> .....  |  |
| 1.1. Характеристика існуючих моделей фінансування систем охорони здоров'я в глобальному вимірі .....  |  |
| 1.2. Сучасний стан та джерела фінансування системи охорони здоров'я в Україні .....   |  |
| <b>РОЗДІЛ 2. ФІНАНСОВИЙ АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ПЕРВИННОГО РІВНЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ – КНП «ЦПМСД № 3 міста Вінниці»</b> .     |  |
| 2.1. Структурно-організаційна характеристика КНП «ЦПМСД № 3 міста Вінниці» .....  |  |
| 2.2. Оцінка фінансового забезпечення діяльності КНП «ЦПМСД № 3 міста Вінниці» за 2021-2024 роки .....   |  |
| 2.3. Узагальнена оцінка діяльності досліджуваного Підприємства з використанням SWOT-аналізу .....   |  |
| <b>РОЗДІЛ 3. ОБГРУНТУВАННЯ РЕКОМЕНДАЦІЙ З УПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ДЖЕРЕЛ ФІНАНСУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ ТА ЇХ ДИВЕРСИФІКАЦІЇ У ЗМІННИХ УМОВАХ</b> ..... |  |
| 3.1. Особливості державно-приватного партнерства в системі охорони здоров'я .....   |  |
| 3.2. Інноваційні джерела фінансування медичної галузі та їх диверсифікація .....  |  |
| <b>ВИСНОВКИ</b> .....   |  |
| <b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....   |  |
| <b>ДОДАТКИ</b> .....  |  |

## АНОТАЦІЯ

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ВВП – внутрішній валовий продукт

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ДДП – державно-приватне партнерство

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я

КМУ – Кабінет Міністрів України

КНП – комунальне неприбуткове підприємство

ЛПУ – лікувально-профілактична установа

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

НСЗУ – Національна служба здоров'я України

ПМГ – пакет медичних гарантій

СОЗ – система охорони здоров'я

США – Сполучені Штати Америки

ФМ – фасиліті-менеджмент

ЦПМСД – центр первинної медико-санітарної допомоги

SWOT – сильні (S), слабкі (W) сторони, можливості (O), загрози (T).

## ВСТУП

**Актуальність теми.** В умовах сучасних глобальних викликів ефективне фінансування системи охорони здоров'я, що забезпечує рівні можливості доступу до якісних медичних послуг громадянам з різними рівнями доходу, є стратегічною метою кожної держави.

У зв'язку з переходом України до системи ринкового господарювання змінюються й основні принципи управління фінансовим забезпеченням (фінансового менеджменту) медичних установ, пріоритетним першочерговим завданням діяльності яких є раціональне й ефективне використання фінансових ресурсів.

У світі накопичено багатий досвід побудови та оптимізації фінансово-організаційних моделей охорони здоров'я. Тому великі країни наполегливо працюють над розширенням охоплення населення безкоштовною медичною допомогою, раціоналізацією джерел і методів фінансування, а також методів управління системами охорони здоров'я для підвищення їх ефективності та усунення дублювання витрат ().

Питання фінансового забезпечення охорони здоров'я в умовах реформування та воєнного часу були предметом вивчення вітчизняних (А. Барзилович, В. Базилевич, А. Боднар, М. Волокова, В. Дем'янишин, В. Зюзін, Н. Кондратенко, Е. Лібанова, Н. Федорова, Н. Карпишин, Н. Філіпова, К. Ягельська, Д. Зозуля, О. Посилкіна, К. Черненко, Ю. Грибовська, Л. Криничко) і зарубіжних (Я. Харбіхт, Н. Аззорпаді-Мускат, М. Romanowska, J. Kowalik, W. Gabrusewicz) дослідників, у тому числі спрямовані на пошук додаткових джерел фінансування галузі.

Забезпечення належних темпів розвитку охорони здоров'я в Україні та наближення її до європейських стандартів вимагають пошуків нових підходів до функціонування медичної галузі, зокрема через фінансові механізми за рахунок диверсифікації джерел як альтернативи бюджетному фінансуванню. Останнє й обумовило актуальність даного дослідження, визначило його мету і завдання.

**Мета дослідження:** проаналізувати існуючі джерела фінансування систем охорони здоров'я та обґрунтувати рекомендації з упровадження інноваційних інструментів фінансування медичної галузі у змінних умовах.

Для досягнення поставленої мети передбачалось вирішення наступних **завдань дослідження:**

1. Провести системний аналіз інформаційних ресурсів вітчизняного і зарубіжного досвіду з питань фінансування систем охорони здоров'я, зокрема в частині їх дієвих механізмів, моделей, інструментів.

2. Провести комплексну оцінку існуючих інструментів та показників фінансового забезпечення КНП «ЦПМСД №3 м. Вінниці».

3. Визначити, узагальнити та систематизувати основні чинники ризику фінансової стабільності КНП «ЦПМСД №3 м. Вінниці» з використанням SWOT-аналізу.

4. Обґрунтувати теоретико-методологічні підходи до впровадження сучасних джерел фінансування закладів охорони здоров'я.

5. Дослідити нормативно-правове забезпечення державно-приватного партнерства в Україні й світові практики його запровадження в медичну галузь.

6. Обґрунтувати рекомендації з упровадження інноваційних джерел фінансування медичної галузі та їх диверсифікації у змінних умовах.

*Об'єкт дослідження:* джерела та інструменти фінансування закладів охорони здоров'я.

*Предмет дослідження:* нормативно-правове регулювання механізмів фінансування системи охорони здоров'я; існуючі та інноваційні джерела фінансування медичної галузі; механізми державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я; фінансова звітність закладу охорони здоров'я первинного рівня надання медичної допомоги населенню.

**Інформаційна база дослідження** охоплювала дані Національної служби здоров'я України (дашборди, звіти про доходи та витрати (1-НС)), фінансові звіти КНП «ЦПМСД №3 м. Вінниці» за 2021-2025 роки, регіональні програми розвитку системи охорони здоров'я, регулюючі нормативно-законодавчі

документи з питань фінансування медичної галузі, вітчизняні й зарубіжні інформаційно-літературні джерела.

З метою вирішення поставлених завдань використовувались наступні **методи дослідження**: *системного підходу та аналізу* – для проведення комплексного дослідження предметів, процесів, системи у їх зовнішніх та внутрішніх взаємозв'язках; для оцінки існуючих джерел фінансування закладів надання первинної медичної допомоги; *бібліосемантичний* – для вивчення досвіду вітчизняного та світового науково-інформаційного простору щодо досліджуваної проблеми; *статистичний* – для збору, обробки й аналізу отриманих під час дослідження даних.

У ході здійснення фінансового аналізу використано такі основні методичні прийоми: спосіб відносних та абсолютних величин; групування; порівняння; графічний, табличний, балансовий способи.

**Наукова новизна результатів** полягає в обґрунтуванні рекомендацій з упровадження інноваційних джерел фінансування медичної галузі та їх диверсифікації у змінних умовах для закладів охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги населенню.

**Практичне значення отриманих результатів** полягає в тому, що вони стали підґрунтям для розробки рекомендацій з упровадження інноваційних джерел фінансування медичної галузі та їх диверсифікації, що в подальшому призведе до можливості їх широкого використання в закладах охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги та форм власності, сприятимуть відкриттю нових напрямків для перспективного розвитку, що впливає на конкурентоздатність медичних установ у ринкових змінних умовах.

**Апробація результатів роботи.**

**Власні публікації.**

**Структура та обсяг роботи.** Магістерська робота викладена на 98 сторінках друкованого тексту, складається зі вступу, огляду літератури, 2 розділів власних досліджень; ілюстрована 5 таблицями, 11 рисунками, має один

додаток (на 8 сторінках). Список використаної літератури містить 67 наукових джерел.

# РОЗДІЛ 1

## ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНИХ ДЖЕРЕЛ ФІНАНСУВАННЯ ЗА РІЗНИХ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Усі існуючі економічні моделі систем охорони здоров'я науковці зводять до трьох основних видів, а саме: платна (ринкова) медицина з використанням переважно приватного медичного страхування, а також суспільних програм медичної допомоги; державна (бюджетна) медицина з бюджетною системою фінансування та система охорони здоров'я, заснована на принципах соціального страхування і регулювання ринку з багатоканальною системою фінансування [1, 9, 59, 65].

### **1.1. Характеристика існуючих моделей фінансування систем охорони здоров'я у глобальному вимірі**

Учені розглядають досвід фінансування системи охорони здоров'я в різних країнах, виділяючи переваги й недоліки окремих моделей такого фінансування, що застосовуються в зарубіжній практиці (таблиця 1.1, додаток А.1). Вони відзначають, що досі досконалої моделі не сформовано, певні недоліки спостерігаються і в економічно розвинених країнах з високим рівнем витрат на охорону здоров'я [29, 41, 55, 59, 62, 65, 67].

Розглянемо деякі найбільш показово-дієві з них.

*Бюджетна модель* характерна для скандинавських країн з централізацією ВВП у 50-60%, натомість в Україні цей показник на рівні 33%.

Дані таблиці 1. 2 додатку А. 2 показали, що структура фінансування медичної галузі є неоднорідною, проте всі країни в більшій мірі використовують гібрид бюджетно-страхової моделі фінансування. В середньому ця модель забезпечує 70,6% фінансування медицини. Натомість, інші 29,4% фінансуються безпосередньо за схемами передоплати медичних послуг (обов'язкової або добровільної та інших фінансових ресурсів (фізичних та юридичних осіб) [3, 45].

Бюджетно-страхова форма фінансування системи охорони здоров'я передбачає наявність трьох джерел фінансових надходжень: цільові внески підприємців, внески окремих громадян і державні субсидії. Так, для бюджетно-страхової системи охорони здоров'я Франції характерно поєднання державних програм обов'язкового медичного страхування і сектору приватного медичного страхування.

Основним джерелом фінансування французької системи охорони здоров'я є податок на заробітну плату, за рахунок якого формуються цільові надходження медичних установ. Оскільки за рахунок коштів цільових фондів не забезпечується повне фінансування медичної галузі Франції, передбачені механізми дольової участі застрахованого споживача в оплаті медичних послуг шляхом придбання додаткових страхових полісів. У зв'язку з цим необхідним є розвиток інституту приватного медичного страхування, яким охоплено близько 13% усіх витрат на медичне обслуговування, а медичну допомогу найбільш вразливим верствам населення надають благодійні організації [45, 55, 62, 67].

Відносини у сфері медичного страхування Франції є повністю стандартизованими і контролюються державою. Фінансування медичних закладів здійснюється за єдиною національною тарифною сіткою на основі статистичних та клінічних груп. У Франції система добровільного медичного страхування використовується у корпоративних компаніях, де поширена практика співфінансування (компанія може оплатити до 25% рахунку) [3, 55]. Проте, з бюджету виділяються кошти на пільгове лікування незастрахованих осіб.

На сьогоднішній день багато країн вдаються до бюджетно-страхової моделі, основною перевагою якої є залучення фінансових ресурсів двома основними методами. Це дозволяє знизити навантаження на бюджет й акумулювати достатній обсяг фінансових ресурсів. Такою моделлю користуються країни, в яких обмаль фінансових ресурсів, як приклад: Мексика - 43% фінансується за рахунок інших джерел, Литва – 33,4%, Корея – 34,4% та Чилі 33,8%. З другої сторони Люксембург використовуючи дану систему, зміг

добитися мінімізації ресурсів домогосподарств до 12%, що свідчить про ефективність такої системи фінансування [3, 55].

*Приватна (підприємницька) форма фінансування* сфери охорони здоров'я передбачає створення системи добровільного медичного страхування, яка полягає у наданні громадянам платних медичних послуг медичними закладами, вартість яких відшкодовується за рахунок приватних страхових полісів. Яскравим прикладом приватної форми фінансування сфери охорони здоров'я є медична система Сполучених Штатів Америки (США).

Так, у США функціонують державні програми надання медичної допомоги, зокрема загальнодержавна програма «Медікейр», яка охоплює близько 10% населення і розрахована для людей похилого віку та непрацездатних осіб, а також сімей з низьким доходом. У разі відсутності медичної страховки медичну допомогу можна отримати лише на умовах повної оплати з боку пацієнта. Окремі громадяни, які не мають медичної страховки, можуть отримати медичну допомогу у державних лікарнях через різноманітні благодійні програми [45, 55, 62].

Приватна модель поєднує всі можливі схеми фінансування і максимально мінімізує використання інших фінансових ресурсів. Основним її механізмом є надання пільг із оподаткування витрат на медицину, що є основним стимулом до медичного страхування населення, особливо якщо врахувати, що медичні послуги обходяться в США досить дорого, так на душу населення припадає 7290 дол. США [14].

Ця модель є унікальною, в якій особливу увагу зосереджено на передоплаті медичних послуг. Останні в структурі фінансових інструментів займають майже стільки ж, як і бюджетні видатки 38,9%. Приватна модель активно використовується також у Чилі 16,1%, Словенії 14,3%, Ізраїлі 11,2%, Канаді 10%, Кореї 8,3% та Німеччині 8,2%, як додаткове джерело фінансування [45, 55].

Варто зазначити, що в США найвищий рівень витрат на охорону здоров'я в світі (майже 17% ВВП) і це створює сприятливі умови для акумулювання великих фінансових ресурсів галузі [45].

У той час у Великобританії засновано одну із сучасних концепцій охорони здоров'я – «Державно-приватне партнерство», яке полягає у залученні державою приватного сектору до надання соціальних послуг, держава купує медичні послуги для населення. Це партнерство дає можливість втілити державні проекти за кошти бізнесу, що є привабливим для обох сторін. Особливо це необхідно для України, оскільки на сьогоднішній день залучення інвестицій у сферу охорони здоров'я є вкрай потрібним і бізнес може стати таким інвестором.

Також у Великобританії застосовано один із управлінських підходів – «реінжиніринг бізнес-процесів», що дозволило кардинально перебудувати організацію процесу лікування з такими позитивними індикаторами як: зменшення тривалості лікування у стаціонарі, скорочення витрат на діагностику, лікування пацієнта та операційну діяльність медичного закладу, покращення рівня медичного обслуговування. Поряд з цим поширеним фінансовим механізмом серед медичних закладів у цій країні є аутсорсинг [45, 55, 62].

Окремої уваги потребує розгляд виключно страхових моделей медичного фінансування з точки зору зменшення витрат з бюджету. Державами, які надають перевагу страховій моделі фінансування є: Німеччина (63,4%), Словенія (66,1%), Польща (57,6%) та Естонія (61,5%).

Основою фінансування сфери охорони здоров'я Німеччини є національна система обов'язкового медичного страхування (система лікарняних кас), яка охоплює 88% населення і фінансується за рахунок внесків найманих працівників та роботодавців. Страхові внески громадян до лікарняних кас формуються у єдиний фонд, із якого кошти перерозподіляються між лікарняними касами пропорційно до кількості учасників кожної із них. При цьому якість наданих медичних послуг не залежить від того, у яку саме лікарняну касу сплачувалися громадянином страхові внески [20, 45, 55]. Майже 9% громадян Німеччини оплачують додаткові медичні страхові поліси, які покривають вартість медичних послуг, що не входять до стандартного пакету.

Страхові фонди є структурними одиницями системи охорони здоров'я Німеччини. Слід зазначити, така модель системи фінансування медичної галузі

передбачає і державні видатки на охорону здоров'я. Особливо це стосується профілактичних заходів, фундаментальних наукових досліджень у сфері медицини, спеціальних загальнодержавних програм по боротьбі із захворюваннями та інші [3, 20, 55]. Наступною особливістю Німеччини є відкритий внутрішній ринок медичних послуг, з вільним встановленням цін, що дозволяє забезпечити притік інвестицій і забезпечити конкурентоспроможність медичних закладів.

Система охорони здоров'я Німеччини небезпідставно має один з найбільших ринків медичних послуг в Європі.

Прикладом цього є компанія «Asklepios» (Німеччина), яка ініціювала розборку інформаційно-аналітичної медичної системи для програми «клініка майбутнього». Її результативність доведена за такими критеріями: пришвидшилася обробка інформації про пацієнта та заповнення документації (на 18%); отримання швидкого доступу до потрібної інформації в ході лікувального процесу; зменшення часу на обробку даних щодо лабораторних досліджень на 75%; зріс рівень комунікації всередині медичного закладу; зменшився час на знаходження архівних даних про пацієнта; зменшився рівень витрат, особливо додаткових.

У кінцевому результаті впровадження медичної системи «клініка майбутнього» дозволило зменшити рівень витрат на 36,7% і підвищити якість на 50% [3].

Система охорони здоров'я Італії є більш децентралізованою, значна частина повноважень по управлінню медичною галуззю належить провінціям, а фінансування здійснюється спільно центральним і федеральними органами влади із незначною часткою співфінансування медичних послуг населенням. Державою встановлений мінімальний гарантований рівень медичних послуг для громадян, а також визначені умови отримання медичної допомоги від приватних закладів.

Безоплатними в Італії є первинна медико-санітарна допомога й лікування в стаціонарі, а оплата діагностичних процедур, послуг спеціалістів та придбання

лікарських препаратів, що відпускаються за рецептами, здійснюються на засадах пайової участі пацієнтів [45].

Система охорони здоров'я Канади теж має децентралізований характер зі спільним фінансуванням галузі регіональними і федеральними органами влади. Кожна провінція отримує від Федерального уряду Канади гранд у розмірі 16% від загальних витрат на охорону здоров'я, решта фінансується за рахунок регіональних податків.

Особливістю загальнонаціональної системи медичного страхування Норвегії є те, що пацієнт самостійно оплачує вартість медичних послуг, а згодом отримує компенсацію із відповідного державного фонду або приватної страхової компанії. Так, за рахунок коштів страхових фондів забезпечується відшкодування витрат на стаціонарне й амбулаторне лікування, на оплату послуг лікарів загальної практики та окремих фахівців, вартість діагностичних обстежень, відшкодування вартості лікарських засобів тощо [45, 55].

У Фінляндії медичне забезпечення здійснюється через громадську систему охорони здоров'я та систему медичного страхування, а половина роботодавців добровільно організовує надання додаткових медичних послуг для своїх працівників. Також громадяни Фінляндії можуть отримати приватні медичні послуги, які частково фінансуються Національним фондом медичного страхування.

Так, за програмою медичного страхування у Фінляндії на 50-100% покриваються витрати на ліки, на 60% – гонорар лікаря, на 60% – вартість стоматологічних послуг [20, 45]. Співвідношення соціального та приватного медичного страхування у Нідерландах складає приблизно 64:36.

У країні існує так званий «поріг доходу», через що із програми державного соціального страхування виключається частина населення з високими доходами, зокрема приватні підприємці, які змушені долучатися до програм приватного медичного страхування. За спеціальною обов'язковою програмою у Нідерландах здійснюється медичне страхування державних службовців [45].

Система охорони здоров'я Швейцарії має ринково-орієнтований характер і функціонує за принципом «керованої конкуренції», у рамках якої надання медичних послуг і медичне страхування знаходиться у компетенції приватного бізнесу, але функціонує у рамках жорстко регульованого державою «штучного» ринку.

Швейцарським урядом рекомендовано придбання усіма громадянами країни базового пакету страхових медичних полісів, а отже приватним медичним страхуванням у країні охоплено близько 99,5% громадян. Страхові внески є однаковими для усіх клієнтів, незалежно від стану здоров'я і місця проживання, а отже система працює таким чином, що медичне обслуговування людей, які мають проблеми зі здоров'ям, здійснюється за рахунок здорових громадян.

Для малозабезпечених громадян держава надає субсидії для оплати полісів медичного страхування, таким чином близько третини швейцарців отримують державні субсидії, а біля 19% сукупного обсягу страхових внесків виплачується за рахунок коштів державного бюджету Швейцарії [45].

Отже, дослідження передових практик фінансування систем охорони здоров'я високорозвинених держав світу показує, що існуючі в різних країнах медичні системи дозволяють доволі ефективно виконувати функції медичного забезпечення та соціального захисту, разом з тим навіть наявність достатнього фінансування системи охорони здоров'я не гарантує загального охоплення медичними послугами для усіх громадян (Стратегія 2030, ВООЗ).

## **1.2. Сучасний стан та джерела фінансування системи охорони здоров'я в Україні**

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) та Світовий банк надали звіт про медичну реформу в Україні 2016-2019 рр. [50], в якому позитивно дали відгук про зміни, що здійснюються в Україні. Проте підходи, якими керується Україна та ВООЗ є відмінними, ВООЗ акцентує увагу на підвищенні ефективності використання наявних фінансових ресурсів, що є

логічним з урахуванням світового досвіду стримування витрат на охорону здоров'я. Тоді ж як Україна потерпає від нестачі фінансових ресурсів і є критична необхідність змінювати механізм фінансування всієї галузі [3, 56].

Для фінансового забезпечення вітчизняної системи охорони здоров'я використовують майже всі джерела фінансування, за винятком коштів фонду обов'язкового медичного страхування. Тому основними формами фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні є: бюджетне фінансування, добровільне медичне страхування, самофінансування і кредитування [8, 25, 44].

Крім того, в період переходу до ринкової економіки державним та комунальним установам охорони здоров'я було дозволено некомерційну господарську діяльність (медичну і немедичну) залучаючи, таким чином, додаткові фінансові ресурси. У результаті цього значно поширилася така форма фінансового забезпечення, як некомерційне самофінансування. Зміст некомерційного самофінансування полягає в тому, що його здійснюють на принципах самоокупності, й воно передбачає просте відтворення витрат, пов'язаних із наданням медичної допомоги [33].

Схематично механізми фінансового забезпечення вітчизняних закладів охорони здоров'я показано на рис. 1. 1 [53].

Основні зміни у підходах до фінансування вітчизняної системи охорони здоров'я задекларовані у Законі України № 2168-VIII від 19.10.2017 р. «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (зі змінами № 4122-IX від 27.03.2025 р.) [38], Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я [42], Положенні про Національну службу здоров'я України [34] і частково вже реалізовані відповідно до «Плану заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 року».

Зазначені нормативно-правові акти забезпечили підґрунтя для зміни характеру відносин між надавачами медичних послуг та розпорядником бюджетних коштів, а також зміни механізмів оплати медичних послуг [26, 53-54].

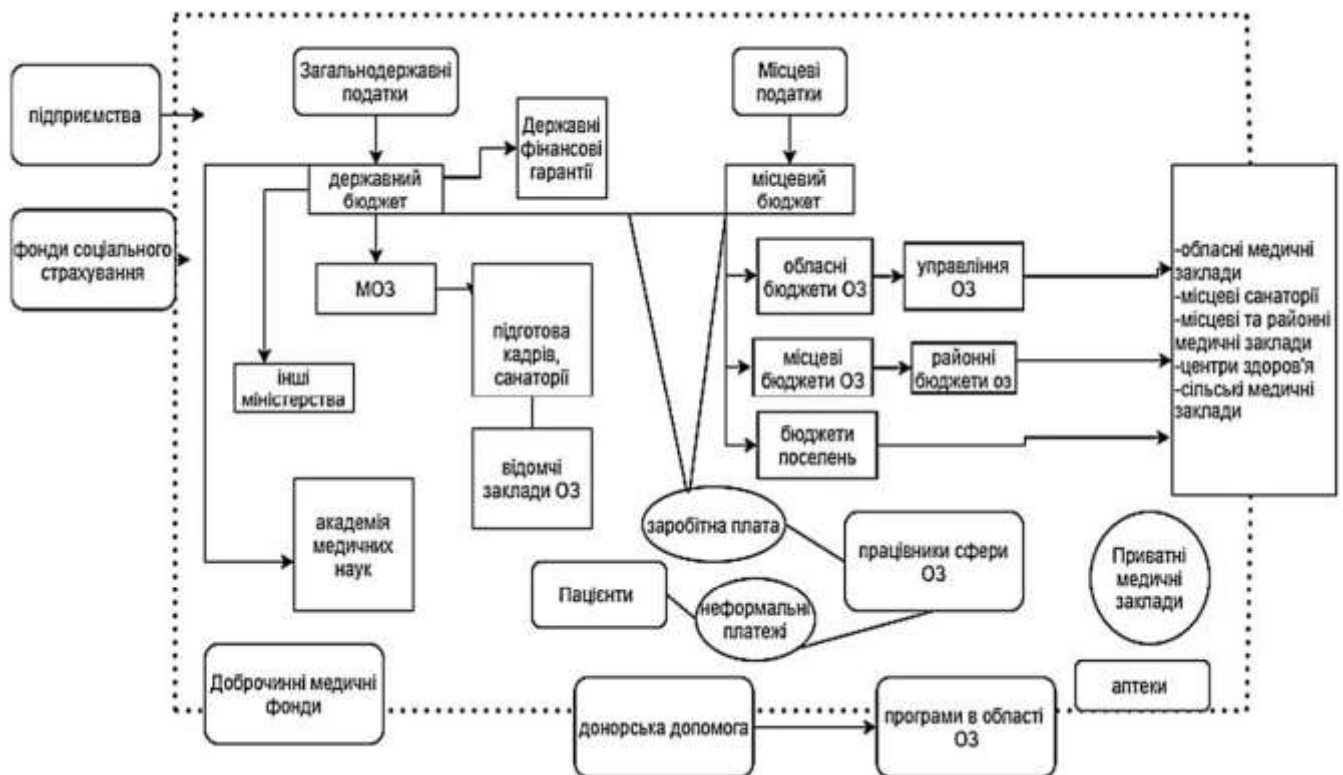


Рис. 1. 1. Фінансування системи охорони здоров'я в Україні.

*Джерело [53].*

У сучасних умовах в Україні основним джерелом фінансового забезпечення охорони здоров'я є кошти державного та місцевих бюджетів, інші джерела є додатковим фінансовим ресурсом.

Така форма бюджетного фінансування як державні трансферти найповніше відповідає вимогам бюджетного фінансування, оскільки це невідплатні й безповоротні платежі з бюджету юридичним та фізичним особам, які не призначені для придбання товарів чи послуг, надання кредиту або виплату непогашеного боргу [9, 22, 56].

Функціонування такої форми бюджетного фінансування як кошторисне фінансування упродовж останніх років зазнало певних змін, що були зумовлені реформуванням бюджетної сфери і формуванням нової системи відносин у даному секторі економіки.

Сучасний бюджетний заклад є суб'єктом господарювання, якому надано право мобілізувати кошти шляхом надання платних послуг та здійснення іншої підприємницької діяльності, дозволеної законодавством. Власні

надходження, які отримує бюджетний заклад, включають до спеціального фонду кошторису і використовують на його потреби за цільовим призначенням [8, 37].

На рівні бюджетних установ відбувається процес поєднання бюджетного фінансування із системою некомерційного самофінансування для виконання ними намічених завдань і функцій. Такі заклади фінансуються лише частково за рахунок коштів бюджетів, утворених у результаті перерозподілу валового внутрішнього продукту, і за джерелом походження є справді бюджетними.

Грошові кошти та доходи в матеріальній чи нематеріальній формі, що отримує бюджетний заклад завдяки самостійній фінансово-господарській діяльності, іншої природи. Некомерційна діяльність бюджетних установ і організацій не має на меті отримання прибутку і здійснюють її у загальнодержавних інтересах для залучення додаткових фінансових ресурсів. Бюджетні заклади, які протягом тривалого часу майже повністю залежали від одного джерела доходів – бюджету, сьогодні отримали змогу заробляти кошти та фінансувати власні потреби [11, 22, 44].

Загалом механізм фінансування охорони здоров'я за рахунок загальнодержавного бюджету має свої переваги порівняно з механізмом обов'язкового медичного страхування:

1) універсальний доступ: система фінансування охорони здоров'я за рахунок загальнодержавних податків дозволяє забезпечити універсальний доступ до медичної допомоги для всіх громадян, незалежно від статусу зайнятості, віку чи стану здоров'я. Усі громадяни отримують медичні послуги на основі медичних потреб, що не залежить від можливостей оплати страхових внесків;

2) ефективність та економія: система фінансування за рахунок загальнодержавних податків дозволяє зменшити адміністративні витрати, пов'язані з управлінням страховими компаніями та контролем платежів;

3) солідарність: фінансування охорони здоров'я з податків ґрунтується на принципі солідарності, коли більш забезпечені верстви населення сплачують вищі податки, але тим самим забезпечують доступність медичної допомоги для

менш забезпечених. Цей підхід сприяє зниженню соціальних нерівностей у сфері охорони здоров'я;

4) підтримка серед населення: системи фінансування охорони здоров'я за рахунок загальнодержавних податків можуть бути популярні серед населення, оскільки вони сприяють створенню відчуття соціального захисту та довіри до державної системи охорони здоров'я [56].

Протягом 2017–2022 рр. у системі охорони здоров'я України відбулися такі зміни фінансового спрямування:

1) створений потужний провайдер – Національна служба здоров'я України (НСЗУ), даний орган діє від імені держави, виконує роль єдиного замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій;

2) створення e-Health (електронна система охорони здоров'я), яка дозволяє НСЗУ контролювати, наскільки ефективно витрачаються виділені на охорону здоров'я державні кошти в рамках програми медичних гарантій та запобігати зловживанням;

3) потужні медичні заклади всієї країни перетворилися на комунальні некомерційні підприємства;

4) здійснено реформування первинної медичної допомоги, яка стала найдоступнішим економічно обґрунтованим видом допомоги [29].

Найбільшою статтею в Державному бюджеті на охорону здоров'я є Програми медичних гарантій. На їх реалізацію в Державному бюджеті на 2023 р закладено 142,7 млрд грн, тоді як у 2022 р. - 157,3 млрд грн. Різниця склала (-) 14,6 млрд грн, що обумовлено військовою агресією рф (міграція населення за кордон та зміна поведінки споживачів послуг тимчасово переміщених осіб у межах України та ін.) [29].

Національна служба здоров'я України – Єдиний національний замовник медичних послуг та лікарських засобів, незалежна інституція, яка діє в інтересах пацієнтів, та закуповує медичні послуги з єдиного національного пулу коштів на основі єдиних базових тарифів та вимог до якості.

Новий механізм оплати медичної послуги передбачає визначення медичної послуги як об'єкта фінансування.

Оплату медичних послуг здійснює Національна служба здоров'я України за рахунок коштів Державного бюджету (податків) у межах державного гарантованого пакету відповідно до укладених з надавачами медичних послуг договорів про медичне обслуговування населення та на основі єдиних для всієї території України тарифів.

Кошти Державного бюджету на фінансування охорони здоров'я акумулюються за рахунок загальних податків і витрачаються через двох основних розпорядників бюджетних коштів – Міністерство охорони здоров'я та Національну службу здоров'я України.

Одна частина коштів Державного бюджету (менша) спрямовується на фінансування загальнодержавних програм та загальнонаціональних медичних закладів, що перебувають у центральному підпорядкуванні (включаючи заклади МОЗ, НАМНУ, МО, МВС, СБУ та деяких інших відомств). Друга (більша) у вигляді медичної субвенції розподіляється за встановленою Кабінетом Міністрів формулою між обласними бюджетами, районними бюджетами, бюджетами міст обласного значення, а починаючи з 2016 року – і між бюджетами об'єднаних територіальних громад [26, 54].

У межах своєї компетенції органи місцевого самоврядування можуть фінансувати місцеві програми розвитку та підтримки для закладів охорони здоров'я, зокрема, на оновлення матеріально-технічної бази, капітальний ремонт, реабілітацію, підвищення заробітної плати медичним працівникам (місцеві програми заохочення), місцеві медичні служби охорони здоров'я, місцеві програми громадського здоров'я та інші програми медичної допомоги.

Чималу роль у фінансовому забезпеченні сфери охорони здоров'я в Україні відіграють надходження від донорських організацій, якими виступають такі міжнародні організації, як агенції ООН, Європейський союз, Світовий банк), а також уряди інших країн, які реалізують фінансування на покриття витрат по

боротьбі з особливо небезпечними інфекційними хворобами, такими як туберкульоз, СНІД, а також на підтримку охорону материнства і дитинства [54].

У країні існує ефективна практика координації фінансової підтримки через скоординовану систему гуманітарної та донорської підтримки: Мультидонорський трастовий фонд України та Гуманітарний фонд України, які надають допомогу в забезпеченні медичними та витратними матеріалами, інвестують в обладнання. Ця допомога є суттєвою в умовах війни.

Підсумовуючи вищесказане визначено [3, 26, 37], що в Україні виникла потреба у: впровадженні новітніх технологій, що дасть змогу не лише скоротити витрати, але й підвищити якість; запровадженні декількох механізмів акумуляції коштів для сфери охорони здоров'я, особливо страхової медицини; розгляді медичного закладу з точки зору унікального підприємства, для якого потрібен окремий управлінський підхід; спеціального навчання управлінців та запрошення іноземних спеціалістів для проведення тренінгів; оптимізації бізнес-процесів та фінансових потоків; налагодженні партнерства із приватним сектором для залучення інвестицій.

**РОЗДІЛ 2**

**ФІНАНСОВИЙ АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ  
ЗДОРОВ'Я ПЕРВИННОГО РІВНЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ  
– КНП «ЦПМСД № 3 міста Вінниці»**

Стійкість функціонування медичного підприємства визначається його фінансовою стійкістю, яка є індикатором фінансового стану економічного агента і, відповідно, предметом дослідження.

На фінансову стійкість визначальний вплив має фінансове забезпечення медичної установи, механізм якого діє на ринкових засадах “гроші йдуть за пацієнтом” і регламентований розпорядженням КМУ “Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я” [15, 42, 58].

Аналіз фінансової стійкості закладу охорони здоров'я дає можливість діагностувати наявні та потенційні джерела фінансування, обґрунтувати залучення нових, самостійно залучених коштів шляхом фандрайзингу.

**2.1. Структурно-організаційна характеристика КНП «ЦПМСД № 3 міста Вінниці»**

Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 3 м. Вінниці» (далі - Підприємство) належить до комунальної власності Вінницької міської територіальної громади, підзвітне та підконтрольне Вінницькій міській раді. Органом управління КНП «ЦПМСД №3 м. Вінниці» є департамент охорони здоров'я Вінницької міської ради. Місцезнаходження: м. Вінниця, вул. Хмельницьке шосе 96. Сайт підприємства: <http://cpmsd3.com.ua/>. Місця провадження діяльності: м. Вінниця, вул. Хмельницьке шосе 96, м. Вінниця, вул. В. Інтернаціоналістів, буд. 10, м. Вінниця, с. Пирогово, 4 провулок Комарова, буд. 2.

Діяльність досліджуваного Підприємства направлена на виконання основних засад Стратегії збалансованого регіонального розвитку Вінницької

області на період до 2027 року (стратегічна ціль 3 – формування пацієнт-орієнтованої системи охорони здоров'я), а також міської програми «Здоров'я вінничан на 2022 – 2024 роки» (рішення міської ради від 24.12.2021 р. №758) [39]. Остання ґрунтується на Концепції інтегрованого розвитку м. Вінниця 2030, а саме Стратегії 3,0, ціль 2.1 – здорова громада: 2.1.1. Доступна та якісна медична допомога первинної ланки; 2.1.4. Забезпечення медичних закладів кваліфікованим і клієнт-орієнтованим медперсоналом; 2.1.5. Сприяння свідомому ставленню громадян до власного життя, здоров'я та фізичної активності.

Загальний обсяг виділеного фінансування для реалізації програми – 1 088 601 300 грн., у т. ч. кошти бюджету Вінницької міської територіальної громади – 1 081 101 300 грн., кошти обласного бюджету – 7 500 000 грн.

КНП «ЦПМСД №3 м. Вінниці» здійснює господарську некомерційну діяльність, спрямовану на досягнення соціальних та інших результатів без мети одержання прибутку.

Для кращого розуміння фінансової діяльності і руху грошових потоків доцільно розглянути мету та основні цілі Підприємства, що, в подальшому, дасть можливість визначити перспективні напрямки й конкурентну можливість розвитку некомерційного підприємства.

Основною метою створення КНП «ЦПМСД № 3 м. Вінниці» (Статут закладу [47]) є надання первинної медичної допомоги та здійснення управління медичним обслуговуванням населення, яке постійно проживає на території населених пунктів, що входять до складу Вінницької міської об'єднаної територіальної громади, але не обмежуючись ними, а також вжиття заходів з профілактики захворювань населення та підтримки громадського здоров'я.

Основними цілями діяльності КНП «ЦПМСД № 3» є:

- забезпечення права громадян на вільний вибір лікаря з надання первинної медичної допомоги у визначеному законодавством порядку;
- організація надання первинної медичної допомоги у визначеному законодавством порядку, в тому числі надання невідкладної медичної допомоги

пацієнтам, які не потребують екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;

- проведення профілактичних щеплень;
- планування, організація, участь та контроль за проведенням профілактичних оглядів та диспансеризації населення, здійснення профілактичних заходів, у тому числі безперервне відстеження стану здоров'я пацієнта з метою своєчасної профілактики, діагностики та забезпечення лікування хвороб, травм, отруень, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів;
  - консультації щодо профілактики, діагностики, лікування хвороб, травм, отруень, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, а також щодо ведення здорового способу життя;
  - організація стаціонарозамінних форм надання медичної допомоги;
  - взаємодія з суб'єктами надання вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги з метою своєчасного діагностування та забезпечення дієвого лікування хвороб, травм, отруень, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів з урахуванням особливостей стану здоров'я пацієнта;
  - організація відбору та спрямування хворих на консультацію та лікування до закладів охорони здоров'я та установ, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, а також відбору хворих на санаторно-курортне лікування та реабілітацію у визначеному законодавством порядку.

Структура Підприємства з назвою структурних підрозділів станом на 01.2025 року:

*1. Адміністрація:*

- 1.1. Директор КНП " ЦПМСД № 3 м. Вінниці "
- 1.2. Заступник медичного директора з експертизи тимчасової непрацездатності.
- 1.3. Заступник директора з організаційно-методичної роботи.
- 1.4. Медичний директор.

- 1.5. Головна медична сестра.
- 1.6. Бухгалтерія.
- 1.7. Відділ кадрів.
- 1.8. Інформаційно-аналітичний відділ медичної статистики.

*2. Лікувально-профілактичний підрозділ:*

- 2.1. Сім амбулаторій загальної практики сімейної медицини № 1-7 (48 лікарів на 65 813 декларантів станом на 01.12.2024 р.).
- 2.2. Денний стаціонар.
- 2.3. Пункт невідкладної медичної допомоги.

*3. Допоміжний діагностичний підрозділ:*

- 3.1. Клініко-діагностична лабораторія.
- 3.2. Рентгенологічний кабінет.
- 3.3. Кабінет ультразвукової діагностики.
- 3.4. Оглядовий кабінет.
- 3.5. Маніпуляційний кабінет.
- 3.6. Кабінет щеплення.
- 3.7. Кабінет здорової дитини.
- 3.8. Кабінет функціональної діагностики.
- 3.9. Масажний кабінет.
- 3.10. Фізіотерапевтичний кабінет.

*4. Господарський підрозділ.*

Проведемо ретроспективний аналіз статистичних даних кількісного розподілу лікарів Підприємства та їх декларантів за статево-віковими ознаками станом на 12.2024 року (рис. 2. 1).

Станом на 01.01.2025 року в досліджуваному закладі зареєстровано 48 лікарів, серед них сімейні лікарі становили 42 особи (87,5%), терапевти – 4 ос. (8,3%), педіатри – 2 ос. (4,2%).

Поглиблений аналіз поданих декларацій про вибір лікаря ПМД у 2024 році за статево-віковою структурою виявив такі тенденції: найбільш активно

задекларували свої відносини з лікарем жінки (55,3%) і дві вікові когорти – 40-64 роки (22,4%); 18-39 р. (19,2%).

Отже, працездатне населення території обслуговування, що в сумі склало 41,6%, є переважаючою структурно-віковою одиницею у забезпеченні медичними послугами на первинному рівні надання медичної допомоги.

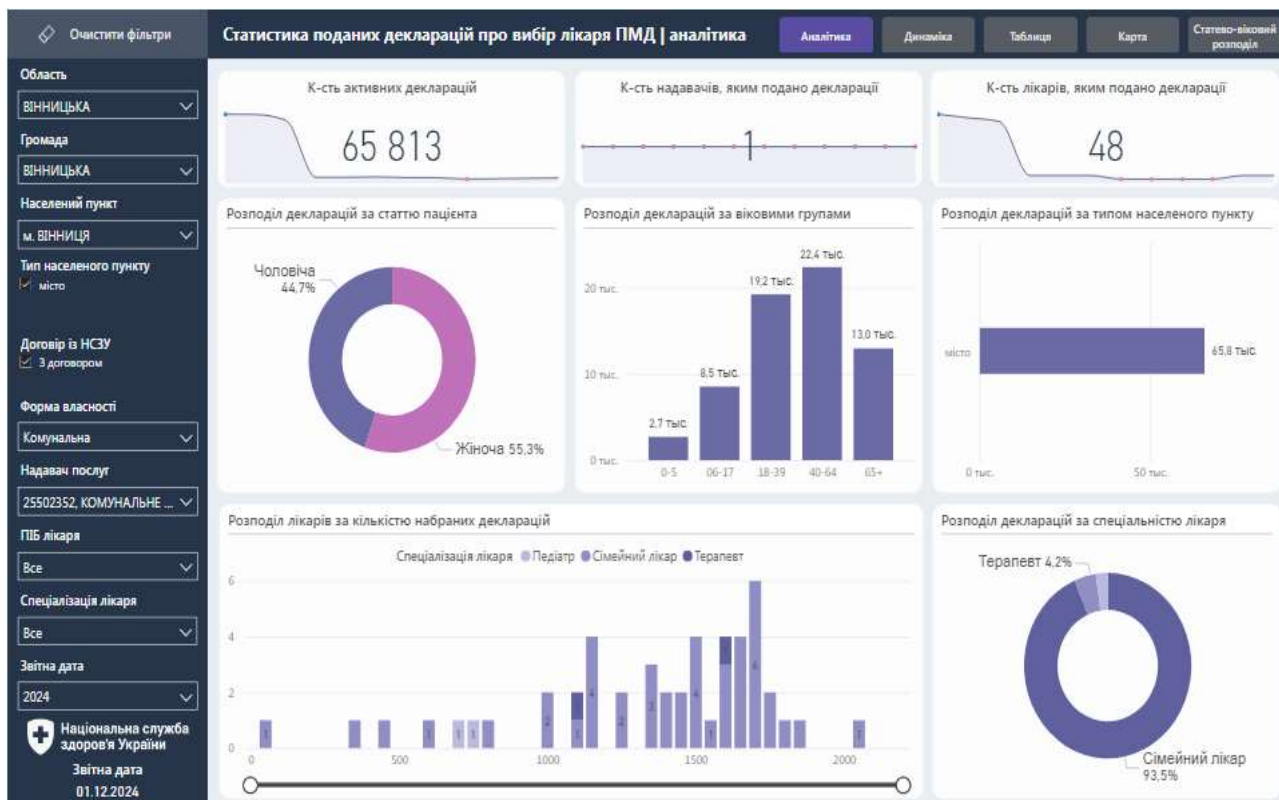


Рис. 2.1. Показники поданих декларацій про вибір лікаря первинної медичної допомоги ЦПМСД № 3 міста Вінниці за 2024 рік.

Джерело: *дашборд НСЗУ, <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard/declar-stats>*

Розподіл декларантів за спеціальністю лікаря такий: сімейний лікар – 93,5%, терапевт - 4,2%, педіатр – 2,3%.

Згідно зі статутом КНП «ЦПМСД № 3 м. Вінниці», джерелами формування майна та коштів Підприємства є:

4.6.1. Комунальне майно, передане Підприємству відповідно до рішення про його створення;

4.6.2. Кошти бюджету Вінницької міської територіальної громади (бюджетні кошти);

4.6.3. Інші субвенції з обласного та державного бюджетів, в тому числі на реалізацію програм в галузі охорони здоров'я;

4.6.4. Плата за надані послуги: кошти від здачі в оренду майна, закріпленого на праві оперативного управління; кошти та інше майно, одержані від реалізації продукції (робіт, послуг);

4.6.5. Цільові кошти;

4.6.6. Кошти, отримані за договорами з центральним органом виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення;

4.6.7. Кредити банків;

4.6.8. Майно, придбане у інших юридичних або фізичних осіб;

4.6.9. Майно, що надходить безоплатно або у вигляді безповоротної фінансової допомоги чи добровільних благодійних внесків, пожертвувань юридичних і фізичних осіб; надходження коштів на виконання програм соціально-економічного розвитку регіону, програм розвитку медичної галузі;

4.6.10. Майно та кошти, отримані з інших джерел, не заборонених чинним законодавством України;

4.6.11. Інші джерела не заборонені законодавством.

4.7. Статутний капітал Підприємства становить 1000,00 грн (одна тисяча гривень).

## **2. 2. Оцінка фінансового забезпечення діяльності КНП «ЦПМСД № 3 міста Вінниці» за 2021-2024 роки**

Економічна діяльність закладу з червня 2018 року тісно пов'язана зі співпрацею з Національною службою здоров'я України. Відповідно до умов договору з останньою, надавач зобов'язується надавати медичні послуги за програмою медичних гарантій пацієнтам (ПМГ), а замовник зобов'язується оплачувати такі послуги відповідно до встановленого тарифу та коригувальних коефіцієнтів [43].

За даними рис. 2. 1, оплата послуг з надання всіх видів медичної допомоги за програмою медичних гарантій у ЦПМСД № 3 м. Вінниці з 2018 р. до квітня 2025 року, мала тенденцію до зростання з 23,5 млн грн. до максимального 71,5 млн грн. (2022 р.) з поступовим зниженням у 2024 році до 55,8 млн грн., що у порівнянні до базового 2018р. склало (+) 137,4 %. Загальна сума оплати послуг за ПМГ протягом вказаного періоду склала 395 229 814 гривень.

Це єдина максимально-забезпечуюча категорія надходжень коштів до досліджуваного закладу охорони здоров'я за офіційними даними Національної служби здоров'я України (табл. 2. 1).

Другу і третю позиції у розділі надходжень за період 2021 – 2024 років посідали кошти місцевого (22,2 – 11,0 млн грн.) і державного бюджетів (10,6 – 4,7 млн грн.), далі – платні послуги (1,64 – 2,6 млн грн.), інше (1,51 – 1,8 млн грн.) й благодійна допомога (0,17 – 0,18 млн грн.).

Варто зазначити, що загальна сума надходжень з 2021 року збільшилася на (+) 10,2 % (з 68,92 до 75,98 млн грн. у 2024 р.).



Рис. 2. 1. Оплати медичних послуг надавача первинної ланки КНП «ЦПМСД № 3 міста Вінниці» за 2021- квітень 2025 роки за програмою медичних гарантій НСЗ України.

Джерело: дашборд НСЗУ; <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard/pmg-pay>

Доцільно розглянути, які ж категорії надходжень, крім ПМГ, сприяли позитивній їх динаміці в цілому за досліджуваний період (див. табл. 2. 1), а саме (млн грн.): державний бюджет – з нуля гривень у 2021 р. до 10,0 у 2022-2023 роках й вдвічі зменшився у 2024 р. (4,7); платні послуги – (+) 58,5 % (з 1,64 до 2,6); інше – (+) 19,2 % (з 1,51 до 1,8) і благодійна допомога – (+) 5,9 % (з 0,17 до 0,18) відповідно.

Таблиця 2.1

Надходження, (у млн грн.)

| Категорія                  | Роки         |              |              |              | Відхилення<br>2024/2021,<br>+/-, (%) |
|----------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------------------------------|
|                            | 2021         | 2022         | 2023         | 2024         |                                      |
| Програма медичних гарантій | 43,4         | 54,1         | 51,8         | 55,7         | +28,3                                |
| Державний бюджет           | 0,0          | 10,6         | 10,0         | 4,7          | -55,7                                |
| Місцеві бюджети            | 22,2         | 5,3          | 5,1          | 11,0         | -50,5                                |
| Благодійна допомога        | 0,17         | 1,02         | 0,84         | 0,18         | +5,9                                 |
| Платні послуги             | 1,64         | 1,84         | 2,06         | 2,6          | +58,5                                |
| Інше                       | 1,51         | 1,92         | 1,94         | 1,8          | +19,2                                |
| <i>Разом</i>               | <i>68,92</i> | <i>74,78</i> | <i>71,74</i> | <i>75,98</i> | <i>+10,2</i>                         |

Проте надходження з місцевих бюджетів скоротилося з 22,2 до 5,1 млн грн. ((-) 77,0 %) у 2023 році і надалі зросли у 2024 р. до 11,0 млн грн., що склало до базового 2021 р. (-) 50,5%.

У доповнення до вищесказаного визначимо відсотковий розподіл надходжень у ЦПМСД № 3 м. Вінниці за джерелами фінансування у 2024 році поданий на рис. 2. 2.

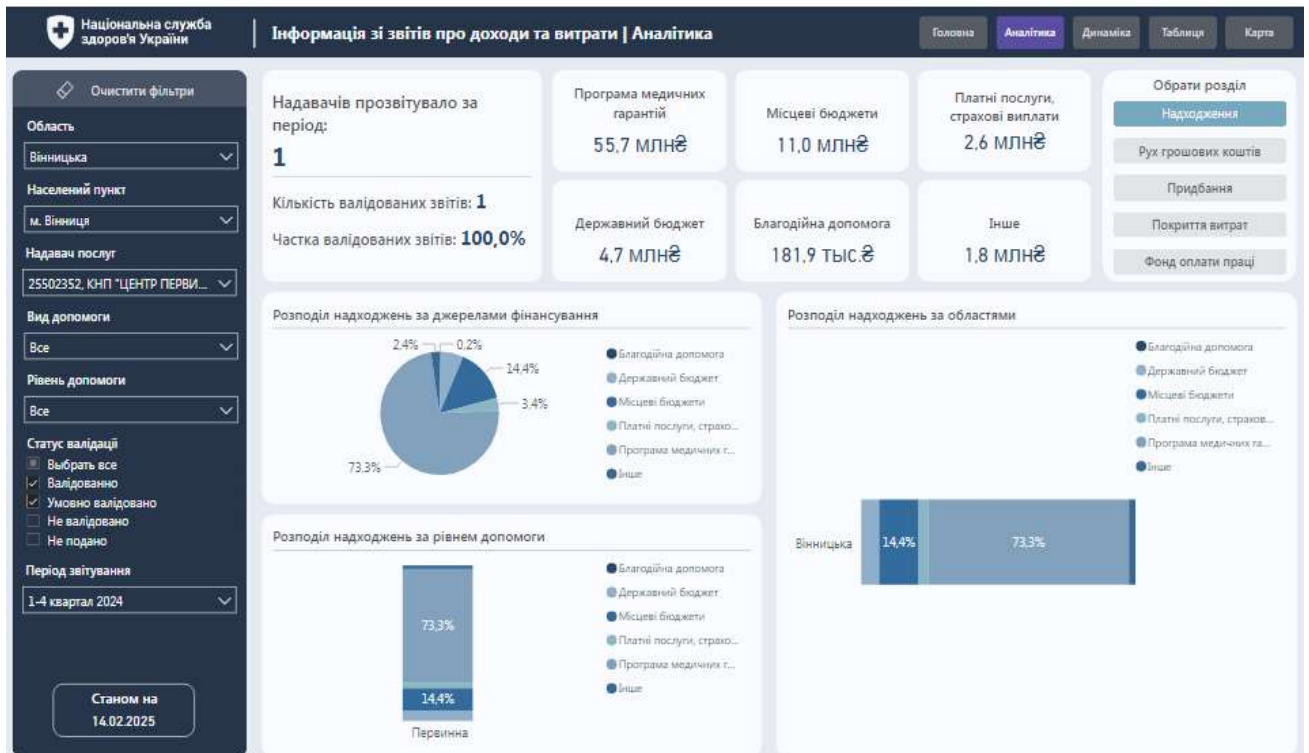


Рис. 2. 2. Розподіл надходжень у ЦПМСД № 3 м. Вінниці за джерелами фінансування у 2024 році.

Джерело: *дашборд НСЗУ; <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard/1-hc>*

Отже, позиціонування грошових надходжень у низхідному порядку таке: 1-ше місце – програма медичних гарантій (73,3 %); 2-ге – місцеві бюджети (14,4%); 3-тє – державний бюджет (3,4 %); 4-те й 5-те – платні послуги (2,4 %), інше (0,2%) відповідно.

Таким чином визначено, що державне забезпечення функціонування закладу охорони здоров'я первинного рівня надання медичної допомоги на сьогодні складає 91,1 % від усіх надходжень і є основним джерелом фінансування його діяльності.

Проведемо поглиблений ретроспективний порівняльний аналіз основних результативно-планових показників фінансової діяльності ЦПМСД № 3 м. Вінниці в динаміці (2023 – 2025 рр.) за даними фінансових звітів закладу (табл. 2. 2).

Формування фінансових результатів (розділ І) включає дані ключових показників неприбуткового підприємства – доходи і видатки, які знизилися в

Таблиця 2. 2

Основні показники фінансового плану КНП «Центру первинної медико-санітарної допомоги № 3 м. Вінниці» (у млн грн.)

| Найменування показника   | Код рядка | 2023 рік | 2024 рік | План на 2025 рік | Відхилення (2024/2023рр.)/(2025/2024рр.)* +/- (%) |
|--|-----------|----------|----------|------------------|---|
| <b>Розділ I. Формування фінансових результатів</b>                     |           |          |          |                  |   |
| Усього доходів,  | 1210      | 89 339,3 | 71 995,8 | 60 899,3         | - 19,4/- 15,4*                                    |
| з них чистий дохід від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг)   | 1000      | 70 119,1 | 58 359,5 | 52 968,2         | - 16,8/- 9,2*                                     |
| Усього видатків,   | 1220      | 88 955,1 | 76 807,2 | 60 648,5         | - 13,7/- 21,0*                                    |
| з них: матеріальні витрати   | 9000      | 15 089,3 | 8 385,0  | 3 713,2          | - 44,4/- 55,7*                                    |
| витрати на оплату праці  | 9010      | 51 871,0 | 46 306,5 | 38 627,2         | - 10,7/- 16,6*                                    |
| відрахування на соціальні заходи                                       | 9020      | 10 802,4 | 9 818,9  | 8 612,0          | - 9,1/- 12,3*                                     |
| амортизація  | 9030      | 4 122,9  | 3 577,9  | 440,4            | - 13,2/- 87,7*                                    |
| інші операційні витрати  | 9040      | 7 069,5  | 8 718,9  | 9 255,7          | + 23,3/+ 6,2*                                     |
| <b>Розділ II. Розрахунки з бюджетом</b>                                |           |          |          |                  |   |
| Нараховано виплат (податкові платежі)                                  | 2200      | 21 169,7 | 19 204,4 | 16 637,6         | - 9,3/- 13,4*                                     |
| з них: до державного бюджету України                                   | 2110      | 778,1    | 816,4    | 579,6            | + 4,9/- 29,0*                                     |
| до місцевих бюджетів   | 2120      | 9 336,8  | 8 347,0  | 6 952,8          | - 10,6/- 16,7*                                    |
| інші податки, збори, платежі   | 2130      | 11 054,8 | 10 041,0 | 9 105,2          | - 9,2/- 9,3*                                      |
| <b>Розділ III. Рух грошових коштів</b>                                 |           |          |          |                  |   |
| 1. Рух коштів у результаті операційної діяльності, чистий рух коштів   | 3160      | 4 791,1  | 6 220,0  | 1 440,8          | + 29,8/ - 76,8*                                   |
| надходження грошових коштів від операційної діяльності                 | 3000      | 76 533,0 | 65 923,2 | 60 458,9         | - 13,9/- 8,3*                                     |
| видатки грошових коштів від операційної діяльності                     | 3100      | 71 741,9 | 72 143,2 | 61 899,7         | - 0,6/- 14,2*                                     |
| 2. Рух коштів у результаті інвестиційної діяльності, чистий рух коштів | 3295      | 5 114,0  | 5 310,5  | 1 313,1          | + 3,8/ - 75,3*                                    |
| 3. Рух коштів у результаті фінансової діяльності                       | 3415      | 6 972,7  | 4 557,8  | 1 753,9          | - 34,6/ - 61,5*                                   |
| Капітальні інвестиції  | 4000      | 5 184,5  | 5 310,5  | 1 013,1          | + 2,4/ - 80,9*                                    |
| <b>Розділ VI. Дані про персонал та витрати на оплату праці</b>         |           |          |          |                  |   |
| Середня кількість працівників (абсол. к-ть)                            | 8000      | 257      | 204      | 208              | - 20,6/ + 2,0*                                    |
| Витрати на оплату праці  | 8020      | 51 871,0 | 46 306,6 | 49 325,2         | - 10,7/ + 6,5*                                    |
| Середньомісячні витрати на оплату праці одного працівника (грн.)       | 8030      | 16 819   | 18 916   | 19 762           | + 12,5/ + 4,5*                                    |

Примітка: \* відхилення планових показників 2025 року до 2024 р., (%)

2024 р. у порівнянні до 2023 р. на (-) 19,4 % (з 89 339,3 до 71 995,8 млн грн.) й (-) 13,7 % (з 88 955,1 до 76 807,2 млн грн.) відповідно.

Чистий дохід від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг) знизився на (-) 16,8 % (з 70 119,1 до 58 359,3 млн грн. у 2024 р.), з подальшим його зменшенням за планом у 2025 році до 52 968,2 млн грн.

Відповідно до вищевказаного прослідковується спадаюча тенденція і за підрозділом «видатки», а саме (у млн грн.): матеріальні витрати – вдвічі (-) 44,4% (з 15 089,3 до 8 385,0); витрати на оплату праці – (-) 10,7 % (з 51 871,0 до 46 306,5); відрахування на соціальні заходи – (-) 9,1 % (з 10 802,4 до 9 818,9); амортизація – (-) 13,2 % (з 4 122,9 до 3 577,9) відповідно. Лише відбулося зростання показника «інші операційні витрати» на (+) 23,3 % (з 7 069,3 до 8 718,9) у 2024 р. і до 9 255,7 млн грн. у 2025 р. (план).

Доцільно розглянути структурний розподіл витрат некомерційного підприємства за 2024 рік, що дозволить визначити категорію з найбільшим витратним потенціалом.

За даними рис. 2. 3, більшу половину видатків закладу (22,7 %) склали витрати на оплату праці.

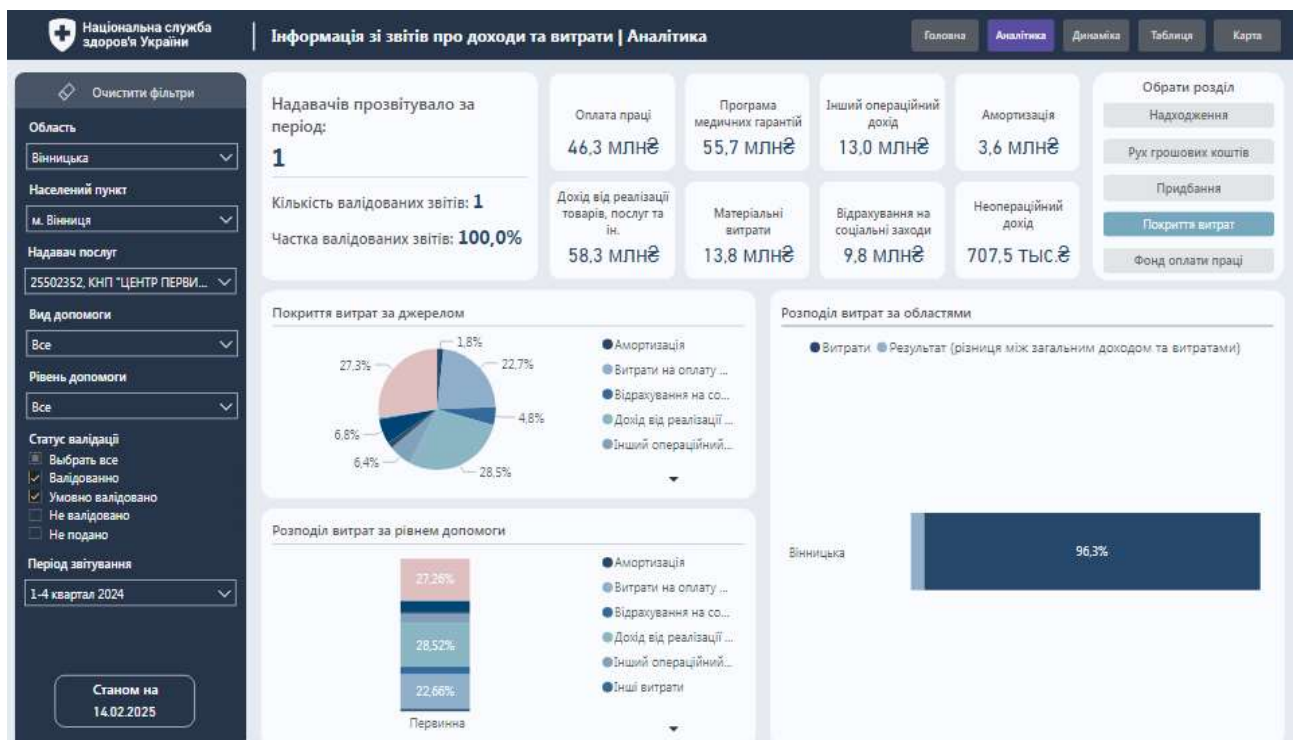


Рис. 2. 3. Категорії покриття витрат за джерелами у ЦПМСД № 3 м. Вінниці за 2024 рік.

*Джерело: дашборд НСЗУ; <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard/1-hc>*

Наступними у низхідному порядку розмістилися: відрахування на матеріальні витрати (6,8 %), соціальні заходи (4,8 %), амортизація (1,8 %).

За розділом II «Розрахунки з бюджетом» нараховані виплати (податкові платежі) в цілому зменшилися за 2023 – 2024 роки на (-) 9,3 % (з 21 169,7 до 19 204,4 млн грн.), серед них до місцевих бюджетів – на (-) 10,6 % (з 9 336,8 до 8 347,0) й інші податки, збори, платежі – на (-) 9,2 % (з 11 054,8 до 10 041,0) відповідно. Однак виплати до державного бюджету України збільшилися на (+) 4,9 % (з 778,1 до 816,4 млн грн. у 2024 році), але їх зменшення заплановано на 2025 рік – 579,6 млн грн.

Аналізуючи рух грошових коштів (розділ III) ЦПМСД № 3 м. Вінниці за показниками операційної, інвестиційної діяльності і капітальних інвестицій виявлено позитивну їх динаміку за досліджуваний період.

Насамперед, чистий рух коштів у результаті операційної діяльності зріс на (+) 29,8 % (з 4 791,1 до 6 220,0), інвестиційної – на (+) 3,8 % (з 5 114,0 до 5 310,5), капітальні інвестиції – (+) 2,4 % (з 5 184,5 до 5 310,5 млн грн.). Проте на третину зменшилися кошти у результаті фінансової діяльності – з 6 972,7 до 4 557,8 ((-) 34,6 %) у 2024 р. й, за планом, на 2025 рік очікується лише 1 753,9 млн грн. ((-) 61,5 %). Слід вказати, що значне зменшення коштів у 2025 році заплановано і за всіма вищевказаними пунктами розділу III такими як: операційна й інвестиційна діяльність – 1 440,8 ((-) 76,8 %) й 1 313,1 ((-) 75,3 %), капітальні інвестиції – 1 013,1 млн грн. ((-) 80,9 %).

Проте динаміка кількісного складу персоналу виявилася змінною зі зниженням у 2024 році з 257 до 204 осіб ((-) 20,6 %) і до 208 осіб запланованих на 2025 р.

Звідси і виплати на оплату праці медичного персоналу зменшилися на (-) 10,7 % (з 51 871,0 до 46 306,6 у 2024 р.) і становитимуть 49 325,2 млн грн. у 2025 році.

Проте середньомісячні витрати на оплату праці одного працівника мають тенденцію до постійного зростання з 2023 року – 16 819 грн., 18 916 грн. ((+) 12,5 %) й 19 762 грн. ((+) 4,5 % (план 2025 р.)) відповідно.

Перейдемо до поглибленого категоріального аналізу показника середньомісячної зарплати персоналу ЦПМСД № 3 м. Вінниці за 2024 рік (рис. 2. 4).

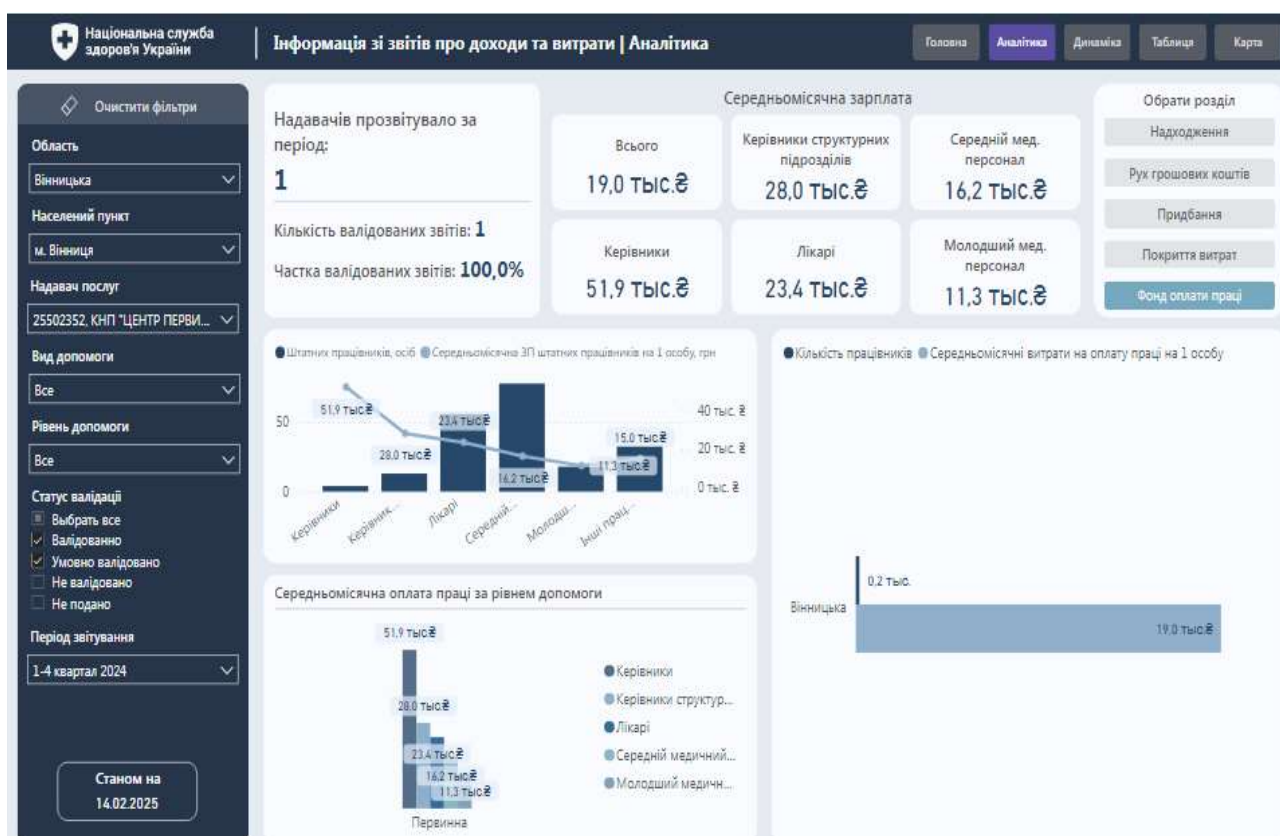


Рис. 2. 4. Розподіл середньомісячної зарплати персоналу ЦПМСД № 3 м. Вінниці за 2024 рік.

Джерело: *дашборд НСЗУ; <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard/1-hc>*

Отже показано, що найбільш оплачуваними у 2024 році були дві категорії працівників – керівники (51,9 тис. грн.) і керівники структурних підрозділів (28,0 тис. грн.). Лікарі, середній і молодший медичний персонал закладу отримували

в місяць – 23,4 тис., 16,2 тис. й 11,3 тис. гривень відповідно. Інші працівники – 15,0 тис. грн.

Узагальнюючи отримані результати проведеного аналізу показників фінансового плану КНП «ЦПМСД № 3 м. Вінниці» за 2023 – 2025 рр. можна стверджувати, що з кожним роком від початку повномасштабного вторгнення російської федерації зменшується рівень грошових надходжень до закладу і, відповідно, й рівень видатків, окрім виплат на оплату праці й операційних витрат.

Потребує більш поглибленого вивчення стаття фінансового звіту закладу «витрати» (рис. 2. 5), що дасть можливість визначити невиправдані втрати, матеріалоємну продукцію й запропонувати заходи щодо оптимізації діяльності та управління у цьому напрямку.

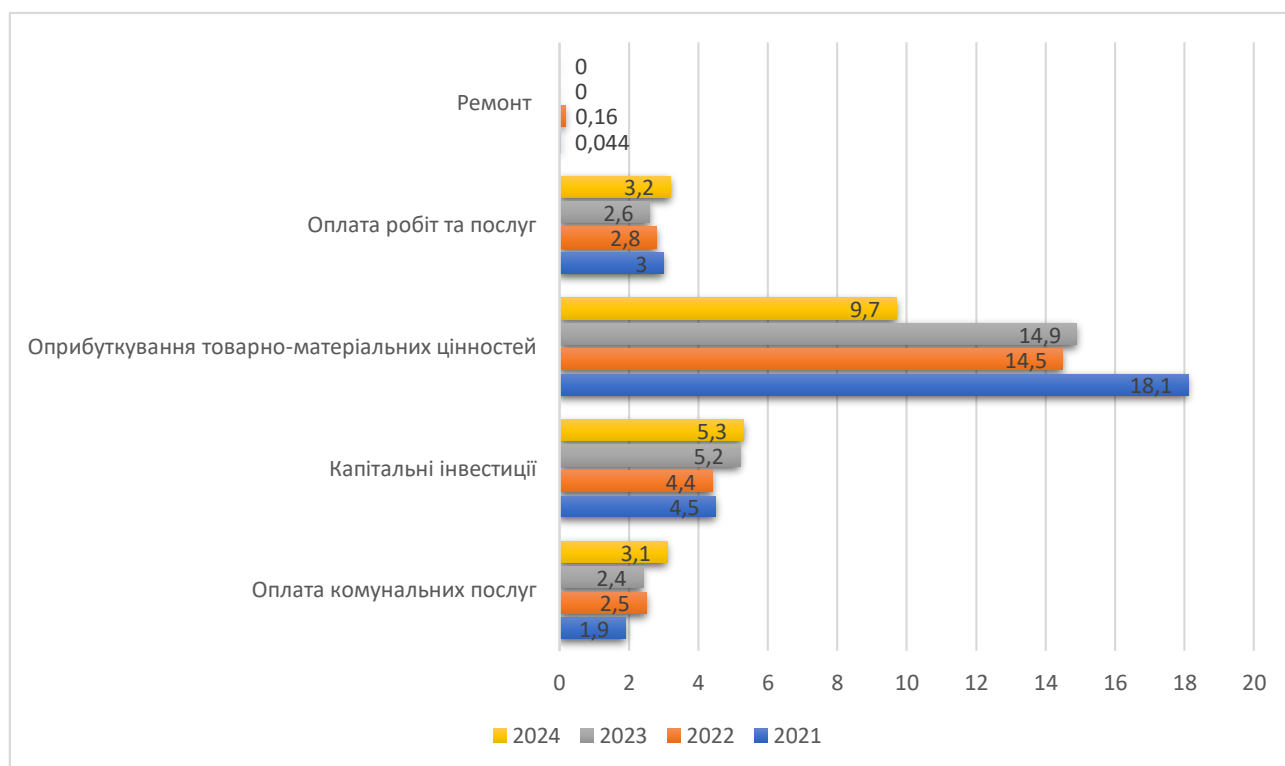


Рис. 2. 5. Витрати за окремими категоріями КНП «ЦПМСД № 3 м. Вінниці» за 2024 рік, (у млн грн.).

Варто зазначити, що за досліджуваний період спостерігалось постійне зростання витрат (у млн грн.) на: оплату комунальних послуг – (+) 63,2% (з 1,9

до 3,1 у 2024 році до базового 2021 р.), капітальні інвестиції – (+) 17,8% (з 4,5 до 5,3) та оплату робіт і послуг – (+) 6,7% (з 3,0 до 3,2). Однак відбулося зменшення на оприбуткування товарно-матеріальних цінностей вдвічі ((-) 46,4%; з 18,1 до 9,7) та ремонтні роботи з 440 тисяч грн. до нуля у 2023-2024 роках.

Наступним етапом наукового пошуку визначено дослідити баланс закладу надання первинної медичної допомоги в динаміці за 2021 – 2024 роки (табл. 2. 3).

Таблиця 2. 3

Баланс закладу на кінець періоду в динаміці за 2021 – 2024 роки, (у млн грн.)

| Категорія                  | Роки |      |      |       | Відхилення<br>2023/2021,<br>+/-, (%) |
|----------------------------|------|------|------|-------|--------------------------------------|
|                            | 2021 | 2022 | 2023 | 2024  |                                      |
| Активи, <i>всього</i>      | 68,6 | 74,6 | 73,1 | 71,39 | +4,1                                 |
| Власний капітал            | 57,7 | 63,2 | 64,1 | 59,1  | +2,4                                 |
| Довгострокові зобов'язання | 3,4  | 4,4  | 2,5  | 2,0   | -41,2                                |
| Необоротні активи          | 59,6 | 59,9 | 60,9 | 62,6  | +5,0                                 |
| Оборотні активи            | 8,9  | 14,7 | 12,2 | 8,8   | -1,1                                 |
| Пасиви, <i>всього</i>      | 68,6 | 74,6 | 73,1 | 71,39 | +4,1                                 |
| Поточні зобов'язання       | 7,5  | 7,0  | 6,6  | 10,3  | +37,3                                |

Слід зазначити, що активи й, відповідно, пасиви підприємства зросли на (+) 4,1 % (з 68,6 до 71,39 млн грн.), а саме (у млн грн.): необоротні активи – (+) 5,0 % (з 59,6 до 62,6), тоді як оборотні зменшилися на (-) 1,1 % (з 8,9 до 8,8). Також зростання виявлено і за статтями: власний капітал - на (+) 2,4 % (з 57,7 до 59,1 млн грн. у 2024 р.), поточні зобов'язання на (+) 37,3 % (з 7,5 до 10,3 млн грн.). Однак довгострокові зобов'язання за чотирьохрічний період знизилися (-) 41,2% (з 3,4 до 2,0 у 2024 р.), але мали змінну тенденцію – зросли у 2022 році на (+) 129,4% з подальшим їх зниженням у 2023 і 2024 роках.

Підсумовуючи результати проведеного фінансового аналізу можна стверджувати, що фінансова діяльність КНП «ЦПМСД № 3 м. Вінниці» мала негативну тенденцію у 2024 році, що проявлялось у: різниці між дохідною

(71 995,8 млн грн.) та видатковою (76 807,2 млн грн.) частиною, яка склала (-) 4 811,4 млн грн.; зменшення власного капіталу на п'ять млн грн. (з 64,1 до 59,1 у 2024 р.); активів на (-) 1,71 млн грн. (з 73,1 до 71,39).

### **2. 3. Узагальнена оцінка діяльності досліджуваного Підприємства з використанням SWOT-аналізу**

Безумовною складовою діяльності КНП “ЦПМСД №3 м. Вінниці” є забезпечення сталого фінансового розвитку та запровадження сучасних ефективних методів фінансового менеджменту.

З метою визначення основних напрямків посилення фінансової стабільності досліджуваного Підприємства виявлено потребу у застосуванні одного із інструментів стратегічного управління - SWOT-аналізу, що дало можливість оцінити, в поточному реальному режимі, становище закладу, його потенціал (внутрішнє середовище) і вплив різноманітних зовнішніх чинників.

Для проведення SWOT-аналізу діяльності ЗОЗ первинного рівня використано такі зрізи: фінансово-економічний; кадровий; маркетинговий; інноваційний; стан матеріально-технічної бази.

Наступним етапом у проведенні SWOT-аналізу стала побудова SWOT-матриці (рис. 2. 6).

За результатами визначено, що на фоні значних сильних сторін та можливостей Підприємства слабкою стороною є фінансова обмеженість, яка не дозволяє забезпечити належну фінансову мотивацію медичного персоналу.

Зокрема, слабкими (гальмівними) чинниками за зрізом фінансового забезпечення закладу є: низька автономність у розпорядженні коштами; недостатнє фінансування Підприємства; зростання вартості комунальних послуг; надмірні енерговитрати через застарілі електромережі та інші інженерні комунікації, відсутність системи енергоаудиту; недостатнє залучення інвестиційних коштів.

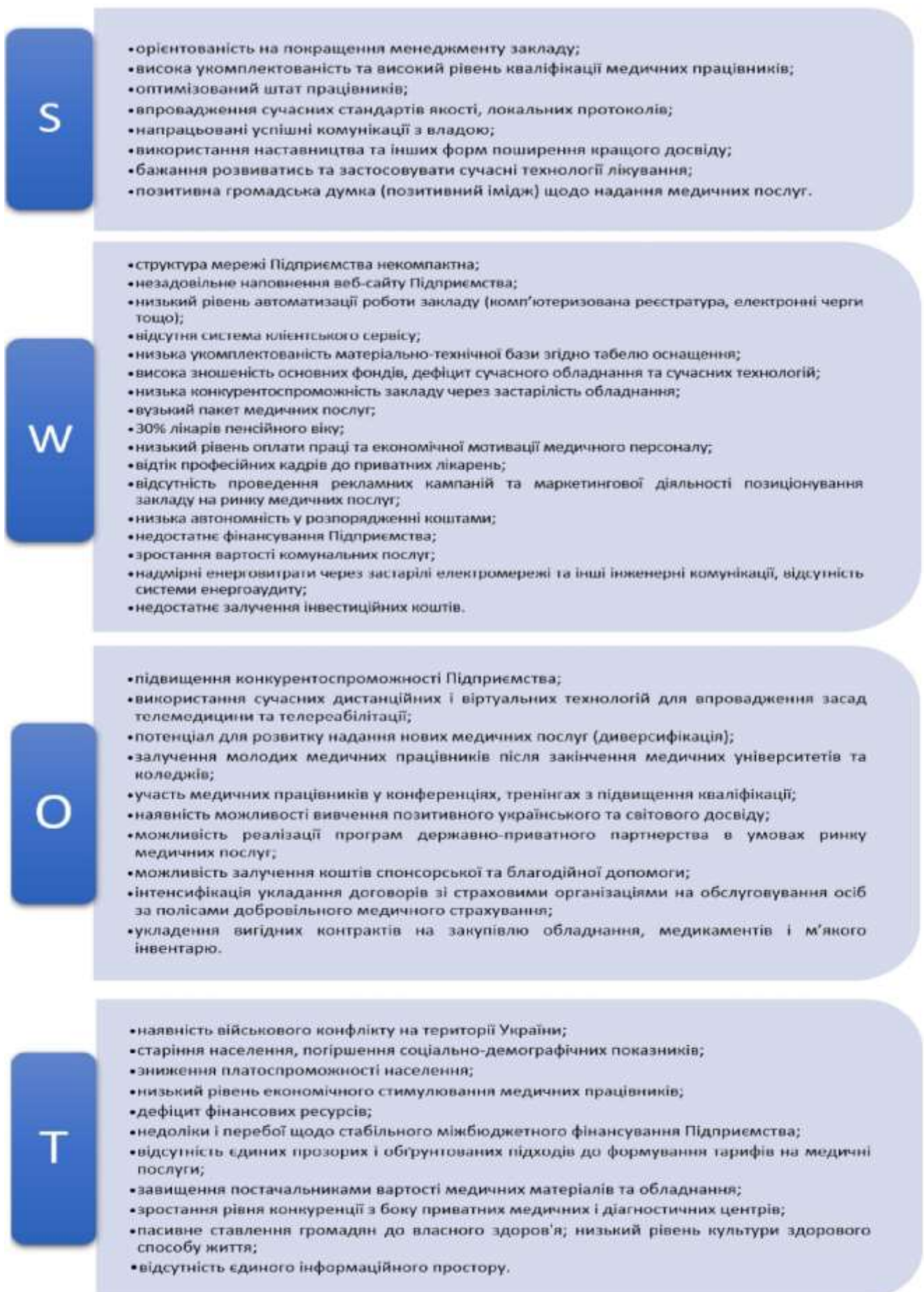


Рис. 2. 6. SWOT –аналіз діяльності досліджуваного Підприємства.

Одночасно у темпоральному режимі визначено й загрози: дефіцит фінансових ресурсів; недоліки і перебої щодо стабільного міжбюджетного фінансування Підприємства; відсутність єдиних прозорих і обґрунтованих підходів до формування тарифів на медичні послуги; завищення постачальниками вартості медичних матеріалів та обладнання.

Для зниження або нівелювання фінансових ризиків існування закладу проаналізовано можливості досліджуваного Підприємства, що дозволило окреслити ряд перспективних напрямків його сталого розвитку, у тому числі можливість реалізації стратегічних програм із впровадженням інноваційних основних й додаткових джерел фінансування, які розкриті в розділі 3.

Аналіз сильних та слабких сторін досліджуваного об'єкту, а також можливостей та загроз зовнішнього середовища дозволили структурувати його нагальні соціально-економічні тенденції й виокремити пріоритети стратегічного планування КНП "ЦПМСД №3 м. Вінниці", зокрема:

- стати ведучим, конкурентоспроможним, доступним для населення медичним закладом, що здійснює комплексну кваліфіковану медичну допомогу, шляхом впровадження інноваційних технологій і міжнародних стандартів на засадах доказової медицини й досягненнях науки;

- адаптуватися до нової системи фінансування та змінних умов зовнішнього середовища;

- підвищити ефективність управління медичним закладом шляхом введення функціонального менеджменту: антикризового, кадрового, фінансового, фармацевтичного, управління якістю [10, 32].

На основі отриманих результатів SWOT-аналізу апарат управління зможе усвідомлено та своєчасно пристосовуватися (раннє передбачення й уникнення політичних, економічних, законодавчих загроз тощо) до мінливих чинників зовнішнього середовища; ефективно розподіляти та використовувати наявні ресурси/можливості; покращити конкурентоспроможність закладу на ринку медичних послуг.

## РОЗДІЛ 3

# ОБГРУНТУВАННЯ РЕКОМЕНДАЦІЙ З УПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ДЖЕРЕЛ ФІНАНСУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ ТА ЇХ ДИВЕРСИФІКАЦІЇ У ЗМІННИХ УМОВАХ

Для проведення масштабних ефективних реформ у системі охорони здоров'я України необхідно залучити приватний капітал, стверджують більшість експертів міжнародного й вітчизняного рівнів. Серед розповсюджених практик економічної взаємодії державного та приватного секторів особливої значущості набуває державно-приватне партнерство, яке на сьогодні є одним із дієвих механізмів залучення ресурсів приватних інвесторів у медичну галузь з метою розвитку інфраструктури медичних установ, збільшення обсягів фінансування медичної допомоги населенню, підвищення її доступності та якості тощо [5, 9, 12-13, 21, 23-24, 27-28, 40, 51].

### **3.1. Особливості державно-приватного партнерства в системі охорони здоров'я**

Державно-приватне партнерство розглядається фахівцями як інструмент розвитку ринкового сектору медичної галузі й модель фінансування інноваційних та інфраструктурних проєктів у цій сфері, що забезпечує підвищення ефективності державного управління галуззю [9, 16, 24, 35, 51, 64].

Державно-приватне партнерство – це інноваційний метод, що використовується державним сектором для співпраці з приватним, який інвестує свій капітал та інші можливості у реалізацію проєктів у строк та за сумою бюджету, в той час, коли державний сектор залишає за собою відповідальність надавати свої послуги населенню призводячи до сталого економічного розвитку та покращення рівня життя [6, 51].

У медичній практиці багатьох країн світу активно використовуються різні механізми державно-приватного партнерства задля покращення якості медичних

послуг, їх доступності, модернізації інфраструктури та залучення приватних інвестицій у галузь охорони здоров'я [4, 7, 9, 30, 36, 46, 48-49, 52, 57, 60-61, 63, 66]. В. О. Кучеренко [30] здійснено систематизацію окремих практик у зарубіжних країнах, які успішно запроваджують державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я (додаток А. 3, таблиця 3. 1).

З поданої інформації, міжнародний досвід розвитку ДПП у сфері охорони здоров'я, перш за все, зосереджується на таких напрямках: залучення приватного капіталу в будівництво та управління медичними закладами (Велика Британія); розробка та впровадження медичних технологій, цифрових і технологічних інновацій (Канада); активна участь страхових компаній у фінансуванні медичної сфери та спільне управління закладами медичного профілю (Німеччина); диференційований підхід у застосуванні ДПП у сфері військової медицини, страхуванні (Medicare, Medicaid) та для розвитку сучасних цифрових медичних платформ (Сполучені Штати Америки); державне фінансування та приватні інвестиції в медичне страхування та заклади охорони здоров'я (Франція).

У таблиці 3. 2 охарактеризовано три основні моделі Public-Private Partnerships у сфері охорони здоров'я, які рекомендовані Всесвітньою організацією охорони здоров'я: спеціалізовані діагностично-клінічні послуги, заклади охорони здоров'я, інтегрована модель з їх перевагами та ризиками.

Розглянемо державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я як систему взаємовідносин [35], керівною ланкою яких є відповідний орган державної виконавчої влади або місцевого самоврядування (рис. 3. 1).

Державним партнером у ДПП сфери охорони здоров'я є органи державної влади - Міністерство охорони здоров'я України та органи місцевого самоврядування, а в умовах децентралізації – об'єднана територіальна громада [35].

Таблиця 3. 2

Характеристика основних моделей Public-Private Partnerships у сфері охорони здоров'я

| Модель   | Характеристика   | Переваги  | Ризики  |
|--|--|---|---|
| <u>Спеціалізовані</u><br><u>діагностично-клінічні</u><br>послуги | При використанні даної моделі публічний сектор окреслює перелік спеціалізованих послуг, які надаватиме незалежний оператор. Модель передбачає, що приватний оператор фінансує стартові інвестиції та капітальні витрати. Оплата послуг незалежного оператора ринку здійснюється державою на основі різних моделей фінансування | <ul style="list-style-type: none"> <li>- зростання доступності закладів охорони здоров'я, обладнання та послуг для населення;</li> <li>- підвищення якості медичного обслуговування;</li> <li>- підвищення ефективності надання медичних/<u>реабілітаційних</u> послуг</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- високі операційні витрати та, відповідно, зростання цін на послуги для населення;</li> <li>- неефективний розподіл фінансових ресурсів на профільні медичні послуги та їх диференціацію</li> </ul> |

Продовження таблиці 3. 2

|                                 |   |  |   |
|---------------------------------|---|--|---|
| <p>Заклади охорони здоров'я</p> | <p>Під час використання даної моделі приватного партнерства партнер здійснює проєктне управління проєктуванням, будівництвом, фінансовими потоками та експлуатацією медичних закладів (лікарні, амбулаторії, поліклініки, центри первинної медичної допомоги, а також жіночі та дитячі консультативні центри)</p> | <p>1. Управління медичними послугами залишається під контролем держави.<br/>                 2. Термін дії контрактів становить від 30 років.<br/>                 3. Контракти передбачають аутсорсинг управління окремими напрямками та послугами, наприклад, послуги харчування пацієнтів, клінінгу, прання тощо).<br/>                 4. Плата за послуги приватного оператора здійснюється державою.<br/>                 5. Модель передбачає спільне фінансування, або часткове фінансування за рахунок пацієнтів.<br/>                 Даний підхід дозволяє забезпечувати доступ до приватного фінансування капітальних інвестицій, пом'якшення обмежень з боку державного бюджету та залучення додаткових інвестицій у медичну нерухомість, інфраструктуру та обладнання.</p> | <p>Для запровадження та ефективного функціонування даної моделі необхідна стійка державна політика, відповідна нормативно-правова база. Поряд з цим має бути створене конкурентне ринкове середовище для забезпечення та підтримки конкурентного ціноутворення та високої якості медичного забезпечення впродовж терміну дії укладених контрактів</p> |
|---------------------------------|---|--|---|

|                           |  |  |   |
|---------------------------|--|--|---|
| <p>Інтегрована модель</p> | <p>Модель спрямована на підвищення доступності та якості медичних послуг шляхом залучення приватних інвестицій та ефективності управління. Вона охоплює спільне управління медичними закладами (лікарнями), залучення приватних компаній до фінансування, будівництва/експлуатації медичних закладів, запровадження в їх діяльність сучасних цифрових технологій та певного обсягу клінічних послуг на довгостроковій основі</p> | <p>1. Термін дії контрактів складає, як правило 10-20 років.<br/>                 2. Оплата послуг незалежного приватного оператора здійснюється державою із бюджетних асигнувань, а також може бути доповнена споводлатою з боку пацієнтів.<br/>                 3. Партнерське фінансування – держава та приватні учасники <u>проєкту</u> об'єднують фінансові ресурси для реалізації <u>проєктів</u> у медичній сфері.<br/>                 4. Спільний розподіл ризиків – сторони <u>проєктів</u> в рамках приватного медичного партнерства розподіляють між собою ризики – фінансові, операційні, нормативно-регуляторні тощо.<br/>                 5. Єдина стратегія управління – державні та приватні структури координують діяльність на всіх рівнях реалізації медичних проєктів.<br/>                 6. <u>Довгостроковість</u> партнерства – модель передбачає довгострокову співпрацю в рамках <u>проєктів</u>.<br/>                 7. Спільна експлуатація об'єктів медичного призначення – управління та надання послуг здійснюється за участі обох секторів.<br/>                 8. Гнучкість та адаптивність – модель дозволяє швидко реагувати на зміни ринкових умов та потреб населення у сфері медичного забезпечення.</p> | <p>-ризик неефективного управління ресурсами, наданими державним партнером для виконання умов договору з боку приватних партнерів;<br/>                 - відсутність гарантій з боку приватних партнерів щодо виконання своїх фінансових зобов'язань у процесі реалізації довгострокових <u>проєктів</u>;<br/>                 - відсутність чітких гарантій виконання фінансових зобов'язань щодо <u>проєктів</u> ДПП на весь термін їх реалізації з боку держави;<br/>                 - ризики зміни законодавчо-нормативної бази;<br/>                 - ризики соціального характеру – нерівномірний доступ до медичних послуг в рамках ДПП;<br/>                 - ризики організаційного характеру – неефективне управління <u>проєктами</u>, незбалансоване партнерство тощо</p> |
|---------------------------|--|--|---|

Згідно зі Статтею 4 Закону України “Про державно-приватне партнерство” поточна редакція від 25 жовтня 2020 р., № 931-IX [17] та статтею 3 Закону України “Про концесії” поточна редакція від 20 грудня 2020, № 1024-IX [18, 60], охорона здоров’я є однією з галузей економіки, в якій можлива реалізація державно-приватного партнерства у формах: спільна діяльність, концесійне партнерство та управління майном [16, 19, 35, 60].

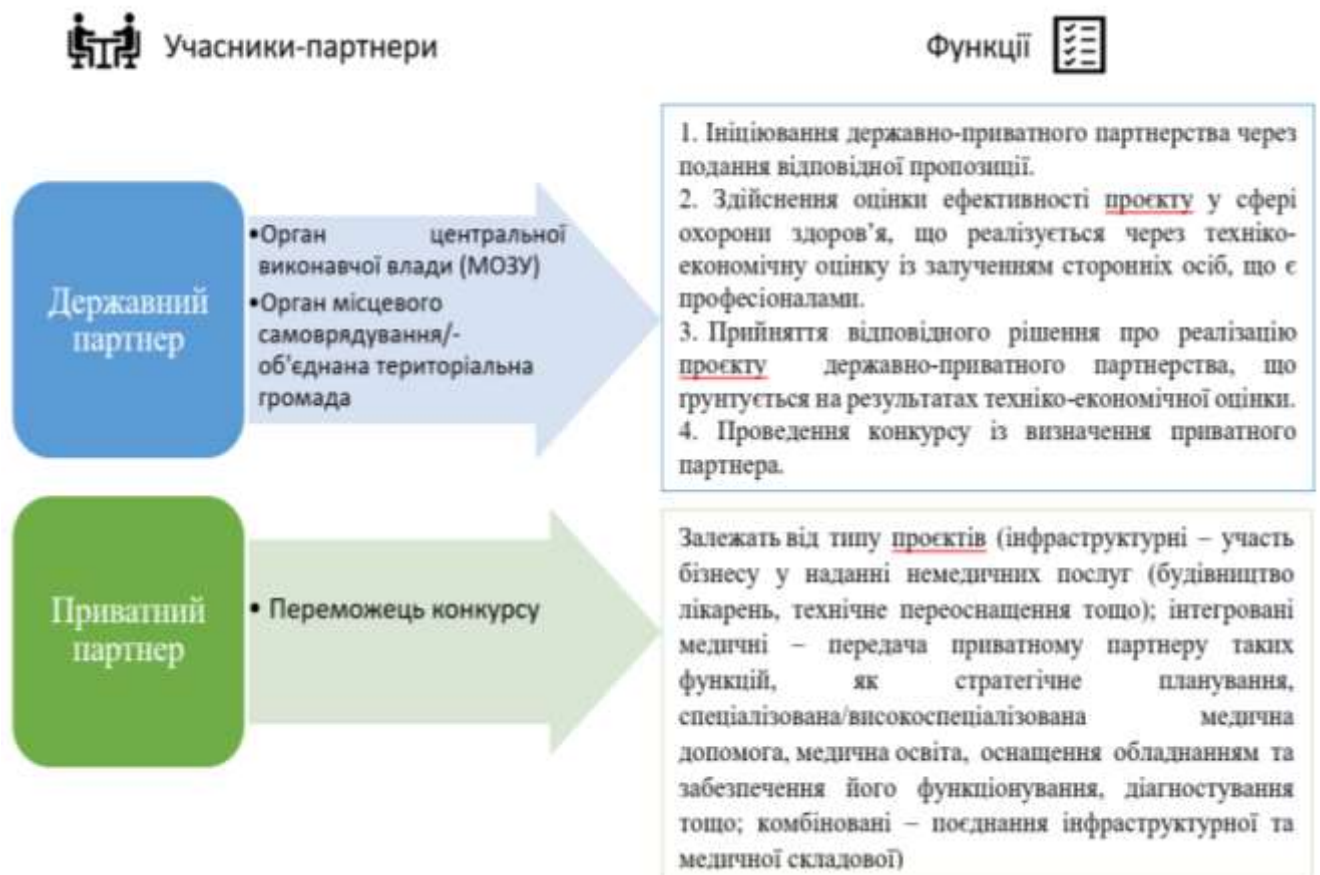


Рис. 3. 1. Функції учасників-партнерів при ДПП.

Складено автором за джерелом [35]

Розглянемо запропоновані організаційні форми ДПП у таблиці 3. 3.

Таблиця 3. 3

## Організаційні форми державно-приватного партнерства в системі охорони здоров'я

†

| Форми ДПП                             | Характеристика   | Переваги   | Недоліки  | Нормативно-законодавче забезпечення   |
|---------------------------------------|--|--|---|---|
| <i>Договір про спільну діяльність</i> | Публічний та приватний партнери, за цим договором, зобов'язуються діяти спільно; без створення юридичної особи; для досягнення певної мети, що не суперечить законові. Найпоширенішим варіантом є передача у спільну діяльність з боку публічного партнера майна (об'єкти нерухомості, обладнання тощо), а з боку приватного – інвестицій (наприклад, у формі будівництва нових об'єктів, їхньої реконструкції). | Для інвестора - обмежена відповідальність приватного партнера, головним чином за внесення інвестицій до об'єкта ДПП (технічне переоснащення, ремонт, будівництво приміщень, сервісне обслуговування медичного обладнання, тощо)  | Залежність інвестора від доброчесності керівництва медичного закладу (зокрема, в питаннях повернення інвестицій за рахунок прибутку), законодавчу обмеженість у наданні платних медичних послуг та неможливість для інвестора укладення прямих договорів з Національною службою здоров'я України                            | Цивільний кодекс України; Закон України "Про управління об'єктами державної власності"; Закон України "Про державну реєстрацію юридичних осіб та фізичних осіб – підприємців"   |
| <i>Концесійний договір</i>            | Форма партнерства, що дозволяє сторонам здійснювати стратегічне прогнозування та планування своєї діяльності, та надає можливість диверсифікувати ризики між всіма прийнятними сторонами, завдяки чому суттєво підвищується життєздатність концесійних <del>проектів</del> .   | Одержання в користування приватним партнером комунального (державного) майна, можливе залучення персоналу медичного закладу до <del>проектів</del> ДПП, суб'єктність у стосунках з державою (Національною службою здоров'я України) та приватними споживачами медичних послуг. | Ризики зниження якості послуг, зростання вартості лікування для пацієнтів, можливе скорочення соціально значущих, але збиткових напрямків медицини, а також ускладнення контролю з боку держави за діяльністю приватних концесіонерів. Концесійні договори можуть вимагати значних інвестицій на старті та тривалого строку | Закон України "Про державно-приватне партнерство" поточна редакція від 25 жовтня 2020 р., № 931-ІХ; Закон України "Про концесії" поточна редакція від 20 грудня 2020, № 1024-ІХ |

Продовження таблиці 3. 3

|                                      |   |  |  |   |
|--------------------------------------|---|--|--|---|
| <p>Договір про управління майном</p> | <p>Державний партнер, який є установником управління, передає приватному партнеру (управителю) на певний строк державне майно в управління, а приватний партнер зобов'язується за плату здійснювати від свого імені управління цим майном в інтересах установника управління (вигодонабувача)</p> | <p>Підвищення ефективності управління майном шляхом залучення професійних управителів, оптимізація використання ресурсів та можливість залучення додаткових інвестицій. Він дозволяє власнику (установнику управління) передати майно в управління на певний строк для здійснення господарської діяльності в інтересах власника.</p> | <p>дії, що обмежує гнучкість у разі зміни потреб суспільства.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- нечіткі формулювання (відсутність чіткого переліку майна, що передається в управління, та його оцінки може призвести до непорозумінь між сторонами);</li> <li>- необґрунтовані витрати на (необґрунтовані витрати на управління майном, що можуть перевищувати доходи від його використання, призвести до фінансових втрат);</li> <li>- невизначеність результатів (відсутність чітких показників ефективності може ускладнити оцінку результатів управління та призвести до зловживань);</li> <li>- відсутність належного контролю (управління майном може бути неефективним, якщо управитель не має належних знань або мотивації, що може призвести до збитків).</li> </ul> | <p>Цивільний кодекс України (статті 1029-1045), який регулює загальні положення договору управління майном, та Бюджетний кодекс України, який регулює бюджетні правовідносини</p> |
|--------------------------------------|---|--|--|---|

Варто більш детально розкрити таку форму державно-приватного партнерства як концесійний договір (рис. 3. 2), який передбачає надання концесіодавцем (Міністерством охорони здоров'я України або органом місцевого самоврядування) на платній та строковій основі (10–50 років) концесіонеру (переможцю концесійного конкурсу) права на управління (експлуатацію) об'єкта концесії (цілісний майновий комплекс, об'єкт незавершеного будівництва, спеціально збудований об'єкт), за умови взяття суб'єктом підприємницької діяльності (концесіонером) на себе зобов'язань по створенню (будівництву) та (або) управлінню об'єктом концесії, майнової відповідальності та можливого підприємницького ризику.



Рис. 3. 2. Схема реалізації концесії у сфері охорони здоров'я.

Джерело [13].

Співпрацюючи з державою на засадах концесії, приватний партнер має право використовувати інфраструктурний об'єкт для надання послуг безпосередньо споживачам і отримує прибуток залежно від якості та кількості наданих послуг. Концесійні угоди, на відміну від традиційних контрактів, повинні бути довготерміновими (25-50 років). Чим більше строк дії

контракту, тим привабливішим для приватної сторони стає така форма бізнесу, оскільки дозволяє покрити витрати капіталу та максимізувати прибуток.

На сьогодні в системі охорони здоров'я можуть бути використані й інші моделі взаємовідносин, такі як: оренда, підприємство, контракти на послуги.

*Орендою* є засноване на договорі строкове платне користування майном, необхідним орендареві для здійснення підприємницької та іншої діяльності. За загальним правилом об'єктом оренди може бути єдиний майновий комплекс підприємства, його структурні підрозділи (філії, цехи, дільниці), нерухоме майно (будівлі, споруди, нежитлові приміщення) та інше окреме індивідуально визначене майно підприємств [31, 35].

Ще однією формою співпраці є *підприємництво*, використовуючи ліцензування певного виду діяльності. Результативність цієї форми ДПП проявляється у підвищенні матеріального й духовного потенціалу суспільства, створенні сприятливого ґрунту для практичної реалізації здібностей і талантів кожного індивіда. Головною ланкою у цих відносинах виступають підприємства будь-якої форми власності, а першочерговим завданням є визначення юридичного та економічного статусу нової детермінанти медичних установ та забезпечення їх фінансуванням, виходячи з реальних витрат на виробництво медичних послуг. Останнє забезпечуватиме фінансову стійкість медичних установ країни, дозволить їм перейти від вирішення проблем виживання до проблем підвищення якості надання медичних послуг.

З економічної точки зору, лікувальні установи самостійно здійснюють індивідуальне відтворення, тобто організують виробництво, для чого наймають робочу силу, купують сировину й матеріали, напівфабрикати у інших підприємств, сплачують за це готівкою або беруть у кредит, користуючись безготівковим обігом, свої товари/послуги продають або тимчасово залишають у себе. Такі фірми, як самостійні господарські одиниці володіють правами юридичної особи, мають право вільно розпоряджатися майном, входити у договірні відносини з іншими підприємствами [31].

*Контракти на послуги (державні контракти)* передбачають підписання контракту між державною стороною (впровадження, функціонування та утримання нового обладнання) та приватним підприємством для виконання поставлених завдань і застосовуються в операційній діяльності.

ДПП в охороні здоров'я має потужний мультиплікаційний ефект на всю економіку країни: створюються умови для збереження та відтворення людського капіталу – головного багатства держави; створюються сучасні та високооплачувані місця для медичних працівників; в охорону здоров'я залучаються інноваційні технології; розвиваються медичні та фармацевтичні сектори економіки; створюються робочі місця та розвиваються суміжні сектори економіки – будівництво, ІТ, виробництво медичної техніки та виробів, маркетинг, медичний туризм, наука і освіта; зберігається та розширюється мережа медичних закладів державної (комунальної) власності; звужується простір для корупції в охороні здоров'я; зростають прямі іноземні інвестиції й авторитет держави на міжнародному рівні; розвивається інституційна спроможність української фінансової системи та державного управління [5, 9, 31].

За рахунок об'єднання активів держави з інвестиційними, управлінськими, мотиваційними та іншими ресурсами приватного сектора можна досягти синергетичного ефекту й забезпечити підвищення ефективності використання потенціалу, який знаходиться у розпорядженні суспільства, для вирішення соціально значимих завдань. Взаємозалежність двох секторів веде до зростаючої необхідності взаємодії і кооперації [7, 9, 16, 35].

### **3.2. Інноваційні джерела фінансування медичної галузі та їх диверсифікація**

Аналіз структури фінансування видатків вітчизняних лікувально-профілактичних установ (ЛПУ) в Україні довів, що державні та комунальні ЛПУ не мають засобів, а ні для розширеного відтворення (розширення обсягу надання

медичних послуг), а ні для підвищення якості останніх. Їх спроможність забезпечує лише просте відтворення, а саме - надавати медичні послуги в однаковому як мінімум обсязі.

Інноваційні моделі фінансування охорони здоров'я включають диверсифікацію джерел коштів, перехід від суто бюджетного до змішаних моделей на основі медичного страхування (обов'язкового та добровільного), запровадження співплатежів (залучення коштів населення для оплати певних медичних послуг або ліків), а також використання бюджетних коштів та інноваційних джерел (залучення нових джерел фінансування для забезпечення стабільного надходження коштів). Ці моделі спрямовані на забезпечення кращого доступу до послуг та підвищення їх якості шляхом розподілу фінансового навантаження між державою, роботодавцями та громадянами.

Розглянемо одну з рекомендованих інноваційних, але майже невідому в Україні, форму державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я - фасиліті – менеджмент (facility management, (ФМ)), яка є поширеною в країнах Західної Європи і довела свою доцільність при застосуванні (рис. 3. 3).

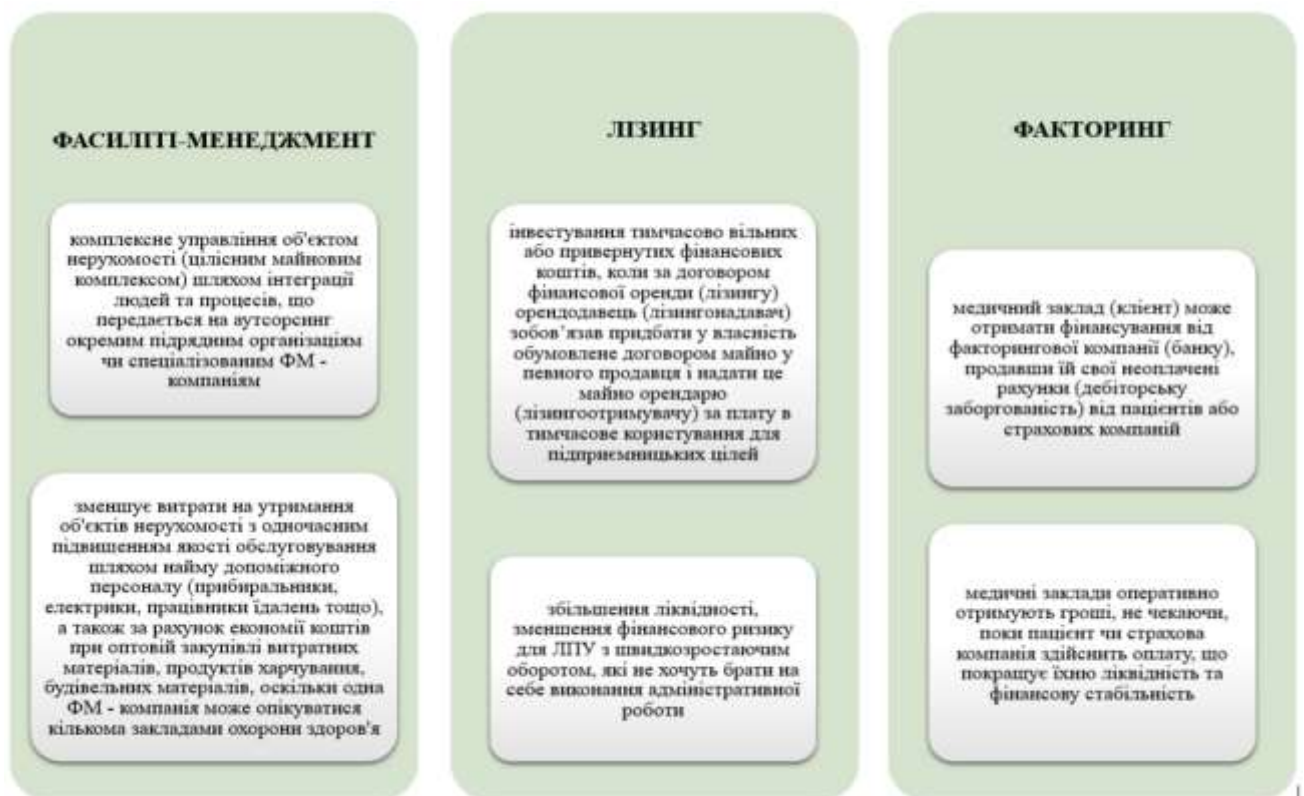


Рис. 3. 3. Інноваційні джерела/форми фінансування медичної галузі.

Для сфери охорони здоров'я (ринку медичних послуг) така форма партнерства є новою і залишається особливо не розповсюдженою. Центральною ідеєю ФМ є принцип поділу функцій будь-якого підприємства/закладу на профільні (функції, для виконання яких безпосередньо було створене відповідне підприємство чи заклад - надання медичної допомоги й медичних послуг) та непрофільні.

Поряд з профільними, діяльність будь-якого підприємства чи закладу передбачає велику кількість супутніх функцій (непрофільних), які можуть бути предметом фасиліті – менеджменту, таких як: організація харчування, оплата енергоносіїв та комунальних послуг, придбання постільної білизни, паливно-мастильних матеріалів, послуг зв'язку, вивезення сміття, прибирання, проведення поточних ремонтів обладнання та приміщень, обслуговування комунікацій та ін.

Фасиліті - менеджмент є дієвим способом економії бюджетних коштів, так як завжди зменшує витрати на утримання об'єктів нерухомості з одночасним підвищенням якості обслуговування шляхом найму допоміжного персоналу (прибиральники, електрики, працівники їдалень тощо), а також за рахунок економії коштів при оптовій закупівлі витратних матеріалів, продуктів харчування, будівельних матеріалів, оскільки одна ФМ - компанія може опікуватися кількома закладами охорони здоров'я [5].

Юридично ФМ може бути оформлений двома способами. Перший — це повний аутсорсинг усіх непрофільних функцій спеціалізованій керуючій компанії через укладення договору управління майном. Другий спосіб — це аутсорсинг окремих функцій шляхом укладення договорів підряду.

Ключовим моментом у визначенні переваг фасиліті – менеджменту (рис. 3. 3) є те, що медичні працівники (лікарі, середній та молодший персонал, санітари та ін.) та адміністрація (головний лікар, заступники головного лікаря, керівники підрозділів та ін.) отримують можливість повністю концентруватися на своїй основній професійній функції – надання медичної допомоги [5].

На сучасному етапі розвитку ринкових відносин існують й інші способи залучення фінансових коштів – це лізинг і факторинг (рис. 3. 3).

Лізинг є одним із способів фінансування підприємницької діяльності, який покликаний підвищувати ефективність останньої в усіх областях суспільного господарства, у тому числі й включаючи охорону здоров'я [5].

Лізингові операції розглядаються діловим світом як новий і перспективний вид фінансування, так як вони надають фінансову допомогу потребуючим у ній установам, забезпечуючи при цьому економічні вигоди для останніх: збереження ліквідності, неомертвляння власного капіталу, міцна основа для розрахунків, балансові переваги, вигода страхування.

Фінансування медичного обладнання через лізинг — це довгострокова оренда з правом викупу, де лізингова компанія купує обладнання на замовлення медичного закладу, а той сплачує щомісячні платежі.

Лізинг медичного обладнання має значний ряд переваг, а саме: початковий внесок від 20% особливо актуально для коштовного медичного обладнання; розстрочка до 5 років; рівномірне погашення; низька відсоткова ставка (від 7% річних), що порівняно з банківськими відсотками зовсім небагато; мінімальний пакет документів для угоди, на відміну від кредитів; звільнення від ПДВ за умови подальшого викупу обладнання; відсутнє приховування комісії, а також відомий відсоток подорожчання; процедура лізингу зручна для малих та середніх медичних закладів, а також для медичних стартапів.

Слід враховувати і недоліки цієї форми, до яких можна віднести: обмежений перелік медичного обладнання, доступного для лізингу; ліміт на вартість обладнання; відсутність можливості придбання б/в обладнання; ринкова вартість з мінімальним торгом та знижками; обладнання не є власністю клініки до викупу.

Новим ефективним видом послуг у галузі фінансування є факторинг (рис. 3. 3), який регулюється Законом України «Про факторинг» від 03.06.2025 р. № 4466-ІХ.

Найбільшу користь інструмент факторингу має для підприємств з тривалим ланцюжком «від виробника до споживача», особливо в секторі охорони здоров'я. За даними Grand View Research, 2023 останні є найактивнішими користувачами факторингового фінансування у Європі.

Факторинг в охороні здоров'я — це фінансова послуга, за якою медичний заклад (клієнт) може отримати фінансування від факторингової компанії (банку), продавши їй свої неоплачені рахунки (дебіторську заборгованість) від пацієнтів або страхових компаній. Це дозволяє медичним закладам оперативного отримувати гроші, не чекаючи, поки пацієнт чи страхова компанія здійснить оплату, що покращує їхню ліквідність та фінансову стабільність.

Процес факторингу в медичній галузі здійснюється у такій послідовності: спочатку медичний заклад виставляє рахунки за надані послуги (наприклад, страховій компанії або пацієнту), на другому етапі – він продає ці рахунки факторинговій компанії за зниженою ціною, але отримує відразу більшу частину суми. Остання бере на себе функцію збору платежів від пацієнтів або страхових компаній.

На рис. 3. 4 представлено схему договору факторингу.



Рис. 3. 4. Схема договору факторингу, де

1 – надання послуги на умовах відстрочення платежу; 2 – укладення генеральної угоди про факторинг; 3 – відступлення фактору права вимоги до боржника; 4 – перерахування клієнту фінансування (до 90% від права вимоги); 5 – повідомлення боржника про зміну кредитора; 6 – перерахування покупцем (боржником) платежу за надану послугу; 7 – виплата фінансовою установою залишку грошових коштів від права вимоги за вирахування послуг фактора.

Основними перевагами факторингу є: *пришвидшення ліквідності компанії* (банки одразу оплачують рахунки постачальникам, що призводить до збільшення ліквідності та кращого управління оборотним капіталом); *аутсорсинг контролю дебіторської заборгованості* (підприємства, що використовують факторинг, в результаті мають скорочений обсяг адміністративної роботи, адже управління заборгованістю покупців бере на себе банк); *відсутність вимог надання застави* (відсутність вимог надання застави робить процес одержання факторингового фінансування швидшим і простішим, ніж інші види зовнішнього фінансування).

Зазначені інноваційні джерела фінансування закладів охорони здоров'я можна поєднати з додатковими, на які вказує М. Засульська (<https://medconstructor.org/analytics/dzherela-finansuvannya-zakladiv-oxoroni-zdorovya-v-umovax-vijni/>), а саме:

1. *Державні пілотні проєкти за підтримки міжнародних організацій*, участь в яких приймають заклади охорони здоров'я комунальної або державної власності. Прикладом реалізації є проєкт “Реабілітація травм війни в Україні”, який реалізується за участі великої команди експертів з числа представників Міністерства охорони здоров'я України, Національної служби здоров'я України, Міністерства у справах ветеранів, Міністерства соціальної політики, Офісу Президента України, радниці-уповноваженої Президента з питань безбар'єрності, Школи реабілітаційної медицини Українського католицького університету, Українського центру охорони здоров'я. Виконавчим партнером проєкту виступає БФ «Пацієнти України». Спільні зусилля дозволять прискорити побудову в Україні якісно нової ефективної системи реабілітації, яка буде базуватись на засадах доказової медицини, мультидисциплінарного підходу та впровадження Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я.

2. *Місцеві цільові програми щодо підвищення ефективності системи управління у галузі охорони здоров'я* в закладах охорони здоров'я комунальної або державної власності. Наведемо декілька існуючих прикладів: міська цільова програма «Здоров'я киян» (розробка і впровадження організаційних заходів з модернізації системи охорони здоров'я столиці в рамках законодавства України, проведення робіт із капітального ремонту закладів з надання первинної, вторинної медичної допомоги та третинної медичної допомоги); програма Харківської обласної ради «Здоров'я Слобожанщини» (оновлення медичного обладнання, впровадження нових технологій діагностики і лікування хворих та удосконалення матеріально-технічної бази у спеціалізованих закладах охорони здоров'я та закладах охорони здоров'я обласного значення); комплексна програма підтримки галузі охорони здоров'я Львівської області; комплексна міська програма «Здоров'я лучан» (Волинська область).

3. *Гранти міжнародних організацій* – це фінансова або/та матеріальна допомога з цільовим призначенням від донорів, які не треба віддавати, за умови виконання певних умов. При цьому можна отримати обладнання, консалтинг, навчання та іншу підтримку і направити цей ресурс на розвиток справи.

Програма EU4Health сприяє інтеграції України в європейський медичний простір та покращенню матеріально-технічного забезпечення українських медичних закладів, особливо в умовах відновлення системи охорони здоров'я під час збройної агресії рф.

USAID – американська організація, яка виділяє гранти на програми: боротьби з економічними та соціальними проблемами, підвищення рівня освіти, розвиток креативних індустрій (здебільшого спрямовані на заклади охорони здоров'я комунальної/державної форми власності).

House of Europe – програма Європейського Союзу, створена для підтримки професійного обміну між українськими колегами в країнах ЄС та Великій Британії, в таких напрямках як: стажування, нетворкінг медичного персоналу, навчальні подорожі, резиденції, тренінги, поїздки на конференції, професійні події та інші можливості.

GIZ (Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit) – німецьке товариство міжнародного співробітництва. GIZ фінансують проєкти у сфері розвитку охорони здоров'я, інфраструктури (спрямовані на заклади охорони здоров'я всіх форм власності).

Кусаноне – програма фінансової допомоги від уряду Японії, особливо у сфері медичної допомоги, на реалізацію якої у 2024 році було виділено максимальну суму грантової допомоги для одного проєкту близько 90 000\$ .

#### *4. Гранти від благодійних фондів, громадських організацій, меценатів.*

Гуманітарна ініціатива Групи Метінвест «Рятуємо життя» запровадила масштабну програму з протезування та реабілітації військових і мирних жителів України. «Рятуємо життя», Protez Hub працює спільно з Проєктом підтримання протезування в Україні та їхніми партнерами ProsthetiKa й Razom for Ukraine. Ініціативу «Рятуємо життя» створила Група Метінвест у координації з Фондом Ріната Ахметова на початку російського вторгнення в Україну.

1 травня 2023 року Національна агенція гуманітарної допомоги ZDOROVІ оголосила про старт навчальної програми по роботі з грантовими заявками для працівників медичних закладів, мета якої допомогти лікарням у залученні прицільної грантової допомоги та забезпечення їх обладнанням, інструментарієм та ліками. Національна агенція ZDOROVІ надає спеціалізовану допомогу медичним закладам, військовим шпиталям, пологовим будинкам та медикам на полі бою. Першочерговий пріоритет належить гарячим точкам, де відбуваються військові дії, проте допомогу можна отримати в будь-якому населеному пункті України.

*5. Допомога від консультативно-дорадчих органів закладів охорони здоров'я, зокрема опікунських рад.*

У доповнення до вищезазначеного слід розглянути диверсифікацію додаткових каналів фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я, таких як: узуфрукт, обов'язкове й добровільне медичне страхування, кошти від запровадження податків, населення тощо.

Кабінет Міністрів України постановою від 8 вересня 2025 р. № 1103 затвердив Порядок передачі державного та комунального майна на праві *узуфрукта* - сучасного виду речового права, що дозволяє органам влади та громадам передавати державне і комунальне майно у безоплатне володіння та користування (на строк до 5 років або безстроково).

Право узуфрукта в медичній сфері запроваджується для модернізації майнових відносин й означає право користуватися майном медичного закладу для отримання прибутку, але без можливості його продажу чи відчуження.

Узуфрукт (право користування майном) не є окремим джерелом фінансування, але якщо медичний заклад використовує цей механізм, це може опосередковано впливати на фінансування, адже установа економить кошти на оренді, які можна спрямувати на основну діяльність: закупівлю медичного обладнання, зарплати медичному персоналу; фінансування поточних витрат, реалізацію державних та місцевих програм у сфері охорони здоров'я.

*Обов'язкове медичне страхування* забезпечується ліцензованими для цієї діяльності страховими компаніями і є надійною гарантією покриття додаткових витрат на лікування, не передбачених державним фінансуванням, у разі виникнення у населення потреби у них.

Ефективне медичне страхування вимагає створення страхових пулів (об'єднань) коштів для того, щоб перерозподілити ризик витрат на лікування (ризик страхового випадку) між якомога більшою кількістю застрахованих осіб. На відміну від інших державних зобов'язань, витрати на лікування окремого громадянина важко передбачити як з точки зору ймовірності таких витрат, так і з точки зору їх величини. Що більшу кількість внесків залучає страховик, то стійкішою є система з точки зору спроможності задовольнити несподівані витрати будь-якого нового випадку [5].

Іншим варіантом обов'язкового медичного страхування є формування фонду консолідованих коштів на основі внесків роботодавців, працівників і держави (залежно від того, хто є застрахований), розпорядником яких може бути

НСЗУ. Проте за дітей, студентську молодь та людей пенсійного віку обов'язкові внески на медичне страхування може сплачувати держава [5].

Така форма фінансування як кошти фондів *добровільного медичного страхування* дає можливість забезпечити повну або часткову їх виплату застрахованим особам за надання їм медичних і медико-профілактичних послуг у разі розладів здоров'я відповідно до умов укладеного договору зі страховою компанією.

Варто зазначити, що такий вид страхування є недоступним як для працівників з низькими доходами, так і малозабезпеченим верствам населення.

Поряд з цим, якщо споживачами послуг *добровільного медичного страхування* будуть виключно особи, які самостійно звертаються до страхових компаній, існує ймовірність реалізації ризику «негативного відбору» до пулів страхування – адже в умовах асиметричності інформації (коли клієнт страхової компанії знає про своє здоров'я і наміри використовувати медичні послуги в страховому періоді незрівнянно більше, ніж його страхова компанія) поліси страхування схильні купувати особи, для яких прогнозовані страхові виплати перевищуватимуть витрати на придбання полісу страхування [5].

*Кошти населення* залучаються у випадках, коли окремі види медичних послуг надаються на умовах співплатежів, тобто частковий (%) розподіл фінансування за рахунок бюджетних ресурсів і домогосподарств.

Система співплатежів є доцільною у випадках, коли медичну послугу пацієнт прагне отримати з власної ініціативи у комфортніших за стандартні умовах або позачергово, а її ненадання не загрожує його здоров'ю [5].

*Кошти, від запровадження податків* на продукти харчування з високим вмістом солі, транс жирів і напоїв з високим вмістом цукру та барвників, які завдають шкоди здоров'ю.

Також одним із відомих світових стандартів є здійснення фінансування медичних закладів за принципом *diagnosis related groups (DRG)*, коли ЛПУ отримують фінансові ресурси в обсязі розрахованому з урахуванням кількості вилікуваних осіб, за розміром надання медичних послуг, обсягом відшкодування

витрат на лікування, надходження із глобального бюджету чи фінансування за клініко-статистичними групами. Застосування такого підходу підвищує прозорість, ефективність та оптимізацію процесів управління медичними закладами та установами [65].

## ВИСНОВКИ

Проведений автором науковий пошук з питань існуючих джерел фінансування закладів охорони здоров'я в Україні дозволив вивчити, проаналізувати та обґрунтувати рекомендації з упровадження інноваційних джерел фінансування медичної галузі та їх диверсифікації у змінних умовах.

1. Дослідження передових практик фінансування різних систем охорони здоров'я високорозвинених держав світу показало, що навіть наявність достатнього фінансування медичної галузі не гарантує загального охоплення медичними послугами для усіх громадян (Стратегія 2030, ВООЗ).

2. Аналіз вітчизняних літературних джерел з досліджуваного питання дозволив окреслити коло потреб у системі фінансування, зокрема: запровадженні декількох механізмів акумуляції коштів для сфери охорони здоров'я, особливо страхової медицини; спеціального навчання управлінців з питань фінансового менеджменту та запрошення іноземних спеціалістів для проведення тренінгів; оптимізації бізнес-процесів та фінансових потоків; налагодженні партнерства із приватним сектором для залучення інвестицій.

3. Оцінюючи фінансове забезпечення КНП «ЦПМСД №3 м. Вінниці» виявлено, що максимально-забезпечуючою категорією надходжень коштів до Підприємства, за офіційними даними Національної служби здоров'я України, є кошти програми медичних гарантій (395 229 814 грн.). Другу і третю позиції у розділі надходжень за період 2021 – 2024 років посідали кошти місцевого (22,2 – 11,0 млн грн.) і державного бюджетів (10,6 – 4,7 млн грн.), далі – платні послуги (1,64 – 2,6 млн грн.), інше (1,51 – 1,8 млн грн.) й благодійна допомога (0,17 – 0,18 млн грн.).

4. Результати проведеного фінансового аналізу призвели до висновку, що фінансова діяльність КНП «ЦПМСД № 3 м. Вінниці» мала негативну тенденцію у 2024 році, зокрема: різниця між дохідною (71 995,8 млн грн.) та видатковою (76 807,2 млн грн.) частиною склала (-) 4 811,4 млн грн.; зменшився власний

капітал на п'ять млн грн. (з 64,1 до 59,1 у 2024 р.) і активи закладу на (-) 1,71 млн грн. (з 73,1 до 71,39).

5. За результатами проведеного SWOT-аналізу визначено, що на фоні значних сильних сторін та можливостей Підприємства слабкою стороною є його фінансова обмеженість, зокрема: низька автономність у розпорядженні коштами; недостатнє фінансування; зростання вартості комунальних послуг; надмірні енерговитрати через застарілі електромережі та інші інженерні комунікації, відсутність системи енергоаудиту; недостатнє залучення інвестиційних коштів.

6. Обґрунтовано рекомендації з упровадження інноваційних джерел фінансування галузі, а саме: фасиліті-менеджмент (дієвий інструмент економії бюджетних коштів через аутсорсинг), лізинг (забезпечує економічні вигоди для установ, зокрема: збереження ліквідності, неомертвляння власного капіталу, міцна основа для розрахунків, балансові переваги, вигода страхування), факторинг (нова ефективна система поліпшення ліквідності і зменшення фінансового ризику для лікувально-профілактичних установ з швидкозростаючим оборотом).

7. Розглянуто диверсифікацію додаткових каналів фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я, таких як: узуфрукт (право користуватися майном медичного закладу для отримання прибутку, але без можливості його продажу чи відчуження), обов'язкове (є надійною гарантією покриття додаткових витрат на лікування) й добровільне (дає можливість забезпечити повну або часткову виплату коштів за надання медичних послуг) медичне страхування, державні пілотні проєкти за підтримки міжнародних організацій, місцеві цільові програми, гранти міжнародних організацій, допомога від консультативно-дорадчих органів закладів охорони здоров'я, зокрема опікунських рад, кошти населення (окремі види медичних послуг надаються на умовах співплатежів) і накопичувальних фондів (територіальних громад і благодійних), від запровадження податків.

