

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
ФАКУЛЬТЕТ ФІНАНСІВ ТА ОБЛІКУ

ФАРМАЗЮК Олександр Іванович

ОПТИМІЗАЦІЯ ФІНАНСОВИХ РЕСУРСІВ
ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Кваліфікаційна робота

Науковий керівник:
к.е.н., доц. О. В. Петрушка

Тернопіль – 2025

Анотація

Фармазюк О. І. Оптимізація фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я. Рукопис.

Дослідження на здобуття освітнього ступеня «магістр» за спеціальністю 072 – Фінанси, банківська справа, страхування та фондовий ринок, освітньо-наукова програма «Публічні фінанси» – Західноукраїнський національний університет, Тернопіль, 2025.

У кваліфікаційній роботі розкриті теоретичні засади формування фінансових ресурсів закладу охорони здоров'я, підходи до управління ними та їхньої оптимізації; проведено аналіз практики формування фінансових ресурсів охорони здоров'я на макро- та мікрорівні; визначено пріоритетні напрями нарощування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я від залучення зовнішніх джерел та реалізації внутрішнього потенціалу підприємства.

Annotation

Farmaziuk O. I. Optimisation of financial resources of healthcare institutions. Manuscript.

Research for the master's degree in speciality 072 – Finance, banking, insurance and stock market, educational and scientific programme “Public Finance” – West Ukrainian National University, Ternopil, 2025.

The qualification work reveals the theoretical foundations of the formation of financial resources of a healthcare institution, approaches to their management and optimisation; analyses the practice of forming financial resources of healthcare at the macro and micro levels; identifies priority areas for increasing the financial resources of healthcare institutions from attracting external sources and realising the internal potential of the enterprise.

ЗМІСТ

Вступ.....	4
Розділ 1. Теоретичні засади формування та оптимізації фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я.....	8
1.1. Сутність та джерела формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я.....	8
1.2. Теоретичні засади управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я в контексті їхньої оптимізації.....	18
Розділ 2. Практика та проблеми оптимізації фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я (на прикладі діяльності КНП «Кременецька опорна лікарня»).....	27
2.1. Загальні тенденції формування фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я в Україні.....	27
2.2. Практика управління фінансовими ресурсами на рівні закладу охорони здоров'я.....	35
Розділ 3. Перспективи підвищення ефективності управління фінансовими ресурсами закладу охорони здоров'я у контексті їхньої оптимізації.....	45
Висновки.....	55
Список використаних джерел.....	60
Додатки.....	67

ВСТУП

В умовах системних соціально-економічних реформ в Україні, зумовлених як внутрішніми змінами, так і зовнішніми викликами, ефективна діяльність системи охорони здоров'я набуває особливого значення. Однією з ключових умов забезпечення її стійкості та здатності відповідати на запити суспільства є наявність достатніх фінансових ресурсів та їхнє раціональне використання. Проте у сучасних умовах заклади охорони здоров'я зіштовхуються зі складними проблемами – нестабільністю фінансування, нерівномірністю його розподілу, зростанням витрат на енергоресурси, ліки та оплату праці, а також підвищенням вимог до якості й доступності надання медичних послуг. Ускладнює ситуацію повномасштабна війна з росією, яка супроводжується руйнуванням медичної інфраструктури, вимушеним переміщенням населення, змінами у структурі захворюваності та підвищенням навантаження на медичну систему загалом.

Ці обставини висувають на перший план питання оптимізації фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я як на рівні державної політики, так і на рівні управлінських рішень в окремих медичних установах. Раціональне управління формуванням і використанням фінансових ресурсів, запровадження сучасних фінансових інструментів дозволяє не лише забезпечити поточне функціонування закладів охорони здоров'я, але й створити підґрунтя для їхнього стратегічного розвитку. Аналіз наявної практики, виявлення «вузьких місць» та впровадження ефективних підходів до управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я є необхідною умовою підвищення їх фінансової автономії, адаптивності та конкурентоспроможності на ринку медичних послуг.

Питання фінансової складової функціонування сфери охорони здоров'я на макро- та мікрорівні завжди отримували належну увагу з боку наукової спільноти. Вони відображені у наукових публікаціях таких вчених, як В. Галайда, Т. Желюк, О. Кириленко, І. Сидор, З. Гбур, Н. Карпишин, Н. Прус, С. Коваль, О. Піхоцька, В. Горин, Е. Лібанова, Я. Радиш, І. Радь, З. Лободіна, В. Рудий та ін. Разом з тим, високий динамізм ситуації, пов'язаної із невизначеністю перспектив та наслідків

повномасштабної війни з росією, необхідністю продовження реалізації медичної реформи в умовах значних бюджетних обмежень для галузі охорони здоров'я зумовлюють потребу у ґрунтовному й системному вивченні теорії та практики формування й оптимізації фінансових ресурсів як на загальнодержавному рівні, так і на рівні медичних закладів з метою оперативного реагування на можливі виклики й загрози, гарантування якості й доступності медичної допомоги для кожного члена суспільства. Це визначає важливість вивчення обраної теми роботи, її актуальність, мету і завдання.

Мета кваліфікаційної роботи передбачає поглиблення теоретичних засад й ґрунтовне вивчення практичних аспектів оптимізації фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я, вироблення науково аргументованих пропозицій з управління формуванням та використанням цих ресурсів в сучасних умовах з урахуванням наявних обмежень та ризиків. Зважаючи на комплексний характер цієї мети, вона вимагає виконання низки дослідницьких завдань:

- розкрити сутність і охарактеризувати джерела формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я;
- висвітлити теоретичні засади управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я в контексті їхньої оптимізації;
- виявити загальні тенденції формування фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я в Україні;
- проаналізувати практику управління фінансовими ресурсами на рівні закладу охорони здоров'я;
- обґрунтувати перспективи підвищення ефективності управління фінансовими ресурсами закладу охорони здоров'я у контексті їхньої оптимізації.

Об'єкт дослідження у кваліфікаційній роботі – фінансові ресурси закладів охорони здоров'я.

Предметом дослідження виступають теоретичні та практичні аспекти формування й оптимізації фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я на макро- та мікрорівні в умовах сучасних безпекових викликів та продовження медичної реформи в Україні.

Методи дослідження. При написанні роботи матеріал дослідження було покладено на методологічну основу, яку забезпечило застосування системного і діалектичного методологічних підходів, а також загальних і спеціальних методів наукового пізнання, які використовують у дослідницьких роботах фінансового профілю. Зокрема, при розкритті сутності фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я, джерел їх формування, а також підходів до управління й оптимізації були використані такі загальні методи дослідження, як порівняння, групування, аналіз та синтез, документальний і термінологічний аналіз; при аналізі тенденцій формування фінансових ресурсів охорони здоров'я на макро- та мікрорівні у контексті їхньої відповідності вимогам оптимізації були використані такі методи дослідження, як структурно-динамічний аналіз, графічний аналіз, порівняння, аргументування, узагальнення; обґрунтування підходів до оптимізації фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я в сучасних умовах здійснене за допомогою таких дослідницьких методів, як системний підхід, абстрагування, узагальнення, аргументації та інших.

Теоретичне підґрунтя кваліфікаційної роботи забезпечили наукові ідеї та розробки, представлені у наукових працях вітчизняних та зарубіжних вчених, опублікованих у періодичній, монографічній та спеціальній літературі, а також правова база з питань формування й оптимізації фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я, звітні дані Державної служби статистики України, веб-ресурсу відкритих даних для громадян OpenBudget.gov.ua, наявна у відкритому доступі звітність КНП «Кременецька опорна лікарня», інші джерела.

Наукова новизна результатів дослідження полягає у тому, що автором поглиблено теоретичні засади формування й оптимізації фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я в частині більш повного розкриття ключових ознак таких фінансових ресурсів, підходів та критеріїв їхньої оптимізації; моніторинг тенденцій формування фінансових ресурсів охорони здоров'я на макро- та мікро рівні дав можливість виявити причинно-наслідкові зв'язки між їхніми об'ємно-структурними показниками і впливом карантинних обмежень і повномасштабної війни в Україні, що дало можливість виробити науково-обґрунтовані висновки

щодо доцільності розвитку додаткових механізмів та інструментів залучення фінансових ресурсів для потреб охорони здоров'я.

Практичне значення кваліфікаційної роботи полягає у тому, що авторські розробки, узагальнення й висновки мають практичний інтерес і можуть бути використані на рівні закладу охорони здоров'я для диверсифікації джерел його фінансових ресурсів, раціоналізації управління витратами, що матиме не тільки позитивний вплив на фінансове становище підприємства, але й сприятиме більш якісному й ефективному наданню медичних послуг для населення. Результати кваліфікаційної роботи також мають науково-пізнавальне значення, можуть бути інтегровані у навчальні матеріали дисциплін фінансового спрямування.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається з вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел і додатку.

Апробація результатів дослідження. Окремі напрацювання автора були оприлюднені у наукових публікаціях за тематикою кваліфікаційної роботи:

1. Фармазюк О. Грантове фінансування охорони здоров'я. *Фіскальна політика України в умовах євроінтеграційних процесів*: збірн. матер. XXI Всеукр. наук.-практ. конф. студ. і молод. вчених (м. Тернопіль, 24 трав. 2024 р.). Т. 2. Тернопіль: ЗУНУ, 2024. С. 202-205.

2. Горин В., Фармазюк О. Ключові передумови ефективності розробки проєктів сталого розвитку. *Актуальні проблеми та перспективи соціально-економічного розвитку регіону в умовах сучасних глобальних викликів*: матер. III Міжнар. наук.-практ. інт.-конф. (м. Кременчук, 30 січня 2025 р.). Кременчук: Придніпровський інститут МАУП, 2025. С. 142-144.

3. Фармазюк О. Теоретичні підходи до оптимізації фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я. *Фіскальна політика України в умовах євроінтеграційних процесів*: збірн. матер. XXII Всеукр. наук.-практ. конф. студ. і молод. вчених (м. Тернопіль, 24 трав. 2025 р.). Т. 1. Тернопіль: ЗУНУ, 2025.

Повний обсяг роботи становить 67 сторінок комп'ютерного тексту. Основний зміст роботи викладений на 59 сторінках. У роботі 5 рисунків, 3 таблиці. Список використаних джерел налічує 62 позиції.

Розділ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ТА ОПТИМІЗАЦІЇ ФІНАНСОВИХ РЕСУРСІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутність та джерела формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я

Охорона здоров'я є однією з базових цінностей суспільства та ключовим чинником сталого розвитку будь-якої держави. Саме від стану системи охорони здоров'я залежить не лише тривалість і якість життя громадян, а й економічна стабільність, соціальна безпека та інноваційний потенціал нації. Забезпечення доступу до якісної медичної допомоги, профілактика захворювань, формування культури здорового способу життя є стратегічними завданнями кожної країни, що прагне до сталого розвитку та добробуту свого населення.

Здоров'я людини виступає визначальним елементом людського капіталу. Високий рівень захворюваності та передчасної смертності призводить до зниження продуктивності праці, підвищення витрат на соціальні виплати й медичне обслуговування, поглиблення соціальної нерівності. Тому інвестиції в охорону здоров'я слід розглядати не як витрати, а як довгострокові вкладення у розвиток економіки, підвищення конкурентоспроможності держави та зміцнення її безпеки.

Особливої актуальності проблема охорони здоров'я набуває в кризових умовах, таких як несприятливі демографічні зміни, загрози поширення нових інфекційних хвороб. Виклики, пов'язані з пандеміями, старінням населення, зростанням хронічних захворювань, вимагають від держав цілісного підходу до побудови стійких систем охорони здоров'я, які поєднують профілактику, лікування і реабілітацію. Сучасна модель охорони здоров'я має бути орієнтована на людину, забезпечувати рівний доступ до медичних послуг, сприяти збереженню фізичного, психічного та соціального благополуччя кожного

громадянина. Це завдання набуває особливої уваги в умовах воєнного періоду, коли від ефективності функціонування системи охорони здоров'я залежить життя та здоров'я тисяч військових, які обороняють Україну від російської агресії, а також збереження ментального здоров'я усього суспільства, яке уже впродовж кількох років перебуває в стані постійного стресу.

Однією із найважливіших передумов ефективного функціонування галузі охорони здоров'я є наявність необхідного фінансування. Питання побудови дієвої моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я дискутується уже впродовж багатьох років, з 2018 року із впровадженням системи державних медичних гарантій започатковано проведення радикальної медичної реформи, яка покликана змінити довгострокову тенденцію до поступової деградації цієї галузі, погіршення якості й доступності медичних послуг. Як зазначають І. Семчук та Г. Кукель, в рамках медичної реформи «змінюється ідеологія здійснення медичної допомоги, фінансово-господарські та ринкові механізми в галузі охорони здоров'я та сама ця система загалом» [44]. Головна мета реформи – змінити підхід до фінансування охорони здоров'я, відійти від успадкованої з радянських часів моделі фінансового забезпечення, коли держава розподіляла кошти на галузь відповідно до показників виробничих потужностей (ліжкомісць, лікарських ставок та ін.), а не з урахуванням наданих медичних послуг. Відтак, бюджетні ресурси спрямовувались на утримання громіздкої мережі закладів охорони здоров'я, які не мали стимулів працювати над покращенням якості й доступності медичних послуг.

Одним з чинників руйнації системи охорони здоров'я в Україні визначають нестачу фінансування. У наукових публікаціях та серед експертів утвердилось переконання, що ця галузь фінансується за залишковим принципом, в обсяги коштів, які надходять на її потреби, не покривають навіть мінімального розміру її потреб [14, с. 195]. Як зазначає А. Тропиніна, ці висновки були актуальними у минулому, однак зараз вони використовуються противниками медичної реформи для того, щоб повернути застарілу та неефективну модель фінансування охорони здоров'я. На її думку, саме попередня модель фінансування галузі передбачала

залишковий підхід до спрямування коштів на охорону здоров'я, а з введенням основних положень медичної реформи фінансування здійснюється за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», що передбачено Законом України «Про фінансові гарантії надання медичних послуг» [50]. З початком повномасштабної війни уряд тимчасово відійшов від нової моделі фінансування медичних послуг, ввівши спрощену схему виділення коштів від НСЗУ до лікарень. Це дало можливість забезпечити безперебійну роботу цих закладів в критичний для держави момент. Проте, уже з середини 2022 року нова модель оплати медичних послуг була повернула у дію в більшості регіонів, де немає бойових дій, а спрощена модель фінансування збережена тільки для лікарень у зоні бойових дій та в окупації.

Разом з тим, стверджувати про відсутність проблем фінансування галузі охорони здоров'я недоречно. Наростання негативних тенденцій в економіці, ускладнення проблеми покриття дефіциту бюджету через зменшення фінансової допомоги від країн-партнерів негативно позначаються на фінансуванні охорони здоров'я, спричиняють затримки у виділенні коштів на реалізацію важливих бюджетних програм медичного спрямування [27], змушують обмежувати видатки за іншими напрямками. За цих умов збереження функціональної спроможності закладів охорони здоров'я потребує не тільки максимально раціонального та ощадливого витрачання обмежених бюджетних ресурсів, але й також пошуку додаткових джерел фінансування їхніх потреб, щоб зберегти відповідний рівень доступності й якості медичних послуг для громадян. Вирішення цього складного завдання потребує належного теоретичного обґрунтування, що передбачатиме поглиблення розуміння процесів формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я, підходів до їх оптимізації та принципів управління.

Поняття фінансових ресурсів в економічній літературі представлене дуже широко, його вживають у наукових публікаціях з різних галузей пізнання й предметних сфер. Варто звернути увагу на те, що навіть у працях з тематики охорони здоров'я при розкритті сутності цього поняття вчені зазвичай уникають виокремлення специфічних характеристик, які притаманні фінансовим ресурсам

медичних закладів, формулюючи більш узагальнені дефініції. Незважаючи на те, що у науковій спільноті дотепер не досягнуто консенсусу щодо тлумачення вихідного поняття фінансових ресурсів, ми не будемо фокусувати увагу на цьому аспекті дослідження, більш зосередившись на розкритті специфіки фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я. Однак варто пригадати, що під фінансовими ресурсами у наукових публікаціях розуміють «грошові кошти у фондовій та нефондовій формі, які є у розпорядженні підприємств» [51, с. 9], «грошові нагромадження і доходи, які ... зосереджуються у фондах для забезпечення безперервності розширеного відтворення і задоволення суспільних потреб» [36, с. 24], «акумульовані підприємством із різних джерел грошові кошти, які надходять у його обіг і призначені для покриття потреб підприємства» [56, с. 28] тощо. Критикуючи поширені у науковій літературі підходи до розуміння терміну «фінансові ресурси», В. Загорський, Г. Лопушняк і З. Лободіна зазначають, що вони містять контраверсійні поняття («грошові кошти») або допускають їхнє некоректне співвідношення (відокремлення доходів та фінансових ресурсів як самостійних понять, розуміння грошей як складової фінансових ресурсів та ін.) [25, с. 26]. Така понятійна неузгодженість вносить дезорганізацію у теоретичне обґрунтування фінансових ресурсів, що негативно позначається на виробленні наукових підходів до управління ними.

Окрема когорта науковців пропонує власні дефініції предметного поняття «фінансові ресурси закладів охорони здоров'я». Для прикладу, О. Баєва розуміє під ними «грошові кошти, що є у розпорядженні суб'єкта господарювання і надходять на задоволення його потреб» [6, с. 29]. Подібне формулювання є надто вихолощеним за змістом, містить сумнівне поняття «грошові кошти», а також не розкриває ні специфіки формування цих ресурсів, не вказує на їхні джерела та інші особливості. Подібну методологічну помилку допускає Г. Лопушняк, яка характеризує фінансові ресурси закладів охорони здоров'я як «фонди сукупних грошових ресурсів, які вони мобілізують із різних джерел на здійснення і розвиток діяльності, котра носить яскраво виражений соціальний характер» [33, с. 46]. Дійсно, важливою рисою діяльності закладів охорони здоров'я є те, що

вона має виражене соціальне спрямування. Однак, ця риса не може вважатись унікальною характеристикою фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я, адже вона притаманна багатьом іншим закладам соціальної сфери, зокрема у галузі освіти, соціального забезпечення та ін. Відповідно, наведені дефініції фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я вимагають конкретизації.

Отож, попри наявність багатьох визначень фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я, вони нерідко є надміру загальними, не розкривають важливих специфічних рис цих ресурсів, не вказують на джерела їхнього утворення та особливості формування. Проте слід визнати, що окремі науковці намагаються при формулюванні власних дефініцій наголосити на особливостях фінансових ресурсів конкретно установ охорони здоров'я. Так, З. Лободіна зазначає, що такі фінансові ресурси «надходять на формування активів закладів охорони здоров'я для здійснення діяльності, пов'язаної з наданням медичних послуг населенню» [32, с. 82]. Важливо, що вчена наголошує на трансформації фінансових ресурсів в активи, а також вказує на їхній зв'язок із наданням медичних послуг. Подібною наукової позиції дотримується І. Конєва, яка характеризує фінансові ресурси закладів охорони здоров'я як «кошти, які акумулюються за рахунок визначених діючим законодавством джерел фінансування, в активах для забезпечення поточних і майбутніх економічних вигод, змінюються у просторі та часі під впливом фінансових відносин, що виникають у процесі надання медичних послуг населенню» [30, с. 93]. Таким чином, формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я має відповідну правову основу, а їхнє використання пов'язане із процесом надання медичних послуг (тобто, крім безпосереднього медичного обслуговування передбачає також покриття супутніх витрат).

Проведення медичної реформи в Україні призвело до кардинальних змін в організації процесу формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я. Надання цим закладам фінансової самостійності у процесі їхньої реорганізації з бюджетних установ у некомерційні комунальні підприємства супроводжувалось підвищенням важливості раціонального управління їх фінансовими ресурсами, адже від цього залежить не тільки функціональна спроможність цих закладів

надавати якісні медичні послуги, але й доступність для суспільства одного з базових суспільних благ – охорони здоров'я. Узагальнюючи наукові погляди на сутність і суспільне призначення фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я, до їх найважливіших характеристик доцільно зарахувати такі:

– формування у відповідності до законодавчо визначених пропорцій між державним та недержавним фінансуванням. Відповідно до медичної реформи, фінансування охорони здоров'я з державного бюджету здійснюється в рамках оплати визначеного пакету медичних гарантій, тоді як сферою відповідальності органів місцевого самоврядування є створення належних умов для надання медичних послуг, тобто утримання та розвиток закладів охорони здоров'я. Щодо параметрів оплати пакету медичних гарантій, то вони насамперед залежать від фінансових можливостей держави. Вони визначаються капітаційною ставкою (розміром оплати медичних послуг одного пацієнта не залежно від того, скільки разів він вертався за медичною допомогою), вартістю спеціалізованих медичних послуг та іншими параметрами, які узгоджує НСЗУ на кожен бюджетний рік. Крім цього, реорганізація закладів охорони здоров'я у некомерційні підприємства дала їм можливість залучати додаткове фінансування від надання супутніх послуг, а також у формі грантів та іншого цільового фінансування. Кошторисну модель фінансування, коли держава покриває усі витрати закладу охорони здоров'я в Україні збережено тільки для окремих установ національного значення. Поряд із розвиненою мережею закладів охорони здоров'я державної та комунальної форм власності розвивається приватний сегмент установ, які надають медичні послуги на комерційних засадах. Проте, вони також можуть брати участь у Програмі медичних гарантій, отримуючи таким чином оплату наданих послуг за рахунок коштів бюджету (НСЗУ);

– утворення на стадії перерозподілу ВВП та матеріальне вираження у формі суспільного блага – охорони здоров'я. У державах, які декларують свою приналежність до соціально орієнтованого типу, охорона здоров'я визначається як одне із найважливіших зобов'язань уряду щодо громадян, а тому параметри її фінансування та право на доступ до медичних послуг визначаються у правовий

спосіб. Специфіка медичних послуг в тому, що вони поєднують ознаки як персонального блага (оскільки медичну допомогу отримує конкретна людина), так і суспільного блага, адже ефективно діюча система охорони здоров'я відіграє виняткову роль у соціально-економічному країни. Внаслідок цього, частина громадян отримує доступ до цього блага, не оплачуючи його або здійснюючи оплату у заниженому розмірі. Формування фінансових ресурсів охорони здоров'я у макроекономічному контексті розглядають як складову процесу перерозподілу ВВП, коли держава централізує його частину для фінансування найважливіших суспільних благ, до яких належать медичні послуги. У мікроекономічному зрізі фінансування охорони здоров'я отримує матеріальне вираження у формуванні фінансових ресурсів конкретних медичних закладів;

– параметри формування фінансових ресурсів закладу охорони здоров'я перебувають у прямій залежності від кількості пацієнтів, які отримали медичні послуги. Така риса характерна для основної частини фінансових ресурсів цих закладів, а саме стосовно оплати медичних послуг за Програмою медичних гарантій. Держава оплачує надані медичні послуги у відповідності до протоколів лікування певних захворювань, розрахованої на їх основі вартості послуг, а також кількості пацієнтів. Однак щодо первинної медичної допомоги механізм формування фінансових ресурсів закладу охорони здоров'я дещо інший – вони залежать не від кількості звернень за медичною допомогою, а від контингенту пацієнтів, які повинні мати можливість в будь-який час звернутись за цими послугами до свого сімейного лікаря. Щодо інших джерел фінансування закладів охорони здоров'я, наприклад грантів чи благодійної допомоги, то такі фінансові ресурси залежать не від кількості пацієнтів, а від активності менеджменту щодо їхнього залучення;

– фінансові ресурси у процесі їхнього руху можуть трансформуватись у різні види економічних ресурсів, задіяних у забезпеченні діяльності закладу охорони здоров'я, без формування цільових грошових фондів. Подібно до інших суб'єктів господарювання, «рух фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я зумовлює зміну обсягів активів, власного капіталу та зобов'язань у просторі і

часі, що визначає зміст фінансових потоків» [40, с. 29-30]. Варто звернути увагу на те, що попри фінансову самостійність, отриману закладами охорони здоров'я у рамках медичної реформи, у процесі формування фінансових ресурсів вони зіштовхуються з обмеженнями щодо отримання власних доходів. Так, заклади державної та комунальної форм власності, які надають медичні послуги в рамках Програми медичних гарантій, мають враховувати визначені у правовий спосіб тарифні обмеження щодо встановлення вартості платних послуг. Зважаючи на це, надходження від надання супутніх медичних послуг у медичних закладах, де засновниками є органи публічної влади, є не великими;

– складність планування й прогнозування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я, що пояснюється їхнім формуванням від надання широкого спектру медичних послуг різного ступеня складності, а також впливом інших чинників. Зокрема, у процесі планування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я важливо враховувати дію усіх видів ризиків, які впливають на формування їхніх активів, власного капіталу. Крім цього, вагомий вплив на цей процес мають засновники закладів охорони здоров'я, якими для закладів державної та комунальної форми власності є органи публічної влади. Вони можуть вносити зміни до фінансового плану такого закладу, впливати на його дохідну і видаткову частини. Заклади охорони здоров'я також не повною мірою самостійні у плануванні власних фінансових ресурсів через залежність від державної політики щодо оплати вартості послуг в рамках Програми медичних гарантій. Оскільки ці надходження є головним джерелом утворення фінансових ресурсів для більшості закладів охорони здоров'я, то від обсягів передбаченого у бюджеті фінансування цієї Програми залежать їхні фінансові показники;

На думку Н. Прус і Н. Савченко, для забезпечення ефективної діяльності закладів охорони здоров'я їхні фінансові ресурси «мають відповідати певним вимогам, а саме: постійно відновлюватись та підтримуватись на достатньому рівні; набувати оптимальних параметрів завдяки ефективному управлінню їхнім статичним і динамічним станами» [40, с. 29-30]. Очевидно, що успішність роботи будь-якого суб'єкта господарювання залежить від того, наскільки

ритмічно та чи в повній відповідності до потреб будуть сформовані його фінансові ресурси. На рівні закладів охорони здоров'я ефективність управління фінансовими ресурсами ускладнюється тією особливістю, що відповідно до традиційних уявлень про функціонування установ соціальної сфери, керівництвом ними здійснюють не професійні управлінці, а спеціалісти відповідної спеціальності (фахівці-медики). Це може суттєво знижувати якість управлінських рішень, зокрема з фінансових питань.

Внаслідок проведення медичної реформи, переходу економіки країни на модель ринкових відносин в Україні розвинулась змішана модель фінансування охорони здоров'я, яка передбачає майже паритетну участь держави й населення у фінансуванні медичних послуг. Відповідно до цієї моделі, джерела формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я об'єднують такі компоненти:

– фінансові ресурси централізованих грошових фондів, а саме державного і місцевих бюджетів. Кошти державного бюджету надходять до закладів охорони здоров'я в рамках оплати наданих медичних послуг за Програмою медичних гарантій. Підставою для участі у цій Програмі є наявність у закладу охорони здоров'я ліцензії на право надання медичних послуг відповідно до гарантованого пакету медичних послуг. Крім цього, медичні установи можуть отримувати фінансування з державного бюджету в рамках виконання загальнодержавних цільових програм медичного спрямування. Щодо коштів місцевих бюджетів, то вони спрямовуються на утримання й розвиток комунальних закладів охорони здоров'я, а також оплату заробітних плат допоміжного медичного персоналу, тобто створення умов для надання гарантованих державою медичних послуг. Крім цього, органи місцевого самоврядування можуть також передбачати кошти у місцевих бюджетах на виконання місцевих цільових програм в охороні здоров'я, виконавцями яких виступають місцеві медичні заклади;

– децентралізовані фінансові ресурси, представлені коштами населення, бізнес-структур, благодійних організацій і фондів. Громадяни за власний рахунок оплачують вартість медичних послуг, які не входять до пакету медичних гарантій, а також окремі види процедур медичного призначення, обстежень та іншої

діагностики. Вартість платних послуг в закладах охорони здоров'я визначається ними самостійно, однак з урахуванням тарифних обмежень. Бізнес-структури задіяні у формуванні фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я (крім сплати податків, які в подальшому надходять на фінансування медичних послуг) через такі канали: в рамках корпоративних угод про надання медичних послуг для працівників конкретного суб'єкта господарювання; через надання благодійної допомоги за програмами корпоративної соціальної відповідальності. У непрямий спосіб бізнес-структури беруть участь у формуванні фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я через схеми добровільного медичного страхування для власних працівників.

Окремою складовою фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я, роль якої в останні роки суттєво зросла, є кошти благодійних організацій та фондів. У період карантинних обмежень ці інституції громадянського суспільства дали можливість багатьом закладам охорони здоров'я придбати необхідне обладнання для протидії поширенню коронавірусу й лікування хворих. В умовах масштабної війни, коли спрямування бюджетних ресурсів на потреби розвитку заборонене, саме кошти благодійних структур є головним джерелом проведення ремонтних робіт, придбання медичного обладнання й техніки, купівлі медичного транспорту. Крім благодійних проєктів, заклади охорони здоров'я також можуть брати участь у грантових конкурсах, залучати таким чином ресурси на конкретні проєкти.

Таким чином, в умовах утвердження нової моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я медичні заклади можуть формувати свої фінансові ресурси з багатьох джерел. Нова модель фінансування галузі передбачає впровадження прозорого механізму розподілу бюджетних коштів на оплату медичних послуг відповідно до обсягів їхнього надання, а також зрозумілі принципи розподілу відповідальності органів публічної влади у цій сфері. Впровадження загального для усієї країни пакету медичних гарантій забезпечує єдині стандарти надання медичних послуг для усіх громадян, не залежно від місця проживання. Важливою перевагою цієї моделі є те, що вона володіє високим рівнем адаптивності до умов воєнного періоду. Централізований розподіл фінансування від НСЗУ забезпечує

доступність медичних послуг в регіонах, які постраждали від російської агресії, а прозора й зрозуміла схема фінансування охорони здоров'я створить передумови для залучення приватного капіталу до відновлення мережі медичних установ у післявоєнний період.

1.2. Теоретичні засади управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я в контексті їхньої оптимізації

В період повномасштабної війни з росією повноцінне функціонування галузі охорони здоров'я має виняткове значення, оскільки від цього залежить не тільки відновлення фізіологічних функцій та повернення до повноцінного життя військових, які зазнали поранень під час бойових дій, але й збереження здоров'я усього суспільства, яке впродовж останніх років перебуває у постійній напрузі, зазнає психологічних стресів та загроз. Ефективність функціонування усієї галузі охорони здоров'я та окремих медичних закладів залежить не тільки від обсягів фінансових ресурсів, які будуть надходити на надання медичних послуг, але й від раціональності управління ними, оптимізації розподілу й використання. У реалізації цього завдання не останню роль відіграє впровадження інноваційних управлінських технологій, зокрема в рамках переходу до сервісно-орієнтованої моделі функціонування закладів охорони здоров'я, що передбачає не тільки високу якість та доступність медичних послуг, але й створення комфортних умов для їхнього надання, зручності звернення за медичною допомогою. Поряд з цим, вагомими перспективами модернізації управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я відкриває глобальна тенденція до цифровізації усіх сфер життя, що може забезпечити економію витрат на адміністративне управління, логістику та інші види діяльності, які невід'ємно пов'язані із наданням медичних послуг.

Термін «управління» є визначальним у науці менеджменту, де під ним розуміють сукупність керівних дій для забезпечення ефективності та цілісності роботи організації. Відповідно до джерел довідкової літератури, управління – це

«вплив на процес, об'єкт чи систему для збереження їх стійкості або переведення з одного стану в інший відповідно до визначених цілей» [34, с. 655]. На думку авторського колективу монографії з тематики охорони здоров'я, управління – це «цілеспрямований, організаційний і регуляторний, вплив населення на суспільну життєдіяльність, який можна забезпечити як безпосередньо, так і через спеціально створені органи і структури (державні органи, громадські організації, установи та ін.)» [22, с. 6]. Слушною є думка вчених, що відповідно до характеру ухвалення управлінських рішень саме управління доцільно розмежовувати на ситуативне (або хаотичне, коли рішення ухвалюються як реакція на виникнення певних проблем або спонтанно, без попереднього планування) та цільове (тобто таке управління, коли управлінські рішення є результатом попередньої роботи щодо оцінювання проблем, їхнього ранжування за важливістю й терміновістю вирішення, а також ґрунтовної розробки самого проєкту рішення).

В основу розбудови сучасної моделі управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я покладено системно-функціональний підхід, за яким розрізняють кілька управлінських рівнів ухвалення рішень. На низовому рівні, який представлений керівництвом самого закладу охорони здоров'я, ухвалюють рішення, пов'язані із оперативним управлінням фінансовими ресурсами, тобто забезпечення їх формування в обсягах, необхідних для повноцінної діяльності закладу, а також раціонального використання на надання медичних і супутніх їм послуг, організаційні питання. Цей рівень управління доцільно характеризувати як функціональний. Другий рівень управління передбачає управлінські дії, які пов'язані із постійним моніторингом відповідності медичних послуг визначеним стандартам якості й доступності. Такий рівень управління можна означити як контрольний. Нарешті, на третьому рівні управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я ухвалюються рішення щодо залучення тих чи інших установ до реалізації цільових програм медичного спрямування на державному, регіональному чи місцевому рівні. Основною метою такого управлінського рівня є координація взаємодії між різними закладами охорони здоров'я та іншими структурами в рамках виконання цих програм [3]. Зрозуміло, що управління на

другому й третьому рівнях належить до компетенції органів публічної влади, які реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я. Важливо, щоб у рамках функціонування усіх рівнів управління охороною здоров'я було забезпечено тісну комунікацію та узгодження дій усіх суб'єктів прийняття рішень, що дасть можливість домогтися високого рівня ефективності управління фінансовими ресурсами медичних закладів, а отже високої якості медичних послуг.

Стиль управління фінансовими ресурсами суттєво відрізняється залежно від організаційно-правового статусу і форми власності закладу охорони здоров'я. Зокрема, таке управління в закладах, які зберігають статус бюджетних установ, здійснюється у відповідності до принципу директивності, коли усі рішення щодо розподілу фінансових ресурсів визначаються нормами владних приписів (тобто розпоряджень, наказів, директив та ін.), дотримання управлінської ієрархії та субординації. У цьому випадку майже єдиним джерелом формування фінансових ресурсів закладу охорони здоров'я є бюджетні кошти, а можливості залучення додаткового фінансування та його розподілу і використання суттєво обмежені.

Основу мережі закладів охорони здоров'я в Україні складають заклади охорони здоров'я, засновниками яких є органи публічної влади та мають статус некомерційного підприємства. Він передбачає фінансову автономію, тобто можливість провадити самостійну цінову політику на платні медичні послуги (в межах встановлених обмежень), вирішувати питання впровадження супутніх послуг медичного і немедичного призначення, залучати ресурси з різних джерел. Тобто, заклади охорони здоров'я некомерційні підприємства володіють певною ініціативою в управлінні власними фінансовими ресурсами, застосовуючи при цьому різні управлінські технології. Основну частину доходів таких закладів забезпечує їхня участь у Програмі державних медичних гарантій, але все більшої ваги набувають додаткові надходження від медичних послуг, які виходять за межі гарантованого пакету, а також від іншої діяльності.

Фінансова автономія закладів охорони здоров'я у статусі некомерційних підприємств також відкриває перед ними перспективи залучення додаткових ресурсів у формі кредитів, грантів та інших надходжень. Більшість медичних

установ намагаються уникати кредитної форми фінансування для збереження стійкого фінансового стану. Винятком становлять пільгові позики, які заклади охорони здоров'я можуть залучати в рамках співпраці з міжнародними фондами чи фінансово-кредитними установами. Більш прийнятним для галузі охорони здоров'я є залучення фінансових ресурсів у формі грантової допомоги. Ці кошти надаються на умовах цільового використання й спрямовуються на оновлення матеріальної бази закладів охорони здоров'я, зокрема купівлю обладнання чи іншої медичної техніки. Втім, не менш поширеним є надання грантів на «м'які» проекти у сфері охорони здоров'я, які передбачають фінансування спеціальних медичних послуг для певних категорій громадян чи з профілактики окремих видів захворювань.

Щодо приватного сегменту охорони здоров'я, то фінансові ресурси таких медичних закладів, які не задіяні у Програмі державних медичних гарантій формуються ними на комерційних умовах від надання платних медичних послуг. Держава не втручається у процеси ціноутворення на такі послуги, а також в інші аспекти фінансової діяльності комерційних закладів охорони здоров'я, крім сплати ними податків та зборів. Відповідно, у комерційному сегменті охорони здоров'я може застосовуватись найширший спектр управлінських технологій при формуванні й використанні фінансових ресурсів.

Специфіка функціонування галузі охорони здоров'я у тому, що вона має суспільну місію постачання населенню одного із базових суспільних благ – медичної допомоги. Право кожної людини на доступ до цього блага закріплене у законодавстві, а тому незважаючи на те, яка модель фінансового забезпечення охорони здоров'я функціонує в країні, уряд зобов'язаний забезпечити механізми доступу до медичної допомоги для громадян. Саме ця особливість визначає, що управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я має подвійну мету: з одного боку, реалізуючи господарську компетенцію, заклади охорони здоров'я прагнуть забезпечити максимізацію фінансових результатів власної діяльності, зміцнення їхньої конкурентоспроможності на ринку послуг охорони здоров'я; з іншого боку, реалізуючи суспільне призначення, фінансова діяльність

закладів охорони здоров'я має гарантувати певний рівень якості й доступності медичних послуг відповідно до державних стандартів, забезпечити реалізацію права усіх громадян на доступ до медичної допомоги.

З системних позицій управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я являє собою цілісну систему, що об'єднує суб'єкта та об'єкт управління, а також сукупність управлінських дій, які реалізує суб'єкт для впливу на об'єкт з певною метою. У системі координат управління фінансовими ресурсами на рівні закладу охорони здоров'я, об'єктом управління виступають власне фінансові ресурси, які надходять у розпорядження цього закладу з багатьох джерел та різними каналами. Предметом управління фінансовими ресурсами є їхній обсяг, структура відповідно до джерел формування, напрями використання. Прийняття управлінських рішень щодо впливу на ці параметри фінансових ресурсів має забезпечити досягнення оптимального їх стану, що забезпечує найефективніше функціонування закладу охорони здоров'я.

В Економічному словнику під поняттям «оптимізація» розуміють «процес пошуку такого стану системи, за якого забезпечується максимум чи мінімум значень якихось функцій системи (вибір найкращого з можливих варіантів)» [24, с. 212]. Оптимальним доцільно розглядати такий стан фінансових ресурсів, який забезпечуватиме досягнення цільового рівня виконання покладених на заклад охорони здоров'я функцій, підвищення його конкурентоспроможності на ринку медичних послуг, досягнення тактичних і стратегічних завдань його розвитку. На думку О. Гладкової та Т. Свиначенко, щодо фінансових ресурсів важливою є їх структурна оптимізація, яка «досягається шляхом упорядкованого перебору доступних комбінацій джерел фінансування» [13, с. 28]. Відтак, під оптимізацією вчені розуміють лише процес пошуку найкращого для організації співвідношення джерел формування фінансових ресурсів з урахуванням чинників зовнішнього і внутрішнього середовища, а також локальних обмежень. У запропонованій ними схемі оптимізації фінансових ресурсів організації цей процес поширюється тільки на формування ресурсів, хоча серед вихідних результатів оптимізації зазначено також оптимізацію їхнього використання (додаток А).

На наш погляд, оптимізація обсягів та структури сформованих фінансових ресурсів зовсім не означає, що діяльність організації буде ефективною. Вагомий вплив на результати функціонування організації справляє забезпечення найбільш раціонального використання цих ресурсів, адже при непередбаченому управлінні навіть вагомий фінансовий потенціал може бути витрачений намарно, а бажані цілі організації залишаться недосягнутими. Тому процес оптимізації фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я має передбачати досягнення найкращого стану їх формування (у контексті оптимізації об'ємно-структурних параметрів), а також найбільш ефективної структури використання.

В основу оптимізації фінансових ресурсів має бути покладений певний критерій (індикатор). У науковій літературі представлено кілька критеріїв для оптимізації фінансових ресурсів, а саме:

- відповідно до критерію доступності й вартості залучення фінансових ресурсів для потреб організації. Відповідно до цього критерію, оптимальною є така структура фінансових ресурсів організації, за якої витрати на залучення цих ресурсів є найнижчими порівняно з альтернативними варіантами. Щодо закладів охорони здоров'я такий критерій є недостатньо практичним, оскільки більшість медичних установ не використовують залучених коштів, а фінансування в межах Програми державних медичних гарантій є «безкоштовним», як і видатки місцевих бюджетів на розвиток закладу й зміцнення його матеріальної бази;

- відповідно до критерію раціональної структури фінансування, тобто за співвідношенням власних і позикових ресурсів, рівнем боргового навантаження. Подібно до попереднього пункту, цей критерій може застосовуватись тільки для закладів охорони здоров'я, які залучають позики для формування фінансових ресурсів, в іншому випадку від не має сенсу. Проте, важливим з точки зору оптимізації є досягнення раціонального співвідношення між короткостроковим і довгостроковим фінансуванням, що мінімізує ризики ліквідності закладу охорони здоров'я, а також забезпечення ритмічності надходження фінансових ресурсів для уникнення касових розривів, що ускладнюють покриття витрат та спричиняють потребу у залученні додаткових ресурсів;

– відповідно до критерію достатності фінансових ресурсів для покриття усіх потрібних витрат закладу охорони здоров'я у розрізі функціональної, економічної класифікації. Зокрема, важливим є досягнення раціонального співвідношення між витратами на реалізацію функціонального призначення закладу (тобто, оплату праці основних та допоміжних медичних кадрів, придбання медикаментів й інших виробів медичного призначення, купівля медичної техніки та обладнання тощо) і витратами на забезпечення комфортних умов надання медичних послуг (оплата комунальних послуг, послуги прибирання приміщень, організації харчування, інші витрати на господарські потреби). Окремим аспектом оптимізації фінансових ресурсів за цим критерієм є забезпечення раціонального співвідношення між поточними витратами і витратами розвитку, що спрямовані на досягнення, відповідно, поточних і стратегічних цілей закладу охорони здоров'я.

Фокусуючи увагу на проблематиці оптимального управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я, окремі вчені звертають увагу на те, що вони мають не статичний, а динамічний характер, тобто перебувають у постійному русі, набуваючи форми грошових потоків. На думку Н. Прус та Н. Савченко, такі грошові потоки «відіграють ініціативну роль у функціонуванні закладів охорони здоров'я та виконання ними встановлених функцій. Вони не тільки ініціюють потоки медичних послуг, але й обслуговують і сприяють їх оптимізації» [40, с. 31]. Тобто, раціональне управління фінансовими ресурсами закладу охорони здоров'я позитивно впливає на його функціональну спроможність, спонукає до перегляду й оптимізації пропозиції медичних послуг для найбільш ефективного використання ресурсів. Складність управління фінансовими ресурсами, на думку Н. Прус та Н. Савченко, виявляється на різних рівнях управління охороною здоров'я, зокрема на рівні конкретного медичного закладу. Ефективність такого управління, за словами вчених, визначається «уявленнями про види, склад фінансових потоків в розрізі видів медичних послуг, особливостей фінансування згідно з державними та місцевими програмами, можливостей їх оперативного фінансового планування» [40, с. 31].

Ключ до досягнення оптимальної структури фінансових ресурсів закладу охорони здоров'я О. Бондаренко, Н. Прус, І. Грановська вбачають в оптимізації параметрів медичних послуг. Вони наголошують на важливості синхронізації фінансових потоків у закладі охорони здоров'я з відповідним рухом медичних послуг [1], завдяки чому можна забезпечити підвищення ефективності роботи організації та повноцінну реалізацію її функціонального призначення. На наш погляд, таке бачення шляху до оптимізації фінансових ресурсів закладу охорони здоров'я має раціональне підґрунтя, адже відповідно до нової моделі розподілу бюджетного фінансування охорони здоров'я, обсяги фінансування конкретних медичних установ визначаються передусім показниками наданих ними медичних послуг у відповідності до стандартів лікування певних класів та видів хвороб. На підставі даних про показники надання медичних послуг, а також фінансових нормативів їхньої оплати в системі НСЗУ відбувається розрахунок фінансування конкретного закладу охорони здоров'я за рахунок коштів державного бюджету – Програми державних медичних гарантій. Регулюючи пропозицію медичних послуг, керівництво закладу охорони здоров'я може впливати на обсяг ресурсів, на які може очікувати конкретна лікарня у наступному бюджетному періоді.

Іншим невід'ємним елементом управління є суб'єкт управлінського впливу. Через різноманітні дії він здійснює цілеспрямований вплив на керований об'єкт з метою зміни його параметрів чи траєкторії розвитку у бажаному для себе напрямку. Відповідно до характеру ухвалюваних рішень вирізняють оперативне і стратегічне управління. Такий підхід доцільно застосовувати і щодо управління фінансовими ресурсами на рівні конкретного закладу охорони здоров'я. У цьому ракурсі стратегічне управління усіма закладами охорони здоров'я здійснюють як органи публічної влади, так і їхнє керівництво. Зокрема, органи законодавчої та виконавчої влади в країні забезпечують формування правового середовища для функціонування закладів охорони здоров'я, а також вироблення пріоритетів державної політики у цій сфері. Компетенція місцевого самоврядування полягає у здійсненні контрольно-наглядових функцій за діяльністю закладів охорони здоров'я, зокрема погодження їхніх фінансових планів, а також реалізації завдань

більш загального характеру – вироблення пріоритетів місцевої політики у сфері охорони здоров'я, організації виконання місцевих цільових програм з охорони здоров'я та ін. Окреме місце серед органів стратегічного управління фінансами закладів охорони здоров'я в Україні має Національна служба здоров'я (НСЗУ), яка розробляє фінансові стандарти, які використовують при плануванні доходів і витрат, пов'язаних з наданням медичних послуг (ставка капітації, тарифи на окремі види медичних послуг в розрахунку на один пролікований випадок, корегувальні коефіцієнти до розрахунку оплати медичної послуги та ін.).

Менеджмент конкретного закладу охорони здоров'я реалізує в комплексі стратегічне й оперативне управління його фінансовими ресурсами. Зокрема, керівництво закладу може ініціювати розроблення стратегії його розвитку на певний період (стратегічне управління), а також безпосередньо бере участь у реалізації щоденних фінансових рішень, пов'язаних із функціонуванням цього закладу й наданням медичних послуг (оперативне управління). Таку позицію поділяє П. Гуржий, який деталізує управління фінансовими ресурсами у закладі охорони здоров'я у розрізі трьох рівнів: «стратегічний (загальна відповідальність за наслідки прийнятих рішень; тактичний (відповідальність за оптимальний розподіл ресурсів за обраною стратегією, організацію і контроль досягнення поточних результатів); оперативний (ефективне виконання виробничих (лікувально-діагностичних) процесів в окремих підрозділах)» [21, с. 33]. Відтак, ефективне управління фінансовими ресурсами закладу охорони здоров'я вимагає від керівника володіти не тільки компетентностями, пов'язаними із організацією надання медичних послуг, але й мати уявлення про інноваційні управлінські технології, які можуть бути задіяні при реалізації функціональних і економічних пріоритетів організації. Це забезпечує системність та послідовність управління усіма аспектами формування і використання фінансових ресурсів закладу.

Розділ 2

ПРАКТИКА ТА ПРОБЛЕМИ ОПТИМІЗАЦІЇ ФІНАНСОВИХ РЕСУРСІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (на прикладі діяльності КНП «Кременецька опорна лікарня»)

2.1. Загальні тенденції формування фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я в Україні

Формування фінансових ресурсів охорони здоров'я в Україні відображає комплекс взаємопов'язаних економічних, соціальних та управлінських процесів, які визначають спроможність держави забезпечити належний рівень медичної допомоги населенню. У період воєнного стану та економічної нестабільності актуальність дослідження тенденцій у сфері фінансування охорони здоров'я значно зростає, адже від ефективності мобілізації й розподілу коштів залежить не лише стійкість системи, а й здоров'я та безпека громадян.

Сучасна практика формування фінансових ресурсів у вітчизняній медицині відзначається ґрунтовною перебудовою моделі фінансування, переходом до програмно-цільових принципів функціонування, впровадженням державного гарантованого пакета медичних послуг, розширенням ролі Національної служби здоров'я України та посиленням залежності медичних закладів від результатів діяльності. Водночас спостерігаються суттєві виклики, зокрема нерівномірність фінансування, брак коштів на розвиток медичної інфраструктури, обмеженість позабюджетних джерел та ризики неефективного використання ресурсів.

Впродовж періоду розбудови ринкової економіки в Україні утвердилась змішана модель фінансового забезпечення охорони здоров'я, яка передбачає відносно паритетну участь суспільства й держави у формуванні фінансових ресурсів цієї галузі. Відповідно до законодавства, фінансові ресурси закладів охорони здоров'я формуються з багатьох джерел – з державного та місцевих бюджетів (відповідно до Програми державних медичних гарантій та в рамках

виконання цільових бюджетних програм медичного спрямування), з системи обов'язкового та добровільного медичного страхування (хоча вони мають вкрай обмежені масштаби застосування), власних коштів населення, коштів суб'єктів господарювання (в рамках корпоративних угод про надання медичних послуг для працівників, а також корпоративної соціальної відповідальності), власних коштів закладів охорони здоров'я від надання платних медичних та супутніх послуг, інших видів господарської діяльності (відсотки за залишками коштів на рахунках, від здавання майна в оренду та ін.), благодійних внесків і пожертв тощо.

Структура фінансових ресурсів охорони здоров'я в останнє десятиліття зазнає значних змін під впливом глобальних викликів, таких як епідемія COVID-19, повномасштабна війна з росією, політична турбулентність, посилення уваги до проблем інклюзії та соціальної справедливості тощо. Внаслідок цього, останні роки позначені збільшенням обсягів благодійної допомоги закладам охорони здоров'я від бізнес-структур при реалізації програм корпоративної соціальної відповідальності, що було особливо помітно в період карантинних обмежень в Україні. В умовах масштабної війни, коли уряд вимушено призупинив видатки капітального характеру, основним джерелом фінансування розвитку закладів охорони здоров'я є кошти міжнародних донорських програм, благодійних фондів та інших інституцій громадянського суспільства. Особливістю цих надходжень є те, що вони не мають сталого характеру, водночас відзначаються цільовим спрямуванням на реалізацію певного проєкту розвитку, а також більшою увагою до звітування про результати їхнього використання.

Попри багатоваріантність джерел формування фінансових ресурсів у закладах охорони здоров'я, все ж визначальне місце серед них займають ресурси держави. Залучення держави до фінансування охорони здоров'я має раціональне пояснення, що не обмежується виконанням нею соціальної функції, а має також економічне обґрунтування. Підвищення рівня захворюваності в країні означає економічні втрати від зниження працездатності або її тимчасової втрати, що обертається обсягом невиробленого ВВП, а отже, зниженням доходів усіх

суб'єктів економіки. Водночас, захворюваність населення супроводжується додатковими втратами як для держави, так і для суб'єктів господарювання на оплату соціальних трансфертів. Відповідно, увага до збереження здоров'я людей та вкладання коштів в охорону здоров'я підходить під визначення інвестицій у людину, що мають реальну економічну віддачу.

Питання визначення реальної структури фінансових ресурсів охорони здоров'я в процесі їхньої оптимізації є складним, що пояснюється наявністю тіньового сектору надання медичних послуг та неофіційними платежами, які громадяни практикують при зверненні за медичною допомогою. Неформальний інститут «подяки» лікарів міцно утвердився у вітчизняному суспільстві з часів планової економіки та першого десятиліття державності, він хоча й у менших масштабах зберігається навіть після медичної реформи. Аналітичні дослідження KSE Institute та інших визнаних інституцій свідчать, що в умовах війни рівень ймовірності неформальних платежів та їхні розміри суттєво знизились порівняно з довоєнним періодом, що передусім пов'язане із збіднінням населення, а не з результатами медичної реформи [48].

Щодо розмірів фінансових ресурсів, які обертаються у тіньовому сегменті охорони здоров'я, то оцінки серед експертів та наукової спільноти суттєво різняться. Наприклад, за одними оцінками, частка коштів населення у структурі фінансових ресурсів охорони здоров'я перевищує 2/3, а в тіньовому сегменті обертається 20 млрд дол. США [45]. Проте, на думку аналітиків VoxUkraine, такі дані є надто перебільшеними, відображають стереотипне уявлення суспільства та тенденційні оцінки окремих осіб на підставі упереджених суджень. Більш об'єктивною є думка про відносний паритет участі суспільства й держави у фінансуванні охорони здоров'я [9]. Це також відповідає оцінкам офіційної статистики, яка позиціонує домогосподарства і публічний сектор як найбільші за обсягами спрямування фінансових ресурсів фінансуючі агенти цієї галузі [35]. За даними колишнього заступника міністра охорони здоров'я П. Ковтонюка, при обсягах бюджетних видатків на галузь у 2024 році на рівні 203,4 млрд грн у тіньовому сегменті медичних послуг обертається близько 150 млрд грн [28].

Тобто, при загальних обсягах фінансування охорони здоров'я на рівні близько 350-400 млрд грн, обороти тіньового ринку складають близько 40% від цієї суми. Втім, ці цифри є результатом оціночних суджень колишнього керівника МОЗ України, а не реальних розрахунків, що не дає нам підстав розглядати їх як повною мірою об'єктивні.

З початком повномасштабної війни в Україні для частини даних офіційної статистики було введено режим обмеженого доступу, зокрема й даних про обсяги фінансування охорони здоров'я. Відповідно, при оцінюванні тенденцій формування фінансових ресурсів цієї галузі можемо опиратись на дані до 2021 року, які доступні на офіційній сторінці Державної служби статистики України. За даними сателітного рахунку охорони здоров'я, сукупний обсяг фінансових ресурсів, які надійшли з усіх джерел на забезпечення функціонування цієї галузі становив у 2020 році 329,3 млрд грн, з яких половину становили кошти держави (державного та місцевих бюджетів, а також незначні суми з системи соціального страхування). Помітно, що після впровадження медичної реформи та переходу до прямих відносин між НСЗУ і закладами охорони здоров'я, внесок державного бюджету втричі перевищує вагу місцевих бюджетів, що кардинально відмінне від ситуації у 2018-2019 рр. (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

**Загальні витрати на охорону здоров'я
з усіх джерел фінансування в Україні у 2018-2020 рр.**

Показники	2018		2019		2020	
	млрд грн	%	млрд грн	%	млрд грн	%
Ресурси держави	125,63	47,6	137,06	46,8	164,34	49,9
Державний бюджет	30,27	11,5	44,90	15,3	121,67	36,9
Місцеві бюджети	94,35	35,7	91,17	31,1	42,25	12,8
Фонди соціального страхування	1,01	0,4	0,99	0,3	0,42	0,1
Ресурси недержавного сектору	136,48	51,7	153,85	52,5	163,50	49,6
Ресурси суб'єктів господарювання	5,10	1,9	9,62	3,3	10,75	3,3
Витрати домогосподарств	131,38	49,7	144,23	49,2	152,76	46,4
Трансферти з-за кордону	2,01	0,8	2,12	0,7	1,50	0,5
Загальні витрати на охорону здоров'я	264,12	100,0	293,02	100,0	329,34	100,0

Джерело: побудовано автором за [43]

Серед інших фінансуючих агентів першість належить населенню, кошти якого у 2020 році забезпечили покриття 46,4% від сукупного обсягу фінансових ресурсів охорони здоров'я. Помітно, що населення забезпечило понад 3/4 від сукупного приросту фінансування охорони здоров'я від недержавного сектору. На відміну від зарубіжної практики, незначною залишається питома вага бізнесу як суб'єкта фінансування охорони здоров'я – внесок суб'єктів господарювання хоча й зріс, залишається на рівні 2-3% від сукупних обсягів. Попри те, що з початком війни в Україні активність бізнес-структур у допомозі системі охорони здоров'я дещо зросла, вона не змінила радикально цього показника. Також незначними залишаються абсолютні обсяги та питома вага фінансових ресурсів, які надходять до охорони здоров'я у формі трансфертів від зарубіжних донорів та благодійних фондів. У 2020 році від цих структур для потреб галузі надійшло всього 1,5 млрд грн, або менше 0,5% від загального обсягу фінансових ресурсів. Таким чином, наведені показники переконливо підтверджують попередні висновки про те, що в Україні представлено змішану державно-приватну модель фінансування охорони здоров'я, що передбачає паритетну участь держави й населення у формуванні фінансових ресурсів на надання медичних послуг.

Наведені показники свідчать про динамічне нарощування обсягів витрат на потреби охорони здоров'я, яке має сталий характер і не залежить від циклічності розвитку економіки. Зокрема, за період 2013-2020 рр. витрати суспільства на цю галузь соціальної сфери зросли майже втричі. Однак, якщо врахувати, що цей період був відзначений помірними темпами інфляції (яка особливо прискорила у 2015-2017 рр. через наслідки кризових процесів в економіці), то реальний рівень зростання суспільних витрат на охорону здоров'я виявиться не таким значним. Так, з урахуванням дії інфляційного чинника з усіх джерел фінансування у 2020 році на потреби охорони здоров'я було спрямовано близько 120 млрд грн (в цінах 2013 року). Тобто, за семирічний період реального приросту фінансування цієї галузі фактично не відбулось.

На подібні висновки настановляє відстеження показника питомої ваги цих витрат у співвідношенні з ВВП України. Як свідчать дані рис. 2.1, з 2015 року

спостерігалась довгострокова тенденція до зниження рівня суспільних витрат на охорону здоров'я у ВВП, хоча недоречно заявляти про радикальну зміну цього показника – за семирічний період він знизився менш, ніж на 0,5%. Однак варто звернути увагу на різке зростання значення питомої ваги суспільних витрат на охорону здоров'я у ВВП в 2020 році, що пояснюється суспільним резонансом від поширення на Україну епідемії коронавірусу. В умовах карантинних обмежень та високого рівня смертності від цього захворювання, суспільство вимагало від влади збільшення обсягів фінансування охорони здоров'я. У відповідь на запит в рамках виконання державного бюджету було започатковано кілька спеціальних цільових програм, призначених для зміцнення матеріального становища закладів охорони здоров'я та реалізації заходів з протидії епідемії. Зростання суспільних витрат на охорону здоров'я у 2020 році у 2,2 рази перевищило темпи збільшення номінального обсягу ВВП.



Рис. 2.1. Динаміка суспільних витрат на охорону здоров'я в Україні у 2013-2020 рр., млрд грн

Джерело: побудовано автором за [10; 43]

При оцінюванні структури фінансових ресурсів охорони здоров'я доцільно зауважити, що значну частину загального обсягу суспільних витрат складають кошти, витрачені населенням на оплату медикаментів та інших засобів медичного спрямування. Ці кошти обертаються на ринку фармацевтичних препаратів і не

надходять на потреби закладів охорони здоров'я. З урахуванням цього моменту внесок держави у формування фінансових ресурсів саме закладів охорони здоров'я додатково підвищиться, значно перевищивши 50% від сукупних обсягів витрат. Через відсутність політичної волі щодо впровадження в Україні обов'язкового медичного страхування, внесок страхового механізму у формування фінансових ресурсів охорони здоров'я мізерний. Відповідно, звернемо більшу увагу на участь бюджетів усіх рівнів у фінансуванні охорони здоров'я, орієнтуючись зокрема й на дані інтернет-порталу відкритих даних OpenBudget.gov.ua.

У відповідності до реформованої моделі фінансування охорони здоров'я кошти бюджетів на її потреби надходять у різний спосіб: у вигляді кошторисного фінансування закладів охорони здоров'я, які зберегли статус бюджетної установи і не наділені управлінською й фінансовою автономією; через Програму державних медичних гарантій для населення як оплата наданих медичних послуг первинної та спеціалізованої медичної допомоги; через участь закладів охорони здоров'я у реалізації цільових бюджетних програм загальнодержавного та місцевого рівня; через цільові субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на певні заходи у галузі охорони здоров'я та ін. Для незначного числа закладів охорони здоров'я, які зберігають статус бюджетної установи і надають платні послуги, кошти від цього зараховуються як неподаткові надходження відповідного бюджету у розділ власних надходжень бюджетних установ. Але з реорганізацією закладів охорони здоров'я у неприбуткові підприємства ці кошти уже не розглядаються як доходи бюджету.

Дані рис. 2.2 дають уявлення про зміну структури фінансування охорони здоров'я з бюджету в рамках проведення медичної реформи, а також загальну тенденцію зміни бюджетних видатків на надання медичних послуг. Помітно, що після перехідного періоду 2019-2020 рр., коли відбувався поетапний перехід до нової моделі фінансових відносин між НСЗУ та закладами охорони здоров'я, у наступні роки утвердилась нова структура бюджетних видатків на галузь, у якій на ресурси державного бюджету припадає понад 80% від сукупного фінансування, а частка місцевих бюджетів складає менше 20%. Навіть у умовах війни та потреби

у фінансуванні оборонного сектору держава поступально нарощує видатки на охорону здоров'я, однак темпи такого зростання нерівномірні. Зокрема, у 2023 році обсяги бюджетного фінансування охорони здоров'я зросли всього на 2,2 млрд грн до попереднього року, що не компенсувало інфляційного знецінення гривні. Уже в наступному році приріст бюджетних видатків на охорону здоров'я склав 21,1 млрд грн, а на 2025 рік передбачене подальше їх зростання до 255,0 млрд грн, з яких 214,0 млрд грн мають становити кошти державного бюджету (рис. 2.2).

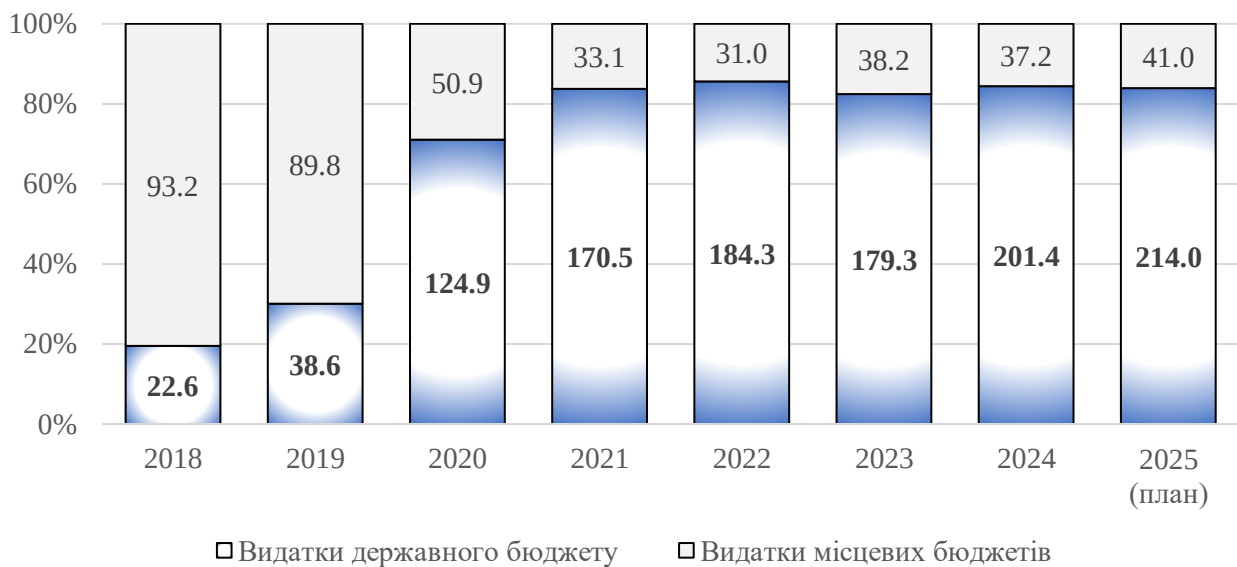


Рис. 2.2. Структурні параметри бюджетних видатків на охорону здоров'я у розрізі рівнів бюджетної системи в Україні у 2018-2025 рр., млрд грн

Джерело: побудовано автором за [10].

Зміна пропорцій розподілу фінансової відповідальності між урядом та органами місцевого самоврядування за фінансування охорони здоров'я пов'язана із розділенням функціональних повноважень різних рівнів публічного управління за фінансове забезпечення цих суспільних послуг. За державним бюджетом на теперішній час закріплені повноваження щодо фінансування медичних послуг, тобто безпосередньо процесу лікування (оплата праці лікарського персоналу, придбання ліків та медичних препаратів, обстеження тощо). Натомість, місцеві органи влади відповідальні за створення належних умов для надання медичних послуг, тобто здійснення видатків на утримання приміщень закладів охорони здоров'я у належному стані, оплату праці допоміжного персоналу, комунальних

послуг та інших експлуатаційних витрат. Паралельно до загальнодержавних цільових програм у сфері охорони здоров'я, органи місцевого самоврядування можуть додатково розробляти місцеві цільові програми медичного спрямування, деталізуючи фінансування охорони здоров'я з урахуванням місцевої специфіки потреб у медичній допомозі.

2.2. Практика управління фінансовими ресурсами на рівні закладу охорони здоров'я

Зміна організаційно-правового статусу закладів охорони здоров'я в рамках медичної реформи призвела до радикальної зміни механізму формування їхніх фінансових ресурсів, зокрема в частині бюджетного фінансування. На заміну кошторисному фінансуванню, яке передбачало повне відшкодування усіх витрат закладу, пов'язаних із збереженням його функціональної спроможності (тобто, незалежно від виробничих показників) було запроваджено механізм оплати наданих медичних послуг за схемою «кошти ходять за пацієнтом». У нових умовах заклади охорони здоров'я наділені фінансовою автономією, що дає їм можливість провадити відносно самостійну фінансову політику у питанні як формування, так і використання фінансових ресурсів.

Одним із типових представників закладів охорони здоров'я, які в рамках медичної реформи отримали нові повноваження щодо управління фінансовими ресурсами є КНП «Кременецька опорна лікарня», засновником якої виступає Кременецька міська територіальна громада в особі міської ради. У відповідності до її Статуту, КНП «Кременецька опорна лікарня» має статус некомерційного підприємства з надання медичних послуг спеціалізованої медичної допомоги для мешканців територіальної громади. Кременецька міська рада як засновник цього підприємства здійснює стратегічне управління його діяльністю, зокрема бере участь у розробці пріоритетів його фінансової політики.

Основу для формування фінансових ресурсів КНП «Кременецька опорна

лікарня» забезпечує її майно, утворене з майнових комплексів розформованих закладів охорони здоров'я – районної комунальної лікарні й районної комунальної стоматологічної поліклініки, які утворили нове неприбуткове підприємство. Як його засновник, Кременецька міська рада має повноваження щодо контролю та погодження управлінських рішень з розпорядження майном підприємства та його використання у господарській діяльності. Основною формою контролю з боку засновника за господарською діяльністю підприємства є затвердження його фінансового плану та моніторинг його виконання. Оскільки заклад охорони здоров'я має статус неприбуткового підприємства, то його головна мета полягає у наданні суспільно важливого блага – медичної допомоги. Результати цієї діяльності можуть передбачати також отримання прибутку, але статутні вимоги чітко визначають обмеження щодо його використання. Так, прибуток цього підприємства не може бути використаний в інтересах його засновника чи підлягати розподілу між працівниками, а має спрямовуватись на зміцнення матеріальної бази КНП «Кременецька опорна лікарня» та інші заходи, пов'язані з покращенням якості й доступності медичних послуг [46].

Володіючи господарською і фінансовою автономією, КНП «Кременецька опорна лікарня» має можливість формувати фінансові ресурси з різних джерел. Основу власних фінансових ресурсів утворює майно підприємства, передане йому в оперативне управління засновником – Кременецькою міською радою. Тобто, маючи можливість використовувати це майно у господарській діяльності, КНП «Кременецька опорна лікарня» зобов'язана погоджувати із засновником питання розпорядження ним. Статутний капітал підприємства складає всього 1 тис. грн, однак воно має можливість залучати фінансові ресурси з інших доступних джерел, зокрема за рахунок капіталізації нерозподіленого прибутку, у формі фінансової допомоги від міжнародних організацій, суб'єктів господарювання чи фізичних осіб, від інших закладів охорони здоров'я, від надання медичних послуг в межах Програми державних медичних гарантій населенню, від співпраці з науковими установами тощо. Додатковими джерелами для формування фінансових ресурсів закладу охорони здоров'я, відповідно до його Статуту, можуть бути надходження

від здавання в оренду майна, інших видів господарських операцій не за основним профілем діяльності, залучення позик від банківських установ. Помітне місце серед джерел фінансових ресурсів КНП «Кременецька опорна лікарня» також належить фінансуванню з міського бюджету за цільовими місцевими програмами у сфері охорони здоров'я (рис. 2.3).



**Рис. 2.3. Джерела утворення майна та фінансових ресурсів КНП
«Кременецька опорна лікарня»**

Джерело: побудовано за [46]

Залучення фінансових ресурсів з різних джерел визначає структуру пасивів підприємства із відповідним співвідношенням власного капіталу та зобов'язань. Зважаючи на обмеження доступу до інформаційної бази про фінансові показники діяльності КНП «Кременецька опорна лікарня», використаємо для оцінювання практики формування її фінансових ресурсів дані за період 2021-2023 рр. та окремі показники за 2024 рік. Оцінюючи дані табл. 2.2 можемо помітити, що при зростанні загального обсягу фінансових ресурсів підприємства, динаміка власного капіталу була нестабільною. Зважаючи на мізерний обсяг статутного капіталу та зменшення додаткового капіталу внаслідок амортизації безоплатно переданих активів, основний внесок у динаміку власних ресурсів підприємства справляють показники нерозподіленого прибутку. За підсумками 2022 року діяльність цього підприємства забезпечила зростання нерозподіленого прибутку до 26,3 млн грн,

або майже 95% від обсягу власного капіталу КНП «Кременецька опорна лікарня». Зниження цього показника за станом на 1 жовтня 2023 року до 17,8 млн грн відповідним чином позначилось на падінні обсягу та частки власного капіталу у структурі сукупних ресурсів підприємства (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Показники капіталу КНП «Кременецька опорна лікарня» у 2021-2023 рр.

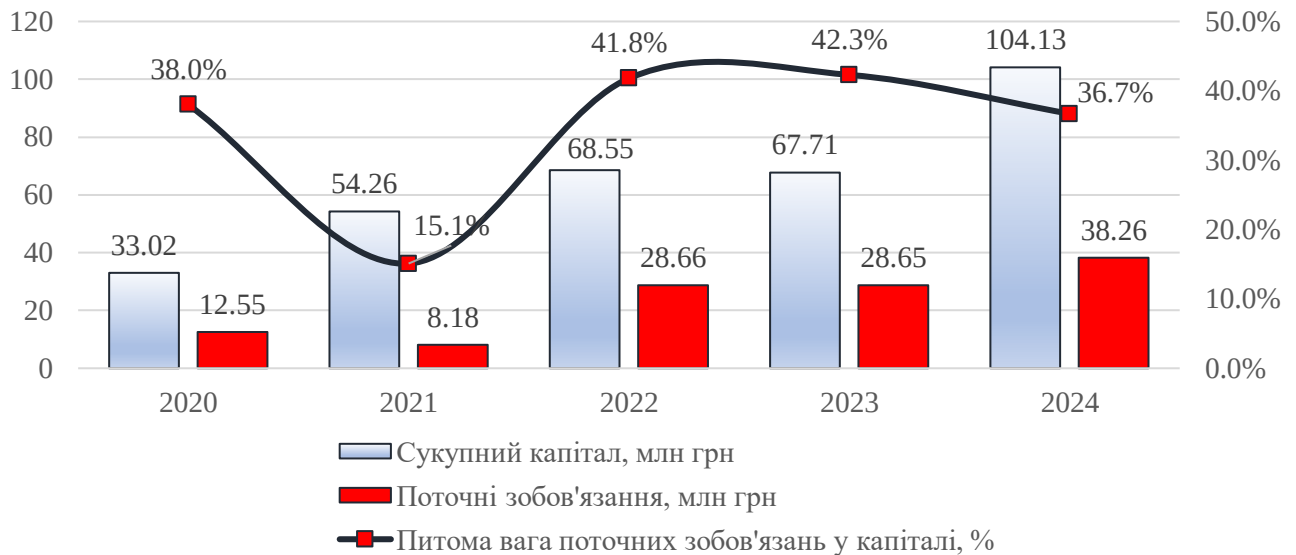
Назва показника	2021		2022		2023 (9 міс.)	
	тис. грн	%	тис. грн	%	тис. грн	%
Капітал підприємства, в т.ч.:	54259,0	100,0	68553,0	100,0	69326,2	100,0
Власний капітал, з нього:	25439,7	46,9	27886,3	40,7	18904,3	27,3
Зареєстрований (пайовий) капітал	1,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0
Додатковий капітал	3210,1	5,9	1630,9	2,4	1117,9	1,6
Нерозподілений прибуток	22229,6	41,0	26255,4	38,3	17786,4	25,7
Довгострокові зобов'язання, цільове фінансування та забезпечення	20638,6	38,0	12008,3	17,5	14394,4	20,8
Поточні зобов'язання, в т.ч.:	8180,6	15,1	28658,4	41,8	36027,5	52,0
Поточна кредиторська заборгованість за:	98,8	0,2	0,0	0,0	1556,8	2,2
товари, роботи, послуги	0,0	0,0	0,0	0,0	1506,6	2,2
розрахунками з бюджетом	9,6	0,0	0,0	0,0	16,9	0,0
розрахунками зі страхування	18,2	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0
розрахунками з оплати праці	71,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Інші поточні зобов'язання	166,7	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Доходи майбутніх періодів	7915,1	14,6	28658,4	41,8	34470,7	49,7

Джерело: складено за даними КНП «Кременецька опорна лікарня» Кременецької міської ради

Помітне місце у фінансових ресурсах КНП «Кременецька опорна лікарня» займають довгострокові зобов'язання, цільове фінансування та забезпечення. За цим розділом пасивів балансу відображають як позики на інвестиційну діяльність підприємства, так і грантові надходження на реалізацію проєктів, фінансування з бюджету в рамках реалізації цільових програм, цільові трансферти з місцевого бюджету на реконструкцію та ремонтні роботи у закладі охорони здоров'я та інші ресурси. У 2021 році ці фінансові ресурси займали близько 40% від сукупних пасивів підприємства, або 20,6 млн грн в абсолютному вимірі. Особливістю цих фінансових ресурсів є те, що вони не мають сталого характеру, що пояснює їхнє падіння у 2022-2023 рр.

Натомість, помітною тенденцією періоду 2021-2024 рр. стало нарощування поточних зобов'язань закладу охорони здоров'я з 8,2 до 38,3 млн грн, наслідком чого стало підвищення питомої ваги поточних зобов'язань з 15,1% до 36-42% (рис. 2.4). Такі показники для більшості підприємств дали б підставу стверджувати про погіршення структури фінансових ресурсів та зниження його фінансової стійкості. Однак, специфіка діяльності закладів охорони здоров'я відповідно до нової моделі фінансування медичних послуг полягає у тому, що переважну частину поточних зобов'язань складають доходи майбутніх періодів. Під ними розуміють авансові платежі за медичні послуги, укладені закладом охорони здоров'я із замовниками, отримане наперед цільове фінансування для реалізації майбутніх проєктів, гранти та благодійну допомогу, які надійшли наперед і будуть використані у майбутні звітні періоди. Зрозуміло, що доходи майбутніх періодів у закладі охорони здоров'я представлені переважно надходженнями від НСЗУ як оплата медичних послуг, які надаватиме лікарня впродовж бюджетного року. Підставою для виділення фінансування є кількість укладених договорів з сімейними лікарями, прогнозований контингент хворих, які потребуватимуть спеціальних медичних послуг, а також визначені НСЗУ розміри капітаційної ставки, тарифів на медичні послуги тощо. До моменту, поки ці медичні послуги не будуть надані, доходи майбутніх періодів розглядаються як незароблені власні доходи підприємства, або по-іншому, тимчасово використовуваний безкоштовний позичений капітал.

Позитивно оцінюючи динаміку поточних зобов'язань підприємства, яка свідчить про нарощування обсягів його діяльності, все ж варто звернути увагу, що у 2023 році у їхній структурі з'явилися нові компоненти, а саме кредиторська заборгованість перед постачальниками в обсязі 1,6 млн грн, перед бюджетом та за соціальним страхуванням на суми, відповідно, 16,9 тис. грн і 33,3 тис. грн. Попри те, що такі показники заборгованості не становлять загрози для стійкості фінансового стану, сам факт їхнього накопичення у 2023 році при відсутності їх у попередні роки свідчить про певні промахи у фінансовій діяльності закладу охорони здоров'я.



**Рис. 2.4. Динаміка сукупного капіталу і поточних зобов'язань
КНП «Кременецька опорна лікарня» у 2020-2024 рр.**

Джерело: складено за даними [53]

Поряд з оцінюванням процесів формування фінансових ресурсів закладу охорони здоров'я, звернемо увагу на практику їхнього використання, що також впливає на висновки про оптимальність управління фінансами. Як неприбуткове підприємство, КНП «Кременецька опорна лікарня» провадить власну діяльність на підставі фінансового плану – документа, який визначає параметри доходів і видатків організації, зокрема їхні обсяги та структуру. Відповідно до фінансового плану підприємство формує свої доходи, а також спрямовує їх на покриття витрат відповідно до напрямів функціональної діяльності. Фінансовий план для суб'єктів господарювання комунальної власності є також інструментом погодження дій із засновником. Зокрема, Кременецька міська рада здійснює розгляд і погодження фінансового плану КНП «Кременецька опорна лікарня» на правах засновника цього підприємства. Особливу увагу засновники звертають на показники витрат некомерційних підприємств, що є виявом контролю за фінансово-господарською діяльністю [20].

Результатом використання фінансових ресурсів у господарській діяльності підприємства є отримання ним доходів. Зважаючи на профіль діяльності, КНП «Кременецька опорна лікарня» найбільшу частину власних доходів отримує від

надання медичних послуг в рамках Програми державних медичних гарантій. У 2022 році від НСЗУ підприємство отримало в оплату наданих медичних послуг 99,5 млн грн, додаткові надходження від платних медичних послуг склали майже 1,7 млн грн. Таким чином, у 2022 році дохід від надання послуг за профілем діяльності закладу охорони здоров'я склав 101,2 млн грн, або майже 3/4 від сукупних доходів. Відповідно до плану на 2023 рік, КНП «Кременецька опорна лікарня» планувала отримати дохід від надання медичних послуг за Програмою медичних гарантій в сумі 104,7 млн грн, додатково до цього від платних послуг 1,7 млн грн (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

**Доходи КНП «Кременецька опорна лікарня» у 2021-2023 рр. у розрізі
джерел фінансування, тис грн**

Назва показника	2021		2022		2023
	план	факт	план	факт	план
Сукупний дохід підприємства	101744,2	101558,5	139800,9	139792,9	138998,5
Від надання медичних послуг:	90066,0	89984,9	101207,4	101207,4	104696,0
надходження за надані медичні послуги від НСЗУ	88566,0	88509,1	99528,2	99528,2	102962,0
від надання платних послуг	1500,0	1475,8	1679,2	1679,2	1734,0
Інші операційні доходи (з міського бюджету за програмою підтримки)	8585,0	8634,9	9879,3	9879,3	12668,0
Доходи від цільового фінансування (цільові програми місцевого бюджету)	1530,0	1530,0	1086,5	1086,5	0,0
Інші доходи:	1509,0	1447,4	27627,7	27619,7	21634,5
від оренди приміщень	145,0	144,3	131,7	131,7	154,2
від реалізації майна	13,2	10,2	8,0	0,0	8,0
Інші фінансові доходи (благодійні внески, нараховані проценти за залишок коштів на рахунках)	240,0	214,9	304,7	304,7	879,5
Безоплатно одержані активи	835,0	748,0	1692,3	1692,3	15175,3
Компенсація комунальних послуг від орендарів	0,0	0,0	903,4	903,4	1049,5
Дохід від централізованого постачання	0,0	0,0	21661,0	21661,0	0,0
Інші види доходів	275,8	330,0	2926,6	2926,6	4368,0

Джерело: складено за даними КНП «Кременецька опорна лікарня» Кременецької міської ради

Крім профільної діяльності, важливу роль у формуванні доходів закладу охорони здоров'я відіграє фінансова підтримка від місцевої влади, які надходить у формі фінансування цільових програм місцевого значення у сфері охорони здоров'я, а також прямої фінансової допомоги на розвиток. Особливістю цих доходів є те, що вони мають відносно стабільний характер впродовж певного періоду часу – терміну реалізації місцевої цільової програми чи іншого заходу. Так, у 2021-2022 рр. КНП «Кременецька опорна лікарня» отримала з міського бюджету загалом понад 18,6 млн грн фінансової допомоги на розвиток, а також 2,6 млн грн за участь у реалізації місцевої цільової програми «Здоров'я громади». Згідно планів на 2023 рік, через завершення цільової програми надходження за цим напрямком не були передбачені, натомість фінансова допомога на розвиток з міського бюджету була запланована на рівні 12,7 млн грн. Скорочення обсягів надходжень від цільових програм місцевого значення у формуванні фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я, на наш погляд, є прямим наслідком медичної реформи та зміни моделі оплати медичних послуг. Покращення ситуації у цій сфері знижує доцільність реалізації окремих місцевих цільових програм з охорони здоров'я.

В аналізованому періоді значні надходження КНП «Кременецька опорна лікарня» отримувала також у формі безоплатно переданих активів, а також доходу від централізованого постачання. Під цими доходами обліковують вартість матеріальних цінностей та послуг, які заклад охорони здоров'я отримує безплатно в межах централізованих програм фінансування з бюджету. Таке постачання передбачає надходження до закладів охорони здоров'я ліків і медичних препаратів за централізованими медичними закупівлями, медичного обладнання та засобів індивідуального захисту, діагностичних систем від міжнародних організацій та ін. У 2022 році за цим каналом надходжень КНП «Кременецька опорна лікарня» отримала майнових цінностей на майже 21,7 млн грн, у 2023 році безоплатно переданого майна на суму 15,2 млн грн.

Незважаючи на нарощування обсягів діяльності, збільшення фінансових ресурсів, які перебувають у розпорядженні КНП «Кременецька опорна лікарня»,

ефективність їхнього використання знижується. Про це свідчать розрахунки рівня оборотності активів та їх чистої рентабельності за останні роки. Зокрема, у 2020 році від господарської діяльності підприємство отримало 16,6 млн грн прибутку, завдяки чому рентабельність його активів перевищила 50%. В середньому на 1 гривню вкладених в активи фінансових ресурсів заклад охорони здоров'я отримав 2,82 гривні доходу. Наступні роки позначені різким зниженням обсягу чистого прибутку підприємства на фоні збільшення його сукупного доходу. Прискорене нарощування активів зумовлювало зниження коефіцієнта їх оборотності, а рівень чистої рентабельності з 2023 року взагалі увійшов у від'ємну траєкторію. Попри те, що КНП «Кременецька опорна лікарня» є неприбутковим підприємством, але накопичення збитків (зокрема майже 7,7 млн грн у 2023 році) негативно впливає на обсяг власних фінансових ресурсів закладу охорони здоров'я, підвищує його залежність від зовнішнього фінансування (рис. 2.5).

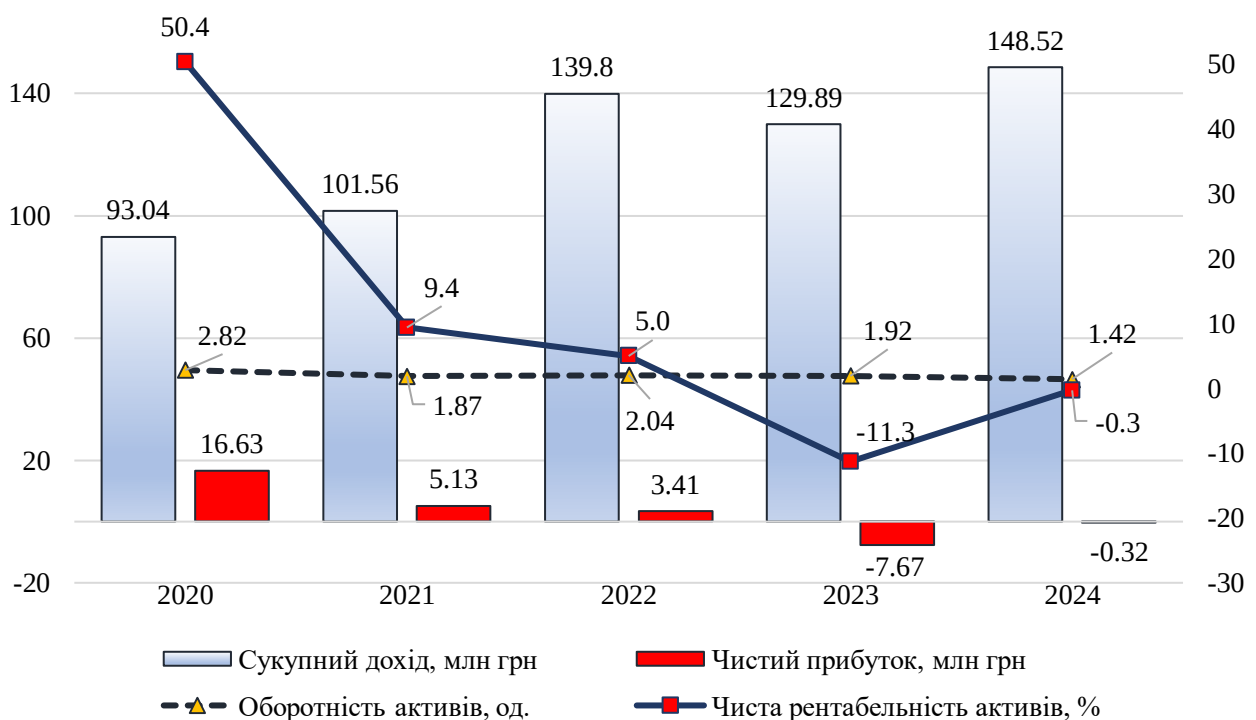


Рис. 2.5. Окремі показники ефективності використання фінансових ресурсів КНП «Кременецька опорна лікарня» у 2020-2024 рр.

Джерело: складено за даними [53]

Підводячи підсумок аналізу тенденцій формування фінансових ресурсів на рівні закладу охорони здоров'я можна зазначити, що провідну роль у цьому

процесі продовжує відігравати держава в особі НСЗУ, яка забезпечує оплату медичних послуг населенню в рамках Програми медичних гарантій. Порівняно незначну роль у формуванні фінансових ресурсів КНП «Кременецька опорна лікарня» відіграє надання платних медичних послуг, участь у реалізації цільових програм державного і місцевого значення, а також інші напрями господарської діяльності. Результати аналізу також засвідчили, що попри нарощування обсягів діяльності, рівень ефективності використання фінансових ресурсів підприємства неухильно знижується, що вказує на проблеми в управлінні цими ресурсами та погіршення їхньої структури у контексті як формування, так і використання.

Розділ 3

ПЕРСПЕКТИВИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМИ РЕСУРСАМИ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У КОНТЕКСТІ ЇХНЬОЇ ОПТИМІЗАЦІЇ

В сучасних умовах складних викликів державності питання ефективного управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я набуває особливої актуальності. Обмеженість бюджетних коштів, зростаючі потреби населення у якісних медичних послугах, впровадження нових підходів до фінансування через Програму державних медичних гарантій вимагають від керівників закладів охорони здоров'я раціонального та обґрунтованого підходу до формування й використання фінансових ресурсів.

Підвищення ефективності управління фінансами закладу охорони здоров'я є ключовим інструментом забезпечення стабільності його роботи, збереження конкурентоспроможності та здатності реагувати на мінливі умови зовнішнього середовища. Ефективне управління ресурсами створює необхідні умови для їх оптимального розподілу, мінімізації втрат, уникнення нераціональних витрат та підвищення якості медичних послуг. Підвищення ефективності фінансового управління на рівні закладу охорони здоров'я доцільно розглядати не лише як адміністративне завдання, а як стратегічний шлях до оптимізації його діяльності. Успішна реалізація цього підходу сприяє посиленню фінансової стійкості, розвитку матеріально-технічної бази, впровадженню інноваційних технологій лікування, загальному зміцненню системи охорони здоров'я на національному рівні.

Торкаючись питання оптимізації фінансових ресурсів охорони здоров'я, перш за все необхідно визнати, що воно має передбачати приведення обсягів фінансування цієї галузі до параметрів, які б дали їй повноцінно реалізувати своє суспільне призначення, гарантуючи кожній особі доступ до якісних медичних послуг. Незважаючи на те, що рівень дефіциту фінансових ресурсів в охороні

здоров'я є предметом дискусій, все ж варто визнати, що він достатньо вагомий, що висуває на перший план проблему нарощування обсягів фінансування цієї складової соціальної сфери.

Дефіцит фінансування охорони здоров'я є глобальною проблемою, яка залежить від впливу багатьох чинників. Поглиблення цієї проблеми в Україні визначається подвійним рецесивним впливом війни, яка з одного боку, звужує економічну базу формування бюджетних ресурсів як основного джерела коштів для надання медичної допомоги населенню, а з іншого боку, вимагає збільшення обсягів фінансування охорони здоров'я через наслідки воєнних дій – зростання кількості поранень військових, каліцтв через замінування територій і необережне поводження з боєприпасами, зростання масштабів психологічних та психічних порушень в суспільстві через перебування населення у постійній напрузі в умовах війни. Водночас, особливістю формування вартості медичних послуг є постійне зростання вартості медичних досліджень та розробки нових способів лікування, медичних препаратів; зростання витрат на розроблення новітнього медичного обладнання для ефективної діагностики захворювань. У зарубіжних країнах вагомим чинником формування вартості медичних послуг є оплата праці лікарів, якісна підготовка яких потребує не тільки значних інтелектуальних зусиль, але й витрат на здобуття освіти. Враховуючи ці чинники, глобальний тренд до зростання суспільних витрат на охорону здоров'я, сталість проблеми дефіциту її фінансування вимагають пошуку шляхів нарощування фінансових ресурсів цієї сфери для належного забезпечення права кожної людини на доступ до медичної допомоги.

Окремим аспектом оптимізації фінансового забезпечення охорони здоров'я є досягнення балансу між відповідальністю фінансуючих агентів за формування фінансових ресурсів цієї сфери. Враховуючи виняткову важливість медичної допомоги як блага, що поєднує індивідуальну й суспільну корисність, при її постачанні спостерігається гостре протиборство інтересів держави, бізнесу й населення. Враховуючи десятиліття перебування у системі координат планової економіки й політики тотального патерналізму, вітчизняне суспільство має стійкі

переконання щодо виправданості максимізації державних соціальних гарантій медичних послуг та необхідності перекладання фінансової відповідальності за надання медичної допомоги на державу. Усвідомлюючи економічний ефект від ефективного функціонування системи охорони здоров'я, бізнес не готовий нести додаткову фінансову відповідальність за покращення функціонування цієї сфери. Водночас, враховуючи сучасні реалії, держава не має достатньо економічного потенціалу для забезпечення максимальних гарантій медичної допомоги, які від неї очікує суспільство. Це вимагає пошуку складного компромісу між інтересами усіх суб'єктів економіки щодо обсягів державних гарантій медичної допомоги, фінансової участі населення й бізнесу у фінансуванні медичних послуг.

Серед науковців та в експертному середовищі пошуку шляхів вирішення проблеми дефіциту фінансових ресурсів охорони здоров'я приділяють поверхову увагу. Більшість пропозицій мають концептуальний характер, без оцінювання реальних способів їхнього впровадження на практиці. Але серед них найбільший інтерес складають такі стратегії зменшення дефіциту фінансування галузі:

- збільшення фінансування охорони здоров'я через пошук резервів внутрі бюджетної системи чи шляхом застосування додаткових фіскальних інструментів. Зокрема, серед пропозицій вирішення проблеми дефіциту нерідко пропонують скоротити кількість бюджетних програм і перенаправити зекономлені кошти на потреби охорони здоров'я. Певну підтримку має ідея щодо введення додаткових цільових фіскальних платежів для акумуляції коштів з подальшим спрямуванням на надання медичних послуг;

- активізація зусиль щодо залучення зовнішнього фінансування охорони здоров'я, зокрема через грантові програми, благодійні проєкти, офіційну допомогу розвитку та інші канали. В українському суспільстві поширена думка про те, що у післявоєнний період наша держава стане об'єктом інвестиційного буму, а кошти у формі грантів для різних потреб, в тому числі для розвитку охорони здоров'я можна буде залучати без значних зусиль через співчуття з боку іноземців до України, яка зазнала неспровокованого нападу. Проте, людська психологія є такою, що після зростання уваги до певної проблеми через певний час більшість

втрачає до неї інтерес і переключається на інші питання. Це можемо спостерігати щодо України, коли після кількох років масштабної війни та значних обсягів фінансової підтримки від іноземних донорів наразі помітною є так звана «втома» від нашої держави та проблеми війни і намагання дистанціюватись від неї. Це позначається на обсягах фінансової підтримки України, які зменшуються. Тому розглядати зовнішнє фінансування як провідний канал нарощування фінансових ресурсів охорони здоров'я у майбутньому немає підстав;

– вивільнення фінансових ресурсів завдяки економії витрат, корегування попиту й пропозиції медичних послуг. Ця стратегія поведінки цілком виправдана в умовах воєнного часу, коли пріоритетом держави є повноцінне фінансування оборонного сектору. За складної ситуації уряд може свідомо обмежити окремі напрями витрат, в тому числі й у сфері охорони здоров'я, для збалансування бюджету галузі. Зокрема, з початком війни в Україні було ухвалено законодавчі новації, які припинили реалізацію інвестиційних програм у складі бюджету, в тому числі й у сфері охорони здоров'я. Для зменшення потреби у коштах можна переглянути склад цільових програм у галузі охорони здоров'я, які потребують бюджетного фінансування. Навіть попри раціональність, окремі з них можуть бути вимушено припинені, оскільки в умовах воєнного часу держава має вибирати пріоритети. Крайнім рішенням є звуження гарантованого пакету медичних послуг населенню, що може бути прийнятним за умов різкого погіршення економічної ситуації чи безпекових ризиків, але спричиняє падіння добробуту суспільства й обмеження доступності медичної допомоги.

Щодо окремого закладу охорони здоров'я, то стратегія вивільнення ресурсів через економію витрат може передбачати відтермінування проєктів розвитку або впровадження нових схем проведення закупівель для того, щоб підвищити рівень зниження цін та необхідні медичні препарати чи обладнання, виконання робіт. Як варіант, заклади охорони здоров'я можуть передавати окремі види супутніх послуг (організація харчування, прибирання приміщень, транспортні послуги та ін.) на аутсорс, що дає можливість заощадити на їхньому фінансуванні й спрямувати більші кошти безпосередньо на медичні потреби. Крім сервісних послуг, які не

вимагають високого рівня кваліфікації виконавців, схема передачі непрофільних функцій на виконання підрядникам може бути застосована також до витрат, які пов'язані із організаційним забезпеченням управління закладом охорони здоров'я, а саме HR-менеджмент, обслуговування програмних продуктів, які використовує заклад у своїй роботі, ведення бухгалтерського обліку, юридичного супроводу функціонування підприємства. Такі послуги потребують виконавців високого рівня кваліфікації та відповідної оплати праці. Оскільки для більшості закладів охорони здоров'я масштаб потреби у цих послугах не надто значний, утримання у штатній чисельності персоналу відповідних фахівців може бути більш витратним, ніж придбання цих послуг на умовах довгострокової угоди про співпрацю.

Як зазначає С. Кондратюк, використання аутсорсингу має також інших ефект, а саме вивільнення робочого часу керівного персоналу закладу охорони здоров'я, який не займається господарськими питаннями, а фокусує свої зусилля на виробленні стратегічних пріоритетів розвитку підприємства, підвищенні якості медичних послуг та власній медичній практиці [29, с. 367].

Реалізація першої стратегії нарощування фінансових ресурсів охорони здоров'я на основі перерозподілу бюджетних програм і впровадження додаткових цільових платежів має багато суперечливих моментів. Зокрема, з початком війни уже було проведено секвестр бюджетних програм та призупинено або скасовано виконання тих, які не мають першочергового значення чи можуть бути відкладені на більш пізній час. Незважаючи на те, що в аналітичній спільноті присутня думка, що економіка країни потребує повноцінного переходу на воєнний лад, зокрема й скорочення бюджетних видатків на охорону здоров'я через зменшення кількості населення [41], доцільність повноцінного бюджетного фінансування цієї галузі поки не ставиться під сумнів. Однак, очікувати подальшого перерозподілу коштів бюджетних програм на користь більшого фінансування охорони здоров'я не варто, оскільки це буде означати зменшення видатків на важливі для суспільства блага у галузі освіти, культури чи соціального захисту, відмову від програм фінансового стимулювання економічної активності тощо. Такі дії можуть викликати спротив у частини суспільства та мати негативні економічні наслідки.

Потребують більшої деталізації та більш ґрунтового аналізу перспективи впровадження цільових фіскальних платежів для фінансування охорони здоров'я. Наприкінці 2024 року в рамках так званої «малої податкової реформи» державою було суттєво підвищено розміри військового збору та посилено податковий тиск на дрібний і середній бізнес, що уже в наступні місяці обернулось зростанням рівня тінізації фонду оплати праці й зниженням динаміки економічного зростання до від'ємної. Подальше підвищення рівня податкового навантаження, навіть з благими намірами збільшення фінансування охорони здоров'я є неприйнятним, адже ще більше пригнічуватиме економічну активність, штовхаючи економіку до рецесії. Більш того, для багатьох країн Європи характерна тенденція до зниження податкових ставок в корпоративному оподаткуванні для приваблення інвестицій та підвищення конкурентоспроможності в контексті інвестиційного середовища. За цих обставин впровадження додаткових цільових податків може остаточно позбавити Україну перспектив залучення інвестицій для власного відновлення у повоєнний період.

Однак, компромісними варіантами реалізації цієї ідеї може стати посилення податкового навантаження на окремі групи товарів, які мають шкідливий вплив на здоров'я людини, а отже, спричиняють втрати економічної динаміки від падіння продуктивності праці та додаткові витрати на лікування захворювань. Посилене оподаткування тютюнових виробів, алкогольних напоїв, а також впровадження акцизного податку на енергетичні напої, продукти з високим вмістом трансжирів та цукру матимуть комплексний ефект, оскільки поряд із додатковими доходами до бюджету знижуватимуть попит на ці товарні групи через цінову недоступність, а також інтереси до їхнього виробництва. Але реалізація цієї пропозиції має одну суттєву ваду, яка полягає у відсутності гарантій того, що додаткові доходи від посилення податкового тиску на шкідливі продукти будуть спрямовані на потреби охорони здоров'я. Подібні прецеденти в Україні є, оскільки надходження від сплати військового збору чи екологічного податку, які очевидно повинні мати цільове призначення, надходять до загального фонду бюджету й «розчиняються» у його сукупних доходах. Тому більш прийнятним, на наш погляд, є розщеплення

надходжень від сплати акцизного податку чи нових податків на шкідливі продукти із їхнім зарахуванням до цільового фонду, створеного в межах бюджету з їхнім подальшим спрямуванням виключно на програми у сфері охорони здоров'я.

Значні дискусії у науковому й експертному середовищі викликає ідея щодо впровадження співоплат при зверненні пацієнта за медичною допомогою, адже як зазначають фахівці Всесвітньої організації охорони здоров'я, «проблема, яку досі вдалося вирішити лише кільком країнам, полягає в тому, щоб розробити умови залучення цих коштів так, щоб вони доповнювали державне фінансування гарантованого пакету послуг» [39]. На думку багатьох науковців, реалізація цієї ідеї завдасть більше шкоди, ніж користі, знижуватиме доступність медичних послуг для найбільш вразливих верств суспільства. Критичні думки щодо доцільності й ефективності співоплат характерні як для зарубіжної науки [4], так і в українській науковій спільноті. Серед головних недоліків такої ідеї називають поглиблення нерівності у користуванні медичною допомогою, падіння попиту на медичне обслуговування та загальне погіршення рівня здоров'я. Як аргументує колишній заступник профільного міністерства П. Ковтонюк, «співоплата – це легалізований конверт лікареві, який приховує проблему. Для багатьох українців співоплата є недоступною розкішшю, яку вони не можуть собі дозволити. Якщо люди стоять перед необхідністю платити гроші за медичні послуги, коли їх не мають, то у таких випадках вони переважно відмовляються від лікування» [28].

Однак, ідею про співоплату за медичні послуги можна впроваджувати частково, завдяки чому негативні наслідки цієї новації можуть бути нівельовані, а заклади охорони здоров'я отримають додаткові надходження. Як вважають фахівці Всесвітньої організації охорони здоров'я, співоплата може бути введена для медичних послуг, які не входять до гарантованого державою пакету, тобто на медичну допомогу не першочергового і життєвонеобхідного характеру [2]. Але ця ідея є дивною, оскільки такі медичні послуги і так в більшості є платними, бо держава не виділяє фінансування на їхнє надання. Що означатиме співоплата у цьому випадку, зрозуміти складно. Враховуючи ці аргументи, вважаємо ідею щодо впровадження співоплат нераціональною і такою, що може спричинити

негативне збурення у суспільстві, недоречне в період військового стану.

Більш прийнятною з точки зору впровадження є перспектива заснування на рівні територіальних громад спеціальних цільових накопичувальних фондів, внески до яких могли б на добровільних засадах здійснювати будь-які суб'єкти (населення, бізнес-структури, інститути громадянського суспільства) з їхнім подальшим спрямуванням на потреби охорони здоров'я, тобто реалізацію певних проєктів із визначеними результатами й ефективністю. Але як зазначає С. Бойко, «враховуючи епізодичний характер допомоги від таких джерел фінансування, потрібно їх розглядати як додаткові, незаплановані надходження, які можна використовувати зважаючи на конкретну ситуацію у медичному закладі» [8]. Також варто пригадати негативний досвід створення позабюджетних фондів на місцевому рівні у перші роки незалежності країни, що призвело до масштабних зловживань і розкрадання бюджетних ресурсів, руйнувало принцип єдності каси при функціонуванні бюджетної системи. Тому у випадку практичної реалізації ідеї про цільові накопичувальні фонди медичного призначення слід виробити запобіжні механізми для протидії зловживанням з боку причетних осіб.

Менш проблемним з погляду можливих зловживань є механізм співпраці закладів охорони здоров'я з корпоративними структурами, які можуть сприяти зміцненню фінансового становища медичних закладів кількома шляхами: по-перше, через укладання довгострокових угод про надання узгодженого пакету медичних послуг для працівників бізнес-структури поза межами гарантованого пакету медичних послуг, що гарантуватиме для медичного закладу стабільність фінансування; по-друге, через залучення закладу охорони здоров'я до програми корпоративної соціальної відповідальності як об'єкта вкладання інвестицій. У зарубіжних країнах доволі поширеною є практика укладання угод про співпрацю між закладами охорони здоров'я та бізнес-структурами, за якими останні мають статус титульного мецената (навіть з інтеграцією назви компанії у найменування медичної установи), забезпечуючи часткове фінансування діяльності закладу-партнера. Таке партнерство може стосуватись як покриття поточних потреб закладу охорони здоров'я, або його окремих проєктів розвитку, наприклад, щодо

придбання новітнього медичного обладнання чи фінансування певних медичних досліджень тощо.

Вагомі перспективи оптимізації фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я як щодо їхнього формування, так і використання відкривають процеси цифровізації. Зокрема, в рамках розвитку інституційного забезпечення медичної реформи в Україні у законодавстві було передбачено можливість впровадження закладами охорони здоров'я телемедичних послуг та розширення контингенту їхніх пацієнтів за рахунок співпраці з суміжними територіальними громадами. Підставою для цього є те, що при проведенні реформи місцевого самоврядування в Україні утворено певну частину фінансового та інфраструктурно слабких громад, які не мають необхідної медичної інфраструктури для надання якісних медичних послуг. Такі громади змушені використовувати механізм співпраці із більш розвиненими суміжними громадами в рамках муніципальної співпраці. Раніше такі угоди про співпрацю супроводжувались передачею трансфертів між місцевими бюджетами для фінансування надання медичних послуг. Зі зміною механізму бюджетного фінансування медичних послуг відпала потреба у таких трансфертах, а заклади охорони здоров'я посилили конкуренцію за пацієнтів, що позитивно впливає на якість медичних послуг.

Поряд із наявністю правової бази, розвитку телемедичних послуг в Україні сприяє неналежний стан дорожньої мережі, відсутність стійкого транспортного сполучення між населеними пунктами, а також перебування частини населення у зоні бойових дій. Для прифронтових громад урядом збережено спрощену схему фінансування медичних послуг, відмінну від іншої території країни. Збереження фінансування з державного бюджету в умовах війни виявило свою перевагу, адже дало можливість зберегти доступ до медичних послуг для громадян, які проживають у громадах, де через бойові дії зруйнована економічна база для наповнення місцевого бюджету. Однак, безпекові ризики роботи медиків дають більшу перспективу впровадженню телемедичних послуг – надання медичної допомоги з використанням засобів електронного дистанційного зв'язку та обміну повідомленнями. Законодавство окреслює вимоги для закладів охорони здоров'я,

які мають намір надавати телемедичні послуги, а саме наявність облаштованого кабінету з постійним інтернет-зв'язком, ліцензії на право здійснення такої діяльності та спеціалізованого програмного забезпечення. Останнє передбачає «технічне забезпечення (програмне та апаратне забезпечення для роботи порталу телемедицини, забезпечення відео- й аудіозв'язку; технічні прилади із засобами збереження та передачі даних і зображень у формі електронних повідомлень; засоби телеметрії; програмне забезпечення для передавання, збереження та інтерпретації знімків і цифрових зображень)» [58].

Щодо потенційних пацієнтів, то для звернення за медичною допомогою їм достатньо наявності стійкого інтернет-зв'язку, зокрема через мережу мобільного оператора чи супутникові технології. Це дає можливість поширити медичне обслуговування не тільки на важко доступні території, але й також населені пункти, які перебувають у зоні ризику через близькість до фронту, але мешканці яких відмовляються від евакуації. Таким чином, телемедичні послуги дають можливість забезпечити доступність охорони здоров'я навіть в екстремальних умовах. Водночас, для закладу охорони здоров'я це означає збільшення числа пацієнтів, а отже фінансування за Програмою державних медичних гарантій. При цьому за виключенням одноразових інвестицій в облаштування спеціального кабінету і отримання ліцензії, витрати на надання телемедичних послуг незначні (обмежуються вартістю послуг інтернет-з'єднання та оплатою праці медичного персоналу), що сприяє зменшенню сукупних витрат закладу охорони здоров'я, а отже підвищує економічну ефективність його функціонування.

ВИСНОВКИ

Охорона здоров'я є однією з базових цінностей суспільства та ключовим чинником сталого розвитку держави. Важливою передумовою її ефективного функціонування є наявність необхідного фінансування. Наростання негативних тенденцій в економіці, ускладнення проблеми покриття дефіциту бюджету через зменшення фінансової допомоги від країн-партнерів негативно позначаються на фінансуванні цієї сфери. За цих умов збереження функціональної спроможності закладів охорони здоров'я потребує не тільки максимально раціонального та ощадливого витрачання обмежених бюджетних ресурсів, але й також пошуку додаткових джерел фінансування їхніх потреб, щоб зберегти відповідний рівень доступності й якості медичних послуг для громадян.

Проведення медичної реформи в Україні призвело до кардинальних змін в організації формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я. До їх найважливіших ознак слід зарахувати: формування відповідно до визначених у законодавстві пропорцій між державним у недержавним фінансуванням; утворення на стадії перерозподілу ВВП та матеріальне вираження у формі суспільного блага – охорони здоров'я; пряма залежність параметрів формування від кількості пацієнтів, які отримали медичні послуги; фінансові ресурси у процесі руху можуть трансформуватись у різні види економічних ресурсів, задіяних у забезпеченні діяльності закладу охорони здоров'я, без формування цільових грошових фондів; складність планування й прогнозування.

Ефективність функціонування усієї галузі охорони здоров'я та окремих медичних закладів залежить не тільки від обсягів фінансових ресурсів, які будуть надходити на надання медичних послуг, але й від раціональності управління ними, оптимізації розподілу й використання. В основу розбудови сучасної моделі управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я покладено системно-функціональний підхід, а стиль управління фінансовими ресурсами суттєво відрізняється залежно від організаційно-правового статусу і форми власності закладу охорони здоров'я.

Заклади охорони здоров'я у статусі некомерційних підприємств володіють ініціативою в управлінні власними фінансовими ресурсами, застосовуючи при цьому різні управлінські технології. Основну частину доходів таких закладів забезпечує їхня участь у Програмі державних медичних гарантій. Фінансова автономія закладів охорони здоров'я у статусі некомерційних підприємств також відкриває перед ними перспективи залучення додаткових ресурсів у формі кредитів, грантів та інших надходжень.

Прийняття управлінських рішень щодо впливу на параметри фінансових ресурсів має забезпечити досягнення оптимального їх стану, що забезпечує найефективніше функціонування закладу охорони здоров'я. Оптимізація обсягів та структури сформованих фінансових ресурсів зовсім не означає, що діяльність організації буде ефективною. Вагомий вплив на результати функціонування організації справляє забезпечення найбільш раціонального використання цих ресурсів, адже при непередбаченому управлінні навіть вагомий фінансовий потенціал може бути витрачений марно. Тому процес оптимізації фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я має передбачати досягнення найкращого стану їх формування (у контексті оптимізації об'ємно-структурних параметрів), а також найбільш ефективної структури використання. При цьому можуть бути застосовані кілька критеріїв оптимізації: відповідно до доступності й вартості залучення фінансових ресурсів для потреб організації; відповідно до критерію раціональної структури фінансування; за достатністю фінансових ресурсів для покриття потрібних витрат закладу охорони здоров'я у розрізі функціональної, економічної класифікації. Важливою є також динамічна оптимізація фінансових ресурсів закладу охорони здоров'я, адже вони мають не статичний, а динамічний характер, тобто перебувають у постійному русі.

Сучасна практика формування фінансових ресурсів у вітчизняній медицині відзначається ґрунтовною перебудовою моделі фінансування, впровадженням державного гарантованого пакета медичних послуг населенню, посиленням залежності медичних закладів від результатів діяльності. Структура фінансових ресурсів охорони здоров'я в останнє десятиліття зазнає значних змін під впливом

глобальних викликів, таких як епідемія COVID-19, повномасштабна війна з росією, політична турбулентність, посилення уваги до проблем інклюзії та соціальної справедливості тощо. Попри багатоваріантність джерел формування фінансових ресурсів у закладах охорони здоров'я, все ж визначальне місце серед них займають ресурси держави.

Визначення реальної структури фінансових ресурсів охорони здоров'я в процесі їхньої оптимізації складне, що пояснюється наявністю тіньового сектору надання медичних послуг і неофіційними платежами при зверненні за медичною допомогою. В умовах війни рівень ймовірності неформальних платежів та їхні розміри знизились порівняно з довоєнним періодом, що передусім пов'язане із збіднінням населення, а не з результатами медичної реформи. При загальних обсягах фінансування охорони здоров'я на рівні близько 350-400 млрд грн, обороти тіньового ринку складають близько 40% від цієї суми.

З початком повномасштабної війни в Україні для частини даних офіційної статистики було введено режим обмеженого доступу, зокрема й даних про обсяги фінансування охорони здоров'я. За даними сателітного рахунку охорони здоров'я, сукупний обсяг фінансових ресурсів на забезпечення функціонування цієї галузі становив у 2020 році 329,3 млрд грн, з яких половину становили кошти держави. Помітно, що після впровадження медичної реформи та переходу до прямих відносин між НСЗУ і закладами охорони здоров'я, внесок державного бюджету втричі перевищує вагу місцевих бюджетів. Серед інших фінансуючих агентів першість належить населенню, кошти якого у 2020 році забезпечили покриття 46,4% від сукупного обсягу фінансових ресурсів охорони здоров'я.

За період 2013-2020 рр. витрати суспільства на охорону здоров'я зросли майже втричі. Але з урахуванням дії інфляційного чинника за семирічний період реального приросту фінансування цієї галузі фактично не відбулось. З 2015 року спостерігалась довгострокова тенденція до зниження рівня суспільних витрат на охорону здоров'я у ВВП, хоча недоречно заявляти про радикальну зміну цього показника – за семирічний період він знизився менш, ніж на 0,5%. Навіть у умовах

війни і потреби у фінансуванні оборонного сектору держава поступально нарощує видатки на охорону здоров'я.

Одним із типових представників закладів охорони здоров'я, які в рамках медичної реформи отримали нові повноваження щодо управління фінансовими ресурсами є КНП «Кременецька опорна лікарня». Володіючи господарською і фінансовою автономією, вона має можливість формувати фінансові ресурси з різних джерел, зокрема за рахунок капіталізації нерозподіленого прибутку, від надання медичних послуг за Програмою державних медичних гарантій, з інших господарських операцій тощо.

При зростанні загального обсягу фінансових ресурсів лікарні, динаміка її власного капіталу нестабільна. Зважаючи на мізерний обсяг статутного капіталу та зменшення додаткового капіталу внаслідок амортизації безоплатно переданих активів, основний внесок у динаміку власних ресурсів підприємства справляють показники нерозподіленого прибутку. Помітною тенденцією 2021-2024 рр. стало нарощування поточних зобов'язань закладу охорони здоров'я з 8,2 до 38,3 млн грн, наслідком чого стало підвищення їх частки з 15,1% до 36-42%. Специфіка роботи закладів охорони здоров'я відповідно до нової моделі фінансування медичних послуг полягає у тому, що переважну частину поточних зобов'язань складають доходи майбутніх періодів – авансові платежі за медичні послуги.

Результатом використання фінансових ресурсів у господарській діяльності підприємства є отримання ним доходів. КНП «Кременецька опорна лікарня» найбільшу частину власних доходів отримує від надання медичних послуг в рамках Програми державних медичних гарантій. Незважаючи на нарощування обсягів діяльності та фінансових ресурсів, які перебувають у розпорядженні КНП «Кременецька опорна лікарня», ефективність їхнього використання знижується. Прискорене нарощування активів зумовлювало зниження їх оборотності, а рівень чистої рентабельності з 2023 року взагалі увійшов у від'ємну траєкторію.

У питанні оптимізації фінансових ресурсів охорони здоров'я перш за все воно має передбачати приведення обсягів фінансування цієї галузі до параметрів, які б дали їй повноцінно реалізувати суспільне призначення, гарантуючи кожній

особі доступ до якісних медичних послуг. Окремим аспектом такої оптимізації є досягнення балансу між відповідальністю фінансуючих агентів за формування фінансових ресурсів охорони здоров'я. Це вимагає пошуку складного компромісу між інтересами суб'єктів економіки щодо обсягів державних гарантій медичної допомоги, фінансової участі населення й бізнесу у фінансуванні медичних послуг.

Вирішення проблеми дефіциту фінансових ресурсів охорони здоров'я має передбачати реалізацію заходів відповідно до кількох стратегій дій: збільшення фінансування охорони здоров'я через пошук резервів внутрі бюджетної системи чи шляхом застосування додаткових фіскальних інструментів; активізація зусиль щодо залучення зовнішнього фінансування охорони здоров'я через грантові програми, благодійні проєкти, офіційну допомогу розвитку тощо; вивільнення фінансових ресурсів завдяки економії витрат, корегування попиту й пропозиції медичних послуг.

З метою економії витрат заклади охорони здоров'я можуть передавати окремі види супутніх послуг (організація харчування, прибирання приміщень, транспортні послуги та ін.) на аутсорс, що дає можливість заощадити на їхньому фінансуванні й спрямувати більші кошти безпосередньо на медичні потреби. Щодо нарощування фінансових ресурсів охорони здоров'я, то вагомими перспективами у цьому плані мають пропозиції: розщеплення надходжень від сплати акцизного податку чи нових податків на шкідливі продукти із їхнім зарахуванням до цільового фонду, створеного в межах бюджету з їхнім подальшим спрямуванням виключно на програми у сфері охорони здоров'я; заснування на рівні громад цільових накопичувальних фондів, внески до яких могли б на добровільних засадах здійснювати будь-які суб'єкти (населення, бізнес-структури, інститути громадянського суспільства) з їх подальшим спрямуванням на потреби охорони здоров'я; співпраця закладів охорони здоров'я з корпоративними структурами, зокрема через укладання угод про довгострокове партнерство; впровадження телемедичних послуг, що не тільки забезпечить доступність медичної допомоги в екстремальних умовах, але й сприятиме оптимізації доходів і витрат закладу охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ REFERENCES

1. Bondarenko O. S., Prus N. V., Hranovskaya I. V. Modern approaches to managing financial resources in Ukraine's health protection bodies. *Financial and credit activity: problems of theory and practice*. 2019. №2(71). P. 122-129.
2. Co-payment policy: considerations for Ukraine. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341727>
3. Malvik C. What Is a Health Services Manager? A Look at the Pros Who Keep Healthcare Facilities Humming. URL: <https://www.rasmussen.edu/degrees/business/blog/what-is-health-services-manager/>
4. Thomson S., Sagan A., Mossialos E. Private health insurance: history, politics and performance. Cambridge: Cambridge University Press; 2020.
5. Алькема В. Теоретико-методичні засади прийняття рішень в розбудові системи управління закладом охорони здоров'я. *Вчені записки Університету «КРОК»*. 2025. № 1 (77). С. 186–193. URL: <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2025-77-186-193>
6. Баєва О. В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: навч. посібн. К.: Центр учбової літератури, 2008. 640 с.
7. Білецька І. Економічні основи менеджменту господарської діяльності у сфері охорони здоров'я. *Вісник Хмельницького національного університету*. Серія: Економічні науки. 2025. № 338 (1). С. 364-369. URL: <https://doi.org/10.31891/2307-5740-2025-338-53>
8. Бойко С. Г. Диверсифікація джерел фінансування охорони здоров'я. Аналітична записка. К.: НІСД, 2019. URL: <https://niss.gov.ua/doslidzhennya/socialna-politika/diversifikaciya-dzherel-finansuvannya-okhoroni-zdorovya>

9. Вахітова Г. Неефективні аспекти охорони здоров'я в Україні: чи справді якість відповідає ціні? VoxUkraine. URL: <https://voxukraine.org/uk/neefektivni-aspekti-ohoroni-zdorov-ya-v-ukrayini-chi-spravdi-yakist-vidpovidaye-tsini/>
10. Видатки державного та місцевих бюджетів України у 2018-2025 рр. Офіційний веб-портал відкритих даних OpenBudget.gov.ua. URL: <https://openbudget.gov.ua/national-budget/expenses?class=functional&view=table>
11. Войтенко А., Присяжнюк О., Плотнікова М. Адміністрування та проєктування фінансово-економічної спроможності закладів охорони здоров'я. *Ефективна економіка*. 2021. № 7. URL: http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/7_2021/85.pdf
12. Гбур З. Механізми та інструменти менеджменту медичного закладу комунального неприбуткового підприємства в умовах реформи охорони здоров'я. *Публічне урядування*. 2020. № 23 (3). С. 75-94. URL: [https://doi.org/10.32689/2617-2224-2020-3\(23\)-75-94](https://doi.org/10.32689/2617-2224-2020-3(23)-75-94)
13. Гладкова О. В., Свиначенко Т. І. Оптимізація структури фінансових ресурсів суб'єктів підприємництва. *Інтернаука*. Серія: Економічні науки. 2019. № 4. С. 22-29. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/mnjie_2019_4_5
14. Горин В. Фінансові аспекти реформування охорони здоров'я у зарубіжних державах: висновки для України. *Світ фінансів*. 2014. Вип. 1. С. 195-204.
15. Горин В. П. Фінансові аспекти системи державних закупівель. *Вісник КНТЕУ*. 2011. № 6. С. 65-73. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/10876/1/7.pdf>
16. Горин В. П., Карпишин Н. І. Особливості фандрайзингу у публічному секторі економіки. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 16. С. 13–19. DOI: 10.32702/2306-6814.2021.16.13
17. Горин В. П., Квасниця О. В. Перспективи нарощування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я в умовах війни та поствоєнного відновлення України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2023. № 14. С. 27-33.

18. Горин В. П., Лободіна З. М., Чайківський Н. О. Гранти як джерело фінансування та інструмент фінансової безпеки галузі охорони здоров'я. *Бізнес Інформ*. 2025. № 1. С. 256-266.
19. Грицко О. М., Пеканець С. Р. Моделі та тенденції розвитку ДПП в охороні здоров'я. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського*. Серія: Публічне управління та адміністрування. 2022. Т. 33 (72). № 3. С. 46–53.
20. Гузій О. В. Фінансовий план діяльності закладів первинної медичної допомоги: запровадження, реалізація, звітність. *Український медичний часопис*. 2018. № 5 (1). С. 113-118.
21. Гуржий П. О. Концептуальні засади системи менеджменту в закладах охорони здоров'я. *Економічний вісник Дніпровського державного технічного університету*. 2022. № 1 (4). С. 30-37.
22. Державне управління охороною здоров'я України: монографія / Лазоришинець В. В. та ін. К.: Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України, 2014. 312 с.
23. Забаштанський М. М., Коваль С. Л. Державно-приватне партнерство як інструмент фінансового забезпечення розвитку сфери охорони здоров'я. *Ефективна економіка*. 2023. № 3. URL: <https://www.nayka.com.ua/index.php/ee/article/view/1269/1278>.
24. Завадський Е. С., Осовська Т. В., Юшкевич О. О. Економічний словник. Київ: Кондор, 2006. 356 с.
25. Загорський В. С., Лопушняк Г. С., Лободіна З. М. Управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я: монографія. Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2010. 276 с.
26. Коваль С., Русін В. Фінансові аспекти інноваційного розвитку закладів охорони здоров'я територіальних громад. *Світ фінансів*. 2022. Вип. 2. С. 108-118. DOI: 10.35774/SF2022.02.108. URL: <http://sf.wunu.edu.ua/index.php/sf/article/view/1517>
27. Кожен третій пацієнт може залишитися без ліків через недофінансування. URL: https://volyninfa.com.ua/news/2025/04/25/357858/#google_vignette

28. Колісніченко О. «Сірий» ринок медичних послуг в Україні сягає 150 мільярдів. Як його побороти? URL: <https://epravda.com.ua/publications/2024/04/03/711936/>
29. Кондратюк С. Я. Аутсорсинг як спосіб боротьби з неефективністю в бюджетних закладах держави мережевого типу. *Фінанси, облік і аудит*. 2012. Вип. 28. С. 367-375.
30. Конєва І. І. Управління фінансовим забезпеченням діяльності медичних закладів України. *Збірник наукових праць ДУІТ. Серія «Економіка і управління»*. 2023. Вип. 53. С. 91-102.
31. Криничко Л., Мотайло О. Нові підходи до фінансування системи охорони здоров'я. *Аспекти публічного управління*. 2021. Т. 9. № 2. С. 86-100.
32. Лободіна З. Фінансові ресурси закладів охорони здоров'я дітей: реалії формування та перспективи зростання. *Світ фінансів*. 2007. Вип. 2. С. 73-84.
33. Лопушняк Г. Фінансова політика інвестиційно-інноваційного розвитку охорони здоров'я. *Формування ринкових відносин в Україні*. 2014. № 11 (162). С. 45-54.
34. Менеджмент: понятійно-термінологічний словник / За ред. Г. В. Щокіна, М. Ф. Головатого, О. В. Антонюка, В. П. Сладкевича. К.: МАУП, 2007. 744 с.
35. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2016 році. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
36. Павлюк К. В. Фінансові ресурси держави: монограф. К.: НІОС, 1997. 176 с.
37. Петрушка О. В., Сидор І. П. Особливості здійснення державного фінансового контролю в закладах охорони здоров'я. *Економіка та суспільство*. 2022. Вип. 43. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/handle/316497/45756>
38. Піхоцька О. М., Хомякова І. С. Фінансування системи охорони здоров'я в умовах її реформування. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2021. № 12. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=2503>

39. Принципи відновлення та трансформації системи охорони здоров'я в Україні. Копенгаген, Європейське регіональне бюро ВООЗ, 2022. 62 с. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/361136/WHO-EURO-2022-5750-45515-65487-ukr.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
40. Прус Н., Савченко Н. Підходи до управління фінансовими ресурсами в контексті реформування системи охорони здоров'я. *Економіка та держава*. 2018. № 10. С. 27-32.
41. Романчук Я. Фіскальна трансформація України неминуха. International Liberty Institute. URL: <https://www.ilibertyinstitute.org/articles/fiskalna-transformacziya-ukrayini-neminucha>
42. Рудий В. Контроль над витратами і ефективне використання ресурсів як засоби покращення системи охорони здоров'я в Україні. URL: http://www.healthfin.kiev.ua/pages/review/res_6u.htm.
43. Сателітний рахунок охорони здоров'я в Україні у 2020 році. Офіційна веб-сторінка Державної служби статистики України. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
44. Семчук І. В., Кукель Г. С., Роледерс В. В. Впровадження нових підходів до управління закладами охорони здоров'я в умовах ринку. *Ефективна економіка*. 2020. № 5. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=7910>
45. Скільки коштує «безкоштовна» медицина в Україні. URL: <http://finance.tochka.net/ua/12315-skolko-stoit-besplatnaya-meditsina-v-ukraine/>
46. Статут Комунального некомерційного підприємства «Кременецька опорна лікарня» Кременецької міської ради. URL: <https://kremenets.lic.org.ua/zagalna-informatsiya/>
47. Стахів О. Методичні засади та специфіка управління системним розвитком закладів охорони здоров'я. *Вісник Хмельницького національного університету*. 2022. Т. 1. № 2. С. 61-66.
48. Терентій К. Неформальні платежі за медичні послуги в Україні: вплив війни. URL: <https://voxukraine.org/neformalni-platezhi-za-medychni-poslugu->

v-ukrayini-vplyv-vijny

49. Тодуров М. Методичний базис впровадження механізму управління закладом охорони здоров'я. *Вчені записки Університету «КРОК»*. 2025. № 1 (77). С. 398–404. URL: <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2025-77-398-404>
50. Тропиніна А. Фейки щодо системи охорони здоров'я: українські лікарні досі фінансуються «за залишковим принципом». *Суспільство*. 2023. Вип. 24. URL: <https://voxukraine.org/fejky-shhodo-systemy-ohorony-zdorov-ya-ukrayinski-likarni-dosi-finansuyutsya-za-zalyshkovym-pryntsypom-vypusk-24>
51. Фінанси підприємств: підруч. / А. М. Поддєрьогін та ін.; за наук. ред. А. М. Поддєрьогіна. [3-тє вид., перероб. та доп.]. К.: КНЕУ, 2000. 460 с.
52. Фінанси: підруч. / В. П. Горин, В. Г. Дем'янишин, О. П. Кириленко [та ін.]; за ред. А. І. Крисоватого. Тернопіль: ЗУНУ, 2024. 632 с. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/handle/316497/51033>
53. Фінансові показники КНП «Кременецька опорна лікарня». URL: <https://opendatabot.ua/c/43188153>
54. Формування фінансового механізму сталого розвитку України: монографія / О. І. Тулай, В. Г. Дем'янишин, О. П. Кириленко [та ін.]; за ред. О. П. Кириленко, О. І. Тулай. Тернопіль: ТНЕУ, 2017. 413 с. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/handle/316497/27118>
55. Юнгер В. І. Джерела фінансування повоєнного відновлення системи охорони здоров'я (загальні положення). *Економіка, управління та адміністрування*. 2024. № 1 (107). С. 199–206. URL: [https://doi.org/10.26642/ema-2024-1\(107\)-199-206](https://doi.org/10.26642/ema-2024-1(107)-199-206)
56. Юрій С. І., Кізима Т. О., Злепко Н. П., Тріпак М. М. Фінанси: вишкіл студії: навч. посіб.; за ред. С. І. Юрія. Тернопіль: Карт-Бланш, 2002. 357 с.
57. Ягельська К. Організаційно-економічні особливості трансформаційної моделі охорони здоров'я України. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського*. Серія: Економіка і управління. 2020. Т. 31 (70). № 6. С. 83-88.

58. Як організувати, оподаткувати та відобразити в бухобліку телемедичні послуги. *Головбух*. URL: https://buhplatforma.com.ua/article/9412-yak-organizuvati-opodatkovati-ta-vdobraziti-v-buhoblku-telemedichn-poslugi?from=Rubrcontentblock_articles#anc_1»
59. Яремко І. Підвищення ефективності механізмів управління закладами сфери охорони здоров'я. *Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення та проблеми розвитку*. 2021. № 2 (56). С. 127-139.
60. Формазюк О. Грантове фінансування охорони здоров'я. *Фіскальна політика України в умовах євроінтеграційних процесів*: збірн. матер. XXI Всеукр. наук.-практ. конф. студ. і молод. вчених (м. Тернопіль, 24 трав. 2024 р.). Т. 2. Тернопіль: ЗУНУ, 2024. С. 202-205.
61. Горин В., Формазюк О. Ключові передумови ефективності розробки проєктів сталого розвитку. *Актуальні проблеми та перспективи соціально-економічного розвитку регіону в умовах сучасних глобальних викликів*: матер. III Міжнар. наук.-практ. інт.-конф. (м. Кременчук, 30 січня 2025 р.). Кременчук: Придніпровський інститут МАУП, 2025. С. 142-144.
62. Формазюк О. Теоретичні підходи до оптимізації фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я. *Фіскальна політика України в умовах євроінтеграційних процесів*: збірн. матер. XXII Всеукр. наук.-практ. конф. студ. і молод. вчених (м. Тернопіль, 27 трав. 2025 р.). Т. 1. Тернопіль: ЗУНУ, 2025.

Схема оптимізації фінансових ресурсів організації [13, с. 26]

