

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права, публічного управління та національної безпеки  
Кафедра економічної теорії,  
інтелектуальної власності та публічного управління

**Яндюк Юлія Леонтіївна**

УДК 351.82

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

Фінансово-економічний аналіз діяльності  
лікувальних закладів Хорошівської районної ради  
281 – Публічне управління та адміністрування

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр  
кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання  
ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне  
джерело

---

(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи  
Плотнікова Марія Федорівна  
кандидат економічних наук, доцент

## АНОТАЦІЯ

Яндюк Ю. Л. Фінансово-економічний аналіз діяльності лікувальних закладів Хорошівської районної ради. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 281 – Публічне управління та адміністрування – Поліський національний університет, 2021.

Формування бюджетного устрою країни, суспільний характер власності, жорстке державне управління економікою зумовили формування відповідної системи бухгалтерського обліку. Наразі бюджетні установи охорони здоров'я продовжують зберігатися головної функції бухгалтерського обліку – забезпечення контролю виконання кошторису бюджетного фінансування. Облік комплексу витрат медичного закладу відображає фактичні витрати, надходження та використання бюджетних коштів за статтями бюджетної класифікації, що обмежується проведенням структурно-динамічного аналізу.

Ключові слова: лікувальний заклад, медико-санітарна допомога, ресурси, управління, фінанси.

## SUMMARY

Yandyuk Yu. Financial and economic analysis of the activities of medical institutions of the Khoroshevsky District Council – Qualification work on the rights of the manuscript.

Qualification work for a master's degree in specialty 281 – Public administration and administration. – Polissia national university, 2021.

The formation of the country's budget structure, the public nature of property, and strict state management of the economy led to the formation of an appropriate accounting system. Currently, public health institutions continue to maintain the main function of accounting – ensuring control over the implementation of budget financing estimates. Accounting for the complex of expenses of a medical institution reflects the actual expenses, receipts and use of budget funds by budget classification items, which is limited to conducting structural and dynamic analysis.

Keywords: medical institution, health care, resources, management, finance.

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	3
РОЗДІЛ 1. СУТНІСТЬ, ЗМІСТ І ПРИЗНАЧЕННЯ ФІНАНСОВО-ЕКОНОМІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ .....	6
Висновки до 1 розділу .....	13
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ФУНКЦІОНУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ХОРОШІВСЬКОГО РАЙОНУ .....	14
Висновки до 2 розділу .....	19
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ФУНКЦІОНУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я РІВНІ РАЙОНУ .....	21
Висновки до 3 розділу .....	27
ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ .....	29
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ .....	32
ДОДАТКИ.....	<b>Ошибка! Закладка не определена.</b>

## ВСТУП

**Актуальність теми.** В умовах розвитку ринкових відносин доходи державного та місцевого бюджетів є головним джерелом фінансування та базовим елементом ефективної роботи бюджетних установ. Оптимізація використання бюджетних коштів наразі розглядається як один з пріоритетних напрямків розвитку бюджетної системи України. Незважаючи на істотні позитивні зрушення у сфері державного соціального забезпечення, сфера медичних послуг країни потребує додаткового фінансування, яке лікувальні установи держави отримують у вигляді доходів у зв'язку з наданням платних медичних послуг.

Теоретичну і методологічну основу дослідження склали наукові праці, присвячені питанням теорії бухгалтерського обліку та економічного аналізу вітчизняних і зарубіжних авторів: Л. Бернстайн, М. Ван Бреда, В. Рутгайзера, Р. Савицької, Е. Хендріксена, В. Шейман, А. Шеремета та інші. Значний внесок у розвиток теорії і понятійного апарату аналізу ефективності діяльності організації внесли такі вчені як Н. Ратнер, Л. Дистергефт, Л. Гайгер, В. Швандар та ін. Методичні підходи до економічного аналізу і формування показників ефективності, головним чином, охоплюють аналіз діяльності комерційних організацій, при цьому, недостатньо врахована специфіка державних установ та закладів охорони здоров'я, зокрема.

**Мета і завдання дослідження.** Мета роботи полягає в теоретичному обґрунтуванні методичних підходів до аналізу фінансово-економічної діяльності лікувальних закладів на регіональному рівні, спрямованих на підвищення якості управлінських рішень бюджетно-страхової медицини, адекватних вимогам діючої бюджетної системи України та сучасної економіки, що обумовлює вирішення наступних завдань: 1) узагальнити вітчизняний досвід проведення економічного аналізу діяльності закладів охорони здоров'я; 2) дослідити різні підходи до проведення економічного аналізу та розробити практичні рекомендації їх адаптації для лікувальних

установ району; 3) обґрунтувати методичні підходи до системи показників економічного аналізу державного лікувального закладу, спрямованого на підвищення ефективності його функціонування; 4) виявити особливості та обґрунтувати напрями розвитку теоретичних основ економічного аналізу з урахуванням сучасних тенденцій розвитку медичної галузі; 5) запропонувати підходи до формування дієвого варіанту управління бюджетним медичним закладом через поділ інформаційних потоків бюджетно-страхової та платної сфер надання медичних послуг.

**Предметом дослідження** є теоретичні та організаційно-методичні аспекти економічного аналізу діяльності лікувальних установ, що формують доходи за рахунок бюджетних джерел фінансування різного рівня, коштів фондів обов'язкового та добровільного медичного страхування, а також від надання платних медичних послуг. **Об'єктом дослідження** обрано діяльність лікувальних установ Хорошівської ради, що функціонують в умовах бюджетно-страхової медицини і надають послуги на оплатній основі юридичним і фізичним особам.

**Інформаційна база дослідження** передбачала використання нормативних, методичних та інструктивних матеріалів з бюджетної та фінансово-економічної тематики. **Методика дослідження** та виконання поставлених завдань здійснювалася на базі методів наукового пізнання: системності; комплексності; аналізу і синтезу; **конкретного** і абстрактного; класифікації та узагальнення; порівняння і екстраполяції. **Наукова новизна проведеного дослідження** полягає у вдосконаленні теоретичних та організаційно-методичних засад економічного аналізу діяльності лікувальних закладів, систематизації характерних особливостей фінансово-економічних відносин досліджуваної галузі знань, розробці на цій основі практичних рекомендацій щодо формування системи інформаційного забезпечення для подальшого використання в контрольних і прогностичних процесах управління.

**Практичне значення одержаних результатів** підтверджено довідкою Комунальне некомерційне підприємство «Хорошівська центральна районна лікарня» Хорошівської районної ради (довідка № 23 від 05.12.2020 р.).

**Апробація результатів дослідження.** Результатам дослідження присвячені виступи на таких Всеукраїнських та міжнародних науково-практичних конференціях: «Інструменти і практики публічного управління в контексті децентралізації» (на тему «Концептуальні підходи до управління закладами охорони здоров'я регіону»), «Біорізноманіття: теорія, практика, формування здоров'язбережувальної компетентності у школярів та методичні аспекти вивчення у закладах освіти» (на тему «Регіональні засади формування здорового способу життя та функціонування закладів охорони здоров'я»), «Механізми управління розвитком територій» (на тему «Гештальт як інструмент публічного управління у формуванні здоров'я нації та еволюційного розвитку суспільства»). **Публікації.** Основні положення дослідження викладені у матеріалах 3 науково-практичних конференцій.

**Структура і обсяг кваліфікаційної роботи.** Кваліфікаційна робота магістранта, написана українською мовою. Вона включає анотацію, вступ, три розділи (теоретичний, аналітичний та проектний), висновки, список використаних джерел, додатки. Обсяг тексту кваліфікаційної роботи розміщено на 59 сторінках. Робота містить 2 рисунки, 6 таблиць, 3 додатки, а список літератури – 55 найменування.

## РОЗДІЛ 1

### СУТНІСТЬ, ЗМІСТ І ПРИЗНАЧЕННЯ ФІНАНСОВО-ЕКОНОМІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ

Діяльність лікувальних закладів є невід'ємною частиною економіки держави, для якої необхідні прогресивні методи оцінки ефективності використання ресурсного потенціалу на основі результатів економічного аналізу, зокрема з досягнення заданих результатів щодо виконання соціальних функцій за використання оптимального обсягу коштів [17, с. 43]. Лімітування обсягів фінансування з бюджетних джерел призводить до обмеження використання ресурсів для забезпечення якісного надання медичних послуг. Економічний аналіз лікувальних установ охоплює питання виявлення резервів, вдосконалення методів управлінських рішень у плануванні та оцінці результатів діяльності господарюючих об'єктів, зокрема за даними бухгалтерської звітності.

У загальному розумінні, аналіз являє собою один із загальнонаукових методів пізнання природи і суспільства. Він широко застосовується у всіх сферах наукової діяльності, пізнанні законів розвитку природи, соціально-економічних процесів і в інших областях наукових знань [23, с. 117]. Як загальний метод пізнання аналіз конкретизується стосовно тієї чи іншої сфери діяльності. Фінансово-економічна діяльність лікувального закладу з виконання соціальних функцій за рахунок бюджетних надходжень і позабюджетних доходів, в результаті якої змінюються обсяг і структура фінансових джерел, є процесом дослідження складу, структури і динаміки майна лікувального закладу, джерел його формування; виявлення обґрунтування потреби в додатковому залученні коштів з позабюджетних джерел; розкритті економічної сутності і складу доходів, витрат і фінансових результатів; оцінки фактичного виконання планових і кошторисних показників, а також виявлення і вимірювання впливу зовнішніх і внутрішніх факторів на діяльність державного лікувального закладу. Основними завданнями аналізу фінансово-економічної

діяльності бюджетної медичної установи є: 1) розкриття сутності і змісту надаваних послуг медичним закладом, що залежать від видів і форм задоволення потреб населення; 2) вивчення задоволення потреби у лікувально-профілактичних послугах; 3) розробка та створення системи фінансово-економічних нормативів оцінки діяльності лікувальних закладів; 4) оцінка забезпеченості поточних господарських потреб установи ресурсами, що виділяються з бюджету відповідного рівня, а також ефективності їх використання; 5) обґрунтування ролі аналітичної інформації у виборі оптимальних управлінських рішень; 6) розробка рекомендацій, спрямованих на дотримання фінансової дисципліни медичних установ і підвищення ефективності використання трудових, фінансових і матеріальних ресурсів [31, с. 98]. Оцінка діяльності лікувальних закладів та прийняття обґрунтованих управлінських рішень зовнішніми та внутрішніми користувачами характеризує класифікацію видів аналізу фінансово-економічної діяльності лікувального закладу (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

### **Класифікація видів аналізу фінансово-економічної діяльності лікувальних закладів**

Характеристика	Види аналізу фінансово-економічної діяльності
За змістом процесу управління	Перспективний, оперативний, поточний
За інформаційним забезпеченням	Внутрішній аналіз, зовнішній аналіз
За функціонально взаємозв'язаними об'єктами	Функціональний аналіз асигнувань, медично-статистичний, економічно-статистичний, функціонально-вартісний, соціально-економічний, техніко-економічний, медично-функціональний, фінансово-економічний
За суб'єктами	Аналіз, що проводиться внутрішніми користувачами; аналіз, що проводиться зовнішніми користувачами
За часом проведення	Періодичний, кварталний місячний, щоденний, змінний, неперіодичний
За окремими об'єктами управління	Функціональний, технічний, економічний, соціальний, статистичний, податковий, управлінський, медичний
За методами вивчення об'єктів дослідження	Системний, вибірковий, експрес-аналіз, факторний, економіко-математичний, маржинальний, ситуаційний
За змістом об'єктів дослідження	Доходний (фінансовий), кошторисний, плановий
За елементами медичної діяльності	Аналіз трудових ресурсів, аналіз матеріальних ресурсів
За складовими частинами медичної діяльності	Витратний, за потужностями лікувального закладу, фінансовий
За рівнем управління	Вища ланка, первинна ланка



Поряд із запропонованими у табл. 1.1. класифікаційними ознаками застосовуються й інші види аналізу [1]. Базовими критеріями оцінювання є такі: цільове призначення; просторова та галузевий ознаки; стадія процесу відтворення; тривалість періоду проведення; ступінь охоплення об'єктів аналізу та ін. Кожен вид аналізу має свої аналітичні завдання, що залежать від споживачів інформації, поставленої мети і обраного об'єкта дослідження. Залежно від інформаційних запитів користувачів аналізу доцільною є така класифікація аналітичних завдань аналізу фінансово-економічної діяльності (табл. 1.2).

Таблиця 1.2

**Класифікація аналітичних задач за видами аналізу  
діяльності лікувальних закладів (ДЛЗ)**

Вид аналізу	Аналітичні завдання
Фінансовий	Аналіз використання фінансових коштів та оцінка їх структури Аналіз та оцінка динаміки витрат коштів фінансування ДЛЗ та їх структури Аналіз фінансової стійкості Аналіз та оцінка ліквідності та платоспроможності установи Аналіз грошових потоків Аналіз прибутку позабюджетної діяльності Аналіз рентабельності позабюджетної діяльності
Поточний	Аналіз та оцінка динаміки податку на майно Аналіз та оцінка динаміки місцевих ліцензійних зборів Аналіз і оцінка обсягу наданих послуг Аналіз використання ліжок в ДЛЗ Аналіз цін на надані медичні послуги Аналіз договірних відносин з постачальниками та замовниками на надання медичних послуг Аналіз складу, структури та динаміки витрат на надання медичної допомоги Аналіз витрат по формуванню основних фондів Аналіз і оцінка використання трудових ресурсів та ін.
Вибірковий	Аналіз і оцінка справ у сфері охорони здоров'я Аналіз темпів приросту досліджуваних показників в охороні здоров'я Аналіз потенційних споживачів медичних послуг Порівняльний аналіз окремих груп показників ДЛЗ із середньостатистичними даними Аналіз аналогічних видів надаваних медичних послуг (на платній основі) конкурентів та ін.

Система бухгалтерського обліку є інформаційною базою для економічного аналізу, необхідного для прийняття управлінських рішень. Механізми ретельного і систематичного вивчення облікових і позаоблікових джерел інформації дозволяють розкрити і виміряти фактори відхилення від плану,

виявити які резерви не використовуються у господарській ДЛЗ і намітити шляхи подальшого поліпшення роботи лікувального закладу [11, 76].

Напрями розвитку аналізу фінансово-економічної діяльності лікувального закладу, ступінь деталізованості інформаційних блоків залежить від способів збору та узагальнення відомостей [7, с. 81] на всіх етапах здійснення медичної діяльності. Складовими модуля аналізу фінансово-економічної діяльності медичного комплексу є такі: аналіз фінансових коштів, аналіз економічних ресурсів і аналіз оцінки діяльності лікувального закладу [6]. Розуміння змісту аналізу фінансово-економічної діяльності [27, с. 38] дозволяє сформулювати його мету, яка полягає в: 1) об'єктивній оцінці доцільності і масштабності здійснення фінансових вкладень у здоров'я населення країни; 2) визначенні напрямів, пріоритетних умов та базових орієнтирів інвестування коштів в охорону здоров'я; 3) аналізі рівня фінансування та матеріального забезпечення лікувального закладу; 4) оцінці впливу факторів (об'єктивних і суб'єктивних, внутрішніх і зовнішніх) на відхилення фактичних результатів надання медичної допомоги від запланованого раніше обсягу; 5) обґрунтованості оптимальних обсягів фінансових потоків, що зміцнюють здоров'я нації і узгоджуються з тактичними і стратегічними цілями держави [31, с. 215].

Зарубіжний досвід та вітчизняна практика ДЛЗ засвідчила наявність взаємозв'язку між обсягом фінансових коштів, економічних ресурсів та ефективністю їх вкладення у здоров'я населення. Формування засад достовірних та об'єктивних результатів оцінки ДЛЗ за наявних аналітичних процедур забезпечується обробкою достатнього обсягу адекватної інформації [27, с. 106] (її класифікація наведена у табл. 1.3). Бюджетна звітність, будучи заключною стадією облікового процесу, являє собою базове джерело інформації. Фінансова звітність лікувальних закладів відображає інформацію про: склад і обсяги фінансування; структуру витрачених коштів; виконання основного фінансового плану. Організація внутрішнього контролю і застосування аналітичних процедур з метою проведення внутрішнього контролю ДЛЗ використовується з урахуванням сфери застосування (наприклад, запаси,

дебіторська заборгованість і т.д.). Для реалізації методики аналізу фінансово-економічної ДЛЗ застосовують процедури внутрішнього контролю [31] (табл. 1.4). Аналітичні процедури дозволяють проводити внутрішній контроль більш ефективно [16]. Деякі етапи аналізу (у зв'язку з недостатньою інформативністю фінансової звітності бюджетних установ) наразі не здійснюють у зв'язку з особливостями відображення фінансів у бухгалтерському обліку.

Таблиця 1.3

**Класифікація аналітичних задач за видами аналізу діяльності лікувальних закладів (ДЛЗ)**

Ознака	Види інформації
За ступенем надходження	Внутрішня, зовнішня
За часом узагальнення	Ретроспективна, оперативна
За формою представлення	Облікова, податкова, статистична
За механізмом регулювання	Нормативна, регламентована, довідкова
За порядком вимірювання та реєстрації	Облікова, позаоблікова
Залежно від формулювання аналітичних завдань	Функціональна, проектно-технічна, бюджетна (планова)
За результатами діяльності, яка пов'язана з підготовкою інформації	Управлінська, фінансова

Таблиця 1.4

**Види та аналітичних процедур аналізу фінансово-економічної діяльності для цілей внутрішнього контролю**

Види внутрішнього контролю	Аналітичні процедури
Забезпечення точності вхідної інформації	Внутрішня перевірка сум і розрахунків Регулярні перевірки якості виконаного аналізу
Контроль дотримання кошторису витрат і доходів (компонент контролю реєстрів бухгалтерського обліку)	Аналіз місячного, квартального або річного звітів щодо виконання кошторису доходів і витрат за бюджетними і позабюджетними коштами, а також звіту про доходи і витрати цільового бюджетного фонду
Запобігання фінансовим зловживанням	Регулярна звірка рахунків бухгалтерського обліку Аналіз помилок відображення даних бухгалтерського обліку у звітних формах
Забезпечення оперативної управлінської інформації	Регулярна інформація про значимість і достовірність, прийнятих управлінських рішень Використання даних аналізу внутрішньої звітності для ефективного використання коштів
Виявлення нетипових фактів фінансово-господарської ДЛЗ	Обов'язкове виявлення причин перевищення встановлених лімітів бюджетних асигнувань Регулярний аналіз істотних відхилень

План рахунків лікувальних закладів призначений для ведення аналітичного обліку, що охоплює великий спектр діяльності, але узагальнення частини статей витрат знижує аналітичні можливості бюджетної звітності. Використання розмежування видів діяльності в обліку та аналізі підвищує якість управління фінансовими потоками та обґрунтованість залучення додаткових джерел фінансування [30–32]. Це дає можливість: аналізувати ефективність надання медичної допомоги по кожному виду; припиняти можливість прихованого використання бюджетних ресурсів на здійснення платних медичних послуг; точно встановити джерела придбання основних засобів та їхню частку і т. д. [29, с. 58]. Вирішальний вплив на вибір методів та процедур аналізу надає: контроль використання бюджетних і позабюджетних коштів; виявлення найбільш вигідної стратегії і тактики підтримки конкурентоспроможності ДЛЗ [19, с. 86]; ефективність використання товарно-матеріальних цінностей, основних засобів; управління оптимальною величиною дебіторської і кредиторської заборгованостей; виправлення помилок бухгалтерського обліку; необхідність підвищення рентабельності наданої платної медичної допомоги.

Традиційна система оціночних показників аналізу фінансово-економічної діяльності лікувальних закладів складається з визначення потреби у фінансових ресурсах для утримання медичного закладу виходячи зі штатного розпису, виробничих потужностей і показників роботи ліжок (ліжко-дні і т.п.), що вимагає складання кошторису доходів і витрат. За такої організації бухгалтерського обліку, планування та оцінки фінансово-економічної діяльності державні кошти спрямовуються на заходи, що дають низький економічний ефект. Для проведення більш якісного аналізу доцільно використовувати систему абсолютних фінансових показників для аналізу, яка може бути використана у прогнозуванні розвитку не тільки бюджетних медичних установ, а й частково фінансованих за програмою обов'язкового медичного страхування. Ґрунтуючись на проведених дослідженнях [12–26], видається доцільним, вважати баланс виконання бюджету коштів, отриманих з різних

рівнів бюджету, ліквідним за умови наступних співвідношень груп активів і зобов'язань:

$$A_1 \leq P_1; A_2 \leq P_2; A_3 \geq P_3; A_4 \geq P_4,$$

де  $A_1$  – величина абсолютно і найбільш ліквідних активів;

$P_1$  – найбільш термінові зобов'язання;

$A_2$  – величина активів, які швидко реалізуються;

$P_2$  – короткострокові пасиви;

$A_3$  – активи, які повільно реалізуються;

$P_3$  – довгострокові пасиви;

$A_4$  – активи, які важко реалізувати;

$P_4$  – постійні пасиви.

Це пов'язано формуванням величини найбільш ліквідних активів відповідно до нормативно-правових актів. Наявність найбільш термінових зобов'язань обмежується вимогами Бюджетного Кодексу України, а основі якого головний розпорядник коштів контролює причини утворення заборгованості, перевіряє виконання умови погашення всіх зобов'язань за рахунок коштів поточного фінансового року в межах лімітів бюджетних зобов'язань. Їх обсяги можуть бути завищені або занижені (це залежить від правильності прогнозування витрат). Наявність дебіторської заборгованості в ДЛЗ не рекомендується (позики та кредити бюджетним установам не дозволяється отримувати Бюджетним кодексом). Для проведення коефіцієнтного аналізу медичного закладу пропонуємо систему показників, яка наведена у Додатку А (з їх допомогою відображається фінансовий стан державного лікувального закладу як результат його медичної, господарської, фінансової діяльності). Наприклад, коефіцієнт абсолютної ліквідності показує, яку частину короткострокової заборгованості установа може погасити найближчим часом. Протягом звітнього періоду цей коефіцієнт може досягати значення одиниці і навіть перевищувати цю величину (вказаний параметр на перше число, яке є наступним за звітнім періодом – повинен прагнути до нуля. Це пов'язано з тим, що виділені бюджетні кошти повинні

бути використані у звітному періоді у повному обсязі, а отже, на звітну дату наявність грошових коштів на розрахунковому рахунку і в касі лікувального закладу формально буде свідчити про надлишки грошових коштів.

### **Висновки до 1 розділу**

Запропонована система показників дозволяє враховувати фінансовий стан закладу охорони здоров'я і коригувати обсяги їх фінансування за рахунок невикористаних грошових потоків одного закладу і браком коштів в іншому, розрахувати невикористаний залишок лікарських препаратів і продуктів харчування. Так, низька величина коефіцієнта платоспроможності свідчить про достатній обсяг виділених грошових коштів, про необхідність збільшення фінансування. Критичний обсяг надаваних послуг доцільно вважати в разі отримання муніципального замовлення при фінансуванні обсягу надаваних послуг за рахунок коштів бюджету. Також доцільно розглядати показники медичної статистики, що характеризують не тільки інтенсивність використання ліжкового фонду і процес стаціонарної допомоги, вказують на дотримання прийнятих медичних технологій. їх правильне застосування.

Застосування сукупності представлених показників дозволить оцінити і прогнозувати обсяги необхідних трудових, матеріальних і фінансових ресурсів для надання медичних послуг, що в свою чергу сприятиме більш повному виконанню покладених на державні лікувальні установи функцій. Для оцінки результатів діяльності бюджетної медичної установи використані спеціальні інструменти та враховані фінансові критерії, вироблені в науці та практиці. В основі оцінки ефективності роботи ДЛЗ нами реалізована система абсолютних і відносних показників: фінансового стану; фінансових результатів; основних фондів; матеріальних ресурсів; трудових ресурсів; обсягу наданих медичних послуг; доходів; витратами; фінансових вкладень.

## РОЗДІЛ 2

### ОЦІНКА ФІНАНСОВО-ЕКОНОМІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ ХОРОШІВСЬКОГО РАЙОНУ

Наразі оцінка рівня здоров'я населення в Україні знижується, зростає кількість днів непрацездатності та дефіцит фахівців у закладах охорони здоров'я (Додаток Б.1–Б.5). Обґрунтування методів використання ресурсної бази медичної установи проводили на прикладі Комунального некомерційного підприємства Хорошівська Центральна районна лікарня (далі – КНП «Хорошівська ЦРЛ») Хорошівської районної ради Житомирської області (здійснені аналітичні процедури з використанням абсолютних і відносних показників) для населення чисельністю 34499 осіб.

Хорошівська центральна районна лікарня – багатoproфільний лікувальний заклад забезпечення спеціалізованої та висококваліфікованої медичної допомоги населенню регіону. Високий професіоналізм персоналу, розвинена матеріально-технічна база супроводжують пацієнтів у стаціонарних (дитячому, інфекційному, терапевтичному, гінекологічному, хірургічному, анестезіології, інтенсивної терапії та невідкладної – екстреної медичної допомоги) та консультаційно-діагностичних (клініко-діагностична лабораторія, поліклініка, стоматологія) відділеннях. Головний лікар – Багінська Неля Францівна, за сумісництвом лікар-терапевт має II кваліфікаційну категорію зі спеціальності «Терапія», сертифікат зі спеціальності «Організація і управління охороною здоров'я», загальний стаж роботи – 23 роки, стаж на посаді головного лікаря – 1 рік. Мережа закладів охорони здоров'я Хорошівського району включає 33 одиниці (Хорошівська ЦРЛ; Хорошівський ЦПМСД амбулаторій загальної практики-сімейної медицини, у тому числі у смт. Хорошів, с. Топорище, с. Рижани, с. Грушки, с. Радичі, с. Дворище, с. Ставки; ФАП у селах Суховоля, Краївщина, Зубринка, Дашинка; ФП – 12 одиниць; Іршанський ЦПМСД амбулаторій загальної практики-сімейної медицини у м. Іршанськ, а також

ФП у селах Добринь, Ємилівка; Ново-Борівський ЦПМСД амбулаторій загальної практики-сімейної медицини у с. Нова-Борова, у тому числі ФП у селах Кропивня, Фасова, Небіж, Турчинка, Ягоденка). Забезпеченість стаціонарними ліжками: всього – 135 стац. ліжок. В районі працює 135 стаціонарних ліжок, в т.ч.: ЦРЛ – 110 ліжок, терапевтичне відділення смт. Іршанськ – 13 ліжок, терапевтичне відділення смт. Нова-Борова – 12 ліжок. В районі працює – 94 ліжка денного стаціонару (ЦПМСД смт. Хорошів – 25 ліжок, АЗПСМ с. Топорище – 5 ліжок, АЗПСМ с. Рижани – 5 ліжок, АЗПСМ с. Грушки – 3 ліжка, АЗПСМ с. Радичі – 3 ліжка, АЗПСМ с. Дворище – 4 ліжка, АЗПСМ с. Ставки – 4 ліжка, ЦПМСД смт Іршанськ – 15 ліжок, ЦПМСД смт. Нова Борова – 20 ліжок, АЗПСМ с. Кропивня – 10 ліжок). Потужність відвідувань в зміну – 1150, у т. ч. ЦПМСД смт. Хорошів – 405, Хорошівська ЦРЛ – 300, ЦПМСД смт Нова – Борова – 140, ЦПМСД смт Іршанськ – 120, Топорище – 25, Грушки – 25, Кропивня – 20, Радичі – 20, Рижани – 25, Дворище – 25, Хорошівська стоматологія – 20). У районі є 4 приватні аптеки (сmt. Хорошів – 1; в сmt. Іршанськ – 2, в сmt. Нова Борова – 1) та 13 аптечних пунктів (сmt. Хорошів – 6; сmt. Іршанськ – 4, сmt. Нова-Борова – 3).

КНП «Хорошівська ЦРЛ» надала заявки на укладення угод з Національною службою здоров'я України (НСЗУ): стаціонарна допомога дітям та дорослим без проведення хірургічних операцій; спеціалізована амбулаторна (вторинна) та високоспеціалізована (третинна) медична допомога дітям та дорослим, включаючи медреабілітацію та стоматдопомогу; хірургічні операції дітям та дорослим у стаціонарних умовах; паліативна стаціонарна медична допомога дітям та дорослим, що реалізовано з 01.04.2020 р. (табл. 2.1). Цих коштів не є достатньо на такі видатки як заробітна плата, харчування, медикаменти тощо. Фінансування та підтримка повноцінного функціонування закладу зумовлені сприянням з боку бюджетів об'єднаних територіальних громад (ОТГ), жителі яких отримує медичну допомогу у КНП «Хорошівська ЦРЛ» Хорошівської районної ради. Мінімізація негативних наслідків недофінансування та економія коштів закладу забезпечується за рахунок реоргані-



зації гінекологічного, інфекційного відділень, закриття терапевтичних відділень (сmt. Іршанськ, сmt. Нова Борова), скорочення персоналу на 15 %. Дані про фінансування галузі у Хорошівському районі з населенням 34774 осіб наведено у табл. 2.1 та додатках Б.6 і В.1.2.

Таблиця 2.1

### Фінансування галузі охорони здоров'я в Хорошівському районі, млн грн

Назва	Касові видатки за 12 міс. 2017 року по загальному фонду	Касові видатки за 12 міс. 2018 року по загальному фонду	Касові видатки за 12 міс. 2019 року по загальному фонду	Касові видатки за 9 міс. 2020 року по загальному фонду	Зміна розміру касових видатків 2020 р. до 2017 р. (попередня оцінка), %	Затверджено кошторисом на рік станом на 01.01.2019 року по загальному фонду	Затверджено кошторисом на рік станом на 01.01.2019 року по загальному фонду	Затверджено кошторисом на рік станом на 31.12.2020 року по загальному фонду	Затверджено кошторисом на рік станом за 9 міс. 2020 року по загальному фонду	Зміна розміру затвердженого кошторису 2020 р. до 2017 р. (попередня оцінка), %
Заробітна плата	21,58	22,01	17,62	5,06	31.3	22,19	22,19	17,63	5,24	31.5
Нарахування на заробітну плату	4,68	4,68	3,72	1,02	29.1	4,72	4,72	3,72	1,06	29.9
Придбання товарів і послуг	5,10	6,30	6,27	3,03	79.2	6,36	6,36	6,82	5,72	119.9
Предмети, матеріали, обладнання та інвентар, у тому числі м'який інвентар та обмундирування	0,42	1,06	0,83	0,29	92.1	1,06	1,06	0,84	0,35	44.0
Медикаменти та перев'язувальні матеріали	0,46	0,70	0,70	0,48	139.1	0,70	0,70	0,70	0,88	167.6
Продукти харчування	0,22	0,37	0,37	0,05	30.3	0,37	0,37	0,38	0,05	18.0
Оплата послуг (крім комунальних)	0,49	0,62	0,38	0,147	40.0	0,62	0,62	0,38	0,155	33.3
Видатки на відрядження	0,08	0,17	0,10	0,01	16.7	0,17	0,17	0,10	0,01	7.8
Оплата комунальних послуг та енергоносіїв	3,43	3,38	3,89	2,05	79.7	3,44	3,44	4,43	4,26	165.1
Оплата водопостачання та водовідведення	0,17	0,23	0,21	0,10	78.4	0,24	0,24	0,22	0,23	127.8
Оплата електроенергії	2,17	2,19	2,54	1,13	69.4	2,23	2,23	3,05	2,97	177.6
Оплата ін. енергоносіїв	1,09	0,96	1,13	0,82	100.3	0,98	0,98	1,16	1,06	144.2
Соціальне забезпечення	1,44	1,71	1,27	1,03	95.4	1,71	1,71	1,27	1,10	85.8
Виплата пенсій і допомог	0,05	0,06	0,12	0,07	186.7	0,06	0,06	0,12	0,09	200.0
Інші виплати населенню	1,39	1,66	1,15	0,96	92.1	1,66	1,66	1,15	1,00	80.3
Інші поточні видатки	0,03	0,03	0,03	0,04	177.8	0,03	0,03	0,03	0,04	177.8
Кошти Національної служби здоров'я	0,00	3,80	15,06	22,21		3,81	3,81	15,08	32,75	1146.1
Всього	32,83	38,53	43,98	32,40	131.6	38,84	38,84	44,56	45,90	157.6

Касові видатки за 12 міс 2018 р. – 38533,3 тис. грн. на 1 жителя – 1108,11 грн. Касові видатки за 12 міс 2017 р. – 32831,6 тис. грн. на 1 жителя – 944,14 грн. в т.ч.: а) на медикаменти на 1 жителя за 12 міс 2018 р. – 20,11 грн.; за 12 міс 2017 р. – 13,13 грн.; б) на харчування на 1 жителя за 12 міс 2018 р. – 10,58 грн.; за 12 міс 2017 р. – 6,33 грн.. Касові видатки за 12 міс 2019 року – 43 978,0 тис. грн., на 1 жителя – 1274,76 грн. в т.ч.: касові видатки за 12 міс 2018 р. – 38 533,3 тис. грн., на 1 жителя – 1116,94 грн. в т.ч.: а) на медикаменти на 1 жителя за 12 міс 2019 р. – 20,38 грн.; за 12 міс 2018 р. – 20,27 грн.; б) на харчування на 1 жителя за 12 міс 2019 р. – 10,87 грн.; за 12 міс 2018 р. – 10,66 грн. Касові видатки за 9 міс 2020 р. – 32 398,2 тис. грн., на 1 жителя – 939,11 грн. в т.ч.: касові видатки за 9 міс 2019 року – 25 039,2 тис. грн., на 1 жителя – 725,79 грн. в т.ч.: а) на медикаменти на 1 жителя за 9 міс 2020 р. – 13,88 грн., за 9 міс 2019 р. – 12,89 грн.; б) на харчування на 1 жителя за 9 міс 2020 р. – 1,61 грн.; за 9 міс 2019 р. – 6,73 грн.

Хорошівська ЦРЛ та мережа ПМСД на 100% забезпечена телефонним зв'язком. Матеріально-технічна база КНП «Хорошівська ЦРЛ» враховує ремонтні роботи (96,7 тис. грн. поточний ремонт приміщень); закупівлю матеріалів для проведення ремонту – 96,7 тис. грн.; м'якого та твердого інвентарю, меблів, інструментів (вартість): 50,1 тис. грн. (м'який інвентар – 48,3 тис. грн., твердий інвентар – 1,8 тис. грн.). Стан медичного обладнання та апаратури характеризується наступними показниками: а) питома вага обладнання в працюючому стані – 82%; б) не працює обладнання та апаратура – 106 од.; в) законсервовано обладнання та апаратури – 1 од.; г) підлягає списанню обладнання та апаратура – 65 од. Матеріально-технічне забезпечення лікувально-профілактичних закладів Хорошівської ЦРЛ за 9 місяців 2020 року включає придбані за залишок медичної субвенції та власні надходження комплект обладнання для ІФА тестування на суму 210 тис. грн. Забезпеченість автомобільним транспортом становить 13 одиниць, у тому числі Хорошівська ЦРЛ – 5 од., ЦПМСД смт. Хорошів – 3 од. та по 1 одиниці у АЗПСМ у селах

Рижани, Грушки, Радичі, смт. Нова Борова (з них 11 постійно ремонтуються, бо експлуатуються понад 8 років).

Хорошівська філія БО «Лікарняна каса Житомирської області» за 09 місяців 2020 р. налічує 7111 членів (20,88 % населення району), у тому числі: лікували амбулаторно – 2103 хворих; стаціонарно – 1048, денний стаціонар – 227, обстежено – 1038 осіб (на суму 305076,84 грн.; 251848,94 грн.; 40952,79 грн. та 21974,78 грн. відповідно), у тому числі витрати на 1 хворого в стаціонарі 293,35 грн., денний стаціонар – 180,41 грн., амбулаторно – 147,15 грн. КНП «Хорошівська ЦРЛ» наразі налічує 376,75 штатних посад, у тому числі штатних посад лікарів – 76,75, середніх медпрацівників – 167. Абсолютне число зайнятих посад – 334,5, у тому числі зайнятих посад лікарів – 62,25, зайнятих посад середніх медпрацівників – 158,75. Абсолютне число фізичних осіб – 319, з них лікарів – 54, середніх медпрацівників – 152. Забезпеченість населення штатними посадами на 10 тисяч населення – 108,4 (для порівняння по області – 236,3), відсоток укомплектованості посад фізичними особами – 84,7% (по області – 91,7%, відомості про список посад не укомплектованих лікарями наведено у додатку Б.7), забезпеченість штатними лікарями на 10 тисяч населення – 22,2 (по області – 42,9), відсоток укомплектованості посад лікарів фізичними особами – 70,3% (по області – 72,7%), забезпеченість штатними посадами середнього медперсоналу на 10 тисяч нас – 48,4 (по області – 95,5), відсоток укомплектованості посад серед. медперсоналу фізичними особами – 91,0% (по області – 95,8%). Для районів характерна наступна забезпеченість та укомплектованість ЛПЗ (табл. 2.2).

*Таблиця 2.2*

**Забезпеченість сільських територій Хорошівського району персоналом**

Категорія персоналу	штат	зайнято	Фізичних осіб
лікарів	3,75	2	2
середніх медичних працівників	20	16	16

Абсолютне кількість лікарів, які підлягаючих атестації становить 8. Кількість лікарів, які перебувають на квартирному обліку: всього – 1, у тому

числі сільської місцевості – 1. Кількість середніх медпрацівників, які перебувають на квартирному обліку всього – 1, у в тому числі в сільській місцевості – 1. Зовнішні сумісники працюють у таких населених пунктах як смт. Хорошів: (НКП «Хорошівська ЦРЛ», ЦПМСД смт. Хорошів). За 9 місяців 2020 р. по Хорошівській ЦРЛ скорочено ліжкового фонду до 100 ліжок, реорганізація відділень; впроваджено закладів сімейної медицини: мережа закладів – 10 АЗПСМ; забезпеченість АЗПСМ сімейними лікарями – 10, на 100 тис. нас. лікарів – 28,6, відсоток населення що обслуговується – 65,5%; у тому числі обслуговуються дітей – 60%. Амбулаторно-поліклінічна допомога характеризується такими показниками: забезпеченість ліжками денних стаціонарів – 27,0 на 10 тис. населення; проліковано хворих в денному стаціонарі – 3556чол.

## **Висновки до 2 розділу**

Оцінка ефективності фінансово-економічної ДЛЗ, результативності використання ресурсної бази медичної установи проведено на базі КНП «Хорошівська ЦРЛ» Хорошівської районної ради. В результаті аналізу встановлено, що підвищення якості інформаційно-аналітичної бази підприємства раціональним є розділ економічного аналізу та бухгалтерського обліку за фінансовими потоками: бюджетним, страховим і платним послугам. Виявлено недостатність обсягу виділених коштів з бюджету, заниженість тарифів на медичні послуги за програмою обов'язкового медичного страхування, недостатнє оновлення основних засобів та обладнання в лікувальному закладі. Позитивними моментами діяльності НКП «Хорошівська ЦРЛ» є відсутність заборгованості по заробітній платі; акредитація та ліцензування закладів району, достатньо високий рівень комплектації фізичними особами (84,7%) та лікарями (70,3%). За досліджуваний період атестовано 8 лікарів та 12 медсестер, що становить 100% персоналу що атестувався. Також тенден-

цію до покращення мають такі показники: знизилася як середнє перебування на ліжку (6,8 днів); смертність малюків (до 0); виявлення онкозахворювань у ІУ стадії (із 45 осіб у ІУ стадії виявлено 4 чол, що складає 8.8% за оптимального значення менше 18%); охоплення 2-разовим ультразвуковим скринінгом вагітних в терміні до 22 тижнів – 100%, охоплення обстеженням на ВІЛ вагітних жінок – 100%; питома вага виїздів ШД до хронічних хворих зменшилась – 0,9% (додаток В.1). На підприємстві проведено поточний ремонт у відділеннях ЦРЛ, обладнаний під'їзд до приймального відділення; закуплено м'який інвентар; закуплено комплект обладнання для ІФА тестування; ЦПМСД смт. Хорошів отримано санітарний автомобіль; активно проводиться пропагування здорового способу життя (проведено бесіди, лекції, публікуються статті в районній газеті «Прапор» з оздоровчої тематики).

До проблемних питань ДЛЗ можна віднести кадрове забезпечення (упродовж 2017–2020 рр. у Хорошівському районі має місце дефіцит кадрів (додаток В.2) – вакантними є 5 посад лікарів ЗПСМ, посада лікаря-травматолога. 10 посад зайнято тимчасово лікарями сумісниками; укомплектованість штатних посад фізичними особами закладів сільської медицини у районі складає 53,3%, працюють 12 лікарів пенсійного віку або 23% від їх загального складу). Також потребує удосконалення матеріально-технічної бази ЦРЛ і ЦПМСД (додаток В.3), що впливає на кількість та якість наданих послуг. Необхідно покращити забезпеченість медичним автомобільним транспортом (у ЦРЛ відсутній належний транспорт для транспортування хворих на дообстеження та госпіталізації, а наявний – підлягає списанню). В подальшому необхідно активізувати роботу лікарів ЗПСМ щодо кращого виявлення хворих з онкопатологією на початкових стадіях, хворих на туберкульоз і ВІЧ. Доцільно покращити роботу з диспансерними хворими та забезпечити фінансування закупівлі медичної апаратури.

### **РОЗДІЛ 3**

## **УДОСКОНАЛЕННЯ ЕКОНОМІЧНОГО АНАЛІЗУ ТА ПРАКТИКИ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ**

Традиційна організація економічного аналізу та бухгалтерського обліку, практична відсутність дієвих методик економічного аналізу в бюджетній сфері призвела до того, що медичні установи виявилися не готовими до формування системи проведення аналізу результатів від здійснення послуг на договірній основі. Відсутність розробленої теоретичної бази аналізу фінансово-економічної діяльності лікувального закладу ставить керівників у ситуацію неможливості виявлення існуючих і прогнозованих проблем фінансово-економічної діяльності державного лікувального закладу, вивчення і оцінки впливу прийнятих рішень на досягнення необхідних результатів діяльності, виконання соціальних функцій. Останнім часом ці завдання набули особливої актуальності у зв'язку з розвитком страхової моделі фінансування медичних установ [25, с. 84]. Проведення аналізу фінансово-економічної діяльності лікувальних закладів необхідно, перш за все, для оцінки досягнутих результатів, складання прогнозів щодо надання медичних послуг на перспективу на основі формування всеосяжної системи аналітичних показників [11, с. 208].

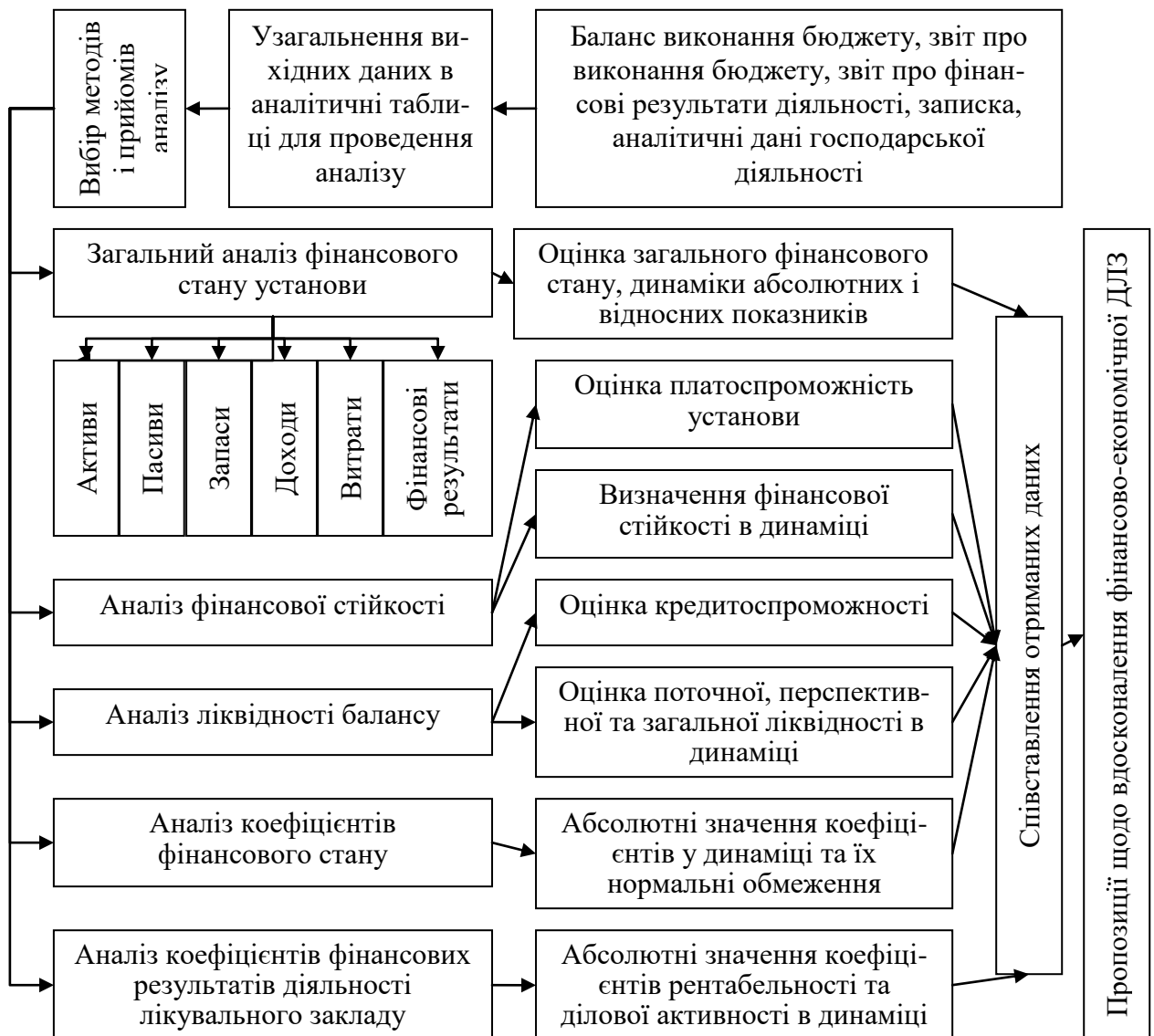
Реформування бюджетних відносин визначили потребу у достовірній фінансовій інформації, адекватній цілям управління. Процес децентралізації вніс зміни до системи бухгалтерського обліку, фінансової звітності та перспектив підпорядкування лікувальних закладів. Відповідно до національної Стратегії розвитку до 2030 року наразі трансформується механізм вирішення проблем економічного аналізу на базі розробки і впровадження його сучасних методик і організаційних прийомів управління медично-лікувальними установами. Особливу актуальність представляє раціональне використання наявних ресурсів лікувальних установ, забезпечення збалансованості їх вит-

рат, необхідних для виконання зобов'язань з надання населенню медичної допомоги, а також пошук позабюджетних джерел фінансування для стимулювання й розвитку галузі. Дослідження сучасного стану економіки українських лікувальних установ показало, що нестача відповідного бюджетного фінансування, фінансова нестабільність системи обов'язкового медичного страхування, недосконалість структури фінансової та страхової сфер економіки змушують лікувальні заклади установи (поряд із загальноприйнятими системами фінансування охорони здоров'я) самостійно заробляти кошти, надавати платні відповідні послуги [12]. У процесі аналізу фінансово-економічної діяльності використовуються різні прийоми і способи. На основі адаптації теоретичних і методичних аспектів побудови аналітичних блок-схем економічного аналізу стосовно ДЛЗ, нами сформована блок-схема проведення фінансово-економічного аналізу (рис. 3.1). Блок-схема являє собою загальну схему проведення аналізу фінансово-економічної діяльності лікувального закладу, починаючи з моменту збору та узагальнення інформації і закінчуючи прийняттям на основі отриманих результатів аналізу системи управлінських рішень.

Узагальнюючим показником ДЛЗ служить комплексна оцінка ефективності господарської діяльності. Вона повинна розраховуватися з метою виявлення не тільки ефективності використання економічного потенціалу та ділової активності медичного закладу на ринку медичних послуг, а й подальшої можливості проведення рейтингової оцінки медичних установ на рівні виконавчих органів державної влади та місцевого самоврядування. Запропонована блок-схема може бути використана для проведення аналізу фінансово-економічної діяльності з урахуванням особливостей конкретного лікувального закладу і прикріпленого до нього для забезпечення медичною допомогою населення.

Процеси реорганізації системи охорони здоров'я націлені на забезпечення росту кваліфікації кадрів та професійне зростання, достойний офіційний дохід держави. Це система, у центрі якої здоров'я пацієнта, а лікар – отримує гідну оплату праці. У 2020 р. всі комунальні та державні медичні за-

клади отримували фінансування за договорами з Національною службою здоров'я України. Такий механізм до цього діяв на рівні первинної допомоги, а з 2020 р. – така модель фінансування впроваджена для оплати медичних послуг для пацієнтів вторинної (спеціалізованої) амбулаторної та стаціонарної допомоги, екстреної, паліативної медичної допомоги та реабілітацію.

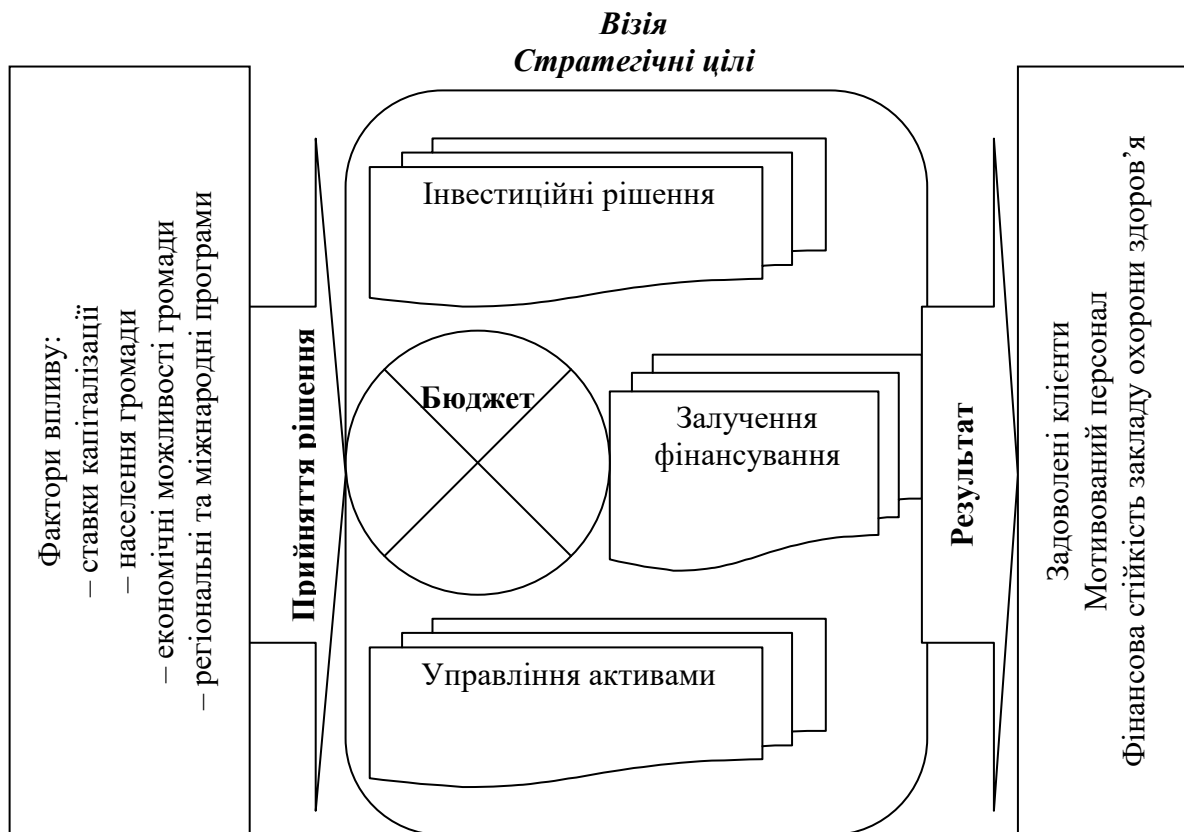


**Рис. 3.1. Блок-схема фінансово-економічного аналізу ДЛЗ**

Управління фінансами закладами медичної допомоги передбачає управління активами (рис. 3.2). Наразі робота медичних закладів базується на таких принципах: 1) пацієнти з направленням вільно обирають медичний заклад і лікаря (відповідно до договору з Національною службою здоров'я та пе-



реліку послуг медичного закладу); 2) Національна служба здоров'я замовляє медичні послуги лікування пацієнта та оплачує їх безпосередньо медичному закладу (закуповує послуги на умовах договору, а не утримує медичні заклади відповідно до кошторису). Єдиним критерієм збільшення суми, отриманої закладом є кількість якісних послуг. За такої схеми оплати керівництво закладу знає суму коштів, яку отримує авансом та розраховує виплати за надані послуги як результат. У 2020 р. сформовано бюджетний процесу (програму медичних гарантій – гарантований пакет медичних послуг). До програми медичних гарантій включено первинну, амбулаторно-поліклінічну, стаціонарну медичну допомогу, екстрену, паліативну медичну допомогу та реабілітації.



**Рис. 1.1. Схема управління фінансами закладами охорони здоров'я**

Модель фінансування спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної допомоги передбачає таку оплату медичних послуг: 1) частина коштів виплачується як глобальний бюджет на підставі історичних даних закладів; 2) визначено перелік пріоритетних послуг, оплачуваних за заявленими тарифами (кошти додаються до виплат за глобальним бюджетом); 3) госпітальна допо-

мога оплачується у пропорції: 60% – глобальний бюджет розрахований на основі історичних даних про медичні послуги; 40% – механізм плати за пролікований випадок враховує діагностично-споріднені групи витрат. Поступово пропорція має змінюватися у бік зростання оплати пролікованого випадку. Укладення договору з НСЗУ передбачає підтвердження медичним закладом спроможність надавати медичні послуги відповідно до специфікації послуг та умов закупівель відповідно до переліку медичних послуг (опубліковано на сайті: [nszu.gov.ua/likar-2020](http://nszu.gov.ua/likar-2020)). Умови закупівель стосуються обладнання, обсягу послуги, медичного персоналу, його кваліфікації. Заклад надає гарантовані медичні послуги відповідно до програми за певним напрямом (кожен пролікований випадок оплачується відповідно до 40% тарифу за діагностичноспорідненими групами, а 60% – оплачується у формі глобальної ставки з урахуванням даних про попередню роботу закладу). Умовою діяльності також є ведення медичних даних та звітності у електронній системі НСЗУ. На таку ж модель фінансування переходять центри екстреної медичної допомоги, а оплата здійснюється за глобальним бюджетом із урахуванням кількості населення (сума коштів не залежить від кількості випадків надання допомоги закладом). У перспективі всі регіональні медичні заклади будуть об'єднані в одну юридичну особу, що співпрацюватиме за договором НСЗУ). Враховуючи пріоритетний характер найбільш поширених хвороб їх оплата здійснюється за підвищеним тарифом з фокусуванням на станах, які спричиняють найвищу смертність або суттєво погіршують якість життя (медичні послуги лікування гострих станів, зокрема, мозкового інсульту, гострого інфаркту міокарда, неонатальна та допомога у пологах, рання діагностика онкозахворювань). Амбулаторна та стаціонарна допомога визначені пріоритетними з акцентом на стаціонарозамісних технологіях. Для таких послуг розробляються стандарти обладнання, штату та організації надання допомоги. Тому операції високої складності або високого ризику ускладнень виконуються у стаціонарних умовах. Вимогою до лікаря є наявність кваліфікації виконавця з діючим сертифікатом лікаря-спеціаліста за відповідним фахом, що пройшов тематичне удос-

коналення. Також впроваджено стандартизацію підготовки пацієнта та проведення маніпуляції, структуру та вимоги підготовки висновку, системний характер подання до системи *e-health*. Трансформація існуючої системи охорони здоров'я покликана стимулювати лікарні розвиватись, інвестувати у підвищення кваліфікації персоналу, модернізувати обладнання медичного закладу. Укладання договору з Національною службою здоров'я заклад державної або комунальної форми власності зможе у статусі комунального некомерційного або казенного підприємства, що передбачає організаційну та господарську незалежність, окремі розрахункові рахунки тощо, а бюджет закладу формується самостійно на підставі власного фінансового плану (на основі збалансовано планування доходів та витрат, де основними статтями доходів мед закладу є надходження від НСЗУ, місцевих бюджетів через реалізацію регіональних програм, платні послуги, залучення грантів).

Таким чином, перспективними напрямками наповнення бюджету КНП «Хорошівська ЦРЛ» Хорошівського району вважаємо оптимізацію доходів і витрат. Нарощування доходів планується через підвищення якості послуг пацієнтам, кваліфікації лікарів, удосконалення обладнання; і потреба в послугах на території роботи закладу; структура населення визначає розширення можливостей надання актуальних послуг – пологовий центр в разі, коли мешканці району переважно молоді, відділення тривалого догляду – для переважаючого населення похилого віку; використання міжнародних стандартів лікування дозволяє економити на госпіталізації пацієнтів; формування розцінок на платні послуги відповідно до Постанови Кабміну від 17.09.1996 № 1138; покращення умов перебування пацієнтів (палати додаткового комфорту, краще харчування тощо).

Удосконалення системи управління витратами передбачає їх мінімізацію та оптимізацію (плата за пролікований випадок однакова незалежно від тривалості: вибір зробити лапароскопічно за один день чи традиційну апендектомію і тримати пацієнта сім днів у лікарні характеризує однакові доходи, але вищі витрати у другому варіанті). Заощадження коштів

можливе через господарську оптимізацію (замінити завгоспа на менеджера господарства з ширшим повноваженнями, перевірка автопарку, харчоблоку, пральні, аналізу опалювальної площі), передачу немедичних послуг (харчування, прання, прибирання) підрядникам; перегляд штатного розпису (які позиції скоротити, а які – підсилити, за координації з колегами як умови запобігання дублюванню послуг), інтеграцію з іншими стейкхолдерами на регіональному рівні. Головними умовами, які висунуто до медичних закладів до початку процесу укладення договорів з Національною службою здоров'я України, є їх автономізація (перетворення на комунальне некомерційне / казенне підприємство); комп'ютеризація (забезпечення фіксації інформації про надані медичні послуги та обмін інформацією з НСЗУ); підключення закладу до електронної мережі охорони здоров'я; наявність чинної ліцензії на провадження медичної практики та надання відповідних медичних послуг; наявність медперсоналу і необхідного оснащення (обладнання) Керівникам лікарень варто тісніше співпрацювати з місцевою владою, готуючись до укладення договору з НСЗУ.

### **Висновки до 3 розділу**

Функціонування господарюючих суб'єктів орієнтоване на досягнення поставлених цілей за допомогою виконання властивих їм функцій. В рівній мірі ця вимога відноситься і до лікувальних установ. Їх діяльність має об'єктивний характер і розвивається за певними законами, отже, потребує управління як з боку держави, місцевого самоврядування, так і керівництва та місцях. Таке управління може бути ефективним, якщо ґрунтуватися на всебічному вивченні і практичному використанні механізмів дії законів економічного розвитку, які проявляються на рівні окремих суб'єктів господарювання і реалізують за допомогою визначеного набору функцій (зокрема, функцій аналізу, обліку і планування). Виконання властивих лікувальному закладу

функцій можливе за умови повного забезпечення витрат за рахунок відповідних бюджетних надходжень. Соціальне забезпечення громадян країни, сфера медичних послуг потребують додаткових коштів, які медичні установи отримують за надання платних медичних послуг. Раціональне і ефективне використання бюджетних коштів розглядається нами як один з пріоритетних напрямків розвитку України. Наразі завдання раціонального використання ресурсів лікувальних установ, забезпечення збалансованості витрат, необхідних для виконання зобов'язань держави з надання населенню необхідної медичної допомоги стоїть гостро. Фінансові кошти, що виділяються для цієї мети, пошук нових джерел фінансування, стимулів розвитку галузі, способів підвищення творчого потенціалу медичних працівників є завданням різних рівнів управління.

Існуюча система управління фінансово-економічною сферою сформувалася під впливом єдиних норм бюджетного устрою країни, існуючих форм власності та жорсткого державного контролю за економікою. У закладах охорони здоров'я ресурсне управління орієнтоване на забезпечення контролю за виконанням кошторису виділеного бюджетного фінансування, а облік медичного закладу відображає фактичні видатки, надходження та використання бюджетних коштів у розрізі статей бюджетної класифікації, що суттєво обмежує аналіз порівнянням фактичних видатків та бюджетних асигнувань.

## ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ

Сучасний стан економіки лікувальних установ ілюструє: брак фінансування, недосконалість структури фінансової і страхової сфер економіки, фінансову нестабільність системи обов'язкового медичного страхування, що змушують бюджетні установи поряд з загальноприйнятими системами фінансування охорони здоров'я самостійно заробляти кошти шляхом здійснення різних форм підприємницької діяльності. Відсутність універсальної теоретико-методологічної бази аналізу фінансово-економічної діяльності лікувального закладу, знижує можливості виявлення існуючих проблем, галузевого та фінансового ризиків, визначення впливу прийнятих рішень на досягнення необхідного рівня прибутковості. Водночас аналіз фінансово-економічної діяльності лікувальних закладів дає можливість оцінити досягнуті результати діяльності, для складання прогнозів на перспективу на основі формування всеосяжної системи аналітичних показників. Реформування системи відносин у цій сфері сприяє зростанню достовірної фінансової інформації, адекватної цілям управління, трансформації бухгалтерського обліку відповідно до сучасних вимог економіки, розширенню аналітичних можливостей інформаційно-аналітичної бази аналізу, оцінці діяльності лікувальних закладів.

Розгляд питання на регіональному рівні дозволив оцінити позитивну практику функціонування закладів охорони здоров'я, зокрема з позиції відсутності заборгованості по заробітній платі. Головну роль у системі охорони здоров'я у Хорошівському районі Житомирської області відіграє Хорошівська Центральна районна лікарня (ЦРЛ), якій присвоєно першу категорію, акредитація здійснена 03.07.2019 р. Наявна ліцензія на медичну практику ЦРЛ та її структурних підрозділів. До позитивних моментів функціонування ЦРЛ можна віднести укомплектованість фізичними особами на 91,2%, лікарями – на 70,8%; середніми медичними працівниками на 87,3%, а також збільшення кількості медичного персоналу після проходження інтернатури (на роботу прийшло 3 лікарів). Питома вага

атестованих середніх медичних працівників від тих, хто підлягав атестації становить 100%, з них лікарів – 7 осіб, медсестер – 25 осіб.

У 2019 р. покращилися показники рейтингової оцінки діяльності закладу показник первинного виходу на інвалідність дорослого населення 41,3 осіб на 10000 дорослого населення за 12 місяців 2019 р. зменшився в порівнянні з 2018р. на 20,4% (для порівняння середньообласний показник становив 49,7 осіб на 10000 дорослого населення); процент виконання ліжко-днів за 12 місяців 2019 року становив 111,4%; середнє перебування на ліжку – 7,8 днів; показник питомої ваги злоякісних новоутворень, виявлених вперше в III стадії візуальні форми захворювання зменшився до 9,3% (оптимальний 14%); дорічна летальність – до 27,4% (оптимальний 30%) Співробітниками установи активно здійснюється пропагування здорового способу життя: проводяться бесіди, лекції, публікуються статті в районній газеті «Прапор», які несуть оздоровчу спрямованість.

До проблемних питань розвитку системи охорони здоров'я у Хорошівському районі можна віднести такі: кадрове та матеріальне забезпечення, а також організацію праці персоналу закладів охорони здоров'я. Упродовж ряду років в районі відмічається дефіцит кадрів – вакантними є 5 посад лікарів ЗПСМ, посада лікаря-травматолога. 10 посад зайнято тимчасово лікарями сумісниками; укомплектованість штатних посад фізичними особами закладів сільської медицини складає у районі 53,3%; в районі працює 14 лікарів пенсійного віку, що складає 26%. У Хорошівському районі необхідно покращити стан матеріально-технічної бази ЦРЛ, що буде позитивно впливати на підвищення якості та збільшення обсягу медичних послуг, зокрема забезпечити медичним автомобільним транспортом – в ЦРЛ відсутній належний транспорт для транспортування хворих на дообстеження та госпіталізацію в обласні заклади, а наявний санітарний транспорт давно підлягає списанню. До інших чинників оптимізації роботи системи охорони здоров'я можна віднести активізацію роботи лікарів ЗПСМ щодо покращення

виявлення хворих з онкопатологією на початкових стадіях, виявлення хворих на туберкульоз і ВІЧ, покращити роботу з диспансерними хворими.

Вбачаємо, що перспективним напрямом розвитку системи охорони здоров'я є формування відповідного середовища забезпечення здоров'я населення. З позиції запобігання виробничому травматизму підприємствами передбачено комплексний підхід до здоров'я працівників як стратегічна та оперативна координація політики, програм та запроваджуються методи, спрямовані на одночасне запобігання виробничим травмам та хворобам, а також підвищенню загального здоров'я і благополуччя робочої сили. Проектом профілактики та розвитку системи здоров'я є реалізація регіональної програми «Родова садиба» як інтегрованого підходу до організації життєдіяльності та господарювання. Головною тезою проекту Закону України «Про Родові садиби та Родові поселення в Україні» є «надати законодавче право кожному громадянину України, при бажанні, отримати й га землі для облаштування родової садиби, безоплатно, в постійне або довічне користування без права продажу з правом передачі лише у спадок». Держава накладає на особу, яка отримує таку ділянку, обов'язок дотримуватися чинного екологічного законодавства та засадити не менше третини території неплодовими деревами. Реалізація концепції «Родова садиба» є механізмом сприяння індивідуальній здоровій поведінці, як боротьба з тютюнопалінням, здоровим харчуванням і фізичною активністю (тобто зміцнення здоров'я), в контексті сприятливого для здоров'я організаційного та фізичного середовища, яке активно залучає працівників протягом усього процесу свого розвитку. Свідома відповідальність за себе та навколишній простір визначає довгостроковий характер впливу на здоров'я та благополуччя населення. Орієнтація на біорізноманіття, формування системи збалансованого природоорієнтованого розвитку сприяє зміцненню здоров'я та примноженню природно-ресурсного потенціалу території.



## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Алексеев В. О., Задворна О. Л. Система охорони здоров'я Німеччини. *Управління закладом охорони здоров'я*. 2011. №1. С. 52–62.
2. Алексеев В. О., Сафонова М. Ю. Про підсумки міжнародної практики реформування охорони здоров'я та рекомендації ВООЗ. *Управління закладом охорони здоров'я*. 2011. N 11. С. 40–45
3. Бакуменко В. Д., Бакуменко Д. В. Основні напрями та тенденції наукових розвідок з державного управління щодо діяльності органів влади. *Науковий вісник Академії муніципального управління. Серія: Управління*. 2013. Вип. 4. С. 8–16.
4. Реформирование медицины: Украина в мировом и европейском контексте [Безруков В. В., Войтенко В. П., Ахаладзе Н. Г., Писарук А. В., Кошель Н. М.]. К.: Знання, 2017. 127 с.
5. Биркович Т. І. Акредитація і регулювання якості медичних послуг в системі охорони здоров'я. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/op=1&z=1227>
6. Бюджетний кодекс України від на 08.07.2010 № 2456–VI (редакція станом на 21.12.2020) URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2456-17>
7. Вашев О. Є., Мазурок О. В. Розвиток муніципальної медицини як складова реформування системи охорони здоров'я. *Теорія та практика держ. управління: зб. наук. праць*. 2015. Вип. 1(48). Харків: Вид-во ХарПІ НАДУ “Магістр». С. 101–106.
8. Вашев О. Є., Вашева А. О., Іванова Л. А. Сучасні тенденції політики змін надання медичної допомоги в країнах ЄС. *Публічне управління XXI століття: традиції та інновації: зб. тез ХУІІ Міжнар. наук. конгресу, 27 квітня 2017 р.* Харків: Вид-во ХарПІ НАДУ “Магістр», 2017. с. 295–298.
9. Виконання Державного бюджету України за 2016 рік. Державна казначейська служба України. Офіційний веб-сайт. URL: <http://www.treasury.gov.ua/main/uk/doccatalog/list7currDiF212666>

10. Виконання Державного бюджету України за 2016 рік. Державна казначейська служба України. Офіційний веб-сайт. URL: <http://www.treasur.gov.ua/main/uk/doccatalog/list7currDiF257806>
11. Виконання Державного бюджету України за 2017 рік. Державна казначейська служба України. Офіційний веб-сайт. URL: <http://www.treasur.gov.ua/main/uk/doccatalog/list7currDiF257806>
12. Войтович Р. Модернізація державного управління в умовах глобальної інтеграції. *Вісник Нац. академії держ. управління при Президентові України*. 2013. №2.С. 14–23.
13. Голованова І.А., Краснова О.І. Економічне обґрунтування реформи сфери охорони здоров'я: досвід постсоціалістичних країн та доцільність його впровадження в Україн. *Економічний часопис XXI*. 2014. № 3–4(2). С. 19–22.
14. Горин В.П. Формування фінансових ресурсів охорони здоров'я в контексті виконання критеріїв економічної безпеки. *Наукові записки. Серія «Економіка»*. 2015.№ 23.С. 216–221.
15. Гошовська В. А., Пашко Л. А., Задоя К. Ф. Парламентаризм в Україні. Державно-управлінські механізми реалізації функцій законодавчої влади : навч.-метод. матеріали. К.: НАДУ, 2013. 48 с.
16. Данилишин Б. М., В. В. Пилипів Децентралізація у країнах ЄС: уроки для України. *Регіональна економіка*. 2016. № 1. С. 5–11.
17. Дацій Н.В. Особливості оцінки якості надання медичних послуг у системі охорони здоров'я України URL: <http://www.investplan.com.ua/?op=1&z=5949&i=17>
18. Держ. стратегія регіонального розвитку на період до 2020 року: Постанова КМУ від 6 серпня 2014 р. № 385 (Редакція станом на 12.01.2021) URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/385-2014-p>
19. Децентралізація Великий тлумачний словник сучасної української мови (з дод. і допов.) / Уклад. і гол.ред. В.Т. Бусел. 5-те вид. К. : ВТФ «Перун», 2005

20. Дорошенко О.О., Шевченко М.В. Аналіз міжнародного досвіду фінансування вторинної медичної допомоги. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2017. № 1 (5).
21. Загорський В. С., Лободіна З. М., Лопушняк Г. С. Управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я: монограф. Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2010. 276 с.
22. Заклади охор. Здоров. та захворюваність населення України у 2016 році : стат. бюлетень. К. : Держкомстат України, 2017. 92 с.
23. Камінська Т.М. Децентралізація як умова ефективного фінансування лікувальних закладів. Вектори розвитку фінансового потенціалу суб'єктів господарювання : матеріали Всеукр. наук.–практ. конф. (Харків, 1–5 лютого 2014 р.). Харків, 2014 С. 235–239.
24. Карп'як М. О., Шульц С.Л. Організаційно-інституц. особливості реформування системи охорони здоров'я в Україні в умовах децентралізації. *Регіональна економіка*. 2017. №3 (85). С. 108–115.
25. Карпенко О. Управлінські послуги як механізм реалізації державної політики. *Актуальні проблеми державного управління*. 2015. Вип. 1. С. 11–15.
26. Ковбасюк Ю. Наука державного управління в умовах системних державно-управлінських реформ і суспільних трансформацій. *Вісник Національної академії державного управління при Президентові України*. 2012. Вип. 1. С. 5–20.
27. Конституція України. Закон України від 28.06.1996 № 254к/96–ВР (Редакція станом на 30.09.2016) URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254k/96-vr>
28. Корнійчук О.П. Трансформація системи охорони здоров'я України: стан та перспективи. *Український мед. часопис*. 2013. №4.
29. Лебединська О., Вакуленко В., Колтун В. Система органів місцевого самоврядування регіону: динамічна модель структури. *Вісник Нац. академії держ. управління при Президентові України*. 2010. № 3. С. 143–151.

30. Логвиненко Б.О. Публічне адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні: теорія і практика [Текст] : монографія Логвиненко Б. О. ; Міжрегіон. Акад. упр. персоналом. Київ : Леся, 2017. 343 с.
31. Логвиненко Б.О. Щодо аксіології медичного права Б.О. Логвиненко Вісник Запорізького національного університету: зб. наук, праць. Юридичні науки. 2012. № 2. Ч. 1. С. 98–103.
32. Місцеве самоврядування в умовах децентралізації повноважень: навч. посіб. [А. П. Лелеченко, О. І. Васильєва, В. С. Куйбіда, А. Ф. Ткачук]. К.: 2017. 110 с.
33. Нац. стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років URL: <http://moz.gov.ua/strategija>
34. О международном опыте реформирования системы здравоохранения URL: <http://bit.ly/2qDMK mL>
35. Оболенський О. Ю. Державна служба: Навч. посібник. К.: КНЕУ, 2003.344 с.
36. Основи законодавства України про охорону здоров'я: закон України від 19.11.1992 р. №2801–XII (Редакція станом на 04.11.2020) URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
37. Офіційний сайт Держ. служби стат. України URL: <http://ukrstat.org/uk>
38. Офіційний сайт Житомирської обласної державної адміністрації URL: <http://www.oda.zt.gov.ua/>
39. Пальчук В. Медична реформа в Україні та особливості розвитку медицини в ОТГ. Україна: події, факти, коментарі.2018.№2.С39–50.
40. Пальчук В. Оптимізація мережі медичних закладів первинного рівня: новий розподіл повноважень.Україна: події, факти, коментарі. 2017. № 21. С. 41–55. URL: <http://nbuviar.gov.ua/images/ukraine/2017/ukr21.pdf>.
41. Пальчук В. Пріоритет 2018 року реформування сільської медицини [Електронний ресурс] В. Пальчук Україна: події, факти, коментарі. 2018. № 3.С. 43–55. URL: <http://nbuviar.gov.ua/images/ukraine/2018/ukr3.pdf>.

42. Побочний І. А. Політико-правові засади децентралізації влади в контексті реформ в Україні, Правова держава: історія, сучасність та перспективи формування в умовах євроінтеграції: матеріали українсько-польської наук.-практ. конф., (Дніпропетровськ, 15 листопада 2013 р.).Д. : Дніпропетр. держ. Ун-т внутр. справ. 2013. С. 24–25

43. Про Державний бюджет України за 2016 рік. Висновки про виконання Закону України URL: [http://www.ac-rada.gov.ua/doccatalog/document/16753245/Bul\\_vyk\\_DBU\\_2016.pdf?subportal=ma](http://www.ac-rada.gov.ua/doccatalog/document/16753245/Bul_vyk_DBU_2016.pdf?subportal=ma)

44. Про Державний бюджет України за 2017 рік. Висновки про виконання Закону України URL: [http://www.ac-rada.gov.ua/doccatalog/document/16753245/Bul\\_vyk\\_DBU\\_2017.pdf?subportal=ma](http://www.ac-rada.gov.ua/doccatalog/document/16753245/Bul_vyk_DBU_2017.pdf?subportal=ma)

45. Про Державний бюджет України на 2018 рік. Закон України № 2246-VIII від 07.12.2017 ст. 30.

46. Про Державний бюджет України на 2018 рік: закон України від 7 грудня 2017 року № 2246–VIII (Редакція станом на 13.12.2018) [Електронний ресурс].Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2246-19>

47. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Закон України № 2168-VIII від 19.10.2017.

48. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168–VIII (Редакція станом на 19.10.2017) URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>

49. Про добровільне об'єднання територіальних громад : закон України від 05.02.2015 р. №157–VIII (Редакція станом на 05.05.2018) [Електронний ресурс].Режим доступу <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/157-19>

50. Про затвердження плану заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 року: розпорядження Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2017 р. № 821–р URL: <http://www.kmu.gov.ua/ua/npras/250432586>

51. Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної

медичної допомоги на 2018 рік. Проект постанови Кабінету Міністрів України від 04.04.2018.

52. Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік: постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 407 URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/407-2018-p>

53. Хандріх Л., Бетлій О. Як сплачуєте, так і отримуєте! Реформування принципів фінансування лікарень в Україні Інститут економічних досліджень та політичних консультацій. URL: [http://www.ier.com.ua/ua/publications/policy\\_briefing\\_sepid=1278](http://www.ier.com.ua/ua/publications/policy_briefing_sepid=1278)

54. Prysiazniuk O., Plotnikova M., Buluy O., Yakobchuk V. Reurbanization As A Solution Of Socio-Environmental And Economic Problems. *Management Theory and Studies for Rural Business and Infrastructure Development*. 2020. Vol. 42(1). P. 41–50 doi: <https://doi.org/10.15544/mts.2020.05>

55. Yakobchuk V., Plotnikova M. Blockchain As A Technology Administration Of Family Homestead Settlements. *Proceedings of the 9th International Scientific Conference Rural Development 2019 Edited by prof. Asta Raupelienė* doi: <http://doi.org/10.15544/RD.2019.083>