

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

ЕКОНОМІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ

Кафедра фінансів, банківської справи та страхування

Кваліфікаційна робота

магістра

на тему «Особливості фінансового забезпечення комунального закладу
«Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф»
Дніпропетровської обласної ради

Виконала: студентка 2 курсу, групи 8.0728-з
спеціальності 8.072 – Фінанси, банківська
справа та страхування
освітньої програми фінанси і кредит
спеціалізації фінансовий ринок

_____ В. В. Гринкевич _____

Керівник к.е.н., професор Кущик А.П. _____

Рецензент к.е.н., доцент Горбунова А. В. _____

Запоріжжя – 2019

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет економічний
Кафедра фінансів, банківської справи та страхування
Рівень вищої освіти магістр
Спеціальність 8.072 – Фінанси, банківська справа та страхування
Освітня програма фінанси і кредит
Спеціалізація фінансовий ринок

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____ А. П. Кущик

« ____ » _____ 2019 року

З А В Д А Н Н Я
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Гринкевич Валентині Володимирівні

1. Тема роботи: Особливості фінансового забезпечення комунального закладу «Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» Дніпропетровської обласної ради
керівник роботи: Кущик Анатолій Петрович, к.е.н., професор
затверджені наказом ЗНУ від 4 липня 2019 року № 1111-с.
2. Строк подання студентом роботи: 2 грудня 2019 року.
3. Вихідні дані до роботи: дані фінансової та бухгалтерської звітності комунальної установи «Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» Дніпропетровської обласної ради, Державного бюджету України, місцевого бюджету Дніпропетровської області, а також монографічні дослідження та наукові статті вітчизняних і зарубіжних авторів.
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити): визначити сутність фінансового забезпечення бюджетних установ системи охорони здоров'я; виявити методи та особливості управління закладом охорони здоров'я; визначення сучасного становища та джерел фінансування охорони здоров'я; надати організаційно-економічну характеристику КУ «ОЦЕМД та МК» ДОР; провести аналіз структури надходжень та видатків, динаміку видатків КУ «ОЦЕМД та МК» ДОР; провести оцінку тенденцій та проблем фінансування КУ «ОЦЕМД та МК»

ДОР; дослідити зарубіжний досвід фінансування та принципи фінансування системи охорони здоров'я.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень): кваліфікаційна робота містить 6 рис., 13 табл.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
1	Кущик А. П., професор	09.08.2019 р.	09.08.2019 р.
2	Кущик А. П., професор	06.09.2019 р.	06.09.2019 р.
3	Кущик А. П., професор	04.10.2019 р.	04.10.2019 р.

7. Дата видачі завдання: 05 липня 2019 року

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1.	Складання бібліографії та вивчення літературних джерел	05.07.2019 р. – 09.07.2019 р.	виконано
2.	Виконання вступу	10.07.2019 р. – 08.08.2019 р.	виконано
3.	Виконання розділу 1	09.08.2019 р. – 05.09.2019 р.	виконано
4.	Виконання розділу 2	06.09.2019 р. –	виконано
5.	Виконання розділу 3	03.10.2019 р.	виконано
6.	Формування висновків	04.10.2019 р. – 07.11.2019 р.	виконано
7.	Оформлення роботи, одержання відгуку та рецензії	08.11.2019 р. – 21.11.2019 р.	виконано
8.	Подання роботи на кафедру	22.11.2019 р. – 29.11.2019 р.	виконано

Студентка _____ В. В. Гринкевич
(підпис) (ініціали та прізвище)

Керівник роботи _____ А. П. Кущик
(підпис) (ініціали та прізвище)

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ А. В. Линенко
(підпис) (ініціали та прізвище)

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 124 с., 6 рис., 13 табл., 4 додатки, 84 джерела.

Об'єкт дослідження – процес функціонування державної політики стосовно фінансування галузі охорони здоров'я та системи екстреної медичної допомоги України.

Предмет дослідження – система управління фінансовим забезпеченням закладів охорони здоров'я та системи екстреної медичної допомоги.

Мета кваліфікаційної роботи полягає у розробці теоретичних та практичних рекомендацій щодо вдосконалення системи управління фінансовим забезпеченням закладів охорони здоров'я.

Методи дослідження: метод системного аналізу; узагальнення наукових концепцій; метод функціонально-структурного аналізу; математичний та порівняльний методи; методи функціонального та статистичного аналізу; програмно-цільовий, моделювання та узагальнення.

Одержані результати: досліджено етапи еволюції системи фінансового управління охороною здоров'я в Україні, розглянуто зарубіжний досвід та сучасне становище фінансування охорони здоров'я, визначено джерела фінансування комунальних установ системи екстреної медичної допомоги, визначено недоліки та проблеми бюджетного фінансування установи, обґрунтовано шляхи удосконалення фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я, сформульовані рекомендації щодо вдосконалення організації та управління фінансовим забезпеченням бюджетних установ в сучасних умовах.

Результати дослідження можуть бути використані в навчальному процесі для поглиблення теоретико-методичної бази програм навчальних дисциплін з фінансового управління, економіки, в практиці бюджетної сфери України.

**БЮДЖЕТ, СИСТЕМА ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ,
ФІНАНСОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ, ДЖЕРЕЛА ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я, ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ**

SUMMARY

Qualifying work: 123 pp., 22 fig., 24 tab., 6 annex, 84 references.

The object of the research is the process of functioning of the state policy of reforming the system of financing the health care industry and the system of emergency medical care of Ukraine.

The subject of the research is the system of financial security management of the health care institutions and the emergency medical care system based on the example of the municipal institution "Regional Emergency and Disaster Medicine Center" of Dnipropetrovsk Regional Council.

The purpose of the qualification work is to develop theoretical and practical recommendations for improving the financial management system of healthcare institutions.

Research methods: systematic analysis method; generalization of scientific concepts, defining the points of view of leading domestic and foreign scientists; method of functional-structural analysis; mathematical and comparative methods; methods of functional and statistical analysis; targeting, modeling and generalization.

The health situation is one of the most acute in our country. This very important social sector exists on the verge of survival, and today the question of improving the financial health care system as a whole and the emergency medical care system as a part of it, in particular, is of particular importance as the process of reforming the industry is intensified. The presence of these and other problems made the topic of the study relevant.

Obtained results: identified the main directions of the state policy of Ukraine in the field of health care at the present stage of development of society, investigated the stages of evolution of the system of financial management of health care in Ukraine, considered foreign experience and the current state of health care financing, identified sources of financing municipal services of emergency medical care institutions, deficiencies and problems of the budget financing of the institution were

identified, ways to improve the financial support of health care institutions were substantiated in health, formulated recommendations for improving the organization and management of financial guarantee budgetary institutions in modern conditions.

Practical meaning. Work materials can be used in the process of improving the financing, organization and management of emergency medical care facilities in the current environment.

The results of the study can be used in the educational process to deepen the theoretical and methodological base of the programs of subjects in financial management, economics, in the practice of budgetary sphere of Ukraine.

HEALTH SYSTEM, EMERGENCY MEDICAL ASSISTANCE SYSTEM,
FINANCIAL SUPPLY, FINANCIAL SOURCES, BUDGET, HEALTH REFORM
PROCESSING,

ЗМІСТ

ВСТУП.....	8
1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ БЮДЖЕТНИХ УСТАНОВ.....	12
1.1. Сутність фінансового забезпечення бюджетних установ системи охорони здоров'я.....	12
1.2. Методи та особливості управління закладом охорони здоров'я.....	16
1.3. Сучасне становище та джерела фінансування охорони здоров'я.....	27
Висновки до розділу 1.....	37
2. АНАЛІЗ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КОМУНАЛЬНОЇ УСТАНОВИ «ОЦЕМД та МК» ДОР	42
2.1. Організаційно-економічна характеристика КУ «ОЦЕМД та МК» ДОР.....	42
2.2. Аналіз структури надходжень та фінансування КУ «ОЦЕМД та МК» ДОР	45
2.3. Аналіз структури та динаміки видатків на забезпечення функціонування КУ «ОЦЕМД та МК» ДОР.....	52
2.4. Оцінка тенденцій та проблеми фінансування КУ «ОЦЕМД та МК» ДОР	66
Висновки до розділу 2.....	73
3. ПЕРСПЕКТИВИ ФІНАНСУВАННЯ КУ «ОЦЕМД та МК» ДОР	76
3.1. Зарубіжний досвід фінансування охорони здоров'я.....	76
3.2. Шляхи реформування фінансування системи охорони здоров'я.....	82
3.3. Удосконалення організації та управління закладами охорони здоров'я	91
Висновки до розділу 3.....	100
ВИСНОВКИ.....	104
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	114
ДОДАТКИ.....	123

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Турбота про своїх громадян, дотримання їх прав і свобод, зокрема надання законодавчо закріплених гарантій на збереження, зміцнення і відновлення здоров'я, є критеріями цивілізованості демократичної держави. У статуті ВООЗ задекларовано, що уряди несуть відповідальність за здоров'я своїх народів, і ця відповідальність вимагає прийняття заходів соціального характеру у сфері охорони здоров'я. Важливість охорони здоров'я населення рекомендовано ВООЗ вважати одним із показників якості життя, невід'ємною складовою соціального, культурного й економічного розвитку індивіда. Засади організації фінансового забезпечення охорони здоров'я викладені в ст. 49 Конституції України, де зазначається, що охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням і є безоплатною у державних та комунальних закладах, в ст.14 Закону України «Про екстрену медичну допомогу» [7] зазначено, що фінансове та матеріально-технічне забезпечення системи екстреної медичної допомоги здійснюється за рахунок бюджетних коштів відповідно до бюджетного законодавства.

Недосконала з економічної та управлінської точки зору успадкована від колишнього СРСР модель системи охорони здоров'я в нових економічних умовах виявилася неефективною і зумовила зменшення доступності медичної допомоги для широких верств населення України. Істотний дефіцит бюджету галузі, що спостерігається з початку 90-х років ХХ сторіччя, призвів до значного погіршення якості медичного обслуговування і стану здоров'я нації.

Ситуація в охороні здоров'я є однією з найгостріших у нашій країні. Ця дуже важлива соціальна галузь існує на межі виживання і тому сьогодні питання удосконалення системи фінансового забезпечення охорони здоров'я в цілому та системи екстреної медичної допомоги, як її частки, зокрема, набуває особливого значення у зв'язку з активізацією процесу реформування галузі. Наявність цих та інших проблем обумовили актуальність теми

дослідження.

Аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання вищезазначеної проблеми, підтверджує, що ситуація, в якій опинилася система охорони здоров'я України, вимагає негайних заходів з її реформування. Дослідженню питань фінансового забезпечення та використання ресурсів у галузі охорони здоров'я присвячені праці українських науковців: З. Гладун [27; 28], Н. Карпишин [36; 37], В. Лехан [41], Я. Радиш [61], Г. Слабкий [65], Н. Авраменко [19; 20], В. Дем'янишин [29], К. Павлюк [56], Г. Рожков [62; 63] та інших. Однак стрімкі соціально-економічні перетворення, а також зрушення у світових тенденціях фінансування охорони здоров'я потребують вирішення завдань пошуку найбільш ефективних моделей фінансового забезпечення галузі.

Водночас дослідження структури джерел фінансового забезпечення системи охорони здоров'я та ролі держави у цих процесах потребує уточнення пріоритетів державної політики України в умовах реформування галузі.

Мета кваліфікаційної роботи полягає у розробці теоретичних та практичних рекомендацій щодо вдосконалення системи управління фінансовим забезпеченням закладів охорони здоров'я, а також визначення напрямів підвищення ефективності фінансування галузі за рахунок різних джерел в умовах її реформування.

Для досягнення мети були визначені такі завдання:

- визначення сутності фінансового забезпечення бюджетних установ системи охорони здоров'я;
- виявлення методів та особливостей управління закладом охорони здоров'я;
- визначення сучасного становища та джерел фінансування охорони здоров'я;
- надати організаційно-економічну характеристику КУ «ОЦЕМД та МК» ДОР;

- провести аналіз структури надходжень та видатків, динаміку видатків КУ «ОЦЕМД та МК» ДОР;
- провести оцінку тенденцій та проблем фінансування КУ «ОЦЕМД та МК» ДОР; дослідити зарубіжний досвід фінансування та принципи фінансування системи охорони здоров'я.

Об'єкт дослідження – процес функціонування системи фінансового забезпечення комунальної установи системи екстреної медичної допомоги.

Предмет дослідження – система управління фінансовим забезпеченням установи системи екстреної медичної допомоги на прикладі комунальної установи «Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» Дніпропетровської обласної ради, по тексту на далі – КУ «ОЦЕМД та МК» ДОР

Методи дослідження. Для реалізації мети та завдань дослідження використовувався комплекс методів: метод системного аналізу – для дослідження наукових джерел і державних документів, що регламентують діяльність системи охорони здоров'я; узагальнення наукових концепцій, визначення точок зору провідних вітчизняних і зарубіжних учених щодо проблем фінансування системи охорони здоров'я; метод функціонально-структурного аналізу – який передбачав вивчення досліджуваної проблеми і дав змогу простежити причинно-наслідкову та історичну зумовленість її виникнення; математичний та порівняльний методи – для здійснення аналізу структури надходжень та видатків, динаміки видатків КУ «ОЦЕМД та МК» ДОР; методи функціонального та статистичного аналізу – для оцінювання стану фінансового забезпечення та напрямів реформування фінансового забезпечення КУ «ОЦЕМД та МК» ДОР; програмно-цільовий, порівняльно-правовий методи, моделювання та узагальнення – для формулювання висновків, рекомендацій та пропозицій щодо удосконалення фінансування КУ «ОЦЕМД та МК» ДОР.

Наукова новизна отриманих результатів визначається такими основними положеннями:

- уточнено понятійний апарат стосовно визначення категорій «бюджет» та «бюджетування»;
- розроблено рекомендації щодо оптимізації фінансування охорони здоров'я шляхом створенням прозорої, багатоканальної, регульованої державою системи фінансових потоків;
- набуло подальшого розвитку визначення принципів та підходів щодо фінансового забезпечення населення загальнодоступною медичною допомогою в межах визначеного організаційного рівня, який визначається як базовий стандарт якості загальнодоступної медичної допомоги.

Практичне значення. Матеріали роботи можуть бути використані в процесі вдосконалення фінансування, організації та управління закладами системи екстреної медичної допомоги в сучасних умовах.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, додатків та списку використаних джерел з 84 найменувань. Загальний обсяг 124 сторінок, в тому числі 13 таблиць та 6 рисунків.

1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ БЮДЖЕТНИХ УСТАНОВ

1.1 Сутність фінансового забезпечення бюджетних установ системи охорони здоров'я

Через витратну частину державного бюджету фінансові засоби перерозподіляються між сферою матеріального виробництва та невиробничою сферою, між галузями економіки держави та її регіонами. За цільовим спрямуванням видатки державного бюджету поділяються на такі основні групи: соціальний захист населення, освіта, охорона здоров'я, оборона та управління.

Бюджетне фінансування – це безповоротне, безвідплатне виділення коштів з бюджету, яке забезпечує процес розширеного відтворення, утримання соціальної сфери, обороноздатності та апарату управління держави. Бюджету в системі державних фінансів належить центральне місце. Він, як система економічних розподільних відносин, охоплює фактично все суспільство, на відміну від інших ланок фінансової системи, які мають більш обмежене функціонування. Це пов'язано з тим, що бюджет повинен забезпечити виконання державою її основних функцій – управління, оборони, регулювання економіки, соціальної.

В основу законодавства України занесене поняття бюджету як плану. В той же час це фонд, з якого держава черпає свої фінансові ресурси для забезпечення свого функціонування.

Основна сутність бюджетного фінансування полягає в тому, що при допомозі цього механізму здійснюються грошові відносини, які виникають між державою з одного боку, а з іншого – підприємствами, організаціями державної форми власності, з приводу спрямування грошових коштів на підвищення рівня життя, задоволення суспільних проблем, забезпечення

інших державних заходів.

Відповідно до ст. 86 Бюджетного кодексу України розмежування видів видатків між місцевими бюджетами здійснюється на основі принципу субсидіарності з урахуванням критеріїв повноти надання послуги та наближення її до безпосереднього споживача. З бюджетів сіл, селищ, міст та їх об'єднань здійснюються видатки на фінансування бюджетних установ та заходів, які забезпечують необхідне першочергове надання соціальних послуг, гарантованих державою, і які розташовані найближче до споживачів.

З бюджетів міст республіканського Автономної Республіки Крим та міст обласного значення, а також районних бюджетів здійснюються видатки на фінансування бюджетних установ та заходів, які забезпечують надання основних соціальних послуг, гарантованих державою для всіх громадян України. У свою чергу видатки на фінансування бюджетних установ та заходів, які забезпечують гарантовані державою соціальні послуги для окремих категорій громадян, або фінансування програм, потреба в яких існує в усіх регіонах України, здійснюються з бюджету Автономної Республіки Крим та обласних бюджетів. Через бюджети міст Києва та Севастополя фінансуються усі три передбачені групи видатків.

Також, необхідно розглянути науковий підхід до поняття фінансового забезпечення бюджетних установ. Підхід, де фінансове забезпечення подано як один із методів фінансового механізму, покликано забезпечувати розподільчі та перерозподільні процеси з метою утворення доходів і фондів коштів, притаманний науковим працям О. Кириленко, С. Юрія. В. Опарін вважає, що фінансове забезпечення — це структурна підсистема фінансово-кредитного механізму, система джерел і форм фінансування розвитку економічної та соціальної сфер суспільства. Н. Карпишин наголошує: у діяльності суб'єктів ринку дуже рідко використовують лише одну форму фінансового забезпечення, а в більшості випадків оптимально поєднують різні форми. Кожен економічний суб'єкт формує власну модель фінансового забезпечення, якою визначає склад і структуру джерел фінансування й

відповідні форми руху коштів. У згаданому визначенні фінансове забезпечення розглядають лише як складову макроекономічного механізму, водночас випускаючи з уваги той факт, що воно присутнє в господарській діяльності всіх суб'єктів економічних відносин [37, с. 28]

Отже, спираючись на позицію та думку науковців, можливо зробити висновок, що:

1) фінансове забезпечення — це метод фінансового механізму, за допомогою якого формують і використовують фонди коштів і який характеризує зміст впливу фінансів на різні аспекти розвитку суспільства;

2) фінансове забезпечення охорони здоров'я — це метод фінансового механізму, що визначає принципи, джерела й форми фінансування суб'єктів господарювання, чия діяльність спрямована на охорону, збереження, зміцнення та відновлення здоров'я громадян.

Основними формами фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні є: бюджетне фінансування, добровільне медичне страхування, самофінансування, благодійництво та спонсорство. Такі форми, як кредитування й інвестування, характерні для юридичних і фізичних осіб, котрі займаються приватною медичною практикою. Крім того, у період переходу до ринкової економіки державним і комунальним закладам охорони здоров'я дозволили некомерційну господарську діяльність (медичну та немедичну), аби в такий спосіб вони мали змогу залучати додаткові фінансові ресурси. У результаті набула значного поширення така форма фінансового забезпечення, як некомерційне самофінансування. Останнє полягає в тому, що його здійснюють на принципах самоокупності й воно передбачає просте відтворення витрат, пов'язаних із наданням медичної допомоги, та обумовлене неможливістю отримання прибутку в зв'язку з податковим статусом неприбуткових закладів охорони здоров'я.

На теперішній час, найвагомішим джерелом фінансового забезпечення системи охорони здоров'я є кошти державного та місцевих бюджетів, тоді як кошти, отримані з інших джерел, — лише додатковий фінансовий ресурс.

Тому основною формою фінансового забезпечення охорони здоров'я виступає бюджетне фінансування.

Бюджетне фінансування, як інструмент механізму виконання бюджету, базується на наукових принципах, до яких, на нашу думку, належать:

а) безповоротність — безповоротне виділення бюджетних коштів відповідним розпорядникам у межах затверджених сум згідно бюджетного законодавства;

б) безплатність — відсутність плати у вигляді відсотків за виділені бюджетні призначення;

в) безстроковість — відсутність часових обмежень, у межах яких можна користуватися бюджетними коштами, окрім визначених строків бюджетного періоду;

г) плановість — виділення бюджетних коштів у межах, встановлених бюджетом відповідно до обсягів видатків, затверджених у бюджетних запитах або фінансових планах розпорядників коштів;

д) цільове спрямування — кошти з бюджету плануються й відпускаються на заздалегідь визначені цілі згідно з фінансовими планами, а також на підставі програмно-цільового методу планування та використання коштів;

е) поєднання різних джерел покриття витрат, пов'язаних із основною діяльністю - полягає в тому, що бюджетні кошти виділяються з урахуванням власних джерел, коштів вищих організацій і за умови їхнього найефективнішого використання;

є) фінансування з бюджету здійснюється в міру виконання планів виробничих показників і надходження доходів;

ж) ефективне, раціональне й економічне використання коштів полягає в досягненні максимального ефекту за мінімальних витрат;

з) фінансування бюджетних установ здійснюється на основі встановлених економічних нормативів залежно від сфери діяльності;

і) контроль за використанням бюджетних коштів означає використання

всіх видів, форм і методів бюджетного контролю стосовного кожного розпорядника бюджетних коштів.

Залучення позабюджетних коштів на здійснення діяльності закладами охорони здоров'я на теперішній час є дуже повільним через законодавчі перепони й невизначеність державної політики. Кошти, які залучають бюджетні заклади охорони здоров'я до спеціального фонду кошторису, наразі не відіграють значної ролі в їх фінансовому забезпеченні, однак на практиці спостерігається тенденція до поступового пошуків некомерційної діяльності в цій сфері. Некомерційна діяльність бюджетних установ і організацій не має на меті отримання прибутку, і її здійснюють у загальнодержавних інтересах для залучення додаткових фінансових ресурсів.

Ще одним з альтернативних джерел фінансового забезпечення охорони здоров'я виступає благодійництво та благодійна діяльність. Надходження від спонсорських і добродійних внесків розглядаються як «інвестиції в соціальну сферу» взагалі та в охорону здоров'я зокрема. Благодійна діяльність регулюється Законом України «Про благодійництво та благодійні організації». Він закріплює основні принципи й форми благодійності, напрями діяльності благодійних організацій.

Отже, головною метою трансформації фінансового забезпечення системи охорони здоров'я населення є зміцнення фінансової бази, збільшення фінансових ресурсів з допомогою вдосконалення бюджетного фінансування, добродійної діяльності й пошуку нових джерел фінансування та шляхів їхнього надходження.

1.2. Методи та особливості управління закладом охорони здоров'я

Дослідження фінансів в історичному контексті пояснюється прагненням об'єктивно оцінити і узагальнити попередній досвід управління та особливості фінансування такої важливої галузі, як охорона здоров'я.

Життя і здоров'я – найвищі людські цінності. Здоров'я є найбільшим природним благом людини. Здоров'я людини залежить від багатьох різноманітних факторів, найважливішим серед яких є природні, спадкові. Але людина – істота суспільна, і стан її здоров'я, в значній мірі, залежить не тільки від природних, а й від суспільних умов життя. В сучасному світі вони є не лише особистими благами кожної людини, а й величезною суспільною цінністю, надзвичайно важливою і в соціальному, і в економічному плані.

Здоров'я є невід'ємною умовою гармонійного розвитку людей і, в той же час, показником рівня соціально-економічного та культурного розвитку суспільства. Адже чим розвинутіші й багатші суспільство та держава, тим більше коштів вони вкладають в охорону здоров'я своїх громадян, у їх медико-санітарне обслуговування, в розвиток медичної, біологічної та фармацевтичної науки, практики й новітніх оздоровчих і лікувальних технологій.

Історія охорони здоров'я охоплює значний період. В усі часи організація медичного обслуговування, особливості управління, фінансування тощо, відбувалися залежно від економічних, соціальних і політичних умов і відповідали вимогам часу. Умовно за характерними ознаками розвитку та функціонування сфери медичних послуг можна виділити такі основні періоди: дорадянський (до 1917 р.), радянський (1917 – 1991 рр.) і сучасний.

Дорадянський період розвитку охорони здоров'я на Україні найменш досліджений і бере свої витoki з найдавніших часів.

За існування Київської Русі в містах серед представників різних професій були особи, які займалися лікувальною справою, нерідко спадково та отримували винагороду за лікування. За законами Київської Русі на медичну допомогу церкві належало виділяти частину з усіх державних прибутків, що можна сприймати як своєрідну державну опіку справ медичного обслуговування.

Про стан медичного обслуговування у Запорізькій Січі свідчать дослідження професора С.А. Верхратського. Він наводить факти існування

серед козаків цирульників-професіоналів [36].

У ті часи лікарська справа мала приватний характер і була поза увагою й контролем держави. Історики свідчать, що лікарі з хворими складали угоди про лікування, як на звичайну торговельну справу, де товаром виступала медична послуга. Послугами іноземних і вітчизняних дипломованих лікарів могли користуватися лише забезпечені верстви населення. Основна більшість зверталась за допомогою до лікарів-цирульників, кількість яких збільшувалася.

Наприкінці XVI століття в Україні в кожній губернії виходить «Приказ громадської опіки», який регламентував улаштування і утримання лікарень, притулків для інвалідів, сиріт. Утримання лікарень, аптек, притулки для сиріт покладалося на міське управління, тобто на місцеві державні органи управління медичною справою («Прикази громадської опіки»). Це нововведення свідчить про прихід влади до розуміння щодо необхідності створення спеціальних органів управління охороною здоров'я на місцях. Воно стало початком децентралізації державного управління цією сферою. До видатків на лікарні за «Приказом» відносилися витрата на харчування хворих, на утримання обслуговуючого персоналу, на оплату праці лікарю та його помічнику [36].

У 1864 році царським урядом Російської імперії було видане Положення про земські установи. Видатки на охорону здоров'я здійснювалися земством із власної ініціативи, без втручання держави. Земство заклало в Україні основи якісно нової організації медичної допомоги – земської медицини, яка являла собою систему медико-санітарного обслуговування сільського населення на основі самоврядування. Недосконалість правової бази, цензовий характер і сувора адміністративна опіка, дефіцит бюджетних коштів ставили земську діяльність у справах медицини у важкі умови і створювали перешкоди для розвитку охорони здоров'я. Проте в умовах земства вперше з'явилися усі необхідні з сучасного погляду елементи системи управління: суб'єкт управління (губернські і повітові земські зібрання, губернські і повітові

земські управи) та об'єкт управління (мережа лікувальних, санітарних та інших земських закладів).

Разом із земською і міською медициною розвивалася фабрична медицина, яка, по суті, поклала початок формуванню системи медичного страхування в Україні.

Фабрична медицина була віддана в приватні руки – руки фабрикантів, і відсутність контролю з боку державних органів за наданням медичної допомоги сприяла виникненню порушень і зловживань. Із прийняттям Закону 1912 року «Про соціальне страхування на випадок хвороби» офіційно було покладено початок формуванню системи страхової медицини в Росії і в Україні загалом [19].

Рівень медичного забезпечення в інших українських землях, що перебували під владою Австро-Угорщини, Польщі, був значно нижчим, ніж у Росії. У часи окупації краю Австрією, як стверджує історик польської медицини Гансіровський, для основної маси населення Галичини медичної допомоги не було, заможні особи утримували придворних лікарів. У великих містах існували цехи хірургів («цирульників»), аптеки, благодійні шпиталі та ін. Не було ніякого керівництва і контролю з боку держави.

Із 1776 до 1783 року австрійський уряд на всі санітарно-лікувальні заходи витрачав у середньому по 25 тис. гульденів на рік (1 гульден – 0,75 крб.). З прийняттям в Австрії у 1867 році Конституції в країні почався період реформ, котрі зачепили і медичну галузь. Вперше відбулася спроба передати медичні справи на баланс бюджетів самоврядувань (через 20 років після заснування земської медицини в Росії).

Принцип платності медичних послуг не порушувався і під час панування у західних областях України Польщі. Рівень медичного забезпечення населення польських земель відставав на 50–60 років від земських губерній Росії.

Надзвичайно важливе місце у фінансовому забезпеченні галузі посідав інститут місцевого самоврядування. Кошти державного бюджету становили

мізерну частину в загальній сумі витрат на охорону здоров'я, тоді як питома вага видатків місцевих бюджетів (це стосується земських губерній) становила 80 %. Муніципальна медицина враховувала всі особливості й проблеми території, що давало змогу реально визначити пріоритети та напрями розвитку охорони здоров'я.

Можна стверджувати, що у дорадянський період розвитку охорони здоров'я в Україні у зародковому стані було створено багатоканальний механізм фінансування галузі. Слід зазначити, що внаслідок економічного прогресу і зростання суспільної свідомості з часом визначалися пріоритетні джерела фінансового забезпечення і прийшло розуміння державних функцій у сфері охорони здоров'я.

Формування централізованого органу управління охороною здоров'я в Україні радянського періоду започатковане створенням при Тимчасовому робітничо-селянському уряді України відділу охорони здоров'я (січень 1919 р.), реорганізованому в лютому того ж року за прикладом Російської федерації у Народний комісаріат охорони здоров'я, який своїм розпорядженням тоді ж скасував старі форми лікарського управління. У березні 1919 р. Рада народних комісарів України своєю постановою організувала місцеві відділи охорони здоров'я на рівні губерній та повітів, що створило організаційні засади системи державного управління охороною здоров'я на центральному та територіальному рівнях. При цьому без місцевого органу управління залишався район, що свідчило про відсутність на той час цілісної системи управління охороною здоров'я, зокрема, у сільській місцевості [27; 28].

Наступні адміністративно-територіальні реформи в Україні призвели до скасування у 1930 р. округів та їх розподілу на області з реорганізацією окружних відділів охорони здоров'я в обласні.

На початку другої половини ХХ ст. була суттєво реорганізована система державного управління сільською медициною: у 1957 р. райздороввідділи були ліквідовані, а їх функції керівництва системою охорони здоров'я на рівні району в області передані головному лікарю центральної районної лікарні. За своїми

функціями центральні районні лікарні перетворювалися не тільки в осередки спеціалізованої медичної допомоги мешканцям цієї території, що було позитивним чинником в забезпеченні населення району спеціалізованими видами допомоги, але й ставали центрами стратегічного й оперативного управління всіма лікувально-профілактичними закладами району [38].

Зазначений перерозподіл функцій на рівні районів області від органу місцевої виконавчої влади, яким був на той час райздороввідділ, до медичного закладу (центральної районної лікарні) на той час вважався прогресивним і перспективним. Тобто, загальнодержавна система управління охороною здоров'я (міністерство, обласне управління, центральна районна лікарня, медичний заклад) залишалась адміністративно-командною. Це та система управління з її модифікаціями останніх років періоду «застою» в колишньому СРСР, яка дісталась незалежній Україні й стала однією з причин кризи в охороні здоров'я і яку потрібно не реформувати, а створити замість неї якісно нову відповідно до вимог ринку і досягнень світового менеджменту [20].

Слід зазначити, що серед вітчизняних організаторів охорони здоров'я і зараз є досить багато прихильників збереження центральних районних лікарень у районах області як органів управління.

За умов, коли всі без винятку заклади охорони здоров'я були лише державними та фінансувались за рахунок коштів державного бюджету, формування бюджету здійснювалося згори, вказана організаційна структура державного управління галуззю досить ефективно виконувала свої функції на адміністративно-командних засадах. В умовах перебудови українського суспільства та проведення адміністративної реформи, незважаючи на розвиток науки державного управління, ситуація в управлінні охороною здоров'я на рівні сільського району не змінилася і характеризується невідповідністю суб'єктно-об'єктних відносин в управлінському процесі та диспропорціями у розвитку суб'єкта та об'єкта управління.

У сучасний період розвитку охорони здоров'я стратегічним напрямом поліпшення стану галузі стало створення багатоканального механізму фінансування, ефективного аналізу та контролю за витрачанням бюджетних

коштів. Суспільству знову доводиться повертатися до цієї життєздатної моделі фінансового забезпечення і заново створювати те, що було втрачено багато років тому.

В багатьох розвинених державах світу право на життя та охорону здоров'я визнають за громадянами і закріплюють в Конституціях і в поточному законодавстві. Право на життя та здоров'я є природним і невід'ємним правом людини. Його визнають Організація Об'єднаних Націй, передова світова громадськість. Це право закріплене в ряді міжнародно-правових актів, серед яких Загальна Декларація прав людини, Конвенція про права дитини, Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права тощо [27].

Конституція України, закріпивши у ст. 49 право громадян на охорону здоров'я, розмежує це право і право на медичну допомогу та страхування [1].

Відповідно до ст. 49 та 50 Конституції України, зміст охорони здоров'я становить система заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя. Один із секторів суспільного і державного життя – соціальна сфера і політика, основою якої є охорона здоров'я громадян, створення безпечних і здорових умов для проживання людей, їх праці й відпочинку. Охорона здоров'я – одна з тих галузей соціальної сфери, де культурно-політичні, соціально-економічні та морально-етичні засади суспільства і держави проявляються найяскравіше.

Значення здоров'я людини визнають у світі настільки важливим, що цей показник першим входить до індексу людського розвитку – універсального визначника рівня розвитку суспільства тієї чи іншої країни. За дослідженнями Всесвітньої організації охорони здоров'я, індекс людського розвитку вираховують на основі наступних показників: тривалості життя людей, грамотності, валового внутрішнього продукту та купівельної спроможності

громадян.

Сьогодні існують незаперечні докази, що здоров'я населення є одним із найважливіших (навіть більш важливим, ніж освіта) факторів розвитку економіки будь-якої країни та добробуту населення (Світовий банк, Комісія Всесвітньої організації охорони здоров'я з макроекономіки та здоров'я). За останні півстоліття здатність системи охорони здоров'я впливати на здоров'я населення збільшилася в декілька разів.

Як показує аналіз демографічної ситуації та основних показників стану здоров'я населення України більш ніж за 30-річний період у першій його половині рівень здоров'я порівняно з іншими країнами Європи був кращим (табл.1.1, 1.2, 1.3).

Таблиця 1.1- Народжуваність на 1000 населення за даними ВООЗ

Країна	Показник народжуваності					
	1980 р.	1985 р.	1990 р.	1995 р.	2005 р.	2017р.
Україна	14,88	14,98	12,73	9,61	7,84	7,8
Польща	19,56	18,28	14,37	11,22	10,20	10,8
Великобританія	13,46	13,26	13,91	12,49	12,10	12,2
Франція	14,90	13,93	13,44	12,55	12,30	12,3
Фінляндія	13,19	12,81	13,18	12,35	11,15	11,2

Отже основа організації та управління системи охорони здоров'я в Україні 70–80 рр. себе виправдовувала. Внаслідок погіршення демографічної ситуації знижується рівень продуктивних сил, що призводить до зменшення валового національного продукту, бюджетних надходжень та фінансування на збереження і покращення здоров'я [30].

Дані таблиць свідчать про високий рівень захворюваності громадян України, найвищий показник смертності, зниження середньої тривалості життя та найнижчий показник народжуваності, що негативно впливає на демографічну ситуацію в цілому, а відповідно – на рівень економіки країни і добробут народу.

Таблиця 1.2-Смертність на 1000 населення за даними ВООЗ

Країна	Показник смертності					
	1980 р.	1985 р.	1990 р.	1995 р.	2005 р.	2017р.
Україна	11,40	12,13	12,19	15,46	14,89	15,1
Польща	9,84	10,25	10,19	10,01	9,96	10,0
Великобританія	11,82	11,85	11,18	11,01	10,6	8,9
Франція	10,19	10,01	9,27	9,14	9,05	8,7
Фінляндія	9,31	9,86	10,04	9,66	9,6	9,4

Невід’ємною складовою розвитку і зміцнення держави, її соціально-економічного потенціалу є фінансування заходів щодо охорони здоров’я пропорційно до обґрунтованих реальних потреб населення, а також з урахуванням економічного становища держави.

Таблиця 1.3-Тривалість життя за даними ВООЗ

Країна	Тривалість життя (роки)					
	1980 р.	1985 р.	1990 р.	1995 р.	2005 р.	2017р.
Україна	69,63	69,94	70,54	66,86	68,18	68,0
Польща	70,36	70,64	71,01	72,01	72,40	77,5
Великобританія	73,59	74,65	75,95	76,86	77,54	81,0
Франція	74,91	75,99	77,62	78,71	79,25	82,3
Фінляндія	73,73	74,49	75,13	76,75	77,12	81,0

Охорона здоров’я – один з пріоритетних напрямів державної політики, спрямований на організацію високоякісної і доступної медичної допомоги з орієнтацією системи охорони здоров’я на попередження захворювань, забезпечення безпечного і сприятливого для здоров’я та життєдіяльності людини середовища [13]. Трансформаційні процеси, які відбулися в політичній і соціально-економічній сферах України, негативно вплинули на соціально-демографічну ситуацію в суспільстві та визначили перспективи її розвитку на наступні десятиліття.

Починаючи з 1992 року, в країні стали активно діяти деструктивні, руйнівні процеси демореальності [48]. Загальна чисельність населення стала інтенсивно зменшуватись: за період 1992–1995 рр. – на 328,2 тис. осіб; 1996–2000 рр. – на 229,86 тис. (4,44 %); 2001–2005 рр. – на 214,9 тис. (4,35 %); 2006–2010 рр. – на 131,8 тис. (2,79 %); 2011 – 2017рр. – на 352,3 тис.(7,46%). Дані статистичної звітності після 2014 року в зв'язку з відсутністю даних з окупованих територій Автономної Республіки Крим і м. Севастополя. За весь період незалежності України втрачено понад 6,5 млн. населення. Чисельність чоловіків зменшилась на 3,1 млн., жіночого населення – на 3,4 млн. осіб [55], [67].

Показники смертності в останні роки, як і раніше, набагато перевищують показники народжуваності, і це є вкрай негативним [67]. Звідси показники природного приросту від'ємні, і тримаються вони на високому рівні навіть в умовах поліпшення народжуваності в країні. Слід також зазначити, що рівень смертності в Україні перевищує середньоєвропейський показник вдвічі, а рівень передчасної смертності – втричі. Причому показник смертності чоловіків у віці 25–44 років перевищує аналогічний показник жінок-ровесниць [55].

Прогнозні розрахунки Інституту демографії та соціальних досліджень Національної академії наук України та Інституту економіки НАН України свідчать, що такий стан процесів демовідтворення збережеться і надалі, тобто співвідношення народжуваності і смертності буде на користь останньої. Тому чисельність населення України, наприклад, у 2018 р. складе 42,5 млн., у 2022 р. – 40,3 млн. і в 2026 р. – 38,2 млн. осіб [48].

Здоров'я населення повинно дійсно стати пріоритетною турботою суспільства не в декларативному, а в реальному плані. Безумовно, величезну роль у зміцненні та збереженні здоров'я населення відіграє медицина. Як правило, кваліфікована і своєчасна медична допомога є гарантом збереження і зміцнення здоров'я людей, допомагає закладати фундамент здоров'я майбутніх поколінь.

Таблиця 1.4- Динаміка основних показників відтворення населення за 1990–2018 рр.

Роки	Наявне населення, млн. осіб	Народжених		Померлих		Природний приріст (скорочення)		Сумарний коефіцієнт народжуваності**
		тис. осіб	% *	тис. осіб	% *	тис. осіб	% *	
1990	51,84	657,2	12,6	629,6	12,1	27,6	0,5	1,85
2000	49,43	385,1	7,8	758,1	15,4	-373,0	-7,4	1,11
2005	47,28	426,1	9,0	782,0	16,6	-355,9	-7,6	1,21
2010	45,96	518,6	11,3	741,9	16,2	-223,3	-4,9	1,48
2011	45,59	502,6	11,0	664,6	14,5	-161,9	-3,5	1,46
2012	45,45	520,7	11,4	663,1	14,5	-142,4	-3,1	1,53
2013	45,37	503,7	11,1	662,4	14,6	-158,7	-3,5	1,51
2014 ¹	45,25	465,9	10,8	632,3	14,7	-166,4	-3,9	1,49
2018 ¹	42,15	335,9	9,6	587,7	15,1	-251,8	-5,5	1,31

– * на 1000 населення;

– **народжених в середньому на одну жінку;

¹ Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції. Інформація сформована на основі наявних адміністративних даних щодо державної реєстрації народження і смерті.

Існуюча система охорони здоров'я України потребує адаптації, перерозподілу коштів та фінансування її окремих програм з метою максимального забезпечення покращення здоров'я в сучасних умовах.

Охорона та зміцнення здоров'я людей, збільшення тривалості їх життя й активної діяльності, підвищення якості медичної допомоги є головними компонентами державної соціальної політики, одним з найважливіших завдань і внутрішніх функцій держави. І навіть у сучасних умовах значення забезпечення діяльності системи охорони здоров'я не зменшується, а навпаки – зростає. Бо саме в цих умовах уся соціальна сфера потребує ефективного й гнучкого державного управління. Воно повинно бути спрямоване на як

найвідповідніше забезпечення конституційного права громадян на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування [26].

1.3. Сучасне становище та джерела фінансування охорони здоров'я

Піклування про здоров'я людей – одна з найважливіших соціальних функцій держави. Право на медичну допомогу закріплено в Конституції України. Воно гарантоване безплатною медичною допомогою, що надається громадянам, розширенням мережі закладів для лікування та зміцнення здоров'я, розвитком і удосконаленням техніки безпеки, виробничої санітарії, проведенням профілактичних заходів та заходів з оздоровлення навколишнього середовища.

У листопаді 1992 було прийнято «Основи законодавства України про охорону здоров'я», де зазначено, що кожна людина має природне і непорушне право на охорону здоров'я. Суспільство і держава, відповідальні перед сучасними і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду України, забезпечують пріоритетність охорони здоров'я, поліпшення умов праці, навчання, побуту і відпочинку населення, розв'язання екологічних проблем, удосконалення медичної допомоги і пропаганди здорового способу життя.

Основи законодавства України про охорону здоров'я визначають правові, організаційні, економічні й соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулюють суспільні відносини в цій галузі з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності та довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що погіршують їхнє здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості [3].

Характеристикою ефективного фінансового забезпечення суспільного добробуту виступає рівень та якість життя, вагомою складовою яких є

здоров'я населення країни. У сучасних умовах здоров'я населення набуває безпрецедентного значення для поступального розвитку суспільства, забезпечення його соціальної та політичної стабільності, прогресу в усіх сферах життєдіяльності.

Від того, які обсяги коштів має держава у своєму розпорядженні, залежать її можливості щодо регулювання економічних процесів як головної і загальної умови зростання добробуту людей; рівень доходу працюючих у бюджетній сфері та тих, хто потребує соціального захисту; рівень фінансового забезпечення охорони здоров'я, освіти, культури та інших сфер життєдіяльності людей, ступінь розвитку яких визначає рівень суспільного добробуту в країні.

У державній системі охорони здоров'я в останні роки відчутний дефіцит коштів. Бюджетне фінансування лікувально-профілактичних заходів здійснюється в обмежених розмірах, що значно ускладнює їхнє функціонування. За багатьма напрямками лікувальної та профілактичної діяльності медична допомога є платною.

Основним джерелом фінансування галузі охорони здоров'я в Україні є бюджетні кошти. Така система фінансового забезпечення галузі пов'язана з тим, що більшість лікувальних установ мають статус бюджетних [29].

Відповідно до Бюджетного кодексу України, фінансування бюджетних установ відбувається за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів на основі постатейного кошторису доходів та витрат, фондів медичного страхування, благодійних фондів та будь-яких інших джерел, не заборонених законодавством.

Кошти Державного бюджету України, місцевих бюджетів, асигновані на охорону здоров'я, використовуються для забезпечення населенню гарантованого рівня медичної допомоги, фінансування державних цільових і місцевих програм охорони здоров'я та фундаментальних наукових досліджень з цих питань [2].

У державному бюджеті та місцевих бюджетах, які у своїй сукупності

створюють бюджетну систему держави, зосереджується переважна більшість фінансових ресурсів держави.

Стосовно системи охорони здоров'я в Україні, то кошти бюджетів виступають основним джерелом фінансування галузі, причому кожен напрям видатків фінансується: із державного бюджету, бюджету АРК та обласних бюджетів, районних бюджетів та бюджетів міст республіканського АРК і обласного значення.

Ст. 86 Бюджетного кодексу України встановлює розмежування видів видатків між місцевими бюджетами на основі принципу субсидіарності з урахуванням критеріїв надання гарантованих послуг та наближення їх до безпосереднього споживача. Це стосується і фінансування охорони здоров'я та надання медичних послуг, джерелами фінансування яких в Україні є переважно бюджетні кошти. Розмежування видатків між бюджетами різних рівнів для надання медичної допомоги визначається Бюджетним кодексом України відповідно до видів надання такої допомоги.

Обсяги бюджетного фінансування визначаються за науково обґрунтованими нормативами в розрахунку на одного жителя. За рахунок Державного бюджету України, місцевих бюджетів, бюджетів місцевого самоврядування фінансуються загальнодоступні для населення заклади охорони здоров'я. Кошти, не використані закладом охорони здоров'я, не вилучаються і відповідне зменшення фінансування на наступний період не провадиться.

Вагомішим показником є фактичні видатки на охорону здоров'я в розрахунку на одну особу населення, як було наголошено раніше. Наприклад, при існуючій моделі і структурі, щоб мати кошти на охорону здоров'я в розрахунку на одну особу в сумі 1500 грн., галузь повинна отримувати щорічно 68,22 млрд. грн., в сумі 2500 грн. – 113 млрд. грн. [74]. Обсяги видатків на медичну галузь місцевих бюджетів у 2010-2018 рр. зросли з 36,1 млрд. грн. до 45,3 млрд. грн., або на 25%, державного бюджету – з 4,4 млрд. грн. до 11,1 млрд. грн., у 2,5 рази. В 2014 році обсяги видатків на охорону

здоров'я зменшилися як з місцевого бюджету – на 3,6 млрд. грн., так із державного – на 2,6 млрд. грн., що обумовлено неврахуванням тимчасово окупованих територій Автономної Республіки Крим, м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції. (див. рис.1.1.).

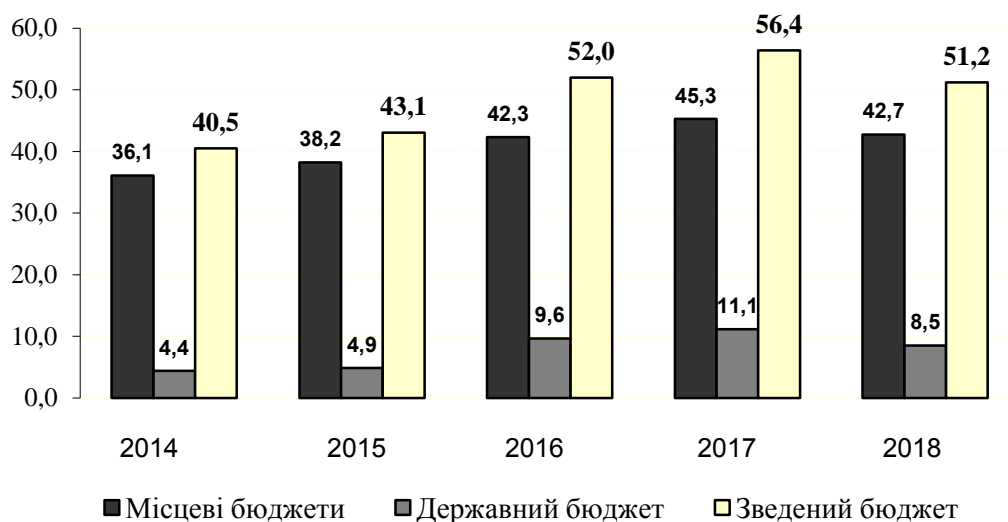


Рис. 1.1. Динаміка змін фінансування видатків на охорону здоров'я в Україні за 2014 – 2018 рр., млрд. грн.

З огляду на викладене можна відзначити, що видатки на охорону здоров'я характеризуються нестабільною динамікою. Незважаючи на щорічне збільшення номінальних обсягів видатків, їхня економічна й функціональна структури залишаються майже без змін, що свідчить про відсутність стратегічних підходів до перспективних цілей та ручне управління фінансуванням галузі. Цей показник залишається у 2–3 рази нижчим, ніж у європейських країнах: у Європейському регіоні відповідні видатки становлять приблизно 7,7 % , у країнах – членах ЄС – 8,7 % (згідно з рекомендаціями ВООЗ для забезпечення ефективної і кваліфікованої медичної допомоги державні видатки на охорону здоров'я мають становити 7–10 % ВВП).

У розвинених країнах діють дві базові моделі фінансування охорони здоров'я. Перша – державна, за якої фінансування здійснюється з державного бюджету. Таку модель застосовують Великобританія, Канада, Італія, Австралія. Друга модель є змішаною бюджетно-страховою, що передбачає фінансування цільових програм і оплату медичної допомоги

малозабезпеченим, соціальне незахищеним верствам населення (пенсіонерам, дітям, студентам, інвалідам) за рахунок держави і органів місцевого самоврядування. За тих, хто працює, платять підприємства і установи. Ця модель характерна для Фінляндії, Швеції, Норвегії, де держава фінансує до 70 відсотків усіх витрат на охорону здоров'я, США – до 50 відсотків.

Обидві системи і насамперед змішана націлені на досягнення повної рівноваги між джерелами коштів, що витрачаються на охорону здоров'я, і ефективністю діяльності медичних закладів.

З фінансової точки зору державна модель вимагає менших витрат коштів. Але в нашій країні ця модель скомпрометована багаторічною економією на соціальній сфері та іншими бюрократичними атрибутами адміністративної системи.

Змішана система побудована за такою схемою. Першу медичну допомогу пацієнтам надають сімейні лікарі. Коли сімейний лікар наполягає на госпіталізації, тоді вступає в дію друга ланка – лікарні, консультаційні пункти та діагностичні центри, які фінансуються із страхових фондів.

Обидві системи мають свої переваги і недоліки, однак суспільство виявляє більший інтерес до змішаної системи. Вона забезпечує, з одного боку, потрібний рівень медичного обслуговування населення, а з другого – створює певну зацікавленість у населення в посиленні турботи про здоров'я, а також забезпечує відповідальність медичних працівників за якість роботи. Перехід від однієї системи до іншої – дуже складний і тривалий процес, однак це питання в Україні набуло особливої актуальності.

Звертаємо увагу й на той факт, що для організації та розвитку галузі охорони здоров'я велике значення має приватне фінансування, основою якого є кошти фізичних та юридичних осіб, а саме внески в лікарняні каси, на придбання полісів медичного страхування, оплата населенням наданих медичних послуг, придбання лікарських засобів і виробів медичного призначення. В Україні приватне фінансування становить 45 %, що перевищує відповідний показник європейських держав, Японії, Канади й наближається до

частки такого фінансування у США – країні із приватною моделлю фінансового забезпечення охорони здоров'я (див. рис.1.2.).

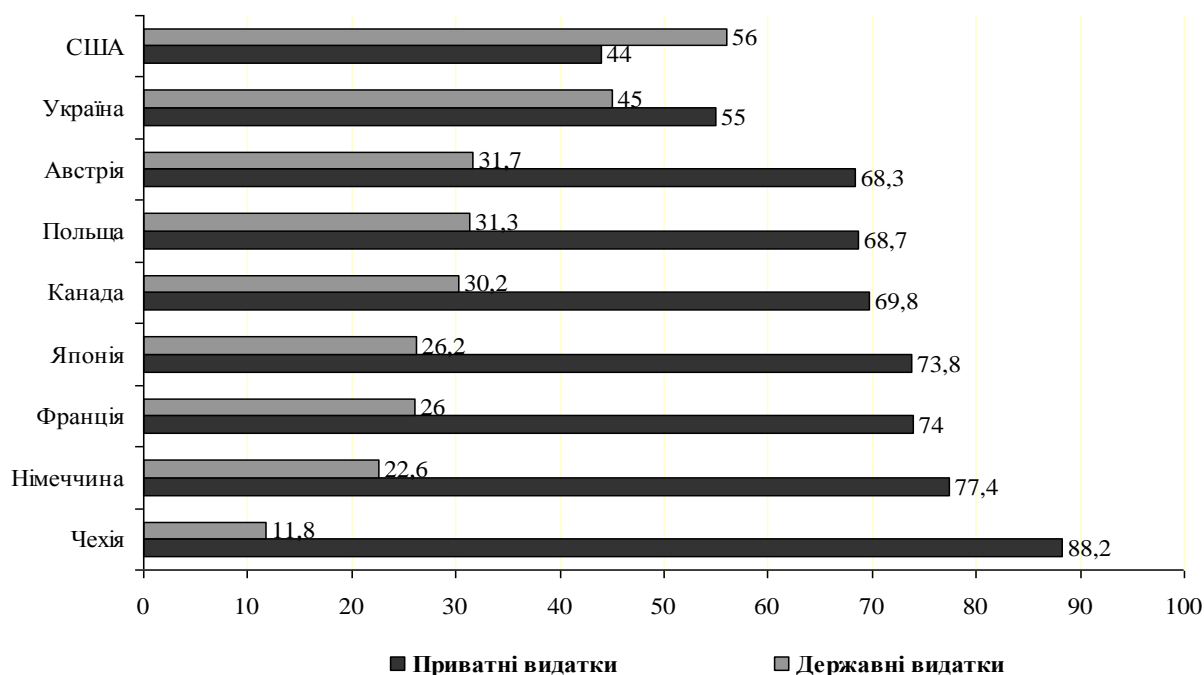


Рис. 1.2 - Порівняльна динаміка державних і приватних витратків на охорону здоров'я, %

Україна має занадто розгалужену систему медичних закладів, її інфраструктура розпорошена між 14 відомствами.

Розпорошення коштів сприяє тому, що значна їх частина спрямовується на утримання суто приміщень, а не на лікування пацієнта. Практично не фінансуються такі статті витрат, як закупівля медикаментів, медичного обладнання, ремонт приміщень, харчування хворих, розвиток науки. Зважаючи, що бюджетні кошти, які виділяються на охорону здоров'я, не виконують ні відтворюючу ні стимулюючу функції, необхідна переорієнтація пріоритетів бюджетної політики у напрямі підвищення ефективності витрачання коштів, що неможливо без створення організаційних та інституційних передумов.

Основною проблемою української системи охорони здоров'я, як свідчать дані аналізу вітчизняних та міжнародних експертів, є існування в Україні радянської моделі охорони здоров'я (моделі Семашко), призначеної

для функціонування в умовах планової економіки, яка не повною мірою відповідає ринковим умовам. Неефективна, недостатньою мірою розвинена система охорони здоров'я, що нині існує в Україні, обумовлює зростання потреб у медичній допомозі, що за умов обмеженого фінансування галузі зменшує можливості системи охорони здоров'я у забезпеченні населення якісними медичними послугами [75].

Як свідчить зарубіжний досвід, випереджаючі темпи зростання витрат на медичну допомогу порівняно з темпами збільшення ВВП країн, кризові явища в багатьох регіонах обумовлюють пошук шляхів зменшення витрат та раціонального використання бюджетних ресурсів.

Ураховуючи викладене, є підстави стверджувати, що бюджетна модель, яка дісталася Україні у спадок від існуючої в СРСР моделі Семашка, трансформується в систему, де поєднуються суспільні і приватні джерела фінансування. Отже, постає об'єктивна потреба в розробці наукових шляхів перебудови медичної галузі на засадах не лише збільшення фінансування існуючої моделі, а насамперед побудови нової ефективної оптимальної системи охорони здоров'я, здатної результативно працювати в сучасних умовах і реально можливих параметрах фінансування.

Потрібно зауважити, що останніми роками в Україні було проведено низку реформ у сфері охорони здоров'я. Утім, вони характеризувалися відсутністю чітких цілей, низькими темпами реалізації, а також непослідовністю й суперечливістю. Ця думка ґрунтується на результатах аналізу зарубіжного досвіду організації медичного страхування, який було запроваджено в нашій країні, адже бажаний ефект не отримано через існування таких обставин, як:

- 1) відсутність належної законодавчої бази й відповідних механізмів для запровадження медичного страхування;
- 2) неможливість збільшення видатків на охорону здоров'я через недостатній рівень економічного розвитку;
- 3) переважання неформального сектору економіки над формальним і

великі масштаби неофіційних платежів за медичні послуги;

4) неготовність інфраструктури системи охорони здоров'я надавати медичні послуги на якісно новому рівні [29].

Визначення принципів оптимальної моделі охорони здоров'я потрібно здійснити на основі поглибленого аналізу існуючих відносин, зв'язків між її суб'єктами і складовими, домінуючими імперативами. Цілком очевидно, що запровадження обов'язкового соціального медичного страхування дасть змогу використовувати медико-економічні стандарти при взаємодії страхових організацій і медичних закладів, окремих провайдерів послуг.

Беручи до уваги сьогоденний рівень соціально-економічного розвитку суспільства, фінансові можливості держави, суб'єктів господарювання й абсолютної більшості громадян, вважаємо, що в Україні доцільно запровадити змішану модель фінансового забезпечення охорони здоров'я, яка б включала бюджетну, страхову і приватну складові. При цьому абсолютні обсяги бюджетних ресурсів потрібно не скорочувати, а постійно збільшувати. На початковому етапі реформування системи охорони здоров'я надзвичайно важливим є збереження й розвиток медичної галузі з бюджетним фінансуванням на рівні не менше 70–75 %, адже її ефективність великою мірою визначатиметься належним фінансовим забезпеченням, яке потребує асигнувань на охорону здоров'я відповідно до мінімально-оптимальних потреб та ефективного використання цих коштів.

Запровадження змішаної моделі фінансового забезпечення, підвищення ефективності менеджменту в поєднанні з розвитком медичної науки, на нашу думку, забезпечать поступові, еволюційні й водночас кардинальні зміни в системі охорони здоров'я, що сприятиме поліпшенню здоров'я населення й підвищенню соціально-економічної ефективності медичної галузі України.

Усвідомлення того, що система охорони здоров'я в Україні потребує реформування спонукало до впровадження дієвих заходів.

Для підвищення якості медичних послуг, їхньої доступності для всіх верств населення українськими та зарубіжними фахівцями було розроблено

Національну стратегію побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2025р.р.[14].

Цілі реформи охорони здоров'я України можуть бути згруповані в чотири пункти:

- Підвищення особистої відповідальності за власне здоров'я громадян;
- Забезпечення вільного вибору постачальників послуг;
- Створення бізнес-дружньої обстановки на ринку охорони здоров'я;
- Надання адресної допомоги найбільш знедоленим частинам населення.

Немає сумнівів, що майбутня система охорони здоров'я в Україні має бути приведена у відповідність з прагненнями вступу до європейської спільноти, що тягне за собою реформування пострадянської системи Семашка у відповідності до світових стандартів обслуговування, практики та досвіду, що базується на засадах науково-доказової медицини.

Не викликає сумнівів те, що збільшення державних витрат без реструктуризації інфраструктури буде тимчасовим рішенням. Необхідні зусилля, щоб перерозподілити наявні ресурси і підвищити продуктивність системи (подолати прірву між державними зобов'язаннями, фінансовими і людськими ресурсами та інфраструктурою, яку потрібно фінансувати та утримувати, яка щороку вимагає збільшення видатків). Реформа фінансування охорони здоров'я, таким чином, зосередиться передусім на підвищенні ефективності витрат, зокрема, через реформування сектору закупівель. Додаткові джерела фінансування і нові організаційні моделі, що об'єднують фінансування (наприклад, державні чи приватні системи страхування) обов'язково розглядатимуться в установленому порядку, але тільки після того, як процес реформування буде налагоджено.

Згідно з програмою реформування галузі охорони здоров'я головне завдання – це перехід до фінансування конкретних послуг, наданих закладом охорони здоров'я.

Тобто перехід від кошторисного фінансування, основою якого є обсягові показники (кількість населення, розміри закладів тощо) до державного

замовлення на підставі договорів між замовником та акредитованим постачальником медичних послуг, з огляду на потреби населення у певних видах медичної допомоги.

Фінансування на первинному рівні відбуватиметься згідно з такими положеннями:

– усі кошти (бюджети сіл, селищ, міст районного значення) концентруються на районному рівні, тобто розпорядником коштів стають центри первинної медико-санітарної допомоги;

– застосування подушної оплати, що передбачає встановлення нормативів коштів на одного жителя, та встановлення стимулюючих надбавок за пріоритетні види діяльності (наприклад, % охоплення вакцинацією, % охоплення скринінговими програмами тощо).

На вторинному рівні стаціонарів у рамках госпітальних округів в першу чергу здійснюється концентрація коштів (крім витрат на первинну медико-санітарну допомогу) на рівні області, тобто розпорядником витрат на надання спеціалізованої допомоги стає область [22].

Далі запроваджується наступна процедура:

а) встановлюється прогнозна кількість хворих, що потребуватимуть лікування в умовах стаціонару за певною нозологією упродовж одного року (за матеріалами статистики останніх років);

б) відповідно до затверджених протоколів діагностики та лікування встановлюється вартість лікування по всіх захворюваннях відповідного профілю, що потребують лікування в стаціонарних умовах, у розрізі груп за ступенем ускладнення (шляхом калькуляції передбачених протоколами витрат на лікарські засоби, лікувальні та діагностичні процедури, оплати праці, інші витрати);

в) визначається загальна вартість витрат на лікування хворих згідно з вищезазначеними показниками;

г) проводяться переговори із розпорядниками бюджетних коштів щодо розмірів та порядку виділення коштів на забезпечення лікування згідно з

прогнозними розрахунками;

д) укладаються договори про фінансування закладів за узгодженим на переговорах переліком медичних послуг;

е) здійснюється фінансування закладів за методом «глобального бюджету», тобто фінансування без розбивки по кодах бюджетної класифікації.

На третинному рівні застосовується метод «глобального бюджету» залежно від структури та обсягів надаваної допомоги.

Збільшення фінансування сфери охорони здоров'я поряд із проведенням системної реформи надасть можливість перейти до нової моделі функціонування галузі. При цьому надзвичайно важливим питанням є визначення гарантованого державою (тобто безплатного для громадян) рівня допомоги, надання послуг на основі договорів та обсяг платних послуг. У межах бюджетних асигнувань медичну допомогу надаватимуть:

1) відповідно до переліку видів допомоги, що гарантується державою, за зверненням хворого;

2) відповідно до договорів, що укладатимуться між закладами охорони здоров'я та установами, що здійснюють фінансування (органами влади або в разі запровадження страхової медицини – фондами медичного страхування) [23].

Висновки до розділу 1

Надавши характеристику державної політики України у сфері охорони здоров'я на сучасному етапі розвитку суспільства, дослідивши еволюцію системи управління охороною здоров'я в Україні, визначивши сучасне становище фінансування галузі, можливо зробити наступні висновки:

1. Охорона здоров'я населення є важливою сферою суспільного життя, внутрішньою функцією і частиною соціальної політики держави. Складна економічна і політична ситуація в державі, економічна криза і вкрай

недостатнє фінансування системи охорони здоров'я призвели до погіршення показників стану здоров'я населення України. Інтеграція України в Європейський союз викликає необхідність реформування галузей соціально-культурної сфери, в тому числі і охорони здоров'я. Це пов'язано з невідповідністю рівня медичних послуг вимогам, які ставляться до них в умовах функціонування європейської системи охорони здоров'я. В умовах недостатності бюджетного фінансування державна медицина в Україні не в змозі якісно виконувати свої функції, і тому надзвичайно актуальними сьогодні є проблеми пошуку додаткових джерел фінансового забезпечення установ охорони здоров'я.

Система охорони здоров'я відіграє виняткову роль у забезпеченні належного рівня життя. Здоров'я людини визнається у світі настільки важливим, що цей показник першим входить до індексу людського розвитку — універсального визначника рівня суспільного розвитку тієї чи іншої країни. Система охорони здоров'я громадян є однією з найважливіших внутрішніх державних функцій сучасної України.

Стан здоров'я населення – це найважливіший інтегральний показник демографічного і соціального благополуччя країни. Процеси, пов'язані з трансформацією суспільного ладу, які полягають у створенні принципово нової моделі економіки України, супроводжувалися затяжною соціально-економічною кризою, наслідки якої не могли не позначитися на здоров'ї громадян. Несприятливі умови життя більшості населення призвели до зростання захворюваності та смертності, підвищення інвалідності.

На сьогодні показники стану здоров'я і середньої тривалості життя населення України значно поступаються таким у економічно розвинених країнах. Враховуючи, що збереження і поліпшення здоров'я населення є одним з найважливіших пріоритетів суспільства, запорукою безпеки нації, саме стан здоров'я має стати метою соціально-економічних реформ і головним критерієм доцільності та ефективності будь-якої діяльності держави.

З метою повного усвідомлення та розуміння змісту бюджетного

фінансування медичної допомоги населенню необхідно провести науковий екскурс у минуле.

Дослідження історичної еволюції організації системи управління охороною здоров'я в Україні свідчить про велику складність як керованої, так і керівної підсистем, значні особливості суб'єктно-об'єктних відносин у цій сфері, підтверджує прагнення владних інституцій протягом тривалого історичного періоду як до розвитку та посилення централізації в управлінні охороною здоров'я, так і до розуміння владою необхідності децентралізації, удосконалення управління охороною здоров'я на територіальному рівні. Останні тенденції, як свідчить проведений аналіз, посилюються на тлі становлення та розвитку місцевого самоврядування.

Еволюційний процес одержавлення ринку медичних послуг в Україні було припинено внаслідок певних історичних зрушень, які призвели до створення радянської моделі охорони здоров'я, встановлення абсолютної державної монополії і бюджетного фінансування галузі. Досвід багатоканального фінансування не використовувався, не вивчався і був, по суті, втрачений.

У сучасний період розвитку охорони здоров'я стратегічним напрямом поліпшення стану галузі стало створення багатоканального механізму фінансування, ефективного аналізу та контролю за витрачанням бюджетних коштів. Суспільству знову доводиться повертатися до цієї життєздатної моделі фінансового забезпечення і заново створювати те, що було втрачено багато років тому.

2. Удосконалення механізмів державного фінансування та раціоналізація використання наявних ресурсів є, безумовно, вагомими інструментами забезпечення ефективності діяльності сфери охорони здоров'я та надання якісного медичного обслуговування населенню. Між тим, вартість медичного обслуговування постійно зростає в усьому світі. Причиною цього, насамперед, є запровадження нових технологій профілактики та лікування хвороб, нового високотехнологічного та наукоємного обладнання, нових

лікарських засобів тощо.

На сьогодні жодна країна світу не встигає забезпечити збільшення рівня фінансування сфери охорони здоров'я темпами, які відповідають темпам зростання вартості медичних послуг. Це призводить до формування певного «зачарованого кола», вихід з якого, насамперед, слід шукати не тільки в збільшенні видатків (хоча, безумовно, для України це залишається досить актуальним з причини критично низького рівня державних видатків на охорону здоров'я і високого рівня позабюджетного фінансування), а в механізмах раціонального використання наявного рівня фінансування та ресурсного забезпечення. Особливого значення даний механізм набуває в умовах дефіциту фінансових ресурсів, що є характерним для України.

Беручи до уваги сьогоднішній рівень соціально-економічного розвитку суспільства, фінансові можливості нашої держави, суб'єктів господарювання й абсолютної більшості громадян, вважаємо, що в Україні доцільно запровадити змішану модель фінансового забезпечення охорони здоров'я, яка б включала бюджетну, страхову і приватну складові. При цьому абсолютні обсяги бюджетних ресурсів потрібно не скорочувати, а постійно збільшувати. На початковому етапі реформування системи охорони здоров'я надзвичайно важливим є збереження й розвиток медичної галузі з бюджетним фінансуванням на рівні не менше 70–75 %, адже її ефективність великою мірою визначатиметься належним фінансовим забезпеченням, яке потребує асигнувань на охорону здоров'я відповідно до мінімально-оптимальних потреб та ефективного використання цих коштів.

Запровадження змішаної моделі фінансового забезпечення, підвищення ефективності менеджменту в поєднанні з розвитком медичної науки, на нашу думку, забезпечать поступові, еволюційні й водночас кардинальні зміни в системі охорони здоров'я, що сприятиме поліпшенню здоров'я населення й підвищенню соціально-економічної ефективності медичної галузі України.

Згідно з програмою реформування галузі охорони здоров'я головне

завдання — це перехід до фінансування конкретних послуг, наданих закладом охорони здоров'я.

Тобто перехід від кошторисного фінансування, основою якого є обсягові показники (кількість населення, розміри закладів тощо) до державного замовлення на підставі договорів між замовником та акредитованим постачальником медичних послуг, з огляду на потреби населення у певних видах медичної допомоги.

Усвідомлення того, що система охорони здоров'я в Україні потребує реформування спонукало до впровадження дієвих заходів.

Система охорони здоров'я в Україні гостро потребує реформи системи фінансування. Істотний дефіцит бюджету галузі, що спостерігається протягом останнього десятиліття, призвів до значного погіршення якості медичної допомоги. В цілях поліпшення доступності і якості медичного обслуговування у громадському секторі українські законодавці готують нові законодавчо-правові акти, шукаючи можливостей для переорієнтації підходів до управління і фінансування галузі.

Нашій державі, безумовно, необхідно враховувати досвід розвинутих країн в побудові ринкової системи охорони здоров'я. Існує багато варіантів, але вибрати із них потрібно той, який відповідає всім національним особливостям держави.

2 АНАЛІЗ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КОМУНАЛЬНОЇ УСТАНОВИ «ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ» ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ

2.1 Організаційно-економічна характеристика КУ «ОЦЕМД та МК» ДОР

Комунальна установа «Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» Дніпропетровської обласної ради (надалі – Установа, Центр) є бюджетною установою, що діє згідно статуту та законодавства України. Очолює Установу директор, що призначається та звільняється з посади по рішенню Дніпропетровської обласної ради. Комунальний заклад «Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» Дніпропетровської обласної ради» (далі Центр) створений відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 11 липня 2001 р. № 827 «Про затвердження Положення про Державну службу медицини катастроф» та на підставі рішення сесії Дніпропетровської обласної ради від 16 листопада 2001 року № 467-18/XXIII.

Центр є неприбутковою установою та фінансується з обласного бюджету Дніпропетровської області.

Організаційна структура Центру: апарат управління, канцелярія, відділ кадрів, бухгалтерія, планово-економічний відділ, юридичний відділ, інформаційно-аналітичний відділ медичної статистики, центральна оперативна диспетчерська, відділ медицини катастроф, відділ виїзної консультативної медичної допомоги, навчально-тренувальний відділ, відділ зв'язку та автоматизованих систем управління, аптечний відділ, господарсько-технічне управління, автомобільно-експлуатаційний відділ, ремонтно-будівельний відділ.

Основні законодавчі акти, згідно яких веде свою діяльність Центр є Конституція України, Бюджетний Кодекс України, Кодекс Законів про працю

України, Закон України «Про екстрену медичну допомогу», накази Міністерства охорони здоров'я ті інші.

Мета діяльності: надання цілодобової кваліфікованої екстреної медичної допомоги пацієнтам і постраждалим, які перебувають у невідкладних станах, у повсякденних умовах, особливий період та під час ліквідації наслідків надзвичайної ситуації.

До структури Центру входять установи, що мають статус юридичних осіб:

1. Комунальна установа «Дніпропетровська станція екстреної (швидкої) медичної допомоги» та підстанції екстреної медичної допомоги всіх районів міста Дніпро.

2. Комунальна установа «Нікопольська станція екстреної (швидкої) медичної допомоги» Дніпропетровської обласної ради. До складу входять підстанції екстреної медичної допомоги міста Кривого Рогу та міста Павлоград.

До структури Центру також входять структурні підрозділи, що не мають статусу юридичних осіб:

Загалом структурою Центру охоплена вся служба екстреної медичної допомоги Дніпропетровської області силами 154 бригад швидкої медичної допомоги.

Фінансово-економічна служба Установи складається з планово-економічного відділу та бухгалтерії. Цим структурним підрозділам відповідно підпорядковані відділи в установах, що входять до складу Центру.

Загалом служба підпорядкована директору Установи.

Планово-економічний відділ очолює заступник директора з економічних питань. Бухгалтерію очолює головний бухгалтер. В штатному розписі Установи затверджено 2,75 посади економістів всіх спеціальностей та 11,5 посади бухгалтерів всіх спеціальностей.

Крім підпорядкування безпосередньо директорів Установи, служба підпорядкована розпоряднику коштів вищого рівня – Департаменту охорони

здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації. Всі фінансові документи та бухгалтерські звіти затверджуються та візуються керівними працівниками Департаменту.

Реєстраційні та особові рахунки відкрито в органах Державної казначейської служби України міста Дніпро. Виплата заробітної плати здійснюється через карткові рахунки працівників, що відкриті в комерційних банках: ПАТ КБ «Приватбанк», АТ «Ощадбанк». З зазначеними комерційними банками укладені договори на обслуговування з 0% ставкою.

Комунальна установа «Обласний центр екстреної медичної допомоги» розпочала свою діяльність в 2013 році, об'єднавши при цьому всю службу екстреної (швидкої) медичної допомоги Дніпропетровської області. Цей заклад на сьогоднішній день є самим великим закладом охорони здоров'я області, утримуючи в штаті 2857 штатних одиниць, а мережа підрозділів установи розгалужена в кожному районі області. До об'єднання в одну установу, служба екстреної допомоги входила до складу:

- комунальних установ міських клінічних лікарень екстреної та швидкої медичної допомоги Дніпропетровської області та фінансувались з бюджету цих міст;

- в районах області – до районних лікарень та фінансувалась з районних бюджетів.

Така розгалуженість в місці розташуванні та фінансовому забезпеченні впливала на роботу системи екстреної медичної допомоги, в місцевих бюджетах іноді не вистачало коштів на закупівлю палива, медикаментів та оновлення автомобільного парку. Специфіка роботи служби була неpritаманна роботі та направленості діяльності лікарень, до складу яких входили підрозділи екстреної медичної служби.

2.2 Аналіз структури надходжень та фінансування КУ «ОЦЕМД та МК» ДОР

Відповідно до пункту 3 статті 89 Бюджетного кодексу України до видатків, що здійснюються з бюджетів міст республіканського Автономної Республіки Крим та обласного значення, районних бюджетів, бюджетів об'єднаних територіальних громад, що створюються згідно із законом та перспективним планом формування територій громад, належать видатки на охорону здоров'я:

а) первинну медико-санітарну, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (лікарні широкого профілю, спеціалізовані медико-санітарні частини, пологові будинки, поліклініки і амбулаторії, загальні стоматологічні поліклініки, а також дільничні лікарні, медичні амбулаторії, фельдшерсько-акушерські та фельдшерські пункти, центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги);

б) програми медико-санітарної освіти (міські та районні центри здоров'я і заходи з санітарної освіти);

в) інші державні програми медичної та санітарної допомоги (територіальні медичні об'єднання, центри медичної статистики, автопідприємства санітарного транспорту, інші програми і заходи).

Основними джерелами фінансування територіальних медичних об'єднань є: видатки загального (враховуються при визначенні обсягу міжбюджетних трансфертів) та спеціального фондів бюджету (власні надходження бюджетних установ та кошти, що передаються із загального фонду бюджету до спеціального фонду бюджету). Власні надходження бюджетних установ отримуються додатково до коштів загального фонду бюджету і включаються до спеціального фонду бюджету.

Власні надходження бюджетних установ поділяються на такі групи:

1) перша група – надходження від плати за послуги, що надаються бюджетними установами згідно із законодавством (плата за послуги, що

надаються бюджетними установами згідно з їх основною діяльністю; надходження бюджетних установ від додаткової (господарської) діяльності; плата за оренду майна бюджетних установ; надходження бюджетних установ від реалізації в установленому порядку майна (крім нерухомого майна));

2) друга група – інші джерела власних надходжень бюджетних установ (благодійні внески, гранти та дарунки; кошти, що отримують бюджетні установи від підприємств, організацій, фізичних осіб та від інших бюджетних установ для виконання цільових заходів тощо) [2].

Головним розпорядником бюджетних коштів для КУ «ОЦЕМД та МК» ДОР є департамент охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації. Відповідно до бюджетного законодавства департамент охорони здоров'я ДОДА:

- розробляє плани діяльності на плановий та наступні за плановим два бюджетні періоди;

- організовує та забезпечує на підставі плану діяльності та індикативних прогностичних показників бюджету на наступні за плановим два бюджетні періоди складання проекту кошторису та бюджетного запиту і подає їх до департаменту фінансової та бюджетної політики ДОДА;

- отримує бюджетні призначення шляхом їх затвердження у рішенні про місцевий бюджет; приймає рішення щодо делегування повноважень на виконання бюджетної програми розпорядниками бюджетних коштів нижчого рівня та/або одержувачами бюджетних коштів, розподіляє та доводить до них у встановленому порядку обсяги бюджетних асигнувань;

- затверджує кошториси розпорядників бюджетних коштів нижчого рівня;

- затверджує штатні розписи розпорядників бюджетних коштів нижчого рівня;

- розробляє проекти порядків використання коштів державного бюджету за бюджетними програмами;

– розробляє та затверджує паспорти бюджетних програм і складає звіти про їх виконання;

– здійснює аналіз показників виконання бюджетних програм (у разі застосування програмно-цільового методу у бюджетному процесі);

– здійснює внутрішній контроль за повнотою надходжень, взяттям бюджетних зобов'язань розпорядниками бюджетних коштів нижчого рівня та одержувачами бюджетних коштів і витрачанням ними бюджетних коштів тощо [2].

КУ «ОЦЕМД та МК» ДОР є розпорядником бюджетних коштів нижчого рівня. Відповідно до бюджетного законодавства КУ «ОЦЕМД та МК» ДОР:

1) отримує бюджетні призначення шляхом їх затвердження у рішенні про місцевий бюджет;

2) затверджує кошториси установ, що входять до його складу (плани використання бюджетних коштів одержувачів бюджетних коштів), якщо інше не передбачено законодавством;

3) розробляє та затверджує паспорти бюджетних програм і складає звіти про їх виконання, здійснює аналіз показників виконання бюджетних програм (у разі застосування програмно-цільового методу у бюджетному процесі), при цьому забезпечуючи:

- своєчасність затвердження паспортів бюджетних програм, достовірність і повноту інформації, що в них міститься;

- відповідність змісту паспортів бюджетних програм рішенням про місцевий бюджет та/або розпису бюджету (крім випадків внесення змін до паспортів бюджетних програм у разі внесення змін до спеціального фонду кошторису бюджетної установи в частині власних надходжень бюджетних установ), порядкам використання бюджетних коштів і правилам складання паспортів бюджетних програм та звітів про їх виконання;

- підтвердження результативних показників бюджетних програм офіційною статистичною, фінансовою та іншою звітністю, даними

бухгалтерського, статистичного та внутрішньогосподарського (управлінського) обліку.

4) здійснює внутрішній контроль за повнотою надходжень, взяттям бюджетних зобов'язань розпорядниками бюджетних коштів нижчого рівня та одержувачами бюджетних коштів і витрачанням ними бюджетних коштів;

5) забезпечує організацію та ведення бухгалтерського обліку, складання та подання фінансової і бюджетної звітності у порядку, встановленому законодавством;

б) затверджує кошториси розпорядників бюджетних коштів нижчого рівня;

7) затверджує штатні розписи установ, що входять до її складу.

Незабезпеченість в фінансуванні установи простежується постійно з різним рівнем (рис. 2.1.). Щороку розраховується повна потреба в фінансуванні для забезпечення утримання та розвитку системи екстреної медичної допомоги регіону на підставі державних стандартів і нормативів, як це передбачено бюджетним законодавством [6]. Однак, і на теперішній час затверджені стандарти відсутні. Частиною 3 статті 94 Бюджетного кодексу України передбачено розрахунок загального обсягу фінансових ресурсів за кожним видом видатків, що враховуються під час визначення обсягу міжбюджетних трансфертів, на підставі державних соціальних стандартів і нормативів.

В Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» зазначається, що фінансування охорони здоров'я здійснюється за рахунок Державного бюджету України, бюджету Республіки Крим, бюджетів місцевого та регіонального самоврядування, фондів медичного страхування, благодійних фондів та будь-яких інших джерел, не заборонених законодавством.

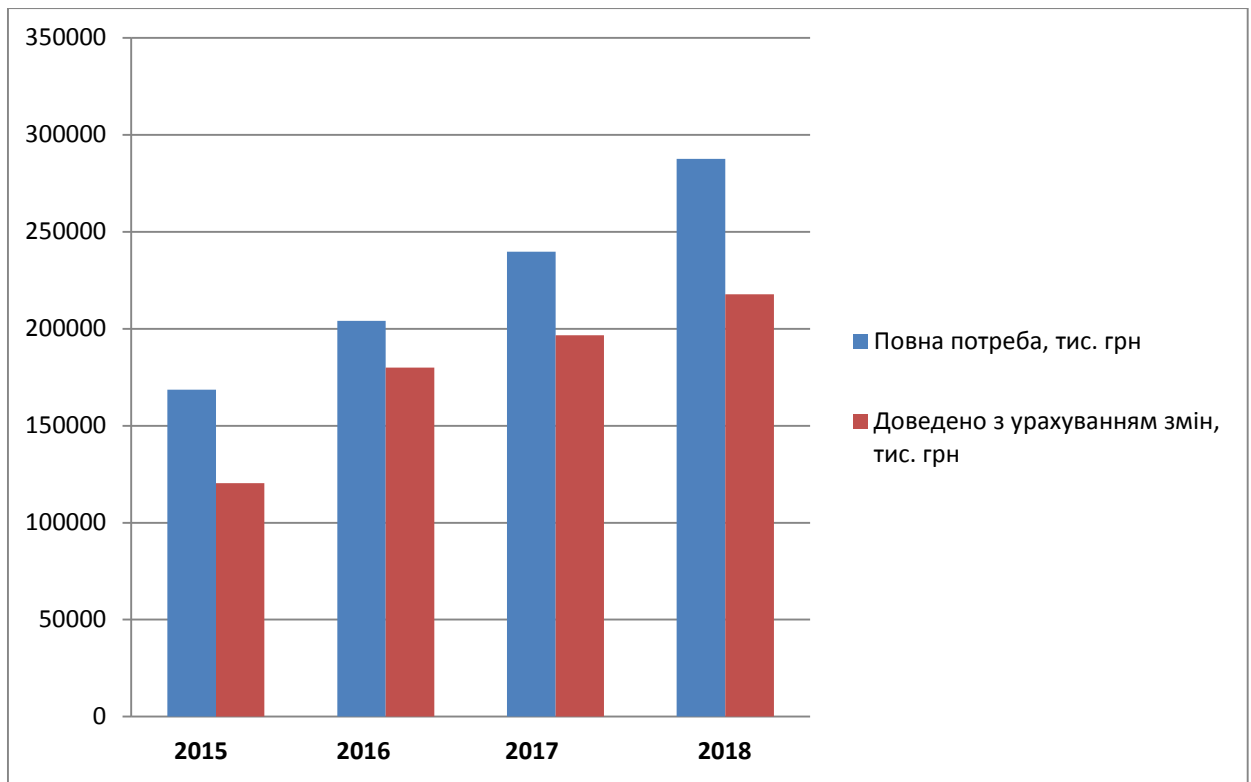


Рис.2.1 – Порівняння обсягів повної потреби та доведених обсягів надходжень за 2015–2018 роки.

Кошти Державного бюджету України, бюджетів місцевого та регіонального самоврядування, асигновані на охорону здоров'я, використовуються для забезпечення населенню гарантованого рівня медико-санітарної допомоги, фінансування державних цільових і місцевих програм охорони здоров'я та фундаментальних наукових досліджень з цих питань.

Обсяги бюджетного фінансування визначаються на підставі науково обґрунтованих нормативів з розрахунку на одного жителя. Цей підхід до розрахунку фінансування на утримання служби екстреної медичної допомоги не є вичерпним в зв'язку з визначенням в Законі України «Про екстрену медичну допомогу» організаційно-правових засад забезпечення громадян України та інших осіб, які перебувають на її території, екстреною медичною допомогою, у тому числі під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків, та засади створення, функціонування і розвитку системи екстреної медичної допомоги. Тобто, екстрена медична допомога надається всім особам, які перебувають на території країни, а не тільки громадянам України. На території України кожен громадянин України та

будь-яка інша особа мають право на безоплатну, доступну, своєчасну та якісну екстрену медичну допомогу, яка надається відповідно до цього Закону. Іноземці та особи без громадянства, які тимчасово перебувають на території України, а також фізичні особи, які взяті під варту або яким призначено покарання у виді позбавлення волі, забезпечуються екстреною медичною допомогою у порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України.

Для більш розгорнутого аналізу надходжень необхідно порівняти відсоткове збільшення асигнувань в кошторисі установи з фактичним індексом інфляції згідно даних Державної служби статистики України. Згідно приведених даних в рис.2.2 можливо зробити висновок, що із року в рік спостерігається різний рівень двох показників. Це обумовлено недосконалою системою планування макропоказників Державного бюджету, падінням економіки країни після подій 2013 року, та неповороткістю системи бюджетних коштів. Перевищення відсотку збільшення доведених асигнувань в порівнянні з індексом інфляції в 2014 році обумовлено лише тим, що з квітня 2014 року до складу установи увійшов новий структурний підрозділ - відділення виїзної консультативної медичної допомоги та медицини катастроф. Разом зі зміною структури, був збільшений штатний розпис установи на 116 штатних одиниць, та відповідно збільшено кошторис установи на утримання цього підрозділу.

В 2013 році різниця між двома показниками склала 0,5% на користь індексу інфляції, в 2014 році – 24,6% на користь відсотку збільшення доведених асигнувань в кошторисі установи, в 2017 році – індекс інфляції перевищив рівень збільшення кошторису на 34%, в 2018 році – плановий індекс інфляції перевищує запланований рівень надходжень на 1,2%.

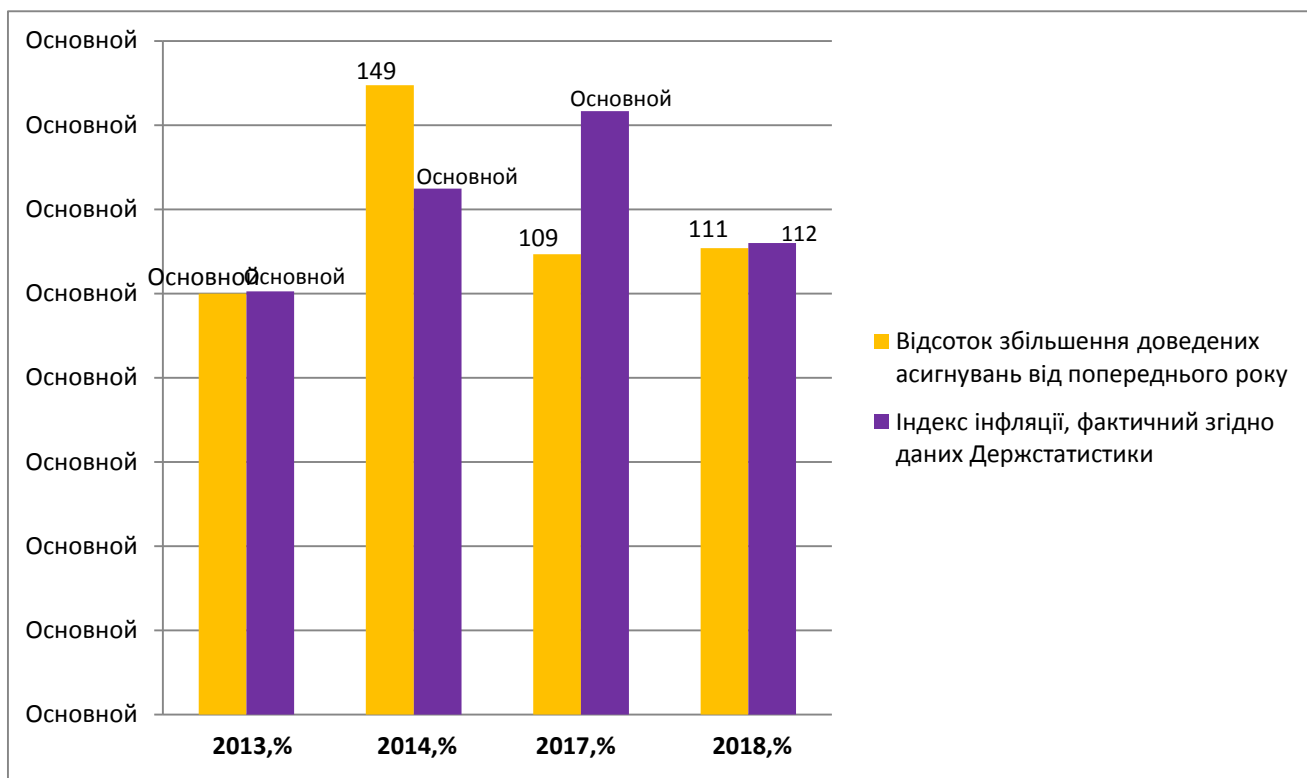


Рис.2.2 – Порівняння відсотків збільшення надходжень кошторису з фактичним індексом інфляції.

Недостатній рівень асигнувань в кошторисі установи не тільки і в подальшому призведе до погіршення роботи служби екстреної медичної допомоги та негативно вплине на здоров'я населення регіону, а також, призведе до призупинення розвитку служби та уповільнення оновлення основних фондів.

Як свідчать дані, маємо збільшення видатків за рахунок власних надходжень бюджетних установ, грантів, дарунків та благодійних внесків.

Найболючішим питанням органів місцевого самоврядування та адміністрації закладу є недостатність фінансового ресурсу для забезпечення видатків, які враховуються при визначенні потреби на утримання установи.

Головним чинником, що призводить до незабезпеченості доведеним обсягом видатків на виконання делегованих державних повноважень є неадекватність визначення фінансових нормативів бюджетної забезпеченості, що застосовуються у формульних розрахунках. Зазначені нормативи визначаються без врахування реальної вартості виконання зобов'язань та

нічим не підкріплені. Розбіжність між доведеними та фактичними показниками щороку збільшується.

Розрахунок показника обсягу видатків визначає постанова Кабінету Міністрів України щодо затвердження Формули розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів (дотацій вирівнювання та коштів, що передаються до державного бюджету) між державним бюджетом та місцевими бюджетами. Порядок розрахунку визначено постановою Кабінету Міністрів України від 08 грудня 2010 р. №1149 «Деякі питання розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів» (зі змінами та доповненнями). З 2015 року відповідно до статей 97 і 103-4 Бюджетного кодексу України згідно постанови Кабінету Міністрів України від 23 січня 2017 р. № 11 «Деякі питання надання медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам» медичні установи фінансуються одночасно з державного та місцевого бюджетів та/або одночасно з різних бюджетів [5,8,10].

Згідно проведеного аналізу структури надходжень та фінансування, можливо зробити висновок, що на протязі певного проміжку часу установі доводяться об'єми на поточні видатки на рівні минулих років з урахуванням лише збільшення тарифів на оплату комунальних послуг та енергоносіїв, передбачене законодавством поступове підвищення розміру мінімальної заробітної плати та посадового окладу (тарифної ставки) працівнику першого тарифного розряду Єдиної тарифної сітки [11].

2.3 Аналіз структури та динаміки видатків на забезпечення функціонування КУ «ОЦЕМД та МК» ДОР

При розгляді видатків на забезпечення функціонування КУ «ОЦЕМД та МК» ДОР провідного місця набуває питання їхньої структури. Структуру відображає бюджетна класифікація, затверджена Міністерством фінансів України.

Видатки, згідно бюджетної класифікації затвердженої наказом Міністерства фінансів України від 14.01.2011 №11 «Про бюджетну класифікацію», розмежовуються за функціональними (державне управління, охорона здоров'я та ін.) та економічними ознаками (заробітна плата, енергоносії та ін.) тощо.

В структурі видатків загального фонду кошторису установи найбільшу питому вагу займають видатки на:

- заробітну плату з нарахуваннями — від 95 016,9тис.грн в 2013 році до 168 256,5тис.грн в 2016 році,

- оплату комунальних послуг та енергоносіїв — від 1 375,6тис.грн. в 2013 році до 5 638,2тис.грн. в 2016 році,

- закупівлю медикаментів та виробів медичного призначення — від 1 471,3тис.грн. в 2015 році (без урахування субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам) до 13 533,8тис.грн. в 2013 році (з урахуванням субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам),

- утримання автотранспорту — від 1 262,6тис.грн. в 2013 році (без закупівлі палива) до 30 491,2тис.грн. в 2016 році,

- інші видатки від 91,8тис.грн. в 2013 році до 3 846,6тис.грн. в 2016 році.

В цілому видатки на фінансування установи в 2014 році зросли на 60 % в порівнянні з 2013 роком, у 2015 на 9,7 % в порівнянні з 2014 роком, у 2016 році на 11,5 % в порівнянні з 2015 роком. Збільшення видатків в 2014 році на 60% пояснюється тим, що в структурі установи відбулись зміни: з 01 січня 2014 року до складу КУ «ОЦЕМД та МК» ДОР увійшла нова установа з правом юридичної особи. З 01 квітня того ж року, на підставі рішення Дніпропетровської обласної ради, нова установа припинила своє існування як самостійна юридична особа шляхом переведення структурних підрозділів та працівників до складу КУ «ОЦЕМД та МК» ДОР.

В таблиці 2.1 наведено структуру джерел фінансування комунальної установи. Як бачимо питома вага коштів загального фонду бюджету в 2015 році склала 97,0 % (120 373,2тис. грн.), в 2016 році – 79,3 % (179 949,6тис.

грн.), в 2017 році – 99,7 % (196 699,1тис.грн.), в 2018 році – 90,2% (222 577,5тис.грн.) в загальному обсязі фінансування.

Таблиця 2.1 – Структура джерел фінансування в 2015–2018 рр.

Видатки із загального фонду бюджету		Видатки із спеціального фонду бюджету, тис. грн.					
Сума, тис. грн.	Питома вага в підсумку, %	Всього	в тому числі:				
			Плата за послуги, що надаються бюджетним и установами згідно з їх основною діяльністю	Плата за оренду майна бюджетних установ	Надходження бюджетних установ від реалізації в установленому порядку майна (крім нерухомого майна)	Благодійні внески, гранти та дарунки	Кошти, що передаються із загального фонду до спеціального фонду (бюджет розвитку)
1							
2015 рік							
120373,2	97,0%	3671,1	5,1	15,2	6,6	1644,4	1999,9
2016 рік							
179949,6	79,3%	46951,6	48,7	34,0	0,1	46575,4	293,5
2017 рік							
196699,1	99,7%	544,8	29,3	48,7	-	171,2	295,7
2018 рік							
222577,5	90,2%	24183,2	22,1	55,1	-	89,9	24016,1

Питома вага позабюджетних коштів відповідно складає: в 2015 році — 3,0 % (3 671,1тис. грн.), в 2016 році –20,7 % (46 951,64тис. грн.), в 2017 році — 0,3 % (544,8тис.грн.), в 2018 році – 9,8% (24 183,2тис.грн.) в загальному обсязі фінансування.

В 2015 році установою отримано 68 автомобілів швидкої медичної допомоги з обладнанням згідно ДСТУ на загальну суму 44 859,2тис.грн. за рахунок централізованих поставок обладнання із Міністерства охорони здоров'я України, що пояснює зменшення питомої ваги фінансування із загального фонду та відповідно збільшення фінансування із спеціального фонду бюджету.

У зв'язку зі складною економічною ситуацією в Україні, що призвела до зменшення обсягів фінансування всієї бюджетної сфери і установ охорони здоров'я, зокрема останнім дозволено надавати платні послуги населенню та приймати благодійні внески на розрахунковий рахунок установи в грошовій та натуральній формі.

Найбільшу частку видатків спеціального фонду кошторису складають видатки за рахунок власних надходжень бюджетних установ у вигляді благодійних внесків, грантів та дарунків (в 2016 році – 1 644,4тис. грн., в 2017 році –46 575,4тис. грн., в 2018 році –171,2тис.грн.). В 2018 році більшу частку видатків спеціального фонду складають видатки за рахунок коштів, що передаються із загального фонду до спеціального фонду бюджету на придбання 9 автомобілів швидкої медичної допомоги з обладнанням згідно ДСТУ та на впровадження єдиної оперативно-диспетчерської служби «103» із закупівлею обладнання та підключенням до телекомунікаційної мережі загального користування м. Запоріжжя.

Не менш важливе значення має контроль за використанням видатків установи. Всі видатки згідно наказу Міністерства фінансів України від 14.01.2011р. № 11 «Про бюджетну класифікацію» розподіляються на коди економічної класифікації видатків (КЕКВ), обсяги яких визначені в кошторисі установи, що затверджується щорічно після прийняття рішення по затвердженню обласного бюджету депутатами обласної ради. Економічна класифікація видатків бюджету призначена для чіткого розмежування видатків бюджетних установ та одержувачів бюджетних коштів за економічними характеристиками операцій, які здійснюються відповідно до

функцій держави та місцевого самоврядування. Економічна класифікація видатків бюджету забезпечує єдиний підхід до всіх учасників бюджетного процесу з точки зору виконання бюджету.

Контроль за використанням бюджетних коштів здійснюється фінансовою службою установи на підставі Бюджетного Кодексу України, Закону України «Про Державний бюджет», постанов кабінету міністрів щодо економії державних коштів та недопущення втрат бюджету, наказу міністерства фінансів України від 23.08.2012р. №938 «Про затвердження Порядку казначейського обслуговування місцевих бюджетів», Законів України «Про здійснення державних закупівель» та «Про публічні закупівлі», наказу міністерства праці та соціальної політики України та міністерства охорони здоров'я України від 05.10.2005р. №308/519 «Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення» та інших нормативно-правових актів.

Для забезпечення оперативного контролю за використанням бюджетних коштів в установі впроваджено додатковий до основного облік по декільком напрямкам:

- 1) для контролю за укладанням договорів згідно запланованих видатків ведеться облік бюджетних фінансових зобов'язань (табл.2.2);
- 2) для контролю за використанням коштів згідно укладених договорів ведеться облік фінансових зобов'язань (табл. 2.3);
- 3) для обліку помісячного використання асигнувань, стану фінансування та залишків асигнувань ведеться облік зобов'язань згідно кодів економічної класифікації видатків для контролю за обсягом укладених договорів та переліку контрагентів (постачальників) ведеться облік укладених договорів (табл. 2.5).

Такий додатковий облік дає змогу планувати, аналізувати та контролювати практично всі видатки установи, в тому числі в розрізі установ, що входять до складу КУ «ОЦЕМД та МК» ДОР. Велика розгалуженість

підрозділів та режим цілодобової роботи в будь-яких умовах, потребує постійного фінансового та матеріального контролю, миттєвого прийняття управлінських рішень. Додаткове навантаження також здійснюється за рахунок нестабільної економічної ситуації в країні, що призводить до відсутності оплати видатків з рахунків в Державній казначейській службі в 2015 році до відмови постачальників відпускатися товар через інфляційні процеси.

Табл.2.2 – Облік бюджетних фінансових зобов'язань

Предмет закупівлі	Код економічної класифікації видатків (КЕКВ)	Очікувана вартість закупівлі	Бюджетні фінансові зобов'язання станом на 01.10.2016р . (укладені договори)	Залишок коштів для бюджетних фінансових зобов'язань	Примітки
1	2	3	4	5=3-4	6
КЕКВ 2270 "Оплата енергоносіїв"					
Пара та гаряча вода; постачання пари та гарячої води	2271	633774,6	445090,83	188683,77	Відшкодування фактичних витрат
		137752,4	137752,40	0,00	Укладання договорів з постачальниками
Оброблення та розподілення води трубопроводами	2272	78770	28788,55	49981,45	Відшкодування фактичних витрат
Послуги каналізаційні		78775	25552,47	53222,53	Укладання договорів з постачальниками
Оброблення та розподілення води трубопроводами		1500	175,67	1324,33	Укладання договорів з постачальниками
Послуги каналізаційні		1250	121,67	1128,33	Укладання договорів з постачальниками
Енергія електрична	2273	487166	486223,89	942,11	Відшкодування фактичних витрат

		31364	31363,17	0,83	Укладання договорів з постачальниками
Газ кам'яновугільний, водяний, генераторний і подібні види газів, крім нафтових газів	2274	120949	80073,02	40875,98	Відшкодування фактичних витрат
Брикети, котуни й подібні види твердого палива Паливо рідинне та газ; оливи мастильні	2275	55402	31724,89	23677,11	Відшкодування фактичних витрат
КЕКВ 2210 „ Предмети, матеріали, обладнання та інвентар”					
Марки поштові	2210	4 136,00	2 304,00	1832,00	
Вироби пластмасові інші (приладдя канцелярське або шкільне пластмасове)	2210	7 750,00	2 260,00	5490,00	
Вироби з недорогоцінних металів, інші	2210	5 750,00	5 750,00	0,00	
Елементи первинні, первинні батареї та частини до них	2210	1 606,30	0,00	1606,30	
Мило, засоби мийні та засоби для чищення	2210	34 960,00	34 959,62	0,38	
Машини обчислювальні, частини та приладдя до них	2210	26 512,00	19 073,09	7438,91	
Частини та приладдя до обчислювальних машин	2210	3 488,00	3 227,06	260,94	
Інструменти ручні інші	2210	3 709,60	3 637,92	71,68	
Крани, вентиля, клапани та подібні вироби до труб, котлів, резервуарів, цистерн і подібних виробів	2210	10 000,00	10 345,66	-345,66	
Вироби санітарно-технічні керамічні	2210	23 790,40	23 438,43	351,97	
Лампи та світильники	2210	2 500,00	2 499,54	0,46	
Меблі для сидіння та їхні частини	2210	1 921,00	0,00	1921,00	
Мітла та щітки	2210	600,00	580,80	19,20	
Лампи електричні побутові, інші	2210	8 000,00	7 998,76	1,24	
Пристрої електромонтажні	2210	304,70	304,70	0,00	
Одяг робочий, інший	2210	2 465 717,00	2 465 716,20	0,80	
Шини та камери гумові нові	2210	185 644,00	185 644,00	0,00	
Паливо рідинне та газ; оливи мастильні	2210	304 884,00	304 884,00	0,00	Додаткова угода
Паливо рідинне та газ; оливи мастильні	2210	10 660 670,05	8 835 867,45	1824802,60	Відкриті торги
Засоби змащувальні; присадки; речовини антифризні готові	2210	65 596,44	65 596,44	0,00	

Устаткування електричне, інше, до моторних засобів	2210	40 000,00	40 000,00	0,00	
Акумулятори електричні та частини до них	2210	34 000,00	33 411,00	589,00	
Частини та приладдя до моторних транспортних засобів	2210	54 410,00	54 409,70	0,30	
Частини двигунів	2210	139 906,00	139 905,26	0,74	
КЕКВ 2220 „ Медикаменти та перев'язувальні матеріали”					
Інструменти і прилади медичні, хірургічні та стоматологічні	2220	15601,40	15434,22	167,18	
Провітаміни вітаміни й гормони, глікозиди та алколоїди рос. походження та їхні похідні, антибіотики	2220	91711,20	91711,20	0,00	
Одяг та аксесуари з вулканізованої гуми (крім виготовлених з твердої гуми)	2220	5600,00	0,00	5600,00	
Ліки	2220	34088,55	47854,30	-13765,75	
Препарати фармацевтичні, інші	2220	85796,75	56023,30	29773,45	
Труби, трубки, шланги та фітинги до них пластмасові	2220	15601,40	0,00	15601,40	
Цукри хімічно чисті	2220	116036,69	116034,02	2,67	
Тканини прогумовні	2220	5600,00	0,00	5600,00	
Кисень медичний	2220	14930,78	14930,78	0,00	
Сполуки органічні з азотною функціональною групою	2220	101842,00	101816,04	25,96	
Вата	2220	7200,00	0,00	7200,00	
Пестициди та інші агрохімічні продукти (засоби дезінфекційні)	2220	15405,00	10800,00	4605,00	
КЕКВ 2240 „ Оплата послуг (крім комунальних)”					
Послуги щодо випробування й аналізування фізичних властивостей	2240	56000	48204,21	7795,79	
Послуги інженерні	2240	6760	6746,53	13,47	
Ремонтування та технічне обслуговування електронного й оптичного устаткування	2240	76	75,37	0,63	
Послуги щодо прання та хімічного чищення текстильних і хутряних виробів	2240	14620	14620	0,00	
Роботи електромонтажні	2240	74550	74546,94	3,06	
Послуги лікувальних закладів	2240	3725	0	3725,00	
Технічне обслуговування та ремонтування автомобілів і маловантажних автотранспортних засобів	2240	12672	0	12672,00	

Технічне обслуговування та ремонтування інших автотранспортних засобів	2240	576800	371070	205730,00	Відкриті торги
Послуги щодо страхування цивільної відповідальності власників автотранспорту (зокрема відповідальності перевізника)	2240	26056	26055,27	0,73	
Послуги щодо передавання даних мережами проводового зв'язку	2240	43727	43726,9	0,10	
Послуги мобільного зв'язку й послуги приватних мереж для систем безпроводового зв'язку	2240	87500	86240	1260,00	
Послуги щодо консультування стосовно систем і програмного забезпечення	2240	16877	9855	7022,00	
Послуги інформаційні, інші	2240	1380	1380	0,00	
Ремонтування комп'ютерів і периферійного устаткування	2240	26258	26258	0,00	
Послуги підприємств щодо перевезення безпечних відходів	2240	7070	4369,29	2700,71	
Послуги у сфері громадського порядку та громадської безпеки	2240	400500	400500	0,00	Відкриті торги
Послуги щодо оброблення даних, щодо програмного застосування	2240	27396	27384	12,00	

Згідно наказу Міністерства фінансів України від 02.03.2012р. №309 «Про затвердження Порядку реєстрації та обліку бюджетних зобов'язань розпорядників бюджетних коштів та одержувачів бюджетних коштів в органах Державної казначейської служби України» бюджетне фінансове зобов'язання - зобов'язання розпорядника бюджетних коштів (одержувача бюджетних коштів) сплатити кошти за будь-яке здійснене відповідно до бюджетного асигнування розміщення замовлення, укладення договору, придбання товару, послуги чи здійснення інших аналогічних операцій протягом бюджетного періоду відповідно до законодавства. Згідно вищеназваного наказу Мінфін України фінансове зобов'язання - будь-яке придбання товару, послуги чи виконання інших аналогічних операцій, здійснених розпорядником або одержувачем бюджетних коштів протягом бюджетного періоду з порушенням норм, установлених Бюджетним кодексом України, законом про Державний бюджет України та рішенням про місцевий бюджет.

Виходячи з даних, що наведені в табл. 2.2, маємо можливість контролювати обсяг договорів, укладених на звітну дату згідно запланованих видатків, обсяг зобов'язань, що зареєстровані в Державній казначейській службі, по кожному типу видатків. Також, виходячи з цих даних, маємо можливість аналізувати залишки асигнувань для укладання нових договорів, залишки коштів на вже укладених договорах (табл. 2.3).

Табл. 2.3 – Облік фінансових зобов'язань

Предмет закупівлі	Код економічної класифікації і видатків (КЕК В)	Бюджетні фінансові зобов'язання станом на 01.12.2018р. (укладені договори)	Фінансові зобов'язання станом на 01.12.2018р. (отримано товар або надані послуги)	Залишок коштів для фінансових зобов'язань	Примітки
1	2	3	4	5=3-4	6
КЕКВ 2270"Оплата энергоносійв"					
Пара та гаряча вода; постачання пари та гарячої води	2271	445090,83	266726,22	178364,61	Відшкодування фактичних витрат
		137752,40	60650,49	77101,91	Укладання договорів з постачальниками
Оброблення та розподілення води трубопроводами	2272	28788,55	20312,81	8475,74	Відшкодування фактичних витрат
Послуги каналізаційні		25552,47	16118,82	9433,65	
Оброблення та розподілення води трубопроводами		175,67	132,09	43,58	Укладання договорів з постачальниками
Послуги каналізаційні		121,67	93,87	27,8	
Енергія електрична	2273	486223,89	297475,77	188748,12	Відшкодування фактичних витрат
		31363,17	19446,81	11916,36	Укладання договорів з постачальниками

Газ кам'яновугільний, водяний, генераторний і подібні види газів, крім нафтових газів	2274	80073,02	30926,62	49146,4	Відшкодування фактичних витрат
Брикети, котуни й подібні види твердого палива Паливо рідинне та газ; оливи мастильні	2275	31724,89	12200	19524,89	Відшкодування фактичних витрат
КЕКВ 2210 „ Предмети, матеріали, обладнання та інвентар”					
Марки поштові	2210	2 304,00	2304,00	0,00	
Вироби пластмасові інші (приладдя канцелярське або шкільне пластмасове)	2210	2 260,00	0,00	2260,00	
Вироби з недорогоцінних металів, інші	2210	5 750,00	5750,00	0,00	
Мило, засоби мийні та засоби для чищення	2210	34 959,62	17006,32	17953,30	
Машини обчислювальні, частини та приладдя до них	2210	19 073,09	19073,09	0,00	
Частини та приладдя до обчислювальних машин	2210	3 227,06	3227,06	0,00	
Інструменти ручні інші	2210	3 637,92	3637,92	0,00	
Крани, вентиля, клапани та подібні вироби до труб, котлів, резервуарів, цистерн і подібних виробів	2210	10 345,66	10345,66	0,00	
Вироби санітарно-технічні керамічні	2210	23 438,43	23438,43	0,00	
Лампи та світильники	2210	2 499,54	2499,54	0,00	
Меблі для сидіння та їхні частини	2210			0,00	
Мітла та щітки	2210	580,80	580,8	0,00	
Лампи електричні побутові, інші	2210	7 998,76	7998,76	0,00	
Пристрої електромонтажні	2210	304,70	304,70	0,00	
Одяг робочий, інший	2210	2465716,20	2465716,2	0,00	
Шини та камери гумові нові	2210	185 644,00	185644,00	0,00	
Паливо рідинне та газ; оливи мастильні	2210	304 884,00	304884,00	0,00	Додаткова угода до договору 2015 року
Паливо рідинне та газ; оливи мастильні	2210	8835867,45	8835867,45	0,00	Відкриті торги
Засоби змащувальні; присадки; речовини антифризні готові	2210	65 596,44	65596,44	0,00	
Устаткування електричне, інше, до моторних засобів	2210	40 000,00	40000,00	0,00	
Акумулятори електричні та частини до них	2210	33 411,00	33411,00	0,00	
Частини та приладдя до моторних транспортних засобів	2210	54 409,70	54409,70	0,00	
Частини двигунів	2210	139 905,26	139905,26	0,00	

КЕКВ 2220 „ Медикаменти та перев'язувальні матеріали”					
Інструменти і прилади медичні, хірургічні та стоматологічні	2220	15434,22	15434,22	0,00	
Провітаміни вітаміни й гормони, глікозиди та алколоїди рос.походження та їхні похідні, антибіотики	2220	91711,20	84435,20	7276,00	
Ліки	2220	47854,30	47854,30	0,00	
Препарати фармацевтичні, інші	2220	56023,30	56023,30	0,00	
Цукри хімічно чисті	2220	116034,02	116034,02	0,00	
Кисень медичний	2220	14930,78	376,64	14554,14	
Сполуки органічні з азотною функціональною групою	2220	101816,04	101816,04	0,00	
Пестициди та інші агрохімічні продукти (засоби дезінфекційні)	2220	10800,00	10800,00	0,00	
КЕКВ 2240 „ Оплата послуг (крім комунальних)”					
Послуги щодо випробування й аналізування фізичних властивостей	2240	48204,21	21491,74	26712,47	
Послуги інженерні	2240	6746,53	6746,53	0,00	
Ремонтування та технічне обслуговування електронного й оптичного устаткування	2240	75,37	75,37	0,00	
Послуги щодо прання та хімічного чищення текстильних і хутряних виробів	2240	14620	0	14620,00	
Роботи електромонтажні	2240	74546,94	74546,94	0,00	
Технічне обслуговування та ремонтування інших автотранспортних засобів	2240	371070	326040	45030,00	Відкриті торги
Послуги щодо страхування цивільної відповідальності власників автотранспорту (зокрема відповідальності перевізника)	2240	26055,27	26055,27	0,00	
Послуги щодо передавання даних мережами проводового зв'язку	2240	43726,9	27908,46	15818,44	
Послуги мобільного зв'язку й послуги приватних мереж для систем безпроводового зв'язку	2240	86240	70479,82	15760,18	
Послуги щодо консультування стосовно систем і програмного забезпечення	2240	9855	8451	1404,00	
Послуги інформаційні, інші	2240	1380	1380	0,00	
Ремонтування комп'ютерів і периферійного устаткування	2240	26258	15952,08	10305,92	
Послуги підприємств щодо перевезення безпечних відходів	2240	4369,29	2776,27	1593,02	

Послуги у сфері громадського порядку та громадської безпеки	2240	400500	311500	89000,00	Відкриті торги
Послуги щодо оброблення даних, щодо програмного застосування	2240	27384	22820	4564,00	

Згідно табл. 2.4, фінансова служба оперативно контролює всі зобов'язання, що обліковуються на рахунках установи в органах Державної казначейської служби, виходячи з помісячного плану асигнувань. Аналізування даних, що наведені в табл. 2.4., дозволяє вчасно дотримуватись вимог Бюджетного Кодексу України щодо взяття бюджетних зобов'язань та здійснення платежів тільки в межах бюджетних асигнувань, встановлених кошторисами, враховуючи необхідність виконання бюджетних зобов'язань минулих років, узятих на облік органами Державної казначейської служби.

Питому вагу в видатках установи складають видатки на придбання палива, що використовують 160 автомобілів установи 24 години на добу та 7 днів на тиждень. Безперебійна забезпеченість паливом автомобілів швидкої медичної допомоги – це пріоритетне завдання для адміністрації установи. Саме тому для контролю за придбанням, обліком, списанням та залишками ведеться окремий фінансовий облік.

Ведення такого обліку дає змогу вчасно проводити процедури закупівель згідно законодавства, укладати угоди, придбавати паливо в необхідній кількості та передавати його в підрозділи установи. Також інформація, що отримується від ведення такого контролю дає змогу вчасно відреагувати на необхідність в додаткових коштах на придбання цього стратегічно важливого для служби екстреної медичної допомоги товару.

В структурі видатків установи найбільшу питому вагу займають видатки на заробітну плату з нарахуваннями. Три установи, що входять до складу КУ «ОЦЕМД та МК» ДОР, обслуговують різну кількість населення, тому мають різну кількість бригад швидкої медичної допомоги, а отже і різну кількість штатних одиниць (табл. 2.9). Це обумовлює необхідність відповідального ставлення до розподілу коштів на забезпечення всіх

обов'язкових виплат, надбавок та доплат до заробітної плати. Щомісячний аналіз структури заробітної плати, планування підвищень посадових окладів згідно нормативних актів, затвердження графіку щорічних відпусток працівників та контроль за використанням робочого часу, дає змогу планувати видатки на оплату праці.

Таблиця 2.9 – Мережа штатів та бригад

Установи	Кількість бригад, од.	Штатний розпис	Фактично зайняті посади	Фізичні особи
Разом по КУ "ОЦЕМД та МК" ДОР, у тому числі:	154	2857	2823	2338
КУ "ОЦЕМД та МК" ДОР (4 відділення)	36	707,25	693,25	558
КУ "Дніпровська станція екстреної (швидкої) медичної допомоги" ДОР	75	1501,50	1482,50	1202
КУ "Нікопольська станція екстреної (швидкої) медичної допомоги" ДОР	43	648,25	647,25	578

Недостатність фінансування бюджетних установ, обмеженість у використанні економії інших статей видатків, на превеликий жаль, не дає змогу забезпечити стимулювання працівників установ.

Вивчення структури та динаміки видатків на забезпечення функціонування КУ «ОЦЕМД та МК» ДОР дає змогу зробити висновки щодо необхідності внесення змін до підходу обрахування, виділення та використання бюджетних коштів.

Структура видатків щорічно практично не змінюється, основними видатками є виплата заробітної плати з нарахуваннями, оплата енергоносіїв та утримання автотранспорту. Перелічені видатки є поточними, зменшення їх обсягу може призвести до погіршення надання медичної допомоги населенню

та збільшенню травматизму серед працівників установи. Виділення коштів на здійснення капітальних видатків є нестабільним, що призводить до погіршення матеріально-технічної бази, моральному та фізичному старінню обладнання та устаткування, будівель та споруд, автомобілів.

Динаміка видатків із року в рік зростає по-різному, але як мінімум на прогнозний рівень інфляції, що є недостатнім для розвитку та поліпшення роботи установи. Нестабільний економічний зріст в Україні, а іноді і спад, підштовхує фахівців на необхідність перегляду принципів бюджетного фінансування, пошук нових ідей та методів. В умовах реформування галузі охорони здоров'я, необхідно здійснити і реформування системи фінансування бюджетних установ загалом, та медичних закладів зокрема.

2.4 Оцінка тенденцій та проблеми фінансування КУ «ОЦЕМД та МК» ДОР

Комунальна установа «Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» Дніпропетровської обласної ради є закладом охорони здоров'я системи екстреної медичної допомоги, фінансується виключно із бюджету, є неприбутковою організацією, тому тенденції та проблеми фінансування установи є тотожними з іншими закладами та системи охорони здоров'я в цілому.

Задекларовані в основі пострадянської системи принципи з часом, по суті, втратили економічно обґрунтовані механізми їхнього забезпечення. Це призвело до розбалансованості фінансово-економічних, організаційних, нормативно-правових та профілактичних механізмів функціонування системи.

Недосконалість та неадаптованість до ринкових реалій фінансово-економічних механізмів функціонування система охорони здоров'я потягнула за собою наступні наслідки:

1) Нестача ресурсного забезпечення сфери охорони здоров'я, зокрема, низька частка витрат на охорону здоров'я відносно ВВП України. Вона за останні п'ять років коливається у межах 3 %. Разом з тим, слід наголосити, що даний показник має досить відносний характер, оскільки стосується суто державних видатків. Адже, як свідчать дані національних рахунків в охороні здоров'я, загальні витрати на охорону здоров'я в Україні коливаються в межах 5,5–6,5 % ВВП (як і у деяких країнах Східної та Центральної Європи).

2) Вади механізмів державного фінансування сфери охорони здоров'я, зокрема неефективність ресурсного забезпечення галузі. Загальний обсяг фінансування охорони здоров'я з державного та місцевих бюджетів щорічно змінюється (див. рис. 2.3).

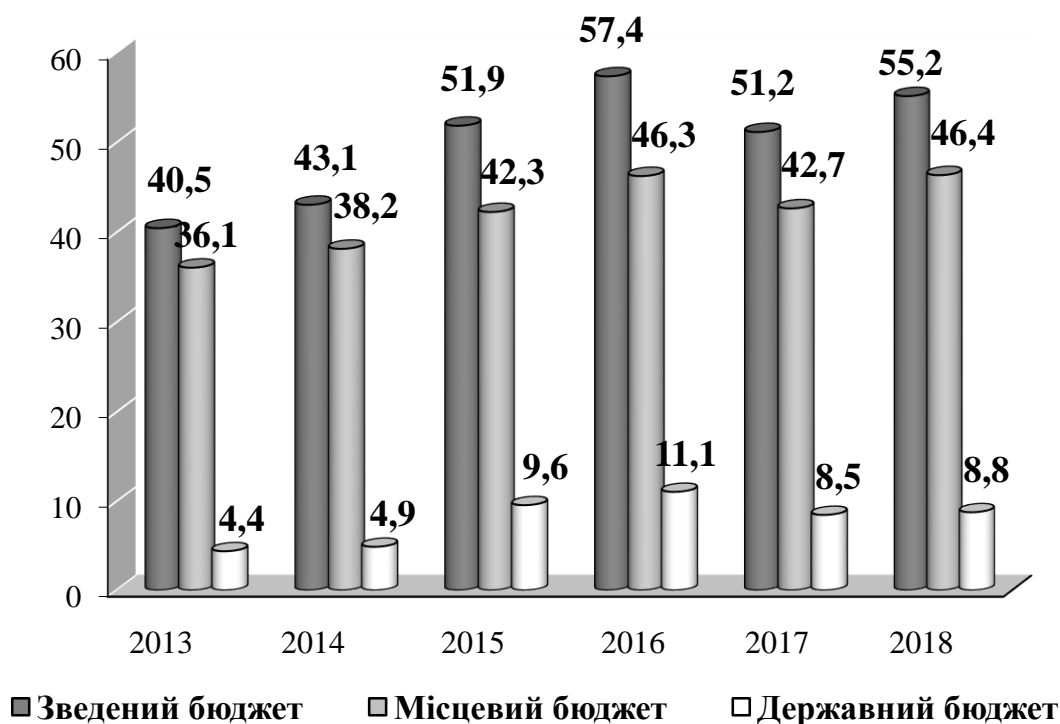


Рис. 2.3 – Обсяг видатків на охорону здоров'я в Україні у 2013–2018 рр., млрд. грн.

Збільшення бюджетного фінансування сфери охорони здоров'я в основному було пов'язане з необхідністю підвищення заробітної плати медичним працівникам та індексом інфляції.

Проте об'єктивного покращення забезпечення галузі не відбувається:

1) Рівень заробітних плат в медичній галузі, за даними Держстату, залишається одним з найнижчих. Таким чином, ані медичні працівники, ні пацієнти не відчують збільшення видатків на сферу охорони здоров'я. Основною причиною, на нашу думку, є те, що державні й комунальні заклади охорони здоров'я, маючи статус «бюджетних установ», згідно з вимогами Бюджетного кодексу України, фінансуються за єдиним можливим для цих установ методом постатейного кошторису. Відповідно, керівники таких закладів та установ не мають права самостійно оперативного перерозподіляти надані їм для використання кошти між різними напрямками витрат в залежності від пріоритетних потреб конкретної установи (які, в свою чергу, мають відповідати конкретним потребам громади, яка обслуговується установою та специфікою роботи). Будь-яка зміна кошторису вимагає прийняття рішення відповідною місцевою радою та дозволу місцевих фінансових органів [2].

2) Відсутність технології розрахунку собівартості медичної послуги в державних та комунальних медичних закладах різного рівня (первинного, вторинного, третинного) у поєднанні з законодавчою неможливістю (Ст. 49 Конституції України) розробки стандартів мінімального, гарантованого державою обсягу медичної допомоги, ускладнює процес планування економічно обґрунтованого розміру бюджетного фінансування державних медичних закладів, а також ускладнює процес державного контролю за використанням матеріальних, трудових та грошових ресурсів [6].

3) Дублювання фінансування з бюджетів різних рівнів.

4) Формування кошторису медичних закладів залежно від потужності медичного закладу (чисельності ліжок і медичного персоналу), а не від реальних потреб населення в медичній допомозі, що веде до екстенсивного розвитку галузі. Переважна частка державного фінансування йде на фінансування лікарень, при цьому 80-90 % з них спрямовуються на оплату праці персоналу та комунальні послуги, тобто на утримання площі та працівників.

5) Висока вартість ліків, неконтрольована система ціноутворення на

лікарські засоби та недостатнє державне забезпечення ліками. Наслідком вищезазначеного є те, що частина населення України не в змозі придбати необхідні ліки з причини їх високої вартості, що призводить до погіршення стану здоров'я населення. Лише 4-5 % витрат, необхідних для медикаментозного забезпечення сфери охорони здоров'я, покривається за рахунок бюджету – всі інші витрати лягають на пацієнтів[41]. В системі екстреної медичної допомоги починаючи з 2015 року діє програма «2311300 - субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на придбання медикаментів та виробів медичного призначення для забезпечення швидкої медичної допомоги», згідно якої в Державному бюджеті України виділяються кошти установам, що надають екстрену медичну допомогу для закупівлі в повному обсязі ліків та виробів медичного призначення. Реалізація цієї програми дозволила зробити екстрену медичну допомогу самою доступнішою для населення.

б) Попри збільшення питомої ваги видатків на оплату праці медичних працівників у загальних видатках, зростання середньої заробітної плати в охороні здоров'я залишається вкрай низьким[11]. У переважній більшості випадків оплата праці персоналу в установах охорони здоров'я здійснюється лише за відпрацьований час без реального врахування об'ємів, якості й ефективності роботи того або іншого співробітника. Преміювання та встановлення будь-яких надбавок до зарплати (окрім доплати за часткове заміщення вакантних штатних посад, надбавок за стаж і кваліфікаційну категорію, що є обов'язковими) відбуваються досить рідко, передусім через дефіцит фінансування, та здійснюються за відсутності чітких критеріїв, що позбавляє більшість працівників стимулів до більш ефективної та якісної роботи.

Такі рівні оплати праці не можуть залучити і тим більше утримати кадри, особливо молоді, у системі охорони здоров'я. У результаті в останні роки ми отримуємо ситуацію, що характеризується значними масштабами переходу медичних працівників до інших секторів економіки або еміграції, частіше в

сусідні європейські країни. Ще однією перешкодою для впровадження ефективніших форм організації оплати праці персоналу є відсутність правових можливостей використання в медичних установах контрактної форми трудового договору. Тим часом використання саме цього інструмента стимулювало б вироблення чітких критеріїв оцінки діяльності кожного працівника й забезпечило би більш прозоре регулювання взаємних зобов'язань адміністрації та співробітників, у тому числі й щодо методів і підходів до оплати праці.

Низька оплата праці медичних працівників, відповідно, негативно впливає й на їхній соціальний захист (пенсійне забезпечення, соціальний захист на випадок профзахворювань тощо). Надзвичайно актуальною для медичних працівників є проблема безпеки на робочому місці, адже рівень профзахворювань медиків досить високий (за останні роки, наприклад, лише на туберкульоз захворіли 150 працівників, на вірусний гепатит – понад 50). Надання екстреної медичної допомоги переважно здійснюється в екстремальних та небезпечних умовах, постійно знаходяться в транспортному засобі. Члени бригад доволі часто стикаються з неврівноваженими з різних причин пацієнтами або їх родичами, що іноді призводить до травм, інвалідизації або навіть смерті. Адміністрація КУ «ОЦЕМД та МК» ДОР в межах виділених асигнувань укладає договори:

- особистого державного страхування на випадок інфікування ВІЛ (СНІД);
- особистого державного страхування від нещасних випадків на транспорті;
- з управлінням державної служби охорони УМВС України на спостереження, реагування та виїзд на сигнал кнопок тривожної сигналізації, що встановлені в кожній бригаді ЕМД.

За будь-яких умов люди прагнуть поліпшити стан свого здоров'я. З цією метою вони звертаються за кваліфікованою допомогою до медиків. Весь цей процес зображено на схемі, представленій на рис.2.4.

Вагомою ланкою даної схеми є попит на інформаційну продукцію медицини, оскільки через незнання реального стану здоров'я, різноманітні підозри виникають перешкоди для прийняття клієнтом рішення щодо звернення по медичну допомогу. Адже в деяких випадках зволікання може коштувати споживачеві життя.

Виходячи із вищесказаного, робимо висновок, що попит на послуги медицини завжди існує і самі споживачі визначають стосовно них ситуацію на ринку.

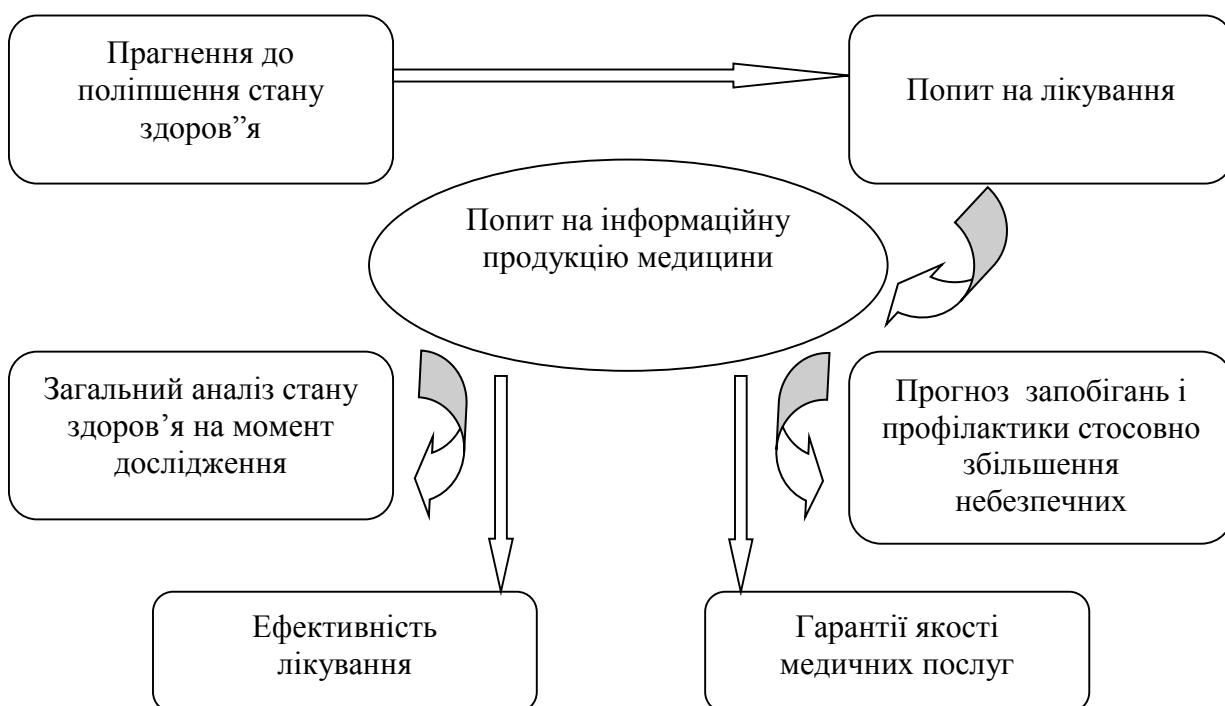


Рис. 2.4 – Схема попиту на споживання медицини як економічного елементу

Правовідносини у сфері охорони здоров'я регламентуються і регулюються досить великою законодавчою базою, а саме: Конституцією України, Основами законодавства України про охорону здоров'я, Указами Президента України, Постановами Кабінету Міністрів України, нормативними наказами Міністерства охорони здоров'я України, які реєструються в Міністерстві юстиції України, а також національними і державними, комплексними і цільовими програмами з актуальних проблем охорони здоров'я, затвердженими Указами Президента України або

Постановами Кабінету Міністрів України [76]. Їх аналіз свідчить про наступне:

1) Деякі правові норми в галузі охорони здоров'я досі не переглянуті з радянських часів, і тому продовжують діяти, хоча суттєво змінилися і політичні, і соціально-економічні умови функціонування системи охорони здоров'я. Це призвело до суперечностей в нормативно-правовій базі, яка регламентує діяльність охорони здоров'я, декларативності й неузгодженості цих норм між собою та іншими правовими актами, що обтяжує їх виконання.

2) Відсутнє законодавче забезпечення захищеності прав пацієнтів та медичних працівників в Україні.

3) Нечіткою та неузгодженою є нормативно-правова база, що визначає та регулює механізми фінансування галузі охорони здоров'я, зокрема, немає законодавчо закріпленого базового пакету медичної допомоги, надання якого держава гарантує всім своїм громадянам безоплатно, тобто за рахунок державних та місцевих бюджетів. Це призводить до законодавчих колізій і проблем, що виникають на практиці, коли норми різних актів, що регламентують охорону здоров'я, суперечать одна одній [66].

Основними чинниками вищенаведеного є: нестача спеціалістів, які б мали необхідний обсяг знань як у сфері юриспруденції, так і в медицині; неконсолідованість діяльності представників правової і медичної науки; недостатнє врахування міжнародно-правових стандартів у сфері охорони здоров'я і неефективне використання позитивного зарубіжного досвіду в регулюванні охорони здоров'я.

При цьому слід зазначити, що аналіз поточних заходів уряду України, Міністерства охорони здоров'я України щодо забезпечення реформування вітчизняної системи охорони здоров'я свідчать про здійснення низки позитивних змін. Зокрема відбулося прийняття наступних законодавчих та нормативних актів:

а) нова редакція Бюджетного кодексу України, в якому враховані питання, пов'язані з оптимізацією медичних закладів (зокрема, внесені зміни

у ст. 88 та 89 Бюджетного кодексу України, у відповідності з якими фінансування первинної медико-санітарної, амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги (лікарні широкого профілю, спеціалізовані медико-санітарні частини, пологові будинки, поліклініки і амбулаторії, загальні стоматологічні поліклініки, а також дільничні лікарні, медичні амбулаторії, фельдшерсько-акушерські та фельдшерські пункти, центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги) перенесено на видатки, що здійснюються з бюджетів міст республіканського Автономної Республіки Крим та обласного значення, районних бюджетів, бюджетів об'єднаних територіальних громад, що створюються згідно із законом та перспективним планом формування територій громад [2];

б) Закон України «Про державно-приватне партнерство» № 2404–17 від 01.07.2015 р., який законодавчо забезпечив можливість партнерства держави й приватного інвестора, в тому числі і в сфері охорони здоров'я [4];

в) постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання оплати праці медичних працівників системи екстреної медичної допомоги» від 27.03.2017р. №199 [12].

В цілому задекларовані в національному законодавстві України принципи правового регулювання діяльності сфери охорони здоров'я в основному відповідають нормам міжнародного права та міжнародних рекомендацій. Основною проблемою в Україні є неналежне виконання законодавства органами виконавчої влади та іншими суб'єктами правовідносин.

Наведені дані свідчать, що наявні ресурси охорони здоров'я України розпорошені, а структура медичних послуг істотно деформована, що може призвести до загострення проблем медичного обслуговування населення, особливо в умовах фінансово-економічної кризи.

Надавши організаційно-економічну характеристику КУ «ОЦЕМД та МК» ДОР (надалі – Установа, Центр), проаналізувавши структуру та динаміку видатків Установи та дослідивши наслідки негативних тенденцій та проблеми фінансування системи охорони здоров'я та Центру можливо зробити наступні висновки:

1. Основними джерелами фінансування Центру є: видатки загального (враховуються при визначенні обсягу міжбюджетних трансфертів) та спеціального фондів бюджету (власні надходження бюджетних установ та кошти, що передаються із загального фонду бюджету до спеціального фонду бюджету).
2. Керівники бюджетних закладів та установ не мають права самостійно оперативно перерозподіляти надані їм для використання кошти між різними напрямками витрат в залежності від пріоритетних потреб конкретної установи. Будь-яка зміна кошторису вимагає прийняття рішення відповідною місцевою радою та дозволу місцевих фінансових органів. Ця ситуація призводить до погіршення якості надання медичних послуг.
3. Нечіткою та неузгодженою є нормативно-правова база, що визначає та регулює механізми фінансування галузі охорони здоров'я, зокрема, немає законодавчо закріпленого базового пакету медичної допомоги, надання якого держава гарантує всім своїм громадянам безоплатно, тобто за рахунок державних та місцевих бюджетів. Це призводить до законодавчих колізій і проблем, що виникають на практиці, коли норми різних актів, що регламентують охорону здоров'я, суперечать одна одній.

Актуальним залишається питання щодо розрахунку видатків, що враховуються при визначенні міжбюджетних трансфертів на підставі державних стандартів і нормативів, як це передбачено бюджетним законодавством. Однак, і на теперішній час затверджені стандарти відсутні.

На прикладі КУ «ОЦЕМД та МК» ДОР, що є розпорядником бюджетних коштів нижчого рівня, із року в рік простежується низька фінансова

незалежність, а саме: розрив між доведеним за формульним розрахунком обсягом і реальною потребою в коштах.

Необхідність забезпечення безперебійної роботи служби екстреної медичної допомоги області в умовах обмеженості фінансових ресурсів вимагає вишукувати та приймати врівноважені, відповідальні адміністративно-фінансові рішення. Для цього постійно необхідно вести облік, контроль та аналіз за надходженнями і витратами бюджетних коштів. Фахівцями фінансової служби розроблені форми лінійного контролю та аналізу видатків згідно економічної класифікації та згідно класифікаторів продукції, товарів та послуг.

Проблематика недофінансування галузі охорони здоров'я в межах нашої країни впливає і на стан фінансування Установи в той чи інший ступінь, а саме:

- поточні видатки на придбання палива та медикаментів наразі повністю покривають розрахункову необхідність;
- на дуже низькому рівні залишається виділення коштів на поточний ремонт будівель, приміщень та споруд, що призводить до погіршення умов праці та відпочинку працівників служби;
- заміна автомобільного транспорту ведеться вкрай недостатньо, для прикладу: на теперішній час із 160 автомобілів, що експлуатуються цілодобово, 83 підлягають списанню (експлуатуються більше 10 років), 25 підлягають капітальному ремонту, в тому числі 3 – заміни основних вузлів та агрегатів після дорожньо-транспортних пригод. В 2016 році було придбано 9 автомобілів, що складає 10,8% від потреби, на суму 16 млн.грн.

Вадою механізмів державного фінансування сфери охорони здоров'я зокрема є неефективність ресурсного забезпечення галузі. Загальний обсяг фінансування охорони здоров'я з державного та місцевих бюджетів щорічно збільшується. Але це збільшення в основному пов'язане з необхідністю підвищення заробітної плати медичним працівникам та індексом інфляції.

Проте об'єктивного покращення забезпечення галузі не відбувається: рівень заробітних плат в медичній галузі залишається одним з найнижчих;

формування кошторису медичних закладів залежно від потужності медичного закладу (чисельності бригад і медичного персоналу), а не від реальних потреб населення в медичній допомозі.

3 ПЕРСПЕКТИВИ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

3.1 Зарубіжний досвід фінансування охорони здоров'я

Навіть при своєчасному державному фінансуванні, яке підтримує медицину держави на відносно належному рівні, багато людей все ж таки не задоволені якістю обслуговування. Це і довгі черги до лікаря, відсутність лікарів деяких спеціалізацій, низька кваліфікація лікарів, відсутність аптек в поліклініках та лікарнях та ін.

В той час як старі принципи організації системи охорони здоров'я все ще працюють, з'явилися нові проблеми. Вони зв'язані в першу чергу з тим, що в теперішній час держава не в змозі фінансувати більшість потреб охорони здоров'я, а без цього система нормально функціонувати не може [42].

Для порівняння: США витрачає 12–15 % свого валового внутрішнього продукту (ВВП) на охорону здоров'я, тобто медичні витрати на душу населення в рік становлять 2556 доларів США; Німеччина – 13 % (1486 доларів США); Франція – 8,2 %; Великобританія – 6,7 %; в Україні – 1,3 % ВВП в 2016 році (це всього 98 грн. на душу населення в рік) [55].

Ситуація з охороною здоров'я в Україні почала погіршуватися. З 2013 року Міністерство охорони здоров'я припинило централізовану закупівлю вакцин та сироваток, що призвело до зриву вакцинації дитячого та дорослого населення. Із-за недостатнього фінансування в медичних закладах не вистачає обладнання (а те яке є вже давно зношене та застаріле), інструментів і матеріалів, продуктів харчування, медикаментів. Лікарі не зацікавлені у якості і ефективності своєї праці.

Реформа системи охорони здоров'я життєво необхідна в Україні. Існує два варіанти організації системи охорони здоров'я:

- 1) ринковий;
- 2) державний.

Ринковий підхід являє собою найкращий спосіб досягнення ефективності шляхом взаємодії конкуруючих «виробників» медичних послуг та страхувальників. Він підтримує максимально високу якість послуг при оптимально низькій ціні. Але зрозуміло, що не завжди можна покладатися на такий підхід, особливо в такому питанні як охорона здоров'я. Ринкова система також може давати збої. Вона бездумна та немилосердна до малозабезпечених. Тому багато хто стоїть на позиції, що охорона здоров'я повинна утримуватись і контролюватись державою, тобто держава повинна оплачувати медичні витрати своїх громадян [71].

Ні один з двох варіантів ніколи не використовується в чистому вигляді. Звичайно використовується деяка їх комбінація. Такі держави як Великобританія, Канада, Швеція, Німеччина мають державне фінансування охорони здоров'я, яка утримує більшу частину населення.

Наприклад, Національна служба охорони здоров'я Великої Британії є найбільш відомою універсальною системою медичної допомоги (охоплене все населення країни) з 1948 року, коли вона була запроваджена. Це державна система, яка фінансується в основному за рахунок податків.

Послуги надаються всім верствам населення і, в основному, на безоплатній основі. Не існує оплати за послуги, які надаються в межах Національної служби охорони здоров'я, за винятком лікарень у тих випадках, коли пацієнт потребує особливих умов або додаткового лікування, яке не є необхідним з клінічної точки зору. Національна служба охорони здоров'я фінансується за рахунок системи загального оподаткування (95 %) та інших платежів (5 %) в рамках загального бюджету, який розробляється міністерством і ухвалюється парламентом [73].

Великобританія підтримує систему національної охорони здоров'я, при якій лікарі є державними службовцями і всі медичні заклади належать державі. Необхідно відмітити, що в таких умовах багато британців звертаються за допомогою в приватні установи.

Фінансування системи охорони здоров'я Канади здійснюються як з

державного, так і з приватного секторів. Державний сектор забезпечує фінансування витрат урядів на федеральному, провінційному (територіальному) і муніципальному рівнях і компенсації працівникам інших соціальних служб, задіяних у наданні послуг охорони здоров'я. В цілому, 70 % фінансування охорони здоров'я надходить від державного сектора і 30 % від приватного.

В Канаді лікарі і медичні заклади є частиною приватного сектору, а завдання держави — контролювати, щоб всі громадяни були забезпечені медичним страхуванням. Недоліком цих двох систем (британської і канадської) є те, що пацієнти годинами чекають прийому лікаря і місяцями — нетермінових операцій. Тому багато заможних канадців за серйозною медичною допомогою їдуть до Сполучених Штатів.

Система охорони здоров'я в США представлена найбільш різноманітними формами. У США немає загальної системи надання медичної допомоги для працюючого населення. Програма «Медікер» надає послуги лише людям віком старше 65 років, деяким людям з інвалідністю та людям, що мають постійну ниркову недостатність. Програма «Медікер» фінансується за рахунок внесків, які сплачують працівники та роботодавці у розмірі 1,45 % заробітної плати.

Інші громадяни мають страхуватися в програмах приватного страхування. Приватне страхування є різним, і роботодавці можуть сплачувати частину страхового внеску або весь його розмір, або працівник (чи інша особа) може сплачувати всю вартість страхового внеску. Так, як основний обсяг медичної допомоги забезпечується через приватне страхування, існують багато його видів, які надаються кількома страховими компаніями та фондами. Як правило, роботодавець має план щодо страхування своїх працівників. Роботодавець іноді сплачує повну вартість страховки, але часто працівники також вносять певну грошову суму [77].

Така конкуренція між приватними та громадськими представниками сфери медичних послуг знижує ціну і підвищує якість медичних послуг.

Найбільш поширеною формою медичних організацій в США є організація по підтримці здоров'я, яка може бути приватною або громадською. Організації по підтримці здоров'я – членські організації, які наймають лікарів та інший медичний персонал на фіксовану заробітну плату, для обслуговування своїх членів. Існує багато варіацій приватних і громадських медичних організацій в США. Деякі крупні корпорації самі страхують своїх робітників. Деякі компанії об'єднуються для пошуку самих вигідних цін на медичне страхування своїх робітників (тут важливим є кількість, тому часто страхові компанії знижують ціну полісу, щоб не втратити таку кількість клієнтів). Також в США існує сфера страхування пенсіонерів і малозабезпечених, яка фінансується із державного бюджету і включає в себе декілька національних програм страхування. Але й вона тісно працює в взаємодії із вільним ринком приватних і недержавних медичних організацій: саме вони надають медичні послуги пенсіонерам і малозабезпеченим; різниця лише в тому, що оплачує ці послуги держава.

На сьогодні від 85 до 90 % населення США має декілька видів страхового забезпечення на випадок хвороби чи травми.

У Фінляндії медична допомога надається як через громадську систему охорони здоров'я, так і через систему медичного страхування. Обидві вони є універсальними і фінансуються головним чином за рахунок податків (внески на медичне страхування від роботодавців і працівників збираються через податки).

Крім того, приблизно половина роботодавців добровільно організовують надання додаткових медичних послуг для своїх працівників.

Охорона здоров'я фінансується в основному за рахунок державних коштів. При цьому муніципалітети надають приблизно 35% загального обсягу фондів. Приблизно 25 % надходжень — це державні субсидії, що збираються за рахунок загальних податків. Фінансування за рахунок програми медичного страхування складає 15 %. Решта коштів надходить з приватних джерел, а також за рахунок співоплати з боку пацієнтів. Приватне страхування

забезпечує приблизно 2 % загального обсягу фінансування [74].

Франція має складне поєднання приватного і державного секторів як у фінансуванні, так і в наданні медичної допомоги. Система базується на обов'язковій державній програмі охорони здоров'я, яка в значній мірі доповнюється добровільним страхуванням. Однак, в цілому система охоплює майже все населення країни. Широкий спектр і майже необмежений обсяг медичних послуг надається як на лікарняному, так і на амбулаторному рівні, а пацієнти мають свободу вибору надавача послуг. Населення Франції задоволене своєю системою охорони здоров'я. Показники середньої тривалості життя та рівня смертності є ліпшими за середньоєвропейський показник, незважаючи на споживання французами великої кількості алкоголю та тютюну [47].

Загальна програма страхування фінансується шляхом збору податків з роботодавців та працівників — 12,8 % видатків на заробітну плату з роботодавця та 0,75 % з працівника (внески йдуть також на покриття грошової допомоги по непрацездатності, вагітності та пологам, а також за інвалідністю та смертю). На даний час національне медичне страхування покриває 74 % всіх витрат на охорону здоров'я. Останнім часом ця цифра зменшується. Спільні товариства покривають приблизно 7 %, а приватні страховики – 5 % витрат на охорону здоров'я. Менше ніж 3 % надходять зі зборів загальних податків, а решта – більше, ніж 13 %, – надходить за рахунок співоплати з боку пацієнта.

Система охорони здоров'я Нідерландів фінансується в більшій частині за рахунок поєднання соціального та приватного страхування, при цьому соціальним страхуванням покривається 64 % населення, а приватним – 31 %. Національна програма страхування, яка є обов'язковою для всього населення, передбачає страхування у разі нещасних випадків, хронічних захворювань, інвалідності, психіатричної та довгострокової допомоги. Приватний некомерційний сектор, а також громадяни, що забезпечують себе роботою самостійно, відіграють значну роль в наданні медичної допомоги.

Соціальне страхування є домінуючою формою фінансування системи

охорони здоров'я в Нідерландах, покриваючи приблизно 70 % витрат на охорону здоров'я. Приватне страхування покриває приблизно 13 % всіх витрат.

Фінансування доповнюється прямою співплатою пацієнтами та урядовими субсидіями. Міністерство подає до схвалення Парламентом загальний бюджет витрат на охорону здоров'я. Крім того, для деяких секторів системи охорони здоров'я встановлені планові показники витрат, наприклад, для стаціонарної і амбулаторної допомоги.

Ми бачимо, що зарубіжний досвід фінансування охорони здоров'я для забезпечення медичної допомоги населенню вказує на те, що достатньо ефективною системою в умовах обмеження фінансових ресурсів держави, є система медичного страхування. Введення цієї системи дозволяє формувати фонд грошових коштів, із яких оплачуються медичні послуги. Джерелами страхових медичних внесків в багатьох країнах є державні бюджетні кошти, кошти підприємств і громадян. Форми страхування здоров'я в різних країнах дуже різноманітні і відрізняються джерелами фінансування, умовами страхування, складом наданих медичних послуг.

При всій різноманітності систем страхування в розвинутих країнах однією обов'язковою умовою є використання населенням коштів на лікування із сімейного бюджету. Безкоштовне надання медичної допомоги передбачене лише в деяких випадках. Повністю безкоштовним являється лікування виробничих нещасних випадків та професійних захворювань.

Щодо України, то їй, безумовно, необхідно враховувати досвід розвинутих країн в побудові ринкової системи охорони здоров'я. Існує багато варіантів, але вибрати із них потрібно той, який відповідає всім національним особливостям держави [53].

Введення страхової медицини позбавить державу від деякої відповідальності найбільш важливим із якої є фінансування охорони здоров'я населення. Це особливо важливо в сучасній ситуації, коли Україна спроможна забезпечити тільки 40–50 % потреб охорони здоров'я.

3.2 Шляхи реформування та принципи фінансування системи охорони здоров'я

Згідно статей 3 та 49 Конституції України, життя і здоров'я людини є найвищими соціальними цінностями держави, і кожний громадянин України має право на охорону здоров'я та медичну допомогу.

Здоров'я людини є не лише однією з найважливіших життєвих цінностей, основою життя людини та способом (формою) її існування (німецький філософ А. Шопенгауер писав: «Здоров'я настільки перевищує усі інші блага життя, що воістину здоровий жебрак – щасливіший, ніж хворий король»), але й одним із визначальних чинників розвитку економіки країни, показником її благополуччя, індикатором результативності й ефективності соціальних реформ. Як вказують експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я, здоров'я населення — це фактор довготривалого стійкого економічного зростання, підвищення національного доходу, що у свою чергу впливає і на соціальне благополуччя, сприяє безперервному економічному зростанню і зниженню рівня бідності.

Особливо це актуально сьогодні, адже в період економічної кризи на перше місце повинні виступати соціальні пріоритети. Саме ступінь орієнтованості держави на покращення здоров'я громадян, вдосконалення діяльності сфери охорони здоров'я і є одним із основних, на нашу думку, показників розвитку держави, її цивілізованості і конкурентоспроможності.

За всі роки незалежності України так і не вдалося створити ефективну систему охорони здоров'я. Чинна система викликає справедливі нарікання як з боку населення, так і з боку медичного персоналу, дотепер вона не здатна належним чином задовольнити потреби населення у медичній допомозі, забезпечити доступність, якість та своєчасність надання послуг з охорони здоров'я, належний рівень профілактики захворюваності та смертності тощо.

Фінансово-економічна криза суттєво загострила проблеми, пов'язані з наданням населенню України медичної допомоги, із забезпеченням її належної доступності та якості. Зростання цін на ліки, продукти харчування, енергоносії призвело до загального підвищення витрат на утримання мережі медичних закладів та збільшення собівартості надання всіх медичних послуг. Необхідність реформи сфери охорони здоров'я підкреслюється неможливістю, з одного боку, забезпечити в існуючих умовах належне державне фінансування галузі, а з іншого — запровадити ефективні схеми для повноцінної конкуренції на ринку медичних послуг. Адже декларативність безкоштовної медицини перешкоджає легальному розвитку державної медицини в ринкових умовах.

Слід зазначити, що сьогодні більшість країн світу стоять перед серйозними проблемами в галузі охорони здоров'я, які пов'язані з демографічними і епідеміологічними зрушеннями, посиленням соціально-економічних нерівностей, дефіцитом ресурсів, розвитком технологій і запитами населення, які постійно зростають.

Зазначені проблеми особливо загострились в умовах сучасної економічної ситуації. Саме тому експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я, у співпраці з представниками сфери охорони здоров'я Європейського регіону закликають керівництва країн до запровадження державних програм щодо покращення здоров'я населення та доступності послуг з охорони здоров'я в умовах економічної кризи.

На жаль, охорона здоров'я в нашій країні не стала пріоритетом державної політики, попри численні декларації, політичні спекуляції та дискусії про шляхи її реформування, що точаться вже більше двох десятиліть. Критична ситуація у сфері охорони здоров'я в Україні вимагає вироблення єдиної державної політики щодо її реформування.

Неухильне підвищення рівня добробуту людей, суттєве поліпшення функціонування системи охорони здоров'я у спосіб її реформування з метою підвищення якості медичних послуг, їх доступності, запровадження стимулів

для здорового способу життя населення та належних умов праці мають бути визначеними одними із основних пріоритетів політики реформ галузі «Охорона здоров'я».

Сучасна система охорони здоров'я, що дісталась Україні у спадок від УРСР, знаходиться в кризовому стані, що наочно підтверджується медико-демографічними показниками. Вона погано пристосована для того, щоб за нинішніх умов соціально-економічного розвитку країни належним чином реагувати на потреби населення. За роки незалежності ця чи не найважливіша складова сфери соціального захисту набула спонтанної деформації без належної адаптації до сучасних вимог та суспільних потреб. Не викликає сумніву, що система охорони здоров'я в її нинішньому стані потребує негайного реформування, точніше — заміни новою системою, яка була б здатна забезпечити належний рівень медичного обслуговування населення у відповідності до вимог сьогодення [43].

Незважаючи на поступ ринкових реформ в Україні, у сфері охорони здоров'я продовжував використовуватися командно-адміністративний підхід до управління без можливості гнучкого прийняття управлінських рішень на місцях в залежності від потреб громади, який полягає в наступному:

- низька самостійність медичних закладів щодо прийняття управлінських і фінансових рішень;
- фактично відсутній вплив громадськості (як професійного самоврядування, так і громадськості в цілому) на вироблення і прийняття політичних та управлінських рішень щодо забезпечення діяльності сфери охорони здоров'я;
- відсутність чіткого розмежування між платником та постачальником медичних послуг та відсутність договірних відносин між ними [41];
- неефективність політики децентралізації: відсутність чіткого розмежування функцій і повноважень між місцевими державними адміністраціями та органами місцевого самоврядування.

Держава не спроможна фінансово підтримувати сферу охорони здоров'я

у повному обсязі, а механізми компенсації та формування фінансових пулів не були розроблені ані в державі в цілому, ані на місцях. Крім того, на початку існування незалежної України не було ані єдиної нормативної бази, ані достатнього кадрового забезпечення для децентралізованого розвитку системи охорони здоров'я [52].

Диспропорційність у фінансово-організаційній структурі сфери охорони здоров'я, яка виявляється в наступному: відбувається зміщення акценту з первинної на вторинну та третинну ланки; розподіл коштів між медичними закладами здійснюється в залежності від ресурсних показників (кількість ліжок, кількість медичних бригад, кількість штатних посад тощо), що обумовлює екстенсивний розвиток цих закладів – орієнтацію на кількість, а не на якість; виконання непрофільної роботи; кошторисне фінансування медичних закладів призводить до відсутності мотивації їхнього керівництва до покращення якості діяльності та ефективного використання фінансів; недостатнє фінансування системи охорони здоров'я та системна корупція в країні призвели до розбалансованості системи лікування, профілактики, реабілітації та санітарно-епідеміологічного нагляду; комерціалізація підприємств у поєднанні з відсутністю ефективних механізмів державного регулювання системи охорони здоров'я призвела, особливо на початку становлення незалежної України, до руйнації системи профілактики професійних захворювань та захворювань, пов'язаних з екологічними проблемами.

Крім того, залежність вітчизняної фармацевтичної галузі від імпорту сировини призвела до різкого спаду виробництва вітчизняної фармацевтичної продукції і, тим самим, до руйнації системи гарантованого забезпечення ліками, навіть у стаціонарах. Зазначимо також, що комерціалізація фармацевтичної галузі у поєднанні з недосконалими нормативно-правовими механізмами державного регулювання, призвела до закриття переважної більшості державних та комунальних аптек, насамперед відділів внутрішньо аптечного виготовлення ліків.

Сьогодні система охорони здоров'я в Україні нагально потребує послідовних та глибоких інституціональних та структурних перетворень, спрямованих на поліпшення здоров'я населення та задоволення його справедливих потреб у медичній допомозі [40].

Погіршення стану здоров'я населення призводить до об'єктивного зростання потреб у медичній допомозі, які існуюча система охорони здоров'я задовольнити не може, що негативно позначається на трудових ресурсному потенціалі України [49].

Причинами виникнення зазначених проблем є: відсутність зв'язку між якістю медичних послуг й видатками на їх фінансування, а також відсутність мотивації медичних кадрів до якісної праці; низький рівень доступності медичних послуг, насамперед у сільській місцевості; деформованість структури медичних послуг, переваги у бік спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги при відсутності впливу первинної медико-санітарної допомоги на медичний маршрут пацієнта; неефективне використання бюджетних коштів, виділених на охорону здоров'я; виконання екстреною медичною допомогою роботи, що притаманна первинній медико-санітарній ланці, відсутність механізму управління потоками пацієнтів на різних рівнях надання медичних послуг; відсутність чіткого розмежування рівнів надання медичної допомоги; низька самостійність медичних закладів при використанні фінансових ресурсів; надмірна децентралізація та фрагментація фінансових потоків.

Вкрай важливо визначити необхідні кроки, що будуть спрямовані на покращення здоров'я населення, забезпечення рівного й справедливого доступу усіх громадян до медичних послуг належної якості [51; 64].

Для досягнення цього поставлені такі завдання:

- 1) підвищити якість медичних послуг;
- 2) підвищити доступність медичних послуг;
- 3) покращити ефективність державного фінансування;
- 4) створити стимули для здорового способу життя населення й здорових

умов праці.

Для здійснення поставлених цілей необхідно пройти декілька етапів реформування галузі.

Перший етап (наразі триває):

– оптимізація мережі та ліжкового фонду закладів охорони здоров'я, у тому числі відомчого підпорядкування; централізація коштів територіальних громад району на рівні районного бюджету; об'єднання коштів на надання первинної медико-санітарної допомоги – на рівні району або міста, на надання вторинної (спеціалізованої) і екстреної медичної допомоги – на обласному рівні, для надання третинної (високоспеціалізованої, високотехнологічної) медичної допомоги – на обласному й державному рівнях; перерозподіл фінансування на користь первинної медичної допомоги й профілактичної медицини; формування Центрів первинної медико-санітарної допомоги.

Другий етап (2017 – 2018рр.) :

– створення органів управління охороною здоров'я – відділів (управлінь) охорони здоров'я районних державних адміністрацій (міських рад) як замовників медичних послуг та розпорядників бюджетних коштів на відповідній території; створення юридично самостійних центрів первинної медико-санітарної допомоги;

– продовження формування оптимальної мережі закладів первинного наближення екстреної медичної допомоги у сільській місцевості за принципом 20 хвилин з часу виклику, у місті – 10 хвилин з часу виклику (в Дніпропетровській області цей крок етапу завершено);

– поступове формування оптимальної мережі закладів вторинного рівня надання медичної допомоги з урахуванням інтенсивності надання медичних послуг на засадах єдиного медичного простору;

– поступове створення «госпітальних» округів, що об'єднують заклади декількох районів або міст і районів залежно від щільності та характеру розселення населення, з урахуванням стану транспортних комунікацій, матеріально-технічного та кадрового потенціалу стаціонарів, профілю їх

діяльності та структури медичних послуг.

Третій етап (2019 – 2020рр.)

– створення єдиного медичного простору; створення агенції з експертизи якості медичної допомоги; створення раціонального медичного маршруту пацієнта; переведення усіх медичних закладів на систему контрактних відносин між замовником і постачальником медичних послуг; запровадження єдиної методики розрахунків вартості медичних послуг, що оплачується державою; підготовка до запровадження обов'язкового медичного страхування.

З метою координації заходів з реформування системи охорони здоров'я, що запроваджуються, регулярно проводяться обговорення питань з актуальних проблем галузі в робочих групах, створених при обласних та міських державних адміністрацій, на засіданнях громадських рад. Проводиться активне висвітлення заходів в засобах масової інформації області.

Складність реформи охорони здоров'я в Україні полягає в тому, що при мінімальних витратах треба досягти максимальної медичної, соціальної та економічної ефективності, забезпечити доступність і якість основних видів медичної допомоги. Для цього належить здійснити широкомасштабну реструктуризацію галузі, яка, насамперед полягає у: впровадженні нових управлінських і фінансових моделей і механізмів; перегляді та корекції норм потреб населення в різних видах медичної допомоги та нормативів навантаження медичних працівників різних спеціальностей; пріоритетному розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини (загальної практики), як найближчої до населення та найбільш доступної й економічної; відповідній раціоналізації спеціалізованої та стаціонарної допомоги; обґрунтованому впорядкуванні мережі медичних закладів за рахунок скорочення непотрібних ланок, удосконалення їх структури і функцій тощо [58].

Однією з важливих стратегій розв'язання проблеми обмеженості

ресурсів системи охорони здоров'я є запровадження ефективного контролю за видатками на її матеріальне забезпечення шляхом впливу на пропозицію медичних послуг. Перш за все, це стосується контролю за видатками на лікарські препарати. Тому першочерговим завданням Кабінету Міністрів України в розв'язанні проблем медикаментозного забезпечення потреб системи охорони здоров'я є постійне ведення національного переліку основних (життєво необхідних) лікарських засобів, розробленого за рекомендаціями всесвітньої організації охорони здоров'я. Очевидно, саме виходячи з такого переліку, в подальшому повинна будуватися політика планування державних закупівель лікарських засобів вітчизняного та зарубіжного виробництва для потреб закладів охорони здоров'я, що фінансуються з бюджету, і вдосконалюватися політика у сфері державного регулювання цін на ліки. Він є необхідним і для забезпечення запровадження формулярної системи медикаментозного забезпечення галузі охорони здоров'я, розробки та запровадження повноцінних стандартів медичної допомоги та єдиних протоколів надання медичної допомоги.

Важливими складовими стабілізації діяльності системи охорони здоров'я є: систематичний моніторинговий аналіз ринку; формування цивілізованого механізму ціноутворення на медичну допомогу; аналіз і контроль собівартості лікування; впровадження моделей управління за схемами сучасного менеджменту; контроль та аналіз продуктивності медичної діяльності; належна оплата праці лікарів; економічний аналіз діючих спільних договорів (контрактів); прогнозування платоспроможності споживачів медичної допомоги.

Система фінансування повинна: забезпечувати збалансованість обсягів фінансування та обсягів медичної допомоги, що надається, та можливість цілеспрямованого формування найбільш раціонального обсягу і структури надання медичної допомоги, а також поєднання методів оплати різних видів медичної допомоги; стимулювати подолання фрагментарності системи охорони здоров'я та зміцнення сектора амбулаторно-поліклінічної допомоги й

підвищення ролі первинної медичної допомоги; мінімізувати адміністративні витрати фінансуючої сторони та оптимізувати пов'язані з цим контрольні функції; накопичувати та аналізувати управлінську інформацію для запровадження ефективних моделей управління медичною установою [62].

Методи фінансування повинні стимулювати надавачів медичної допомоги до виконання функцій по медичному обслуговуванню найкращим для пацієнтів способом в умовах раціонального використання фінансових ресурсів [31].

Таким чином, на шляху до реформування системи фінансування охорони здоров'я в Україні необхідно зберегти державний контроль за механізмами забезпечення обсягу та якості медичної допомоги за рахунок бюджетного фінансування, маючи на увазі кошти Державного та місцевих бюджетів, та залучення додаткових фінансових джерел, якими мають бути кошти загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування та добровільного медичного страхування, кошти накопичувальних фондів територіальних громад і благодійних фондів, благодійні внески та пожертвування юридичних та фізичних осіб, кошти, одержані за надання платних медичних послуг, а також з інших джерел, не заборонених законодавством.

Завдання багатоканальної системи фінансування полягає в тому, щоб створити незалежні контрольовані грошові потоки в галузь охорони здоров'я.

Кошти Державного та місцевих бюджетів, кошти загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування мають бути фінансовим підґрунтям забезпечення населення загальнодоступною медичною допомогою в межах визначеного організаційного рівня надання медичної допомоги та гарантованого обсягу його медикаментозного і технічного забезпечення, який визначається як базовий стандарт якості загальнодоступної медичної допомоги.

Усе це дозволить вирішити принципово важливі питання. По-перше, з'явиться можливість залучення додаткових позабюджетних коштів, які

покриватимуть існуючий дефіцит фінансування мережі охорони здоров'я. По-друге, буде встановлено реальний, який фінансується з Державного бюджету гарантований обсяг медичної допомоги, що надасть громадянам України певні соціальні гарантії та відкриє шлях країни до європейської інтеграції. На часі, вироблення та запровадження механізмів багатоканальності фінансування медичної галузі, забезпечення керованого розвитку платних медичних послуг і введення державного соціального медичного страхування, оптимального співвідношення між наданням медичних послуг і свободою їх вибору. Так як сфера охорони здоров'я залишається однією з найбільш проблемних в Україні, її реформування вкрай необхідне.

Безумовно, сучасна система фінансування охорони здоров'я в Україні повинна розвиватися таким чином, як цього потребує час. Це означає, в першу чергу, поступовий перехід до ринкових механізмів функціонування галузі. Разом з цим провідну роль у формуванні стратегічних напрямків розвитку, у т.ч. й системи фінансування, все ж таки повинна відігравати держава [45].

3.3 Удосконалення організації та управління охороною здоров'я

Ріст витрат на охорону здоров'я майже у всіх країнах світу пов'язаний перш за все зі збільшення потреб у медичному обслуговуванні та підвищенні вимог до неї. Був час, коли політики й організатори охорони здоров'я вважали, що поліпшення організації та діяльності служб і систем охорони здоров'я настільки зміцнить здоров'я людей, що потреби в медичному обслуговуванні зменшаться. Однак життя спростувало цю думку – фінансові та матеріальні затрати на охорону здоров'я в усіх країнах – як в економічно розвинутих, так і в тих, що лише стали на шлях самостійного розвитку, збільшуються рік від року.

В останні десятиліття різко зросла вартість надання медичної допомоги за рахунок застосування новітніх досягнень науки і техніки, складної

діагностичної та лікувальної апаратури, нових і дорогих медпрепаратів. Застосування протиракових хіміотерапевтичних засобів, сканерів і лінійних прискорювачів, комп'ютерних томографів, досягнення молекулярної і клітинної біології та генної інженерії дають у руки медиків сильну сучасну зброю для лікування людей, для полегшення їх страждань і продовження життя. А це, в свою чергу, вимагає збільшення коштів на охорону здоров'я.

Гострою проблемою є правове забезпечення діяльності системи охорони здоров'я [39]. На наш погляд в Україні створено добрий фундамент для розвитку законодавства, яке регулює діяльність медичних закладів з надання медичної допомоги населенню. І в Конституції, і в Основах законодавства про охорону здоров'я і в низці вже прийнятих законів та значної кількості підзаконних нормативно-правових актів доволі детально врегульовані відносини, які виникають у сфері надання медичної допомоги громадянам і діяльність закладів охорони здоров'я. Проте ця робота незавершена. І ніяк не вирішує проблему фінансування медичних закладів.

У державній системі охорони здоров'я гостро відчувається брак фінансування, внаслідок чого хворі за власні кошти мають купувати лікарські препарати, медичні засоби як при амбулаторному, так і стаціонарному лікуванні. Поряд з цим населення змушене самотійно сплачувати за медичні послуги лікарям та медичним працівникам.

Скорочення видатків на капітальний ремонт та придбання медичного обладнання особливо небезпечне, оскільки в багатьох випадках означає перебування хворих в аварійних приміщеннях та подальше зниження якості медичних послуг внаслідок зносу медичної апаратури.

Крім того, можливості отримання кваліфікованої медичної допомоги значною мірою визначаються соціальним статусом та професійною приналежністю громадян. Робітники і службовці певних галузей, а також співробітники деяких відомств, члени їх сімей (наприклад Кабінету Міністрів, Верховної Ради, Укрзалізниці, Укррічфлоту, Академії наук, тощо) можуть користуватися послугами відомчих лікарень і поліклінік, що фінансуються з

державного бюджету. Умови в таких лікувальних установах, як правило, кращі, а рівень технічної оснащеності – вищий.

Суттєвою вадою системи надання медичних послуг в Україні та її фінансового забезпечена є відсутність стимулів до зниження витрат та підвищення якості медичного обслуговування.

Недостатнє стимулювання працівників лікувальних закладів та неефективне використання бюджетних коштів є найбільш гострими проблемами нинішньої організаційної системи. Ці проблеми можуть бути розв'язані лише шляхом введення конкурентних засад у сфері охорони здоров'я України та наданням фінансової незалежності керівникам установ із впровадженням так званого «глобального» бюджету без постатейного розділення [59].

Необхідно посилити стимули для медичних працівників надавати високоякісну медичну допомогу та впорядкувати державні видатки на охорону здоров'я.

З метою стимулювання медичних працівників варто ввести систему часткової офіційної оплати населенням медичних послуг, запровадити механізми захисту незабезпечених верств населення та практично забезпечити можливість вільного вибору лікаря на всіх ланках надання медичної допомоги.

За умов вільного вибору лікаря все це призведе до того, що висококваліфіковані медичні кадри, що надають населенню якісні послуги, будуть мати набагато більше пацієнтів і заробляти в декілька разів більше, ніж їх колеги-непрофесіонали.

Таким чином, ця система дозволить:

- упорядкувати оплату праці медичного персоналу;
- створити умови конкуренції між зайнятими в сфері охорони здоров'я і стимули до якісного обслуговування;
- забезпечити безкоштовне медичне обслуговування малозабезпечених громадян.

Необхідно впорядкувати державні видатки на охорону здоров'я. Для

цього варто відмовитися від деяких нераціональних видатків та направити заощаджені кошти на покращення матеріально-технічного забезпечення лікувально-профілактичних закладів.

Щодо планування видатків на охорону здоров'я та удосконаленням в цьому питанні є встановлення формульного підходу [68]. Він має як позитивні (підвищення прозорості, об'єктивності, обґрунтованості, ефективності) так і негативні сторони. Оскільки, маючи на увазі те що урівнювати міста між собою (маючи на увазі екологічний стан відповідного міста) з фінансуванням інших міст некоректно і недоречно.

Вважаю невірним і те, що більшість видатків (зокрема по статтям витрат) розподіляються відповідно до фактичних видатків попереднього року і тому не забезпечують необхідну потребу медичних закладів в першочергових видатках – медикаменти, паливо, енергоносії та інші [57].

Удосконалення системи фінансового контролю в галузі охорони здоров'я посилить контроль за формуванням та ефективним використанням бюджетних ресурсів. А це передбачає: залучення громадських організацій; визначення та розмежування внутрішнього та зовнішнього фінансового контролю, організацію їх ефективної взаємодії; створення системи фінансового контролю за дотриманням чинного законодавства органами місцевого самоврядування у використанні бюджетних коштів.

Раціональними є і раціоналізація мережі медичних закладів, які фінансуються з бюджету, для підвищення рівня та якості наданих послуг, підвищення ефективності використання бюджетних коштів.

Необхідно: упорядкувати чисельність медичного персоналу в державних лікувальних установах-стаціонарах; зменшити обсяг централізованих закупівель лікарських засобів, обмеживши їх застосування випадками надання екстреної медичної допомоги та проведення заходів із значними «зовнішніми ефектами» з введенням механізмів захисту малозабезпечених верств населення. Безоплатне надання лікарських засобів по пільгових рецептах в аптеках для певних категорій громадян і певних видів

захворювань; провести енергоаудит, здійснити утеплення будівель, встановити лічильники води, газу, регулятори опалювання в державних лікувально-профілактичних установах якщо їх немає, і хоча на початковому етапі це вимагатиме додаткових витрат, але в майбутньому будуть зекономлені істотні суми бюджетних коштів.

Необхідно підготувати законодавчу базу для введення нової системи медичного страхування, що має передбачати існування кількох схем медичного страхування, які б конкурували між собою [76].

Постійно зростаюча вартість медичної допомоги викликає глибоку стурбованість в усіх країнах світу, тому головним у реформуванні медичних закладів галузі охорони здоров'я в багатьох державах є забезпечення оптимального використання наявних матеріальних, фінансових і трудових ресурсів. Там, де стикаються службові та особисті інтереси і погано налагоджено систему обліку та звітності, мають місце корупція і шахрайство. Отже замість того, щоб постійно вишукувати додаткові фонди фінансових ресурсів, медичні заклади та органи охорони здоров'я повинні вжити енергійних заходів щодо скорочення своїх неефективних витрат.

Раціональна система медичних закладів забезпечує допомогу високої якості при мінімальних витратах. Небагатьом країнам вдається домогтися подібної економічної ефективності. Нерідко трапляється, що або витрати виявляються набагато більшими, ніж треба, або обсяг і якість допомоги є нижчими, ніж могли б бути при таких вкладеннях.

Про неефективність (неекономічність) говорять у тих випадках, коли ресурси, мобілізовані для тієї чи іншої мети, перевищують необхідні. Відплив коштів – результат дії «тіньової» економіки в медицині та бездумного або марного витрачання ресурсів, нерідко пов'язаного з надмірною неефективністю, що особливо впадає в очі. Неекономічні асигнування в медицині означають, що обмеженими ресурсами не змогли розпорядитися таким чином, щоб при мінімальних витратах домогтися оптимальних результатів. Такі прорахунки мають місце там, де в системі медичних закладів

недостатньо займаються лікуванням хвороб, які потребують першочергової уваги, або коли медичні заклади недоступні за своїм місцезнаходженням, наприклад, у тому разі, кошти виділяються міським службам замість сільським, де їх вкрай мало, або закладам менш важливого рівня замість системи первинної медико-санітарної допомоги, де їх потрібно набагато більше.

Технологічна неекономність наявна тоді, коли витрати на забезпечення конкретних видів обслуговування (послуг, робіт) перевищують необхідні, тобто коли залучаються занадто дорогі ресурси (технології, ліки, медичні працівники високої кваліфікації і т.д.) замість доречних у цих умовах набагато дешевших ресурсів такої ж якості. Обладнання, техніка, і персонал нерідко простоюють через відсутність ліків та інших необхідних товарів медичного призначення.

Головна особливість цих двох типів (технологічного і фінансового) неефективного витрачання коштів полягає в тому, що матеріальні, фінансові та трудові ресурси не використовуються з найбільшою віддачею для поліпшення медичного забезпечення населення. В медичних закладах необґрунтовано витрачаються лікарняні ресурси і простоюють ліжка. Крім того, ще більшої економії наявних коштів можна досягнути, відмовившись від деяких некорисних методів профілактики, діагностики і лікування, що застосовуються сьогодні в медичній практиці. Таким чином, раціональний розподіл ресурсів у системі охорони здоров'я зможе дати істотну економію коштів [72].

Неекономність і вплив коштів зумовлюються діями: посадових осіб, що виробляють політику, та організацій, які фінансують галузь охорони здоров'я; керівників медичних закладів; самих працівників медичних закладів; самих споживачів.

У медичних закладах може не вистачати ліків та виробів медичного призначення. Або ж поставки їх перевищують фактичну потребу, в результаті чого минає термін придатності ліків, їх списують у встановленому порядку, і

ніхто при цьому не притягується до відповідальності. Нерідко має місце розкрадання лікарських засобів та виробів медичного призначення або їх псування внаслідок поганих умов зберігання.

Медичні працівники віддають перевагу лікувальним заходам на шкоду профілактичним, а лікарі зосереджують свою увагу на ускладненнях і негативних хворобах, а не на основних поширених захворюваннях. Крім того, наявна тенденція призначати надто багато ліків, включаючи патентовані, замість дешевших непатентованих, але не менш ефективних.

Споживачі також винні у необґрунтованих витратах. У багатьох випадках люди вимагають призначення ін'єкцій незалежно від того, є в них потреба чи ні. Інколи пацієнти не приймають прописаних ліків і викидають їх або ж не дотримуються призначеної схеми лікування. Коли лікувальна допомога надається безоплатно, чи за невелику ціну і легкодоступна, до неї іноді звертаються без досить вагомих причин. Водночас медичні служби в охороні здоров'я не завжди використовуються повною мірою внаслідок необізнаності населення або з інших причин, що призводить до виникнення серйозних проблем із здоров'ям.

Також, слід встановити раціональні норми щодо відбору лікарських засобів, розміщення замовлень у суворій відповідності з потребами зберігання і розподілу, а також застосування пацієнтами лікарських засобів із дотриманням схеми лікування. Це дасть змогу розпорядитись обмеженими ресурсами так, щоб домогтися оптимальних результатів.

Таким чином, із метою поліпшення використання наявних ресурсів у медицині та усунення впливу коштів бюджетів різних рівнів, треба вирішити такі першочергові питання:

- затвердити порядок закупівлі медичними закладами лікарських засобів та виробів медичного призначення, обладнання, інструментарію та іншої техніки;

- затвердити порядок закупівлі та використання спеціального медико-санітарного автотранспорту та інших засобів пересування;

- затвердити державний реєстр методів профілактики, діагностики і лікування, дозволених до застосування у медичній практиці;
- переглянути правила зберігання в державних резервах лікарських засобів, виробів медичного призначення, медичної техніки (обладнання) та інструментарію;
- запровадити систему граничних рівнів індикативних цін на закупівлю державними і комунальними медичними закладами продуктів харчування, миючих і дезінфікуючих засобів, м'якого інвентарю та спецодягу, на послуги пральні;
- затвердити положення про систему громадського контролю в державних і комунальних лікувально-профілактичних закладах;
- затвердити перелік бланків документів суворого обліку у галузі охорони здоров'я тощо [65].

В умовах існуючої економічної ситуації бюджетне фінансування галузі охорони здоров'я недостатнє, а обсяги медичної допомоги збільшуються, тому все більша частина плати за медичні послуги йде за рахунок хворих. За умов, які склались, об'єктивно впливає потреба суттєвого перегляду існуючої державної політики в галузі охорони здоров'я і реалізації широкого спектра контрольних заходів щодо підвищення ефективного використання людських, матеріально-технічних ресурсів для забезпечення функціонування установ охорони здоров'я.

До того ж про негаразди економічного механізму свідчить рівень заробітної плати більшості працівників, тому заходи, що сформовані в основних напрямках соціальної політики, передбачають як упровадження загальних принципово нових положень, так і вдосконалення існуючих. Передусім необхідно забезпечити впровадження в законодавство й практику положення, що забезпечать залежність розмірів оплати праці від особистого внеску працівника в кінцеві результати праці.

У зв'язку з існуючим становищем доцільним є залучення різноманітних джерел фінансування охорони здоров'я.

Забезпечення достатнього за обсягами й ефективного фінансування є ключовим аспектом нормального функціонування системи охорони здоров'я в будь-якій країні. Як свідчить світовий досвід, будь-якій системі охорони здоров'я більшою чи меншою мірою притаманна проблема дефіциту фінансових ресурсів. Так, наприклад, кожна з країн Європейського Союзу у свій час вдавалася до реформування національної системи охорони здоров'я, ішла своїм власним шляхом, але проблеми, які їм доводилося вирішувати, були однаковими, і основною – забезпечення достатнього фінансування медичної галузі. Тому особливо важливим моментом реформування є ефективне використання ресурсів, їх накопичення й управління ними. Що стосується способу накопичення ресурсів, то він залежить від різних джерел фінансування та їх відокремленості [63].

Отже, найважливіше завдання щодо оптимізації фінансування охорони здоров'я, як помічаємо в результаті проведеного дослідження, визначається створенням прозорої, багатоканальної, регульованої державою системи фінансових потоків [54].

У першу чергу, необхідне суттєве розширення позабюджетних джерел фінансування охорони здоров'я, серед яких чільне місце мають посідати: загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування, добровільне медичне страхування, кошти територіальних громад, благодійних фондів, цільові медичні збори, добровільні внески та пожертвування юридичних і фізичних осіб, кошти, одержані за надання платних медичних послуг, а також кошти державного й місцевих бюджетів і страхових внесків, що варто спрямовувати на забезпечення гарантованого державою рівня й обсягу медичного обслуговування.

Що стосується бюджетних коштів, то вони необхідні як основне джерело фінансування цільових галузевих програм. У свою чергу, фонди добровільного медичного страхування та територіальних громад забезпечать індивідуальні потреби населення в медичній допомозі понад гарантований базовий рівень. Як доводить досвід багатьох країн, розширення участі

громадян позитивно впливатиме на вирішення не тільки проблем щодо фінансування, але й управління, контролю якості й ефективності медичної допомоги.

Висновки до розділу 3

Підсумовуючи розглянуті нами шляхи реформування системи охорони здоров'я, аналізуючи зарубіжний досвід фінансування галузі охорони здоров'я, та надавши пропозиції щодо удосконалення організації та управління охороною здоров'я в сучасних умовах, можна дійти наступних висновків.

1. Для України є цікавою практика більшості розвинутих країн світу щодо фінансування системи охорони здоров'я. В загальному випадку, є три основні підходи до створення програми медичної допомоги: соціальне медичне страхування, державне фінансування і приватне медичне страхування. На практиці, у всіх описаних вище країнах поєднуються всі ці елементи. У кожній країні базові програми в кожній категорії доповнюються програмами з інших категорій. І все ж, описані країни можна розділити на групи. До країн, в яких базова програма забезпечується соціальним медичним страхуванням, що доповнюється приватним страхуванням, відносяться Німеччина, Франція та Нідерланди. В Італії і Великій Британії існують національні служби охорони здоров'я, які також доповнюються приватним страхуванням. У США домінує приватне страхування, яке доповнюється програмою «Медікейр» для пенсіонерів. У Фінляндії існують два види програм – державна програма охорони здоров'я та соціальне медичне страхування, які потребують лише незначного доповнення.

Оскільки бюджетне фінансування державних і комунальних закладів є недостатнім для задоволення усіх існуючих потреб громадськості в послугах з охорони здоров'я, закономірним є пошук цими закладами законодавчо

прийнятних механізмів залучення додаткових ресурсів з інших джерел.

2. На шляху до реформування системи фінансування охорони здоров'я в Україні необхідно зберегти державний контроль за механізмами забезпечення обсягу та якості медичної допомоги за рахунок бюджетного фінансування, маючи на увазі кошти Державного та місцевих бюджетів, та залучення додаткових фінансових джерел, якими мають бути кошти загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування та добровільного медичного страхування, кошти накопичувальних фондів територіальних громад і благодійних фондів, благодійні внески та пожертвування юридичних та фізичних осіб, кошти, одержані за надання платних медичних послуг, а також з інших джерел, не заборонених законодавством.

Завдання багатоканальної системи фінансування полягає в тому, щоб створити незалежні контрольовані грошові потоки в галузь охорони здоров'я. Кошти Державного та місцевих бюджетів, загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування мають бути фінансовим підґрунтям забезпечення населення загальнодоступною медичною допомогою в межах визначеного організаційного рівня надання медичної допомоги та гарантованого обсягу його медикаментозного і технічного забезпечення, який визначається як базовий стандарт якості загальнодоступної медичної допомоги.

Усе це дозволить вирішити принципово важливі питання. По-перше, з'явиться можливість залучення додаткових позабюджетних коштів, які покриватимуть існуючий дефіцит фінансування мережі охорони здоров'я. По-друге, буде встановлено реальний, який фінансується з Державного бюджету гарантований обсяг медичної допомоги, що надасть громадянам України певні соціальні гарантії та відкриє шлях країни до європейської інтеграції. На часі, вироблення та запровадження механізмів багатоканальності фінансування медичної галузі, забезпечення керованого розвитку платних медичних послуг і введення державного соціального медичного страхування, оптимального

співвідношення між наданням медичних послуг і свободою їх вибору. Так як сфера охорони здоров'я залишається однією з найбільш проблемних в Україні, її реформування вкрай необхідне.

Безумовно, сучасна система фінансування охорони здоров'я в Україні повинна розвиватися таким чином, як цього потребує час. Це означає, в першу чергу, поступовий перехід до ринкових механізмів функціонування галузі. Разом з цим провідну роль у формуванні стратегічних напрямків розвитку, у т.ч. й системи фінансування, все ж таки повинна відігравати держава.

3. Найважливіше завдання щодо оптимізації фінансування охорони здоров'я, визначається створенням прозорої, багатоканальної, регульованої державою системи фінансових потоків.

Необхідне суттєве розширення позабюджетних джерел фінансування охорони здоров'я, серед яких чільне місце мають посідати: загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування, добровільне медичне страхування, кошти територіальних громад, благодійних фондів, цільові медичні збори, добровільні та благодійні внески, кошти, одержані за надання платних медичних послуг, а також кошти державного й місцевих бюджетів і страхових внесків, що варто спрямовувати на забезпечення гарантованого державою рівня й обсягу медичного обслуговування.

Що стосується бюджетних коштів, то вони необхідні як основне джерело фінансування цільових галузевих програм. У свою чергу, фонди добровільного медичного страхування та територіальних громад забезпечать індивідуальні потреби населення в медичній допомозі понад гарантований базовий рівень. Як доводить досвід багатьох країн, розширення участі громадян позитивно впливатиме на вирішення не тільки проблем щодо фінансування, але й управління, контролю якості й ефективності медичної допомоги.

Забезпечення сталого і достатнього за обсягами фінансування є головною запорукою нормального функціонування системи охорони здоров'я в будь-якій країні. Проте, як свідчить світовий досвід, будь-яка система

охорони здоров'я і в будь-якій країні більшою чи меншою мірою стикається з проблемою дефіциту фінансових ресурсів. Зважаючи на соціальну значущість системи медичного обслуговування і на відповідні зобов'язання держави перед своїми громадянами, уряди країн змушені шукати та вживати різноманітні заходи, спрямовані на поліпшення фінансування галузі.

ВИСНОВКИ

Дослідивши особливості управління фінансовим забезпеченням комунальної установи «Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» Дніпропетровської обласної ради як розпорядника коштів та як одного з багатьох закладів системи охорони здоров'я, визначивши сутність фінансового забезпечення бюджетних установ системи охорони здоров'я можна дійти наступних висновків:

1. Охорона здоров'я населення є важливою сферою суспільного життя, внутрішньою функцією і частиною соціальної політики держави. Складна економічна і політична ситуація в державі, економічна криза і вкрай недостатнє фінансування системи охорони здоров'я призвели до погіршення показників стану здоров'я населення України. Інтеграція України в Європейський союз викликає необхідність реформування галузей соціально-культурної сфери, в тому числі і охорони здоров'я. Це пов'язано з невідповідністю рівня медичних послуг вимогам, які ставляться до них в умовах функціонування європейської системи охорони здоров'я. В умовах недостатності бюджетного фінансування державна медицина в Україні не в змозі якісно виконувати свої функції, і тому надзвичайно актуальними сьогодні є проблеми пошуку додаткових джерел фінансового забезпечення установ охорони здоров'я.

Система охорони здоров'я відіграє виняткову роль у забезпеченні належного рівня життя. Здоров'я людини визнається у світі настільки важливим, що цей показник першим входить до індексу людського розвитку – універсального визначника рівня суспільного розвитку тієї чи іншої країни. Система охорони здоров'я громадян є однією з найважливіших внутрішніх державних функцій сучасної України.

Стан здоров'я населення – це найважливіший інтегральний показник демографічного і соціального благополуччя країни. Процеси, пов'язані з трансформацією суспільного ладу, які полягають у створенні принципово

нової моделі економіки України, супроводжувалися затяжною соціально-економічною кризою, наслідки якої не могли не позначитися на здоров'ї громадян. Несприятливі умови життя більшості населення призвели до зростання захворюваності та смертності, підвищення інвалідності.

На сьогодні показники стану здоров'я і середньої тривалості життя населення України значно поступаються таким у економічно розвинених країнах. Враховуючи, що збереження і поліпшення здоров'я населення є одним з найважливіших пріоритетів суспільства, запорукою безпеки нації, саме стан здоров'я має стати метою соціально-економічних реформ і головним критерієм доцільності та ефективності будь-якої діяльності держави.

З метою повного усвідомлення та розуміння змісту бюджетного фінансування медичної допомоги населенню необхідно провести науковий екскурс у минуле.

Дослідження історичної еволюції організації системи управління охороною здоров'я в Україні свідчить про велику складність як керованої, так і керівної підсистем, значні особливості суб'єктно-об'єктних відносин у цій сфері, підтверджує прагнення владних інституцій протягом тривалого історичного періоду як до розвитку та посилення централізації в управлінні охороною здоров'я, так і до розуміння владою необхідності децентралізації, удосконалення управління охороною здоров'я на територіальному рівні. Останні тенденції, як свідчить проведений аналіз, посилюються на тлі становлення та розвитку місцевого самоврядування.

Еволюційний процес одержавлення ринку медичних послуг в Україні було припинено внаслідок певних історичних зрушень, які призвели до створення радянської моделі охорони здоров'я, встановлення абсолютної державної монополії і бюджетного фінансування галузі. Досвід багатоканального фінансування не використовувався, не вивчався і був, по суті, втрачений.

У сучасний період розвитку охорони здоров'я стратегічним напрямом поліпшення стану галузі стало створення багатоканального механізму

фінансування, ефективного аналізу та контролю за витрачанням бюджетних коштів. Суспільству знову доводиться повертатися до цієї життєздатної моделі фінансового забезпечення і заново створювати те, що було втрачено багато років тому.

2. Удосконалення механізмів державного фінансування та раціоналізація використання наявних ресурсів є, безумовно, вагомими інструментами забезпечення ефективності діяльності сфери охорони здоров'я та надання якісного медичного обслуговування населенню. Між тим, вартість медичного обслуговування постійно зростає в усьому світі. Причиною цього, насамперед, є запровадження нових технологій профілактики та лікування хвороб, нового високотехнологічного та наукоємного обладнання, нових лікарських засобів тощо.

На сьогодні жодна країна світу не встигає забезпечити збільшення рівня фінансування сфери охорони здоров'я темпами, які відповідають темпам зростання вартості медичних послуг. Це призводить до формування певного «зачарованого кола», вихід з якого, насамперед, слід шукати не тільки в збільшенні видатків (хоча, безумовно, для України це залишається досить актуальним з причини критично низького рівня державних видатків на охорону здоров'я і високого рівня позабюджетного фінансування), а в механізмах раціонального використання наявного рівня фінансування та ресурсного забезпечення. Особливого значення даний механізм набуває в умовах дефіциту фінансових ресурсів, що є характерним для України.

Беручи до уваги сьогоденний рівень соціально-економічного розвитку суспільства, фінансові можливості нашої держави, суб'єктів господарювання й абсолютної більшості громадян, вважаємо, що в Україні доцільно запровадити змішану модель фінансового забезпечення охорони здоров'я, яка б включала бюджетну, страхову і приватну складові. При цьому абсолютні обсяги бюджетних ресурсів потрібно не скорочувати, а постійно збільшувати. На початковому етапі реформування системи охорони здоров'я надзвичайно важливим є збереження й розвиток медичної галузі з бюджетним

фінансуванням на рівні не менше 70–75 %, адже її ефективність великою мірою визначатиметься належним фінансовим забезпеченням, яке потребує асигнувань на охорону здоров'я відповідно до мінімально-оптимальних потреб та ефективного використання цих коштів.

Запровадження змішаної моделі фінансового забезпечення, підвищення ефективності менеджменту в поєднанні з розвитком медичної науки, на нашу думку, забезпечать поступові, еволюційні й водночас кардинальні зміни в системі охорони здоров'я, що сприятиме поліпшенню здоров'я населення й підвищенню соціально-економічної ефективності медичної галузі України.

Згідно з програмою реформування галузі охорони здоров'я головне завдання – це перехід до фінансування конкретних послуг, наданих закладом охорони здоров'я.

Тобто перехід від кошторисного фінансування, основою якого є обсягові показники (кількість населення, розміри закладів тощо) до державного замовлення на підставі договорів між замовником та акредитованим постачальником медичних послуг, з огляду на потреби населення у певних видах медичної допомоги.

Усвідомлення того, що система охорони здоров'я в Україні потребує реформування спонукало до впровадження дієвих заходів.

Система охорони здоров'я в Україні гостро потребує реформи системи фінансування. Істотний дефіцит бюджету галузі, що спостерігається протягом останнього десятиліття, призвів до значного погіршення якості медичної допомоги. В цілях поліпшення доступності і якості медичного обслуговування у громадському секторі українські законодавці готують нові законодавчо-правові акти, шукаючи можливостей для переорієнтації підходів до управління і фінансування галузі.

Нашій державі, безумовно, необхідно враховувати досвід розвинутих країн в побудові ринкової системи охорони здоров'я. Існує багато варіантів, але вибрати із них потрібно той, який відповідає всім національним особливостям держави.

Розглянувши особливості управління фінансовим забезпеченням комунальної установи «Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» Дніпропетровської обласної ради, проаналізувавши структуру та динаміку видатків Установи та дослідивши наслідки негативних тенденцій та проблеми фінансування системи охорони здоров'я та Центру можливо зробити наступні висновки:

1. Основними джерелами фінансування Центру є: видатки загального (враховуються при визначенні обсягу міжбюджетних трансфертів) та спеціального фондів бюджету (власні надходження бюджетних установ та кошти, що передаються із загального фонду бюджету до спеціального фонду бюджету).
2. Керівники бюджетних закладів та установ не мають права самостійно оперативно перерозподіляти надані їм для використання кошти між різними напрямками витрат в залежності від пріоритетних потреб конкретної установи. Будь-яка зміна кошторису вимагає прийняття рішення відповідною місцевою радою та дозволу місцевих фінансових органів. Ця ситуація призводить до погіршення якості надання медичних послуг.
3. Нечіткою та неузгодженою є нормативно-правова база, що визначає та регулює механізми фінансування галузі охорони здоров'я, зокрема, немає законодавчо закріпленого базового пакету медичної допомоги, надання якого держава гарантує всім своїм громадянам безоплатно, тобто за рахунок державних та місцевих бюджетів. Це призводить до законодавчих колізій і проблем, що виникають на практиці, коли норми різних актів, що регламентують охорону здоров'я, суперечать одна одній.

На прикладі КУ «ОЦЕМД та МК» ДОР, що є розпорядником бюджетних коштів нижчого рівня, із року в рік простежується низька фінансова незалежність, а саме: розрив між доведеним за формульним розрахунком обсягом і реальною потребою в коштах.

Необхідність забезпечення безперебійної роботи служби екстреної медичної допомоги області в умовах обмеженості фінансових ресурсів

вимагає вишукувати та приймати врівноважені, відповідальні адміністративно-фінансові рішення. Для цього постійно необхідно вести облік, контроль та аналіз за надходженнями і витратами бюджетних коштів. Фахівцями фінансової служби розроблені форми лінійного контролю та аналізу видатків згідно економічної класифікації та згідно класифікаторів продукції, товарів та послуг.

Проблематика недофінансування галузі охорони здоров'я в межах нашої країни впливає і на стан фінансування установи в той чи інший ступінь, а саме:

- поточні видатки на придбання палива та медикаментів наразі повністю покривають розрахункову необхідність;
- на дуже низькому рівні залишається виділення коштів на поточний ремонт будівель, приміщень та споруд, що призводить до погіршення умов праці та відпочинку працівників служби;
- заміна автомобільного транспорту ведеться вкрай недостатньо, для прикладу: на теперішній час із 160 автомобілів, що експлуатуються цілодобово, 83 підлягають списанню (експлуатуються більше 10 років), 25 підлягають капітальному ремонту, в тому числі 3 – заміни основних вузлів та агрегатів після дорожньо-транспортних пригод. В 2016 році було придбано 9 автомобілів, що складає 10,8% від потреби, на суму 16млн.грн.

Вадою механізмів державного фінансування сфери охорони здоров'я зокрема є неефективність ресурсного забезпечення галузі. Загальний обсяг фінансування охорони здоров'я з державного та місцевих бюджетів щорічно збільшується. Але це збільшення в основному пов'язане з необхідністю підвищення заробітної плати медичним працівникам та індексом інфляції.

Проте об'єктивного покращення забезпечення галузі не відбувається: рівень заробітних плат в медичній галузі залишається одним з найнижчих; формування кошторису медичних закладів залежно від потужності медичного закладу (чисельності бригад і медичного персоналу), а не від реальних потреб населення в медичній допомозі.

Підсумовуючи розглянуті нами шляхи реформування системи охорони

здоров'я, аналізуючи зарубіжний досвід фінансування галузі охорони здоров'я, та надавши пропозиції щодо удосконалення організації та управління охороною здоров'я в сучасних умовах, можна дійти наступних висновків.

1. Для України є цікавою практика більшості розвинутих країн світу щодо фінансування системи охорони здоров'я. В загальному випадку, є три основні підходи до створення програми медичної допомоги: соціальне медичне страхування, державне фінансування і приватне медичне страхування. На практиці, у всіх описаних вище країнах поєднуються всі ці елементи. У кожній країні базові програми в кожній категорії доповнюються програмами з інших категорій. І все ж, описані країни можна розділити на групи. До країн, в яких базова програма забезпечується соціальним медичним страхуванням, що доповнюється приватним страхуванням, відносяться Німеччина, Франція та Нідерланди. В Італії і Великій Британії існують національні служби охорони здоров'я, які також доповнюються приватним страхуванням. У США домінує приватне страхування, яке доповнюється програмою «Медікейр» для пенсіонерів. У Фінляндії існують два види програм – державна програма охорони здоров'я та соціальне медичне страхування, які потребують лише незначного доповнення.

Оскільки бюджетне фінансування державних і комунальних закладів є недостатнім для задоволення усіх існуючих потреб громадськості в послугах з охорони здоров'я, закономірним є пошук цими закладами законодавчо прийнятних механізмів залучення додаткових ресурсів з інших джерел.

2. На шляху до реформування системи фінансування охорони здоров'я в Україні необхідно зберегти державний контроль за механізмами забезпечення обсягу та якості медичної допомоги за рахунок бюджетного фінансування, маючи на увазі кошти Державного та місцевих бюджетів, та залучення додаткових фінансових джерел, якими мають бути кошти загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування та добровільного медичного страхування, кошти накопичувальних фондів

територіальних громад і благодійних фондів, благодійні внески та пожертвування юридичних та фізичних осіб, кошти, одержані за надання платних медичних послуг, а також з інших джерел, не заборонених законодавством.

Завдання багатоканальної системи фінансування полягає в тому, щоб створити незалежні контрольовані грошові потоки в галузь охорони здоров'я. Кошти Державного та місцевих бюджетів, загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування мають бути фінансовим підґрунтям забезпечення населення загальнодоступною медичною допомогою в межах визначеного організаційного рівня надання медичної допомоги та гарантованого обсягу його медикаментозного і технічного забезпечення, який визначається як базовий стандарт якості загальнодоступної медичної допомоги.

Усе це дозволить вирішити принципово важливі питання. По-перше, з'явиться можливість залучення додаткових позабюджетних коштів, які покриватимуть існуючий дефіцит фінансування мережі охорони здоров'я. По-друге, буде встановлено реальний, який фінансується з Державного бюджету гарантований обсяг медичної допомоги, що надасть громадянам України певні соціальні гарантії та відкриє шлях країни до європейської інтеграції. На часі, вироблення та запровадження механізмів багатоканальності фінансування медичної галузі, забезпечення керованого розвитку платних медичних послуг і введення державного соціального медичного страхування, оптимального співвідношення між наданням медичних послуг і свободою їх вибору. Так як сфера охорони здоров'я залишається однією з найбільш проблемних в Україні, її реформування вкрай необхідне.

Безумовно, сучасна система фінансування охорони здоров'я в Україні повинна розвиватися таким чином, як цього потребує час. Це означає, в першу чергу, поступовий перехід до ринкових механізмів функціонування галузі. Разом з цим провідну роль у формуванні стратегічних напрямків розвитку, у т.ч. й системи фінансування, все ж таки повинна відігравати держава.

3. Найважливіше завдання щодо оптимізації фінансування охорони здоров'я, визначається створенням прозорої, багатоканальної, регульованої державою системи фінансових потоків.

Необхідне суттєве розширення позабюджетних джерел фінансування охорони здоров'я, серед яких чільне місце мають посідати: загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування, добровільне медичне страхування, кошти територіальних громад, благодійних фондів, цільові медичні збори, добровільні та благодійні внески, кошти, одержані за надання платних медичних послуг, а також кошти державного й місцевих бюджетів і страхових внесків, що варто спрямовувати на забезпечення гарантованого державою рівня й обсягу медичного обслуговування.

Що стосується бюджетних коштів, то вони необхідні як основне джерело фінансування цільових галузевих програм. У свою чергу, фонди добровільного медичного страхування та територіальних громад забезпечать індивідуальні потреби населення в медичній допомозі понад гарантований базовий рівень. Як доводить досвід багатьох країн, розширення участі громадян позитивно впливатиме на вирішення не тільки проблем щодо фінансування, але й управління, контролю якості й ефективності медичної допомоги.

Забезпечення сталого і достатнього за обсягами фінансування є головною запорукою нормального функціонування системи охорони здоров'я в будь-якій країні. Проте, як свідчить світовий досвід, будь-яка система охорони здоров'я і в будь-якій країні більшою чи меншою мірою стикається з проблемою дефіциту фінансових ресурсів. Зважаючи на соціальну значущість системи медичного обслуговування і на відповідні зобов'язання держави перед своїми громадянами, уряди країн змушені шукати та вживати різноманітні заходи, спрямовані на поліпшення фінансування галузі.

Декларація академічної доброчесності здобувача вищої освіти ЗНУ

Я, Гринкевич Валентина Володимирівна, студентка 2 курсу, заочної форми навчання, економічного факультету, спеціальності 072 «Фінанси, банківська справа та страхування, освітньої програми «Фінанси і кредит»

- підтверджую, що написана мною кваліфікаційна робота на тему «Особливості фінансового забезпечення комунального закладу «Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» Дніпропетровської обласної ради» відповідає вимогам академічної доброчесності та не містить порушень, що визначені у ст. 42 Закону України «Про освіту», зі змістом яких ознайоmlена;

- заявляю, що надана мною для перевірки електронна версія роботи є ідентичною її друкованій версії;

- згодна на перевірку моєї роботи на відповідність критеріям *академічної доброчесності* у будь-який спосіб, у тому числі за допомогою Інтернет-системи, а також на архівування роботи в базі даних цієї системи.

Дата _____ Підпис _____

ПІБ (студент)

Дата _____ Підпис _____
керівник) _____

ПІБ (науковий керівник)

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Конституція України : прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 черв. 1996 р.: зі змінами згідно закону України від 1 лют. 2011 р. № 2952-VI *Відом. Верховної Ради України*. 2011. №10. Ст. 68.

2. Бюджетний кодекс України : офіц. текст. : станом на 06.10.2019. Офіц. сайт Верховної ради України. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2456-17>.

3. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 р. №2801-XII Офіц. сайт Верховної ради України. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2801-12/print1334728372005147>.

4. Про державно-приватне партнерство : Закон України від 01.07.2010 р. №2404-VI Офіц. сайт Верховної ради України. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2404-17/print1334728372005147>.

5. Деякі питання надання медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам: Постанова Кабінету Міністрів України від 23.01.2015р. № 11 Офіц. сайт Верховної ради України. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/11-2015-п>.

6. Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії : Закон України від 05.10.2000 р. №2017-III Офіц. сайт Верховної ради України. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2017-14/print1334728372005147>.

7. Про екстрену медичну допомогу: Закон України від 05.07.2012р. № 5081-VI Офіц. сайт Верховної ради України. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/5081-17/page>.

8. Деякі питання розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів (зі змінами та доповненнями) : Постанова Кабінету Міністрів України від 08 грудня 2010 р. №1149 Офіц. сайт Верховної ради України. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1149-2010-п/print1334726667567329>.

9. Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 17 лютого 2015 р. №208 Офіц. сайт МЕГАНУ. URL: <http://zakon.nau.ua/doc/?code=208-2010-%EF>.

10. Про внесення змін до Формули розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів (дотацій вирівнювання та коштів, що передаються до державного бюджету) між державним та місцевим бюджетами: Постанова Кабінету Міністрів України від 21 грудня 2011 р. №1342 Офіц. сайт Верховної ради України. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1342-2011-п/print1334728372005147>.

11. Питання оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери : Постанова Кабінету Міністрів України від 11.05.2011 р. №524 Офіц. сайт Верховної ради України. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/524-2011-п/print1334728391809337>.

12. Деякі питання оплати праці медичних працівників системи екстреної медичної допомоги Постанова Кабінету Міністрів України від 27.03.2013 р. №199 Офіц. сайт Верховної ради України. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/199-2013>.

13. Про планування наукової тематики на 2018 рік : Наказ МОЗ України від 15.08.2017 р. №508 Офіц. сайт Міністерства охорони здоров'я України. URL: <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=12843>.

14. Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2025р.: Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 522 від 24.07.2014 року Офіц. сайт Міністерства охорони здоров'я України. URL: <http://healthsag.org.ua>.

15. Концепція наукового забезпечення розвитку охорони здоров'я України у 2018 році : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15.08.2017 р. №508 Офіц. сайт Верховної ради України. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000/print1334728372005147>.

16. Про схвалення Концепції застосування програмно-цільового методу в бюджетному процесі : розпорядження Кабінету Міністрів України від

14.09.2012 р. №538–р Офіц. сайт Верховної ради України.
URL:<http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/538-2002-p/print1334728372005147>.

17. Авраменко Н. В. Державна соціальна політика в галузі охорони здоров'я України. *Економіка та держава*. 2011. № 3. С. 134-135.

18. Авраменко Н. В. Виникнення механізмів державного регулювання системи охорони здоров'я України. *Економіка та держава*. 2010. №1. С. 96-99.

19. Азоев Г.Л. Анализ деятельности конкурентов. Учебная помощь. Москва: ГАУ, 2013. 175 с.

20. Банчук М. В. Сучасні моделі державного управління закладами охорони здоров'я. *Економіка та держава*. 2011. № 6. С. 124-125.

21. Бідний В. Г. Проблеми і шляхи розвитку медичної допомоги в Україні. Київ: Задруга, 2001. 160 с.

22. Бланк И. А. Финансовый менеджмент: учебн. курс. 2-е изд., перераб. и доп. Киев: Эльга, Ника-Центр, 2014. 656 с.

23. Бульба В. Г. Зарубіжний досвід державного регулювання соціальної відповідальності бізнесу. *Теорія та практика державного управління*. 2013. Вип. 3. С.343-350.

24. Васюк Н. О. Щодо кадрового забезпечення охорони здоров'я в Україні (за матеріалами літературних джерел). *Економіка та держава*. 2011. № 10. С. 88-89.

25. Вороненко Ю. В. Фінансовий менеджмент з основами економіки охорони здоров'я : навч. посіб. Київ: Міжрегіональний видавничий центр «Медінформ», 2011. 499 с.

26. Городиловська О. Я. Проблеми запровадження та перспективи розвитку обов'язкового медичного страхування в Україні. *Науковий вісник НЛТУ України*. 2009. Вип. 19.3. С. 247-252.

27. Гладун З. С. Державне управління в галузі охорони здоров'я. Тернопіль : Укрмедкнига, 2009. 312 с.

28. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації) : монограф. Тернопіль: Економічна думка. 2005. 460 с.

29. Дем'янишин В. Г. Модель системи фінансування охорони здоров'я : концептуальні засади й альтернативи. *Фінанси України*. 2011. №6. С. 45-53.

30. Доповідь про стан охорони здоров'я в світі, 2010. Фінансування системи охорони здоров'я. Женева: ВОЗ, 2010. 129 с.

31. До проблеми ціноутворення та визначення вартості медичної допомоги (огляд літературних джерел). *Економіка та держава*. 2011. № 6. С.117-123.

32. Ефективність планування, у тому числі витрат на енергоносії – запорука досягнення стратегічних цілей: метод. посібник; ІБСЕД, Проект «Зміцнення місцевої фінансової ініціативи», USAID. Київ: 2011. 64 с.

33. Захарченко Є. М. Реформування системи охорони здоров'я: історичний досвід, чинники середовища, вибір стратегій. Проблеми формування регіональної політики в галузі охорони здоров'я: матеріали наукової конференції: за ред. В. О. Колоденка. Одеса : ОФ УАДУ, 2001. Ч. 2. С. 78–83.

34. Інноваційні практики: фінансовий менеджмент на місцевому рівні. Випуск № 3 [Щербина І. Ф., Зубенко В. В., Панченко О. В., Корнієнко А. І. та ін.]; ІБСЕД, Проект «Зміцнення місцевої фінансової ініціативи», USAID. Київ: ДГВПІП «Зовнішторгвидав України», 2011. 52 с.

35. Карамішев Д. В. Програмно-цільовий підхід до реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я. *Університетські наукові записки*. 2006. №1 (17). С. 279-284.

36. Карпишин Н. І. Еволюція фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні. *Фінанси України*. 2011. № 10. С.145-149.

37. Карпишин Н. І. Фінансове забезпечення охорони здоров'я в реалізації державних функцій на ринку медичних послуг. Тернопіль: ТНЕУ. 2006. 168 с.

38. Ключко В. М. Історичні аспекти реалізації принципів державного управління в галузі охорони здоров'я. *Держава та регіони, серія: Державне управління*. 2010. №3. С. 213-217.

39. Князевич В. М., Лазоришинець В. В. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи. Київ: Ника-Центр. 2009. 438 с.

40. Косенчук С. Л. Бюджетування в установах охорони здоров'я України : використання функції корисності. *Вісник ДДФА*. 2010. №1 (23). С. 140-146.

41. Кризина Н. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: механізми формування та реалізації (2012-2018 рр.) : дис. ... д-ра наук: 22.03.2012 / Кризина Наталія Павлівна. Київ: 2016. 227 с.

42. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: Укр. вимір. Київ: Укр. інст. стратегічних досліджень МОЗ України. 2009. 50 с.

43. Леві Л., Купер К. Охорона громадського здоров'я: європейський досвід і виклики. *Нац. безпека і оборона*. 2009. №1. С. 27-29.

44. Лисяк Л. В., Тропіна В. Б. Бюджетна політика України у сфері охорони здоров'я в умовах реформування галузі. *Вісник ДДФА. Економічні науки*. 2011. №1 (25). С. 116-125.

45. Ливдар М. В. Програмно-цільовий метод складання бюджету. *Галицький економічний вісник*. 2009. № 2 (23). С. 109-114.

46. Ляховченко Л. А. Розвиток державного регулювання впровадження глобального бюджету в системі охорони здоров'я в Україні. *Економіка і держава*. 2010. №10. С. 118-121.

47. Ляховченко Л. А. Категорійно-понятійний апарат державного регулювання фінансування системи охорони здоров'я. *Економіка і держава*. 2011. №3. С. 136-139.

48. Ляховченко Л. А. Фінансування системи охорони здоров'я в Європі: досвід для України. *Економіка і держава*. 2011. №2. С. 112-123.

49. Людський розвиток регіонів України: аналіз та прогноз: за ред. Е. М. Лібанової. Київ: Ін-т демографії та соц. досліджень НАН України. 2007. 328 с.

50. Медведовська Н. В. Функціонально-організаційна система моніторингу стану здоров'я населення та особливості її функціонування на регіональному рівні. *Інновації в медицині*. Вип.7 (2). Київ: 2011. С.56-57.

51. Методичні рекомендації щодо реорганізації бюджетних закладів охорони здоров'я в комунальні некомерційні неприбуткові підприємства(на прикладі Центру первинної медико-санітарної допомоги): за ред. Слабкого Г. О. Київ: 2010. 35 с.

52. Модернізація України – наш стратегічний вибір : Щорічне Послання Президента України до Верховної Ради України. Київ: НІСД, 2017. 432 с.

53. Москаленко В. Ф. Принципи побудови оптимальної моделі системи охорони здоров'я : Український контекст: монограф. Київ: Книга плюс, 2008. 320 с.

54. Населення. URL: http://www.ukrstat.gov.ua/operativ2007/ds/nas_rik/nas_u/nas_rik_u.html.

55. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні: за заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. Київ: Вид-во Раєвського, 2005.34 с.

56. Радиш Я. Ф. Основні проблеми фінансування системи охорони здоров'я в дослідженнях українських науковців. *Економіка та держава*. 2011. №1. С. 90 – 95.

57. Павлюк К. В. Розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. *Фінанси України*. 2011. №2. С. 43-55.

58. Планування місцевих бюджетів на основі програмно-цільового методу: навч. посібн. Під заг. ред. І. Ф. Щербини; ІБСЕД, Проект «Зміцнення місцевої фінансової ініціативи», USAID. Київ: 2011. 108 с.

59. Пономаренко В. М., Ціборовський О. М. Програма реформування системи охорони здоров'я України і перспективи її реалізації. Київ: 2010. НІСД. 128 с.

60. Попченко Т. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення.

Київ: НІСД, 2011. 41 с.

61. Професійна спілка працівників охорони здоров'я України: Інформація про соціально-економічну ситуацію в галузі охорони здоров'я у 2015 році. Офіц. сайт Профспілки працівників охорони здоров'я України. URL: <http://medprof.org.ua/socialno-ekonomichnii-zakhist/informacija-pro-socialno-ekonomichnu-informaciju-v-galuzi-okhoroni-zdorovja/>.

62. Радиш Я. Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування. Київ: Вид-во УАДУ, 2001. 360 с.

63. Рожков Г. С. Стратегічне планування в охороні здоров'я. *Держава та регіони. Серія : Державне управління*. 2010. №1. С. 202-205.

64. Рожков Г. С. Поняття та форми фінансування системи охорони здоров'я в Україні. *Економіка та держава*. 2010. №7. С. 76-78.

65. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. під заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. Тернопіль: Укрмедкнига, 2010. 680 с.

66. Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Сучасні підходи до фінансування системи охорони здоров'я. Київ: 2011. 345 с.

67. Стеценко С. Г., Сенюта І. Я. Медичне право України : підручник. Київ: Всеукр. асоціація вид-в «Правова єдність», 2008. 507 с.

68. Статистична інформація. Держкомстат України. Офіц. Веб-сайт. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/>

69. Сучасні інструменти фінансового планування: навч. посіб. Під заг. ред. І.Ф. Щербини. ІБСЕД, Проект «Зміцнення місцевої фінансової ініціативи (ЗМФІ-II) впровадження», USAID. Київ: Нора-Друк, 2012. 128 с.

70. Тропіна В. Б. Фіскальне регулювання соціального розвитку суспільства: монографія. Київ: НДФІ, 2008. 368 с.

71. Управління державним бюджетом України : підручн. заг. редакція М. О. Козарова. Київ: Зовнішня торгівля, 2010. 816 с.

72. Фінансування системи охорони здоров'я в Європі: досвід для України. Л. Я. Ляховченко та ін. *Економіка та держава*. 2011. № 2. С. 112-127.

73. Фінансове планування діяльності бюджетних установ : навч. посіб. П. Т. Бубенко, О. Ф. Козир, О. В. Димченко, В. В. Димченко. Харків: ХНАМГ, 2007. 187 с.

74. Фірсова О. Д. Система охорони здоров'я Норвегії, особливості її організації на муніципальному рівні: досвід для України. *Економіка та держава*. 2011. № 1. С. 100-104.

75. Фінансування охорони здоров'я: альтернативи для Європи: пер. с англ. Ред. Э. Моссіліас, А. Діксон, Ж. Фігерас, Д. Кутцин. Москва: Вид-во «Весь мир», 2008. 352 с.

76. Федько О. А., Радиш Я. Ф. Категорійно-понятійний апарат ідеології здоров'я у дискурсі науки державне управління. *Економіка та держава*. 2010. № 4. С. 102-106.

77. Ціборовський О. М., Істомін С. В. Шляхи систематизації законодавства України у сфері охорони здоров'я. Київ: 2011. 54 с.

78. Шулюк Б. Бюджетування соціальної сфери: зарубіжний досвід та українські реалії. *Економічний аналіз*. 2008. №2 (18). С. 144-147.

79. Яковенко Т. Особливості і тенденції сучасних процесів відтворення населення в Україні. «SOCIOПРОСТІР: Міждисциплінарний збірник наукових праць з соціології та соціальної роботи». 2011. №1(2). С. 58-63.

80. Fariborzi H. & Keyhani M. (2018) Internationalize to live: a study of the post-internationalization survival of new ventures. *Small Business Economics*. 50 (3), 607-624. [Doi.org/10.1007/s11187-017-9910-6](https://doi.org/10.1007/s11187-017-9910-6).

81. Iossa, Elisabetta & Saussier, Stephane (2018). Public private partnerships in Europe for building and managing public infrastructures: an economic perspective. *Annals of Public and Cooperative Economics*, 89:1, pp. 25-48.

82. Liu H. & Luo J. & Cui V. (2018) The Impact of Internationalization on Home Country Charitable Donation: Evidence from Chinese Firms. *Management International Review*. 58 (2), 313-335. [doi. org/10.1007/s11575-018-0343-5](https://doi.org/10.1007/s11575-018-0343-5).

83. Rodrigues S. B. & Dieleman M. (2018) The internationalization paradox: Untangling dependence in multinational state hybrids. *Journal of World Business*. 53 (1), 39-51. doi.org/10.1016/j.jwb.2017.08.003.

84. Waller, Nico Schinagl (2007). Return on marketing investment driven sponsorship: optimizenig this marketing investment in Latin America. *Journal of business case studies*, vol. 3, No.2, 41-48.

ДОДАТКИ

Додаток А

Таблиця А.1- Бюджетні джерела фінансування охорони здоров'я в Україні

Джерело фінансування	Напрямок видатків
<p>Державний бюджет України</p>	<p>а) первинна медико-санітарна, амбулаторно-поліклінічна та стаціонарна допомога (багатопрофільні лікарні та поліклініки, що виконують специфічні загальнодержавні функції, згідно з переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України);</p> <p>б) спеціалізована, високоспеціалізована амбулаторно-поліклінічна та стаціонарна допомога (клініки науково-дослідних інститутів, спеціалізовані лікарні, центри, лепрозорії, госпіталі для інвалідів Великої Вітчизняної війни, спеціалізовані поліклініки, спеціалізовані стоматологічні поліклініки згідно з переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України);</p> <p>в) санаторно-реабілітаційна допомога (загальнодержавні санаторії для хворих на туберкульоз, загальнодержавні спеціалізовані санаторії для дітей та підлітків, спеціалізовані санаторії для ветеранів війни, осіб, на яких поширюється чинність законів України "Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту", "Про жертви нацистських переслідувань", та інвалідів, загальнодержавні реабілітаційні установи та комплекси для інвалідів згідно з переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України);</p> <p>г) санітарно-епідеміологічний нагляд (лабораторні центри, заходи боротьби з епідеміями);</p> <p>г) інші програми в галузі охорони здоров'я, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій, згідно з переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України</p>
<p>Видатки, що здійснюються з бюджетів міст республіканського Автономної Республіки Крим та обласного значення, районних бюджетів, бюджетів об'єднаних територіальних громад, що створюються згідно із законом та перспективним планом формування територій громад</p>	<p>а) первинна медико-санітарна, амбулаторно-поліклінічна та стаціонарна допомога (лікарні широкого профілю, спеціалізовані медико-санітарні частини, пологові будинки, поліклініки і амбулаторії, загальні стоматологічні поліклініки, а також дільничні лікарні, медичні амбулаторії, фельдшерсько-акушерські та фельдшерські пункти, центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги);</p> <p>б) програми медико-санітарної освіти (міські та районні центри здоров'я і заходи з санітарної освіти);</p> <p>в) інші державні програми медичної та санітарної допомоги (територіальні медичні об'єднання, центри медичної статистики, автопідприємства санітарного транспорту, інші програми і заходи);</p>

1	ЗВІТ про використання доходів (прибутків) неприбуткової організації за 2016 рік	Звітний
		Звітний новий
		Уточнюючий

4	Неприбуткова установа (організація): _____ Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф
	(повне найменування згідно з реєстраційними документами)

(тис. грн)

Показники	Код рядка	Сума
1	2	3
Частина I		
Доходи неприбуткової організації (сума рядків 1.1 – 1.11)	1	226901,2
фактично одержане фінансування бюджетної установи (організації) за загальним фондом	1.1	179949,6
залишки коштів бюджетної установи (організації) на спеціальних рахунках, що перейшли з попереднього року	1.2	-
доходи, одержані бюджетною установою (організацією), що зараховані на рахунки спеціального фонду цієї установи (організації) згідно із затвердженим у встановленому порядку кошторисом	1.3	48,7
дотації (субсидії), фінансування, отримані з державного або місцевого бюджетів, державних цільових фондів або у межах технічної допомоги	1.4	293,5
вартість активів (коштів або майна), вартість товарів (робіт, послуг), отриманих для реалізації мети (цілей, завдань) та напрямів діяльності, визначених установчими документами, та/або для здійснення неприбуткової (добродійної) діяльності, передбаченої законом для релігійних організацій	1.5	0,1
надходження у вигляді безповоротної фінансової допомоги, добровільних пожертвувань, милосердя тощо, у тому числі:	1.6	-
благодійна допомога	1.6.1	46575,4
гуманітарна допомога	1.6.2 ГД	-

суми коштів або вартості спеціальних засобів індивідуального захисту (касок, бронежилетів, виготовлених відповідно до військових стандартів), технічних засобів спостереження, лікарських засобів та медичних виробів, засобів особистої гігієни, продуктів харчування, предметів речового забезпечення, а також інших товарів, виконаних робіт, наданих послуг за переліком, що визначається Кабінетом Міністрів України, які добровільно перераховані (передані) Збройним Силам України, Національній гвардії України, Службі безпеки України, Службі зовнішньої розвідки України, Державній прикордонній службі України, Міністерству внутрішніх справ України, Управлінню державної охорони України, Державній службі спеціального зв'язку та захисту інформації України, іншим утвореним відповідно до законів України військовим формуванням, їх з'єднанням, військовим частинам, підрозділам, установам або організаціям, що утримуються за рахунок коштів державного бюджету, для потреб забезпечення проведення антитерористичної операції	1.6.3	
разові, періодичні, цільові внески та відрахування засновників і членів	1.7	-
сума коштів, які надходять до пенсійних фондів у вигляді внесків на недержавне пенсійне забезпечення	1.8	-
пасивні доходи	1.9	-
вартість активів, отриманих у разі припинення юридичної особи (у результаті її ліквідації, злиття, поділу, приєднання або перетворення)	1.10	-
інші доходи	1.11	34,0
Видатки (витрати) неприбуткової організації (сума рядків 2.1 – 2.6)	2	226901,2
сума видатків (витрат) бюджетної установи (організації) за загальним фондом відповідно до затверджених в установленому порядку кошторисів	2.1	179645,6
сума видатків (витрат) бюджетної установи (організації) за спеціальним фондом відповідно до затверджених в установленому порядку кошторисів	2.2	46911,2
вартість активів (коштів або майна), вартість товарів (робіт, послуг), використаних (переданих) для фінансування видатків на утримання неприбуткової організації, реалізації мети (цілей, завдань) та напрямів діяльності, визначених її установчими документами, та/або для здійснення неприбуткової (добродійної) діяльності, передбаченої законом для релігійних організацій	2.3	185,0
безповоротна фінансова допомога, добровільні пожертвування, милосердя тощо, у тому числі:	2.4	
благодійна допомога	2.4.1	157,0
гуманітарна допомога	2.4.2 ГД	-
суми коштів або вартості спеціальних засобів індивідуального захисту (касок, бронежилетів, виготовлених відповідно до військових стандартів),	2.4.3	2,4

Керівник (уповноважена особа)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта⁹)

(підпис)

(ініціали та прізвище)

М.П.
(за наявності)

Головний бухгалтер (особа, відповідальна за ведення бухгалтерського обліку)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта⁹)

(підпис)

(ініціали та прізвище)

1	ЗВІТ про використання доходів (прибутків) неприбуткової організації за 2017 рік	Звітний
		Звітний новий
		Уточнюючий

4	Неприбуткова установа (організація): _____
	Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф _____ (повне найменування згідно з реєстраційними документами)

(тис. грн)

Показники	Код рядка	Сума
1	2	3
Частина I		
Доходи неприбуткової організації (сума рядків 1.1 – 1.11)	1	197243,9
фактично одержане фінансування бюджетної установи (організації) за загальним фондом	1.1	196699,1
залишки коштів бюджетної установи (організації) на спеціальних рахунках, що перейшли з попереднього року	1.2	-
доходи, одержані бюджетною установою (організацією), що зараховані на рахунки спеціального фонду цієї установи (організації) згідно із затвердженим у встановленому порядку кошторисом	1.3	29,3
дотації (субсидії), фінансування, отримані з державного або місцевого бюджетів, державних цільових фондів або у межах технічної допомоги	1.4	295,7

вартість активів (коштів або майна), вартість товарів (робіт, послуг), отриманих для реалізації мети (цілей, завдань) та напрямів діяльності, визначених установчими документами, та/або для здійснення неприбуткової (добродійної) діяльності, передбаченої законом для релігійних організацій	1.5	-
надходження у вигляді безповоротної фінансової допомоги, добровільних пожертвувань, милосердя тощо, у тому числі:	1.6	-
благодійна допомога	1.6.1	171,2
гуманітарна допомога	1.6.2 ГД	-
суми коштів або вартості спеціальних засобів індивідуального захисту (касок, бронежилетів, виготовлених відповідно до військових стандартів), технічних засобів спостереження, лікарських засобів та медичних виробів, засобів особистої гігієни, продуктів харчування, предметів речового забезпечення, а також інших товарів, виконаних робіт, наданих послуг за переліком, що визначається Кабінетом Міністрів України, які добровільно перераховані (передані) Збройним Силам України, Національній гвардії України, Службі безпеки України, Службі зовнішньої розвідки України, Державній прикордонній службі України, Міністерству внутрішніх справ України, Управлінню державної охорони України, Державній службі спеціального зв'язку та захисту інформації України, іншим утвореним відповідно до законів України військовим формуванням, їх з'єднанням, військовим частинам, підрозділам, установам або організаціям, що утримуються за рахунок коштів державного бюджету, для потреб забезпечення проведення антитерористичної операції	1.6.3	
разові, періодичні, цільові внески та відрахування засновників і членів	1.7	-
сума коштів, які надходять до пенсійних фондів у вигляді внесків на недержавне пенсійне забезпечення	1.8	-
пасивні доходи	1.9	-
вартість активів, отриманих у разі припинення юридичної особи (у результаті її ліквідації, злиття, поділу, приєднання або перетворення)	1.10	-
інші доходи	1.11	48,7
Видатки (витрати) неприбуткової організації (сума рядків 2.1 – 2.6)	2	197243,9
сума видатків (витрат) бюджетної установи (організації) за загальним фондом відповідно до затверджених в установленому порядку кошторисів	2.1	196581,6
сума видатків (витрат) бюджетної установи (організації) за спеціальним фондом відповідно до затверджених в установленому порядку кошторисів	2.2	461,2
вартість активів (коштів або майна), вартість товарів (робіт, послуг), використаних (переданих) для фінансування видатків на утримання неприбуткової організації, реалізації мети (цілей, завдань) та напрямів діяльності, визначених її установчими документами, та/або для здійснення	2.3	186,1

неприбуткової (добродійної) діяльності, передбаченої законом для релігійних організацій		
безповоротна фінансова допомога, добровільні пожертвування, милосердя тощо, у тому числі:	2.4	
благодійна допомога	2.4.1	15,0
гуманітарна допомога	2.4.2 ГД	-
суми коштів або вартості спеціальних засобів індивідуального захисту (касок, бронежилетів, виготовлених відповідно до військових стандартів), технічних засобів спостереження, лікарських засобів та медичних виробів, засобів особистої гігієни, продуктів харчування, предметів речового забезпечення, а також інших товарів, виконаних робіт, наданих послуг за переліком, що визначається Кабінетом Міністрів України, які добровільно перераховані (передані) Збройним Силам України, Національній гвардії України, Службі безпеки України, Службі зовнішньої розвідки України, Державній прикордонній службі України, Міністерству внутрішніх справ України, Управлінню державної охорони України, Державній службі спеціального зв'язку та захисту інформації України, іншим утвореним відповідно до законів України військовим формуванням, їх з'єднанням, військовим частинам, підрозділам, установам або організаціям, що утримуються за рахунок коштів державного бюджету, для потреб забезпечення проведення антитерористичної операції	2.4.3	-
вартість активів, переданих іншим неприбутковим організаціям або зарахованих до бюджету в результаті ліквідації (злиття, поділу, приєднання або перетворення)	2.5	-
інші видатки (витрати)	2.6	-
Частина II		
Сума операції (операцій) нецільового використання активів, у тому числі:	3	
гуманітарна допомога	3.1 ГД	
вартість активів (коштів або майна), вартість товарів (робіт, послуг), які використані на цілі інші, ніж фінансування видатків на утримання неприбуткової організації, реалізації мети (цілей, завдань) та напрямів діяльності, визначених установчими документами, та/або для здійснення неприбуткової (добродійної) діяльності, передбаченої законом для релігійних організацій	3.2	
Доходи (прибутки) або їх частини, що розподілені серед засновників (учасників), членів неприбуткової організації, працівників (крім оплати їхньої праці, нарахування єдиного соціального внеску), членів органів управління та інших пов'язаних з ними осіб	4	
Об'єкт оподаткування (рядок 3 + рядок 4)	5	
Податкове зобов'язання з податку на прибуток підприємств (рядок 5 x ____ ² /100)	6	

фактично одержане фінансування бюджетної установи (організації) за загальним фондом	1.1	222577,5
залишки коштів бюджетної установи (організації) на спеціальних рахунках, що перейшли з попереднього року	1.2	-
доходи, одержані бюджетною установою (організацією), що зараховані на рахунки спеціального фонду цієї установи (організації) згідно із затвердженим у встановленому порядку кошторисом	1.3	22,1
дотації (субсидії), фінансування, отримані з державного або місцевого бюджетів, державних цільових фондів або у межах технічної допомоги	1.4	24016,1
вартість активів (коштів або майна), вартість товарів (робіт, послуг), отриманих для реалізації мети (цілей, завдань) та напрямів діяльності, визначених установчими документами, та/або для здійснення неприбуткової (добродійної) діяльності, передбаченої законом для релігійних організацій	1.5	-
надходження у вигляді безповоротної фінансової допомоги, добровільних пожертвувань, милосердя тощо, у тому числі:	1.6	-
благодійна допомога	1.6.1	89,9
гуманітарна допомога	1.6.2 ГД	-
суми коштів або вартості спеціальних засобів індивідуального захисту (касок, бронежилетів, виготовлених відповідно до військових стандартів), технічних засобів спостереження, лікарських засобів та медичних виробів, засобів особистої гігієни, продуктів харчування, предметів речового забезпечення, а також інших товарів, виконаних робіт, наданих послуг за переліком, що визначається Кабінетом Міністрів України, які добровільно перераховані (передані) Збройним Силам України, Національній гвардії України, Службі безпеки України, Службі зовнішньої розвідки України, Державній прикордонній службі України, Міністерству внутрішніх справ України, Управлінню державної охорони України, Державній службі спеціального зв'язку та захисту інформації України, іншим утвореним відповідно до законів України військовим формуванням, їх з'єднанням, військовим частинам, підрозділам, установам або організаціям, що утримуються за рахунок коштів державного бюджету, для потреб забезпечення проведення антитерористичної операції	1.6.3	
разові, періодичні, цільові внески та відрахування засновників і членів	1.7	-
сума коштів, які надходять до пенсійних фондів у вигляді внесків на недержавне пенсійне забезпечення	1.8	-
пасивні доходи	1.9	-
вартість активів, отриманих у разі припинення юридичної особи (у результаті її ліквідації, злиття, поділу, приєднання або перетворення)	1.10	-
інші доходи	1.11	55,1
Видатки (витрати) неприбуткової організації (сума рядків 2.1 – 2.6)	2	246760,7

сума видатків (витрат) бюджетної установи (організації) за загальним фондом відповідно до затверджених в установленому порядку кошторисів	2.1	224974,1
сума видатків (витрат) бюджетної установи (організації) за спеціальним фондом відповідно до затверджених в установленому порядку кошторисів	2.2	20461,2
вартість активів (коштів або майна), вартість товарів (робіт, послуг), використаних (переданих) для фінансування видатків на утримання неприбуткової організації, реалізації мети (цілей, завдань) та напрямів діяльності, визначених її установчими документами, та/або для здійснення неприбуткової (добродійної) діяльності, передбаченої законом для релігійних організацій	2.3	983,1
безповоротна фінансова допомога, добровільні пожертвування, милосердя тощо, у тому числі:	2.4	
благодійна допомога	2.4.1	215,0
гуманітарна допомога	2.4.2 ГД	-
суми коштів або вартості спеціальних засобів індивідуального захисту (касок, бронежилетів, виготовлених відповідно до військових стандартів), технічних засобів спостереження, лікарських засобів та медичних виробів, засобів особистої гігієни, продуктів харчування, предметів речового забезпечення, а також інших товарів, виконаних робіт, наданих послуг за переліком, що визначається Кабінетом Міністрів України, які добровільно перераховані (передані) Збройним Силам України, Національній гвардії України, Службі безпеки України, Службі зовнішньої розвідки України, Державній прикордонній службі України, Міністерству внутрішніх справ України, Управлінню державної охорони України, Державній службі спеціального зв'язку та захисту інформації України, іншим утвореним відповідно до законів України військовим формуванням, їх з'єднанням, військовим частинам, підрозділам, установам або організаціям, що утримуються за рахунок коштів державного бюджету, для потреб забезпечення проведення антитерористичної операції	2.4.3	127,3
вартість активів, переданих іншим неприбутковим організаціям або зарахованих до бюджету в результаті ліквідації (злиття, поділу, приєднання або перетворення)	2.5	-
інші видатки (витрати)	2.6	-
Частина II		
Сума операції (операцій) нецільового використання активів, у тому числі:	3	
гуманітарна допомога	3.1 ГД	

