

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВОДНОГО ГОСПОДАРСТВА ТА
ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ

Навчально-науковий інститут економіки та менеджменту
Кафедра менеджменту та публічного врядування

**Пояснювальна записка до кваліфікаційної магістерської
роботи**

на тему:

***ДОСЛІДЖЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМИ
РЕСУРСАМИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (НА
ПРИКЛАДІ ДЕПАРТАМЕНТУ ЦИВІЛЬНОГО ЗАХИСТУ ТА
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ РІВНЕНСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ
ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ)***

Виконала: студентка 2 курсу, групи ДСз-21м
спеціальності 281 «Публічне
управління та адміністрування»
освітньої програми
«Державна служба»

Дехтяр Вікторія Вікторівна

Керівник: к.держ.упр., доцент кафедри
менеджменту та публічного
врядування

Вівсянник Олег Михайлович

Рецензент: к.пед.н., доцент кафедри державного
управління, документознавства та
інформаційної діяльності

Мартинюк Галина Федорівна

Звіт подібності

метадані

Заголовок

ДЕХТЯР В.В. Дослідження системи управління фінансовими ресурсами в 303.docx

Автор

Дехтяр Вікторія Вікторівна

Науковий керівник / Експерт

Дехтяр Вікторія Вікторівна

підрозділ

National University of Water and Environmental Engineering

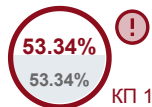
Тривога

У цьому розділі ви знайдете інформацію щодо текстових спотворень. Ці спотворення в тексті можуть говорити про МОЖЛИВІ маніпуляції в тексті. Спотворення в тексті можуть мати навмисний характер, але частіше характер технічних помилок при конвертації документа та його збереженні, тому ми рекомендуємо вам підходити до аналізу цього модуля відповідально. У разі виникнення запитань, просимо звертатися до нашої служби підтримки.

Заміна букв		133
Інтервали		0
Мікропробіли		131
Білі знаки		0
Парафрази (SmartMarks)		514

Обсяг знайдених подібностей

Коефіцієнт подібності визначає, який відсоток тексту по відношенню до загального обсягу тексту було знайдено в різних джерелах. Зверніть увагу, що високі значення коефіцієнта не автоматично означають плагіат. Звіт має аналізувати компетентна / уповноважена особа.



25

Довжина фрази для коефіцієнта подібності 2

22909

Кількість слів

184228

Кількість символів

Подібності за списком джерел

Нижче наведений список джерел. В цьому списку є джерела із різних баз даних. Колір тексту означає в якому джерелі він був знайдений. Ці джерела і значення Коефіцієнту Подібності не відображають прямого плагіату. Необхідно відкрити кожне джерело і проаналізувати зміст і правильність оформлення джерела.

10 найдовших фраз

Колір тексту

ПОРЯДКОВИЙ НОМЕР	НАЗВА ТА АДРЕСА ДЖЕРЕЛА URL (НАЗВА БАЗИ)	КІЛЬКІСТЬ ІДЕНТИЧНИХ СЛІВ (ФРАГМЕНТІВ)	
1	http://elartu.tntu.edu.ua/bitstream/lib/33607/2/%D0%9C%D0%90%D0%93%D0%86%D0%A1%D0%A2%D0%95%D0%A0%D0%A1%D0%AC%D0%9A%D0%90_%D0%9A%D0%BE%D1%81%D0%BE%D0%B2%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%B8%D0%B9%20%D0%92.%D0%92_.pdf	211	0.92 %
2	http://repo.snau.edu.ua/bitstream/123456789/10706/1/%D0%9A%D0%BE%D0%BD%D1%94%D0%B2%D0%B0_%D0%A1%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%82%D1%8F_23.pdf	197	0.86 %
3	https://aspects.org.ua/index.php/journal/article/download/871/848/	193	0.84 %
4	https://decentralization.gov.ua/news/16744	156	0.68 %

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	3
ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ОСНОВНІ АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ ЕКОНОМІКО- ФІНАНСОВИМИ РЕСУРСАМИ В КОНТЕКСТІ РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	7
1.1. Система охорони здоров'я в умовах соціально-економічних перетворень.....	7
1.2. Теоретичні аспекти фінансування охорони здоров'я.....	15
1.3. Фінансовий менеджмент як система управління фінансами установ охорони здоров'я	26
Висновки до розділу 1	33
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ТРАНСФОРМАЦІЇ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМИ РЕСУРСАМИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	34
2.1. Аналіз фінансування системи охорони здоров'я в сучасних умовах	34
2.2. Дослідження стану та розвитку галузі охорони здоров'я у Рівненській області.....	43
2.3. Аналіз основних показників Департаменту цивільного захисту та охорони здоров'я населення Рівненської обласної державної адміністрації.....	54
Висновки до розділу 2	68
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМИ РЕСУРСАМИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	69
3.1. Розробка пропозицій щодо оптимізації фінансових механізмів системи охорони здоров'я.....	69
3.2. Шляхи вдосконалення управління фінансовими ресурсами на регіональному рівні.....	80
3.3. Оцінка впливу запропонованих заходів на ефективність регіонального управління фінансовими ресурсами.....	88
Висновки до розділу 3	95
ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ.....	97
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	104

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

Всесвітня організація охорони здоров'я – ВООЗ

Добровільне медичне страхування – ДМС

Департамент охорони здоров'я – ДОЗ

Державно-приватне партнерство - ДПП

Заклад охорони здоров'я – ЗОЗ

Комплексна медична допомога – КМД

Комунальне некомерційне підприємство – КНП

Лікувально-профілактичний заклад – ЛПЗ

Міністерство охорони здоров'я України – МОЗУ

Міністерство охорони здоров'я – МОЗ

Медична інформаційна система – МІС

Медичний заклад – МЗ

Національна служба здоров'я України – НСЗУ

Національні інститути охорони здоров'я – НІОЗ

Програма медичних гарантій – ПМГ

Первинна медична допомога – ПМД

Обов'язкове медичне страхування – ОМС

Організація Об'єднаних Націй – ООН

Система охорони здоров'я – СОЗ

Центральна база даних електронної системи охорони здоров'я – ЦБД

ЕСОЗ

ВСТУП

Актуальність теми роботи зумовлена тим, що фінансовий потенціал є важливим чинником інновацій, які покращують управління закладами охорони здоров'я та забезпечують доступні та якісні медичні послуги громадянам. Проте, незважаючи на зростання обсягів інновацій та фінансування галузі охорони здоров'я, на сьогоднішній день ситуація в нашій країні суттєво погіршилась. Внаслідок російської агресії був здійснений перерозподіл бюджету задля посилення позицій нашої армії, у зв'язку з чим доступ населення до отримання медичних послуг дещо обмежений, а заплановані стратегічні плани – досі залишаються нереалізованими. Але наша держава робить все можливе для того, щоб охорона здоров'я громадян була на належному рівні. Тому безсумнівно існує необхідність інноваційного реформування управлінських та економічних засад української системи охорони здоров'я і змін відповідно до потреб сучасного суспільства. Концептуальні підходи до вдосконалення діяльності в медичній сфері завжди були дискусійними. До завдань медичної реформи входить визначення того, що охорона здоров'я – основа соціальної сфери, яка потребує значних бюджетних ресурсів, тому необхідно впроваджувати інновації, залучати інвестиції, впроваджувати кращі практики міжнародного досвіду в цій сфері. Ефективне управління галуззю та державна підтримка є однією з головних умов розвитку медичної системи та покращення рівня здоров'я нації.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Теоретичні і практичні питання фінансування та фінансового забезпечення охорони здоров'я, протиріччя у функціонуванні галузі, практика адаптації вітчизняної системи охорони здоров'я до світових стандартів висвітлені у наукових працях вітчизняних учених О. Устенка, Ю. Вороненка, В. Галайди, А. Голяченко, В. Дем'янишина, Н. Карпишин, С. Кондратюка, Г. Ланового, Д. Карамишева, В. Крамаренко, В. Лехан, З. Лободіної, Д. Полозенка, Ю. Пасічника, І. Радь, В. Рудня, А. Чухна, І. Долішнього, С. Юрія та ін. Проте недостатньо уваги

приділено дослідженню сутності управління фінансами охорони здоров'я в умовах демократичних і ринкових перетворень та, зокрема, управлінським технологіям фінансового менеджменту медичних установ.

Мета роботи є дослідження стану управління фінансовими ресурсами системи охорони здоров'я, перспектив його розвитку на регіональному та місцевому рівні та розробка практичних рекомендацій щодо управління фінансами на прикладі департаменту цивільного захисту та охорони здоров'я населення Рівненської обласної державної адміністрації.

Завдання роботи впливають з поставленої мети:

- ✓ дослідити стан системи охорони здоров'я в умовах соціально-економічних перетворень;
- ✓ вивчити теоретичні аспекти фінансування охорони здоров'я;
- ✓ проаналізувати управління фінансами установ охорони здоров'я;
- ✓ вивчити передумови реформи фінансування охорони здоров'я;
- ✓ дослідити етапи реформи фінансування і трансформації системи охорони здоров'я в Україні;
- ✓ дослідити основні показники діяльності департаменту цивільного захисту та охорони здоров'я населення Рівненської обласної державної адміністрації;
- ✓ розробити рекомендації щодо оптимізації фінансового забезпечення медичних закладів в контексті реформування системи охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження є процес управління фінансовими ресурсами департаменту цивільного захисту та охорони здоров'я населення Рівненської обласної державної адміністрації.

Предметом дослідження є сукупність теоретико-методичних, методологічних і прикладних положень, щодо системи управління фінансовими ресурсами.

Методи дослідження обумовлені об'єктом та предметом аналізу роботи.

Під час написання магістерської роботи було використано комплекс сучасних соціологічних та медико-соціологічних методів, які дозволяють

детально вивчити поставлену проблематику та отримати значний обсяг досліджень. Теоретико-методологічною основою дослідження виступають фундаментальні положення управління, соціології медицини, принципи діалектичного взаємозв'язку та розвитку. Методологічною основою дослідження виступають як загальнофілософські групи наукових методів (аналіз, синтез, класифікація, абстрагування, формалізація, аналогія, моделювання, дедукція, індукція), так і загальнонаукові та приватно-наукові методи.

Інформаційною базою дослідження послужили матеріали праць українських та зарубіжних науковців, інформація державних органів статистики, законодавчі та нормативні документи з питань реформування охорони здоров'я, аналітичні публікації в науковій і спеціалізованій літературі, а також матеріали досліджень основних показників діяльності департаменту цивільного захисту та охорони здоров'я населення Рівненської обласної державної адміністрації.

Практичне значення результатів дослідження полягає в удосконаленні управління фінансовими ресурсами охорони здоров'я на прикладі департаменту цивільного захисту та охорони здоров'я населення Рівненської обласної державної адміністрації. Розроблені пропозиції впроваджені в практику лікувальних закладів Рівненської області.

Структура роботи відповідає послідовності аналізу системи управління фінансовими ресурсами. Вступ магістерської роботи формує її сприйняття. Перший розділ присвячений основним аспектам управління фінансовими ресурсами в контексті реформування охорони здоров'я. В другому розділі здійснено дослідження трансформації системи управління фінансовими ресурсами системи охорони здоров'я Рівненської області. Третій розділ присвячений уже удосконаленню управління фінансовими ресурсами системи охорони здоров'я області. Висновки узагальнюють досягнуті результати дослідження і висвітлюють подальші тенденції розробки теми.

РОЗДІЛ 1. ОСНОВНІ АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ ЕКОНОМІКО-ФІНАНСОВИМИ РЕСУРСАМИ В КОНТЕКСТІ РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Система охорони здоров'я в умовах соціально-економічних перетворень

Здоров'я людини у світі визнається настільки значущим, що цей показник першим входить до індексу людського розвитку – універсального показника, який з одного боку показує рівень суспільного розвитку тієї чи іншої країни, а з іншого є чутливим індикатором ефективності державного управління.

Розвиток галузі охорони здоров'я, фінансовий менеджмент та адміністрування медичних установ, витрати держави на надання медичних послуг населенню мають вагомое соціально-економічне значення. Оберігаючи та відновлюючи здоров'я громадян – головної складової частини виробничих сил суспільства, вони тим самим покликані сприяти зниженню рівня захворюваності, збільшенню тривалості життя та працездатного віку громадян, підвищенню працездатності та продуктивності праці [1].

Це, у свою чергу, має сприяти зростанню національного багатства держави та розвитку і зміцненню соціально-орієнтованої демократичної держави з економікою ринкового типу.

Система охорони здоров'я відіграє ключову роль у забезпеченні добробуту населення, особливо в умовах соціально-економічної трансформації. Такі зміни можуть значно впливати на доступ до медичних послуг, якість медичної допомоги та її фінансування.

Сьогодні питання якості медичних послуг має досить важливе значення в системі розвитку державного управління, а тому оцінка результатів реформи є важливою як з точки зору наукового дослідження так і з точки зору формування нових державно-управлінських рішень.

Необхідність постійного вдосконалення системи охорони здоров'я обумовлено її роллю в соціально-економічних відносинах. Основною метою

охорони здоров'я в країні та її регіонах є збереження та зміцнення здоров'я населення відповідно до головної ідеї виходу країни з кризи, тобто збереження найціннішого, а саме людських ресурсів. Здоров'я в широкому та системному сприйнятті є одночасно біологічною, психологічною, фізіологічною, економічною і соціальною категорією. З економічної та соціальної точки зору здоров'я розглядається як здатність людини (суспільства вцілому) виконувати доцільну, результативну та ефективну діяльність в мінливих умовах навколишнього середовища і в рамках сукупності певних видів діяльності, до яких організм може адаптуватися. Тому оцінка стану реформи системи охорони здоров'я України дозволить виявити її вплив на соціально-економічну систему. Крім того, оцінка наслідків та результатів реформ є основою для формування зворотного зв'язку в державному управлінні системою охорони здоров'я.

У системі охорони здоров'я задіяні різні інституції, кожна з яких відіграє свою важливу роль. Основні інституції, які відповідають за забезпечення функціонування системи охорони здоров'я в Україні зображені на рис.1.1.



Рис.1.1. Основні інституції, що відповідають за забезпечення функціонування системи охорони здоров'я України

Якщо розглядати поняття «заклади охорони здоров'я», не можна однозначно говорити, що це тільки медичне поняття. Зокрема, у законодавчо-нормативних документах [2] визначено «підприємства, установи та організації, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом подання медико-санітарної допомоги, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів або послуг медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників».

На законодавчому рівні визначено наступний перелік закладів охорони здоров'я:

1. Лікувально-профілактичні заклади:

- лікарняні заклади (багатопрофільні, однопрофільні, спеціалізовані, особливого типу);

- амбулаторно-поліклінічні;

- заклади переливання крові, швидкої та екстреної медичної допомоги;

- санаторно-курортні заклади

2. Санаторно-профілактичні заклади:

- санітарно-епідеміологічні заклади;

- заклади санітарної просвіти;

- заклади громадського здоров'я;

3. Фармацевтичні (аптечні) заклади;

4. Інші заклади у сфері охорони здоров'я;

5. Заклади медико-соціального захисту;

6. Установи / заклади системи соціального захисту населення.

До тих, що надають саме медичні послуги відносять заклади лікувально-профілактичного профілю.

З прийняттям незалежності України бюджетне фінансування таких закладів охорони здоров'я відбувалося за моделлю фінансування М. О. Семашка. Ця модель має радянське коріння і була сформована на основі

принципів бюджетного фінансування, які є досить застарілими для системи управління закладами охорони здоров'я України.

Основні риси системи охорони здоров'я за М.О. Семашко наведено на рис.1.2.

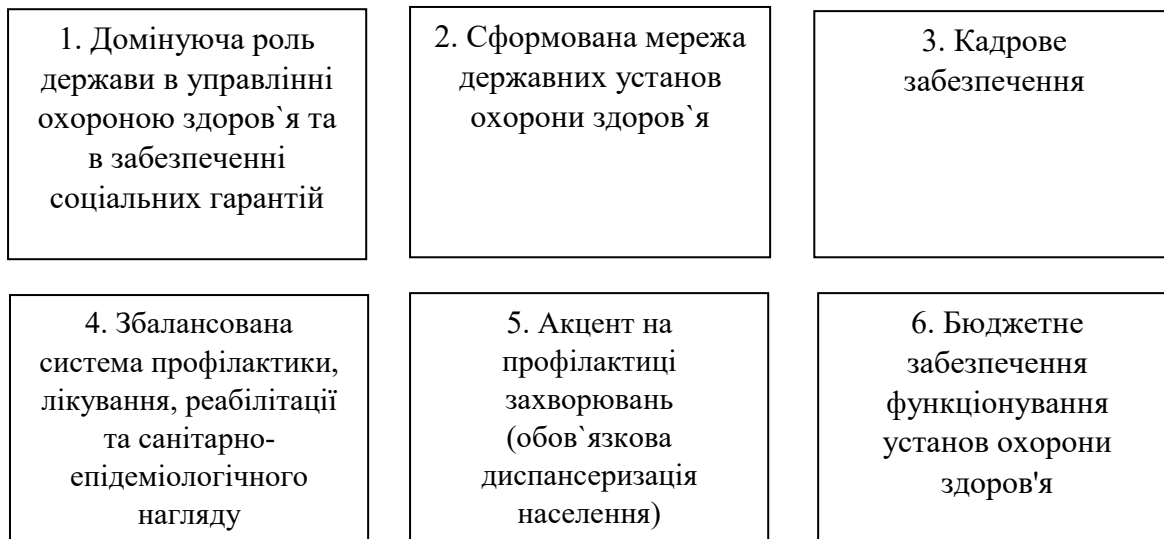


Рис. 1.2. Основні риси системи охорони здоров'я за М. Семашко

Відомо, що у 2015 році, після десятиліть постійної залежності від застарілих підходів до фінансування та надання послуг, Уряд України розпочав реформи, спрямовані на перетворення системи охорони здоров'я. У жовтні 2017 року ухвалення ключового Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та пакета відповідних підзаконних актів створило потужну правову та політичну основу для втілення нових механізмів фінансування сфери охорони здоров'я. Було засновано Національну службу здоров'я України як центральний виконавчий орган, відповідальний за закупівлю послуг з охорони здоров'я [3].

Пріоритетні напрямками реформування були наступні:

1. Створення державних медичних гарантій для наданих медичних послуг;
2. Створення єдиної системи замовника медичних послуг;
3. Створення нового механізму оплати медичних послуг за принципом «гроші ідуть за пацієнтом»;
4. Розпочато процес діджиталізації у сфері закладів охорони здоров'я;

5. Створення нової системи відносин між державним рівнем управління та на рівні громад [4].

Як свідчить аналітична довідка ООН, перший етап реформи був спрямований на посилення первинної медико-санітарної допомоги, надання населенню вільного вибору надавачів послуг, а також збільшення фінансування та створення сучасних інформаційних систем. У той же час завдяки програмі «Доступні ліки» суттєво посилюється доступ до ліків, і мільйони людей було забезпечено субсидіями на основні ліки, головним чином, від захворювань, що лікуються на рівні первинної допомоги [5].

До негативних тенденцій можна віднести:

- недостатність виділення фінансування на охорону здоров'я по відношенню ВВП країни;
- недостатнє оснащення лікарень сучасним обладнанням;
- недостатнє використання профілактичних заходів серед населення та медичних працівників;
- нерівномірний доступ до медичних послуг різних категорій населення, значне поширення інфекційних хвороб;
- проблеми з ліцензуванням та доступністю окремих лікарських засобів.

Тому основними завданнями на майбутній період можна визначити забезпечення сталості змін у системі, закріплення вже досягнутих результатів та нарощування темпів реформування відповідно до існуючої нормативно-законодавчої бази, а також низки відповідних інструментів. Основними результатами проведення реформи в Україні мають стати ефективна й доступна система охорони здоров'я, підвищення рівня і якості життя населення, підвищення якості та безпеки медичної допомоги, продуктивна зайнятість персоналу, що працює у сфері охорони здоров'я, підвищення рівня соціального забезпечення населення та оптимізації системи соціальної підтримки.

Посилаючись на аналітичну довідку ООН, варто відзначити, що величезною є потреба в стабільній реалізації вже розпочатих реформ, а також у додаткових реформах [5].

Система охорони здоров'я має базуватися на нижче наведених фундаментальних принципах, а саме:

1. Система охорони здоров'я має бути орієнтована на потреби громадян, (працівників, пацієнтів), створювати атмосферу, яка постійно оцінюється та є підставою для удосконалення роботи. Особливу увагу слід приділяти вразливим групам населення, людям з особливими потребами та особам похилого віку.

2. Головними завданнями системи охорони здоров'я в умовах трансформацій є безпека, правовий захист як пацієнтів, так і лікарів, якість послуг, їх здатність адаптуватися до постійних викликів. Зокрема, слід застосовувати сучасні тенденції діджиталізації та нові технології в цій сфері.

3. Забезпечення функціонування системи охорони здоров'я з фокусом на профілактику виникнення тих чи інших захворювань.

4. Система охорони здоров'я має функціонувати як злагоджений механізм із залученням соціальних інституцій, робота яких залежить від відносин між різними учасниками системи (дослідники, управлінці, пацієнти, постачальники тощо).

У період 2015 по 2024 роки відбувається постійне реформування системи охорони здоров'я, яке покращило виконання досягнення цілей сталого розвитку в цій сфері. Проте залишається ще чимало проблем, які потребують рішення, а саме ефективне державне регулювання ліцензування та поширення лікарських препаратів, забезпечення максимальної доступності медичних послуг для всіх категорій населення, подолання епідемій інфекційних хвороб, збільшення тривалості життя населення, активізація профілактичної медицини, зниження смертності від різних категорій захворювань.

Аналізуючи сучасну систему охорони здоров'я України, слід зазначити, що вона являє собою багаторівневу функціонально керовану систему, створену

державою для забезпечення медичного обслуговування населення та зміцнення його здоров'я [6].

Державна система охорони здоров'я України відповідає універсальним критеріям організації: має свою ієрархічну структуру, механізми публічного управління, фінансування, визначені форми контролю тощо. Сучасна система охорони здоров'я перебуває в кризовому стані, спровокованому воєнними діями на території України, руйнуванням її інфраструктури, технічного обладнання, загибеллю лікарів, міграцією медичного персоналу з окупованих територій не тільки по Україні, а й за кордон. Таким чином, у деяких госпітальних округах відчувається «голод» на вузькопрофільних медичних фахівців та відповідну матеріально-технічну базу для відновлення роботи, особливо на деокупованих територіях [7].

На даний час важливим завданням для органів публічної влади є ревізія наявних матеріально-технічних та професійних ресурсів, щоб забезпечити функціонування медичних закладів, максимально наближених до лінії воєнних дій та в госпітальних округах.

Однією з найважливіших умов ефективного функціонування системи охорони здоров'я є розроблення антикризового публічного управління в умовах війни. Механізми антикризового публічного управління системою охорони здоров'я України є окремими її компонентами, що регулюють діяльність у період кризи.

Механізми публічного управління системою охорони здоров'я в період війни — це методи, принципи та інструменти адміністративного, економічного, правового та соціально-мотиваційного характеру, що здійснюються державою для запобігання ризикам та забезпечення якісного медичного обслуговування тих, хто його потребує [7].

Зважаючи на соціально-економічну кризу, викликану війною та значним зuboжінням населення, перед системою охорони здоров'я стоїть завдання запровадження антикризового публічного управління системою охорони здоров'я і забезпечення якісними безкоштовними медичними послугами

не тільки воїнів на полі бою, а й всіх громадян України. Слід зазначити, що публічне управління в системі охорони здоров'я України виконує одну з ключових ролей у здійсненні внутрішньої гуманітарної політики держави, яка полягає у прийнятті державноуправлінських рішень для реалізації концепції надання доступної медичної допомоги всім без винятку громадянам країни.

Низький рівень платоспроможності громадян щодо оплати медичного обслуговування запускає процес збільшення витрат бюджетних коштів та обсягів використання матеріально-технічних ресурсів [8].

Глобальна тенденція соціально-економічної кризи, спричиненої дефіцитом енергоносіїв та їх здорожчанням, запустила механізм підвищення вартості медичного обслуговування та забезпечення відповідними лікарськими засобами. Визначальною особливістю розвитку української системи охорони здоров'я під час світової економічної кризи та руйнації економіки, завданої війною, є те, що темпи збільшення витрат на медичне обслуговування громадян України, постраждалих від воєнної агресії, перевищують темпи зростання рівня ВВП держави.

Антикризове публічне управління системою охорони здоров'я має шукати ефективні шляхи для зменшення таких витрат та раціонального використання наявних фінансових та матеріальних ресурсів. Вищезазначені фактори можуть спричинити суспільний конфлікт інтересів, який полягатиме в розбіжностях між наявними обмеженими фінансовими ресурсами та необхідністю забезпечення доступності медичних послуг для всіх громадян України.

1.2. Теоретичні аспекти фінансування охорони здоров'я

Важливу роль у покращенні якості та доступності надання медичних послуг громадянам відіграють фінансові ресурси, які знаходяться у сфері управління охорони здоров'я України. Фінансові ресурси медичних установ можна визначати як сукупність коштів, джерела формування яких затверджені діючим законодавством та призначені для забезпечення діяльності даних закладів щодо надання медичної допомоги населенню.

Для забезпечення ефективної діяльності та розвитку закладів охорони здоров'я, фінансове забезпечення повинно мати певні характерні риси, а саме:

- обсяги фінансових ресурсів повинні постійно підтримуватись на достатньому рівні;
- пропорції між державними та недержавними фінансовими ресурсами повинні формуватися за законодавчо визначеними пропорціями;
- на стадії перерозподілу ВВП повинні матеріалізуватися у суспільне благо охорони здоров'я;
- обсяги отриманих фінансових ресурсів медичними закладами повинні повністю залежати від кількості пролікованих пацієнтів;
- можуть перевтілюватися в інші види ресурсів, призначених для досягнення його економічних вигід та приймати участь у підтриманні функціонування лікувального закладу в формі прямого фінансування без створення грошових фондів;
- створюються при наданні медичної допомоги різного ступеню складності, що ускладнює їх оцінку та прогнозування;
- підвласні впливу всіх видів ризиків, що пов'язані з їх формуванням та використанням;
- оптимальні обсяги фінансування повинні забезпечуватись за допомогою методів їх управління;
- обсяги активів, власного капіталу та зобов'язань залежать від обігу фінансових ресурсів;

- існуючі фінансові відносини, притаманні для конкретного етапу розвитку економіки здійснюють вплив на формування та використання фінансових ресурсів [9].

Сучасні світові тенденції фінансування охорони здоров'я:

1. Темпи зростання видатків на охорону здоров'я випереджають темпи росту світової економіки. Причинами є розповсюдженість інфекційних (COVID-19) та неінфекційних хвороб (серцево-судинні, онкологічні захворювання), старіння населення, впровадження нових технологій і лікарських засобів, підвищення попиту на якісні медичні послуги тощо.

2. Посилення ролі держави у фінансовому забезпеченні галузі охорони здоров'я.

3. Децентралізація та передача деяких питань фінансування медичної галузі територіальним громадам. У США діє приватна модель охорони здоров'я, витрати на державні програми закладів охорони здоров'я за 49 років зросли майже у 371 раз, в більшості країн Європейського регіону, за інформацією ВООЗ переважає фінансування систем охорони здоров'я із суспільних фондів.

4. Впровадження механізму державно-приватного партнерства (10 % економії суспільних ресурсів шляхом застосування інноваційних джерел та фінансових обмежень серед надавачів медичних послуг та збільшення приватного забезпечення).

5. Структурна та технологічна перебудова галузі (акцент на первинну медичну допомогу, розмежування платників і надавачів медичних послуг, капітація та діагностично-споріднені групи, як метод оплати за послуги; державний контроль за інвестиціями та приватними фінансовими ініціативами.

6. Стимування зростання прямих платежів громадян.

7. Інвестиції у заходи профілактики, зміцнення здоров'я та у новітні технології. Незважаючи на світову тенденцію по зменшенню витрат з «кишені» і сьогодні один мільярд людей в світі витрачає на медичну допомогу зі свого бюджету понад 50 %. Це свідчить про те, що 150 мільйонів людей в світі

щорічно несуть «катастрофічні» фінансові витрати, пов'язані з отриманням медичної допомоги, а 100 мільйонів людей від цього опиняються за межею бідності.

Основними джерелами фінансування системи охорони здоров'я є загальні податкові надходження, цільовий фіксований внесок на обов'язкове медичне страхування (ОМС), премії приватного медичного страхування (ДМС), особисті кошти населення.

Загальні податкові надходження – обов'язкові платежі, які стягуються у законодавчо встановленому порядку залежно від об'єкта оподаткування. Розрізняють прямі, непрямі, прогресивні, регресивні, державні, регіональні, місцеві, адресні податки.

Цільовий внесок на ОМС – обов'язковий фіксований відсоток із фонду заробітної плати. Внески платять працівники чи наймачі, або платежі здійснюються ними спільно у певних пропорціях (Австрія, Німеччина, Бельгія, Франція, країни Східної та Центральної Європи). Внесок може бути єдиним (Бельгія, Франція), або змінюється залежно від професії чи специфічності фонду (Австрія, Німеччина). Розмір страхових внесків у різних країнах варіюються від 1 % до 19 %.

Приватне медичне страхування (ДМС) не є основним у фінансуванні сфери охорони здоров'я в країнах ЄС, на відміну від США, Австралії, Швейцарії. Питома вага премій ДМС коливається в межах від 4 до 18 % від загальної суми витрат на охорону здоров'я в різних європейських країнах. ДМС доповнює державні гарантії до сучасних стандартів і діє як форма додаткового страхування.

Особисті кошти громадян – це пряма оплата (може бути як офіційна, так і неофіційна), дольова участь в оплаті (одноразова виплата за кожну послугу, відсоток від загальної суми або ж попередня оплата), медичні депозитні рахунки (неоподатковані ресурси в якості попередньої оплати).

Світова практика сформувала три класичні моделі систем охорони здоров'я, які враховують:

- способи організації (централізовані та децентралізовані);
- джерела фінансування (податки, внески на медичне страхування та прямі платежі);
- форми власності постачальників медичних послуг (державна, приватна некомерційна та приватна комерційна).

Страхова, соціально-страхова, модель О. Бісмарка (Німеччина, 1883 рік) має наступні особливості:

- децентралізована система охорони здоров'я;
- домінуючим джерелом є цільові внески наймачів та працівників з фонду оплати праці, можливі субсидії від держави;
- оплата медичних послуг через фонди охорони здоров'я, які незалежні від держави, але діють у межах законодавства;
- надання медичних послуг здійснюється закладами різних форм власності;
- ринок задовольняє потреби населення понад гарантований державою рівень.

Ця модель функціонує в Австрії, Бельгії, Франції, Японії, Нідерландах, Країнах Східної та Центральної Європи та ін.

Державна, бюджетна, національна, модель М. С. Семашка (СРСР, 1920 – початок 1990 років) та У. Беверіджа (Великобританія, 1948 рік) має наступні риси:

- централізована система охорони здоров'я;
- основне джерело фінансування – загальні податкові надходження;
- держава – постачальник і покупець медичних послуг;
- роль ринку другорядна.

Подібні моделі функціонують в Ірландії, Данії, Норвегії, Швеції, Італії, Греції, Іспанії та ін.

Моделі фінансування охорони здоров'я із суспільних споживчих фондів (Беверіджа і Бісмарка) мають спільні риси:

- універсальність системи захисту, яка гарантує надання медичної допомоги незалежно від ризику для здоров'я;
- принципи соціальної солідарності (поєднання всіх видів ризиків для здоров'я та захист від чинників соціальних ризиків) та субсидіарності (відповідальність кожного застрахованого за стан його здоров'я);
- рівний та всеохоплюючий доступ до медичної допомоги (принцип універсального базового покриття, незалежно від доходів громадян);
- обов'язкова участь населення у покритті витрат на охорону здоров'я (податки, внески, дольова участь в оплаті, незначний рівень прямої оплати);
- відсутність прямого зв'язку між величиною платежів (податків, внесків) та обсягом медичної допомоги;
- контроль за ціноутворенням, який включає наявність преїскуранту, глобального бюджету, обмеження інвестицій.

Ліберальна, приватна, ринкова модель системи охорони здоров'я (США) має наступні особливості:

- децентралізована система приватного страхування;
- пріоритетне джерело фінансування – кошти громадян, організацій, підприємств;
- фінансова участь держави обмежена певними програмами;
- ринок як інструмент регулювання медичного забезпечення населення.

Система охорони здоров'я є суспільним благом і її ефективність визначається не тільки раціональним використанням обмежених ресурсів, з яких, за даними ВООЗ, близько 40 % використовуються не належним чином, але й реалізацією цілей ВООЗ при фінансуванні сфери охорони здоров'я, а саме:

- забезпечення фінансової стійкості (захист від фінансових ризиків та ризиків у здоров'ї);
- принцип соціальної справедливості у фінансуванні (перерозподіл коштів);

- рівність доступу до медичного обслуговування (задоволення потреб, а не платоспроможність);
- підвищення прозорості і підзвітності медичної галузі (контроль за діяльністю закладів охорони здоров'я);
- нагорода за високу якість медичної допомоги;
- підтримка управлінської ефективності (раціональне використання ресурсів) [10].

Індикаторами ефективності фінансування сфери охорони здоров'я є:

- середня очікуваність тривалості життя;
- державні витрати на охорону здоров'я у % від ВВП на душу населення;
- вартість медичних послуг в перерахунку на душу населення (в дол. США).

Ключову роль в реформуванні системи охорони здоров'я відіграла затверджена в грудні 2017 року Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я, відповідно до положень якої в 2018 році почалася масштабна трансформація фінансування закладів медичної сфери. Джерела фінансування закладів охорони здоров'я протягом перехідного періоду наведено в табл. 1.1.

Таблиця 1.1

Джерела фінансування закладів протягом перехідного періоду

Перехідний період (2018 рік)		
Державний бюджет		Місцеві бюджети
1		2
Національна служба здоров'я України	Міністерство охорони здоров'я України	За видами органів місцевого самоврядування
Капітаційна оплата, що здійснювалася на основі динаміки підписання декларацій; - діяли вікові коефіцієнти	Фінансування здійснювалося через субвенцію державного бюджету на основі капітаційної ставки; фінансування визначалось за кількістю закріпленого населення	Фінансування здійснювалося за наступними складовими: передбачені бюджетним кодексом статті витрат, які обов'язково фінансуються; додаткове фінансування витрат, які визначаються органами місцевої влади

Джерело: складено на основі [11].

Джерела фінансування закладів охорони здоров'я з 2019 року наведено в табл. 1.2.

Таблиця 1.2

Джерела фінансування закладів з 2019 року

З 2019 року	
Державний бюджет	Місцеві бюджети
Національна служба здоров'я України	За видами органів місцевого самоврядування
капітаційна оплата, що здійснювалася на основі динаміки підписання декларацій; діяли вікові коефіцієнти; - діяв коригувальний коефіцієнт гірської місцевості; - можливість зменшення остаточної оплати на понад 20 % в межах понадлімітних декларацій	Фінансування здійснювалося за наступними складовими: - передбачені бюджетним кодексом статті витрат, що обов'язково фінансуються; - додаткове фінансування витрат, які визначаються органами місцевої влади

Джерело: складено на основі [11].

Національна система охорони здоров'я України – централізована модель, основним джерелом фінансування якої є загальні податкові надходження, з яких формується бюджет.

Основним джерелом формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я є бюджетне фінансування. Кошти виділяються за надані медичні послуги, що розраховується як від планового, так і від фактичного обсягу послуг за прийнятими тарифами:

- фактична кількість наданих послуг;
- фактичне число відвідувань;
- кількість завершених випадків амбулаторної допомоги;
- фінансування всього обсягу наданої медичної допомоги на одного пацієнта;
- фінансування всього обсягу позамедичної допомоги і частини обсягу стаціонарної допомоги на одного пацієнта.

Реформа охорони здоров'я в частині фінансового забезпечення має на меті сформувати нову модель фінансування закладів, що передбачає прозорі державні гарантії надання безоплатної медичної допомоги населенню,

поліпшення фінансового захисту населення на випадок хвороби, ефективний та справедливий розподіл і використання публічних коштів та зменшення неформальних платежів, застосування стимулів для підвищення якості надання медичних послуг громадянам медичними закладами різних форм власності. Отже, сучасні економічні умови визначають джерела формування фінансових ресурсів медичних установ наступним чином (рис. 1.3).



Рис.1.3 Джерела формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я
Джерело: складено на основі [11].

Важливим нововведенням в сфері фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я є новий концептуальний підхід до реалізації фінансових відносин, який прийшов на заміну кошторисного фінансування та означає трансформацію медичних закладів в автономні підприємства, які отримують оплату за фактично надану медичну допомогу пацієнту. За оновленою моделлю фінансового забезпечення медичних закладів органи місцевого самоврядування зберігають свої повноваження та створюють належні умови для їх виконання.

Наступним джерелом формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я є кошти, отримані від страхової медицини. Проте в Україні низький

попит на даний вид страхування серед населення через відсутність державного інституту медичного страхування та відсутність досвіду медичного страхування у громадян.

Вихідні положення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я наведено в табл. 1.3.

Таблиця 1.3

Вихідні положення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я

Принципи реформи фінансування	
1	2
Фінансовий захист	недопустимість катастрофічних витрат громадян чи відмови від отримання необхідної медичної допомоги через неможливість її оплатити в момент отримання
Універсальність покриття та справедливість доступу до медичної допомоги	забезпечення доступу до гарантованих державою послуг для всіх громадян, які їх потребують
Прозорість і підзвітність	недопустимість застосування корупційних схем, чіткі зобов'язання усіх сторін, відкритість у використанні публічних коштів
Ефективність	максимальна віддача кожної вкладеної в систему охорони здоров'я бюджетної гривні, краща якість та доступність послуг, кращі умови праці та доходи для лікарів
Вільний вибір	можливість для пацієнта отримати допомогу в тому закладі охорони здоров'я, який найкраще задовольняє його потреби
Конкуренція постачальників	залучення постачальників усіх форм власності, що створює мотивацію надавати більш якісні послуги, впроваджувати науково обґрунтовані та економічно ефективні методи роботи, забезпечувати дотримання клінічних протоколів та професійних стандартів
Передбачуваність обсягу коштів на медичні послуги у державному бюджеті	повноцінне стратегічне планування медичної допомоги та витрат на неї
Субсидіарність	встановлення повноважень щодо фінансування системи охорони здоров'я на якомога нижчому рівні влади, який дозволяє забезпечити доступність, належну якість та найкращу економічну ефективність медичної допомоги

Джерело: складено на основі [12].

Реформа в медичній сфері надала можливість розширити повноваження головного лікаря та наділити його управлінськими функціями. Тобто, кошти,

отримані лікувальним закладом за надані послуги від Національної служби здоров'я України використовуються на розсуд директора закладу в межах чинного законодавства на відміну від медичної субвенції на покриття запланованих витрат. Даний аспект медичної реформи є ключовим та повинен покращити якість та збільшити ефективність надання медичних послуг населенню [13].

З переходом України до ринкової економіки відповідно змінюються і основні принципи управління фінансовим забезпеченням. Зростає роль фінансового менеджменту як сукупності взаємопов'язаних прийомів та методів прийняття та реалізації управлінських рішень щодо фінансування діяльності та розвитку закладів охорони здоров'я. Ефективне управління фінансовим забезпеченням в медичних закладах залежить від витрат, які плануються в виходячи від потреб та обсягів медичних послуг (табл.1.4).

Таблиця 1.4

Напрями використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я

Напрями використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я	
Поточні видатки	Капітальні видатки
Оплата праці, нарахування на оплату праці	Придбання обладнання
Матеріали, обладнання та інвентар	Придбання предметів довгострокового користування
Медикаменти та перев'язувальні матеріали	Придбання нематеріальних активів
Продукти харчування	Реконструкція та реставрація
Оплата послуг (крім комунальних)	Капітальне будівництво (придбання)
Оплата комунальних послуг та енергоносіїв	Капітальний ремонт

Джерело: складено на основі [9].

Медична реформа надала можливість трансформувати фінансове забезпечення з допомогою визначення гарантованого пакету медичних послуг та укладання декларацій з сімейними лікарями. Кінцевим результатом реформи в медичній галузі постає створення основної бази для запровадження моделі медичного страхування, що дасть можливість отримувати додаткові обсяги

фінансових ресурсів. Можна відмітити позитивні наслідки медичної реформи, а саме: медичні заклади застосовують ринкові засади функціонування, використовують методи раціонального управління фінансовими потоками, зростає автономність закладів та можливість самоокупності та самофінансування, отримання статусу підприємства, підвищується ефективність діяльності медичних установ через ринкову спрямованість та відповідальність за свою діяльність, збільшуються конкурентні переваги закладу.

Діяльність закладів охорони здоров'я потребує не тільки державного управління, а ще й управління органів місцевого самоврядування та керівництва самих медичних закладів. Ефективність управління закладами повинна ґрунтуватися на розумінні та практичному використанні законів економічного розвитку. Виконання лікувальним закладом властивих йому функцій можливе за умови повного покриття витрат за рахунок різних джерел формування фінансових ресурсів. Для реалізації стратегічних проєктів сфера медичних послуг потребує додаткових обсягів фінансування.

Раціональне і ефективне використання фінансових ресурсів стає пріоритетним напрямком діяльності та розвитку медичних закладів України. На сьогоднішній день першочерговим завданням є раціональне використання фінансових ресурсів медичних установ, забезпечення збалансованих витрат для виконання зобов'язань держави щодо надання необхідної та якісної медичної допомоги населенню. Пошук нових джерел фінансового забезпечення, застосування способів підвищення творчого потенціалу медичних працівників, запровадження стимулів розвитку галузі є головним завданням для керівників всіх рівнів управління [14].

Таким чином, питання фінансування охорони здоров'я вимагає комплексного підходу, який би забезпечив стійкість системи, фінансову захищеність громадян і соціально справедливий доступ до медичних послуг.

1.3. Фінансовий менеджмент як система управління фінансами установ охорони здоров'я

На сучасному етапі реформування охорони здоров'я потребує перетворення механізмів управління. Найбільш актуальною є проблема удосконалення процесу управління фінансовим забезпеченням медичних закладів.

Для здійснення будь-якого виду фінансової діяльності управлінські функції фінансових менеджерів мають бути забезпечені нормативно-правовими та інформаційними базами. Нормативно-правову базу фінансової складової діяльності закладів охорони здоров'я становлять закони та укази Президента України, які регулюють діяльність сфери охорони здоров'я, накази, розпорядження, норми і нормативи Міністерства охорони здоров'я України. Інформаційну базу складають інформації фінансово-економічного, правового напрямів.

Успішні результати діяльності будь-якого суб'єкта господарювання, у тому числі і лікувально-профілактичної установи, залежать від рівня розвитку фінансового менеджменту установи, а також ступеня кваліфікації фінансових менеджерів та їх здатності виконувати свої функції в ринковому середовищі.

Метою управління фінансовим забезпеченням в галузі охорони здоров'я стає диверсифікація джерел формування фінансових ресурсів, які потрібні для ефективного фінансування медичних установ та надання якісних медичних послуг населенню [14]. Об'єктами управління фінансовим забезпеченням в медичних установах є сукупність взаємопов'язаних фінансових ресурсів та фінансових відносин для забезпечення раціональної мобілізації і використання грошових коштів.

Суб'єктами управління фінансами є наступні учасники системи охорони здоров'я, які впливають на формування та використання її фінансових ресурсів, організацію фінансової діяльності:

- держава, як суб'єкт владного регулювання фінансових відносин у сфері охорони здоров'я;
- виробники медичних послуг;
- медичні установи й організації різних форм власності і приватно практикуючі лікарі;
- споживачі медичних послуг, до яких у країнах з державною системою соціально орієнтованого страхування охорони здоров'я належить усе населення країни;
- замовники медичних послуг та платники за медичну допомогу (покупці послуг охорони здоров'я).

Сюди також можуть входити страхові компанії, страхові фонди, лікарняні каси у страхових моделях фінансового забезпечення охорони здоров'я або державні органи управління в системах бюджетного фінансування.

Управління системою охорони здоров'я відбувається різних рівнях:

- державний (національний) рівень управління – це управління на рівні Президента, Парламенту, Кабінету Міністрів України, Міністерства охорони здоров'я, Національної служби здоров'я, інших міністерств та відомств причетних до управління закладами охорони здоров'я на державному рівні;
- регіональний (обласний) рівень – це управління на рівні обласних департаментів охорони здоров'я та закладів охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медико-санітарну допомогу;
- територіальний (районний рівень і рівень територіальної громади) рівень управління – це управління на рівні району і органів виконавчої влади територіальних громад, а також закладів охорони здоров'я, що надають первинну медико-санітарну допомогу.
- мікрорівень - медичні установи, страхові компанії, громадянські організації, фонди медичного страхування.

Для кожної складової управління як системою охорони здоров'я, так і фінансами галузі, що здійснюється на різних рівнях, характерною є діяльність з розробки, прийняття та виконання управлінських рішень.

«Управління фінансами» використовується як більш широке поняття, воно може означати і фінансове адміністрування, коли мова йде про управління діяльністю державних установ і організацій, і фінансовий менеджмент, коли мова йде про управління фінансами суб'єктів господарювання [1].

Фінансовий менеджмент в закладах охорони здоров'я – це система управління фінансовими ресурсами, яка забезпечує ефективне використання коштів для досягнення стратегічних цілей закладу. Фінансовий менеджмент набуває особливого значення в сучасних умовах обмежених бюджетних ресурсів та вимог до якості медичних послуг, які постійно зростають. Він спрямований на забезпечення фінансової стійкості та ефективного використання коштів медичними закладами, включаючи планування, розподіл, контроль і оцінку використання коштів.

Основне завдання фінансового менеджменту — ефективне управління фінансами і фінансовими відносинами.

Пріоритетність управління фінансовими ресурсами підтверджується у процесі управління діяльністю лікувальних закладів загалом. У зв'язку з цим можна виділити 3 основні рівні системи управління фінансовими ресурсами, такі як:

- стратегічний;
- тактичний;
- оперативний.

Стратегічний рівень вирізняється терміном понад рік і визначає перспективну мету управління фінансовими ресурсами та можливі результати діяльності закладу.

Тактичний рівень ґрунтується на визначенні, організації, виконанні конкретних завдань, пов'язаних з управлінням фінансовою діяльністю лікувального закладу протягом поточного року та контроль результатів здійснення цих завдань.

Оперативний рівень забезпечує ефективне виконання медичних процесів шляхом оптимального використання ресурсів лікувальних закладів. Цей рівень

включає проведення розрахунків, аналіз та контроль за діяльністю організацій охорони здоров'я.

Основні функції фінансового менеджменту в закладах охорони здоров'я:

Фінансове планування і прогнозування – включає визначення обсягів фінансових ресурсів, які необхідні для реалізації медичних програм та операційної діяльності закладу. Це включає складання бюджету та аналіз можливих джерел фінансування.

Відповідно до затвердженого фінансового плану заклади охорони здоров'я отримують доходи і здійснюють видатки, а також визначають обсяги та спрямування фінансових ресурсів для виконання функцій, визначених Статутом установи упродовж календарного року. Це інструмент, за допомогою якого медичні заклади можуть контролювати та здійснювати оцінку фінансового стану і ефективності фінансового забезпечення своєї діяльності. Фінансове планування орієнтоване на результат у процесі надання медичних послуг для населення.

Фінансовий план враховує всі джерела формування фінансових ресурсів медичного закладу. Іншими словами, для планування дохідної частини фінансового плану закладу охорони здоров'я, потрібно враховувати надходження коштів від НСЗУ на підставі договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, кошти місцевих бюджетів, отримані на виконання програми підтримки, надходження від благодійних внесків, надання платних послуг, отримані гранти, доходи від розміщення тимчасово вільних коштів на рахунках в банку та інші джерела.

Управління доходами та витратами – фінансовий менеджмент включає оптимізацію структури витрат і забезпечення максимальної ефективності витрачання коштів, зокрема шляхом здійснення контролю за витратами на персонал, закупівлю медичного обладнання та лікарських засобів.

Доходна та видаткова частини фінансового плану не обов'язково повинні дорівнювати одна одній. Перевищення доходів над видатками можна розцінити

позитивно, оскільки є можливість використати залишки грошових коштів для розвитку лікувального закладу.

Необхідні умови при складанні видаткової частини фінансового плану медичних закладів наведено в Таблиці 1.5.

Таблиця 1.5

Необхідні умови при складанні видаткової частини фінансового плану
медичних закладів

Елементи витрат	Необхідні умови
Витрати на оплату праці	Необхідно враховувати всі виплати, що передбачені колективним договором та можливі зміни в системі оплати праці
Витрати на навчання персоналу та відрядження	Потрібно визначити кількість лікарського та середнього медичного персоналу, які потребують підвищення свого кваліфікаційного рівня
Витрати на оплату енергоносіїв	Необхідно враховувати минулорічні обсяги споживання (для діючих відділень) або ж очікувані (якщо планується відкриття нових відділень) та обов'язково закладати коефіцієнт на підвищення тарифів на енергоносії
Витрати на придбання обладнання, предметів, матеріалів, оплату інших послуг, проведення поточних чи капітальних ремонтів	Потрібно враховувати власні потреби, а також, керуватися Табелем матеріально-технічного оснащення. Необхідно зібрати відповідні заявки від кожного структурного підрозділу, проаналізувати їх і на цій підставі визначитися з пріоритетами

Джерело: складено на основі [15].

Планування видатків здійснюється згідно потреб закладу та враховують обсяги наданих медичних послуг в межах кожного з пакетів медичної допомоги. Саме обсяг медичних послуг визначає потребу в медикаментах на виробках медичного призначення, продуктах харчування тощо [14].

Контроль та аудит фінансової діяльності забезпечуть відповідність фінансових операцій вимогам законодавства та внутрішнім стандартам

установи, а також запобігають неефективному використанню фінансових ресурсів.

За результатами оцінювання лікувально-діагностичного процесу проводяться оперативні медичні наради, інформація доводиться до відома медичного персоналу та приймаються відповідні управлінські рішення у вигляді наказів, в яких визначають відповідальних осіб та зазначають терміни виконання.

Підвищення якості контролю за прийняттям адміністративно-управлінських рішень досягається за допомогою автоматизації процедур контролю із залученням сучасних інформаційних технологій та спеціалізованого програмного забезпечення. В закладі охорони здоров'я в процесі контролю використовуються продукти Microsoft Excel, МІС (eHealth, Доктор Елекс), що дає можливість прискорити процеси реєстрації даних пацієнтів, їх статистичну обробку, графічне представлення та динаміку змін.

Ефективність управління фінансами має визначатися єдиним механізмом контролю, кожна ланка якого виконує певні властиві їй функції щодо забезпечення основних цілей і завдань. Відповідно до нової концепції медичних закладів внутрішній фінансовий контроль слід розглядати як систему, що створює раціональну побудову та використання інструментів планування, оперативного управління і контролю та діє як єдиний механізм, що забезпечує законність, правомірність, збереження та ефективне використання всіх видів фінансових ресурсів силами самого медичного закладу. Важливою особливістю функціонування закладів охорони здоров'я є необхідність своєчасного та раціонального фінансового забезпечення основної діяльності, тобто надання якісних медичних послуг населенню.

Управління інвестиціями – зокрема, інвестицій в новітні технології, які покращують якість надання медичних послуг та дозволяють заощаджувати кошти в довгостроковій перспективі.

Фінансовий аналіз і звітність – проведення регулярного аналізу фінансових показників, підготовка звітів для керівництва та зовнішніх зацікавлених сторін.

Хоча в зарубіжній літературі, особливо в американських джерелах, всебічно висвітлено широкий спектр методів забезпечення якості, вони є настільки специфічними для США відповідно менш прийнятними для інших країн. Проте вивчення закордонного досвіду принесе певну користь для розробки концептуальних підходів до забезпечення якості медичної допомоги в Україні.

Таким чином, метою управління фінансовим забезпеченням в галузі охорони здоров'я стає диверсифікація джерел формування фінансових ресурсів, які потрібні для ефективного фінансування закладів охорони здоров'я.

В рамках проведення медичної реформи, залишається актуальним питання щодо удосконалення процесу управління фінансовим забезпеченням діяльності медичних закладів.

Основною проблемою в ефективному управлінні фінансовим забезпеченням вітчизняних медичних закладів є відсутність показників оцінки ефективності використання бюджетних коштів.

Ефективність управління фінансами має визначатися єдиним механізмом контролю, кожна ланка якого виконує певні специфічні функції для забезпечення основних цілей та завдань.

Впровадження ефективного фінансового менеджменту дозволяє закладам охорони здоров'я забезпечувати стійкість та конкурентоспроможність, оптимізувати витрати, залучати додаткові джерела фінансування, підвищувати якість надання медичних послуг та оперативно реагувати на зміни в економічному середовищі.

Висновки до розділу 1

Резюмуючи вищезазначене, можна зробити висновки, що забезпечити ефективність фінансового менеджменту можливо за умов оптимізації мережі закладів охорони здоров'я, підвищення рівня їх конкурентоспроможності на ринку медичних послуг, підготовки керівників (фінансових менеджерів) здатних самостійно приймати виважені управлінські рішення, зокрема, в питаннях управління фінансовими ресурсами, грошовими активами, доходами, витратами, ризиками установи та запровадження персональної відповідальності за наслідки їх прийняття і реалізації.

Українська система охорони здоров'я характеризується фінансовим та ресурсним дефіцитом, застарілою структурою медичних послуг, що потребує негайного реформування сфери охорони здоров'я та радикального перегляду у таких питаннях, як її фінансування, раціональне використання ресурсів, переорієнтація на напрям профілактики. В умовах реформування системи охорони здоров'я необхідно змінити підхід до фінансового менеджменту закладів, що передбачає підвищення фінансової самостійності закладів охорони здоров'я та зміни ставлення до контролю, а саме: акцентувати ставлення на оцінку результатів діяльності, тобто визначення обсягів і якості медичних послуг.

Тобто, з одного боку, управління фінансами закладу охорони здоров'я має бути, спрямоване на забезпечення високої ефективності фінансової діяльності. Воно повинне проявлятися у підвищенні конкурентної позиції установи на ринку медичних послуг. З другого боку – фінансовий менеджмент повинен призвести до забезпечення фінансової стабільності не тільки установи, і й медичної галузі в цілому.

Такий підхід дасть змогу здійснювати діяльність, тобто надавати медичні послуги, а також забезпечити можливості розвитку системи охорони здоров'я в країні.

РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ТРАНСФОРМАЦІЇ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМИ РЕСУРСАМИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Аналіз фінансування системи охорони здоров'я в сучасних умовах

Фінансові механізми в державному управлінні системою охорони здоров'я є складними, оскільки вони охоплюють різні сфери державної політики та низку суб'єктів управління. Основною проблемою недосконалості фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я в Україні є відсутність чітких критеріїв оцінки ефективності використання бюджетних коштів на різних рівнях державного управління та закладами охорони здоров'я зокрема. Під час реформування медичної системи фінансове забезпечення суттєво змінилося через визначення гарантованого пакету медичних послуг з однієї сторони та через надання первинної медичної допомоги шляхом укладання декларацій із сімейними лікарями з іншої.

У міжнародній практиці виділяють три основні завдання, які виконує система фінансування галузі охорони здоров'я, а саме:

- збір коштів на охорону здоров'я;
- їх акумуляція для найкращого покриття фінансових ризиків, пов'язаних з хворобою;
- розподіл коштів (закупівля медичних послуг).

Аналізуючи зарубіжний досвід, можна зробити наступні висновки: жодна країна не має певного зразка у чистому вигляді, жодна модель не є універсальною, всі моделі мають лише одне джерело фінансування, в бюджетній та страховій моделях держава бере на себе покриття понад 70 % усіх витрат, найважливішим фактором стабільності системи є вільне охоплення населення. Проведений аналіз функціонування систем охорони здоров'я в різних країнах дозволяє зробити такі висновки про переваги та недоліки основних моделей охорони здоров'я (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Переваги та недоліки різних моделей охорони здоров'я

Назва	Переваги	Недоліки
Бюджетна модель	Високе покриття завдяки безкоштовним медичним послугам. Найнижча затратність порівняно з двома іншими моделями. Висока ефективність у вирішенні ключових стратегічних питань. Більш стійка система в результаті більшого рівня покриття витрат з суспільних джерел	Фінансування системи охорони здоров'я сильно залежить від економічної ситуації в державі. Основою причиною черг на отримання медичних послуг є бюджет з єдиним джерелом покриття. Монополія державних закладів та недостатній захист споживачів від медичних послуг низької якості
Страхова модель	Високе охоплення населення безкоштовними медичними послугами, аналогічно до охоплення у соціально-страховій моделі. Гнучкість щодо об'єднання ресурсів нижча, ніж у бюджетній моделі і залежить від наявності фінансових ресурсів. Існує чіткий розподіл функцій фінансування та надання медичних послуг. Більша в порівнянні з бюджетною моделлю роль конкурентних механізмів у підвищенні якості медичних послуг, наданих приватними лікарнями та закладами різних форм власності. Дотримання принципу «гроші ідуть за пацієнтом». Більш структурований, ніж у бюджетній моделі, розподіл коштів	Видатки на охорону здоров'я у відсотках до ВВП, вищими, ніж у бюджетній моделі. Тривалий час очікування на отримання медичних послуг як результат переважно одноканальне фінансування з державного фонду медичного страхування
Приватна модель	Велика кількість наявних медичних закладів. Відсутність черг на отримання медичної допомоги. Наголос на якості медичної допомоги та захист прав споживачів. Високі доходи медичних працівників	Відсутність єдиної національної системи. Фрагментація медичних послуг. Провідна роль приватної медицини. Рівень доступності медичних послуг більшості населення низький, більша частина населення ще не брала участі в жодному виді страхування. Дороговартісні медичні послуги часто надаються без достатніх медичних показів

Джерело: складено на основі [26, 27, 28].

В Україні реалізація Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, відповідно до якої розпочалося втілення масштабної трансформації фінансування системи охорони здоров'я відбувалася із розвитком правового механізму, який передбачав наступні нормативно-правові акти:

1. Верховна Рада України:

- Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (від 19 жовтня 2017 № 2168- VIII);
- Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» (від 14 листопада 2017 № 2206-VIII);

2. Кабінет міністрів України:

- Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції реформи системи фінансування охорони здоров'я» (від 30 листопада 2016 № 1013-р);
- Постанова Кабінету Міністрів України «Про внесення змін та визнання такими, що втратили чинність, деяких постанов Кабінету Міністрів України» (Урядова програма реімбурсації «Доступні ліки») (від 16 березня 2017 № 180);
- Постанова Кабінету Міністрів України «Про утворення Національної служби здоров'я України» (від 27 грудня 2017 № 1101-2017-п);
- Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік» (від 25 квітня 2018 № 407);

3. Міністерство охорони здоров'я України:

- Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» (від 19 березня 2018 № 503);
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» (19 березня 2018 № 504).

Загалом, реалізовані етапи реформи фінансування системи охорони здоров'я значно удосконалили фінансовий механізм державного управління системою охорони здоров'я. Однак залишається ряд невирішених питань, а окремі із них виникли в умовах реформування, що пов'язано із іншим первинним

неврахуванням при розробці концептуальних положень. Відповідно, перед наукою стоять нові завдання щодо розвитку фінансового механізму.

В Україні кошти на фінансування охорони здоров'я, що збираються за рахунок загальних податків, акумулюються в державному бюджеті і розділяються на дві частини.

Одна з них (менша) спрямовується на фінансування загальнодержавних програм та загальнонаціональних медичних закладів, що перебувають у центральному підпорядкуванні (включаючи заклади МОЗУ, Національної академії медичних наук, Міністерства оборони, Міністерства внутрішніх справ, Служби безпеки України та деяких інших відомств).

Друга (більша) у вигляді медичної субвенції розподіляється за встановленою Кабінетом Міністрів формулою між обласними бюджетами, районними бюджетами, бюджетами міст обласного значення, а починаючи з 2016 року - і між бюджетами об'єднаних територіальних громад.

Система розподілу коштів між ними, яка передбачена Бюджетним кодексом, відповідає принципу солідарності, оскільки використовує єдиний для всієї держави фінансовий норматив бюджетної забезпеченості [25].

З місцевих бюджетів гроші витрачаються на розвиток інфраструктури, а не на фактично надані послуги для пацієнтів. В таких умовах медичні заклади перетворюються на монополії і не мають стимулів до скорочення непотрібних потужностей чи підвищення ефективності, якості. Оскільки обласний бюджет буде за будь-яких умов фінансувати обласні заклади, міський - міські, районний - районні, тощо. Послуги між закладами різного підпорядкування часто дублюються, але в системі немає стимулів, щоб оптимізувати їх: якщо скоротити лікарняні потужності в одному місці, це не призведе до перенесення коштів в інше - бюджет першого закладу просто зменшиться.

Згідно Концепції реформи фінансування охорони здоров'я, яка відповідає найкращим європейським практикам, задекларовано створення системи єдиного національного замовника медичних послуг.

В системі охорони здоров'я було здійснено наступне:

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

- створення e-Health (електронна система охорони здоров'я), яка допомагає пацієнтам отримувати, а лікарям надавати якісні медичні послуги. А ще дозволяє НСЗУ контролювати, наскільки ефективно витрачаються виділені на охорону здоров'я державні кошти в рамках програми медичних гарантій та запобігати зловживанням;

- потужні медичні заклади всієї країни перетворилися на комунальні некомерційні підприємства (КНП);

- здійснено реформування первинної медичної допомоги, первинна медична допомога стала найдоступнішим економічно обґрунтованим видом допомоги;

- впровадження економічного підходу «гроші ходять за пацієнтом» [29].

Повномасштабне вторгнення російської федерації в Україну 24 лютого 2022 року призвело до зниження доступності медичних послуг та ліків у країні, особливо для людей, які проживають у регіонах, що знаходяться поблизу лінії фронту, та в районах, які повністю не контролюються Урядом України, а також для внутрішньо переміщених осіб. Так, бюджет на охорону здоров'я в 2023 році в порівнянні з 2022 роком знизився на 10 %, в цілому співмірні з скороченням інших програм, окрім фінансування безпеки та оборони. Найбільшою статтею в Державному бюджеті на охорону здоров'я мають Програми медичних гарантій. На їх реалізацію в Державному бюджеті на 2023 рік закладено 142,7 млрд грн, що в порівнянні з 2022 роком (157,3 млрд грн) знизилося на 14,6 млрд грн, що обумовлено тим, що у 2022 році знизилося споживання послуг програми медичних гарантій через військову агресію РФ, відбулася міграція населення за кордон та зміна поведінки споживачів послуг тимчасово переміщених осіб в межах України та ін. [30].

Загальні державні видатки та основні статті витрат на охорону здоров'я у 2022-2024 роках зображено на рис.2.1.

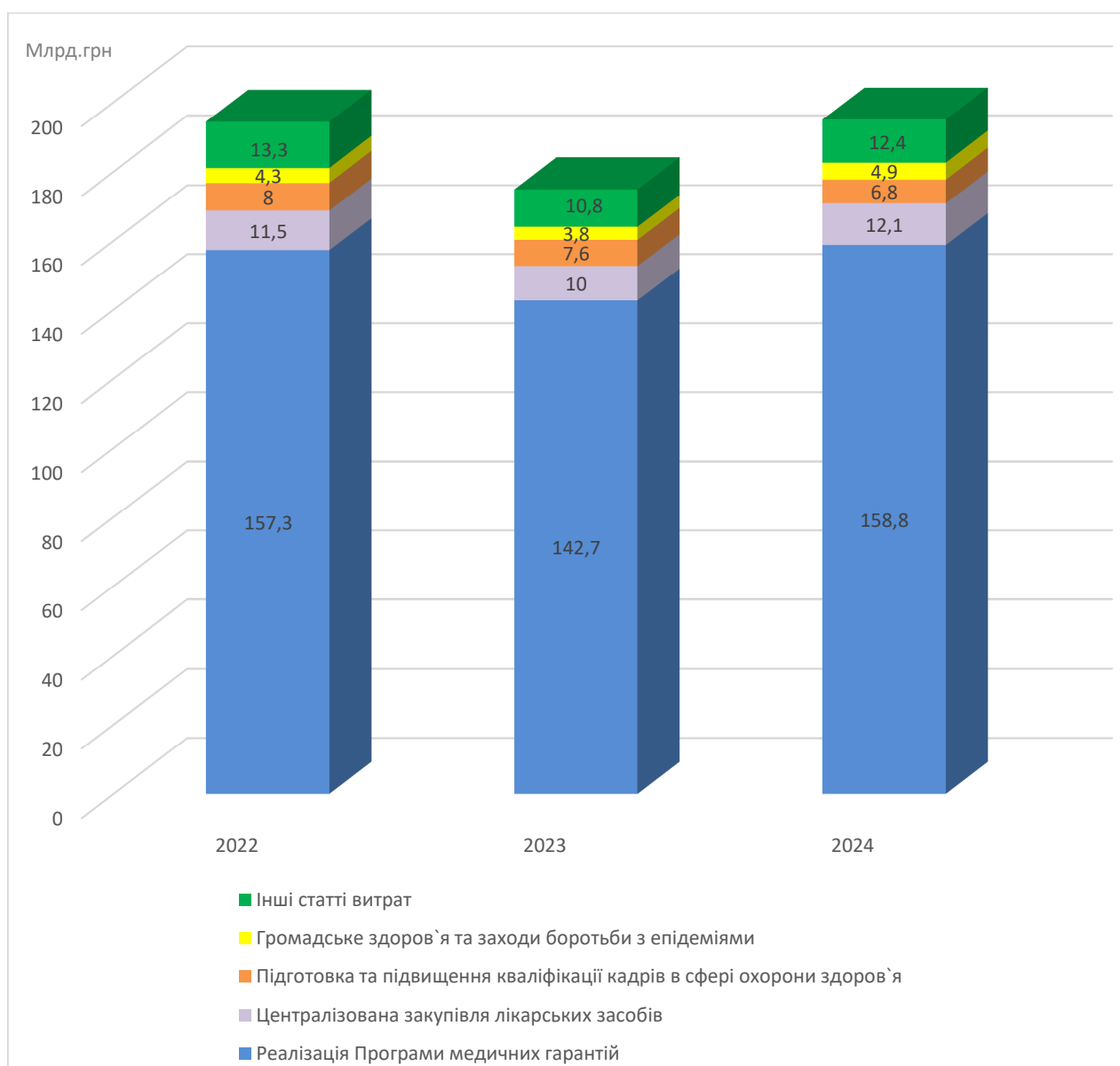


Рис. 2.1. Загальні державні видатки на охорону здоров'я у 2022-2024 роках та основні статті витрат

Джерело: складено на основі [32, 33, 34].

Питома вага видатків на охорону здоров'я у загальних видатках Державного бюджету складає 6,8 % у 2023 році та 6,1 % у 2024 році.

За даними Українського центру охорони здоров'я, загальні державні видатки на охорону здоров'я на душу населення у 2023 році порівняно з попереднім роком зменшились з 159 до 116 доларів США. Порівняно з сусідніми країнами – членами ЄС, цей показник є значно низчим. Так, за даними ВООЗ за 2019 рік витрати на охорону здоров'я на душу населення в

Румунії становлять 592 долари США, в Угорщині – 722 долари США, Польщі – 724 долари США, Литві – 892 долари США, Чехії – 1 503 долари США, Словаччині – 1 057 доларів США. Слід зазначити, що і національна частка витрат на охорону здоров'я в цих країнах є вищою ніж в Україні.

У 2023 році НСЗУ отримає найнижче фінансування за всю історію – лише 0,13 % від обсягу ПМГ. Це більш ніж у 10 разів менше ніж становить європейський стандарт фінансування інституційно-стратегічних закупівельників — 1-2 % від загального бюджету на медичні послуги. Необхідно вжити заходів для відновлення кадрового потенціалу за ключовими функціями НСЗУ, а також для забезпечення додаткового фінансування, наприклад, за рахунок коштів міжнародної допомоги. Фінансування НСЗУ у відсотках від обсягу ПМГ має становити на рівні 0,5 %. Рациональне використання ресурсів має бути основою політики в галузі охорони здоров'я.

Рациональне використання ресурсів має стати основою політики в сфері охорони здоров'я. Це вимагає, зокрема відновлення фінансування за моделлю «гроші йдуть за пацієнтом». Також необхідно активно формувати спроможну мережу медичних закладів, консолідацію таких закладів у містах, зокрема через створення територіальних медичних об'єднань або інших форм об'єднань медичних закладів. Консолідація закладів охорони здоров'я має стати засобом економії і вирішення проблем, пов'язаних з обмеженістю ресурсів.

У 2024 році на реалізацію ПМГ передбачено 158,8 млрд грн, що на 11,2 % більше, ніж у 2023 році. На забезпечення заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру (централізовані закупівлі) Державним бюджетом на 2024 рік передбачено 12,1 млрд грн, що на 21 % більше порівняно з попереднім роком. Видатки на підготовку і підвищення кваліфікації кадрів у сфері охорони здоров'я, підготовку кадрів закладами фахової передвищої та вищої освіти визначено в сумі 6,8 млрд грн, що на 10,2 % менше ніж у попередньому році. А

фінансування за програмою «Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями» більше на 29,7 %, до 4,9 млрд грн.

Серед нових програм, вперше передбачених головним кошторисом країни у 2024 році, заплановано пілотний проєкт щодо зубопротезування окремих категорій осіб, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України в сумі 749,4 млн. грн. Також виділено кошти на створення додаткової субвенції на будівництво укриттів в лікарнях в сумі 1 млрд.грн.

Результати дослідження показують, що національна система охорони здоров'я стійко справляється з поточними викликами і що загалом медичні послуги країни доступні дуже широко. Разом з тим, результати також показують, що більше половини респондентів, які зверталися за різними медичними послугами, стикалися принаймні з однією проблемою, при цьому головними бар'єрами для доступу залишаються вартість ліків та лікування, а також труднощі, пов'язані з проїздом до лікувальних закладів (час та транспорт) [31].

Війна внесла свої корективи в систему фінансування охорони здоров'я, а саме:

- значну роль завдяки фінансовому стимулюванню повинна відігравати первинна медична допомога (ПМД);

- необхідно скоригувати фінансування спеціалізованих медичних послуг відповідно до мінливих потреб (рекомендується система оплати, що базується на оплаті за кожен випадок лікування; фінансування лікування хронічних та небезпечних для людини хвороби повинно здійснюватися на основі врахування руху населення та ін.);

- надання специфічних послуг, що пов'язані з травмами (реабілітація) повинно бути пріоритетними (виділення коштів з державного бюджету на даний вид послуг повинно збільшитися, можливо через уряду слід розглянути питання про підвищення тарифів у відповідних пакетах Програми медичних гарантій);

– відновлення та посилення функції моніторингу, яка була припинена на початку війни [31].

В Україні досить ефективна практика координації фінансової підтримки через скоординовану систему гуманітарної та донорської підтримки: Мультидонорський трастовий фонд України та Гуманітарний фонд України. Надають допомогу в забезпеченні медичними та витратними матеріалами, а також інвестують в обладнання. Ця допомога є дуже суттєвою в умовах війни.

Як стратегічна галузь, охорона здоров'я має бути стійкою до можливих непередбачуваних ситуацій, таких як спалахи інфекційних захворювань, природні та техногенні катастрофи, війни. Коли такі події відбуваються, функціональна спроможність системи охорони здоров'я повинна бути покращена за короткий або дуже короткий проміжок часу для негайного реагування. Для цього необхідна відповідна система фінансування. Аналіз різних моделей фінансування системи охорони здоров'я показує, що на сьогодні в світі не існує універсальної моделі і кожна існуюча система має одне джерело фінансування.

На сьогодні в Україні існує одноканальна модель фінансування системи охорони здоров'я, гроші на медицину виділяються з консолідованого державного бюджету. Війна внесла свої корективи в фінансування системи охорони здоров'я. Були створені гуманітарні та донорські системи фінансування. Але наразі вони ще потребують подальшого зміцнення для подолання фрагментарності та неузгодженості у сфері закупівель та надання послуг.

2.2. Дослідження стану та розвитку галузі охорони здоров'я у Рівненській області

Основними завданнями розвитку галузі охорони здоров'я є забезпечення надання стаціонарної медичної та амбулаторно-поліклінічної допомоги для населення, збереження та зміцнення зростання тривалості життя громадян, зниження інвалідності та смертності, забезпечення надання належної лікарсько-акушерської допомоги вагітним, породіллям та новонародженим, забезпечення послуг заготівлі, переробки, тестування і розподілу донорської крові та її компонентів, забезпечення спеціалізованої виробничої трансфузіологічної діяльності, надання належної, доступної екстреної медичної допомоги населенню, забезпечення надання належної лікувально-оздоровчої та профілактичної стоматологічної допомоги, надання обґрунтованих висновків щодо наявності та рівня стійкої втрати працездатності осіб, підвищення рівня здоров'я, зниження рівня захворюваності, покращення надання хоспісної та паліативної допомоги, забезпечення рівних можливостей для доступу жінок і чоловіків до освіти у закладах фахової передвищої освіти, забезпечення доступу для громадян до документів та інформації, сприяння професійному та освітньому розвитку громадян, комплектування та зберігання бібліотечних фондів, їх облік.

Пріоритетами розвитку галузі охорони здоров'я в Рівненській області є:

- підвищення якості та доступності медичних послуг на первинному, вторинному та третинному рівнях надання медичної допомоги;
- формування оптимальної мережі закладів охорони здоров'я вторинного та третинного рівня надання медичної допомоги в межах госпітального округу;
- зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності населення, передусім від соціально значущих хвороб: серцево-судинних, онкологічних, травм та отруєнь, туберкульозу, СНІДу.

Основними завданнями Департаменту цивільного захисту та охорони здоров'я населення в Рівненській області (далі – Департамент) є забезпечення реалізації, у межах законодавства, державної політики у сфері цивільного захисту, охорони здоров'я та громадського здоров'я на території Рівненської області.

Департамент формує та реалізує державну політику з охорони здоров'я, материнства та дитинства, громадського здоров'я, ліквідації наслідків аварій, катастроф, пожеж, стихійних лих та епідемій і забезпечення реалізації цього права для громадян від органів влади і суб'єктів господарювання.

Департамент входить до складу Рівненської обласної державної адміністрації, підпорядковується голові Рівненської обласної державної адміністрації та підзвітний і підконтрольний Державній службі України з надзвичайних ситуацій і Міністерству охорони здоров'я України.

Департамент організовує виконання Конституції України і законів України, актів Президента України, Кабінету Міністрів України, наказів центральних органів виконавчої влади, що забезпечують формування та реалізують державну політику у сфері цивільного захисту, охорони здоров'я, громадського здоров'я та здійснює контроль за їх реалізацією.

Основними завданнями Департаменту є:

- ✓ забезпечує у межах своїх повноважень захист прав і законних інтересів фізичних та юридичних осіб;
- ✓ надає адміністративні послуги;
- ✓ здійснює державний контроль за дотриманням підприємствами, установами та організаціями правил, норм і стандартів у межах визначених повноважень;
- ✓ забезпечує ефективне і цільове використання бюджетних коштів;
- ✓ бере участь у підготовці заходів щодо регіонального розвитку;
- ✓ бере участь у розробленні проєктів розпоряджень голови обласної державної адміністрації, проєктів нормативно-правових актів,

головними розробниками яких є інші структурні підрозділи обласної державної адміністрації;

- ✓ готує самостійно або разом з іншими структурними підрозділами інформаційні та аналітичні матеріали для подання голові обласної державної адміністрації;
- ✓ забезпечує здійснення заходів щодо запобігання і протидії корупції;
- ✓ розглядає в установленому законодавством порядку звернення громадян;
- ✓ опрацьовує запити і звернення народних депутатів України та депутатів місцевих рад;
- ✓ забезпечує доступ до публічної інформації, розпорядником якої є;
- ✓ постійно інформує населення про стан здійснення визначених законом повноважень;
- ✓ контролює органи місцевого самоврядування та надає методичну допомогу з питань здійснення наданих їм законом повноважень органів виконавчої влади;
- ✓ здійснює повноваження, делеговані органами місцевого самоврядування;
- ✓ забезпечує у межах своїх повноважень виконання завдань мобілізаційної підготовки, територіальної оборони, дотримання вимог законодавства з охорони праці, пожежної безпеки;
- ✓ у межах своєї компетенції сприяє органам місцевого самоврядування у вирішенні питань соціально-економічного розвитку відповідної території;
- ✓ забезпечує у межах своїх повноважень реалізацію державної політики стосовно захисту інформації з обмеженим доступом;
- ✓ здійснює інші, передбачені законом, повноваження.

Мережа управління Департаменту наведена в Таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Мережа управління Департаменту

Органи управління	Заклади охорони здоров'я	Заклади цивільного захисту	Заклади освіти	Заклади культури
Управління охорони здоров'я виконавчого комітету Рівненської міської ради	Заклади м.Рівне	Рівненська обласна комунальна аварійно-рятувальна служба на водних об'єктах	Комунальний заклад вищої освіти "Рівненська медична академія" Рівненської обласної ради	Комунальний заклад «Рівненська обласна наукова медична бібліотека» Рівненської обласної ради
	Мережа закладів охорони здоров'я первинної, вторинної та третинної ланки		Відокремлений підрозділ «Дубенський фаховий медичний коледж» комунального закладу вищої освіти "Рівненська медична академія" Рівненської обласної ради	
	Заклади обласної комунальної власності		Відокремлений підрозділ "Костопільський фаховий медичний коледж" комунального закладу вищої освіти "Рівненська медична академія" Рівненської обласної ради	
			Відокремлений підрозділ "Рокитнівський фаховий медичний коледж" комунального закладу вищої освіти "Рівненська медична академія" Рівненської обласної ради	

Джерело: складено на основі [36].

До мережі управління Департаменту належать підпорядковані заклади охорони здоров'я, освіти, культури та цивільного захисту Рівненської області.

Мережа закладів охорони здоров'я Рівненської області включає 93 заклади охорони здоров'я, з яких 38 закладів первинного рівня, 31 заклад

вторинного рівня, 18 закладів третинного рівня (обласні заклади) та 6 інших медичних (обласних) закладів.

Обласні заклади охорони здоров'я третинного рівня:

- 3 лікарні (комунальне підприємство «Рівненська обласна клінічна лікарня імені Юрія Семенюка» Рівненської обласної ради, комунальне підприємство «Рівненська обласна дитяча лікарня» Рівненської обласної ради, комунальне підприємство «Клеванська обласна багатoproфільна лікарня імені Михайла Вервеги» Рівненської обласної ради);
- 11 підприємств, які надають спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу населенню (комунальне підприємство «Рівненський обласний диспансер радіаційного захисту населення» Рівненської обласної ради, комунальне підприємство «Рівненський обласний протипухлинний центр» Рівненської обласної ради, комунальне підприємство «Рівненський обласний шкірно-венерологічний диспансер» Рівненської обласної ради, комунальне підприємство «Корецька обласна лікарня відновного лікування» Рівненської обласної ради, комунальне підприємство «Рівненський обласний клінічний лікувально-діагностичний центр імені Віктора Поліщука» Рівненської обласної ради, комунальне підприємство «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради, комунальне підприємство «Рівненський обласний центр психічного здоров'я населення» Рівненської обласної ради, комунальне підприємство «Острозька обласна психіатрична лікарня» Рівненської обласної ради, комунальне підприємство «Обласна психіатрична лікарня с.Орлівка» Рівненської обласної ради, комунальне підприємство «Зірненська лікарня «Хоспіс» Рівненської обласної ради, комунальне підприємство «Рівненська обласна інфекційна лікарня» Рівненської обласної ради);

- комунальне підприємство «Обласний перинатальний центр» Рівненської обласної ради;
- комунальне підприємство «Рівненський обласний спеціалізований будинок дитини з центром реабілітації дітей з органічними ураженнями центральної нервової системи з порушенням психіки та паліативної допомоги дітям» Рівненської обласної ради;
- комунальне підприємство «Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» Рівненської обласної ради;
- комунальне підприємство «Рівненська обласна стоматологічна поліклініка» Рівненської обласної ради.

До інших медичних закладів відносяться:

- Рівненський обласний центр медико - соціальної експертизи (до 31 грудня 2024 року буде ліквідовано);
- комунальний заклад вищої освіти «Рівненська медична академія» Рівненської обласної ради;
- комунальний заклад «Рівненська обласна наукова медична бібліотека» Рівненської обласної ради;
- комунальна установа «Обласна база спеціального медичного постачання» Рівненської обласної ради;
- комунальне підприємство «Обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики» Рівненської обласної ради;
- комунальне підприємство «Рівненський обласний центр служби крові» Рівненської обласної ради.

Основною метою закладів охорони здоров'я є якість і доступність надання медичних послуг населенню з використанням мінімальної кількості наявних ресурсів, щоб у кінцевому результаті забезпечити якомога вищий рівень здоров'я населення.

SWOT-аналіз дозволяє вибрати оптимальний шлях розвитку і уникнути небезпек, приймати зважені управлінські рішення, що стосуються розвитку

діяльності закладів охорони здоров'я, правильно і вчасно прийняті стратегічні рішення, які відіграють сьогодні ключову роль в успішній діяльності установ. Правильна стратегія розвитку медичного закладу, розроблена на основі SWOT-аналізу, дозволить вплинути на конкурентоспроможність підприємства в цілому та підвищить ефективність його роботи. SWOT-аналіз розвитку охорони здоров'я Рівненської області наведено в табл. 2.3.

Таблиця 2.3

SWOT-аналіз розвитку охорони здоров'я Рівненської області

СИЛЬНІ СТОРОНИ	СЛАБКІ СТОРОНИ
1. сформована спеціалізація медичних закладів області; 2. налагоджена співпраця та взаємодія регіональних закладів з обласними; 3. наявність висококваліфікованих працівників; 4. надання широкого спектру медичних послуг; 5. достатній рівень діагностичного обладнання; 6. потенціал для розширення надання медичних послуг; 7. наявність інформаційної системи для пацієнтів HELSI.	1. відтік професійних кадрів до приватних лікарень, за кордон; 2. зростання вартості комунальних послуг в закладах; 3. необхідність пошуку джерел фінансування; 4. недостатнє залучення інвестиційних коштів; 5. потреба у модернізації наявної матеріально-технічної бази; 6. низький рівень фінансування науково-дослідної роботи та інновацій; 7. вузький пакет медичних послуг окремих медичних закладів.
МОЖЛИВОСТІ	ЗАГРОЗИ
1. підвищення конкурентоспроможності комунальних закладів охорони здоров'я; 2. програми залучення медичних фахівців; 3. можливість реалізації програм державно-приватного партнерства; 4. високий рівень підтримки місцевою владою; 5. можливість залучення коштів спонсорської та благодійної допомоги; 6. отримання міжнародної допомоги та грантів; 7. зростання попиту на медичні послуги.	1. незбалансованість медичної реформи; 2. значна частина об'єктів інфраструктури потребують капітального та поточного ремонтів; 3. скорочення лікарського складу комунальних закладів (знищення комунальних закладів); 4. недостатній рівень фінансування державних і регіональних програм розвитку медицини; 5. зростання рівня конкуренції з боку приватних медичних і діагностичних центрів; 6. пасивне ставлення громадян до власного здоров'я.

Таким чином, заклади охорони здоров'я потребують негайної уваги та трансформаційних змін згідно нових вимог та потреб суспільства. Результати оцінювання їх внутрішнього та зовнішнього середовища свідчать про наявність як позитивних так і негативних факторів розвитку, зумовлених поточною ситуацією в країні. Виявлені сильні сторони можуть бути значно посилені завдяки реалізації можливостей, сформувати порівняльні переваги для закладів охорони здоров'я та підвищити їх конкурентоспроможність. Водночас слабкі сторони у поєднанні із загрозами можуть мати руйнівний вплив на діяльність медичних закладів, якщо вчасно не застосувати запобіжних заходів.

Одержані результати можна використовувати для визначення стратегічних пріоритетів розвитку закладів охорони здоров'я та формування стратегій їх розвитку.

PEST-аналіз (політичні, економічні, соціальні, технологічні фактори) - це стратегічний інструмент, який використовують для виявлення, оцінки, організації та відстеження макроекономічних факторів, які можуть вплинути на їх діяльність зараз та в майбутньому. Загрози та можливості, попередньо визначені в SWOT-аналізі, більш детально визначені в PEST-аналізі (табл. 2.4.)

Таблиця 2.4

Фактори PEST-аналізу охорони здоров'я Рівненської області

Політичні	Економічні
- зміни та невизначеність політичної ситуації в Україні; - зміни в нормативно-правовій базі	- недостатність фінансових і бюджетних ресурсів для забезпечення ефективної діяльності системи охорони здоров'я; - зростання цін на медичне обладнання і препарати; - недостатнє медикаментозне й технічне забезпечення; - відсутність підтримки державно-приватного партнерства
Соціальні	Технологічні
- недостатня відповідальність населення за збереження власного здоров'я; - низький рівень задоволеності якістю надання медичних послуг	- низький показник впровадження наукових досягнень та «ноу-хау» у практику медицини; - відсутність впровадження механізму державно-приватного партнерства; - застаріла матеріально-технічна база закладів

На початку липня 2022 року відбувся наступний етап медичної реформи – формування спроможної мережі лікарень.

Кожна область стала окремим госпітальним округом, який в свою чергу поділяється на кластери. У межах одного госпітального округу лікарні розділені на надкластерні, кластерні та загальні. Загалом реформа передбачає, що найпростіші захворювання лікуватимуться якомога ближче до пацієнта, в загальних лікарнях. У разі складніших проблем зі здоров'ям — пацієнт потраплятиме у кластерні та надкластерні лікарні, які надаватимуть високоспеціалізовані медичні послуги.

Реалізація цього етапу реформи дозволить раціонально розподіляти ресурси в закладах охорони здоров'я відповідно до їхньої ролі у спроможній мережі госпітального округу, в тому числі на відновлення та модернізацію інфраструктури, проведення закупівель дороговартісного обладнання тощо.

Протягом 2023 року був погоджений та затверджений перелік надкластерних, кластерних та загальних лікарень спроможної мережі Рівненської області.

На засіданні Робочої групи з питань погодження пропозицій щодо визначення спроможної мережі закладів охорони здоров'я та проєктів планів розвитку госпітальних округів погоджено спроможну мережу закладів охорони здоров'я Рівненського госпітального округу (Рівненська область). Протокол засідання наведений в Додатку А.

Розпорядження голови Рівненської обласної державної адміністрації — начальника обласної військової адміністрації Про затвердження Переліку погоджених закладів спроможної мережі закладів охорони здоров'я Рівненського госпітального округу наведено в Додатку Б.

В області починає діяти сім надкластерних закладів, стільки ж кластерних та п'ятнадцять загальних. Кожен заклад охорони охорони здоров'я має визначені функції. Базові послуги надають у загальних лікарнях, які розташовані якомога ближче до пацієнта, а високоспеціалізовані чи вузькопрофільні – у кластерних і надкластерних.

Сформована спроможна мережа орієнтована на задоволення потреб населення у всіх видах медичної допомоги.

Таким чином, Рівненська область має один госпітальний округ із чотирма госпітальними кластерами – Рівненський, Дубенський, Сарненський та Вараський райони.

Надкластерні лікарні – це рівень високоспеціалізованої медичної допомоги. До переліку надкластерних увійшли сім закладів області: з дитячого профілю – комунальне підприємство «Рівненська обласна дитяча лікарня» Рівненської обласної ради, з дорослого – комунальне підприємство «Рівненська обласна клінічна лікарня імені Юрія Семенюка» Рівненської обласної ради. Надкластерними також вважаються спеціалізовані медичні заклади: комунальне підприємство «Обласний перинатальний центр» Рівненської обласної ради, комунальне підприємство «Рівненський обласний протипухлинний центр» Рівненської обласної ради, комунальне підприємство «Рівненська обласна інфекційна лікарня» Рівненської обласної ради, комунальне підприємство «Острозька обласна психіатрична лікарня» Рівненської обласної ради та комунальне підприємство «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради.

Кластерні лікарні забезпечать надання більшості медичних послуг – від педіатрії до хірургічних втручань. Погоджено сім кластерних закладів: комунальне некомерційне підприємство «Центральна міська лікарня» Рівненської міської ради, комунальне некомерційне підприємство «Березнівська центральна міська лікарня» Березнівської районної ради, комунальне некомерційне підприємство «Острозька багатoproфільна лікарня» Острозької міської ради Рівненського району Рівненської області, комунальне некомерційне підприємство «Костопільська багатoproфільна лікарня інтенсивного лікування» Костопільської міської ради, комунальне некомерційне підприємство «Сарненська центральна районна лікарня» Сарненської міської ради, комунальне некомерційне підприємство Вараської

міської ради «Вараська багатопрофільна лікарня», комунальне некомерційне підприємство «Дубенська міська лікарня» Дубенської міської ради.

Лікарні загального рівня стали осередками надання допомоги на базовому рівні та за потреби можуть перенаправляти жителів за маршрутами пацієнта далі на кластерний або на надкластерний рівень. Затвердили п'ятнадцять загальних лікарень, також до спроможної мережі увійшло тридцять вісім закладів первинної медичної допомоги та комунальне підприємство «Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» Рівненської обласної ради.

Опинилися поза мережею двадцять три заклади охорони здоров'я, тобто такі, що мають переважно невелику кількість ліжок і у середньостроковій перспективі актуальність цих видів стаціонарної медичної допомоги може бути переглянута.

Якісна та доступна реабілітаційна допомога – пріоритет держави. Кожна людина, незалежно від статусу чи групи інвалідності, може отримати її абсолютно безоплатно. Щоб наблизити послуги з відновлення до пацієнтів, реабілітаційна мережа розбудовується на базі кластерних та надкластерних лікарень. Цей процес має завершитись до кінця 2024 року.

2.3. Аналіз основних показників Департаменту цивільного захисту та охорони здоров'я населення Рівненської обласної державної адміністрації

Департамент є головним розпорядником коштів для 25 підпорядкованих закладів охорони здоров'я, освіти, культури та цивільного захисту населення, які фінансуються коштами обласного бюджету.

Видатки, затверджені в обласному бюджеті спрямовуються на виконання закладами охорони здоров'я, освіти, культури та цивільного захисту своїх повноважень та виконання заходів обласних програм.

Департамент здійснює такі заходи:

- забезпечення безперервного професійного розвитку лікарів та фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою;
- проведення інформаційної та роз'яснювальної роботи серед населення щодо формування здорового способу життя;
- забезпечення завдання і заходів щодо запобігання поширенню інфекційних захворювань та інфекційний контроль, відповідно до наказів МОЗУ;
- впровадження в області заходів з реалізації всеукраїнської програми ментального здоров'я «Ти як?»;
- виконання Плану заходів щодо реалізації Концепції створення раннє втручання та розвитку системи раннього втручання;
- забезпечення імунопрофілактики, здійснення інших заходів щодо раннього виявлення захворювань, профілактики і боротьби із соціально небезпечними хворобами.

Основними результатами, яких планується досягти, є:

- поліпшення здоров'я населення;
- забезпечення рівного й справедливого доступу всіх членів суспільства до медичних послуг належної якості;
- доведення рівня профілактичного медичного огляду та диспансеризації дітей до 99 відсотків;

- підвищення рівня виявлення злоякісних новоутворень на ранніх стадіях на 7,5 відсотків;
- зниження коефіцієнта малюкової смертності на 0,6 відсотка;
- зниження коефіцієнта материнської смертності до 6 відсотків;
- зниження смертності від онкологічних захворювань на 0,87 відсотка;
- зниження рівня дорічної летальності від онкологічних захворювань на 1,2 відсотка;
- зниження питомої ваги деструктивних форм туберкульозу у вперше виявлених на 1,8 відсотка;
- зниження показника смертності від туберкульозу на 1,1 відсотка.

Фінансування галузі «Охорона здоров'я» у 2024 році здійснюється за рахунок коштів:

- субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення підтримки окремих закладів та заходів у системі охорони здоров'я в сумі 57 100,0 тис.грн.;
- освітньої субвенції – 7 881,3 тис.грн.;
- додаткової дотації з державного бюджету на здійснення переданих з державного бюджету видатків з утримання закладів освіти та охорони здоров'я – 21 540,0 тис. грн.;
- коштів обласного бюджету Рівненської області, які спрямовані на оплату комунальних послуг та енергоносіїв, виконання регіональних галузевих програм та на утримання комунальних закладів.
- міжбюджетних трансфертів (від бюджетів територіальних громад обласному бюджету).

Крім того 19 закладів обласного підпорядкування фінансуються коштами НСЗУ.

На утримання підпорядкованих закладів головному розпоряднику коштів Департаменту у 2024 році передбачено (з урахуванням змін) видатки в сумі 377 667,9 тис.грн, що на 7,4 % менше ніж в 2022 році, в тому числі на виплату

заробітної плати з нарахуваннями – 226 905,5 тис.грн, що більше ніж у 2022 році на 7,1 %.

Прогнозовані видатки загального та спеціального фонду в умовах воєнного стану здійснюються відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 09.06.2021 № 590 «Про затвердження Порядку виконання повноважень Державною казначейською службою в особливому режимі в умовах воєнного стану» (зі змінами), за такими напрямками: виплата заробітної плати з нарахуваннями, медикаменти та перев'язувальні матеріали, харчування, оплата послуг (крім комунальних), оплата комунальних послуг та енергоносіїв, забезпечення пільгового зубопротезування, виплата пільгових пенсій, виплата стипендій студентам та інші поточні видатки. Динаміку видатків на утримання галузі охорони здоров'я представлено у таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

Динаміка видатків на утримання галузі «Охорона здоров'я» у 2022-2024 роках

Найменування	Роки						Темп росту 2024/ 2022, %
	2022 рік		2023 рік		2024 рік		
	тис. грн	ПВ, %	тис. грн	ПВ, %	тис. грн	ПВ, %	
Видатки, всього	407896,2	100,0	447545,7	100,0	377667,9	100,0	92,6
Оплата праці і нарахування на заробітну плату	211958,3	52,0	213391,2	47,7	226905,5	60,1	107,1
Предмети, матеріали, обладнання та інвентар	10256,8	2,5	5719,9	1,3	6053,3	1,6	59,0
Медикаменти та перев'язувальні матеріали	13848,2	3,4	11752,2	2,6	6311,0	1,7	45,6
Продукти харчування	4948,2	1,2	3531,7	0,8	4297,5	1,1	86,8
Оплата послуг (крім комунальних)	29869,0	7,3	21636,4	4,8	14424,9	3,8	48,3
Оплата комунальних послуг та енергоносіїв	103803,3	25,4	99751,3	22,3	83975,6	22,2	80,9
Виплата пенсій і допомоги	8376,8	2,1	7519,5	1,7	7189,6	1,9	85,8
Стипендії	16199,5	4,0	14549,2	3,3	17586,4	4,7	108,6
Інші поточні видатки	621,7	0,2	1 756,3	0,4	1715,5	0,5	275,9
Капітальні видатки	8014,4	2,0	67938,1	15,2	9208,6	2,4	114,9

Проаналізувавши динаміку видатків на утримання галузі охорони здоров'я, можна стверджувати за період з 2022 по 2024 роки значно скоротились видатки на оплату комунальних послуг та енергоносіїв, а саме на 19,1 %, при цьому тарифи на оплату вказаних послуг впродовж даного періоду відчутно зросли. Незабезпеченість в коштах до кінця 2024 року на оплату комунальних послуг та енергоносіїв складає 60 102,7 тис.грн. Згідно Бюджетного кодексу, до видатків, що здійснюються з бюджетів сільських, селищних, міських територіальних громад, належать видатки на оплату комунальних послуг та енергоносіїв комунальних закладів охорони здоров'я, які належать відповідним територіальним громадам, для забезпечення надання медичних послуг за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення [25].

Виплата пенсій і допомоги складає приблизно 2 % від затверджених видатків і включає в себе видатки на виплату і доставку пільгових пенсій, призначених відповідно до статті 114 Закону України «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування».

Видатки на оплату праці медичним працівникам закладів охорони здоров'я на 2024 рік здійснюються відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 13.01.2023 року № 28 «Деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я». Вимоги підпункту 1 Постанови від 13.01.2023 року № 28 – в державних та комунальних закладах охорони здоров'я, які одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики мінімальний розмір оплати праці медичних, фармацевтичних працівників та фахівців з реабілітації за виконану у повному обсязі місячну (годинну) норму праці встановлюється в межах фонду оплати праці на рівні не менше:

- 20 тис. гривень для осіб, які займають лікарські посади у закладах охорони здоров'я (крім лікарів-інтернів), посади фармацевтів у закладах охорони здоров'я (крім фармацевтів-інтернів), посади професіоналів у

галузі охорони здоров'я у закладах охорони здоров'я та посади професіоналів з вищою немедичною освітою у сфері охорони здоров'я;

- 13 тис. гривень для осіб, які займають посади у закладах охорони здоров'я, віднесені єдиними кваліфікаційними вимогами до посад фахівців (крім лікарів-інтернів та фармацевтів-інтернів) [44].

Здійснивши аналіз видатків на утримання галузі охорони здоров'я спостерігаємо, що «левою частку видатків» складає заробітна плата комунальних закладів, решту видатків (медикаменти, продукти харчування, пільгове зубопротезування, оплата комунальних послуг та інші видатки) здійснюється за «залишковим принципом», що видно на рисунку 2.2.

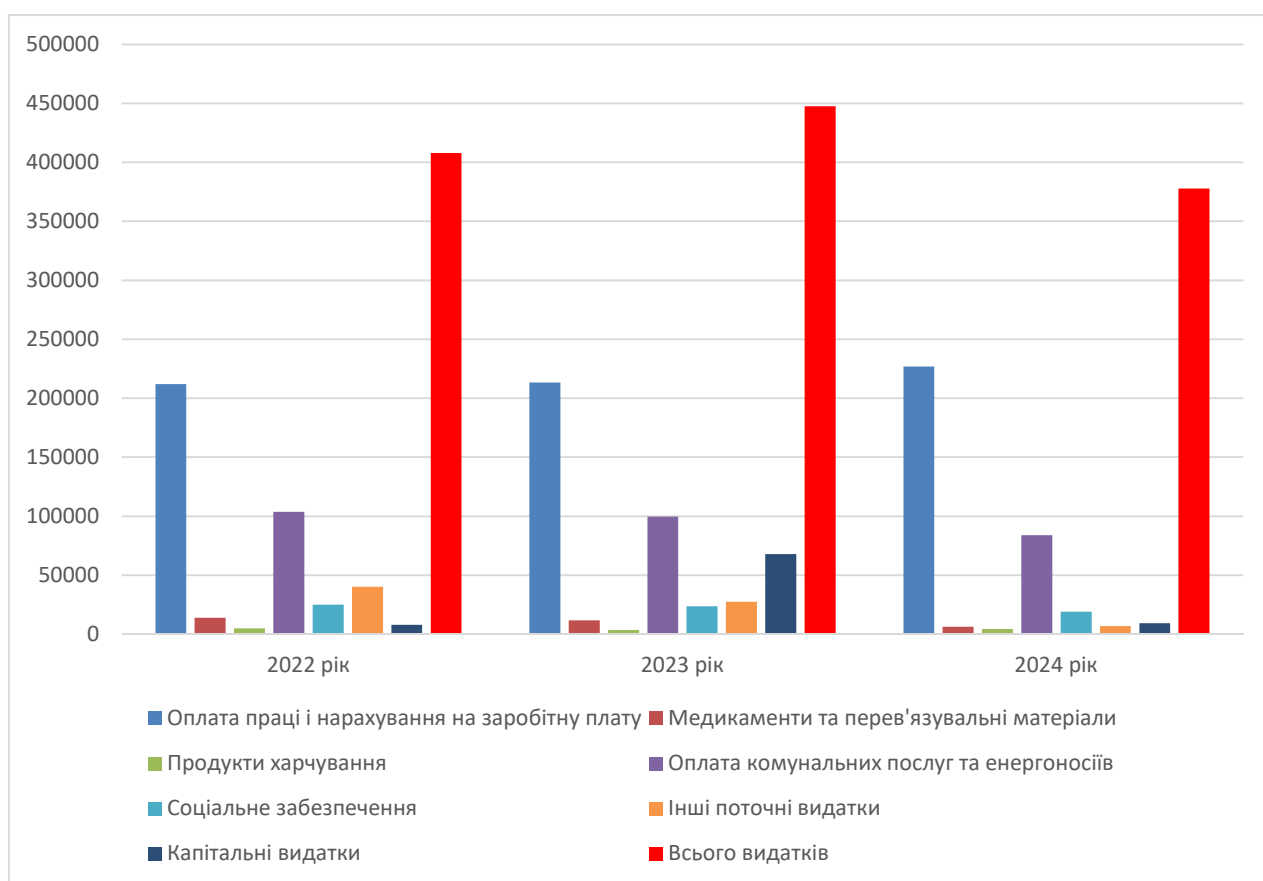


Рис. 2.2. - Структура видатків на утримання закладів охорони здоров'я

Прогнозовані видатки на придбання обладнання проводяться у відповідності до переліку медичного обладнання для забезпечення потреб сфери охорони здоров'я в умовах воєнного стану, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 09 травня 2022 року № 761 «Про

затвердження переліку медичного обладнання для забезпечення потреб сфери охорони здоров'я в умовах воєнного стану» (зі змінами).

За рахунок коштів субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення підтримки окремих закладів та заходів у системі охорони здоров'я у 2024 році на Рівненську область передбачені кошти в сумі 57 100,0 тис. грн., а саме:

- фінансування будинку дитини – 21 400,8 тис. грн;
- фінансування закладу служби крові – 18 720,0 тис. грн;
- фінансування медико-соціальних експертних комісій – 14 364,2 тис. грн;
- фінансування оглядів водіїв з метою виявлення стану алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції – 950,0 тис. грн;
- забезпечення дітей віком від 0 до 3-х років, хворих на фенілкетонурію продуктами лікувального харчування – 1 665,0 тис. грн.

Структура видатків субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення підтримки окремих закладів та заходів у системі охорони здоров'я у 2024 році зображена на рисунку 2.3.

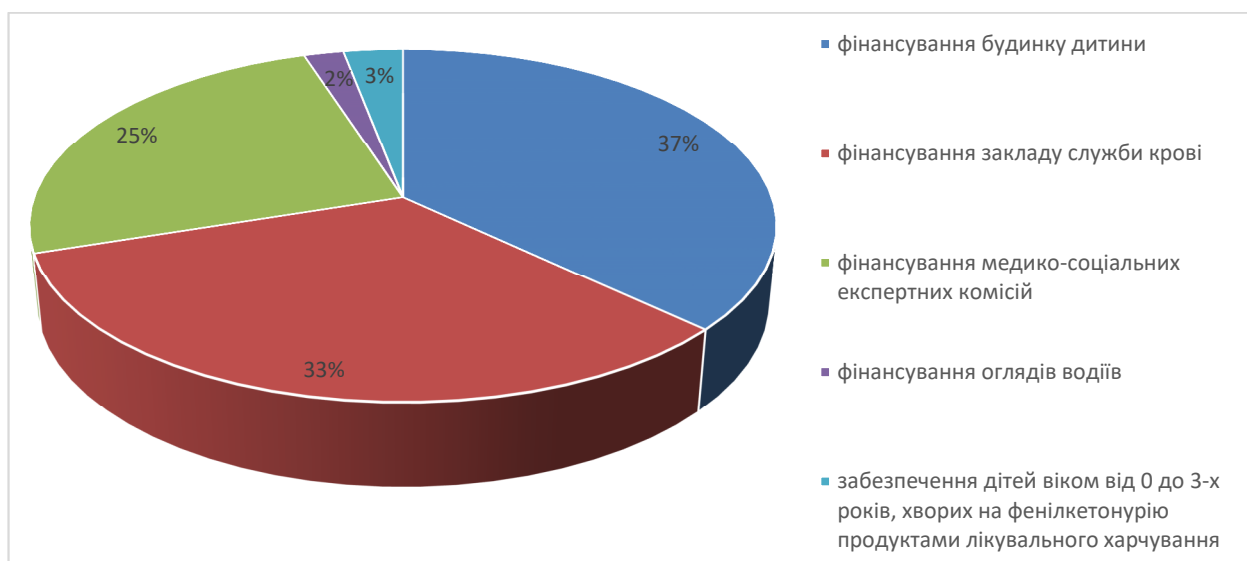


Рис. 2.3. Структура видатків субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення підтримки окремих закладів та заходів у системі охорони здоров'я у 2024 році

У фінансуванні розвитку закладів охорони здоров'я Рівненської області застосовується програмно-цільовий метод, в основу якого покладено механізм формування комплексу програм та підпрограм. На їх виконання виділяються кошти з місцевих бюджетів, необхідні для досягнення запланованих програмами результатів. Складові програмно-цільового методу у бюджетному процесі зображено на рисунку 2.4.

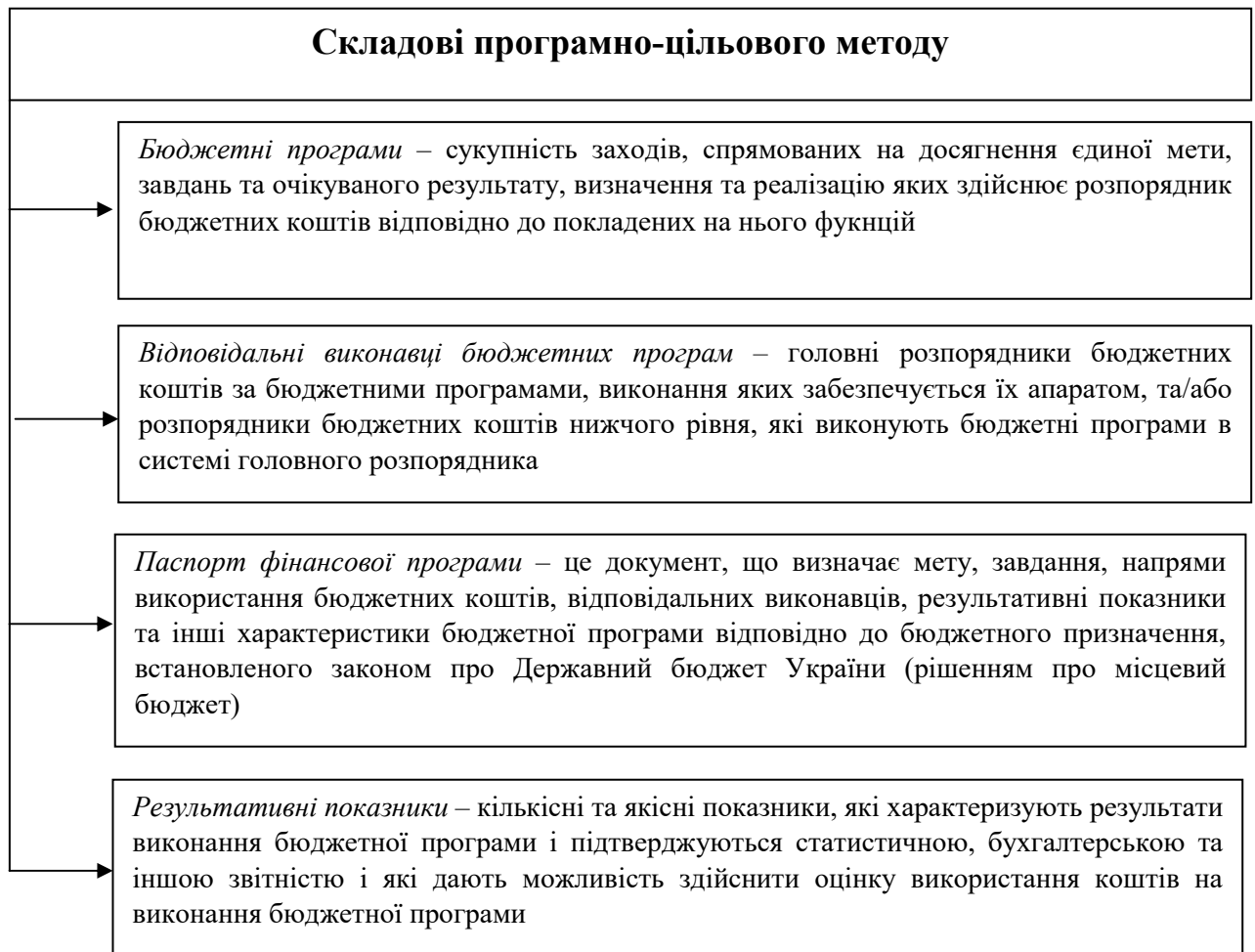


Рис. 2.4. Складові програмно-цільового методу у бюджетному процесі

Протягом 2024 року в Рівненській області розроблено та реалізуються шість обласних програм, а саме:

- Обласна програма розвитку, підтримки комунальних закладів охорони здоров'я Рівненської обласної ради та покращення надання населенню медичних послуг на 2024 рік;

- Обласна комплексна програма ветеранської політики на 2024-2025 роки (Обласна комплексна програма соціальної підтримки Захисників та Захисниць України на 2023-2025 роки);
- Обласна Програма організації рятування людей на водних об'єктах Рівненської області на 2023-2025 роки;
- Програма створення регіонального матеріального резерву для запобігання і ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій на 2024-2026 роки;
- Програма «Діти Рівненщини на 2024-2026 роки»;
- Програма забезпечення мобілізаційної підготовки та оборонної роботи в Рівненській області на 2024 - 2026 роки.

Метою програми «Діти Рівненщини» є забезпечення доступності і підвищення якості первинної медико-санітарної, спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги дітям різних вікових груп на різних рівнях її надання, зниження захворюваності, смертності дітей, дитячої інвалідності. Затверджені видатки на 2024 рік становлять 31,9 % відповідно до передбачених програмою.

Метою програми ветеранської політики (програма соціальної підтримки Захисників та Захисниць України) є проведення лікування та зубопротезування Захисників та Захисниць України, ветеранів війни-добровольців, постраждалих учасників Революції гідності, а також батьків, вдів та дітей Героїв Небесної сотні. Затверджені видатки на 2024 рік становлять 35,0 % відповідно до передбачених програмою.

Обласна програма розвитку, підтримки комунальних закладів охорони здоров'я Рівненської обласної ради та покращення надання населенню медичних послуг розроблена для підтримки комунальних медичних підприємств, закладів (установ) охорони здоров'я з метою підвищення ефективності роботи комунальних підприємств та закладів охорони здоров'я Рівненської обласної ради, формування доступної та дієвої системи надання населенню медичної допомог в умовах реформування галузі охорони здоров'я,

покращення якості надання медичної допомоги жителям області, у тому числі які не уклали угоду з Національною службою здоров'я України, розвитку медичних комунальних підприємств та закладів охорони здоров'я, утримання комунального підприємства «Обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики» та комунальної установи «Обласна база спеціального медичного постачання» Рівненської обласної ради. Затверджені видатки на 2024 рік становлять 50,9 % відповідно до передбачених програмою.

Програма організації рятування людей на водних об'єктах розроблена з метою утримання та забезпечення діяльності обласної комунальної аварійно-рятувальної служби на водних об'єктах. Затверджені видатки на 2024 рік становлять 92,1 % відповідно до передбачених програмою.

Програма створення регіонального матеріального резерву для запобігання і ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій розроблена з метою забезпечення здійснення заходів, спрямованих на запобігання і ліквідацію наслідків надзвичайних ситуацій, ліквідацію наслідків збройної агресії та надання термінової допомоги постараждалому населенню, здійснення заходів щодо створення, утримання, поповнення та накопичення запасів матеріальних цінностей у регіональному матеріальному резерві, призначених для невідкладного їх залучення у необхідних (визначених) обсягах у разі загрози або виникнення надзвичайних ситуацій, забезпечення можливості реального та ефективного функціонування територіальної підсистеми єдиної державної системи цивільного захисту Рівненської області, виконання заходів щодо запобігання та реагування на надзвичайні ситуації, зменшення ризиків їх виникнення та зменшення можливих негативних наслідків. Затверджені видатки на 2024 рік становлять 60,0 % відповідно до передбачених програмою.

Програма забезпечення мобілізаційної підготовки та оборонної роботи в Рівненській області розроблена з метою забезпечення державного суверенітету та незалежності України, підтримання бойової і мобілізаційної готовності. Для закладів охорони здоров'я передбачено програмою облаштування захисних споруд цивільного захисту.

Суми видатків, затверджених в обласному бюджеті у 2024 році на виконання даних програм наведено в таблиці 2.6.

Таблиця 2.6

Суми видатків, затверджених в обласному бюджеті на виконання програм

Найменування програми	Передбачено програмою на 2024 рік, тис.грн.	Затверджено на 2024 рік, з урахуванням змін, тис грн.	Стан фінансування відповідно до передбачено програмою, %
2	3	4	5
Програма "Діти Рівненщини"	8140,0	2600,0	31,9
Обласна комплексна програма ветеранської політики (Обласна комплексна програма соціальної підтримки Захисників та Захисниць України)	2000,0	700,0	35,0
Обласна програма розвитку, підтримки комунальних закладів охорони здоров'я Рівненської обласної ради та покращення надання населенню медичних послуг	109037,1	55519,1	50,9
Програма організації рятування людей на водних об'єктах Рівненської області	6050,0	5573,1	92,1
Програма створення регіонального матеріального резерву для запобігання і ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій	3332,0	2000,0	60,0
Програма забезпечення мобілізаційної підготовки та оборонної роботи в Рівненській області	3501,3	3501,3	100,0

Регіональні галузеві програми розробляються Департаментом, затверджуються розпорядженням голови Рівненської обласної державної адміністрації, можуть бути прийняті на 1-3 роки та мають орієнтуватися на досягнення соціально важливого результату.

Проаналізувавши структуру видатків на виконання обласних програм у 2024 році (рисунок 2.5) , бачимо, що видатки:

- на програму «Діти Рівненщини» склали 3 %;
- на комплексну програму ветеранської політики (соціальної підтримки Захисників та Захисниць України) склали 1 %;

- на програму розвитку, підтримки комунальних закладів охорони здоров'я Рівненської обласної ради та покращення надання населенню медичних послуг склали 79 %;

- на програму організації рятування людей на водних об'єктах Рівненської області склали 8 %;

- на програму створення регіонального матеріального резерву для запобігання і ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій склали 3 %;

- на програму забезпечення мобілізаційної підготовки та оборонної роботи в Рівненській області склали 5 %.



Рис. 2.5. Структура видатків на виконання обласних програм у 2024 році

Оскільки найбільшу частину видатків складає програма розвитку, підтримки комунальних закладів охорони здоров'я Рівненської обласної ради та покращення надання населенню медичних послуг, варто детальніше її проаналізувати.

Обласну програму розвитку, підтримки комунальних закладів охорони здоров'я Рівненської обласної ради та покращення надання населенню медичних послуг на 2024 рік розроблено на підставі Бюджетного кодексу

України, Законів України «Про місцеве самоврядування в Україні», «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я», «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 року № 1013-р «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» (зі змінами) та інших нормативно-правових актів.

У Програмі визначено напрями діяльності, заходи щодо розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я та у сфері надання медичних послуг населенню, вирішення яких сприятиме отриманню якісної та ефективної екстреної, спеціалізованої та паліативної медичної допомоги.

Статтею 90 Бюджетного кодексу України та Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» передбачено здійснення підтримки та розвитку комунальних закладів охорони здоров'я, які є об'єктами права спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст, що перебувають в управлінні обласних рад та виділення коштів на співфінансування оплати медичних послуг, понад обсяг передбачений програмою державних гарантій медичного обслуговування населення.

Напрями діяльності та заходи обласної програми розвитку, підтримки комунальних закладів охорони здоров'я Рівненської обласної ради та покращення надання населенню медичних послуг на 2024 рік:

1. Фінансова підтримка комунальних закладів охорони здоров'я включає співфінансування видатків на заробітну плату з нарахуваннями, виплату пільгових пенсій, придбання предметів, матеріалів, обладнання та інвентарю, меблів, медикаментів та перев'язувальних матеріалів, продуктів харчування, проведення поточного обслуговування і ремонту медичного обладнання та приміщень, інші поточні видатки.

2. Фінансова підтримка комунального підприємства «Рівненський обласний спеціалізований диспансер радіаційного захисту населення»

Рівненської обласної ради включає придбання медикаментів для лікування хворих на муковісцидоз та розсіяний склероз.

3. Розвиток комунальних закладів охорони здоров'я включає капітальні видатки, а саме придбання медичного, діагностичного та іншого обладнання, здійснення реконструкції, капітальних ремонтів приміщень, термомодернізації, нове будівництво.

4. Фінансова підтримка комунального підприємства «Обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики» Рівненської обласної ради включає утримання комунального підприємства.

5. Фінансове забезпечення комунальної установи «Обласна база спеціального медичного постачання» Рівненської обласної ради включає утримання комунальної установи.

6. Фінансова підтримка комунальних закладів охорони здоров'я, які здійснюють огляди водіїв з метою виявлення стану алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції включає утримання кабінету освідчення водіїв на предмет алкогольного та наркотичного чи іншого сп'яніння (заробітна плата з нарахуваннями, придбання швидких тестів для виявлення наркотиків у біологічному середовищі).

7. Фінансова підтримка комунального підприємства «Рівненська обласна стоматологічна поліклініка» Рівненської обласної ради включає оплату праці медичних працівників за період їх роботи у центрах комплектування під час проведення огляду призовників, забезпечення їх засобами медичного призначення.

8. Підтримка і розвиток спортивної медицини та лікувальної фізкультури Рівненської області включає співфінансування видатків на заробітну плату з нарахуваннями працівникам відділення спортивної медицини та лікувальної фізкультури.

9. Забезпечення надання медико-генетичної допомоги дітям і вагітним Рівненської області включає співфінансування видатків на оплату праці

працівникам обласного медико-генетичного центру та придбання розхідних матеріалів та реактивів.

10. Забезпечення надання медичної допомоги хворим із ураженням органів опори та руху Рівненської області включає придбання імплантатів (кульшових, колінних суглобів).

11. Фінансова підтримка комунальних закладів охорони здоров'я Рівненської обласної ради для забезпечення відшкодування відсотків за користування кредитами включає відшкодування відсотків за користування кредитами.

12. Заходи із запобігання поширенню, діагностики та лікування інфекційних захворювань, інфекційний контроль включає забезпечення медичних працівників засобами індивідуального захисту, дезінфекційними розчинами, придбання тест-систем для діагностики інфекційних захворювань, розміщення інформації щодо поширення інфекційних захворювань в друкованих засобах масової інформації, виготовлення соціальної рекламної продукції, придбання медичного обладнання.

13. Фінансове забезпечення комунального закладу «Обласне бюро судово-медичної експертизи» Рівненської обласної ради включає утримання комунального закладу «Обласне бюро судово-медичної експертизи» Рівненської обласної ради у I кварталі 2024 року.

Учасникам бюджетного процесу на місцевому рівні рекомендовано Міністерством фінансів в повному обсязі використовувати Інформаційно-аналітичну систему управління плануванням та виконанням місцевих бюджетів “LOGICA” для обміну даними між собою під час підготовки всіх документів, які використовуються у бюджетному процесі.

Можна стверджувати, що програмно-цільовий метод є перспективним методом фінансування розвитку охорони здоров'я і дає змогу більш раціонально й ефективно управляти бюджетними ресурсами та приймати виважені рішення в управлінні бюджетним процесом, зокрема щодо використання бюджетних коштів на всіх рівнях.

Висновки до розділу 2

Резюмуючи вищезазначене, можна зробити висновки, що війна внесла свої корективи в фінансування системи охорони здоров'я: ключову роль завдяки фінансовому стимулюванню повинна відігравати первинна медична допомога, необхідно скоригувати фінансування спеціалізованих медичних послуг відповідно до мінливих потреб. Надання специфічних послуг, що пов'язані з травмами (реабілітація) повинно бути в пріоритеті. Гуманітарні та донорські системи фінансування вже створені, але потребують подальшого зміцнення для подолання фрагментарності та неузгодженості у сфері закупівель та надання послуг.

В Рівненській області сформована спроможна мережа закладів охорони здоров'я, орієнтована на задоволення потреб населення у всіх видах медичної допомоги належної якості. Фінансування галузі «Охорона здоров'я» у 2024 році здійснюється за рахунок коштів субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення підтримки окремих закладів та заходів у системі охорони здоров'я, освітньої субвенції, додаткової дотації з державного бюджету на здійснення переданих з державного бюджету видатків з утримання закладів освіти та охорони здоров'я, коштів обласного бюджету, міжбюджетних трансфертів та НСЗУ. Видатки, затверджені на охорону здоров'я в обласному бюджеті спрямовуються на виконання закладами своїх повноважень та виконання заходів обласних програм. Їх в 2024 році розроблено та реалізовується шість.

З метою підвищення рівня автоматизації процесів у сфері управління державними фінансами на місцевому рівні в Рівненській області використовують інформаційно-аналітичну систему управління плануванням та виконанням місцевих бюджетів «LOGICA». Крім того департаментом щомісячно здійснюється аналіз фінансової спроможності закладів охорони здоров'я Рівненської області, у разі необхідності розробляються плани заходів з покращення фінансового стану закладів.

РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМИ РЕСУРСАМИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Розробка пропозицій щодо оптимізації фінансових механізмів системи охорони здоров'я

Оскільки система охорони здоров'я України продовжує стикатися з надзвичайними викликами, стійкість та справедливість у фінансуванні є більш важливими, ніж будь-коли для забезпечення доступу до необхідної медичної допомоги кожному. Незважаючи на наслідки і виклики повномасштабної війни, реформи фінансування посилили стійкість системи охорони здоров'я України.

Поєднання пріоритетів мирного життя з викликами війни для забезпечення загального доступу громадян України до якісної, доступної та безкоштовної медичної допомоги — це виклик, який стоїть перед українською системою охорони здоров'я вже майже три роки. Та наша медична система з ним справляється. Зокрема, вона стала більш адаптивною та гнучкою у прийнятті рішень завдяки іншому підходу до фінансування. Незважаючи на війну, ми продовжуємо йти шляхом реформ: у 2023 році завершилось формування спроможної мережі медичних закладів, що дозволяє більш раціонально використовувати наявні ресурси.

Державний бюджет на 2025 рік передбачає значне збільшення видатків на охорону здоров'я. На розширення програми «Доступні ліки» та модернізацію медичної інфраструктури додатково передбачено 6,3 млрд. грн. Загальний обсяг видатків становить понад 217,0 млрд грн, з яких понад 175,5 млрд грн буде спрямовано на фінансування Програми медичних гарантій, що на 16,7 млрд грн більше, ніж у 2024 році. Регулярні звіти ВООЗ та Світового банку щодо впровадження реформи фінансування системи охорони здоров'я в Україні є своєрідним компасом для розуміння подальших кроків.

На основі здійсненого аналізу можемо зробити загальний висновок, що медичні заклади Рівненської області мають стабільний фінансовий стан, проте

існують певні ризики та різноманітність у стратегіях фінансування. Для покращення фінансового стану рекомендується удосконалення стратегій.

Пропозиції щодо підвищення ефективності фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я в умовах реформування наведено в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Пропозиції щодо підвищення ефективності фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я Рівненської області в умовах реформування

Аналіз та оптимізація фінансових процесів	– Стратегічне планування бюджету. Розробка докладних стратегій витрат та бюджетування з урахуванням потреб та стратегічних цілей реформи. – Впровадження фінансового аудиту. Регулярне проведення фінансових аудитів для виявлення непотрібних витрат та можливостей для їх оптимізації. – Контроль за фінансовими потоками. Запровадження системи контролю за розподілом коштів та плануванням витрат для попередження перевитрат.
Оптимізація управління ресурсами	– Сучасна система управління персоналом. Впровадження сучасних методів управління персоналом, враховуючи актуальні потреби та компетенції. – Використання ІТ-рішень. Запровадження інформаційних систем для автоматизації процесів та покращення ефективності обслуговування.
Розвиток альтернативних джерел фінансування	– Приваблення інвестицій. Створення механізмів для приваблення інвестицій від приватних компаній та фондів. – Страхування здоров'я. Запровадження або розширення систем страхування здоров'я громадян для збільшення фінансових ресурсів.
Посилення прозорості та звітності	– Публічна звітність. Забезпечення доступу громадськості до інформації про використання фінансових ресурсів та результати роботи закладів. – Участь громадськості. Залучення представників громадськості до моніторингу та оцінки діяльності закладів охорони здоров'я.
Підвищення якості медичних послуг	– Фокус на профілактику. Звернення уваги на програми профілактики та раннього виявлення захворювань, що може зменшити витрати на подальше лікування. – Стимулювання результативності. Введення системи стимулювання за досягнення конкретних результатів та стандартів надання медичних послуг.

Продовження табл. 3.1

Регулярне оновлення стратегій	– Моніторинг реформ. Встановлення системи моніторингу та оцінки результатів реформ для своєчасного внесення коректив у стратегії фінансового забезпечення. – Гнучкість стратегій. Забезпечення гнучкості та можливостей для адаптації стратегій фінансового управління до змін в умовах реформ.
-------------------------------	--

Громадяни зможуть оплатити напряму або за допомогою добровільного медичного страхування послуги, що не входять до гарантованого пакету. Створення сприятливих умов для розвитку добровільного медичного страхування (ДМС) та залучення інших офіційних джерел фінансування потенційно може з часом поліпшити фінансову ситуацію в системі охорони здоров'я та зменшити навантаження на бюджет. Можна використовувати як і додаткове ДМС (наприклад, для вибору надавача або швидкого доступу до не ургентних послуг), так і комплементарне (наприклад, для покриття співфінансування). Всі види ДМС чіткої законодавчої бази, суворого регулювання та прозорості платформи для співпраці зі страховими компаніями.

Враховуючи міжнародний досвід, варто розвивати страховий механізм фінансування охорони здоров'я і ринок добровільного медичного страхування має великий потенціал.

Страхові компанії в системі фінансування охорони здоров'я зображено на рис. 3.1.



Рис. 3.1. Страхові компанії в системі фінансування охорони здоров'я

Варто залучати страхові компанії для покриття фінансування тарифів за надання послуг закладами охорони здоров'я. Для функціонування запропонованого рішення слід вжити наступних заходів:

1. Укладання договорів між страховими компаніями та закладами охорони здоров'я.
2. Укладання договорів між аптеками та страховими компаніями.
3. Реєстрація пацієнтів в електронній системі охорони здоров'я.
4. Реєстрація аптек, страхових компаній в електронній системі охорони здоров'я.

Ринок ДМС є достатньо великим і з кожним роком займає все більшу частку на загальному страховому ринку нашої держави, але на нього спричиняють значний вплив всі соціальні-економічні події, які відбуваються.

Розглянемо рейтинг страхових компаній, що проводять страхування з ДМС в Україні та частку ДМС у структурі їх страхових портфелів.

Таблиця 3.2

Рейтинг страхових компаній з ДМС за 2023 рік

№	Страховик	Премії, тис.грн.	Виплати, тис.грн.
1	УНІКА	1 069 341	573 174
2	ІНГО	658 480	450 669
3	UNIVERSALNA	571 966	271 316
4	ARX	524 209	265 448
5	БУСО	492 170	279 140
6	ТАС СГ	385 008	164 310
7	УСГ	380 157	240 672
8	PZU УКРАЇНА	237 890	144 692
9	АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ	229 007	90 881
10	КРАЇНА	164 845	103 781

Джерело: складено на основі [51].

УНІКА має найвищу суму премій серед всіх страхових компаній – 1 069 341 тис. грн., але також має високі виплати – 573 174 тис. грн., що може свідчити про великий обсяг угод та можливість високого ризику.

ІНГО має другий найвищий обсяг премій – 658 480 тис. грн. та виплати – 450 669 тис. грн, що також свідчить про значну активність на ринку.

UNIVERSALNA, ARX та ВУСО також мають значні обсяги премій та виплат, проте виплати значно менші в порівнянні з преміями, що може вказувати на ефективне управління ризиками.

PZU УКРАЇНА, АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ та КРАЇНА мають найнижчі обсяги премій та виплат серед усіх компаній у рейтингу.

Можна стверджувати, що добровільне медичне страхування на найближче майбутнє матиме стрімкі позитивні тенденції розвитку. Нарощення обсягів премій та виплат з медичного страхування є досить стрімким, що вимагає від органів влади приділення більшої уваги розвитку медичного страхування зокрема та страхового ринку в загальному, особливо ці питання набувають актуальності під час здійснення медичної реформи в Україні, метою якої є також розвиток страхової медицини в країні.

Існує кілька обґрунтувань для впровадження обов'язкового медичного страхування (ОМС) в Україні, враховуючи економічні, соціальні та медичні аспекти. Запровадження ОМС збільшить фінансові ресурси системи охорони здоров'я за рахунок збільшення пулу коштів, що надходять на медичні послуги через страхові внески. ОМС забезпечує доступ до якісної медичної допомоги для всього населення, незалежно від його фінансового становища. Обов'язкове медичне страхування створює регуляторний механізм для контролю за цінами на медичні послуги та підтримки конкуренції між постачальниками медичних послуг. Запровадження ОМС може стимулювати конкуренцію між медичними закладами з точки зору якості послуг та задоволеності потреб пацієнтів.

Обов'язкове медичне страхування сприяє створенню соціально справедливої системи охорони здоров'я, в якій кожна людина має можливість отримати необхідну їй медичну допомогу без необхідності нести значний

фінансовий тягар. ОМС сприяє створенню стабільного ринку медичних послуг, що забезпечить постійний попит на медичні послуги та збільшить інвестиції в сферу охорони здоров'я.

Прогнозування ефективності фінансового забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я в умовах їх реформування вимагає врахування низки факторів, які впливають на фінансову стійкість та результативність цих закладів. Нижче представлені важливі аспекти, які слід врахувати при прогнозуванні ефективності фінансового забезпечення в умовах реформ:

1. Розробка стратегічного плану фінансування з урахуванням нових вимог та цілей реформ, що допоможе визначити як найкраще забезпечити стійкість і розвиток.

2. Оцінка реальних фінансових потреб у контексті реформи з урахуванням нових викликів та стандартів у сфері охорони здоров'я.

3. Розробка ефективних механізмів управління ресурсами, включаючи оптимізацію витрат та визначення пріоритетів для максимізації результативності.

4. Використання фінансових моделей для розробки різних сценаріїв розвитку та аналізу впливу різних факторів і стратегій на фінансову ефективність.

5. Залучення зацікавлених сторін, включаючи лікарів, менеджерів, пацієнтів та громадськість, для забезпечення широкої підтримки та визначення пріоритетів.

6. Впровадження сучасних технологій та інновацій для оптимізації процесів та підвищення ефективності надання медичних послуг.

7. Розробка системи моніторингу та оцінки результатів реформ з метою постійного контролю фінансової ефективності та своєчасного коригування стратегій.

8. Забезпечення високого рівня фінансової прозорості для підвищення довіри громадськості та створення сприятливих умов для залучення додаткових ресурсів.

Послуги, якість яких залежить від ефективної координації між медичними та соціальними службами, такі як інтегровані послуги з довготривалого догляду та захисту дітей, потребують нових рішень щодо фінансування.

В результаті медичної реформи будинки дитини для дітей віком до чотирьох років будуть трансформовані. Вони не зникнуть, а відповідно до Статуту, стануть суто медичними закладами, підпорядкованими сфері охорони здоров'я. Іншими словами, вони стануть будинками дитини для хворих дітей, які потребуватимуть лікування та реабілітації. Адже будинок дитини – це медичний заклад, а не соціальний, де можуть перебувати діти до вісімнадцяти років та які не потребують надання медичної допомоги.

По факту станом на сьогоднішній день, в деяких будинках дитини перебувають діти (віком від 10 до 14 років) без медичних показів через те, що їх неможливо тимчасово влаштувати у сім'ї родичів чи сім'ї патронатних вихователів.

Найближчим часом планується перетворення будинків дитини в центри медичної реабілітації та паліативної допомоги дітям, що дозволить укладати контракти з НСЗУ та зменшить фінансове навантаження на органи місцевого самоврядування.

Аналізуючи світовий досвід, можна сказати, що на початку XX століття Сполучені Штати Америки відмовилися від виховання дітей у закладах інституційного догляду та виховання дітей через негативний вплив такого виховання на психічний і фізіологічний розвиток дитини. Стрімке зниження кількості дітей у таких закладах почалося наприкінці 1930-х років, коли було прийнято закон про фінансову підтримку сімей з дітьми, які потрапили у складні життєві обставини.

У Великобританії також відбувся процес деінституалізації. Відмова від інституційного догляду та виховання розпочалась після завершення Другої світової війни. У Сполученому королівстві Великої Британії та Північної Ірландії, Королівстві Норвегія та Республіці Ісландія не практикують

утримання немовлят та дітей віком до трьох років у закладах інституційного догляду та виховання.

Королівство Швеція в середині 1950-х років відмовилося від утримання дітей у закладах інституційного догляду та виховання дітей, а до 2000 року всі державні заклади для дітей з особливостями розвитку були ліквідовані.

Модель реформування закладів інституційного догляду та виховання дітей у Республіці Молдова є успішною: з 2007 року держава зосередилася на підтримці біологічних сімей та розвитку прийомних сімей, що сприяло зменшенню на 70 % кількості дітей у закладах інституційного догляду.

Соціальні прориви у цій сфері значною мірою залежали від наполегливості та професійності урядових команд, що займалися деінституалізацією. На початковому етапі важливо спланувати та прийняти рішення про реформування системи інституційного догляду та виховання дітей на державному рівні, залучити громадськість до зміни ставлення до дітей-сиріт, дітей позбавлених батьківського піклування та дітей з особливими потребами, а також розробити відповідну нормативно-правову підтримку реформи. Наступним кроком має стати створення на місцевому рівні відповідних інституцій для моніторингу потреб та послуг для дітей, що потребують опіки держави та сімей з дітьми, які опинились у складних життєвих обставинах з метою запобігання влаштуванню дітей у заклади інституційного догляду та виховання.

Географічна справедливість у доступі до медичних послуг є ще одним важливим аспектом політики фінансування. Україна стикається з низкою викликів, які перешкоджають скоординованому розвитку людського потенціалу на її території:

- нерівномірність економічного розвитку;
- нерозвиненість інфраструктури;
- військова агресія російської федерації;
- демографічний дисбаланс;
- зміна клімату.

У процесі імплементації пріоритетну увагу слід приділяти просторовій рівності у доступі до охорони здоров'я, включаючи зв'язок з реформою децентралізації та ініціативами регіонального розвитку, а також розширенню доступу за рахунок фінансування та впровадження нових технологій (наприклад, телемедицини).

За стратегічною ціллю «Люди мають фінансовий захист при отриманні гарантованих державою необхідних якісних та доступних послуг в ОЗ. Рівень платежів з кишені значно знизився, не обмежує попит і доступ до послуг, та не призводить до катастрофічних витрат у випадку хвороби» визначено такі ключові завдання:

- виконати зобов'язання з встановлення захищеного рівня державних видатків на охорону здоров'я, зафіксованого в ЗУ «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» в розмірі не менше ніж 5 % ВВП України. А за умови економічного зростання збільшити державні витрати на охорону здоров'я понад захищений рівень.
- продовжити строки щорічного збільшення акцизів на тютюнові вироби, розширити оподаткування алкогольних виробів, ввести акцизний податок на підсолоджені цукром напої.
- продовжити об'єднання (пулінг) коштів із різних бюджетів для фінансування системи охорони здоров'я (зокрема: розпочати контрагування через НСЗУ загальнонаціональних закладів охорони здоров'я, що наразі перебувають у центральному підпорядкуванні; включити до ПМГ комунальні витрати надавачів медичних послуг, які зараз оплачуються з місцевих бюджетів).
- забезпечити стабільну ресурсну підтримку розвитку електронної охорони здоров'я, зокрема шляхом фінансування за рахунок бюджетних коштів, залучення міжнародної технічної допомоги, впровадження державно-приватного партнерства.

- запровадити більш ефективне витрачання публічних ресурсів шляхом введення стратегічних (активних) закупівель послуг в ОЗ через Національну службу здоров'я України. НСЗУ має стати єдиним національним замовником послуг у сфері ОЗ і працювати для покращення здоров'я людей, захисту пацієнтів від катастрофічних витрат на охорону здоров'я, забезпечення справедливого розподілу ресурсів на найбільш результативні та необхідні послуги.
- зробити більш чітким та прозорим політичний і технічний процес розробки, розширення та затвердження Програми медичних гарантій (включаючи розрахунок вартості та встановлення тарифів на послуги, що оплачуються НСЗУ) та переліку лікарських засобів і медичних виробів, що покриваються за рахунок державного бюджету.
- розширити перелік послуг, які оплачуються НСЗУ з прив'язкою до фактично наданих медичних послуг, передбачивши чіткі строки перехідного періоду для надавачів медичних послуг для адаптації та мінімізації їхніх ризиків.
- удосконалити методи оплати в рамках ПМГ, використовуючи змішану систему та запровадивши модель оплати за результати роботи.
- оновити й розширити Національний перелік основних лікарських засобів та виробів медичного призначення, який покривається за рахунок державного бюджету для зниження рівня виплат з кишені пацієнтів на амбулаторному та госпітальному рівнях.
- синхронізувати трансформацію системи фінансування з плануванням спроможної госпітальної мережі, яка базуватиметься на потребах пацієнтів та можливостях системи охорони здоров'я, зважаючи, з одного боку, на доступність, а з іншого — на безпеку пацієнтів в умовах низької кількості випадків та нестачі фахівців.
- замінити річні та вибіркові контракти (коли надавачі самостійно обирають пакети послуг) на багаторічні комплексні договори НСЗУ з надавачами для забезпечення рівного доступу пацієнтів до послуг у

ПМГ, стійкості та передбачуваності фінансування, а також для стратегічного планування капітальних інвестицій, зокрема в інфраструктуру й обладнання закладів.

- запровадити систему фактичного, клінічного та фінансового моніторингу для забезпечення високого рівня якості медичних послуг та захисту пацієнтів від катастрофічних платежів.
- розробити модель фінансування та закупівель інтегрованих послуг, які потребують координації медичних та соціальних служб, зокрема послуг з довгострокового догляду, захисту дітей та підтримки психічного здоров'я.
- розробити чіткі правила та регуляції для розвитку ринку добровільного медичного страхування, включаючи компліментарне (співоплата) та додаткове ДМС для послуг, які не покриваються ПМГ, не загрожують життю, не пов'язані безпосередньо з клінічною якістю обслуговування, передбачивши регулювання для захисту споживачів, моніторинг ринку та чіткі межі пакетів.
- забезпечити запровадження справедливого механізму співоплати медичних послуг та лікарських засобів, платних послуг та інші моделі фінансування без обмеження доступу до послуг, особливо для менш забезпечених домогосподарств [51].

Ці завдання є основою для розробки детального плану дій з підвищення ефективності фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я під час їх реформування.

Прогнозування ефективності фінансового забезпечення в умовах реформи є завданням, яке вимагає системного підходу та врахування різних аспектів. Важливо враховувати динаміку змін, активно залучати всі зацікавлені сторони та працювати разом для досягнення оптимальних результатів.

3.2. Шляхи вдосконалення управління фінансовими ресурсами на регіональному рівні

Для забезпечення прозорості та публічності у сфері охорони здоров'я варто наділити деякими функціями контролю громадські організації та їх об'єднання, що сприятиме посиленню зацікавленості громадян в успішному вирішенні питань сфери охорони здоров'я.

Держава повинна створити всі умови для розвитку громадського сектору в охороні здоров'я. На місцевому рівні слід запровадити громадські ради для представлення інтересів громадян та впливу на систему охорони здоров'я, крім того проводити широку роз'яснювальну роботу із залученням відповідних державних та громадських інституцій з метою підвищення обізнаності громадян щодо проблем у системі охорони здоров'я. Однак контроль з боку державних органів та громадських організацій має здійснюватися в розумних пропорціях, зберігаючи вертикальний контроль охороною здоров'я та запобігаючи зловживанням з боку громадських організацій.

У відносинах між місцевими державними адміністраціями та органами місцевого самоврядування існує невизначеність щодо їх повноважень. Тому слід визнати, що основними принципами реформування державного управління та місцевого самоврядування мають бути:

- децентралізація;
- субсидіарність;
- партнерські стосунки між органами державної виконавчої влади та місцевого самоврядування;
- міжсекторальна взаємодія.

Щоб побудувати тісні взаємовідносини з органами місцевого самоврядування, пацієнтами і надавачами послуг, необхідно створити міжрегіональні територіальні органи Національної служби здоров'я України.

Національна служба здоров'я України щороку публікує звіт щодо своєї діяльності. Ця орієнтація на послугу та на результат є сильною стороною.

Можна виокремити пріоритетні напрямки використання фінансових інструментів забезпечення розвитку охорони здоров'я в регіоні:

- встановлення міжрегіональних територіальних органів Національної служби здоров'я України, що дасть змогу побудувати тісні взаємовідносини з органами місцевого самоврядування, пацієнтами і надавачами послуг;
- зацікавленість приватного сектору фінансуванням медичних закладів і сплата податків у повному обсязі, що вирішить проблему незабезпечення державними коштами у фінансуванні медичної сфери і збільшить обсяги безкоштовної медичної допомоги;
- формування чіткого механізму надання та фінансування гарантованих медичних послуг;
- розширення діяльності Національної служби здоров'я України в регіонах, яке передбачатиме врахування регіональних особливостей і стан здоров'я населення в певних областях;
- врегулювання порядку використання місцевих бюджетних ресурсів на державному рівні;
- визначення спектру державного фінансування інноваційної діяльності закладами охорони здоров'я;
- розроблення комплексної методики оцінки ефективності фінансового забезпечення;
- врахування ефективності закладів охорони здоров'я під час їхнього фінансування, а також якості надання медичних послуг, що надасть можливість органам влади розробити методики, за допомогою яких можна буде аналітично оцінювати ефективність використання фінансових ресурсів закладами охорони здоров'я.

У 2023 році лише 22 % персоналу НСЗУ працювали на регіональному рівні, що значно нижче порівняно з іншими країнами. Наприклад, у 2021 році 67 % персоналу фонду медичного страхування Литви працювали на

регіональному рівні, у 2020 році — 66 % в Естонії та 48 % у Республіці Молдова — країни з меншою кількістю регіонів, ніж Україна. Міжрегіональні департаменти НСЗУ потребують критичної маси персоналу для моніторингу договорів, боротьби з шахрайством, перевірки даних, оцінювання місцевих потреб в медичних послугах, оцінювання потенціалу надавачів і ведення переговорів щодо укладання договорів, підтримки оптимізації мережі надання послуг. Окрім того, НСЗУ потрібна спроможність працювати в кожній області та великому місті, координуючи роботу з органами місцевого самоврядування, які співфінансують заклади охорони здоров'я законтрактовані НСЗУ з місцевих бюджетів та є відповідальними за інвестиції та оптимізацію своїх закладів охорони здоров'я.

Впровадження медичної реформи створює додаткові можливості для закладів охорони здоров'я, такі як автономність у прийнятті управлінських рішень та збільшення сфери впливу щодо розпорядження ресурсами закладу. Внаслідок цього виникає потреба впровадження інноваційних методів в управлінні закладом. Одним із таких інструментів управління є стратегічне планування, що надає можливість кардинально впливати на зміну ситуації, адже стратегічний розвиток є основою самостійної та автономної діяльності закладу охорони здоров'я. Також слід враховувати, що управління господарською діяльністю закладів охорони здоров'я реалізується через систему організаційно-господарських повноважень громад щодо суб'єктів господарювання, які є їхньою комунальною власністю. Одночасно з основною метою діяльності закладів охорони здоров'я — забезпечення громадян якісною та доступною медичною допомогою, заклади зацікавлені в економічній доцільності використання ресурсів та ефективності власної діяльності, що вимагає стратегічного підходу при плануванні діяльності. У процесі розробки стратегічного плану розвитку закладу обов'язково слід враховувати напрями та цілі стратегії розвитку громади (регіону), а також належним чином погодити та затвердити таку стратегію відповідним рішенням органу місцевого самоврядування.

Переважає більшість закладів здійснюють свою діяльність відповідно до визначеного профілю, тому акцент уваги саме на рішеннях закладу, які не здійснюють диверсифіковану діяльність, є вирішальним для стратегічного планування. Основним критерієм успішності стратегічних рішень у сучасних умовах є їх націленість на формування й утримання закладом охорони здоров'я конкурентних переваг у медичній сфері (рис.3.2).



Рис. 3.2. Основні компоненти стратегії для закладів охорони здоров'я

Впровадження інформаційно-комунікаційних систем на функціональному рівні управління дозволяє обробляти великі обсяги даних про загальну ефективність операційної діяльності закладу в цілому. Такі системи забезпечують швидкий інформаційний доступ для своєчасного використання інформації та обґрунтування управлінських рішень, дозволяють автоматизувати клінічні та адміністративні потреби медичного закладу, забезпечують інформаційну підтримку лікувально-діагностичних заходів та роботу медичних працівників, оцінку ефективності лікувального процесу, управління

адміністративно-господарською та фінансовою діяльністю, бізнес-планування і оптимізацію лікувального процесу.

Впровадження інформаційно-комунікаційних систем (у тому числі медичних інформаційних систем) у діяльність закладів охорони здоров'я дозволить:

- взаємодіяти з ЦБД ЕСОЗ;
- автоматизувати процеси обліку витрат та управління ресурсами;
- реалізувати введення системи електронного документообігу та медичної статистики.

Етапи стратегічного планування закладу охорони здоров'я передбачають такі заходи (рис.3.3).



Рис. 3.3. Етапи стратегічного планування закладу охорони здоров'я

На першому етапі проводиться загальний аналіз економічного стану діяльності закладу на основі інформації, в тому числі доступної завдяки

використанню сучасних інформаційно-комунікаційних технологій, а саме облікові дані (інформація по витратам та видаткам, розрахунок фінансово-економічних показників діяльності закладу охорони здоров'я, облік матеріальних та трудових ресурсів).

Другий етап передбачає визначення основних цілей перспективного розвитку закладу охорони здоров'я на найближчі роки: впровадження інноваційних видів діяльності, впровадження сучасних медичних інформаційних систем, підвищення якості надання послуг, збільшення об'ємів медичної допомоги, забезпечення доступності медичного обслуговування для населення, підвищення конкурентоспроможності, оптимізація використання ресурсів: матеріальних, трудових, фінансових, інформаційних, інтелектуальних тощо.

Прогнозування зовнішніх для закладу, умов із застосуванням сучасних МІС характеризується формуванням прогнозних сценаріїв розвитку закладу на основі узагальненої інформації, структурованої та упорядкованої на основі можливостей МІС.

Оцінка власних економічних можливостей закладу на основі попереднього аналізу, здійснюється на основі загального аналізу економічного стану діяльності закладу охорони здоров'я та включає: виявлення наявних та можливих резервів, визначення фінансової стійкості, оптимізацію трудових, матеріальних, фінансових та інформаційних ресурсів.

Вибір шляхів досягнення визначених цілей закладу, зокрема за допомогою використання МІС, включає визначення основних напрямів діяльності, направлених на досягнення визначених цілей та впровадження інформаційних ініціатив.

Встановлення термінів реалізації стратегії з урахуванням факторів впливу та можливих ризиків передбачає обґрунтування внутрішніх і зовнішніх чинників та пов'язаних з ними ризиків, розрахунок найоптимальніших строків реалізації стратегії з визначеними періодами реалізації по окремим напрямам.

Формування та аналіз очікуваних результатів здійснюється на основі звітів та висновків по попереднім етапам та з урахуванням поставлених цілей.

Стратегічне планування діяльності є невід'ємною частиною стратегії розвитку закладу та дозволяє:

- здійснювати аналіз фінансово-економічної діяльності закладу охорони здоров'я в цілому;
- визначати сильні та слабкі сторони в діяльності закладу;
- виявляти можливі та наявні резерви;
- оптимізовувати використання ресурсів закладу;
- впроваджувати новітні інформаційні технології;
- підвищувати ефективність та якість надання медичної допомоги населенню;
- забезпечувати доступність медичних послуг для всіх категорій населення.

Українські громади проявляють зацікавленість у співпраці в сфері охорони здоров'я, однак до останнього часу спільних проєктів у цій галузі реалізовувалось не досить багато. Більш інтенсивна взаємодія фахівців у цій сфері розпочалась в період пандемії COVID-19.

Сьогодні надання допомоги у вигляді медикаментів, медичного обладнання, машин швидкої допомоги, лікування українських воїнів і постраждалих від обстрілів і катувань мешканців українських громад — це один з пріоритетних напрямів гуманітарної допомоги з боку міст-партнерів.

Підтримка охорони здоров'я Рівного з боку європейських міст-партнерів стала важливим напрямком співпраці під час війни. Ця допомога спрямована на забезпечення медичних закладів необхідними ресурсами, лікування поранених, реабілітацію та покращення медичної інфраструктури.

В таблиці 3.3 представлено конкретні кейси співпраці Рівного та європейських міст-партнерів.

Таблиця 3.3

Кейси співпраці Рівного та європейських міст-партнерів у галузі охорони
здоров'я

Передача медичного обладнання	Місто Люблін (Польща)	Передача апаратів штучної вентиляції легень (ШВЛ), моніторів пацієнтів, дефібриляторів та іншого життєво необхідного обладнання для лікарень Рівного, організація поставок реанімобілів, які використовуються для транспортування поранених і тяжкохворих.
	Підтримка з боку Люнебурга (Німеччина)	Передача спеціалізованого обладнання для операційних і діагностичних відділень, а також медикаментів, необхідних для хірургічних втручань
Медикаменти та засоби першої допомоги	Місто Зволле (Нідерланди)	Постачання великих партій медичних засобів: знеболювальних, антибіотиків, перев'язувальних матеріалів, засобів для обробки ран, відправка гуманітарних вантажів із наборами першої допомоги для лікарів і парамедиків.
Лікування та реабілітація поранених	Краків (Польща)	Організація лікування тяжкопоранених рівнян у польських клініках, надання реабілітаційних послуг для постраждалих, зокрема дітей і військових, які отримали поранення.
	Міста Німеччини (Люнебург, Бремен)	Лікування у спеціалізованих реабілітаційних центрах, навчальні програми для українських медиків із сучасних реабілітаційних методик.
Оснащення швидкої допомоги	Європейські міста-партнери	Європейські міста передають "швидкі" з необхідним обладнанням: карети швидкої допомоги, обладнані для інтенсивної терапії, спеціальні транспортні засоби для евакуації поранених із зон бойових дій.
Освітні програми для медичних працівників	Міста-партнери Чехії та Польщі	Організація онлайн та офлайн тренінгів для рівненських медиків з першої допомоги, військової медицини та лікування травм, навчання медичного персоналу використанню нового обладнання.

Європейські міста не лише допомагають матеріально, але й створюють умови для довготривалої співпраці, зміцнюючи медичну систему Рівненської області на перспективу.

Розвиток партнерства між місцевою владою та закладами охорони здоров'я також є ключовим фактором у забезпеченні якісних медичних послуг і ефективному реагуванні на виклики, особливо в умовах війни. Така співпраця дозволить оптимізувати фінансові ресурси, залучати міжнародну допомогу та розробляти стратегії розвитку медичної системи.

3.3. Оцінка впливу запропонованих заходів на ефективність регіонального управління фінансовими ресурсами

Охорона здоров'я – одна з базових соціальних функцій держави на основі ефективності якої можна оцінити рівень соціально-економічного розвитку країни та зробити висновки про якість життя її громадян. Основним завданням проведення медичної реформи в Україні в умовах існуючих глобальних викликів повинне стати підвищення якості медичних послуг, поліпшення здоров'я, забезпечення справедливого розподілу фінансових ресурсів на медицину та зменшення адміністративних витрат. Для проведення медичної реформи вже зроблено певні кроки, але цього недостатньо. Так, потребує подальшого вдосконалення нормативно-правова база, що регламентує розподіл фінансових ресурсів та відповідальність головних розпорядників за ефективність та за цільове використання грошей платників податків.

Можна виділити наступні показники ефективності фінансового управління:

1. Підвищення доступності медичних послуг, включає в себе соціальний та економічний аспекти. Соціальний аспект – це забезпечення медичних послуг для вразливих категорій населення (пенсіонерів, дітей, вимушено переміщених осіб) через збільшення бюджетного фінансування. Економічний аспект – це зниження витрат пацієнтів на медичну допомогу завдяки забезпеченню лікарень медикаментами, обладнанням і програмами реабілітації.
2. Оптимізація використання ресурсів через скорочення неефективних витрат завдяки впровадженню електронного обліку ресурсів та ефективності закупівель.
3. Покращення якості медичних послуг, оскільки завдяки фінансовій автономії ЗОЗ отримують можливість інвестувати в модернізацію обладнання, навчання медичного персоналу, покращення умов для пацієнтів (ремонт приміщень, нові меблі тощо).
4. Залучення додаткових джерел фінансування, а саме грантів та

донорської допомоги, впровадження платних послуг для забезпечення додаткових доходів, залучення приватних інвесторів для розвитку медичної інфраструктури.

5. Стимулювання медичних працівників через встановлення прозорих систем оплати праці: підвищення заробітних плат залежно від продуктивності, надбавки за участь у складних медичних операціях, що буде сприяти скороченню міграції кадрів і підвищує мотивацію до якісної роботи.

Перспективи подальшого вдосконалення фінансового управління наведено в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

Перспективи подальшого вдосконалення фінансового управління

Цифровізація фінансових процесів	Електронний облік ресурсів: Впровадження ERP-систем для управління бюджетами, закупівлями та витратами. Прозорість: Відкриті реєстри фінансування, які забезпечують доступ до інформації для громадян.
Зміцнення системи медичного страхування	Розширення покриття послуг через НСЗУ. Поступовий перехід до страхової медицини, що дозволить залучити додаткові фінансові ресурси та знизити навантаження на державний бюджет.
Розвиток державно-приватного партнерства (ДПП)	Будівництво нових лікарень та модернізація існуючих за рахунок інвестицій приватного сектору.
Підвищення фінансової автономії	Надання закладам більше свободи в управлінні бюджетами, що дозволить їм оперативніше реагувати на потреби громади.
Інвестиції в людський капітал	Навчання та перепідготовка: Впровадження програм підвищення кваліфікації для менеджерів у сфері фінансів. Мотиваційні програми: Розробка додаткових фінансових стимулів для керівників і персоналу лікарень.
Розширення міжнародної співпраці	Гранти від ЄС та міжнародних організацій: Активна участь у програмах, спрямованих на покращення медицини. Обмін досвідом: Запозичення найкращих практик фінансового менеджменту з інших країн.

Очікуваними результатами від подальших змін будуть: підвищення якості та доступності медичних послуг, економічна стійкість системи охорони здоров'я,

підвищення довіри населення до системи охорони здоров'я та органів влади і формування ефективних закладів охорони здоров'я.

Ось кілька прикладів успішного впровадження змін у фінансовому забезпеченні та управлінні закладами охорони здоров'я за кордоном, які демонструють позитивний вплив реформ на якість медичних послуг і ефективність системи (таблиця 3.5).

Таблиця 3.5

Приклади успішного впровадження змін у фінансовому забезпеченні та управлінні закладами охорони здоров'я за кордоном

Країна	Суть змін	Результати	Приклад
Польща	Автономізація лікарень Впровадження фінансової автономії для закладів охорони здоров'я, що дозволило їм самостійно управляти доходами й видатками.	Лікарні почали укладати контракти з приватними компаніями, забезпечуючи себе додатковими джерелами фінансування. Покращення умов для пацієнтів через модернізацію відділень.	У місті Краків лікарні отримали можливість залучати інвестиції на будівництво нових операційних блоків.
Грузія	Запровадження страхової медицини Перехід на модель обов'язкового медичного страхування з частковим фінансуванням за рахунок держави.	Забезпечення базового рівня медичних послуг для всіх громадян. Значне скорочення витрат пацієнтів на лікування.	Впровадження страхової медицини дозволило відкрити нові діагностичні центри, що знизило час очікування на обстеження.
Литва	Інвестиції в телемедицину Литва впровадила національну програму телемедицини, яка фінансувалася за рахунок європейських грантів.	Пацієнти в сільській місцевості отримали доступ до консультацій вузькопрофільних спеціалістів. Зменшилася потреба у фізичному відвідуванні лікарень.	Литовські лікарні почали використовувати цифрові платформи для діагностики, що значно скоротило черги

Розглядаючи позитивний приклад впровадження змін у фінансовому

забезпеченні та управлінні закладами охорони здоров'я можна назвати цікавий приклад, яким був пілотний проєкт енергозбереження в Івано-Франківській області, де завдяки міжнародним грантам лікарні перейшли на використання енергоефективних систем опалення, що призвело до зниження витрат на комунальні послуги на 30-40 % та відповідно збільшення коштів, що спрямовуються на закупівлю лікарських засобів та обладнання. А одна з районних лікарень Івано-Франківської області у 2022 році повністю перейшла на альтернативні джерела енергії (сонячні панелі).

Перспективні напрями співпраці України з країнами Європи:

- технічна підтримка євроінтеграційного руху у сфері охорони здоров'я. Робота передбачає надання консультацій, організацію освітніх заходів, а також сприяння у створенні єдиного регуляторного органу в Україні для контролю якості ліків та медичних виробів. Це дозволить Україні забезпечити відповідність європейським стандартам та гарантувати високоякісну медичну допомогу громадянам;
- розвиток горизонтальної співпраці між медичними установами. Включає обмін досвідом між лікарями та медичними фахівцями через стажування, робочі візити та спільні операції, а також організацію семінарів і тренінгів з провідними експертами. Така співпраця сприятиме підвищенню кваліфікації наших медиків та впровадженню новітніх підходів у лікуванні;
- створення умов для фізичного та психологічного відновлення українських громадян, які постраждали внаслідок військової агресії;
- розвиток спільних проєктів у сфері протезування та реабілітації людей з тяжкими травмами, включаючи впровадження біонічних протезів та інших сучасних технологій. Співпраця у цій сфері дозволить українській медичній системі значно покращити якість життя постраждалих та допомогти їм повернутися до активного життя;

- відновлення медичної інфраструктури – це одне із пріоритетних завдань. Досвід європейських партнерів та їх експертиза у питаннях реконструкції та модернізації лікарень може бути корисним Україні.

Результатом розробки плану спроможної мережі закладів охорони здоров'я госпітального округу має стати розробка маршрутів руху пацієнта в межах госпітального округу (або й поза його межами) та державні інвестиції в реконструкцію, будівництво, закупівлю обладнання, об'єм яких буде залежати від статусу лікарень (загальні, кластерні, надкластерні, поза мережею). Сама ж розробка маршрутів доступу пацієнта до медичних послуг є одним із ключових аспектів, які віднесені до обов'язків ДОЗ. І це цілком логічно, адже саме вони дивляться на весь госпітальний округ з точки зору державного управління, так би мовити, зверху. А це саме про потік пацієнтів, про визначення точок звернення пацієнтів у ту чи іншу лікарню.

Наступним функціональним обов'язком ДОЗ є розробка пропозицій щодо формування політики у сфері охорони здоров'я в регіоні через розробку бюджетних програм, визначення цілей та завдань. Сюди ж варто віднести делегування обласними радами функцій управління ЗОЗ, які є у їхній власності. Саме вони, як правило, здійснюють контроль за фінансовим плануванням і господарюванням в обласних ЗОЗ, доступністю та якістю медичної допомоги, що в них надається.

Ще один напрям роботи ДОЗ – робота над збором інформації, аналізом та розрахунком потреби в ліках, виробих медичного призначення і медичного обладнання, що закуповуються державою через ДП «Медичні закупівлі».

Підсумовуючи функціонал ДОЗ, насамперед варто відмітити суттєве зміцнення позицій протягом останніх років, що пов'язано з певною централізацією медичної системи. У перспективі ж одна частина функцій ДОЗ має відійти спільноті професійного самоврядування (форма самоорганізації професійної медичної спільноти як варіант кращих світових практик) та Агенції з оцінювання якості медичної допомоги (державна інституція, завданням якої

повинно стати організація розбудови систем якості медичної допомоги та її подальше оцінювання), а інша частина (наприклад, аналіз статистичних даних, розробка заходів зі збереження та зміцнення здоров'я місцевого населення, розробка бюджетних програм) – бути передана на рівень громад у рамках децентралізації. ДОЗ же має зосередитися на своїй координаційній функції в системі охорони здоров'я на рівні конкретного регіону.

У 2024 році організації охорони здоров'я потребують доступу до фінансових даних у режимі реального часу, щоб отримувати інформацію та приймати рішення щодня, а часто й щогодини.

Реформа на місцевому (регіональному) рівні має бути підкріплена запровадженням ефективної системи управління бюджетними коштами та належним рівнем фінансування. Застосування кращих бюджетних практик для вдосконалення бюджетного процесу підвищить ефективність управління державними та місцевими фінансами, в тому числі ефективність фінансування охорони здоров'я.

Сьогодні області, райони, міста, селища, села мають можливість об'єднувати ресурси для підвищення ефективності. Громади можуть ділитися власним досвідом надання тих чи інших послуг у сфері охорони здоров'я і водночас зробити висновок про можливість ефективного надання певних послуг на територіях, які виходять за межі території окремої громади. Для такого процесу необхідно задіяти фінансові механізми міжмуніципального співробітництва.

В ході аналізу нормативно-правової бази України (зокрема Рівненської області) з розвитком нової реформи та зарубіжних практик можна виділити декілька рекомендацій удосконалення фінансового забезпечення:

1. Залучення інвесторів в впровадження інноваційних цифрових рішень в сфері протидії небезпечним захворюванням, підтримка нових технологій на місцевому (регіональному) рівні. Масштаби і швидкість інновацій у сфері цифрової охорони здоров'я зростають

експоненціально. Цифрові технології застосовуються для трансформації моделей догляду за пацієнтами та допомагають їм розробити підходи «розумного здоров'я» для покращення якості і доступу медичного обслуговування, зменшення витрат. Прикладами таких технологій можуть бути: штучний інтелект, віртуальна та цифрова реальність, інтернет медичних пристроїв, електронні технології, які носяться на тілі, геолокаційні технології, робототехніка.

2. Використовувати можливості міжмуніципального співробітництва для фінансування діяльності та програм у сфері громадського здоров'я на рівні громад.
3. Вдосконалити систему моніторингу та оцінки ефективності виконання програм (зокрема перегляд витрат) на місцевому (регіональному) рівні. Будь-яке рішення про перерозподіл коштів між завданнями в рамках програми, внесення коректив чи змін, припинення чи продовження програми має прийматися на основі своєчасно отриманої обґрунтованої аналітичної інформації. Моніторинг функціонування програми та оцінка її ефективності є інструментами, які забезпечують отримання необхідних даних – невід'ємних складових ефективного процесу управління.
4. Інвестування в забезпечення нормативної відповідності та кібербезпеки у сфері охорони здоров'я на місцевому (регіональному) рівні. Поява медичних інтернет-пристроїв і клінічних інновацій, існування проблем і викликів у ринковому середовищі посилюють потребу в детальному перегляді регуляторного нагляду, державної політики та механізмів управління ризиками.

Отже, подальше впровадження запропонованих реформ у фінансовому забезпеченні охорони здоров'я сприятиме: ефективнішому використанню ресурсів, покращенню доступності та якості медичних послуг та створенню стійкої системи, здатної реагувати на виклики.

Висновки до розділу 3

Резюмуючи вищезазначене, можна зробити висновки, що для покращення фінансового стану закладів охорони здоров'я Рівненської області рекомендується удосконалення стратегій фінансування.

Враховуючи міжнародний досвід, необхідно розвивати страховий механізм фінансування системи охорони здоров'я та ринок добровільного медичного страхування має великий потенціал.

Нових рішень щодо фінансування потребують послуги, якість яких залежить від ефективної координації медичних та соціальних служб, а саме інтегровані послуги з довгострокового догляду, захисту дітей.

Доцільним є створення міжрегіональних територіальних органів Національної служби здоров'я України, що дасть можливість побудувати тісні взаємовідносини з органами місцевого самоврядування, пацієнтами і надавачами послуг; отримати зацікавленість приватного сектору фінансуванням закладів охорони здоров'я; сформувати чіткий механізм надання та фінансування гарантованих медичних послуг; розробити комплексні методики оцінки ефективності фінансового забезпечення.

Пріоритетна увага в імплементації має приділятися просторовій рівності в доступі до охорони здоров'я, у тому числі шляхом координації з реформою децентралізації та ініціативами регіонального розвитку, розширенню доступу за допомогою фінансування та впровадження нових технологій (наприклад, телемедицини).

Для забезпечення прозорості та публічності у сфері охорони здоров'я слід наділити певними функціями контролю громадські організації та їхні об'єднання. Це сприятиме посиленню зацікавленості громадян в успішному вирішенні питань охорони здоров'я.

Впровадження інформаційно-комунікаційних систем на функціональних ланках управління дозволяє опрацьовувати значний об'єм даних щодо ефективності операційної діяльності закладу в цілому. Такі системи

забезпечують швидкий інформаційний доступ задля своєчасного використання інформації та обґрунтування управлінських рішень, надають можливість автоматизувати клінічні і адміністративні потреби медичного закладу, забезпечать інформаційну підтримку лікувально-діагностичних заходів та роботу медичних працівників, оцінку ефективності лікувального процесу, контроль адміністративно-господарської і фінансової діяльності, бізнес-планування і оптимізацію лікувального процесу.

Розвиток партнерства між місцевою владою та закладами охорони здоров'я також є ключовим фактором у забезпеченні якісних медичних послуг і ефективному реагуванні на виклики, особливо в умовах війни. Така співпраця дозволить оптимізувати фінансові ресурси, залучати міжнародну допомогу та розробляти стратегії розвитку медичної системи.

Очікуваними результатами від подальших змін будуть: зростання якості та доступності медичних послуг, економічна стійкість системи охорони здоров'я, підвищення довіри населення до системи охорони здоров'я та органів влади, формування самодостатніх та ефективних закладів охорони здоров'я.

Реформа на місцевому (регіональному) рівні має бути підкріплена запровадженням ефективної системи управління бюджетними коштами та належним рівнем фінансування. Застосування кращих бюджетних практик для вдосконалення бюджетного процесу підвищить ефективність управління державними та місцевими фінансами, в тому числі ефективність фінансування охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ

Дослідження системи управління фінансовими ресурсами в закладах охорони здоров'я дало змогу зробити наступні висновки.

Досліджено стан системи охорони здоров'я в умовах соціально-економічних перетворень та можна стверджувати, що реформування медичної системи, яке триває в період з 2015 по сьогоднішній день, покращило досягнення цілей сталого розвитку в цій сфері. Проте залишається ще чимало проблем, які потребують вирішення, а саме ефективне державне регулювання ліцензування та поширення лікарських препаратів, забезпечення максимальної доступності медичних послуг для всіх верств населення, подолання епідемій інфекційних хвороб, збільшення тривалості життя громадян, розвиток профілактичної медицини, зниження смертності від різних видів захворювань.

Загальносвітова тенденція соціально-економічної кризи, зумовленої дефіцитом енергоносіїв та їх здорожчанням, запустила механізм підвищення вартості медичного обслуговування та забезпечення відповідними лікарськими засобами. Визначальною характерною рисою розвитку системи охорони здоров'я України під час світової економічної кризи та руйнації економіки, завданої війною, можна назвати те, що темпи збільшення витрат на медичне обслуговування громадян України, постраждалих від воєнної агресії, переважають над темпами підвищення рівня ВВП держави.

Антикризове публічне управління системою охорони здоров'я повинне вести пошуки ефективних шляхів для зниження рівня таких витрат та раціонального використання наявних фінансових та матеріальних ресурсів.

Вивчено теоретичні аспекти фінансування охорони здоров'я та виявлено сучасні глобальні тенденції фінансування охорони здоров'я, а саме: темпи зростання витрат на охорону здоров'я випереджають темпи росту світової економіки, зростання ролі держави у фінансовому забезпеченні медичної галузі, децентралізація та делегування деяких питань фінансування медичної галузі територіальним громадам, запровадження механізму державно-приватного партнерства, структурно-технологічна перебудова галузі,

стримування зростання прямих платежів громадян, інвестування у заходи попередження, укріплення, охорону здоров'я та у новітні технології.

Досліджено міжнародну практику систем охорони здоров'я, яка включає три класичні моделі, враховують способи організації (централізовані, децентралізовані), джерела фінансування (податки, внески на медичне страхування, прямі платежі), форми власності постачальників медичних послуг (державна, приватна некомерційна, приватна комерційна).

Проаналізовано медичну реформу з огляду фінансового забезпечення та визначено, що вона має на меті формування нової моделі фінансування закладів охорони здоров'я, що визначається прозорими державними гарантіями надання безоплатної медичної допомоги громадянам, поліпшення фінансового захисту населення на випадок хвороби, ефективний та справедливий розподіл та використання публічних коштів та зменшення неформальних платежів, застосування стимулів з підвищення якості надання медичних послуг громадянам медичними закладами всіх форм власності.

Проведення реформ в медичній галузі на сучасному етапі потребує перетворення механізмів управління. Найбільш актуальною є проблема удосконалення процесу управління фінансовим забезпеченням медичних закладів. Для здійснення будь-якого виду фінансової діяльності управлінські функції фінансових менеджерів мають бути забезпечені нормативно-правовими та інформаційними базами.

Головною проблемою в ефективному управлінні фінансовим забезпеченням вітчизняних медичних закладів можна вважати відсутність показників оцінки ефективності використання бюджетних коштів.

Ефективність управління фінансовим забезпеченням повинна визначатися єдиним механізмом контролю, окрема ланка якого виконує певні властиві їй функції щодо забезпечення основних цілей і завдань. Тому виникає необхідність проведення регулярного моніторингу якості управління формуванням та використанням фінансових ресурсів, що призведе до

підвищення ролі контролю за виконанням фінансового плану з метою поліпшення фінансового забезпечення медичної установи.

Впровадження ефективного фінансового менеджменту дозволяє установам охорони здоров'я забезпечувати стійкість та конкурентоспроможність, оптимізувати витрати, залучати додаткові джерела фінансування, підвищувати якість надання медичних послуг та оперативно реагувати на зміни в умовах економічного середовища.

В цілому, реалізовані етапи реформи фінансування системи охорони здоров'я значно трансформували фінансовий механізм державного управління системою охорони здоров'я. Проте, на сьогодні залишається ряд невирішених проблем, а окремі із них виникли в умовах реформування, що пов'язано із їхнім первинним неврахуванням при розробці концептуальних положень. Відповідно, фінансовий механізм має бути розвинуто, що ставить перед наукою нові завдання та виклики.

Як стратегічна галузь, охорона здоров'я має бути стійкою до можливих несприятливих подій, таких як спалахи інфекційних захворювань, природні та техногенні лиха, а також війни. Наслідки таких подій вимагають миттєвого реагування зі збільшенням функціональної здатності медичної системи – у короткий чи дуже короткий час. Це все потребує відповідної системи фінансування. Аналіз різних моделей фінансування системи охорони здоров'я, свідчить про, те на сьогодні не існує універсальної моделі у кожній із існуючих систем є одне джерело фінансування.

На сьогодні в Україні існує одноканальна модель фінансування охорони здоров'я, гроші на медицину виділяються з консолідованого Державного бюджету. Війна внесла свої корективи в фінансування системи охорони здоров'я. Гуманітарні та донорські системи фінансування вже створені, але потребують подальшого зміцнення для подолання фрагментарності та неузгодженості у сфері закупівель та надання послуг.

Проаналізовано основні показники діяльності департаменту департаменту цивільного захисту та охорони здоров'я населення Рівненської обласної

державної адміністрації. В Рівненській області сформована спроможна мережа закладів охорони здоров'я, орієнтована на задоволення потреб населення у всіх видах медичної допомоги належної якості. Фінансування галузі «Охорона здоров'я» у 2024 році здійснюється за рахунок коштів субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення підтримки окремих закладів та заходів у системі охорони здоров'я, освітньої субвенції, додаткової дотації з державного бюджету на здійснення переданих з державного бюджету видатків з утримання закладів освіти та охорони здоров'я, коштів обласного бюджету, міжбюджетних трансфертів та коштів НСЗУ. Видатки, затверджені на охорону здоров'я в обласному бюджеті спрямовуються на виконання закладами своїх повноважень та виконання заходів обласних програм. Їх в 2024 році розроблено та реалізовується шість.

На основі здійсненого аналізу можемо зробити загальний висновок, що медичні заклади Рівненської області мають стабільний фінансовий стан, проте існують певні ризики та різноманітність у стратегіях фінансування. Для покращення фінансового стану рекомендується удосконалення стратегій.

Враховуючи міжнародний досвід, слід розвивати страховий механізм фінансування охорони здоров'я та ринок добровільного медичного страхування має великий потенціал.

Результатом розробки плану спроможної мережі закладів охорони здоров'я госпітального округу має стати розробка маршрутів руху пацієнта в межах госпітального округу (або й поза його межами) та державні інвестиції в реконструкцію, будівництво, закупівлю медичного обладнання, об'єм яких буде залежати від статусу лікарень (загальні, кластерні, надкластерні, поза мережею). Сама ж розробка маршрутів доступу пацієнта до медичних послуг є одним із ключових аспектів, які віднесені до обов'язків Департаменту. Наступним функціональним обов'язком Департаменту є розробка пропозицій щодо формування політики у сфері охорони здоров'я в регіоні через розробку бюджетних програм, визначення цілей та завдань. Саме він здійснює контроль за фінансовим плануванням і господарюванням в обласних ЗОЗ, доступністю та

якістю медичної допомоги, що в них надається. Ще один напрям роботи Департаменту – робота над збором інформації, аналізом та розрахунком потреби в ліках, виробках медичного призначення і медичного обладнання, що закуповуються державою. Департамент має зосередитися на своїй координаційній функції в системі охорони здоров'я на рівні області.

Нових рішень щодо фінансування потребують послуги, якість яких залежить від ефективної координації медичних та соціальних служб, зокрема інтегрованих послуг з довгострокового догляду, захисту дітей. Аналізуючи міжнародний досвід, можна стверджувати, що соціальний прорив у цій сфері, значною мірою, залежав від наполегливості та професійності урядових команд, що займались деінституалізацією. На початковому етапі важливим є планування та прийняття рішень з питання реформування системи інституційного догляду та виховання дітей на державному рівні, залучення громадськості з метою трансформації уявлень щодо виховання та утримання дітей-сиріт, дітей позбавлених батьківського піклування та дітей з особливими потребами і формування відповідного нормативно-правового супроводу реформи. Наступним етапом має бути створення відповідних органів на місцевому рівні для моніторингу потреб та послуг для дітей, що потребують опіки держави та сімей з дітьми, які опинились у складних життєвих обставинах з метою запобігання потраплянню дітей у заклади інституційного догляду та виховання.

Розвиток партнерства між місцевою владою та закладами охорони здоров'я теж є ключовим фактором у забезпеченні якісних медичних послуг і ефективному реагуванні на виклики, особливо в умовах війни. Така співпраця дозволить оптимізувати фінансові ресурси, залучати міжнародну допомогу та розробляти стратегії розвитку медичної системи.

Очікуваними результатами від подальших змін будуть: зростання якості та доступності медичних послуг, економічна стійкість системи охорони здоров'я, підвищення довіри населення до медицини та місцевої влади та формування мережі ефективних закладів охорони здоров'я.

Реформа на місцевому (регіональному) рівні має бути підкріплена запровадженням ефективної системи управління бюджетними коштами та належним рівнем фінансування. Застосування кращих бюджетних практик для вдосконалення бюджетного процесу підвищить ефективність управління державними та місцевими фінансами, в тому числі ефективність фінансування охорони здоров'я.

Продовжити об'єднання (пулінг) коштів із різних бюджетів для фінансування системи охорони здоров'я, зокрема включити до ПМГ комунальні витрати надавачів медичних послуг, які зараз оплачуються з місцевих бюджетів.

Впровадження медичної реформи створює додаткові можливості для медичних закладів, такі як автономність у прийнятті управлінських рішень та збільшення сфери впливу щодо розпоряджень ресурсами закладу. Внаслідок цього виникає потреба впровадження інноваційних методів в управлінні закладом охорони здоров'я. Одним із таких інструментів управління є стратегічне планування, що надає можливість кардинально впливати на зміну ситуації, адже стратегічний розвиток є основою самостійної та автономної діяльності закладу охорони здоров'я. Також слід враховувати, що управління господарською діяльністю медичних закладів реалізується через систему організаційно-господарських повноважень громад щодо суб'єктів господарювання, які є їхньою комунальною власністю. Одночасно з основною метою діяльності закладів охорони здоров'я – забезпечення громадян якісною та доступною медичною допомогою, заклади зацікавлені в економічній доцільності використання ресурсів та ефективності власної діяльності, що вимагає стратегічного підходу при плануванні діяльності. У процесі розробки стратегічного плану розвитку закладу охорони здоров'я обов'язково слід враховувати напрями та цілі стратегії розвитку громади (регіону), а також належним чином погодити та затвердити таку стратегію відповідним рішенням органу місцевого самоврядування.

Навіть у нинішніх умовах воєнного часу та з урахуванням фіскальних обмежень, спричинених економічними наслідками війни, Україна може рухатися вперед шляхом проведення реформ, які забезпечать максимальні досягнення в охороні здоров'я, фінансовий захист, справедливість та якість в межах наявних ресурсів. Вирішальне значення для досягнення успіху мають сильні та підзвітні інституції з прозорим процесом прийняття рішень. Міжнародні партнери готові надати технічну та фінансову підтримку в реалізації цих реформ.

В найближчій перспективі Україні варто звернути увагу на можливість наближення функціональної структури загальних бюджетних видатків до середнього рівня європейських країн, збільшивши питому вагу витрат на охорону здоров'я. Також важливо працювати у напрямку розвитку страхової медицини, адже як показує міжнародний досвід, такий формат фінансових відносин у медицині є чи не найбільш ефективним в реаліях сьогодення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Артамонова Н. О. Інформаційне забезпечення трансферу медичних технологій як сучасний комунікаційний механізм інноваційної діяльності / Н. О. Артамонова // Бібліотекознавство. Документознавство. Інформологія : наук. журн. – 2009. – № 3. – С. 56-66.
2. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 р. №2801– XII –Верховна рада України. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 23.10.2024).
3. Майбутня держава 2030, Звіт KPMG. URL: www.kpmg.com/future-state-government/Documents/future-state-2030-v3.pdf (дата звернення: 23.10.2024).
4. Видатки на охорону здоров'я. Міністерство фінансів України: веб-сайт – URL: <https://mof.gov.ua/uk/the-reform-of-medicine> (дата звернення: 24.10.2024).
5. Аналітична довідка ООН. URL: ukraine.un.org/socialniy-zakhist-v-ukraini (дата звернення: 24.10.2024).
6. Торгун О. Десять проблем української медицини. Український інститут майбутнього. URL: uifuture.org/publications/25139-heals-medecine-torgun/ (дата звернення: 24.10.2024).
7. Інтерв'ю агентства «Інтерфакс-Україна». «Під час війни система охорони здоров'я України показала свою працездатність — голова Бюро ВООЗ в Україні». URL: interfax.com.ua/news/interview/821272.html (дата звернення: 25.10.2024).
8. Логвиненко Б.О. Публічне адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні: теорія і практика: монографія. Київ: «МП Леся», 2017 244с.
9. Войтенко А. Б., Присяжнюк О. Ф., Плотнікова М. Ф. Адміністрування та проектування фінансово-економічної спроможності закладів охорони здоров'я. Ефективна економіка. 2021. № 7. URL:

- <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=9061> (дата звернення: 24.10.2024).
10. Москаленко В. Ф. Системи охорони здоров'я: сучасний погляд на класифікацію. Науковий вісник Національного медичного університету імені О. О. Богомольця. 2012 - № 2. - С. 7-16. - URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvnmu_2012_2_3. (дата звернення: 25.10.2024).
 11. Кошова С., Михальчук В., Радиш Я. Єдиний медичний простір України – нова парадигма розвитку національної системи охорони здоров'я. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2021. №9. - URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/index.php?op=1&z=2203> (дата звернення: 25.10.2024).
 12. Прус Н., Савченко Н. Підходи до управління фінансовими ресурсами в контексті реформування системи охорони здоров'я України. Економіка та держава. 2018. № 10. С. 27-32.
 13. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016–2019. Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/425340/WHO-WBJoint-Report_UKR_Full-report_Web.pdf (дата звернення: 26.10.2024).
 14. Посилкіна О.В., Гладкова О.В. Актуальні проблеми фінансового забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я в Україні в умовах їх реформування. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Економіка і управління. 2021. № 2. Том 32 (71). С. 43–49.
 15. Юринець З. В. Напрями державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України. Інвестиції: практика та досвід. 2018. № 22. С. 116–121.
 16. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: Розпорядження КМУ від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/249626689> (дата звернення: 24.10.2024).
 17. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році: Постанова Кабінету Міністрів

- України від 22 грудня 2023 р. № 1394. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1394-2023-%D0%BF#Text> (дата звернення: 28.10.2024).
- 18.Офіційний сайт Національної служби здоров'я України: веб-сайт. URL: <https://contracting.nszu.gov.ua/kontraktuvannya/kontraktuvannya-2024-1699952970/vimogi-pmg-2024> (дата звернення: 28.10.2024).
- 19.Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. Дата оновлення: 20.09.2024. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення: 28.10.2024).
- 20.Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості: Закон України від 14.11.2017 № 2206-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text> (дата звернення: 18.11.2024).
- 21.Про внесення змін та визнання такими, що втратили чинність, деяких постанов Кабінету Міністрів України: Постанова Кабінету Міністрів України від 16 березня 2017 р. № 180. (Урядова програма реімбурсації «Доступні ліки») URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/180-2017-%D0%BF#Text> (дата звернення: 18.11.2024).
- 22.Про утворення Національної служби здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101-2017-п. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text> (дата звернення: 18.11.2024).
- 23.Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 березня 2018 р. № 503. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18#Text> (дата звернення: 18.11.2024).
- 24.Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 березня 2018 р. № 504.

- URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text> (дата звернення: 18.11.2024).
25. Бюджетний кодекс України від 08.07.2010 № 2456–VI. URL : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2456-17> (дата звернення: 18.11.2024).
26. Арцатбанова О. В. Порівняльний аналіз підходів до побудови економічних механізмів функціонування системи охорони здоров'я. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2017. № 10. - URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1399> (дата звернення: 19.11.2024).
27. Бойко О., Хижинська Г. Апробація зарубіжного досвіду активізації медичного страхування в Україні. Причорноморські економічні студії. 2018. Вип. 27. С. 93–97.
28. Борисюк О. В. Імплементация зарубіжних моделей соціального страхування до вітчизняних реалій. Молодий вчений. 2017. № 4. С. 5–8.
29. Логвиненко Б. Система Охорони здоров'я України: сутність і особливості в сучасний період. URL: <http://www.legeasiviata.in.ua/archive/2016/9-2/20.pdf> (дата звернення: 19.11.2024).
30. Держбюджет-2023: видатки на охорону здоров'я в бюджеті воєнного часу. № 45/46 (1366/1367). 5 грудня 2022 р. - URL: <https://www.apteka.ua/article/651969> (дата звернення: 19.11.2024).
31. Фінансування охорони здоров'я в Україні: стійкість в умовах війни. - URL: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1462188/retrieve> (дата звернення: 19.11.2024).
32. Про Державний бюджет України на 2022 рік: Закон України від 02.12.2021 № 1928-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1928-20#Text> (дата звернення: 19.11.2024).
33. Про Державний бюджет України на 2023 рік: Закон України від 03.11.2022 № 2710-IX. Дата оновлення: 22.10.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2710-20#Text> (дата звернення: 19.11.2024).

34. Про Державний бюджет України на 2024 рік: Закон України від 09.11.2023 № 3460-IX. Дата оновлення: 21.09.2024. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3460-20#Text> (дата звернення: 19.11.2024).
35. Офіційний сайт Українського центру охорони здоров'я: веб-сайт. URL: <https://uhc.org.ua/> (дата звернення: 19.11.2024).
36. Веб-сайт Департаменту цивільного захисту та охорони здоров'я населення Рівненської обласної державної адміністрації URL: <https://rouoz.gov.ua/> (дата звернення: 19.11.2024).
37. Положення Департаменту цивільного захисту та охорони здоров'я населення Рівненської обласної державної адміністрації URL: <https://www.rv.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennya-polozhennya-pro-departament-civilnogo-zahistu-ta-ohoroni-zdorovya-naselennya-rivnenskoyioblasnoyi-derzhavnoyi-administraciyi> (дата звернення: 19.11.2024).
38. Веб-сайт Рівненської обласної державної адміністрації URL: <https://www.rv.gov.ua/> (дата звернення: 19.11.2024).
39. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги: Закон України від 01.07.2022 № 2347-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text> (дата звернення: 20.11.2024).
40. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 р. № 174. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#top> (дата звернення: 20.11.2024).
41. Про затвердження Порядку виконання повноважень Державною казначейською службою в особливому режимі в умовах воєнного стану: Постанова Кабінету Міністрів України від 09 червня 2021 р. № 590. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/590-2021-%D0%BF#Text> (дата звернення: 21.11.2024).

42. Про затвердження переліку медичного обладнання для забезпечення потреб сфери охорони здоров'я в умовах воєнного стану: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09 травня 2022 р. № 761. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0761282-22#Text> (дата звернення: 21.11.2024).
43. Про затвердження Порядку та умов надання у 2024 році субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення підтримки окремих закладів та заходів у системі охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 23 січня 2024 р. № 73. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/73-2024-%D0%BF#Text> (дата звернення: 21.11.2024).
44. Деякі питання оплати праці працівників державних та комунальних закладів охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 13 січня 2023 р. № 28. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/28-2023-%D0%BF#Text> (дата звернення: 21.11.2024).
45. Про місцеве самоврядування в Україні: Закон України від 21.05.1997 № 280/97-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 22.11.2024).
46. Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування: Закон України від 09.07.2003 № 1058-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1058-15#Text> (дата звернення: 25.11.2024).
47. Про затвердження Порядку обміну інформацією між органами, що контролюють справляння надходжень бюджету, та органами місцевого самоврядування: Постанова Кабінету Міністрів України від 16 червня 2021 р. № 627. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/627-2021-%D0%BF#Text> (дата звернення: 26.11.2024).
48. Про затвердження Порядку обміну електронними документами між Міністерством фінансів України та учасниками бюджетного процесу на місцевому рівні від 30 серпня 2021 р. № 488. URL:

- <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1372-21#Text> (дата звернення: 26.11.2024).
- 49.Офіційний сайт державної казначейської служби України. - URL: <https://ca.treasury.gov.ua/> (дата звернення: 26.11.2024).
- 50.Фінансування системи охорони здоров'я в Україні: реформа, стійкість і відновлення. Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. URL: <https://www.who.int/ukraine/uk/publications/i/item/WHO-EURO-2024-10570-50342-75964> (дата звернення: 27.11.2024).
- 51.Медичне страхування (ДМС). Рейтинг страхових компаній України. URL: <https://forinsurer.com/ratings/nonlife/23/12/45> (дата звернення: 28.11.2024).
- 52.Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. Проєкт від 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%B3%D1%96%D1%8F/UKR%20Health%20Strategy%20Feb%2024.2022.pdf> (дата звернення: 28.11.2024).
- 53.Деякі питання електронної системи охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 411. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#Text> (дата звернення: 29.11.2024).
- 54.Про схвалення Концепції розвитку електронної охорони здоров'я: Розпорядження КМУ від 28 грудня 2020 р. № 1671-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1671-2020-%D1%80#Text> (дата звернення: 30.11.2024).
- 55.Машина Н. І. Міжнародне страхування / Н. І. Машина. – К.: Центр учбової літератури, 2006. – 501 с.
- 56.Пунда О. О. Медичне страхування в Україні: правові та організаційні засади / О. О. Пунда, Д. А. Арзянцева // Університетські наукові записки. – 2010. - № 1 (29). - С. 90-99.

- 57.Чорномаз О. Б. Проблеми і перспективи розвитку медичного страхування в Україні / О. Б. Чорномаз // Форму права. - 2015. - № 7. - С. 130-133.
- 58.Федорова Н.О. Стан фінансування системи медичного страхування в Україні. Держава та регіони. Серія : Державне управління. 2019. № 1(65). С. 110–115.
- 59.Винницький Б. Досвід та перспективи впровадження державно-приватного партнерства в Україні та за кордоном / Б. Винницький, М. Лендел, Б. Онищук. Київ : К.І.С., 2018. 146 с. (дата звернення: 03.12.2024).
- 60.Гойда Н. Г. Державно-приватне партнерство в діяльності лікарні: світовий досвід та перспективи впровадження в Україні / Н. Г. Гойда, Н. В. Курділь. Східноєвроп. журн. громад. здоров'я. 2012. № 2/3. С. 68–71 (дата звернення: 03.12.2024).