

Карпатський національний університет імені Василя Стефаника
Факультет управління
Кафедра публічного управління та адміністрування

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти

на тему:

***«УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМИ РЕСУРСАМИ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ
В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»***

Виконав: студент 2 курсу, групи ПУА-21
спеціальності 281 «Публічне управління та
адміністрування» ОР «Магістр»
Дрогомерецька Галина Михайлівна

Керівник: к.е.н., доцент Жук О.І.

Рецензент: д.е.н., проф. Сас Л.С.

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМИ РЕСУРСАМИ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ	6
1.1 Сутність та склад фінансових ресурсів у сфері охорони здоров'я	6
1.2. Державна політика та правове забезпечення фінансування медичних закладів в умовах реформ	16
1.3. Механізми формування і розподілу фінансових ресурсів в охороні здоров'я	24
Висновки до розділу 1	31
РОЗДІЛ 2. ОЦІНКА ТА АНАЛІЗ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМИ РЕСУРСАМИ КНП “ЗАБОЛОТІВСЬКА БАГАТОПРОФІЛЬНА ЛІКАРНЯ”	32
2.1. Організаційно-економічна характеристика КНП “Заболотівська багатопрофільна лікарня”	32
2.2. Аналіз структури доходів та витрат закладу	36
2.3. Оцінка ефективності управління фінансовими ресурсами та виявлення проблем	49
Висновки до розділу 2	55
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ ФІНАНСУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	57
3.1. Системи фінансування закладів охорони здоров'я: зарубіжний досвід	57
3.2. Механізми удосконалення державного фінансування системи охорони здоров'я	69
Висновки до розділу 3	79
ВИСНОВКИ	81
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	84

ВСТУП

Реформування системи охорони здоров'я України спричинило докорінні зміни у фінансовій моделі функціонування галузі, що актуалізує потребу у вдосконаленні підходів до управління фінансовими ресурсами медичних закладів. Перехід до принципу «гроші йдуть за пацієнтом», формування договірних відносин із Національною службою здоров'я України, автономізація комунальних некомерційних підприємств, впровадження Програми медичних гарантій та інформаційної системи eHealth істотно підвищили вимоги до ефективності планування, розподілу та контролю фінансових ресурсів. В умовах воєнного стану та економічної нестабільності значення раціонального управління фінансами ще більше зростає, оскільки від фінансової стійкості медичних закладів залежить безперервність надання медичної допомоги, доступність послуг, оновлення матеріально-технічної бази та загальна соціальна безпека населення. Саме тому питання оптимізації фінансового забезпечення набувають особливої ваги як у системі державного управління охороною здоров'я, так і на рівні окремих комунальних медичних установ, зокрема лікарень вторинної ланки. У сучасних умовах медичні заклади мають не лише виконувати клінічні функції, а й працювати як суб'єкти господарювання, здатні забезпечувати ефективне використання отриманих коштів, підвищувати результативність діяльності та забезпечувати фінансову стабільність.

Метою магістерської роботи є комплексний аналіз управління фінансовими ресурсами медичних закладів та обґрунтування напрямів удосконалення фінансового забезпечення охорони здоров'я в умовах реформ.

Для досягнення поставленої мети визначено такі завдання:

- дослідити сутність та склад фінансових ресурсів у сфері охорони здоров'я;
- проаналізувати державну політику та нормативно-правове забезпечення фінансування медичних закладів в умовах реформ;

- охарактеризувати механізми, підходи та інструменти управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я;
- надати організаційно-економічну характеристику КНП «Заболотівська багатопрофільна лікарня»;
- проаналізувати структуру доходів і витрат закладу та оцінити динаміку фінансових показників;
- здійснити оцінку ефективності управління фінансовими ресурсами лікарні, включно з аналізом фінансової стійкості, ліквідності, рентабельності та стратегічним аналізом діяльності;
- узагальнити зарубіжний досвід фінансування охорони здоров'я та можливості його адаптації в Україні;
- обґрунтувати напрями удосконалення державного фінансування та підвищення ефективності фінансового забезпечення медичних закладів.

Об'єктом дослідження є процеси управління фінансовими ресурсами медичних закладів у сучасних умовах реформування галузі.

Предметом дослідження є теоретичні, нормативні, фінансові, організаційні та практичні механізми управління фінансовими ресурсами медичних закладів, а також підходи до їх удосконалення в умовах трансформації системи охорони здоров'я.

Методологічну основу роботи становлять загальнонаукові та спеціальні методи дослідження, серед яких теоретичний, логічний, структурний, порівняльний, нормативно-правовий аналіз, економіко-статистичні методи, горизонтальний і вертикальний аналіз, системний і структурно-функціональний підхід.

Використання зазначених методів забезпечило комплексний, багаторівневий і об'єктивний характер дослідження.

Практичне значення дослідження полягає у можливості застосування отриманих результатів органами місцевого самоврядування, керівництвом комунальних медичних закладів, НСЗУ та іншими стейкхолдерами для вдосконалення управління фінансовими ресурсами, підвищення ефективності

використання бюджетних і позабюджетних коштів, зміцнення фінансової стабільності та покращення якості медичних послуг.

Структура магістерської роботи включає вступ, три розділи, висновки та список використаних джерел, що забезпечує логічність, послідовність і повноту відображення теоретичних, аналітичних та практичних аспектів дослідження.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМИ РЕСУРСАМИ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

1.1. Сутність та склад фінансових ресурсів у сфері охорони здоров'я

Фінансові ресурси є ключовою складовою будь-якої соціально-економічної системи, а у сфері охорони здоров'я вони визначають рівень функціонування, ефективності та стійкості галузі. Вони формують матеріальну основу для забезпечення населення якісними медичними послугами, розвитку закладів охорони здоров'я, відтворення трудового потенціалу та реалізації державних гарантій на безоплатну медичну допомогу. У науковій літературі фінансові ресурси розглядаються як сукупність грошових фондів, що формуються та використовуються для виконання завдань системи охорони здоров'я на національному, регіональному та інституційному рівнях [1].

Науковці підкреслюють, що сутність фінансових ресурсів у сфері охорони здоров'я визначається не лише їх обсягом, а й структурою, механізмом формування та раціональністю використання. Зокрема, І. Конєва відзначає, що фінансові ресурси медичних закладів – це сукупність грошових коштів, які акумулюються відповідно до чинного законодавства з метою забезпечення ефективної діяльності, підвищення якості послуг і сталого розвитку медичних установ [1]. Фінансові ресурси в охороні здоров'я, за своєю економічною природою, мають подвійний характер: з одного боку, вони є індикатором фінансової спроможності закладу, з іншого – інструментом державного регулювання соціально значущої сфери.

Дослідниця Н. Філіпова зазначає, що ефективність функціонування системи охорони здоров'я безпосередньо залежить від вибору моделі її фінансового забезпечення. Вона визначає фінансові ресурси як систему грошових відносин і потоків, які забезпечують реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я, підкреслює, що ключовими принципами управління

фінансовими ресурсами мають бути соціальна справедливість, системність, субсидіарність, збалансованість, прозорість і результативність [2]. Таке бачення узгоджується з положеннями Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, затвердженої Кабінетом Міністрів України у 2016 році, де наголошено на необхідності переходу до моделі «гроші йдуть за пацієнтом», яка передбачає фінансування медичних закладів відповідно до кількості та якості наданих послуг.

Основні принципи реформування фінансування системи охорони здоров'я наведено в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1

Принципи реформування фінансування системи охорони здоров'я

Принцип	Зміст
Фінансовий захист	Забезпечення недопущення катастрофічних витрат громадян у випадку хвороби, гарантування доступності медичної допомоги незалежно від рівня доходів населення.
Універсальність і справедливість	Надання гарантованого пакета медичних послуг для всіх громадян України без дискримінації за соціальними чи територіальними ознаками.
Прозорість і підзвітність	Відкритість процесів фінансування, недопущення корупційних схем, чіткість зобов'язань усіх сторін і публічність звітності щодо використання бюджетних коштів.
Ефективність	Забезпечення максимальної віддачі від кожної бюджетної гривні, орієнтація фінансування на результативність і якість надання медичних послуг.
Вільний вибір пацієнта	Право пацієнта обирати лікаря й медичний заклад, який відповідає його потребам у межах Програми медичних гарантій.
Конкуренція постачальників	Рівні умови для державних, комунальних і приватних медичних закладів у системі державного фінансування, що сприяє підвищенню якості послуг.
Передбачуваність і субсидіарність	Сталість обсягів фінансування та делегування повноважень щодо розподілу ресурсів на місцевий рівень для підвищення гнучкості системи управління.

*Джерело: [1, с. 95; 5, с. 92].

Реформа фінансування охорони здоров'я передбачає не лише зміну механізмів розподілу коштів, а й трансформацію управлінських підходів. Її принципи спрямовані на забезпечення соціальної справедливості, фінансової стійкості та прозорості витрачання ресурсів. Визначальною стала орієнтація на пацієнта – система фінансування дедалі більше ґрунтується на обсягах та

якості фактично наданих послуг. Таким чином, закріплені принципи формують основу для побудови ефективного фінансового менеджменту медичних закладів і створюють умови для підвищення відповідальності держави, місцевої влади та надавачів медичних послуг за результати діяльності. Принципи є основою сучасної фінансової політики в охороні здоров'я, їхня реалізація забезпечує поступовий перехід від утримання медичних закладів до фінансування результатів діяльності. Це дає змогу підвищити прозорість розподілу бюджетних коштів, посилити фінансову дисципліну й створити конкурентне середовище серед постачальників медичних послуг. Застосування таких принципів формує цілісну систему управління фінансовими потоками галузі, орієнтовану на потреби пацієнта та досягнення сталого розвитку системи охорони здоров'я.

З позицій системного підходу Т. Камінська пропонує розглядати фінансові ресурси через трирівневу структуру організаційно-економічного механізму фінансового забезпечення.

На рисунках 1.1-1.3 відображено трирівневу систему фінансового забезпечення охорони здоров'я.

- макрорівень – охоплює державну політику, бюджетне планування і регулювання фінансових потоків;
- мезорівень – передбачає фінансову взаємодію між госпітальними округами, регіональними структурами та органами місцевого самоврядування;
- мікрорівень – це управління фінансами окремих закладів охорони здоров'я, особливо комунальних некомерційних підприємств [3].

Таке багаторівневе бачення дає змогу узгодити державну та місцеву політику у сфері фінансування, оптимізувати розподіл ресурсів та забезпечити сталість системи в умовах воєнних ризиків і післявоєнної відбудови та оцінювати ефективність фінансування системи охорони здоров'я комплексно від загальнодержавних стратегічних пріоритетів до діяльності окремих установ.

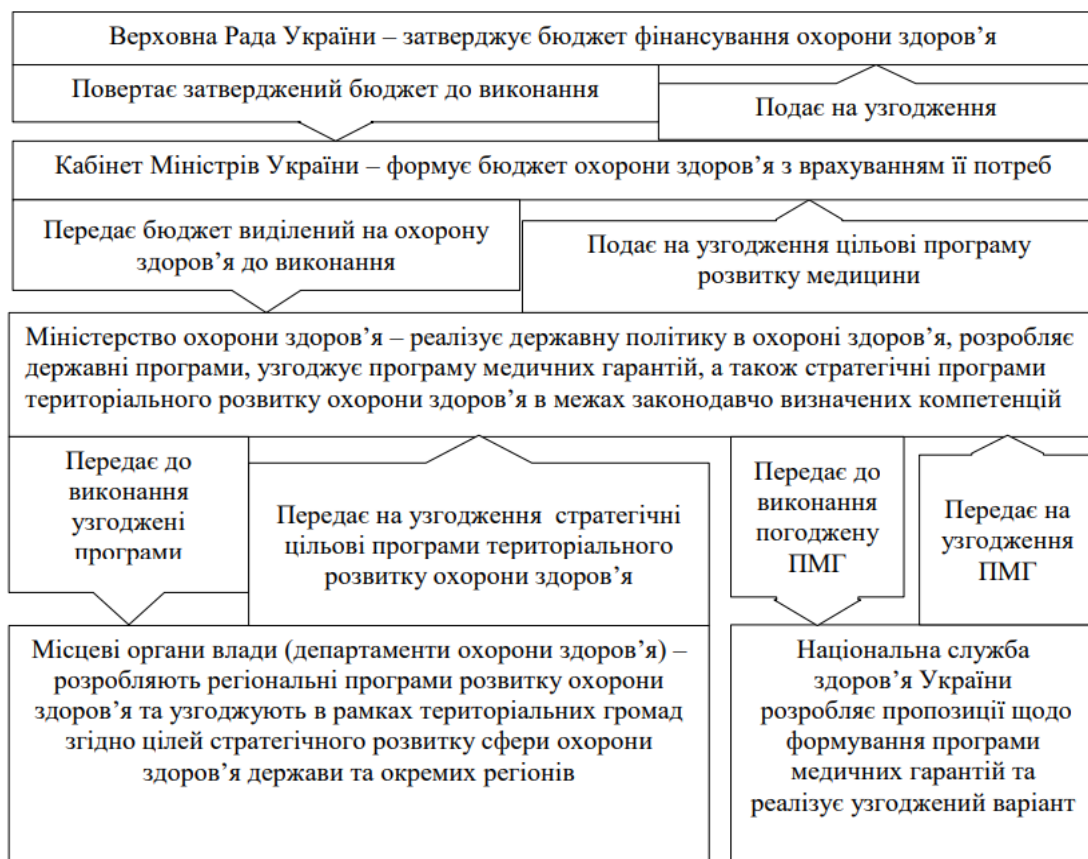


Рис. 1.1 Організаційно-економічна структура фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я на макрорівні*

*Джерело: [3, с. 50].

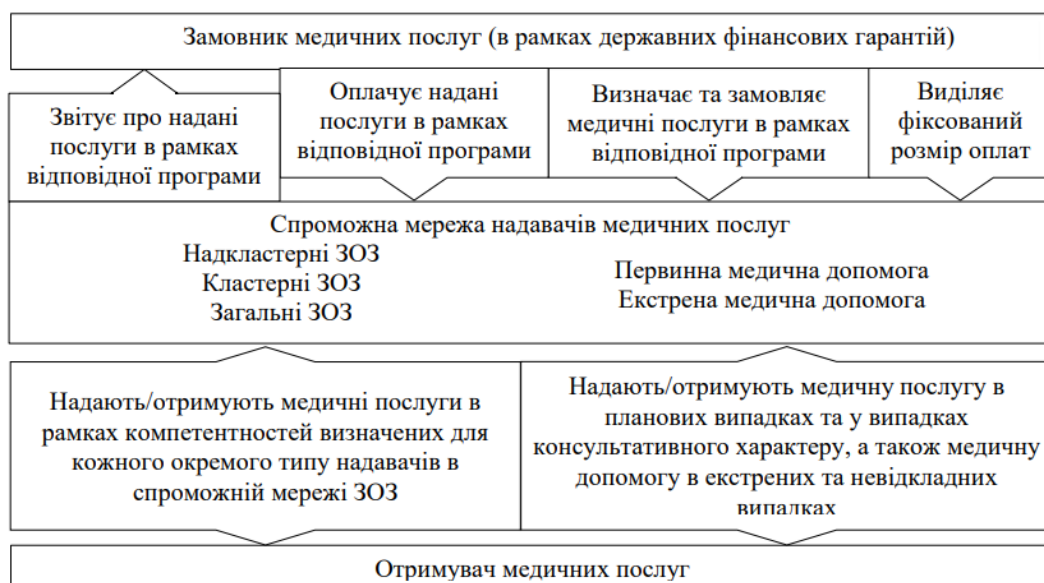


Рис. 1.2. Організаційно–економічна структура фінансового забезпечення мезорівня*

*Джерело: [3, с. 57].



Рис. 1.3. Організаційно–економічна структура фінансового забезпечення на мікрорівні*

**Джерело: [3, с. 62].*

Частка видатків на охорону здоров'я у ВВП України становить близько 3 %, що суттєво нижче середньоєвропейських показників, де цей рівень перевищує 7–8 %. В умовах війни та обмеженості фінансових ресурсів пріоритетом є модернізація системи фінансування, підвищення її прозорості та ефективності [4]. Водночас у структурі фінансування спостерігається тенденція до зростання частки видатків, що здійснюються через механізми програми медичних гарантій.

У структурі фінансових ресурсів медичних закладів переважають бюджетні кошти. Основними джерелами їх формування є державний бюджет, місцеві бюджети, кошти Національної служби здоров'я України, а також власні надходження установ – від платних послуг, грантів, благодійної допомоги чи участі у проектах державно–приватного партнерства. Структура формування фінансових ресурсів де відображено у таблиці 1.2.

У період реформи 2018–2019 рр. відбувся перехід від субвенційного механізму фінансування до договірних відносин із НСЗУ, що сприяло формуванню ринкових принципів розподілу коштів і посиленню фінансової відповідальності медичних закладів.

Таблиця 1.2

Джерела фінансування закладів сфери охорони здоров'я*

Період	Державний бюджет		Місцеві бюджети
Перехідний період (2018 р.)	Національна служба охорони здоров'я Капітаційна оплата, що здійснювалася на основі підписання декларацій; уніфікована базова ставка – 370 грн; діяли вікові коефіцієнти й коригувальний коефіцієнт гірських територій.	Міністерство охорони здоров'я України Фінансування здійснювалося через субвенцію державного бюджету на основі капітаційної ставки; обсяг фінансування визначався за кількістю населення, закріпленого за закладом первинної медичної допомоги.	За видами органів місцевого самоврядування Фінансування здійснювалося за статтями витрат, передбаченими Бюджетним кодексом, та додатковими витратами, які визначалися органами місцевої влади.
З 2019 р.	Національна служба охорони здоров'я України Капітаційна оплата, що здійснювалася на основі динаміки підписання декларацій; діяли вікові коефіцієнти, коригувальний коефіцієнт гірських територій; можливо було зменшення остаточної оплати понадлімітних декларацій (до 20 %).		За видами органів місцевого самоврядування Фінансування здійснювалося за статтями витрат, передбаченими Бюджетним кодексом, та додатковими витратами, які визначалися органами місцевої влади.

*Джерело: [1, с. 93–94].

Рациональний розподіл коштів має поєднувати централізовані й децентралізовані механізми. Централізовані ресурси (державні видатки, субвенції, програми медичних гарантій) забезпечують системність і контроль, тоді як децентралізовані (власні доходи закладів, гранти, благодійні внески) створюють гнучкість і можливість саморозвитку. Напрями використання фінансових ресурсів медичних закладів відображено в таблиці 1.3.

Важливим напрямом удосконалення фінансування галузі стало запровадження концепції реформування, відповідно до якої сформовано нову модель бюджетних видатків. Фінансові ресурси системи охорони здоров'я тепер розподіляються відповідно до чітких критеріїв – кількості пролікованих пацієнтів, складності наданих послуг і рівня медичного закладу [5].

Таблиця 1.3

Напрями використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я*

Напрями використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я	Капітальні видатки	Поточні видатки
1. Придбання обладнання	Закупівля медичного та діагностичного обладнання	Оплата праці, нарахування на оплату праці
2. Придбання предметів довгострокового користування	Меблі, техніка, транспортні засоби, інше обладнання	Матеріали, обладнання та інвентар
3. Придбання нематеріальних активів	Програмне забезпечення, ліцензії, права користування	Медикаменти та перев'язувальні матеріали
4. Реконструкція та реставрація будівель	Капітальний ремонт приміщень і споруд	Продукти харчування
5. Капітальне будівництво (придбання)	Будівництво нових корпусів, лабораторій, відділень	Оплата послуг (крім комунальних)
6. Створення державних запасів і резервів	Формування запасів медичних засобів і вакцин	Відрядження та заходи спеціального призначення
7. Придбання землі	Придбання земельних ділянок для розширення території закладу	Оплата комунальних послуг та енергоносіїв

*Джерело: [1, с. 97].

Такий підхід забезпечує ефективніше використання коштів і створює конкуренцію між установами, що позитивно впливає на якість послуг.

Системні напрями реформування, що вплинули на фінансовий механізм державного управління у сфері охорони здоров'я відображено в таблиці 1.4.

Таким чином, реформування системи охорони здоров'я охоплює комплекс взаємопов'язаних напрямів, що безпосередньо вплинули на фінансовий механізм управління галуззю. Запровадження Програми медичних гарантій та діяльність НСЗУ забезпечили перехід до моделі оплати за результат, а автономізація закладів підвищила їхню фінансову самостійність. Цифровізація процесів через систему eHealth підвищила прозорість використання коштів, тоді як програма «Доступні ліки» посилила соціальну складову фінансування.

Таблиця 1.4

**Напрями реформування системи охорони здоров'я, що вплинули
на фінансовий механізм державного управління**

Напрямок	Характеристика впливу
Запровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги	Держава бере на себе зобов'язання щодо фінансування базових медичних послуг у межах Програми медичних гарантій, що забезпечує прозорий розподіл бюджетних коштів та фінансову захищеність населення.
Національна служба здоров'я України (НСЗУ)	Створення єдиного державного закупівельника медичних послуг забезпечило централізований облік витрат, контроль за якістю медичних послуг та ефективність розподілу коштів.
Автономізація постачальників медичної допомоги	Медичні заклади отримали фінансову самостійність і право самостійно розпоряджатися коштами, що дало змогу підвищити гнучкість і відповідальність керівництва за результати діяльності.
Запровадження системи eHealth	Цифровізація фінансово-облікових процесів у системі охорони здоров'я сприяла прозорості фінансових потоків, зниженню ризиків неформальних платежів і покращенню управлінського контролю.
Програма «Доступні ліки»	Реалізація механізму державного відшкодування вартості ліків сприяла розширенню доступу до медикаментозного лікування та зміцненню довіри населення до державної політики у сфері охорони здоров'я.

Сукупно ці зміни створили передумови для формування конкурентного середовища, орієнтованого на якість медичних послуг і ефективне використання державних ресурсів. Представлені напрями реформування заклали основу нового фінансового механізму державного управління охороною здоров'я. Його характерними рисами є децентралізація фінансових потоків, договірна взаємодія між державою та надавачами послуг, орієнтація на ефективність використання коштів і прозорість фінансування. Завдяки цим змінам система охорони здоров'я поступово перетворюється на більш

економічно самодостатню, гнучку й підзвітну суспільству, що відповідає європейським стандартам публічного управління у сфері охорони здоров'я.

Склад фінансових ресурсів у системі охорони здоров'я має складну багатокомпонентну структуру. Він включає централізовані ресурси (державні видатки на національні програми, субвенції, медичну субвенцію, фінансування через НСЗУ) та децентралізовані (власні доходи закладів, страхові внески, гранти, благодійна допомога). Кожен вид ресурсів виконує свою функцію: державні кошти гарантують базову доступність послуг, місцеві бюджети забезпечують розвиток матеріальної бази, власні надходження стимулюють економічну самостійність закладів, а позабюджетні джерела сприяють інноваційному розвитку [1].

Важливо зазначити, що за сучасних умов фінансові ресурси мають не лише розподільчу, а й відтворювальну та стимулюючу функції. Їх ефективне використання сприяє підвищенню якості медичних послуг, оновленню матеріально-технічної бази та впровадженню цифрових технологій у медицині. Ефективне управління фінансовими ресурсами вимагає створення організаційно-економічного механізму, який забезпечує узгодження правових, управлінських і економічних інструментів, орієнтованих на результативність і розвиток медичного закладу [6]. У центрі такого механізму має бути пацієнт, а фінансові потоки повинні спрямовуватися не лише на підтримку функціонування системи, а й на її інноваційне оновлення (рис. 1.4).

У теоретичному аспекті фінансові ресурси у сфері охорони здоров'я можна класифікувати за формою власності (державні, комунальні, приватні), за джерелами формування (бюджетні, страхові, власні, донорські), за цільовим призначенням (поточні та інвестиційні), за способом використання (централізовані та децентралізовані). Такий підхід дозволяє систематизувати фінансові потоки, оптимізувати управлінські рішення та забезпечити прозорість у розподілі коштів. Формування збалансованої структури фінансових ресурсів є основою стійкості галузі та передумовою її модернізації в умовах воєнних і поствоєнних викликів [3].

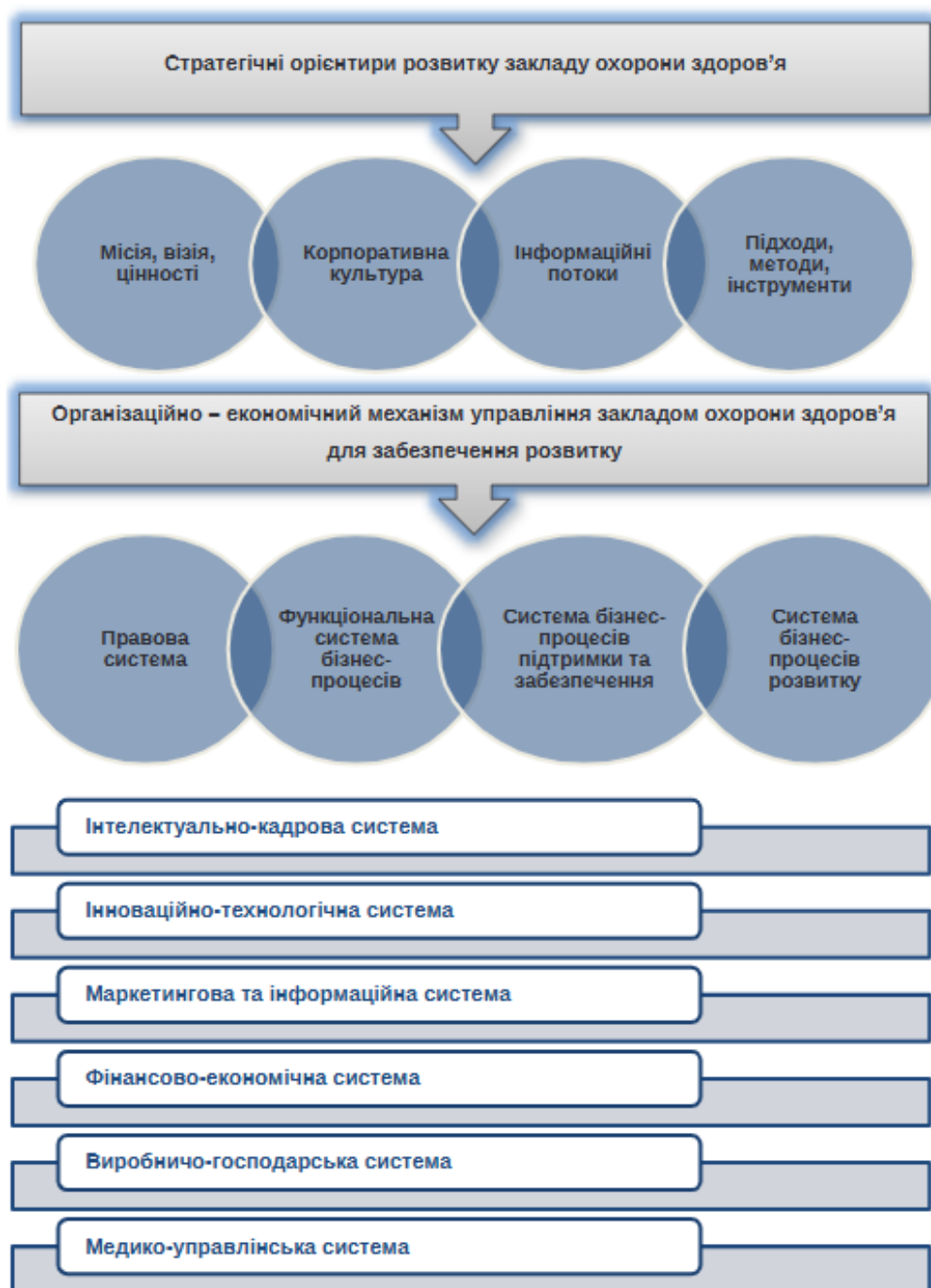


Рис. 1.4. Організаційно-економічний механізм управління закладом охорони здоров'я в умовах змін*

**Джерело: [6].*

Таким чином, сутність фінансових ресурсів у сфері охорони здоров'я полягає в їхній здатності забезпечити сталий розвиток галузі, задовольнити суспільні потреби у медичних послугах та гарантувати фінансову стійкість

системи в умовах обмеженості державних ресурсів. Вони виступають водночас економічною категорією, інструментом реалізації державної політики й засобом управління якістю та доступністю медичної допомоги. Удосконалення структури фінансових ресурсів, запровадження багатоканальної системи фінансування, розвиток медичного страхування і державно-приватного партнерства є ключовими напрямками підвищення ефективності фінансового забезпечення галузі в сучасних умовах.

1.2. Державна політика та правове забезпечення фінансування медичних закладів в умовах реформ

Державна політика у сфері фінансування охорони здоров'я України ґрунтується на принципах соціальної справедливості, підзвітності, ефективності й доступності, закріплених у чинному законодавстві. Правове підґрунтя створює комплекс нормативно-правових актів, які визначають структуру фінансування, повноваження органів влади та механізми розподілу коштів між рівнями бюджетної системи. У контексті сучасної фінансової політики охорони здоров'я важливими є такі поняття:

Програма медичних гарантій (ПМГ) – державний інструмент, що забезпечує оплату за рахунок бюджету визначеного переліку медичних послуг і лікарських засобів, наданих пацієнтам.

eHealth – національна електронна система охорони здоров'я, яка забезпечує облік, моніторинг і контроль фінансування медичних послуг у цифровому форматі.

Universal Health Coverage (UHC) – універсальне медичне покриття, принцип, за яким усі громадяни мають рівний доступ до необхідних медичних послуг без ризику фінансових труднощів.

Базовим нормативним документом є Закон України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” [7], який закріпив фундаментальну зміну в моделі фінансування – перехід від кошторисного принципу до принципу оплати за результат, тобто за обсяг та якість наданих послуг. Цей закон став центральним елементом медичної реформи, створивши правові підстави для впровадження Програми медичних гарантій, визначив перелік гарантованих медичних послуг, механізм їх фінансування через Національну службу здоров’я України (НСЗУ) та заклав основи автономізації медичних закладів.

Відповідно до Концепції реформування фінансування системи охорони здоров’я [8], схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України, держава виступає гарантом забезпечення громадян якісною медичною допомогою, водночас делегуючи частину управлінських і фінансових повноважень закладам охорони здоров’я. Концепція визначила ключові напрями політики: створення конкурентного ринку медичних послуг, розбудову інституту державного закупівельника (НСЗУ), запровадження електронної системи eHealth, розширення автономії закладів, прозорість тарифоутворення.

Законодавчо також закріплено повноваження місцевих органів влади. Відповідно до “Основ законодавства України про охорону здоров’я” [9] та Закону “Про місцеве самоврядування в Україні”, місцеві бюджети фінансують комунальні медичні установи, здійснюють поточне утримання інфраструктури та беруть участь у співфінансуванні державних програм. Таким чином, реалізація політики фінансування охорони здоров’я здійснюється на засадах багаторівневої взаємодії держави, органів місцевого самоврядування та громад.

Основні нормативно-правові акти, що регулюють фінансування системи охорони відображено в таблиці 1.5.

Таблиця 1.5.

Основні нормативно-правові акти, що регулюють фінансування системи охорони

№	Назва документа	Основні положення
1	Закон “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення”	Визначено програму медичних гарантій, модель “гроші йдуть за пацієнтом”
2	Концепція реформування системи фінансування системи охорони здоров’я	Запровадження контрактної системи фінансування через НСЗУ
3	Закон “Основи законодавства України про охорону здоров’я”	Регулювання прав громадян на безоплатну допомогу, повноваження місцевих рад
4	Закон № 2347–IX “Про удосконалення надання медичної допомоги”	Розширено повноваження НСЗУ, узгоджено механізми контролю
5	Постанова КМУ № 781 “Про платні медичні послуги”	Визначено правовий режим платних послуг у комунальних закладах

Законодавча база фінансування охорони здоров’я має системний характер і охоплює як правові засади державної політики, так і механізми її реалізації на центральному та місцевому рівнях.

З 2016 р. державна політика фінансування сфери охорони здоров’я зазнала структурних змін, що охопили як фінансові, так і управлінські механізми. Основним кроком стало створення НСЗУ – центрального органу, відповідального за реалізацію Програми медичних гарантій і виконання функції державного закупівельника медичних послуг [15].

Реформа передбачала заміну субвенційної системи фінансування на контрактну модель, у якій держава оплачує не утримання лікарень, а результат – надані медичні послуги. Це дозволило забезпечити прозорість фінансових потоків і підзвітність закладів. За даними Світового банку, уже у 2024 р. понад 7 тис. медичних закладів уклали контракти з НСЗУ, а обсяг фінансування за програмою медичних гарантій перевищив 140 млрд грн.

Для оцінки результатів реформування фінансового механізму доцільно розглянути динаміку фінансування Програми медичних гарантій (табл. 1.6.)

Таблиця 1.6.

Динаміка фінансування Програми медичних гарантій (2018–2024 рр.)

Рік	Обсяг фінансування, млрд грн	Кількість договорів з НСЗУ	Приріст до попереднього року, %
2018	32,5	2 940	—
2019	55,2	3 560	+69,8
2020	86,9	4 350	+57,5
2021	123,9	5 230	+42,6
2022	146,3	6 820	+18,1
2023	139,4	6 970	– 4,7
2024	158,8	7 110	+ 13,9

**Джерело: [12; 15].*

Програма медичних гарантій щороку зростає, що підтверджує пріоритетність цього напрямку у державній політиці. Позитивною тенденцією є збільшення кількості укладених договорів з НСЗУ, що розширює доступ населення до послуг та підвищує фінансову прозорість галузі.

Досвід України узгоджується з міжнародними практиками, наведеними у звіті ВООЗ [14], де підкреслено, що реформована система фінансування зміцнила фінансову стійкість галузі та сприяла зменшенню неформальних платежів. При цьому державна політика враховує рекомендації міжнародних інституцій щодо забезпечення універсального покриття послуг [16].

До 2018 р. – фінансування з державного бюджету за кошторисом, субвенції місцевим бюджетам. Після 2020 р. – контрактна система: держава через НСЗУ оплачує послуги, впроваджується eHealth, медичні заклади стають комунальними некомерційними підприємствами.

Інтеграція України до європейського простору передбачає узгодження державної політики фінансування медицини з європейськими принципами ефективності та солідарності. Важливою складовою інтеграційних процесів є

розширення співпраці з міжнародними фінансовими інституціями та донорами, які підтримують реформи в сфері охорони здоров'я (табл. 1.7.)

Таблиця 1.7.

**Основні міжнародні донори та програми підтримки фінансування
охорони здоров'я України (2020–2024 рр.)***

Донор/Організація	Програма / Проект	Обсяг фінансування, млн дол. США	Основний напрям підтримки
ВООЗ	Health Financing Reform Support	25	Розвиток НСЗУ, цифровізація, моніторинг ефективності
Світовий банк	Health Sector Resilience Project	120	Модернізація інфраструктури, закупівля обладнання
ЄС	EU4Health	70	Підвищення якості послуг, підготовка кадрів
ПРООН	Recovery of Health Services	30	Відновлення лікарень на деокупованих територіях

*Джерело: [13; 15].

Міжнародна допомога є потужним інструментом підтримки реформи фінансування системи охорони здоров'я. Найбільшу участь у фінансуванні бере Світовий банк, який підтримує проекти інфраструктурної модернізації та посилення кадрового потенціалу медичних закладів.

Ключові напрями реформ в Україні відповідають трьом стратегічним цілям ЄС у сфері охорони здоров'я:

- універсальність покриття медичних послуг;
- ефективне управління фінансовими потоками;
- підзвітність та прозорість використання бюджетних коштів.

З метою порівняння вітчизняної системи фінансування з європейськими моделями у таблиці 1.8 узагальнено ключові параметри функціонування фінансових систем у сфері охорони здоров'я.

Таблиця 1.8.

Порівняльна характеристика принципів фінансування охорони здоров'я в Україні та країнах ЄС

Показник	Україна	Країни ЄС
Модель фінансування	Змішана: державна + контрактна	Соціально–страхова, із сильним державним регулюванням
Частка ВВП на охорону здоров'я	3,3 %	7,4 %
Єдиний закупівельник послуг	НСЗУ	Державні або страхові агентства
Участь приватного сектору	Обмежена	Широка участь у партнерських програмах
Електронна система обліку	eHealth (у впровадженні)	Повноцінна інтегрована система

Українська модель фінансування має тенденцію до наближення до європейської, зберігаючи соціальний характер і водночас упроваджуючи елементи страхової та контрактної системи.

Державна реформа фінансів тісно пов'язана з процесами децентралізації, які надали громадам нові можливості у плануванні видатків на охорону здоров'я. Фінансова автономія громад сприяла підвищенню ефективності використання коштів на місцевому рівні, однак призвела до дисбалансу між спроможними та малозабезпеченими територіями. Для з'ясування особливостей фінансової децентралізації у сфері охорони здоров'я розглянемо розподіл джерел фінансування між рівнями управління (табл. 1.9).

Таблиця 1.9.

Рівні фінансування системи охорони здоров'я в Україні

Рівень	Джерела фінансування	Основні напрями витрат
Державний	Державний бюджет, НСЗУ, міжнародна допомога	Програма медичних гарантій, централізовані закупівлі МОЗ
Регіональний	Обласні бюджети, субвенції	Спеціалізована допомога, госпітальні округи
Місцевий	Місцеві бюджети, гранти, благодійність	Первинна допомога, підтримка КНП, інфраструктура

Система фінансування охорони здоров'я в Україні функціонує на засадах багаторівневої взаємодії, що поєднує централізоване та місцеве фінансування. Такий підхід сприяє підвищенню ефективності використання ресурсів і зміцненню спроможності громад.

Реформа фінансування призвела до позитивних зрушень:

- зменшення рівня неформальних платежів;
- розширення доступу до первинної допомоги;
- підвищення прозорості використання коштів.

Разом із тим, залишаються проблеми недостатнього фінансування капітальних інвестицій, відсутності єдиної методики оцінки ефективності та нерівномірності фінансової спроможності громад (табл 1.10).

Ефективність реформи залежить не лише від обсягів фінансування, а й від здатності держави забезпечити управлінську компетентність і контроль за результативністю використання ресурсів.

Державна політика фінансування охорони здоров'я України в умовах реформ базується на поєднанні правових, фінансових та організаційних інструментів, що забезпечують стійкість і прозорість галузі. Її правове забезпечення спирається на Закон України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” [7] та Концепцію реформування

фінансування [8], які заклали фундамент для нової системи управління коштами.

Таблиця 1.10.

**Проблеми та напрями вдосконалення державної політики
фінансування медичних закладів**

Проблема	Наслідок	Рекомендований напрям
Недостатній обсяг фінансування	Обмежений розвиток інфраструктури	Залучення грантів і приватних інвестицій
Нерівність між регіонами	Неоднаковий доступ до послуг	Єдина модель співфінансування
Слабка управлінська компетентність у громадах	Ризики неефективного використання ресурсів	Професійна підготовка менеджерів КНП
Відсутність чіткої системи оцінки ефективності	Складнощі моніторингу	Створення національних індикаторів якості фінансування

Ефективність політики проявляється у зміцненні фінансової автономії закладів, запровадженні контрактних механізмів оплати, розвитку електронних систем моніторингу, однак для її подальшого вдосконалення необхідні:

- стабільне зростання частки фінансування у ВВП;
- розширення партнерства держави з приватним сектором;
- зміцнення правового контролю за використанням бюджетних коштів;
- узгодження державних і місцевих політик у межах єдиної системи фінансування.

Таким чином, реформа фінансування охорони здоров'я – це не лише зміна економічних механізмів, а й глибока трансформація державного управління, що формує передумови для сталого розвитку сфери охорони здоров'я України відповідно до європейських стандартів.

Реформа фінансування охорони здоров'я в Україні довела ефективність поєднання державного контролю та фінансової автономії закладів. Разом із тим, реалізація політики стикається з низкою ризиків – кадровим дефіцитом, нерівністю між громадами та нестачею інвестицій у капітальні видатки. Для зміцнення системи доцільно запровадити єдину модель співфінансування державних і місцевих програм, удосконалити моніторинг ефективності бюджетних витрат і впровадити систему національних індикаторів результативності у сфері охорони здоров'я. Такий підхід дозволить підвищити стійкість фінансової системи та забезпечити її відповідність європейським стандартам управління.

1.3 Підходи та інструменти управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я

Фінансові ресурси є основою функціонування будь-якої соціально значущої системи, а для галузі охорони здоров'я – це ще й ключовий фактор забезпечення якості життя населення, стійкості соціальної інфраструктури та реалізації політики держави у сфері здоров'я. Від ефективності використання фінансових ресурсів залежить не лише економічна результативність діяльності закладів, а й рівень довіри суспільства до медичної системи. Саме тому питання управління фінансовими потоками, джерелами формування й методами їх оптимізації посідає центральне місце у сучасних наукових дослідженнях та практиці публічного управління.

Система фінансування охорони здоров'я в Україні історично пройшла складний шлях трансформацій. До початку 1990-х років галузь функціонувала в межах жорстко централізованої моделі радянського типу, заснованої на бюджетному фінансуванні й плановому розподілі ресурсів. Після здобуття незалежності розпочалося поступове переосмислення ролі фінансів у

медицині, але до 2017 року система залишалася переважно кошторисною та малоефективною. Впровадження реформи фінансування охорони здоров'я, започаткованої Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», стало першим кроком до побудови ринково орієнтованої, децентралізованої моделі, у якій гроші йдуть за пацієнтом. Цей перехід від вертикального до контрактного механізму фінансування спричинив кардинальні зміни у підходах до управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я.

Сучасне управління фінансовими ресурсами медичних закладів базується на наукових підходах, серед яких провідними є нормативно-правовий, системний, процесний, ризик-орієнтований і цифровий. Їхня синергія створює основу для раціонального використання коштів, забезпечення прозорості фінансових потоків і досягнення сталого розвитку галузі.

Нормативно-правовий підхід ґрунтується на державному регулюванні процесів фінансування. Його основою є Бюджетний кодекс України, Закон «Про місцеве самоврядування в Україні», Закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», а також нормативні документи МОЗ і НСЗУ. Як зазначають Прус Н.В. і Савченко Н.Г. [24], саме нормативна база визначає не лише порядок розподілу бюджетних асигнувань, а й правила контролю, звітності, відповідальності та моніторингу ефективності. Перевагою цього підходу є стабільність і підзвітність, однак його недоліком – обмежена гнучкість, що часто стримує інноваційні ініціативи на рівні закладів охорони здоров'я.

Системний підхід, як підкреслює, розглядає фінанси медичного закладу як складову єдиної соціально-економічної системи, у межах якої взаємодіють ресурси, процеси, суб'єкти управління та нормативні механізми. Його мета – забезпечення балансу між доходами, витратами та результатами діяльності. Важливим аспектом є побудова внутрішньої структури управління фінансами, яка включає підсистеми планування, аналізу, обліку, аудиту та моніторингу.

Системний підхід дозволяє інтегрувати фінансове управління у стратегічні цілі закладу, підвищуючи ефективність ресурсного забезпечення.

Процесний підхід полягає у розгляді фінансів як динамічного процесу, що складається з етапів планування, формування, розподілу, використання й контролю ресурсів. Ефективне управління можливе лише за умови циклічності процесів: фінансове планування має бути безперервним, контроль – регулярним, а аналіз – аналітично глибоким. Процесний підхід спрямований на інтеграцію фінансової політики з оперативною діяльністю.

Фінансове планування є базовим інструментом управління, що забезпечує узгодженість між стратегічними й поточними цілями. У практиці воно охоплює розробку фінансових планів, визначення джерел надходжень, структуру видатків і прогнозування ризиків. Планування в умовах автономії медичних закладів має відбуватися за принципом адаптивності – з урахуванням тарифів НСЗУ, кількості підписаних декларацій, рівня зайнятості пацієнтів і специфіки регіону.

Запропонована система класифікації дозволяє поєднати макроекономічний та мікроекономічний рівні аналізу. Вона демонструє, що фінансові потоки охоплюють як внутрішні процеси (рух коштів усередині закладу), так і зовнішні взаємодії з державними структурами, фондами, донорами та населенням. Гармонізація фінансових потоків із потоками медичних послуг визначається як головний резерв підвищення ефективності роботи закладу. Запропонована класифікація дозволяє комплексно охопити як внутрішні, так і зовнішні фінансові процеси, а також узгодити їх із потоками медичних послуг. Вона розкриває не лише структуру фінансових джерел, а й механізм їх взаємодії, що особливо важливо для закладів, які функціонують у статусі комунальних некомерційних підприємств.

Таблиця. 1.11

**Класифікація фінансових ресурсів та фінансових потоків у
закладах охорони здоров'я**

Ознака класифікації	Види фінансових ресурсів	Види фінансового потoku
За способом формування	– державні; – приватні.	– державні; – приватні.
За джерелами формування	– кошти державного бюджету; – кошти місцевого бюджету; – власні надходження.	– загальнодержавні; – муніципальні; – приватні.
За методами надходження	– сформовані з використанням фіскальних методів; – сформовані в результаті надання медичних послуг; – сформовані на благодійних засадах; – сформовані в межах грантових програм.	– регламентовані; – системоутворюючі; – благодійні; – грантові.
За характером формування	– кошти, отримані за надані медичні послуги, що передбачені програмою медичних гарантій; – кошти, отримані за медичні послуги, що не входять до програми гарантій; – кошти державних і місцевих програм розвитку охорони здоров'я; – кошти за окремими цільовими програмами.	– гарантовані; – загальнодержавного призначення; – для забезпечення громадського здоров'я; – розвиткові.
За напрямками використання	– вкладені в необоротні активи; – вкладені в оборотні активи.	– капітальні; – поточні.
За формами фінансового забезпечення	– бюджетні кошти; – кошти страхових фондів; – кошти від платних послуг; – кошти міжнародних донорських організацій.	– бюджетні; – страхові; – комерційні; – донорські.

*Джерело: [24]

Фінансовий потік – це не статичний показник, а динамічна категорія, що характеризує інтенсивність, ліквідність і збалансованість руху коштів (рис. 1.5) Вони визначають параметри фінансових потоків – кількісні, просторові та якісні, кожен із яких має своє значення для оцінювання ефективності фінансового управління.



Рис. 1.5. Параметри фінансового потоку закладу охорони здоров'я*

*Джерело: [24]

Ці параметри дають змогу не лише оцінювати ефективність управління, а й прогнозувати розвиток установи, забезпечуючи баланс між доходами та витратами. Таким чином, управління фінансовими потоками перетворюється на стратегічний процес, що визначає життєздатність закладу охорони здоров'я.

Сучасне управління потребує поєднання цих підходів із сучасними інструментами – цифровими технологіями, ризик-менеджментом, внутрішнім контролем і стратегічним плануванням. Раціональне використання фінансових ресурсів можливе лише за умови постійного моніторингу показників ліквідності, оборотності та фінансової стійкості.

Ризик-менеджмент став невід'ємним складником сучасного фінансового управління. Він передбачає систематичну ідентифікацію ризиків, їх кількісну оцінку та розробку заходів реагування. Для медичних закладів найбільші ризики пов'язані з коливаннями державного фінансування, інфляційними процесами, неплатоспроможністю пацієнтів і змінами у законодавстві. Для мінімізації ризиків необхідно створювати резервні фонди, залучати альтернативні джерела фінансування, а також запроваджувати механізми страхування фінансових втрат.

У цифрову епоху важливого значення набувають інформаційно-аналітичні системи. Цифровізація фінансових процесів дозволяє автоматизувати облік, скоротити документообіг і забезпечити аналітичну підтримку управлінських рішень. Використання систем цифровізації надає можливість відстежувати фінансові показники у реальному часі, формувати звіти та аналізувати ефективність виконання контрактів із НСЗУ.

Водночас управління фінансами в системі охорони здоров'я не обмежується діяльністю окремих закладів. Значну роль відіграють органи місцевого самоврядування, які забезпечують співфінансування програм розвитку, утримання комунальних закладів і модернізацію матеріально-технічної бази. Участь громад у плануванні та моніторингу витрат підвищує прозорість і підзвітність використання коштів.

Варто відзначити й досвід інших країн. У більшості країн Європи діють три основні моделі фінансування:

- модель Беверіджа – повністю бюджетна система (Велика Британія, Італія, Іспанія), де фінансування здійснюється через загальні податки;
- модель Бісмарка – страхова система (Німеччина, Франція), яка базується на внесках роботодавців і працівників;
- змішана модель – поєднання державного та страхового фінансування (Канада, Польща, Чехія).

Для України найбільш придатною вважають змішану модель, у якій держава забезпечує базові послуги через програму медичних гарантій, а додаткові джерела фінансування формуються через страхові фонди, місцеві бюджети та благодійні програми.

Ефективне управління фінансовими ресурсами медичних закладів має базуватися на принципах прозорості, результативності, багатоканальності, підзвітності та цифрової інтегрованості [18]. Впровадження таких принципів дозволяє країнам підвищити фінансову стійкість медичної системи навіть в умовах криз.

Таким чином, управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я – це комплексна діяльність, яка поєднує правові, економічні, аналітичні та технологічні інструменти. Її ефективність визначається здатністю забезпечити збалансованість між ресурсами та потребами, прозорість процесів і орієнтацію на результат.

Висновки до розділу 1

Ефективне управління фінансами є фундаментальною умовою функціонування системи охорони здоров'я в сучасних умовах реформування та трансформаційних змін. Фінансові ресурси охоплюють сукупність грошових фондів, що формуються з різних джерел – державного бюджету, місцевих бюджетів, страхових фондів, власних надходжень, благодійних та грантових коштів. Вони забезпечують можливість надання медичних послуг, розвиток інфраструктури, оновлення обладнання та створення необхідних умов для роботи медичного персоналу. Узагальнення наукових підходів засвідчує, що сучасна модель фінансування охорони здоров'я повинна бути багатоканальною, гнучкою та здатною адаптуватися до соціально-економічних викликів.

Важливою складовою теоретичних засад є нормативно-правове забезпечення фінансування, яке формує рамки функціонування галузі, визначає принципи доступності, справедливості, прозорості та підзвітності. Реформування фінансового забезпечення базується на переході від утримання медичних закладів до оплати за надані послуги, що робить фінансову систему більш результативною та орієнтованою на потреби пацієнта. Дослідження механізмів формування та розподілу фінансових ресурсів показало, що сучасна система охорони здоров'я функціонує в умовах поєднання елементів централізації та децентралізації, де держава визначає стратегічні напрями, а місцеві органи влади та медичні заклади забезпечують гнучкість і оперативність управління.

Теоретичні узагальнення дають підстави стверджувати, що сучасна система управління фінансовими ресурсами медичних закладів повинна спиратися на принципи результативності, економічності, прозорості та стратегічного планування. Це формує наукове підґрунтя для практичної оцінки діяльності медичного закладу та визначення можливостей удосконалення фінансового механізму в галузі охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 2. ОЦІНКА ТА АНАЛІЗ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМИ РЕСУРСАМИ КНП “ЗАБОЛОТІВСЬКА БАГАТОПРОФІЛЬНА ЛІКАРНЯ”

2.1. Організаційно-економічна характеристика КНП “Заболотівська багатoproфільна лікарня”

Комунальне некомерційне підприємство Заболотівської селищної ради КНП “Заболотівська багатoproфільна лікарня” є сучасним закладом охорони здоров’я у Заболотівській територіальній громаді Коломийського району Івано-Франківської області. Його діяльність спрямована на забезпечення конституційного права громадян на охорону здоров’я, профілактику захворювань, лікування, реабілітацію та відновлення працездатності населення. Заклад діє на засадах господарської автономії, але у межах статусу неприбуткової організації, що фінансується переважно за кошти Національної служби здоров’я України відповідно до Програми медичних гарантій. Додатковими джерелами фінансування виступають кошти місцевого бюджету, благодійна допомога, гуманітарні внески та власні надходження, отримані від надання платних медичних послуг згідно із законодавством.

Заболотівська багатoproфільна лікарня обслуговує населення смт Заболотів та навколишніх сіл громади, чисельність якої становить близько двадцяти тисяч осіб. Заклад забезпечує діагностику, лікування та профілактику захворювань, а також виконує важливу соціальну функцію — надає допомогу соціально вразливим верствам населення, ветеранам, учасникам бойових дій, внутрішньо переміщеним особам. В умовах реформування системи охорони здоров’я лікарня успішно адаптувала свою діяльність до нової моделі фінансування через договори з НСЗУ, що дало змогу підвищити рівень автономії, поліпшити якість медичних послуг і створити ефективну систему управління ресурсами.

Організаційна структура лікарні побудована за функціональним принципом і включає лікувально-профілактичні, діагностичні, допоміжні та адміністративні підрозділи. В її складі діють терапевтичне, хірургічне, інфекційне, дитяче та акушерсько-гінекологічне (пологове) відділення, які забезпечують цілодобове надання медичної допомоги. У межах поліклінічного корпусу функціонує амбулаторно-консультативна служба, де працюють лікарі-спеціалісти різного профілю. Робота поліклініки орієнтована на профілактику, ранню діагностику та спостереження за пацієнтами із хронічними захворюваннями. Клініко-діагностична лабораторія здійснює повний комплекс лабораторних досліджень – клінічних, біохімічних, імунологічних та бактеріологічних. Рентгенологічне відділення проводить діагностику захворювань різних систем організму, включно із застосуванням цифрових технологій. Фізіотерапевтичне відділення забезпечує проведення процедур для відновлення функцій організму після перенесених хвороб та операцій, а також сприяє профілактиці ускладнень. Додатково діє кабінет профілактичних щеплень, у якому здійснюється вакцинація дітей і дорослих згідно з державним календарем, проводяться санітарно-просвітницькі заходи та консультації з питань профілактики інфекційних хвороб.

Відділення анестезіології з ліжками інтенсивної терапії виконує надзвичайно важливу функцію – забезпечення безпеки оперативних втручань і лікування хворих у критичних станах. Тут працюють висококваліфіковані лікарі-анестезіологи, медичні сестри анестезисти та молодший персонал. В акушерсько-гінекологічному відділенні створено комфортні умови для надання допомоги вагітним і породіллям, спостереження за вагітністю, ведення пологів, догляду за новонародженими. У дитячому відділенні здійснюється лікування та профілактика основних дитячих захворювань, спостереження за розвитком дітей, вакцинація та консультування батьків. Терапевтичне відділення забезпечує стаціонарне лікування пацієнтів із патологією серцево-судинної, дихальної, травної, ендокринної та інших систем. Хірургічне відділення проводить планові та ургентні операції різного

рівня складності, післяопераційне спостереження і реабілітацію. Інфекційне відділення спеціалізується на лікуванні вірусних, бактеріальних та паразитарних інфекцій, включно з сезонними спалахами та гострими станами.

Крім центрального корпусу, лікарня координує роботу мережі амбулаторій загальної практики сімейної медицини та фельдшерсько-акушерських пунктів у селах громади, що дозволяє забезпечити первинну та вторинну медичну допомогу в єдиному безперервному циклі. Така модель сприяє скороченню часу між первинним зверненням і спеціалізованим лікуванням, знижує навантаження на центральний стаціонар, а також забезпечує своєчасне надання медичної допомоги навіть у віддалених населених пунктах.

Кадровий склад Заболотівської лікарні включає лікарів, середній та молодший медичний персонал, адміністративно-управлінські кадри, технічних і господарських працівників. За останні роки в установі спостерігається тенденція до оптимізації штату, що відповідає загальним процесам у галузі після запровадження автономізації медичних закладів. Лікарня має у своєму складі фахівців із багатьох спеціальностей, частина яких пройшла курси підвищення кваліфікації та тематичні стажування. Середній медичний персонал є основною ланкою забезпечення догляду за пацієнтами, проведення маніпуляцій, контролю за призначеннями лікарів і підтримки санітарно-епідемічного режиму. Молодший медичний персонал забезпечує чистоту, транспорт пацієнтів, дезінфекцію інструментів і допоміжні процеси, без яких неможлива повноцінна робота клініки. Адміністративно-господарська служба відповідає за облік, матеріальне забезпечення, кадри, технічне обслуговування будівель, постачання медикаментів, продуктів, комунальних послуг.

Матеріально-технічна база лікарні постійно вдосконалюється. За останні роки проведено значні ремонти будівель, замінено покрівлю головного корпусу та інфекційного відділення, модернізовано рентгенологічний кабінет, оновлено обладнання лабораторії та частину меблів. Поступово

впроваджуються енергоощадні технології, що знижують витрати на комунальні послуги. Функціонує власна киснева станція, пральня, харчоблок, центральне стерилізаційне відділення, складські приміщення, а також транспортна служба з автомобілями для господарських потреб та медичного транспортування пацієнтів. Лікарня активно співпрацює з благодійними фондами й отримує гуманітарну допомогу у вигляді медичного обладнання, меблів, засобів індивідуального захисту, що суттєво покращує умови роботи персоналу та перебування пацієнтів.

В організаційному плані діяльність лікарні базується на принципах самоврядування, прозорості, ефективного використання фінансових ресурсів і підзвітності перед громадою. Управління закладом здійснюється адміністрацією у взаємодії з засновником – Заболотівською селищною радою, а також з органами охорони здоров'я області та Національною службою здоров'я України. Фінансова діяльність лікарні передбачає складання фінансових планів, ведення бухгалтерського обліку відповідно до законодавства, своєчасне звітування перед НСЗУ та органами місцевого самоврядування. Витрати установи охоплюють оплату праці, закупівлю медикаментів, оплату енергоносіїв, ремонтні роботи, обслуговування обладнання, комунальні послуги, придбання інвентарю та матеріалів. Основну частину становлять видатки на заробітну плату та енергозабезпечення, що є типовим для закладів охорони здоров'я комунальної форми власності.

Особливу увагу адміністрація приділяє кадровій політиці, підвищенню кваліфікації працівників, створенню належних умов праці. Регулярно проводяться внутрішні семінари, інструктажі з техніки безпеки, санітарно-епідемічного режиму, навчання з цифровізації медичних процесів. Лікарня поступово впроваджує електронну систему документообігу, електронні медичні карти та звітність, що відповідає сучасним тенденціям цифрової трансформації галузі.

Важливою частиною роботи закладу є профілактична та санітарно-освітня діяльність. Медичні працівники лікарні беруть участь у програмах із

пропаганди здорового способу життя, профілактики серцево-судинних і онкологічних захворювань, скринінгах на туберкульоз і цукровий діабет, а також у вакцинаційних кампаніях. У поліклінічному відділенні організовано кабінет довіри, де пацієнти можуть отримати консультації.

Таким чином, Заболотівська багатoproфільна лікарня є ключовою ланкою медичної системи громади, що поєднує традиційні принципи надання медичної допомоги з новими підходами до управління, фінансування, організації праці й використання ресурсів. Її структурна організація, матеріально-технічна база, кадровий потенціал і багатoproфільність створюють передумови для стабільної роботи та розвитку. У перспективі заклад має потенціал розширення спектра послуг, впровадження сучасних клінічних технологій, залучення молодих спеціалістів, підвищення енергоефективності та цифровізації процесів. Як базовий медичний заклад громади, лікарня відіграє не лише лікувальну, а й соціальну, профілактичну та освітню роль, сприяючи підвищенню якості життя населення і розвитку людського капіталу регіону.

2.2. Аналіз діяльності та структури доходів і витрат КНП “Заболотівська багатoproфільна лікарня”

Аналіз діяльності та фінансових результатів комунального некомерційного підприємства “Заболотівська багатoproфільна лікарня” дає змогу оцінити динаміку розвитку медичного закладу, виявити тенденції у структурі доходів і витрат, визначити ефективність використання ресурсів і рівень фінансової стійкості. Вивчення фінансових показників дозволяє обґрунтувати напрями оптимізації витрат і підвищення результативності надання медичних послуг. На основі фінансової звітності визначено динаміку доходів за 2022–2024 рр. (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

**Динаміка доходів КНП «Заболотівська багатопрофільна лікарня»
за 2022–2024 рр., тис. грн***

Показники	2022 р.	2023 р.	2024 р.	Відхилення 2024 р. від 2022 р., %
Доходи всього	49 023,4	60 535,7	73 111,5	+49 %
у т.ч. дохід від реалізації медичних послуг (ПМГ)	47 050,0	58 300,0	70 950,0	+51 %
Інші операційні доходи (оренда, гуманітарна допомога тощо)	1 500,0	1 850,0	1 980,0	+32 %
Неопераційні доходи (амортизація, безоплатно отримані активи)	473,4	385,7	181,5	–62 %

**Джерело: складено автором на основі [28-30].*

Проведений аналіз показує стійке зростання доходів у середньому на 20–25 % щорічно. Загальні доходи за три роки зросли майже на 49%, що свідчить про стабільність діяльності лікарні та розширення обсягів медичних послуг. Основним джерелом фінансування залишається оплата за програмою медичних гарантій (96–97 % загальних доходів). Частка інших операційних доходів становить близько 2–3 %, неопераційних – менше 1 %. Це вказує на високу залежність закладу від державного фінансування, проте демонструє ефективну роботу у рамках ПМГ.

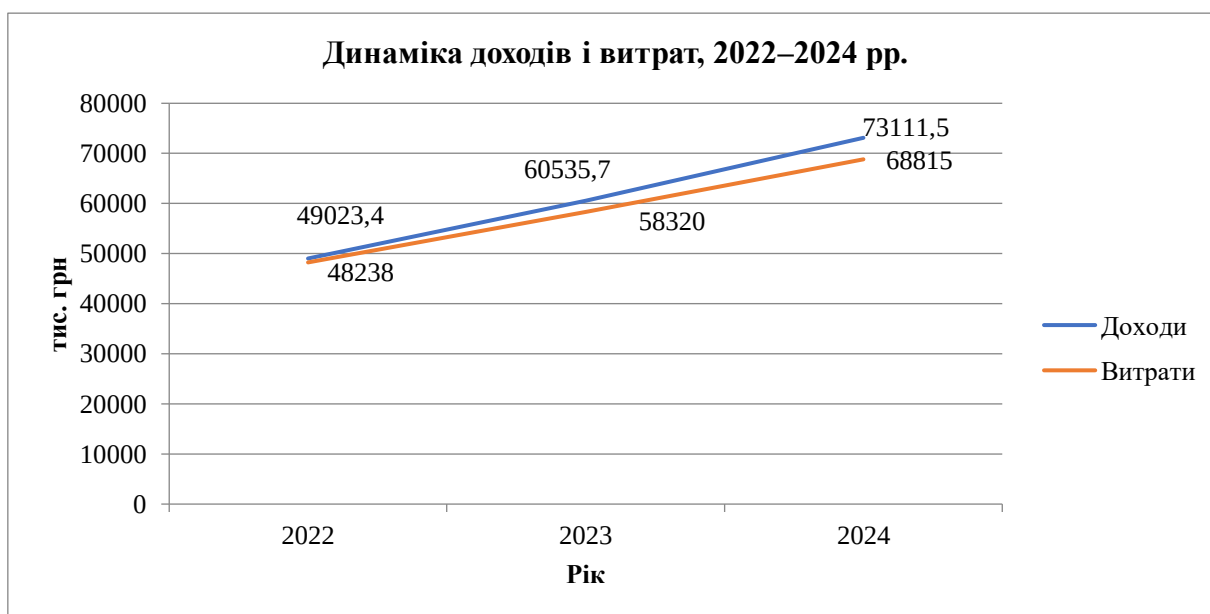


Рис. 2.1. Динаміка доходів КНП “Заболотівська багатопрофільна лікарня” за 2022–2024 рр., тис. грн.*

**Джерело: [28-30].*

На рисунку спостерігається стабільне зростання річних доходів від 49 млн грн у 2022 р. до понад 73 млн грн у 2024 р.

Важливо проаналізувати витратну частину звітності, адже саме вона визначає ефективність використання отриманих коштів. У таблиці 2.2 подано динаміку витрат підприємства за 2022–2024 рр.

За 2022–2024 рр. сукупні витрати лікарні зросли на 43 %, що в абсолютному вираженні становить 20,6 млн грн. Найбільше збільшення спостерігається у фонді оплати праці – на 43 %, що зумовлено державними підвищеннями заробітних плат для медичного персоналу та інфляційними чинниками.

Також позитивним є зростання капітальних видатків (більше ніж удвічі), що свідчить про оновлення матеріально-технічної бази (інвестиційний розвиток лікарні, модернізацію обладнання й ремонт приміщень) та підвищення якості послуг.

Таблиця 2.1

**Динаміка витрат КНП “Заболотівська багатoproфільна лікарня”
за 2022–2024 рр., тис. грн***

Показники	2022 р.	2023 р.	2024 р.	Відхилення 2024 р. від 2022 р., %
Витрати на оплату праці	34 416,1	41 875,0	49 060,0	+43 %
Нарахування на оплату праці	7 157,3	8 295,0	9 680,0	+35 %
Матеріальні та медикаментозні витрати	2 057,6	2 450,0	3 260,0	+59 %
Енергоресурси (тепло, вода, електроенергія)	2 996,9	3 470,0	3 940,0	+31 %
Інші операційні витрати	1 000,6	1 210,0	1 435,0	+43 %
Придбання обладнання та капітальні ремонти	610,5	1 020,0	1 440,0	+136 %
Разом витрат	48 238,0	58 320,0	68 815,0	+43 %

*Джерело: складено автором на основі [28-30].

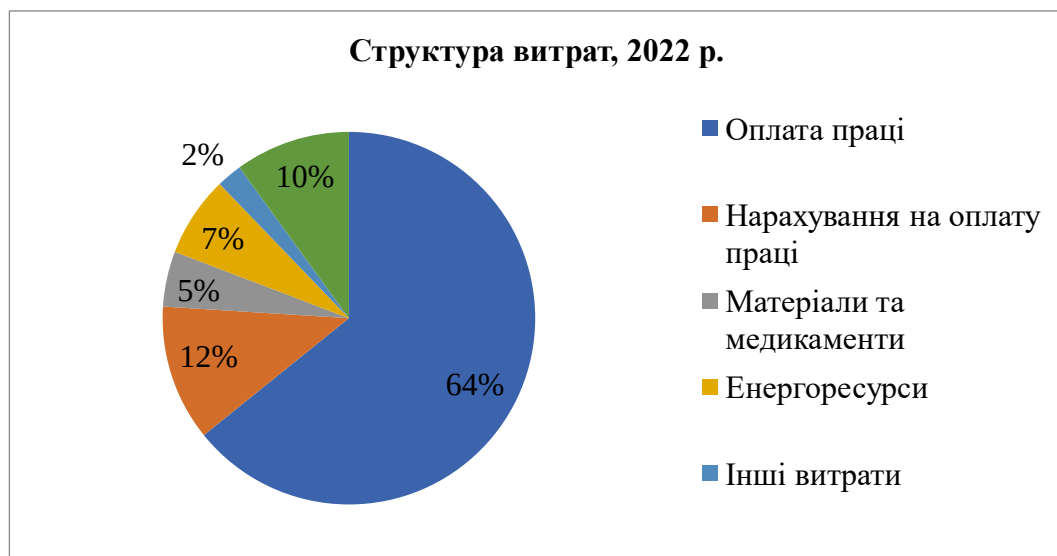


Рис. 2.2. Структура витрат КНП “Заболотівська багатoproфільна лікарня” у 2022 рр., %*

*Джерело: складено автором на основі [28-30].

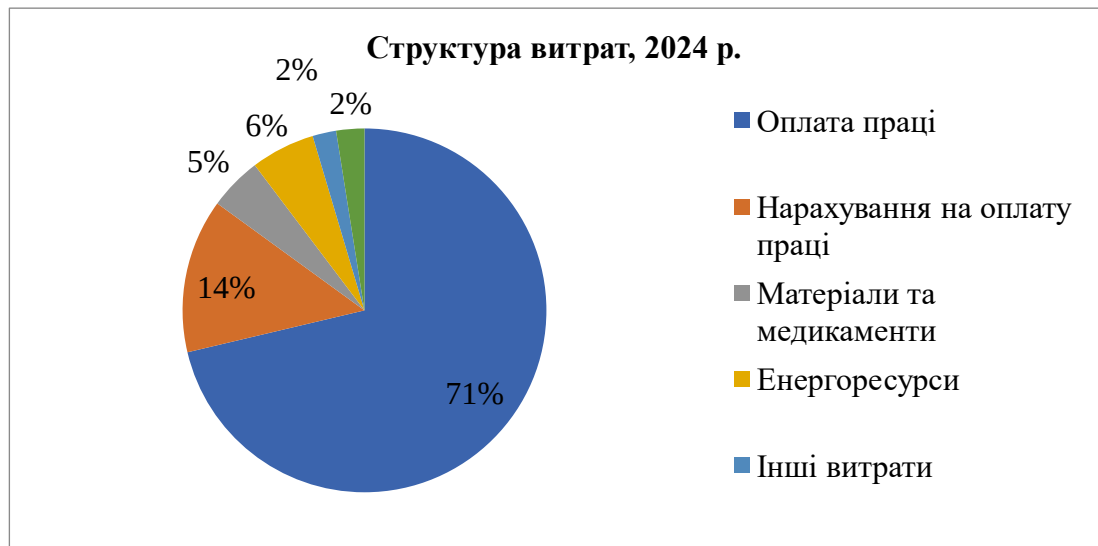


Рис. 2.3. Структура витрат КНП “Заболотівська багатопрофільна лікарня” у 2024 рр., %*

**Джерело: складено автором на основі [28-30].*

Порівняння рисунків 2.2 і 2.3 демонструє, що частка витрат на оплату праці зросла з 64 % до 71 %, тоді як питома вага енергоносіїв зменшилася з 7 % до 6 %. Це свідчить про енергоощадні заходи й підвищення зарплатної складової.

У структурі витрат найбільшу частку посідають витрати на оплату праці та нарахування (разом близько 70 %), що є характерним для закладів медицини з високою трудомісткістю послуг. Частка матеріальних та витрат на медикаменти становить 5 %, енергоресурсів – 6-7 %, інших операційних – 2 %, капітальних видатків – приблизно 2 %. Така структура вказує на соціальний характер діяльності лікарні й орієнтацію на підтримку кадрового потенціалу.

Для оцінки фінансової ефективності узагальнено підсумкові показники у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Фінансові результати діяльності КНП “Заболотівська багатoproфільна лікарня” за 2022–2024 pp., тис. грн*

Показники	2022 p.	2023 p.	2024 p.	Відхилення 2024 p. від 2022 p., %
Дохід (усього)	49 023,4	60 535,7	73 111,5	+49
Витрати (усього)	48 238,0	58 320,0	68 815,0	+43
Фінансовий результат (прибуток (+)/збиток (-))	+785,4	+2 215,7	+4 296,5	+ 5,5

**Джерело: складено автором на основі [28-30].*

За період 2022–2024 pp. лікарня щорічно отримувала позитивний фінансовий результат. Чистий прибуток у 2024 p. становив 4,3 млн грн, що у 5,5 раза перевищує результат 2022 p. Це пояснюється зростанням доходів при контрольованому збільшенні витрат та підвищенні ефективності використання ресурсів. Такий результат свідчить про ефективне управління ресурсами.

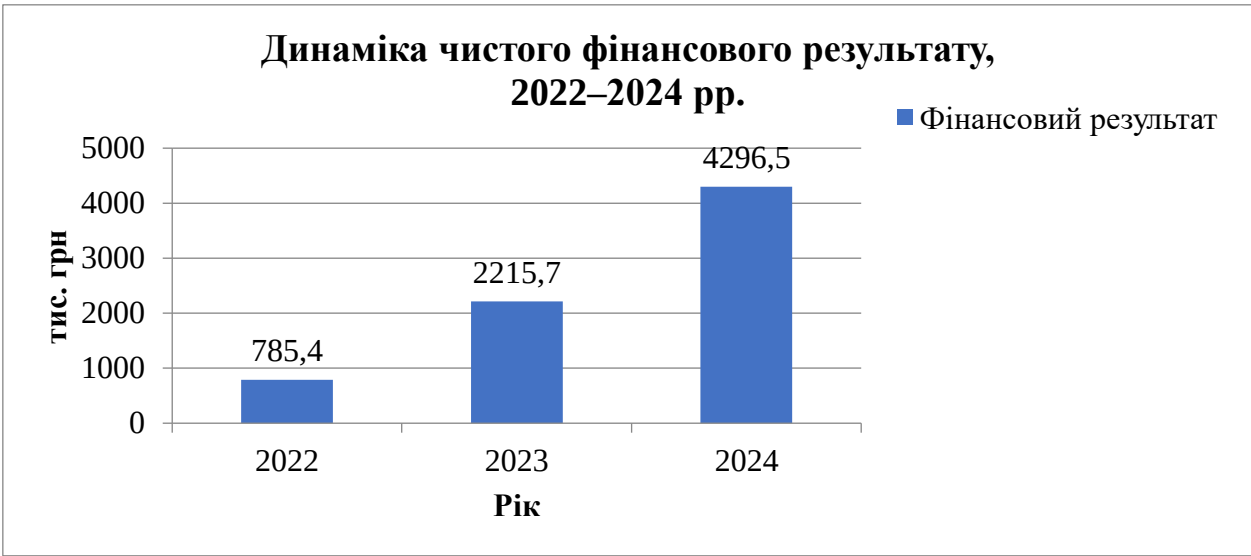


Рис. 2.4. Динаміка доходів і витрат КНП “Заболотівська багатoproфільна лікарня” за 2022–2024 pp., тис. грн*

**Джерело: складено автором на основі [28-30].*

Доходи щорічно перевищують витрати, а розрив між ними зростає, що характеризує стійке поліпшення фінансової результативності.

У 2024 р. на фінансові показники вплинуло підвищення тарифів НСЗУ за окремими пакетами (зокрема «Стаціонарна допомога без хірургічних операцій» та «Хірургічні операції одноденного стаціонару»), а також збільшення обсягів наданих послуг. Завдяки місцевим інвестиціям було оновлено рентгенологічне та стерилізаційне обладнання, що зменшило витрати на ремонт і дозволило підвищити якість обслуговування населення [29].

Аналіз показників структури доходів засвідчив, що основним джерелом є доходи від медичних послуг (97 %), що узгоджується з цільовою місією закладу – забезпечення населення якісною та доступною медичною допомогою. Невелика частка неопераційних доходів ($\approx 0,3$ %) має компенсаторний характер і не впливає суттєво на фінансову стійкість.

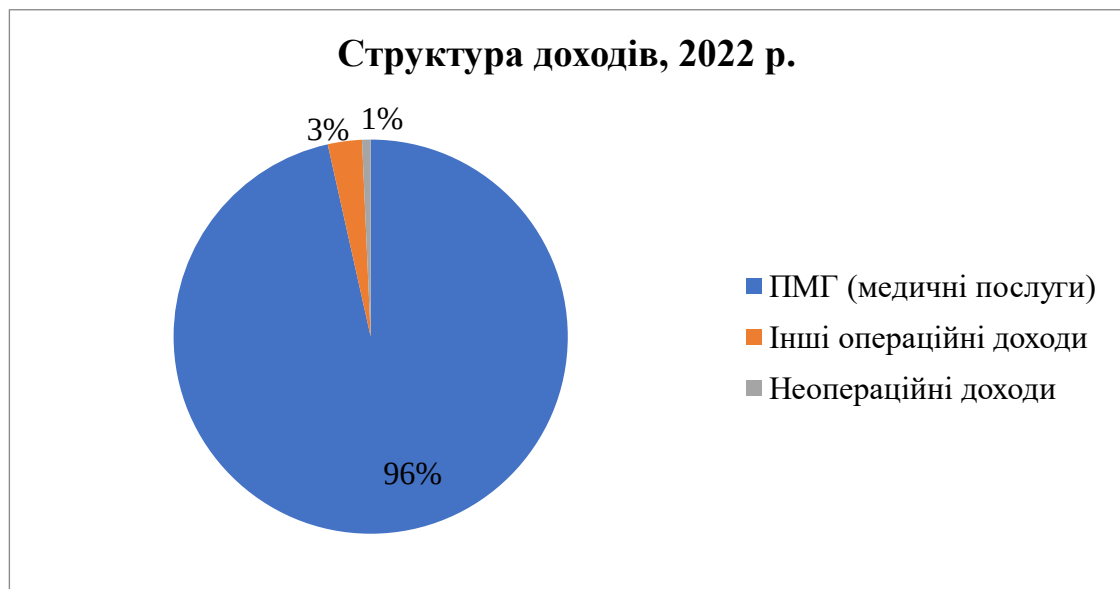


Рис. 2.4. Структура доходів КНП “Заболотівська багатoproфільна лікарня” у 2022 р., %*

**Джерело: складено автором на основі [28-30].*

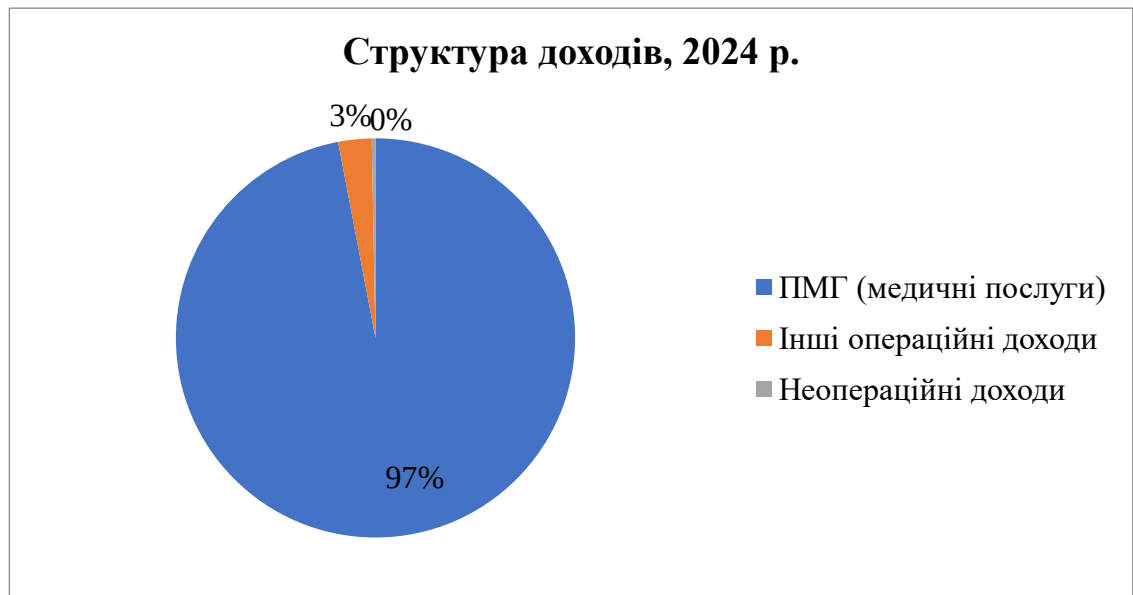


Рис. 2.5. Структура доходів КНП “Заболотівська багатoproфільна лікарня” у 2024 р., %*

**Джерело: складено автором на основі [28-30].*

У структурі доходів найбільшу частку займають надходження від державних програм медичних гарантій ($\approx 97\%$), інші операційні доходи становлять близько $2,7\%$, неопераційні – $0,3\%$. Порівняно з 2022 р., частка ПМГ у 2024 р. зросла на $1,4$ в.п., що вказує на посилення ролі державного фінансування. Зміна показує підвищення ефективності виконання державних контрактів та зменшення частки разових надходжень, що свідчить про більшу стабільність фінансових потоків.

З огляду на позитивну динаміку доходів і контрольоване зростання витрат, наступним кроком аналізу є оцінка загального фінансового стану лікарні, який відображає не лише поточну прибутковість, а й структуру майна та джерел його формування. Доходи і витрати показують результативність господарської діяльності у короткостроковому періоді, проте не розкривають, наскільки стабільною є фінансова база закладу. Саме тому важливо дослідити зміни у балансі підприємства, які характеризують динаміку активів і пасивів, рівень забезпеченості власним капіталом, частку залучених ресурсів та здатність лікарні підтримувати фінансову рівновагу у довгостроковій

перспективі. Аналіз структури активів дозволяє оцінити, як формуються та використовуються матеріальні, фінансові та нематеріальні ресурси медичного закладу, а оцінка пасивів – визначити джерела фінансування, рівень фінансової незалежності та боргового навантаження. Порівняння показників балансу за 2022–2024 рр. дає змогу простежити тенденції у зміні майнового потенціалу лікарні, виявити напрями розвитку та оцінити здатність установи до самофінансування.

Узагальнені дані з балансу КНП “Заболотівська багатoproфільна лікарня” наведено в таблиці 2.4, яка відображає динаміку активів, пасивів та структуру джерел фінансування за 2022–2024 роки.

Таблиця 2.4

Динаміка показників балансу КНП “Заболотівська багатoproфільна лікарня” за 2022–2024 рр., тис. грн*

	Показники	2022 р.	2023 р.	2024 р.	Абсолютна зміна 2024 р. до 2022 р., ±	Відносна зміна, %
Валюта балансу (усього активів)	Актив					
	Необоротні активи (основні засоби, нематеріальні активи)	18 960,0	21 540,0	22 480,0	+3 520,0	+18,6
	Оборотні активи (запаси, дебіторська заборгованість, грошові кошти)	4 710,0	5 100,0	5 660,3	+950,3	+20,2
	23 670,0	26 640	28 140,3	+4 470,3	+18,9	
Пасив (джерела формування активів)	Пасив					
	Власний капітал	17 280,0	19 750,0	21 100	+3 820,0	+22,1
	Довгострокові зобов'язання	2 120	2 210	2 290	+170,0	+8,0
	Поточні (короткострокові) зобов'язання	4 270,0	4 680,0	4 750,3	+480,3	+11,3
	23 670,0	26 640,0	28 140,3	+4 470,3	+18,9	

*Джерело: складено автором на основі [28–30].

За період 2022–2024 рр. у КНП “Заболотівська багатoproфільна лікарня” спостерігається стабільне зростання активів і пасивів, що свідчить про зміцнення фінансового потенціалу та розширення матеріальної бази закладу.

Загальний обсяг активів (валюта балансу) збільшився з 23 670,0 тис. грн у 2022 р. до 28 140,3 тис. грн у 2024 р., тобто на 4 470,3 тис. грн або +18,9 %. Це підтверджує позитивну динаміку розвитку підприємства та нарощення його майнового комплексу.

Необоротні активи, які становлять основу матеріально-технічної бази (будівлі, обладнання, транспорт), зросли на 3 520,0 тис. грн або +18,6 %. Такий приріст пов’язаний із модернізацією рентгенологічного обладнання, ремонтом покрівель і оновленням медичних апаратів. Частка необоротних активів у загальній структурі активів залишається високою – близько 80 %, що характерно для закладів охорони здоров’я з високою капіталоємністю.

Оборотні активи збільшилися на 950,3 тис. грн або +20,2 %, що зумовлено підвищенням залишків грошових коштів і зростанням обсягів оборотних матеріальних ресурсів. Збільшення частки оборотних активів позитивно впливає на ліквідність балансу та свідчить про достатній рівень грошових і матеріальних резервів.

Власний капітал зріс на 3 820,0 тис. грн (+22,1 %), що свідчить про посилення фінансової незалежності лікарні. Зростання відбулося за рахунок реінвестування прибутку попередніх років та збільшення статутного фонду. Частка власного капіталу у пасивах становить близько 75 %, що відповідає високому рівню автономії.

Довгострокові зобов’язання підвищилися лише на 8,0 %, а поточні (короткострокові) – на 11,3 %, що значно нижче темпів зростання власного капіталу. Це свідчить про зниження боргового навантаження та помірну кредитну політику.

Загалом баланс лікарні є збалансованим: активи і пасиви зростають узгоджено, при цьому частка власного капіталу підвищується, а темпи зростання зобов’язань залишаються контрольованими. Така тенденція

свідчить про підвищення фінансової стійкості, здатність лікарні до самофінансування і забезпечення стабільної діяльності у майбутніх періодах.

Для кількісного підтвердження зазначених тенденцій і оцінки фінансової стійкості та платоспроможності доцільно провести розрахунок системи основних фінансових коефіцієнтів, які комплексно характеризують фінансову стійкість, ліквідність, ділову активність і рентабельність закладу. Такі коефіцієнти дозволяють оцінити здатність закладу своєчасно виконувати свої фінансові зобов'язання, ефективно використовувати власні ресурси та забезпечувати прибуткову діяльність у довгостроковій перспективі. Розраховані показники наведено в таблиці 2.5, яка відображає динаміку основних фінансових коефіцієнтів лікарні за 2022–2024 рр.

Таблиця 2.5

Динаміка основних фінансових коефіцієнтів

КНП “Заболотівська багатoproфільна лікарня” за 2022–2024 рр.

№	Показник	Формула	2022	2023	2024	Зміна 2024 до 2022	Оптиміальне значення
1	Коефіцієнт автономії	Власний капітал / Валюта балансу	0,73	0,74	0,75	+0,02	> 0,5
2	Коефіцієнт фінансової залежності	Зобов'язання / Власний капітал	0,37	0,35	0,33	–0,04	< 1
3	Коефіцієнт маневреності	Оборотні активи / Власний капітал	0,26	0,27	0,27	+0,01	0,2–0,5
4	Поточна ліквідність	Оборотні активи / Поточні зобов'язання	1,05	1,08	1,10	+0,05	≥ 1,0
5	Швидка ліквідність	(Оборотні активи – Запаси) / Поточні зобов'язання	0,82	0,86	0,91	+0,09	0,7–1,0
6	Абсолютна ліквідність	Грошові кошти / Поточні зобов'язання	0,23	0,27	0,31	+0,08	0,2–0,35

7	Рентабельність доходів, %	Прибуток / Дохід × 100 %	1,6	3,7	5,9	+4,3 в.п.	> 0
8	Рентабельність витрат, %	Прибуток / Витрати × 100 %	1,6	3,8 %	6,2	+4,6 в.п.	> 0
9	Рентабельність власного капіталу (ROE), %	Прибуток / Власний капітал × 100 %	3,3	7,9 %	12,4	+9,1 в.п.	> 5 %
10	Оборотність активів	Дохід / Середньорічні активи	2,05	2,15	2,60	+0,55	> 1

**Джерело: розраховано автором на основі [28–30].*

Розраховані фінансові коефіцієнти свідчать, що впродовж 2022–2024 рр. КНП “Заболотівська багатoproфільна лікарня” зміцнила свою фінансову стійкість, підвищила рівень платоспроможності та ефективності використання власного капіталу.

Частка власного капіталу у загальній структурі джерел фінансування збільшилася з 0,73 до 0,75 (+ 0,02 або + 2,7 %), що вказує на посилення автономності закладу. Водночас коефіцієнт фінансової залежності зменшився з 0,37 до 0,33 (– 0,04 або – 10,8 %), тобто на кожну гривню власного капіталу припадає лише 33 копійки зобов’язань. Така динаміка є позитивною і засвідчує низький рівень фінансових ризиків.

Поточна ліквідність зросла з 1,05 до 1,10 (+ 0,05 або + 4,8 %), що відповідає нормативному рівню й підтверджує здатність лікарні своєчасно розраховуватись за поточними зобов’язаннями. Швидка ліквідність збільшилася з 0,82 до 0,91 (+ 0,09 або + 11 %), а абсолютна – з 0,23 до 0,31 (+ 0,08 або + 34,8 %), тобто частка грошових активів у структурі оборотних ресурсів підвищилась. Це свідчить про зростання обсягу ліквідних коштів і покращення короткострокової платоспроможності.

Коефіцієнт рентабельності доходів підвищився на 4,3 в.п. (з 1,6 % до 5,9 %), а рентабельність витрат – на 4,6 в.п. (з 1,6 % до 6,2 %). Це означає, що кожна гривня витрат у 2024 р. приносила 6,2 копійки прибутку проти 1,6 копійки у 2022 р. Рентабельність власного капіталу збільшилася з 3,3 % до

12,4 % (+ 9,1 в.п.), тобто зросла більш, ніж утричі. Таким чином, з кожної гривні власного капіталу лікарня отримує понад 12 копійок прибутку. Оборотно́сть активів зросла на 0,55 (з 2,05 до 2,60), що на 26,8 % вище рівня 2022 р. Це свідчить про ефективніше використання активів щодо формування доходу.

Позитивна динаміка майже всіх коефіцієнтів демонструє стабільне зростання фінансової результативності закладу. Лікарня зберігає високу частку власного капіталу, підтримує нормативний рівень ліквідності, поступово зменшує боргове навантаження та підвищує прибутковість діяльності. Отримані результати свідчать про підвищення довгострокової стійкості та можливість самофінансування розвитку. Зростання рентабельності й оборотності активів підтверджує ефективне використання фінансових і матеріальних ресурсів.

Таким чином, КНП “Заболотівська багатoproфільна лікарня” протягом 2022–2024 рр. демонструє покращення всіх ключових показників фінансової стабільності, ліквідності та рентабельності, що забезпечує закладу фінансову незалежність і створює основу для подальшого розвитку матеріально-технічної бази й підвищення якості медичних послуг.

Узагальнюючи, можна зазначити, що фінансово-економічна діяльність КНП “Заболотівська багатoproфільна лікарня” у 2022–2024 рр. характеризується позитивною динамікою доходів та помірним зростанням витрат. Заклад забезпечує перевищення доходів над витратами, що дозволяє реінвестувати частину коштів у матеріально-технічне оновлення, енергоефективні заходи та стимулювання персоналу. Разом із тим, структура доходів свідчить про високу залежність від державного фінансування, а структура витрат – про значну зарплатну компоненту, що залишається викликом для подальшого збалансування ресурсів.

2.3. Оцінка ефективності управління фінансовими ресурсами та стратегічний аналіз діяльності КНП “Заболотівська багатoproфільна лікарня”

Ефективне управління фінансовими ресурсами є важливою умовою функціонування та розвитку закладу охорони здоров'я. Для КНП “Заболотівська багатoproфільна лікарня” це особливо важливо, адже у сучасних умовах реформування системи охорони здоров'я саме фінансова спроможність визначає можливості для розширення спектра послуг, модернізації матеріально-технічної бази, забезпечення конкурентоспроможності та підвищення якості медичної допомоги. Управління фінансовими ресурсами полягає у раціональному розподілі доходів, контролі витрат, формуванні фінансової політики та забезпеченні достатнього рівня рентабельності, платоспроможності й фінансової стійкості.

Проведений аналіз фінансових результатів КНП “Заболотівська багатoproфільна лікарня” за 2022–2024 рр. свідчить про ефективну фінансову політику, орієнтовану на зростання доходів. Зокрема, загальний обсяг доходів зріс на 49 %, витрат – на 43 %, а чистий прибуток збільшився у 5,5 рази. Така позитивна динаміка забезпечила зростання фінансової стійкості, платоспроможності та інвестиційної привабливості лікарні. У структурі доходів домінує фінансування з Національної служби здоров'я України, що відповідає виконанню договорів за програмою медичних гарантій, решту становлять інші операційні та неопераційні доходи.

У системі витрат найбільшу питому вагу посідають витрати на оплату праці та нарахування – понад 80 %, що притаманно закладам із високою трудомісткістю послуг. Водночас питома вага енергоносіїв утримується на рівні 5–6 %, а матеріальні та медикаментозні витрати становлять близько 5 %. Капітальні видатки у 2024 р. зросли більш ніж удвічі, що свідчить про активізацію інвестицій у модернізацію медичного обладнання та оновлення інфраструктури. Фінансові результати діяльності є стабільно позитивними, що

свідчить про ефективне управління бюджетними ресурсами, контроль за використанням коштів та їх раціональний розподіл між основними статтями витрат.

Динаміка балансових показників також підтверджує позитивні зміни у фінансовій позиції лікарні. Валюта балансу збільшилась на 18,9 %, власний капітал – на 22,1 %, що зумовило підвищення коефіцієнта автономії з 0,73 до 0,75. Це означає, що 75 % усіх активів фінансуються за рахунок власних коштів підприємства, що відповідає високому рівню фінансової незалежності. Показники ліквідності перебувають на нормативному рівні: поточна ліквідність – 1,10, швидка – 0,91, абсолютна – 0,31, що свідчить про здатність установи своєчасно виконувати свої фінансові зобов'язання. Рентабельність доходів зросла з 1,6 % у 2022 р. до 5,9 % у 2024 р., рентабельність власного капіталу (ROE) – із 3,3 % до 12,4 %, а оборотність активів – з 2,05 до 2,60. Отже, фінансова ефективність лікарні суттєво зросла: з кожної гривні витрат у 2024 р. отримано 6,2 копійки прибутку, тоді як у 2022 р. лише 1,6 копійки.

Разом з тим аналіз виявив і певні проблемні аспекти управління фінансовими ресурсами. По-перше, значна частка фінансування через програму медичних гарантій створює ризики у разі змін у тарифній політиці НСЗУ або скорочення державного фінансування. По-друге, високий рівень зарплатних витрат обмежує можливості для розвитку інвестиційних проектів і модернізації обладнання. По-третє, недостатня диверсифікація доходів потребує активізації роботи із залучення грантів, участі в програмах міжнародної технічної допомоги, а також розширення спектра платних послуг. Також зберігається потреба у подальшій оптимізації енерговитрат і запровадженні системного фінансового контролінгу.

Важливою складовою ефективного управління фінансовими ресурсами є проведення стратегічного аналізу, який дозволяє оцінити внутрішнє та зовнішнє середовище діяльності, визначити потенційні можливості розвитку, загрози, сильні й слабкі сторони організації. Стратегічний аналіз є основою стратегічного планування й дозволяє адаптувати діяльність лікарні до змін

соціально-економічного середовища, підвищити гнучкість управління й забезпечити ефективне використання наявних ресурсів. Для КНП «Заболотівська багатoproфільна лікарня» проведення стратегічного аналізу є особливо актуальним, оскільки заклад функціонує в умовах фінансової нестабільності, конкуренції з приватними медичними структурами та зростання потреб населення у якісних медичних послугах.

Стратегічний аналіз діяльності лікарні дозволив виявити низку внутрішніх і зовнішніх чинників, які формують умови її функціонування. З метою систематизації результатів проведено SWOT-аналіз, який відображено у таблиці 2.6.

Таблиця 2.6

SWOT-аналіз КНП «Заболотівська багатoproфільна лікарня»

Сильні сторони (Strengths)	Слабкі сторони (Weaknesses)
Висококваліфікований медичний та адміністративний персонал.	Висока залежність від фінансування через програму медичних гарантій.
Сучасне діагностичне обладнання, проведена модернізація інфраструктури.	Висока частка витрат на оплату праці та енергоносії.
Розгалужена структура відділень, що забезпечує комплексне лікування.	Дефіцит окремих спеціалістів, кадрове старіння.
Стійке зростання доходів, позитивна динаміка прибутковості.	Обмежене залучення позабюджетних коштів, потреба у грантових програмах.
Позитивний імідж серед населення, соціальна орієнтованість.	Частково застаріла інфраструктура та потреба у подальшій цифровізації.
Можливості (Opportunities)	Загрози (Threats)
Розвиток телемедицини, цифрових технологій.	Зниження обсягів фінансування НСЗУ.
Участь у грантових та міжнародних проектах.	Підвищення цін на енергоносії та медичні матеріали.
Розширення спектра платних послуг.	Конкуренція з боку приватних клінік.
Партнерство з іншими медичними установами регіону.	Кадрова міграція у приватний сектор або за кордон.
Впровадження енергоефективних технологій.	Економічна нестабільність і зростання інфляції.

Проведений SWOT-аналіз показує, що сильні сторони лікарні суттєво переважають слабкі. Потенціал для розвитку полягає у кадрових компетенціях, фінансовій стабільності, наявності сучасного обладнання та позитивному іміджі серед населення. Серед слабких сторін – залежність від

єдиного джерела фінансування, кадрові виклики, енергетичні витрати та обмежене капітальне оновлення. Можливості розвитку, такі як грантова підтримка, телемедицина, цифровізація й розширення спектра платних послуг, можуть значно підвищити фінансову незалежність. Основні загрози – зовнішні: економічна нестабільність, інфляція, конкуренція, що потребує підвищення гнучкості управління та оперативного реагування на зміни середовища.

Для комплексної оцінки зовнішніх факторів проведено PEST-аналіз (табл. 2.7).

Таблиця 2.7

PEST-аналіз КНП “Заболотівська багатoproфільна лікарня”

Фактор	Основні впливи	Ймовірність здійснення	Ступінь впливу	Зважена оцінка
Політичні (Political)	Законодавчі реформи у сфері охорони здоров’я, зміни тарифів НСЗУ	0,25	5	1,25
	Підтримка місцевих органів влади, співфінансування проєктів	0,20	4	0,8
Економічні (Economic)	Інфляція, коливання валют, вартість енергоносіїв	0,25	5	1,25
	Обмеженість бюджетного фінансування, потреба в інвестиціях	0,20	4	0,8
Соціальні (Social)	Старіння населення, зростання потреб у тривалому лікуванні, ВПО	0,20	4	0,8
	Зростання вимог пацієнтів до якості послуг	0,15	5	0,75
Технологічні (Technological)	Цифровізація, телемедицина, електронна документація	0,25	5	1,25
	Потреба в оновленні обладнання, сервісному обслуговуванні	0,20	4	0,8
Загальна зважена оцінка	—	—	—	4,9

PEST-аналіз показав, що діяльність КНП «Заболотівська багатoproфільна лікарня» найбільшою мірою залежить від політичних і економічних факторів, які формують рівень фінансування та нормативне поле. Технологічні чинники є одночасно викликом і можливістю – потребують інвестицій, але відкривають перспективи підвищення ефективності й якості послуг. Соціальні тенденції (старіння населення, збільшення кількості пацієнтів із хронічними захворюваннями) сприятимуть стабільному попиту на медичні послуги.

Результати стратегічного аналізу свідчать, що діяльність лікарні значною мірою залежить від політичних і економічних чинників, зокрема рівня державного фінансування та тарифної політики НСЗУ. Водночас технологічні й соціальні фактори відкривають можливості для розвитку нових форм медичного обслуговування, таких як телемедицина, дистанційні консультації, цифрові сервіси для пацієнтів.

З урахуванням виявлених тенденцій стратегічними пріоритетами діяльності лікарні на 2025–2027 рр. визначено:

- підвищення ефективності фінансового управління через впровадження системи контролінгу, калькулювання собівартості та внутрішнього аудиту;
- модернізацію медичного обладнання та енергомодернізацію приміщень;
- диверсифікацію джерел фінансування (гранти, цільові програми, партнерські проекти);
- розвиток цифрових технологій управління і телемедицини;
- стимулювання професійного розвитку та мотивації персоналу;
- розширення спектра послуг для підвищення доходів і задоволення потреб населення.

Таким чином, КНП «Заболотівська багатoproфільна лікарня» демонструє позитивну динаміку фінансових результатів, раціональне управління ресурсами та прагнення до стратегічного розвитку. Реалізація

запропонованих заходів дозволить підвищити фінансову стійкість і ефективність управління, покращити якість медичних послуг, зміцнити кадровий потенціал та забезпечити стабільне зростання у довгостроковій перспективі.

Висновки до розділу 2

Практичний аналіз управління фінансовими ресурсами медичного закладу дав можливість комплексно оцінити його діяльність, фінансову стійкість, динаміку доходів і витрат та ефективність використання фінансових потоків. Дослідження організаційно-економічних характеристик засвідчило, що заклад працює в умовах нової фінансової моделі, яка базується на автономії, договірних відносинах із державним закупівельником медичних послуг, підвищенні відповідальності за результати діяльності та необхідності адаптації до сучасних вимог системи охорони здоров'я. Медичний заклад має розвинену структуру, забезпечує широкий спектр медичних послуг і виконує важливу соціальну функцію у межах територіальної громади.

Аналіз доходів та витрат виявив позитивну динаміку фінансових результатів, що свідчить про зміцнення економічної стійкості закладу. Основним джерелом фінансування є надходження за Програмою медичних гарантій, що забезпечує стабільність фінансових потоків і можливість прогнозування діяльності. Зростання доходів супроводжується раціональним підходом до витрат, значну частку яких становлять витрати на оплату праці, енергоносії та медикаменти. Водночас простежується тенденція до збільшення капітальних видатків, що свідчить про інвестиційний розвиток та оновлення матеріально-технічної бази.

Фінансовий аналіз показав високий рівень ліквідності, ділової активності та рентабельності. Показники свідчать про здатність закладу своєчасно виконувати зобов'язання, ефективно використовувати власні активи та забезпечувати позитивний фінансовий результат. Це є ознакою правильно вибудованої фінансової політики та ефективної роботи управлінського персоналу. Стратегічний аналіз дозволив визначити сильні сторони закладу, серед яких фінансова стійкість, професійний кадровий потенціал, оновлення інфраструктури та позитивний імідж серед населення; а також окреслити слабкі місця — кадрові ризики, залежність від державних

надходжень та потребу в удосконаленні цифрових рішень. Дослідження також виявило можливості розширення спектра послуг, залучення інвестицій та участі в міжнародних програмах підтримки.

Комплексна оцінка підтвердила, що фінансове управління медичного закладу здійснюється ефективно, а заклад має вагомі перспективи подальшого розвитку. Практичний досвід і результати фінансової діяльності свідчать про здатність установи до стабільного функціонування в умовах реформування галузі та створюють підґрунтя для формування рекомендацій щодо вдосконалення фінансової системи охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМИ РЕСУРСАМИ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

3.1. Системи фінансування закладів охорони здоров'я: зарубіжний досвід

Сучасні системи охорони здоров'я у світі формувалися під впливом різних історичних, соціально-економічних і політичних умов, проте всі вони мають спільну мету – забезпечення населення доступною, якісною та фінансово захищеною медичною допомогою. Фінансування є базисом будь-якої системи, адже саме воно визначає її стійкість, ефективність, якість управління ресурсами та рівень задоволення потреб громадян у медичних послугах. Світовий досвід доводить, що фінансові моделі мають бути збалансованими: вони повинні забезпечувати стабільність надходжень до медичних закладів і водночас стимулювати ефективність використання коштів та підвищення якості послуг. Зарубіжний досвід свідчить, що у світі сформувалися кілька типових моделей організації фінансування охорони здоров'я – бюджетна (державна), страхова (соціально-страхова), приватна (ринкова) та змішана. Їхні особливості залежать від соціально-економічного устрою, політичної культури, рівня доходів громадян і традицій державного управління. Водночас жодна з моделей не є універсальною – у кожній країні поєднуються різні елементи, що дозволяє балансувати між доступністю медичних послуг, їхньою якістю та фінансовою стійкістю системи [56].

Першою історично стала модель Бісмарка, започаткована в Німеччині наприкінці XIX століття, що передбачала обов'язкове медичне страхування через неприбуткові фонди. Основна її ідея – спільна відповідальність працівників і роботодавців за здоров'я, де внески формують стабільне фінансове підґрунтя системи. Ця модель довела свою ефективність у країнах

Європи, поєднавши державний контроль із саморегулюванням страхових інституцій [57].

Інший тип – модель Беверіджа, названа на честь британського економіста Вільяма Беверіджа, що стала основою Національної служби охорони здоров'я Великої Британії. Вона фінансується виключно з податків і забезпечує безкоштовний доступ до медичних послуг для всіх громадян. Її перевага – рівність і соціальна справедливість, недолік – високе навантаження на бюджет і черги на лікування [56].

Модель Семашка, створена в СРСР, передбачала повне державне фінансування через централізовану бюджетну систему. Вона забезпечила масовий доступ до медичних послуг, але водночас втратила гнучкість і ефективність через відсутність конкуренції та ринкових стимулів. Для України ця модель історично стала базовою, і саме з неї почалися трансформаційні процеси реформи охорони здоров'я [57].

У сучасному світі сформувався також приватно-ринковий тип фінансування, що характерний для США, Канади, Південної Кореї, де значну роль відіграють приватні страхові компанії. Ця система орієнтована на високу якість послуг і технологічний прогрес, але створює ризик соціальної нерівності через високу вартість страхових внесків [56].

Нарешті, більшість розвинених країн нині використовують модель, яка поєднує державні гарантії базових послуг з елементами обов'язкового страхування та приватної медицини. Саме така структура забезпечує диверсифікацію джерел фінансування, стійкість системи й конкурентність серед надавачів послуг [56].

Для України питання вибору моделі фінансування набуває особливого значення через воєнні виклики, економічну нестабільність і демографічні зміни. Із запровадженням Закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та створенням Національної служби здоров'я України, розпочався перехід до нової моделі – державно-страхової з елементами конкуренції, що поєднує принципи Беверіджа та Бісмарка. Така

змішана система орієнтується на прозорість фінансування, принцип «гроші йдуть за пацієнтом» і розвиток контрактних відносин між державою та закладами [64].

В таблиці 3.1. систематизовано основні системи фінансування закладів охорони здоров'я.

Таблиця 3.1.

Системи фінансування закладів охорони здоров'я

Система фінансування	Основний принцип	Країни, де застосовується	Особливості	Переваги	Недоліки
Система Бісмарка	Обов'язкові внески на медичне страхування, яке адмініструють неприбуткові організації.	Німеччина, Франція, Швейцарія, Бельгія, Австрія	Страхові внески для всіх працюючих осіб; приватні страховики, що працюють під контролем держави.	Висока доступність медичних послуг, швидка реакція на потреби населення.	Високі витрати на адміністрацію, нерівність доступу через статус платника.
Система Беверіджа	Повністю державне фінансування через податки.	Великобританія, Іспанія, Італія, Швеція, Канада	Безкоштовні медичні послуги для всіх громадян; державні лікарні та клініки.	Безкоштовне медичне обслуговування для всіх громадян, високий рівень рівності.	Високі податки, тривалі черги на лікування, дефіцит ресурсів.
Система Сімашко	Державне фінансування медичних послуг через центральні органи управління.	деякі пострадянські країни	Державне управління охороною здоров'я, безкоштовні медичні послуги для всіх.	Універсальне покриття, доступність послуг на всіх рівнях.	Бюрократія, неефективність, низька якість послуг, відсутність мотивації до інновацій.

Моделі «гроші йдуть за пацієнтом» (платежі за послугу)	Оплата медичних послуг через державні або приватні організації (страхові компанії).	США (частково), Україна (в рамках реформи НСЗУ), Чехія	Пацієнти обирають медичні заклади, і медичні установи отримують фінансування за кількість пацієнтів.	Сприяє підвищенню конкуренції та якості послуг, більша доступність для пацієнтів.	Можливі проблеми з якістю послуг, дефіцит фінансування для медичних установ.
Приватне медичне страхування	Пацієнти купують медичне страхування для отримання медичних послуг.	США (для багатьох), Мексика, Аргентина	Часто поєднується з іншими системами, але основне фінансування через приватні страховки.	Може забезпечити високий рівень медичного обслуговування, швидкий доступ до послуг.	Висока вартість страхування, не кожен може дозволити собі оплатити.
Змішані моделі	Комбінація державного та приватного фінансування.	Нова Зеландія, Австралія, Японія, Канада	Спільне фінансування державою і приватними страховими компаніями; доступність послуг через державну та приватну систему.	Підвищення доступності медичних послуг для різних категорій громадян, зниження навантаження на державний сектор.	Проблеми з рівністю доступу та оплатою, адміністрування обох систем.

*Джерело: [54]

У реальності більшість країн використовують змішані варіації цих моделей, що дозволяє гнучко реагувати на соціально-економічні виклики.

Наведена інформація показує, що сучасна тенденція полягає у переході від моноканальних систем до змішаних систем, які поєднують різні джерела надходжень. Саме змішана система вважається найбільш адаптивною до

кризових умов, оскільки вона дозволяє поєднувати державну підтримку з ринковими стимулами, а також створює середовище для партнерства між державою, страховими компаніями та приватними закладам.

Ефективність моделі фінансування визначається не лише джерелами надходжень, а й часткою ВВП, що спрямовується на медицину. У розвинутих країнах цей показник сягає 10–12 %, тоді як в Україні – близько 3 %, що суттєво менше від мінімального рівня, рекомендованого ВООЗ (5 % ВВП).

Таблиця 3. 2.

Частка витрат на охорону здоров'я у ВВП у вибраних країнах світу*

Країна	Видатки на охорону здоров'я (% ВВП)
США	16,6 %
Німеччина	12,7 %
Франція	11,9 %
Японія	11,5 %
Велика Британія	11,3 %
Канада	11,2 %
Польща	6,7 %
Туреччина	4,3 %
Україна	~3,0 %

*Джерело: [58]

Порівняльний аналіз показує, що ефективність фінансування охорони здоров'я прямо залежить від стабільності джерел, частки бюджетних коштів у ВВП і рівня розвитку страхових механізмів. Наприклад, у країнах із моделлю Бісмарка (Німеччина, Франція) медичні послуги фінансуються через незалежні страхові фонди, що дозволяє уникнути політичних ризиків, тоді як у моделі Беверіджа держава зберігає контроль, але втрачає гнучкість [63].

Для України, яка упродовж тривалого часу використовувала бюджетну модель Семашка, характерною є надмірна централізація, низька ефективність

управління та недофінансування закладів. Перехід до нової системи через Програму медичних гарантій і Національну службу здоров'я України став важливим етапом, однак фінансова стійкість залишається обмеженою. Наявна система все ще має ознаки перехідного типу: централізоване державне фінансування поєднується з елементами страхування, субвенцій та міжнародної допомоги [56].

Сучасні підходи до оцінки моделей фінансування базуються не лише на рівні витрат, а й на показниках ефективності. Згідно з концепцією ВООЗ ефективна система фінансування повинна забезпечувати три цілі:

1. фінансовий захист населення від катастрофічних витрат;
2. справедливий доступ до якісних послуг;
3. раціональне використання ресурсів.

Українська система частково відповідає цим критеріям, однак рівень фінансового захисту залишається низьким: частка прямих витрат населення на медицину перевищує 40 % загальних витрат на охорону здоров'я, що є надмірним порівняно з середнім показником країн ЄС (15–20 %) [57].

Досвід провідних країн світу показує, що ефективна система фінансування охорони здоров'я не може існувати як моноканальна. Різні моделі – бюджетна, страхова й ринкова – не конкурують, а взаємно доповнюють одна одну. У більшості європейських держав відбувається поступовий перехід до гібридних структур, які поєднують державні гарантії базових послуг, солідарне страхування та приватні інвестиції [56].

В Україні такий підхід реалізується через державно-страхову модель, запроваджену Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», що започаткувала фінансування за принципом *«гроші йдуть за пацієнтом»* [7]. Створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ) стало точкою переходу від кошторисного утримання лікарень до контрактних відносин і оплати за надані послуги.

Разом із тим, аналіз досвіду країн ЄС (Німеччина, Франція, Нідерланди, Польща) доводить: стійкість системи забезпечується тоді, коли частка

державних коштів у фінансуванні не нижча ніж 60 %, а страхові внески виступають стабілізатором у періоди бюджетного дефіциту. Успіх соціально-страхових систем Бісмарка базується на паритеті між державою, роботодавцями та застрахованими, а ефективність британської моделі Беверіджа – на жорсткому контролі якості та централізованому управлінні.

Для України доцільно формувати інтегровану систему фінансування, яка спирається на такі компоненти:

1. Державне бюджетне фінансування – як гарантія доступу до базових медичних послуг (екстрена, первинна, паліативна допомога).
2. Обов'язкове медичне страхування (ОМС) – для покриття спеціалізованої та високовартісної допомоги.
3. Приватне страхування та благодійні фонди – як додаткові джерела для підвищення якості та технологічного рівня медичних закладів.
4. Механізми державно-приватного партнерства (ДПП) – залучення інвестицій у реконструкцію лікарень, закупівлю обладнання, розвиток телемедицини.
5. Міжнародна фінансова допомога та гранти – як інструмент післявоєнного відновлення галузі.

Виклики, спричинені війною, вимагають не лише збільшення фінансування, але й перегляду його структури. Необхідно посилити фінансування первинної допомоги, психічного здоров'я та медичної реабілітації, створити окремі фонди для лікування військовослужбовців і внутрішньо переміщених осіб.

Ключовим чинником успіху реформ є збалансованість між децентралізацією й державним контролем. Громади мають право формувати власні медичні програми, але фінансування повинно здійснюватися в межах єдиних стандартів і тарифів. Відповідно до практики ЄС, така політика забезпечує фінансову прозорість і виключає дублювання витрат [57].

Основні напрями подальшої адаптації системи фінансування для України:

- запровадження обов'язкового медичного страхування.
- збільшення частки фінансування охорони здоров'я до 5 % ВВП (норма ВООЗ).
- розширення програм державно-приватного партнерства в будівництві та оснащенні лікарень.
- цифровізація фінансових потоків – інтеграція eHealth, ProZorro та системи електронних полісів страхування.
- розвиток кадрового потенціалу – створення стимулів для лікарів і керівників закладів у межах контрактної системи.

Важливо також сформувати єдину інформаційну базу фінансових даних, яка об'єднає статистику НСЗУ, місцевих бюджетів і страхових компаній. Це забезпечить ефективний аудит, прогнозування потреб і прозорий розподіл коштів.

Порівняння функціонування української системи охорони здоров'я з досвідом європейських держав дає змогу виявити дієві стратегії та перевірені практики, які можуть бути адаптовані до українських реалій. Такий аналіз також дозволяє глибше зрозуміти ключові виклики, з якими стикаються країни Європи у сфері кадрового забезпечення медицини, та визначити напрями їх подолання.

Одним із ефективних елементів, характерних для європейських систем охорони здоров'я, є розвинені механізми добору й залучення медичних кадрів. У більшості країн ЄС застосовується комплексний підхід, який охоплює активне інформування про наявні вакансії, мотиваційні програми для молодих спеціалістів, підтримку вступу до медичних закладів освіти та заохочення підготовки фахівців у дефіцитних напрямках. Досвід цих країн може бути використаний Україною для формування власної ефективної політики у сфері кадрового забезпечення системи охорони здоров'я.

Вивчаючи європейські практики, Україна може обрати найбільш релевантні елементи, що відповідають її соціально-економічним реаліям, інституційним можливостям і стратегічним пріоритетам. Їхнє адаптоване впровадження сприятиме вдосконаленню системи управління, розширенню фінансових можливостей галузі.

Таблиця 3.3.

Порівняння європейських практик у реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я та України

Країна	Підходи до формування публічної політики в галузі охорони здоров'я	Порівняння з Україною
Німеччина	Загальне обов'язкове медичне страхування	Більша ступінь охоплення медичним страхуванням
Іспанія	Універсальне публічне страхування здоров'я	Забезпечення доступу до медичних послуг для всіх громадян
Італія	Загальне обов'язкове страхування здоров'я	Регулярний доступ до медичних послуг
Бельгія	Загальне обов'язкове страхування здоров'я	Широкий спектр покриття медичними послугами
Франція	Загальне обов'язкове страхування здоров'я	Висока доступність медичних послуг
Польща	Загальне обов'язкове страхування здоров'я	Забезпечення первинної медичної допомоги
Швеція	Загальне обов'язкове страхування здоров'я	Інвестиції в електронне здоров'я та мобільні додатки

**Джерело: [59]*

Аналізуючи європейські підходи до формування публічної політики у сфері охорони здоров'я та порівнюючи їх із українськими реаліями, можна виокремити низку закономірностей і відмінностей.

У Німеччині діє система загальнообов'язкового медичного страхування, що забезпечує майже повне охоплення населення та гарантує сталість фінансування галузі. Така модель формує високий рівень фінансової захищеності громадян і є орієнтиром для української системи, де частина населення все ще не має гарантованого страхового покриття.

Іспанія реалізує модель універсального державного страхування, у межах якої кожен громадянин має право на безоплатний доступ до базових медичних послуг. Цей досвід демонструє ефективність принципів солідарності й рівності, що можуть бути адаптовані для розширення охоплення медичними послугами в Україні.

Італійська модель базується на загальнообов'язковому страхуванні та децентралізованому управлінні. Кожен регіон має право самостійно формувати політику у сфері охорони здоров'я, але з урахуванням національних стандартів. Такий підхід забезпечує гнучкість і орієнтацію на потреби населення, що є корисним для України, де децентралізація в медицині лише формується.

У Бельгії система охорони здоров'я поєднує обов'язкове страхування з можливістю добровільного розширення покриття. Це дає змогу громадянам обирати рівень сервісу та установу, з якою вони укладають договір. У порівнянні з українською моделлю, бельгійський підхід демонструє вищу гнучкість і більшу різноманітність джерел фінансування.

Франція підтримує універсальне страхування із суттєвими державними дотаціями, що гарантує високу доступність і якість медичних послуг. Її досвід є цінним прикладом збалансованого поєднання соціальної орієнтованості й ефективності управління ресурсами.

Польща, подібно до України, використовує систему обов'язкового страхування, але з акцентом на розвиток первинної медичної допомоги. Сімейні лікарі відіграють центральну роль у забезпеченні безперервності лікування, що є прикладом ефективної моделі для реформування української первинної ланки.

У Швеції медична система функціонує на основі загальнообов'язкового страхування та державного фінансування, а її особливістю є активні інвестиції у сферу електронного здоров'я – мобільні додатки, дистанційні консультації, електронні картки пацієнтів. Україна може використати цей досвід для масштабування цифрових інструментів у межах системи eHealth.

Україна може адаптувати найкращі практики, важливо забезпечити безперервний розвиток структури системи охорони здоров'я, впроваджувати технологічні інновації та підтримувати безперервне професійне навчання медичних працівників. Саме поєднання цих складових може забезпечити підвищення якості медичних послуг і наблизити Україну до європейських стандартів ефективності системи охорони здоров'я.

Таблиця 3.4

Особливості формування та функціонування механізмів фінансування охорони здоров'я в європейських країнах

Країна	Фінансування системи охорони здоров'я	Роль держави в управлінні системою	Виклики та проблеми	Рекомендації
Німеччина	Змішана система фінансування (платниками є держава, страхові компанії, роботодавці та громадяни)	Централізоване управління з декількома рівнями до послуг, старіюче населення, нестача медичного персоналу	Зростання витрат на охорону здоров'я, неоднаковий доступ медичних послуг, забезпечення довгострокової фінансової	Вдосконалення системи контролю за витратами та покриттям
Іспанія	Загальні податки та соціальні внески контролю за якістю послуг та доступом до них	Централізоване управління з децентралізованою діяльністю	Фінансова стійкість системи, недостатнє фінансування	Підвищення ефективності фінансування, вдосконалення системи
Італія	Загальні податки та соціальні внески використання ресурсів	Централізоване управління	Високі витрати на охорону здоров'я, недостатнє фінансування	Забезпечення стійкого фінансування, прозорість та ефективне
Бельгія	Загальні податки та соціальні внески міжрегіональних та міжсекторних систем охорони здоров'я	Децентралізоване управління посилення координації між різними рівнями влади	Довгі терміни очікування на прийом та недостатня координація	Підвищення доступності та якості медичних послуг,
Франція	Загальні податки та соціальні внески використання ресурсів та ефективний медичний менеджмент	Централізоване управління	Зростання витрат на охорону здоров'я, диспаритет доступу	Підтримка інновацій в охороні здоров'я, раціональне

Польща	Загальні податки та соціальні внески	Централізоване управління фінансування, старіюче населення	Недостатня координація між рівнями влади, недостатнє фінансування, покращення доступу до первинної	Зміцнення міжсекторного партнерства та координації між різними рівнями влади, підвищення ефективності
Швеція	Загальні податки, соціальні внески та власні платежі ефективність медичного персоналу, недостатня координація	Централізоване управління професійний розвиток медичних працівників, ефективна	Витрати на охорону здоров'я, забезпечення якості та	Прозоре фінансування та управління, інвестиції в
Австрія	Загальні податки та соціальні внески	Централізоване управління з децентралізованою діяльністю	Недостатнє фінансування, витрати на медичну технологію	Підвищення фінансування, раціональне використання ресурсів та ефективність управління системою охорони здоров'я

**Джерело: [60]*

Світовий досвід переконує, що ефективність фінансування охорони здоров'я визначається здатністю системи забезпечувати сталість, справедливість і якість. Україна, адаптуючи європейські практики, має поступово переходити до змішаної, багатоканальної моделі, у якій кожен учасник – держава, бізнес, громади, пацієнти – є рівноправним партнером у фінансуванні здоров'я нації.

Реалізація цієї моделі дозволить підвищити фінансову ефективність медичних закладів, зміцнити кадровий потенціал і забезпечити сталий розвиток системи охорони здоров'я навіть в умовах воєнних та післявоєнних викликів.

3.2. Механізми удосконалення державного фінансування системи охорони здоров'я

Державне фінансування є ключовим механізмом забезпечення функціонування системи охорони здоров'я, адже саме воно визначає доступність і якість медичних послуг, рівень соціальної справедливості та ефективність використання ресурсів. Фінансова політика у сфері охорони здоров'я покликана не лише забезпечити стабільність бюджетних потоків, а й створити умови для розвитку конкурентоспроможної, інноваційної та соціально орієнтованої системи. У сучасних умовах фінансування охорони здоров'я розглядається не просто як бюджетна категорія, а як інструмент державного управління, що формує соціальну безпеку, продовжує тривалість життя населення і визначає рівень людського капіталу країни.

Ефективність функціонування медичної галузі значною мірою залежить від вибору фінансової моделі, розподілу відповідальності між державними, місцевими та приватними суб'єктами, а також від взаємодії між державними інститутами та ринковими механізмами. В Україні довгий час переважала централізована бюджетна модель фінансування, що ґрунтувалася на принципі утримання закладів. Такий підхід забезпечував певну стабільність, однак не стимулював розвиток конкурентного середовища та підвищення якості послуг. Сучасна модель, започаткована реформою 2016 року, базується на принципі «гроші йдуть за пацієнтом» та реалізується через Національну службу здоров'я України. Вона передбачає перехід від фінансування закладів до фінансування конкретних медичних послуг, що надаються громадянам, і тим самим формує більш гнучкий, орієнтований на результат фінансовий механізм. Разом із тим нинішня система державного фінансування залишається проблемною. Незважаючи на збільшення обсягів бюджетних видатків, вони не покривають усіх потреб галузі. Нерівномірність фінансування між регіонами, застаріла інфраструктура, дефіцит кадрів, низька оплата праці медиків, відсутність сучасних механізмів інвестиційного

залучення призводять до того, що система охорони здоров'я не відповідає повною мірою європейським стандартам. Незбалансованість законодавчо визначених зобов'язань і наявних фінансових можливостей держави створює дефіцит ресурсів і перешкоджає реалізації стратегічних цілей розвитку галузі. Удосконалення механізмів державного фінансування охорони здоров'я має ґрунтуватися на принципах ефективності, соціальної справедливості, прозорості, результативності та відповідальності. Важливо забезпечити баланс між централізованими й децентралізованими підходами, де держава виконує координуючу і контрольну функцію, а місцеві органи влади реалізують політику фінансового забезпечення на рівні громад. Фінансове управління в охороні здоров'я має бути інтегрованим – поєднувати планування, прогнозування, розподіл, моніторинг і контроль використання коштів на всіх рівнях.

Фінансове забезпечення сфери охорони здоров'я функціонує за функціональним підходом до управління, який охоплює послідовні етапи: планування, організацію, регулювання, аналіз, мотивацію, контроль та контролінг (рис. 3.1).

На першому етапі визначається стратегічна мета й розробляються фінансові плани, на другому – здійснюється організація процесів формування та використання ресурсів. Контрольні та аналітичні функції забезпечують оцінку ефективності використання коштів, а мотиваційна складова сприяє підвищенню зацікавленості працівників у результативній діяльності. Такий підхід передбачає узгодження діяльності між усіма рівнями системи охорони здоров'я, взаємозв'язок між надавачами і замовниками послуг, забезпечення ефективного зворотного зв'язку та підвищення відповідальності учасників фінансового процесу. Рис. 3.1 відображає «замкнений цикл» управління: дані контролю та аналізу повертаються у блоки планування/організації, що дає змогу оперативно коригувати бюджети, тарифи, контрактні умови; мотиваційний блок у моделі пов'язує фінанси з поведінкою персоналу

(надбавки за якість, індикатори результативності), а регуляторний – синхронізує рішення різних рівнів (центральный, регіональний, заклад).

У практичному вимірі це означає, що кожне фінансове рішення повинно мати вимірюваний клінічний та соціальний ефект (доступність, якість, безпека), а відхилення виявляються через поточний контроль і виправляються управлінськими корекціями.



Рис. 3.1 Функціональний підхід до управління фінансовим забезпеченням розвитку сфери охорони здоров'я*

**Джерело: [61]*

На основі цього підходу побудовано структурну модель управління фінансовим забезпеченням інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я, (рис. 3.2.)

Вона включає основні принципи, суб'єкти, об'єкти, інструменти управління та важелі впливу. Зокрема, принципи субсидіарності, соціальної справедливості, системності, збалансованості та диверсифікації забезпечують комплексність і стійкість управління. Суб'єктами управління виступають

держава, місцеві органи влади, керівники закладів охорони здоров'я, а об'єктами – фінансові ресурси, установи та програми. В управлінні застосовуються бюджетні, страхові, податкові, цінові та фінансово-прогностичні інструменти. Держава здійснює нормативно-правове регулювання, тоді як ринок визначає попит, конкуренцію і рівень якості послуг. Поєднання цих двох систем формує збалансовану модель фінансового управління, що дозволяє одночасно дотримуватися соціальних гарантій і стимулювати економічну ефективність галузі.

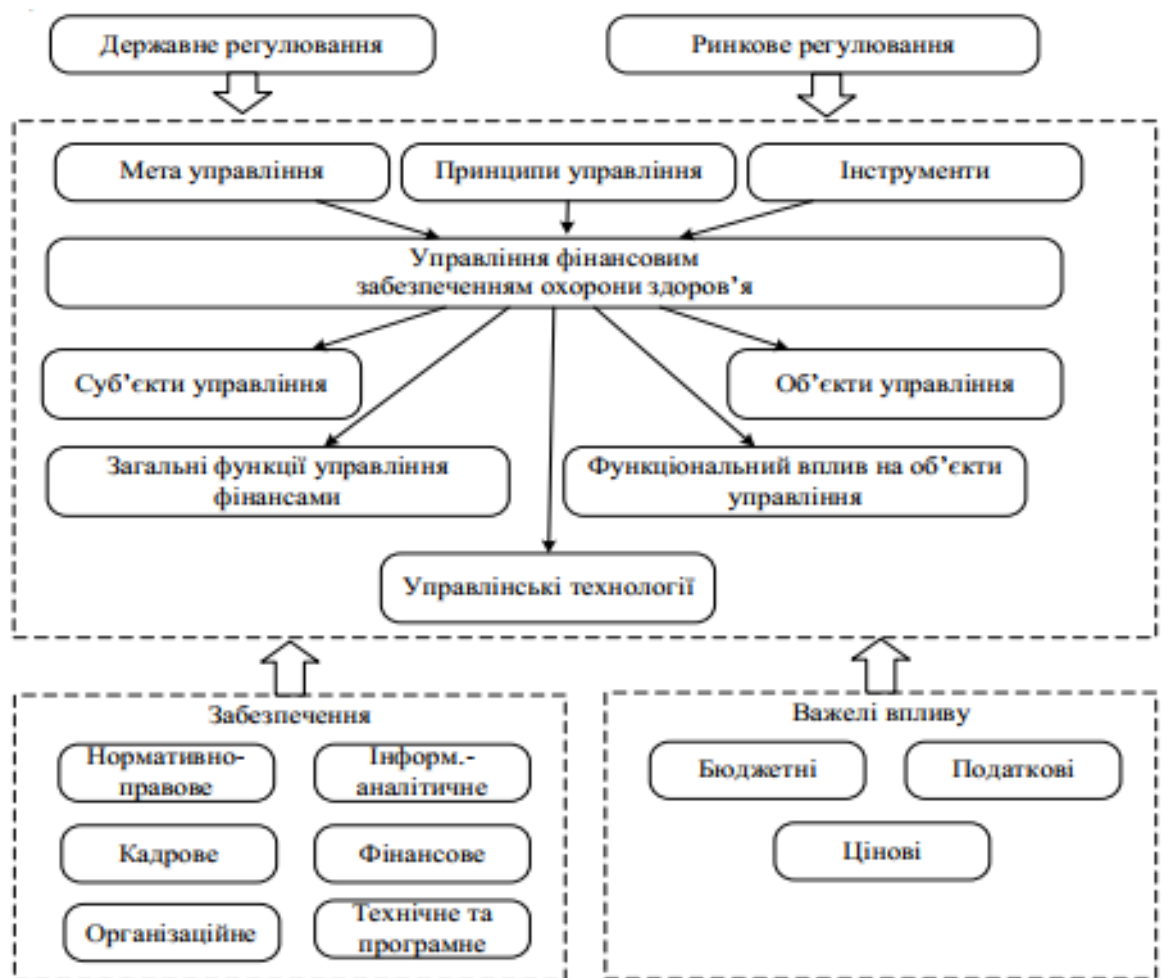


Рис. 3.2. Структура управління фінансовим забезпеченням інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я

**Джерело: [62]*

Важливим елементом модернізації є визначення стратегічних напрямів реформування фінансового механізму (табл 3.5).

Таблиця 3.5

**Напрями удосконалення фінансового механізму
публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні**

Напрями удосконалення	Обґрунтування напрямків удосконалення
1. Реформа системи фінансування	- впровадження системи обов'язкового медичного страхування розширить джерела фінансування та забезпечить стабільність бюджету охорони здоров'я. - прозора алокація коштів допоможе розподіляти ресурси з урахуванням реальних потреб медичних закладів та населення. - передбачуване фінансування дозволить уникнути перерв у наданні медичних послуг.
2. Збільшення ефективності витрат	- модернізація закупівель зменшить можливість корупції та оптимізує витрати. - ефективний контроль за витратами допоможе зберігати ресурси для покращення медичної допомоги. - спрощення адміністративних процедур заощадить час і кошти на бюрократію.
3. Розвиток первинної медичної допомоги	- підвищення ролі первинної ланки сприятиме попередженню захворювань та ранній діагностиці. - забезпечення доступності та якості первинної допомоги покращить загальний стан здоров'я населення.
4. Розвиток електронної медицини	- удосконалення електронної медичної картки полегшить обмін інформацією та підвищить координацію медичних послуг. - підвищення ефективності інформаційних технологій спростить - управління медичними процесами та забезпечить аналіз даних для прийняття рішень.
5. Підвищення заробітних плат медичних працівників	- справедливе та конкурентоспроможне гонорарне винагородження збереже талановитий медичний персонал в Україні. - мотивація та підтримка медичних фахівців зменшать міграцію на зарубіжні ринки праці.
6. Залучення громадськості до управління охороною здоров'я	- участь громадських організацій та пацієнтських рад забезпечить врахування потреб та думок населення у прийнятті рішень. - відкритість у прийнятті рішень та звітність перед громадськістю - підвищать довіру до системи охорони здоров'я.

*Джерело: [62]

Ключовими напрямами вдосконалення фінансового механізму є: реформування системи фінансування шляхом запровадження обов'язкового

медичного страхування; підвищення ефективності витрат і прозорості процедур; розвиток первинної медичної допомоги як базового рівня системи; впровадження електронної медицини; підвищення заробітних плат медичних працівників та розширення участі громадськості у процесі прийняття рішень. Ці напрями не лише розширюють фінансову базу, а й формують нову культуру управління коштами у сфері охорони здоров'я, що орієнтована на результат, прозорість і довіру громадян.

З метою підвищення стійкості системи необхідно розширювати фінансову базу охорони здоров'я, переходячи від одноманітного бюджетного фінансування до багатоканальної моделі. Доцільно поєднувати бюджетні, страхові, податкові та інвестиційні джерела фінансування. Бюджетна складова залишається основною, проте її потрібно доповнювати механізмами обов'язкового медичного страхування, добровільного страхування та грантовими програмами міжнародних організацій. Таке поєднання створить умови для зменшення навантаження на державний бюджет і водночас забезпечить фінансову стабільність закладів. Особливого значення набувають питання удосконалення фінансового забезпечення у повоєнний період. Структура фінансового механізму повоєнного відновлення системи охорони здоров'я (рис.3.3), складається з двох ключових блоків: фінансування процесів відновлення та розробки нової системи фінансування галузі. Перший блок включає пошук джерел, акумулювання та раціональне використання коштів для відбудови інфраструктури і кадрового потенціалу на деокупованих територіях. Другий блок спрямований на створення якісно нової системи охорони здоров'я, заснованої на принципах безпечності, адаптивності та стійкості. Джерела фінансування повоєнного відновлення поділяються на внутрішні (державний і місцеві бюджети, ресурси українського бізнесу, благодійні організації) та зовнішні (допомога міжнародних фінансових інституцій, урядів іноземних країн, грантових фондів, а також використання заморожених російських активів).



Рис. 3.3 Структура фінансового механізму повоєнного відновлення системи охорони здоров'я *Джерело: [63]

Важливими інструментами є створення Фонду розвитку України, впровадження проєктів державно-приватного партнерства, розширення проєктно-грантової діяльності та цифровий моніторинг усіх фінансових потоків у медичній сфері. Такий підхід дозволяє поєднати гуманітарні, бюджетні та інвестиційні ресурси в єдину систему, орієнтовану не лише на відновлення, а й на модернізацію галузі охорони здоров'я в цілому.

Важливим напрямом удосконалення є впровадження системи обов'язкового державного медичного страхування, що дозволить формувати стабільний фонд коштів для покриття витрат на лікування, профілактику та реабілітацію населення. Страхова модель дає змогу залучати додаткові кошти від роботодавців і населення, водночас залишаючи контроль за державою як гарантом рівного доступу до медичних послуг. Це створює передумови для скорочення неофіційних платежів, прозорого розподілу фінансів і підвищення довіри громадян до системи охорони здоров'я.

Реформування державного фінансування передбачає також підвищення ефективності витрат. Необхідно перейти від фінансування на основі кошторисів до програмно-цільового методу, коли кожна гривня державних коштів має бути спрямована на досягнення вимірюваних результатів. Система контролю повинна включати оцінку ефективності використання ресурсів, фінансовий аудит, моніторинг виконання програм і оцінку їх соціального ефекту. Застосування принципу «витрати–результати» забезпечить прозорість і відповідальність усіх суб'єктів фінансового процесу.

Важливим елементом нової моделі є цифровізація фінансового управління. Впровадження електронних систем обліку, звітності та контролю дозволить мінімізувати людський фактор і зменшити корупційні ризики. Використання даних електронної системи охорони здоров'я та Національної служби здоров'я України для моніторингу витрат, формування прогнозів і автоматизованого аудиту забезпечить відкритість процесів фінансування та сприятиме підвищенню довіри населення до державних інституцій.

Окрім державного фінансування, важливу роль мають відігравати механізми державно-приватного партнерства. Вони дозволяють залучати приватні інвестиції до модернізації лікарень, закупівлі обладнання, будівництва медичних центрів та розробки інноваційних проєктів. Такі партнерства сприяють підвищенню ефективності управління, розширенню спектра послуг і формуванню конкурентного середовища у сфері охорони здоров'я.

Суттєвим резервом удосконалення фінансової системи є розвиток первинної медичної допомоги, яка має бути основою всієї системи. Саме через розширення доступу до первинних послуг можна зменшити навантаження на стаціонарну допомогу, оптимізувати витрати та підвищити якість обслуговування. Інвестиції в первинну ланку, зокрема у цифрову медицину, телемедицину й мобільні медичні послуги, мають стати пріоритетними.

Важливо також забезпечити соціальну мотивацію медичних працівників. Рівень оплати праці повинен відповідати складності виконуваних функцій і стимулювати підвищення кваліфікації. Підвищення заробітних плат, створення програм професійного розвитку, грантів і доплат за результатами роботи сприятиме збереженню кваліфікованих кадрів і зменшенню їх відтоку за кордон.

Складовою удосконалення фінансових механізмів є посилення контролю, прозорості та підзвітності. У контексті масштабного залучення міжнародної допомоги особливо важливо забезпечити чіткі механізми аудиту, оприлюднення фінансової звітності та громадського моніторингу. Це підвищить довіру міжнародних партнерів, сприятиме подальшому фінансуванню й зменшить ризики нецільового використання коштів.

Розвиток партнерських відносин між державою, місцевими органами влади, бізнесом, громадськими організаціями та міжнародними донорами створить синергію ресурсів і забезпечить комплексне оновлення галузі. У цьому контексті важливо формувати єдину координаційну систему, що

дозволить узгоджувати національні пріоритети з міжнародними програмами, зокрема в межах європейського вектору інтеграції.

Отже, удосконалення державного фінансування охорони здоров'я передбачає комплексний підхід, який поєднує бюджетні, страхові, інвестиційні та партнерські механізми. Ефективність цієї системи залежить від здатності держави забезпечити прозоре управління фінансовими потоками, підвищити результативність використання коштів, гарантувати соціальну справедливість та підтримати розвиток кадрового потенціалу. Формування сучасної моделі фінансування охорони здоров'я – це не лише економічне завдання, а й стратегічна умова сталого розвитку держави та підвищення добробуту її громадян.

Висновки до розділу 3

Дослідження міжнародного досвіду та теоретико-прикладних аспектів удосконалення фінансування охорони здоров'я дозволило визначити ключові підходи до формування ефективної та стійкої моделі фінансового забезпечення галузі. Аналіз світових практик показав, що найбільш результативними є системи, які поєднують кілька джерел фінансування — державне бюджетне забезпечення, обов'язкове та добровільне медичне страхування, приватні інвестиції та донорську підтримку. Такий підхід забезпечує збалансованість, гнучкість і стійкість системи, знижує фінансові ризики та створює сприятливі умови для підвищення якості медичних послуг. Спільною рисою успішних систем охорони здоров'я є чітка організація фінансових потоків, високий рівень прозорості, розвинена інфраструктура контролю та орієнтація на потреби пацієнтів.

У контексті національної системи охорони здоров'я визначено, що подальше вдосконалення фінансового забезпечення повинно ґрунтуватися на розширенні фінансової бази, підвищенні результативності використання коштів та формуванні довгострокової фінансової стратегії. Перспективними напрямками є запровадження обов'язкового медичного страхування, удосконалення механізмів бюджетування, розвиток державно-приватного партнерства, модернізація матеріально-технічної бази медичних закладів та активне використання цифрових технологій для управління фінансами. Значну роль відіграє посилення кадрової політики, підвищення мотивації медичних працівників, створення комфортних умов праці та впровадження сучасних методів підвищення кваліфікації.

Важливим завданням є забезпечення прозорості та підзвітності фінансових потоків, удосконалення механізмів внутрішнього та зовнішнього контролю, а також формування єдиної інформаційної системи моніторингу фінансування з інтеграцією інструментів eHealth. Післявоєнна відбудова системи охорони здоров'я вимагає концентрації ресурсів на модернізації

інфраструктури, відновленні медичних закладів, розвитку реабілітаційних послуг та впровадженні інноваційних технологічних рішень.

Таким чином, запропоновані напрями вдосконалення фінансового забезпечення охорони здоров'я спрямовані на підвищення доступності медичних послуг, зміцнення фінансової стійкості закладів, зниження нерівності між регіонами та формування конкурентного середовища. Реалізація цих заходів сприятиме створенню ефективної, гнучкої та сучасної моделі фінансування, здатної забезпечити високий рівень медичних послуг і відповідати європейським стандартам системи охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ

На основі аналізу теоретичних підходів встановлено, що фінансові ресурси медичних закладів виступають ключовою складовою їх функціонування, розвитку та забезпечення якісних медичних послуг. У роботі узагальнено економічну сутність фінансових ресурсів, їх структуру, функції та формування. Показано, що фінансові ресурси медичних закладів є багатоаспектною категорією, що охоплює централізовані (державні та місцеві бюджети, Програма медичних гарантій), децентралізовані (власні надходження, плата за послуги, благодійність, гранти) та позабюджетні джерела. Обґрунтовано, що ефективне фінансове забезпечення охорони здоров'я базується на принципах соціальної справедливості, прозорості, результативності, субсидіарності, багатоканальності та відповідальності.

Проаналізовано нормативно-правову базу фінансування охорони здоров'я, включно із Законом України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення”, Основами законодавства про охорону здоров'я, Концепцією реформування фінансування медицини та іншими документами. Доведено, що реформування фінансування через НСЗУ – ключовий фактор переходу від утримання закладів до оплати за результат та обсяг наданих послуг. Впровадження eHealth, автономізація медичних закладів, формування Програми медичних гарантій дозволили суттєво підвищити прозорість і підзвітність фінансових потоків. Разом із тим зберігається низка проблем: недостатня частка ВВП, що спрямовується на медицину; нерівність між громадами за рівнем фінансування; дефіцит капітальних інвестицій; висока залежність від державного бюджету та обмеженість альтернативних джерел фінансування.

Дослідження діяльності КНП “Заболотівська багатoproфільна лікарня”, показав позитивну динаміку більшості фінансових показників у 2022–2024 роках. Доходи зросли на 49 %, витрати – на 43 %, прибутковість збільшилася у 5,5 рази. Підприємство щороку демонструє стабільно позитивний

фінансовий результат, що свідчить про ефективну фінансову політику, раціональне використання коштів і здатність до самофінансування розвитку. Основним джерелом надходжень є контракти з НСЗУ ($\approx 97\%$), що підтверджує важливість державного фінансування, але одночасно вказує на ризики надмірної залежності від нього.

Аналіз структури витрат показав домінування зарплатної складової (70-72 %), що є характерним для галузі з високою трудомісткістю. Водночас зростання капітальних видатків свідчить про посилення інвестицій у розвиток матеріально-технічної бази: модернізацію обладнання, ремонт приміщень, впровадження цифрових інструментів. Фінансовий аналіз, зокрема коефіцієнтів автономії, ліквідності, рентабельності, оборотності активів, показав, що підприємство має високий рівень фінансової стійкості, достатню ліквідність, низьку залежність від позикових коштів і ефективно використовує власний капітал.

SWOT-аналіз дозволив визначити ключові сильні сторони закладу: висока кваліфікація персоналу, стійка позитивна фінансова динаміка, модернізована матеріально-технічна база, позитивний імідж серед населення, розгалужена структура відділень. До слабких сторін віднесено кадровий дефіцит, частково застарілу інфраструктуру, значну залежність від ПМГ, обмеженість позабюджетних надходжень. Можливості пов'язані з розвитком телемедицини, цифровізації, розширенням платних послуг, грантовими програмами та партнерством із громадами. Загрози зумовлені економічною нестабільністю, можливими змінами тарифів НСЗУ, конкуренцією з приватними клініками та кадровою міграцією. PEST-аналіз підтвердив, що найбільший вплив на діяльність лікарні мають політичні та економічні чинники, що формують нормативне середовище, рівень фінансування та доступ до ресурсів.

У результаті проведеного дослідження обґрунтовано ключові напрями вдосконалення фінансового забезпечення охорони здоров'я України та комунальних медичних закладів. До них належать:

- запровадження обов’язкового медичного страхування як додаткового стабільного джерела фінансування;
- збільшення частки видатків на охорону здоров’я до рекомендованих ВООЗ 5 % ВВП;
- розвиток державно-приватного партнерства, залучення інвестицій у медичну інфраструктуру;
- удосконалення механізмів фінансового планування, контролінгу та внутрішнього аудиту в КНП;
- перехід до програмно-цільового фінансування з чіткими індикаторами результативності;
- масштабування цифрових інструментів у фінансовому управлінні (eHealth, автоматизовані системи бюджетування, прогнозування та аналізу витрат);
- стимулювання розвитку первинної медичної допомоги як базової ланки системи;
- підвищення заробітних плат медичних працівників та створення ефективних мотиваційних систем;
- удосконалення енергоефективності та оптимізація операційних витрат;
- розширення участі громадськості в управлінні охороною здоров’я та підвищення прозорості процесів.

Ефективне управління фінансовими ресурсами медичного закладу – це багатокомпонентний процес, що поєднує стратегічне планування, аналіз, контролінг, оптимізацію структури витрат, диверсифікацію доходів, підвищення інвестиційної привабливості та формування прозорої системи внутрішнього управління. КНП “Заболотівська багатопрофільна лікарня” має достатній рівень фінансової стійкості, міцний кадровий потенціал і реальні можливості для подальшого розвитку, за умови активізації роботи із залучення альтернативних джерел фінансування та модернізації управлінських процесів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Конєва І. І. Управління фінансовим забезпеченням діяльності медичних закладів України // Збірник наукових праць ДУІТ. Серія «Економіка і управління». Суми : Державний університет інфраструктури та технологій, 2023. Вип. 53. С. 91–102. URL: <https://em.duit.in.ua/index.php/home/article/view/89>
2. Філіпова Н. В. Управління фінансовим забезпеченням розвитку охорони здоров'я // Вісник Хмельницького національного університету. Серія «Економічні науки». Хмельницький : ХНУ, 2021. № 1. С. 302–307. URL: <https://journals.khnu.km.ua/vestnik/wp-content/uploads/2021/12/2021-1-en-52.pdf>
3. Камінська Т. В. Організаційно-економічний механізм фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я : дис. д-ра філософії : 05 – Соціальні та поведінкові науки, спец. 051 «Економіка». Київ : НТУУ «КПІ ім. Ігоря Сікорського», 2025. URL: <https://ela.kpi.ua/items/13923641-494d-4dd9-90fb-4a39118df4de>
4. Кужелєв М. О., Нечипоренко А. В. Фінансування охорони здоров'я в умовах глобальних викликів : український досвід // European Scientific Journal of Economic and Financial Innovation. Київ : Європейський університет, 2024. Вип. 1(13). URL: <https://journal.eae.com.ua/index.php/journal/article/view/252>
5. Криничко Л., Мотайло О. Нові підходи до фінансування системи охорони здоров'я // Аспекти публічного управління. Дніпро : ДРІДУ НАДУ, 2021. Т. 9, № 2. С. 86–97. URL: <https://aspects.org.ua/index.php/journal/article/view/871>
6. Мартинюк О. А., Кусик Н. Л., Рудінська О. В., Криленко В. І. Формування організаційно-економічного механізму управління закладом охорони здоров'я в сучасній парадигмі розвитку // Економіка та суспільство. Одеса : Одеський національний медичний університет, 2024. Вип. 64. DOI: 10.32782/2524-0072/2024-64-56. URL: <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/4271>

7. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 р. № 2168-VIII // Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2168-19>

8. Концепція реформування фінансування системи охорони здоров'я (схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1013-р). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/1013-2016-%D1%80>

9. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Стаття 18. Фінансове забезпечення охорони здоров'я. URL: https://kodeksy.com.ua/osnovi_zakonodavstva_ukrayini_pro_ohoronu_zdorovya/18.htm

10. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 01.07.2022 р. № 2347-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2347-20>

11. Постанова Кабінету Міністрів України № 781 від 05.07.2024 «Деякі питання надання послуг з медичного обслуговування населення за плату». URL: <https://medplatforma.com.ua/article/1596-platn-medichn-poslugi-yak-sformuvati-vartst>

12. Міністерство фінансів України. Healthcare Financing Reform. URL: <https://mof.gov.ua/en/the-reform-of-medicine>

13. Ukraine Recovery Plan (Health care) / Кабінет Міністрів України. URL: <https://www.kmu.gov.ua/storage/app/sites/1/recoveryrada/eng/health-care-eng.pdf>

14. World Health Organization. *Health financing in Ukraine: reform, resilience and recovery*. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2024. URL: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2024-10570-50342-75964>

15. World Bank. *Ukraine Health Financing Reform – Progress and Future Directions*. Washington, D.C., 2024. URL: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/704581639720587025/pdf/Ukraine-Health-Financing-Reform-Progress-and-Future-Directions-Overview.pdf>

16. United Nations in Ukraine. *Policy Paper on Universal Health Coverage (UHC) in Ukraine*. 2023. URL: https://ukraine.un.org/sites/default/files/2020-12/UN%20Policy%20Paper%20on%20UHC_final%20ENG.pdf
17. White Book of Reforms 2025. Chapter 14. *Healthcare reforms*. VoxUkraine, 2025. URL: <https://voxukraine.org/en/white-book-of-reforms-2025-chapter-14-healthcare-reforms>
18. World Health Organization / WHO Europe. *Бюджетний простір для системи охорони здоров'я в Україні. Програмний документ для підтримки діалогу щодо підготовки бюджету на 2021 рік (Policy paper № 20/01)*. 2021. URL: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/463872/UKR-Budgetary-space-for-health-ukr.pdf
19. Avila C., Kruk M., Doroshenko A. Implementing health financing policies to overhaul the health system in Ukraine // *Journal of Hospital Management and Health Policy*. 2021. URL: <https://jhmhp.amegroups.org/article/view/6656/html>
20. Volkova Ya. Analysis of modern approaches to financial support of healthcare facilities in Ukraine // *Financial and Credit Activity: Problems of Theory and Practice*. 2024. URL: <https://fkd.net.ua/index.php/fkd/article/download/4496/4195>
21. Гавриченко Д. Г. Ефективні напрями механізму фінансування сфери охорони здоров'я в Україні в умовах трансформації системи // *Фінанси, облік і аудит*. 2022. URL: <https://fkd.net.ua/index.php/fkd/article/download/3674/3467/13150>
22. Доценко В. Ю. Фінансування охорони здоров'я в Україні в умовах реалізації стратегії сталого розвитку // *Науковий журнал ЛУБП*. 2023. URL: <https://nzlubp.org.ua/index.php/journal/article/download/11/10>
23. Hlushchenko H. Health care financing in Ukraine: challenges and prospects // *European Scientific Journal of Economic and Financial Innovation*. 2025. URL: <https://www.eu-scientists.com/index.php/fag/article/view/338>

24. Прус Н.В., Савченко Н.Г. Підходи до управління фінансовими ресурсами в контексті реформування системи охорони здоров'я України // Економіка та держава. 2018. № 10. С. 27–31.

25. Гречковський О.О. Фінансове забезпечення розвитку охорони здоров'я регіону : магістерська робота. Тернопіль : ЗУНУ, 2023. 63 с.

26. Бурих А.Г. Фінансове забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я в умовах їх реформування : магістерська робота. Миколаїв : ЧНУ ім. П. Могили, 2024. 152 с.

27. Косовський В.В. Дослідження системи управління фінансовими ресурсами в закладах охорони здоров'я на прикладі відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради : магістерська робота. Тернопіль : ТНТУ, 2020. 100 с.

28. Картка КНП “Заболотівська багатопрофільна лікарня”. URL: <https://opendatabot.ua/c/01993629>.

29. Комунальне некомерційне підприємство “Заболотівська багатопрофільна лікарня”. URL: https://youcontrol.com.ua/catalog/company_details/01993629.

30. Офіційна сторінка КНП “Заболотівська багатопрофільна лікарня” URL: <https://zabolotiv-rada.gov.ua/knp-zsr-zabolotivska-bagatoprofilna-likarnya-15-51-40-13-01-2025>.

31. Закупівлі та фінансова звітність КНП “Заболотівська багатопрофільна лікарня”. URL: <https://clarity-project.info/edr/01993629>

32. World Economic Forum. *The Four Basic Models of Health Care Systems*. Geneva: WEF, 2020. URL: <https://www.weforum.org/stories/2020/10/covid-19-healthcare-health-service-vaccine-health-insurance-pandemic/>

33. Physicians for a National Health Program (PNHP). *Health Care Systems – Four Basic Models*. 2023. URL: https://pnhp.org/single_payer_resources/health_care_systems_four_basic_models.php

34. NHS England. *Planning Guidance and Budget for 2024–2025*. London, 2024. URL: <https://www.england.nhs.uk/long-read/planning-guidance-and-budget-for-2024-25/>
35. NHS England. *Allocations – Fair Shares Methodology*. London, 2024. URL: <https://www.england.nhs.uk/publication/infographics-fair-shares-a-guide-to-nhs-allocations/>
36. Department of Health and Social Care (DHSC). *Financial Directions to NHS England 2024–2025*. London, 2024. URL: <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/6602b05ea6c0f7580fef91f6/2024-2025-NHS-financial-directions.pdf>
37. The King’s Fund. *The NHS Budget – in a Nutshell*. London, 2024. URL: <https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/data-and-charts/nhs-budget-nutshell>
38. House of Commons Library. *NHS Funding and Expenditure (Briefing Paper SN00724)*. London, 2024. URL: <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/SN00724/SN00724.pdf>
39. The Health Foundation. *Health Care Funding – Analysis Hub*. London, 2024. URL: <https://www.health.org.uk/reports-and-analysis/analysis/health-care-funding>
40. P4H Network/ GIZ. *Germany Health System Summary 2024*. Bonn, 2024. URL: <https://p4h.world/app/uploads/2025/08/Germany-health-system-summary-2024.x14225.pdf>
41. KPMG. *Germany – Statutory Health Insurance Contribution 2024*. Global Mobility Services, 2024. URL: <https://kpmg.com/xx/en/our-insights/gms-flash-alert/flash-alert-2024-003.html>
42. International Bar Association (IBA). *Healthcare Survey 2025. Netherlands*. London, 2025. URL: <https://www.ibanet.org/document?id=Healthcare-Survey-2025-Netherlands>

43. Milliman. *2024 SFCR – Health Insurers in the Netherlands*. – Amsterdam, 2024. URL: <https://www.milliman.com/en/insight/2024-sfcr-health-netherlands>
44. Canadian Institute for Health Information (CIHI). *National Health Expenditure Trends 2024 Snapshot*. Ottawa, 2024. URL: <https://www.cihi.ca/en/national-health-expenditure-trends-2024-snapshot>
45. CIHI. *National Health Expenditure Trends (Full Portal)*. Ottawa, 2024. URL: <https://www.cihi.ca/en/national-health-expenditure-trends>
46. Canadian Medical Association (CMA). *How Is Health Care Funded in Canada?* Ottawa, 2024. URL: <https://www.cma.ca/how-health-care-funded-canada>
47. Government of Canada. *Shared Health Priorities (Working Together Plan)*. Ottawa: Health Canada, 2024. URL: <https://www.canada.ca/en/health-canada/corporate/transparency/health-agreements/shared-health-priorities.html>
48. Reuters. *World Bank Sets Goal of Expanding Healthcare to 1.5 Billion People by 2030*. 18 April 2024. URL: <https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/world-bank-sets-goal-expanding-healthcare-15-billion-people-by-2030-2024-04-18/>
49. Андрусів У.Я. Зарубіжний досвід фінансування систем охорони здоров'я та можливості його використання в Україні. *Науковий вісник ПДАБА*. 2019. URL: <https://prostir.pdaba.dp.ua/index.php/journal/article/view/354>
50. Колесник В. Фінансування системи охорони здоров'я в Україні в умовах сучасних викликів: моделі, джерела та проблеми. *Вісник КНУ ім. Т. Шевченка*. Серія: Економіка. 2025. URL: <https://econom.bulletin.knu.ua/article/download/2975/3283/14588>
51. Лісовська О.О. Теоретичні засади функціонування моделей фінансування системи охорони здоров'я. *Економіка і держава*. 2020. URL: https://journals.dpu.kyiv.ua/public/site/4_2020/11.pdf
52. Modern Economics / Наукові перспективи. Досвід зарубіжних країн щодо функціонування моделей фінансування системи охорони здоров'я та

впровадження медичного страхування. 2024. URL: <https://perspectives.pp.ua/index.php/np/article/view/10955>

53. Національна служба здоров'я України (НСЗУ). *Посібник з Програми медичних гарантій 2024*. Київ, 2024. URL: https://vaccine.org.ua/wp-content/uploads/2024/06/posibnyk_pmg_2024.pdf

54. Лепетан І.М., Жарлінська Р.Г. Глобальні моделі фінансування охорони здоров'я: виклики для України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2024 № 3 С. 165-172 URL: <https://www.nayka.com.ua/index.php/investplan/article/download/5631/5689/12696>

55. Міністерство фінансів України. *Реформа фінансування охорони здоров'я*. 2025. URL: <https://mof.gov.ua/uk/the-reform-of-medicine>

56. Дорошенко О.О., Шевченко М.В. Аналіз міжнародного досвіду фінансування вторинної медичної допомоги. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2017. № 1(5). С. 148–155.

57. Сазонець І. Л., Вівсяник О. М. Передумови функціонування міжнародних організації в інституційному механізмі державного управління системою охорони здоров'я. *Право та державне управління*. 2020. № 1. Т.2. С.170- 179.

58. OECD Health Policy Studies: Improving Health Sector Efficiency: The Role of Information and Communication Technologies URL: https://www.oecdilibrary.org/social-issues-migration-health/improving-health-sectorefficiency_9789264266414-en

59. Commission on Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2007. URL: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf Health Systems and Health Reforms in Europe: An Introduction to Key

Concepts, Issues and Debates - European Observatory on Health Systems and Policies. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK315942/>

60. Філіпова Н. В. Управління фінансовим забезпеченням розвитку охорони здоров'я. *Вісник Хмельницького національного університету*. 2021. № 1. С. 103-111

61.

62. В.І. Юнгер Джерела фінансування повоєнного відновлення системи охорони здоров'я (загальні положення). *Економіка, управління та адміністрування*. 2024. № 2. С.199-206