

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Центр професійної та післядипломної освіти
Кафедра управління імені Олега Балацького

Шифр _____

Наказ ректора про
затвердження теми

„До захисту допускається”
завідувачка кафедри
_____ Г.О.Швіндіна

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему

**ПОЛІТИКА ДЕРЖАВНОГО ФІНАНСУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ СУЧАСНОЇ РЕФОРМИ – РЕЗУЛЬТАТИ І
ПЕРСПЕКТИВИ**

за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування»,
освітньо-професійна програма «Управління та адміністрування
в охороні здоров'я»

Студента гр. _____ Кошевецького Ігоря Віталійовича

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр.

Кваліфікаційна робота магістра містить результати власних досліджень.
Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на
відповідне джерело _____ **Кошевецький І.В.**

Наукові керівники: _____

Суми 2021 р.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Центр професійної та післядипломної освіти
Кафедра управління імені Олега Балацького

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри _____
_____” _____ 20____ р.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ МАГІСТРА
за спеціальністю
281 Публічне управління та адміністрування,
освітньо-професійна програма «Управління та адміністрування
в охороні здоров'я»
студенту групи _____ **Кошевецькому І.В.**

1. Тема роботи «Політика державного фінансування закладів охорони здоров'я в умовах сучасної реформи – результати і перспективи» затверджена наказом по СумДУ № _____ від „_____” _____ 20____ р.

2. Термін подання студентом закінченої роботи _____

3. Мета кваліфікаційної роботи: наукове обґрунтування політики державного фінансування закладів охорони здоров'я в умовах сучасної реформи – аналіз можливих результатів та перспектив.

4. Об'єкт дослідження: система фінансування охорони здоров'я.

5. Предмет дослідження – державне фінансування закладів охорони здоров'я в умовах сучасної реформи.

6. Кваліфікаційна робота виконується на матеріалах: Закони України, Постанови Кабінету Міністрів України, монографії, підручники, навчальні посібники, статті та тези конференцій вітчизняних та зарубіжних авторів, Інтернет-ресурси, Державні стандарти України (ДСТУ), щорічна статистична звітність Держкомстату України.

7. Орієнтовний план кваліфікаційної роботи, терміни подання розділів керівникові та зміст завдань для виконання поставленої мети.

№ пор.	Назва розділу	Термін подання
I	ФІНАНСУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК ПРІОРИТЕТНИЙ НАПРЯМ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ	

II	АНАЛІЗ ДОСВІДУ ДЕРЖАВНОГО ФІНАНСУВАННЯ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ (НА ПРИКЛАДІ КНП КНП КМР «КОНОТОПСЬКА МІСЬКА ЛІКАРНЯ»)	
III	РЕЗУЛЬТАТИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ФІНАНСУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	

Зміст завдань для виконання поставленої мети кваліфікаційної роботи магістра:

У розділі 1 студент має дослідити державну політику фінансування закладів охорони здоров'я в умовах сучасної реформи в Україні та проаналізувати особливості державної політики фінансування закладів охорони здоров'я в країнах світу

У розділі 2 студент має проаналізувати особливості державного планування фінансування закладів охорони здоров'я в Україні та державного фінансування ЗОЗ на місцевому рівні на прикладі аналізу діяльності КНП КНП КМР «Конотопська міська лікарня».

У розділі 3 студент має проаналізувати результати державної політики фінансування ЗОЗ на прикладі КНП КМР «Конотопська міська лікарня та запропонувати рекомендації щодо покращення державного фінансування закладів охорони здоров'я.

8. Консультації щодо виконання роботи:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
1			
2			
3			

9. Дата видачі завдання _____

Керівник кваліфікаційної роботи

_____ ПІБ
(підпис)

Завдання до виконання одержав

_____ ПІБ
(підпис)

АНОТАЦІЯ

У роботі здійснено аналіз державної політики фінансування закладів охорони здоров'я в умовах сучасної реформи в Україні та проаналізовано особливості державної політики фінансування закладів охорони здоров'я в країнах світу.

Також проаналізовано особливості державного планування фінансування закладів охорони здоров'я в Україні та державного фінансування ЗОЗ на місцевому рівні на прикладі аналізу діяльності КНП КНП КМР «Конотопська міська лікарня».

В роботі здійснено аналіз результатів державної політики фінансування ЗОЗ на прикладі КНП КМР «Конотопська міська лікарня» та запропоновано рекомендації щодо покращення державного фінансування закладів охорони здоров'я.

Ключові слова: *державне фінансування закладів охорони здоров'я, державна політика фінансування, напрями покращення фінансування.*

РЕФЕРАТ

Структура й обсяг роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що включає 47 найменувань та додатків. Загальний обсяг магістерської роботи становить 56 с., у тому числі 8 таблиць, 4 рисунка, список використаних джерел - 5 сторінок.

Актуальність. Аналіз наукових розвідок вітчизняних та зарубіжних дослідників висвітлив той факт, що всі вони акцентують увагу на багатьох недоліках системи державного фінансування закладів охорони здоров'я України. Серед інших недоліків перераховують непрозорість та неефективність системи фінансування, надмірну децентралізацію фінансових потоків, загальну неадекватність методів фінансування закладів охорони здоров'я, низький рівень оплати праці медичного персоналу, який, на жаль, не залежить від обсягів і якості виконуваної роботи. Все це, як засвідчують науковці, призводить до подальшого зменшення доступності та зниження якості надання медичної допомоги. Аналіз систем фінансування сфери охорони здоров'я в країнах світу висвітлює той факт, що для успішного реформування цієї системи безумовно потрібне залучення достатніх коштів, подальша робота над зменшенням фінансових бар'єрів для доступності медичних послуг, над зниженням фінансових ризиків, пов'язаних із захворюванням населення будь-якої країни світу, використання можливостей для раціонального ужитку наявних ресурсів. Але досліджень результатів та перспектив державної політики фінансування закладів охорони здоров'я в умовах сучасної реформи – з нашої точки зору, на сьогодні недостатньо, – що і обумовило **актуальність** нашого дослідження, визначило його мету і завдання.

Метою роботи є наукове обґрунтування політики державного фінансування закладів охорони здоров'я в умовах сучасної реформи – аналіз можливих результатів та перспектив.

Відповідно до поставленої мети були вирішені такі **завдання**:

1. Проаналізувати державну політику фінансування закладів охорони здоров'я в країнах світу.
2. Проаналізувати досвід державного фінансування закладу охорони здоров'я на місцевому рівні (на прикладі КНП КМР «Конотопська міська лікарня»).
3. Висвітлити результати державної політики фінансування ЗОЗ на прикладі КНП КМР «Конотопська міська лікарня».

4. Надати рекомендації щодо покращення державного фінансування закладів охорони здоров'я.

Об'єкт дослідження: система фінансування охорони здоров'я.

Предмет дослідження – державне фінансування закладів охорони здоров'я в умовах сучасної реформи.

Методи дослідження:

1) *системний підхід і аналіз* – використовувався на всіх етапах проведення дослідження, включаючи вивчення проблем діючої системи фінансування охорони здоров'я України, нормативно-правових засад фінансування сфери охорони здоров'я в Україні в розрізі її основних функцій, обґрунтування нової системи фінансування;

2) *бібліосемантичний* – для аналізу, порівняння і узагальнення даних щодо систем фінансування охорони здоров'я в зарубіжних країнах, досвіду їх реформування;

3) *економічний* – для аналізу системи фінансування України за її основними функціями;

4) *медико-статистичний* – для статистичної обробки матеріалів дослідження (описова та аналітична статистика).

Наукова новизна дослідження полягає, на нашу думку, в тому, що в ньому доведено ефективність нової системи державного фінансування закладів охорони здоров'я в Україні; визначено шляхи вирішення проблем державного фінансування закладів охорони здоров'я, надано рекомендації для досягнення позитивних соціальних, медичних та економічних результатів фінансування ЗОЗ нашої країни; *набув подальшого розвитку* аналіз особливостей державного фінансування закладів охорони здоров'я в умовах сучасної реформи.

Науково-практична значимість роботи полягає, з нашої точки зору, в систематизації теоретичних розробок у сфері політики державного фінансування сфери охорони здоров'я в умовах сучасної реформи. Положення і висновки дослідження можуть бути використані при розробці концепцій і доктрин, призначених для перспектив вдосконалення державного фінансування галузі охорони здоров'я в Україні

Ключові слова: державне фінансування закладів охорони здоров'я, державна політика фінансування, напрями покращення фінансування.

ЗМІСТ

ВСТУП	9
РОЗДІЛ 1. ФІНАНСУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК ПРІОРИТЕТНИЙ НАПРЯМ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ.....	13
1.1. Державна політика фінансування закладів охорони здоров'я в умовах сучасної реформи в Україні.....	13
1.2. Аналіз державної політики фінансування закладів охорони здоров'я в країнах світу	17
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ДОСВІДУ ДЕРЖАВНОГО ФІНАНСУВАННЯ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ (НА ПРИКЛАДІ КНП КНП КМР «КОНОТОПСЬКА МІСЬКА ЛІКАРНЯ».....)	26
2.1. Особливості державного планування фінансування закладів охорони здоров'я в Україні.....	26
2.2. Особливості державного фінансування ЗОЗ на місцевому рівні на прикладі аналізу діяльності КНП КНП КМР «Конотопська міська лікарня»	29
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ФІНАНСУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	36
3.1. Аналіз результатів державної політики фінансування ЗОЗ на прикладі КНП КМР «Конотопська міська лікарня»	36
3.2. Рекомендації щодо покращення державного фінансування закладів охорони здоров'я	39
ВИСНОВКИ.....	44
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	47
ДОДАТКИ.....	52

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ВООЗ - Всесвітня організація охорони здоров'я

ЗОЗ - заклад охорони здоров'я

КНП - Комунальне некомерційне підприємство

КМР – Конотопська міська лікарня

ОМС - обов'язкове медичне страхування

ВСТУП

Актуальність проблеми. В кожній країні світу розвиток закладів системи охорони здоров'я унеможлиблюється без достатнього забезпечення фінансуванням. В систему фінансування входить: надання доступу до медичних послуг; можливість охоплення населення основними видами медичної допомоги; профілактика, лікування та послуги з реабілітації здоров'я населення країни. Тому країни світу постійно працюють над можливістю підвищення ефективності фінансової допомоги закладам охорони здоров'я та збереженням ефективності державного фінансування систем охорони здоров'я в умовах бюджетних обмежень внаслідок економічних криз (Виступ, 2019; Доповідь ВООЗ, 2019; Кутцин, 2019; Слабкий, 2014). Відразу відзначимо, що оскільки в країнах світу досить різний розвиток економіки, різний політичний досвід, тому й механізми державного фінансування охорони здоров'я достатньо різноманітні (Слабкий, 2014; Томсон, 2020; Финансирование, 2019).

Аналіз наукових розвідок вітчизняних та зарубіжних дослідників висвітлив той факт, що всі вони акцентують увагу на багатьох недоліках системи державного фінансування закладів охорони здоров'я України. Серед інших недоліків перераховують непрозорість та неефективність системи фінансування, надмірну децентралізацію фінансових потоків, загальну неадекватність методів фінансування закладів охорони здоров'я, низький рівень оплати праці медичного персоналу, який, на жаль, не залежить від обсягів і якості виконуваної роботи. Все це, як засвідчують науковці, призводить до подальшого зменшення доступності та зниження якості надання медичної допомоги (Слабкий, 2011; Степанова, 2015; Финансирование, 2019; Финансирование, 2017).

Аналіз систем фінансування сфери охорони здоров'я в країнах світу висвітлює той факт, що для успішного реформування цієї системи безумовно потрібне залучення достатніх коштів, подальша робота над зменшенням

фінансових бар'єрів для доступності медичних послуг, над зниженням фінансових ризиків, пов'язаних із захворюванням населення будь-якої країни світу, використання можливостей для раціонального ужитку наявних ресурсів (Слабкий, 2011; Степанова, 2015; Финансирование, 2019; Финансирование, 2017 та ін.).

Українськими дослідниками у сфері економіки та державного управління вивчалися передусім економічні аспекти державного регулювання системи охорони здоров'я (Кризина, 2008; Лободіна, 2017; Москаленко, 2010 та ін.), проблеми обліку фінансово-господарської діяльності медичних установ (Москаленко, 2010; Мокрицька, 2017), фінансове забезпечення страхування в медичній сфері (Мокрицька, 2015; Павлюк, 2014), теоретичні та практичні аспекти фінансового забезпечення охорони здоров'я населення України (Баранова, 2000; державне фінансове забезпечення, 2012; Лободіна, 2017), проблеми фінансування клінічної медицини (Волохова, 2017; Слабкий, 2011), вивчення можливостей фінансування систем надання медичної допомоги на різних рівнях, аналіз можливостей проведення розрахунків економічної ефективності запропонованих нових/удосконалених функціонально-організаційних моделей системи охорони здоров'я (Степанова, 2015; Степанова, 2011; Павлюк, 2016; Шевцов, 2006; Шевченко, 2014 та ін.). Але досліджень результатів та перспектив державної політики фінансування закладів охорони здоров'я в умовах сучасної реформи – з нашої точки зору, на сьогодні недостатньо, – що і обумовило **актуальність** нашого дослідження, визначило його мету і завдання.

Мета дослідження: наукове обґрунтування політики державного фінансування закладів охорони здоров'я в умовах сучасної реформи – аналіз можливих результатів та перспектив.

Для досягнення поставленої мети було передбачено вирішення наступних **завдань:**

1. Проаналізувати державну політику фінансування закладів охорони здоров'я в країнах світу.

2. Проаналізувати досвід державного фінансування закладу охорони здоров'я на місцевому рівні (на прикладі КНП КМР «Конотопська міська лікарня»).

3. Висвітлити результати державної політики фінансування ЗОЗ на прикладі КНП КМР «Конотопська міська лікарня».

4. Надати рекомендації щодо покращення державного фінансування закладів охорони здоров'я.

Об'єкт дослідження: система фінансування охорони здоров'я.

Предмет дослідження – державне фінансування закладів охорони здоров'я в умовах сучасної реформи.

Методи дослідження:

1) *системний підхід і аналіз* – використовувався на всіх етапах проведення дослідження, включаючи вивчення проблем діючої системи фінансування охорони здоров'я України, нормативно-правових засад фінансування сфери охорони здоров'я в Україні в розрізі її основних функцій, обґрунтування нової системи фінансування;

2) *бібліосемантичний* – для аналізу, порівняння і узагальнення даних щодо систем фінансування охорони здоров'я в зарубіжних країнах, досвіду їх реформування;

3) *економічний* – для аналізу системи фінансування України за її основними функціями;

4) *медико-статистичний* – для статистичної обробки матеріалів дослідження (описова та аналітична статистика).

Наукова новизна дослідження полягає, на нашу думку, в тому, що в ньому доведено ефективність нової системи державного фінансування закладів охорони здоров'я в Україні; визначено шляхи вирішення проблем державного фінансування закладів охорони здоров'я, надано рекомендації для досягнення позитивних соціальних, медичних та економічних результатів фінансування ЗОЗ нашої країни; *набув подальшого розвитку* аналіз особливостей

державного фінансування закладів охорони здоров'я в умовах сучасної реформи.

Науково-практична значимість роботи полягає, з нашої точки зору, в систематизації теоретичних розробок у сфері політики державного фінансування сфери охорони здоров'я в умовах сучасної реформи. Положення і висновки дослідження можуть бути використані при розробці концепцій і доктрин, призначених для перспектив вдосконалення державного фінансування галузі охорони здоров'я в Україні

РОЗДІЛ 1. ФІНАНСУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК ПРІОРИТЕТНИЙ НАПРЯМ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ

1.1. Державна політика фінансування закладів охорони здоров'я в умовах сучасної реформи в Україні

Одним з головних факторів, які вплинули на проведення медичної реформи в Україні, стало, на думку більшості науковців (Степанова, 2018; Шевченко, 2016 та ін.), недостатнє фінансування галузі.

Взагалі згідно визначенню ВООЗ (Доповідь ВООЗ, 2019), саме фінансування системи охорони здоров'я є основою при вирішенні трьох основних проблем медичного забезпечення населення всіх країн світу. До цих проблем відносяться:

- можливість надання медичних послуг кожному громадянину країни;
- відсутність можливості одночасного максимального надання всіх необхідних медичних послуг всьому населенню;
- відсутність можливості взаємного корелювання якості та фінансового забезпечення медичних послуг.

Відразу зауважимо, що за визначенням багатьох науковців, проблема державного фінансування в Україні суттєво відрізняється від світових тенденцій (Баранова, 2000; Жаліло, 2016; Мокрицька, 2010). В нашій країні фінансування системи охорони здоров'я є витратною статтею бюджету, та її ефективність залежить від можливості повного або неповного покриття витрат населення на медичні послуги.

З метою підвищення ефективності та доступності для населення отримання медичних послуг в Україні проводиться реформування системи охорони здоров'я. Проте ми вважаємо, що результати впровадження та відпрацювання нових організаційно-правових та фінансово-економічних

механізмів фінансування медичної галузі можливо буде оцінити лише через декілька років після впровадження реформи (Рис. 1.1):

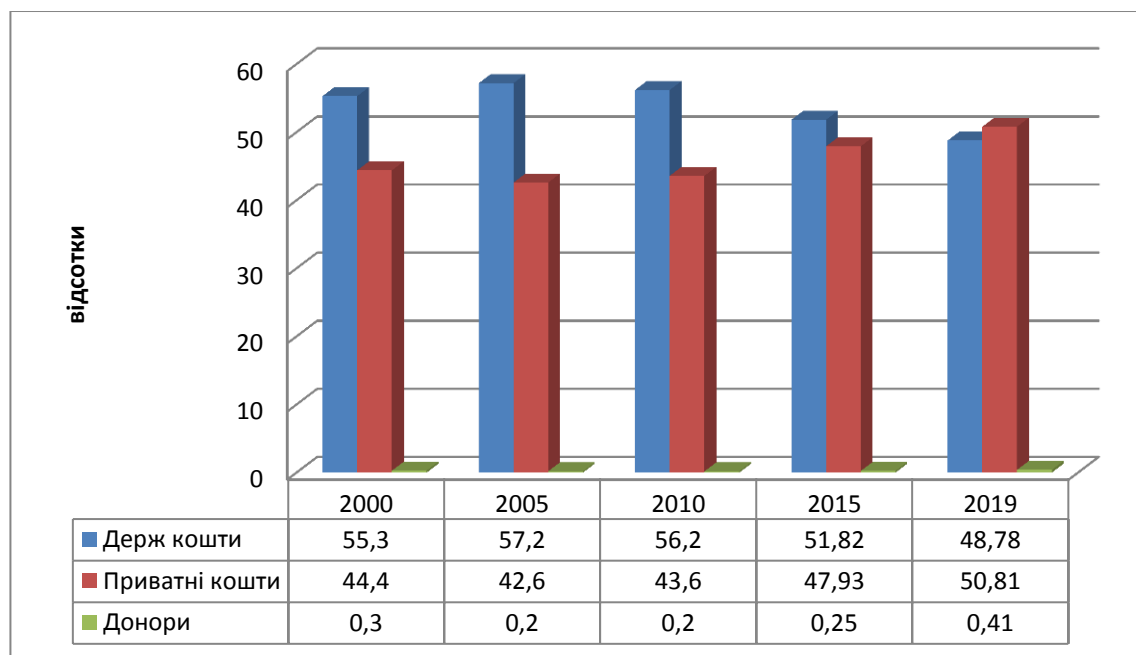


Рис.1.1. Загальні витрати на охорону здоров'я (за джерелами фінансування)

Джерело: складено автором на основі Даних Держкомстату (2020)

Основою визначення джерел і каналів фінансування галузі охорони здоров'я є демографічний склад населення України. Аналіз наукових джерел та даних Держкомстату України (Державний комітет, 2020) продемонстрував наступний сценарій зміни рівня народжуваності в нашій країні (Табл. 1.1):

Таблиця 1.1.

Сценарій середнього рівня народжуваності в Україні (вікові групи)

Показники рівня народжуваності населення	Періоди спостереження / (прогнозів) за даними Держкомстату України				Роки
	2000	2010	2020	2030	2040
Сукупна чисельність населення млн осіб	48,85	45,17	38,08	34,15	30,32

Частка осіб у віці, %	0-14 років	17,5	13,6	9,0	7,7	6,1
	15-64 роки	61,6	65,5	66,4	63,1	59,1
	65+ років	20,9	20,9	24,6	29,2	34,8

Джерело: розроблено автором на основі (Державний комітет, 2020)

До того ж, загальновідомо, що медико-демографічна ситуація в Україні є досить негативною, та демонструє зниження народжуваності, зростання захворюваності та смертності населення. Згідно сценарію зростання в майбутньому старіння населення країни – це й надалі буде негативно змінювати достатність наповнення державного бюджету коштами, отриманими від фізичних і юридичних осіб у вигляді податків та зборів для фінансування медичних витрат (Квіташвілі, 2014).

Структуру загальних державних витрат на систему охорони здоров'я представлено нами в Таблиці 1.2.:

Таблиця 1.2.

Функціональна структура витрат на систему охорону здоров'я в Україні

Компоненти	2011	2013	2014	2015	2019
Стационарне лікування	27,7	27,8	26,7	25,2	24,1
Амбулаторне лікування	19,7	18,5	17,5	16,5	16,0
Санаторне лікування	4,0	3,8	3,9	3,0	2,6
Ліки та медичне обладнання	30,6	29,4	30,0	33,9	36,7
Профілактика охорони здоров'я	2,8	2,5	1,7	1,3	1,1
Супутні медичні послуги	3,7	4,0	4,8	5,5	5,3
Інша діяльність в сфері охорони здоров'я	11,5	14,0	15,4	14,6	14,2

Джерело: розроблено автором на основі (Волохова, 2017)

Аналіз даних з фінансування галузі охорони здоров'я в різних країнах світу (Финансирование, 2017; Финансирование, 2019) висвітлив, що країни зі схожим рівнем витрат на охорону здоров'я, можуть мати вкрай відмінні, з точки зору здоров'я населення, результати своїх інвестицій. Ці відмінності ми пояснюємо відмінністю політики кожної країни в галузі державного фінансування системи охорони здоров'я.

Стратегія кожної держави в сфері охорони здоров'я обов'язково повинна враховувати місцеві умови. Тому державна політика в галузі фінансування системи охорони має бути спрямована на можливість досягнення правильного балансу між чисельністю населення, яке потребує медичного обслуговування, обсягом та варіативністю наданих медичних послуг та витратами, які повинна профінансувати держава (Шевцов, 2007).

В останній доповіді ВООЗ, яка стосувалася в тому числі й реформ фінансування системи охорони здоров'я в країнах світу, було визначено чотири напрями медичних реформ, що відображають загальні проблеми охорони здоров'я в країнах світу та зближують цінності й можливості отримання медичної допомоги з очікуваннями громадян (Виступ, 2019). Згідно напрямам реформи класифікуються на:

1. *Реформи загального охоплення населення медичною допомогою.* Ці реформи спрямовані на досягнення рівності населення щодо можливості підтримки здоров'я, соціальну справедливість та забезпечення загального доступу населення до медичних послуг та захисту здоров'я.

2. *Реформи реорганізації надання медичних послуг.* Цей вид реформ передбачає зміни служб охорони здоров'я відповідно до потреб та очікувань населення, з тим щоб підвищити здатність системи охорони здоров'я більш чутливо реагувати на зміни системи у світі та одночасно по можливості досягати більш високих результатів в сфері охорони здоров'я населення.

3. *Реформи державної політики.* Це стосується загальних змін державної політики у всіх секторах, в тому числі й в сфері охорони здоров'я громадян на національному рівні, що в підсумку повинно сприяти підвищенню

рівня здоров'я громадян.

4. *Реформи управління.* Цей вид реформ покликаний змінити адміністративно-командні методи управління на соціально інтегровані, репрезентативні відповідно до вимог сучасних систем охорони здоров'я .

1.2. Аналіз державної політики фінансування закладів охорони здоров'я в країнах світу

Ще в кінці 2000 рр. в більшості країн світу системи фінансування охорони здоров'я та структури витрат були схожі, проте на сьогодні між цими системами спостерігаються істотні відмінності, так як всі країни абсолютно по-різному підходили до вирішення проблем та використання можливостей фінансування системи охорони здоров'я. Враховуючи значні відмінності в сучасному стані економіки країн світу, в основу підходу, використовуваного для нашого дослідження, було покладено припущення про те, що досвід проведення реформ фінансування охорони здоров'я можна проаналізувати, використовуючи в якості критерію наступні оцінки (Рис.1.2.):

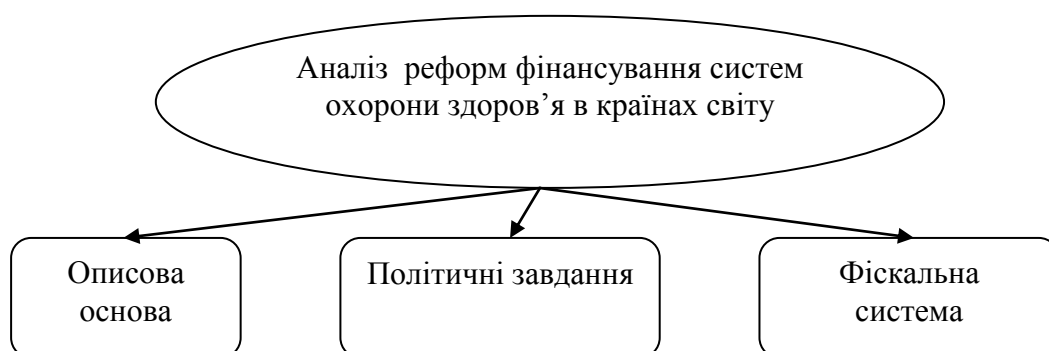


Рис.1.3. Три основних елемента аналізу політики фінансування систем охорони здоров'я в країнах світу

Джерело: складено автором на основі (Кризина, 2008)

1) *загальний набір певних політичних завдань*, запозичений з доповіді про стан охорони здоров'я в світі, 2020 (Европейская база, 2020). Ці завдання

використовуються в якості критеріїв оцінки реформ систем фінансування охорони здоров'я;

2) *функціональний підхід* в якості основи для опису систем фінансування охорони здоров'я та реформ. У доповіді про стан охорони здоров'я в світі, 2020 фінансування охорони здоров'я розглядалося в якості однієї з чотирьох функцій системи охорони здоров'я. Система фінансування охорони здоров'я, у свою чергу, включає в себе певні підфункції та принципи, такі як збір доходів, об'єднання коштів, закупівлю послуг та стратегії встановлення та забезпечення гарантованого набору медичної допомоги, найчастіше з принципом обов'язкової співучасті пацієнтів в оплаті медичної допомоги (Бондарук, 2019).

3) визначення та аналіз *основних контекстуальних факторів*, що впливають на вибір конкретних варіантів реформ фінансування систем охорони здоров'я та їх наслідків. Найбільш важливим з цих факторів є фіскальна система. Під цим мається на увазі здатність уряду мобілізувати податки та інші державні доходи та необхідність дотримання балансу між отриманими доходами й загальними витратами держави (Мокрицька, 2017). З точки зору фіскальної системи країни з перехідною економікою значно відрізняються. Ці відмінності відображаються в досягненні основних цілей, таких як: забезпечення фінансового захисту, справедливості у розподілі фінансування та справедливості у споживанні послуг. Причина цих відмінностей криється в тому, що системи, які більшою мірою покладаються на державне фінансування, як правило, легше досягають поставлених цілей, і чим більше коштів є в розпорядженні держави, тим більше коштів вона може виділити на охорону здоров'я. Саме тому в рамках даної схеми концепція фінансової стійкості розглядається не як стратегічна мета, а, скоріше, як еквівалент бюджетного обмеження у фінансуванні систем охорони здоров'я (Мокрицька,2015). Таким чином, при порівнянні країн з різними фіскальними системами оцінка результатів проведених реформ фінансування охорони здоров'я повинна здійснюватися з точки зору досягнення стратегічних цілей

розвитку систем фінансування сектора при врахуванні необхідності дотримання принципу фінансової стійкості. Такий стандартизований підхід до оцінки та опису дозволить винести уроки з отриманого досвіду, зокрема в тих країнах, де проводилися глибокі реформи фінансування системи охорони здоров'я.

На рисунку 1.3. представлено зв'язок між фінансуванням охорони здоров'я, іншими функціями системи охорони здоров'я, цілями політики фінансування охорони здоров'я та цілями системи охорони здоров'я в цілому. З нашої точки зору, в ході аналізу основну увагу слід приділити зв'язкам між інструментами та цілями політики фінансування охорони здоров'я.

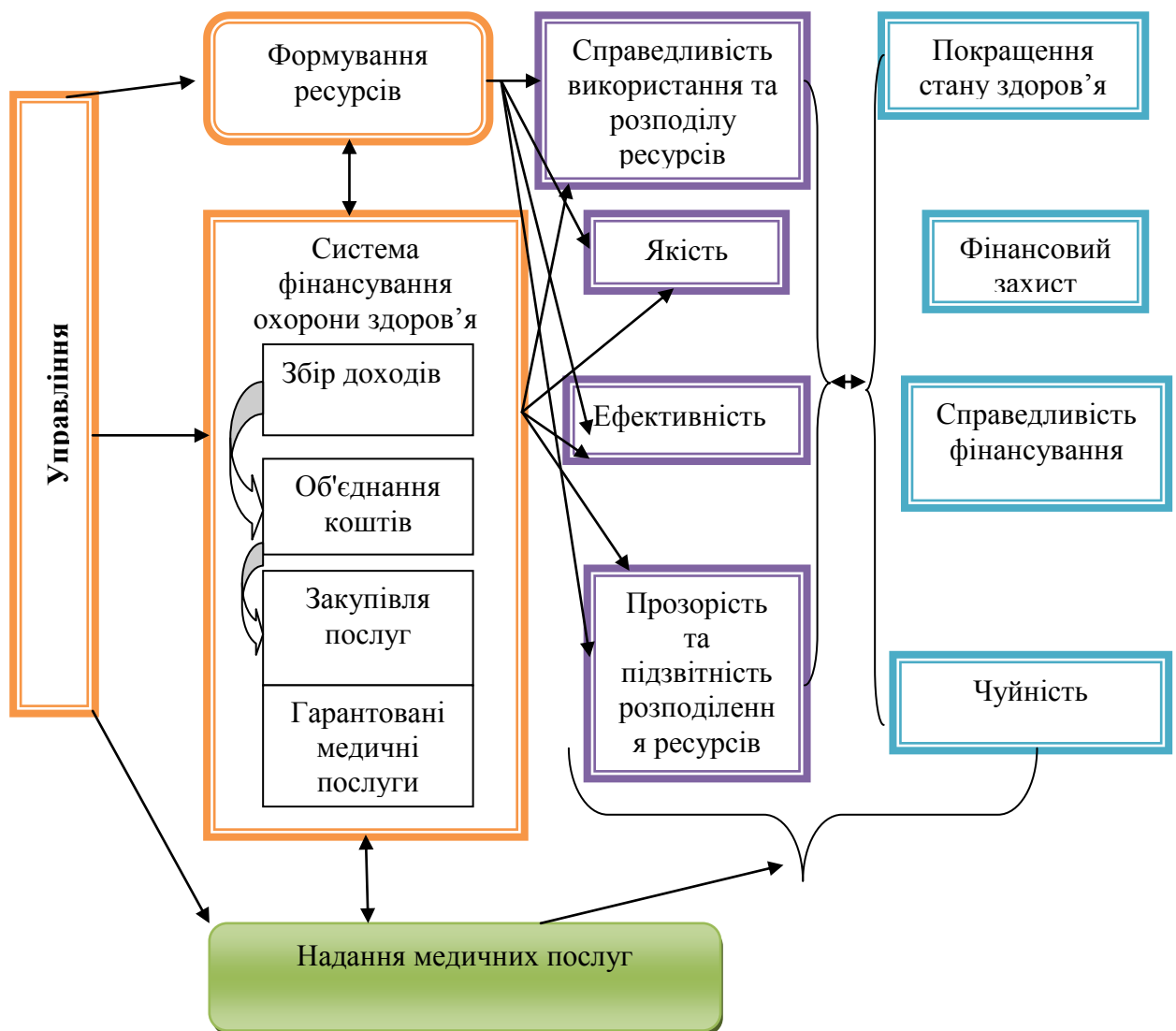


Рис.1.3. Зв'язки між системою фінансування охорони здоров'я та її стратегічними цілями, іншими функціями системи охорони здоров'я та цілями системи охорони здоров'я в цілому

Стратегічні цілі систем фінансування охорони здоров'я виступають в якості критеріїв оцінки їх діяльності та проведених реформ. Такий підхід до визначення критеріїв заснований на виділенні із загальних цілей функціонування систем охорони здоров'я, представлених в доповіді про стан охорони здоров'я в світі, ВООЗ 2019, тих цілей, на які можуть впливати системи фінансування сектора.

Інформацію про основні методи фінансування закладів охорони здоров'я в країнах Західної Європи представлено нами в Додатку Б.

На основі цього ми виділили наступні стратегічні цілі систем фінансування охорони здоров'я в країнах світу:

1. Стратегічні цілі системи фінансування, які, за суттю, збігаються із загальними цілями системи охорони здоров'я:

- посилення загального захисту від фінансових ризиків;
- забезпечення більш справедливого розподілу тягаря фінансування системи охорони здоров'я.

2. Стратегічні цілі системи фінансування, які є допоміжними проміжними завданнями, спрямованими на досягнення загальних цілей системи охорони здоров'я:

- сприяння справедливому використанню та наданню медичних послуг залежно від потреб населення у даних послугах;
- підвищення прозорості та підзвітності системи (фінансування) охорони здоров'я перед населенням;
- підвищення якості та ефективності системи надання послуг;
- підвищення ефективності адміністрування системи фінансування охорони здоров'я.

Захист від фінансового ризику, пов'язаного з погіршенням стану здоров'я, є метою, яка коротко може бути сформульована таким чином: люди не повинні ставати бідними в результаті отримання медичної допомоги, а також не повинні

бути змушені вибирати між їх фізичним (і психічним) здоров'ям й економічним добробутом. По суті, дана проблема віддзеркалює одну із самих безпосередніх зв'язків між станом здоров'я і добробутом: можливий рівень зубожіння людей в результаті необхідності оплати медичної допомоги або, навпаки, ефективність системи фінансування охорони здоров'я з точки зору захисту людей від ризику зубожіння в результаті споживання медичних послуг. Існують стандартні методи оцінки рівня досягнення цієї мети (наприклад, Державне фінансове забезпечення, 2012; Бондарук, 2019):

- частка домашніх господарств, в яких витрати на медичну допомогу досягають катастрофічного рівня (витрати на медичну допомогу, що перевищують певну порогову величину, що обчислюється у відсотках від загальних витрат сім'ї або від загальних витрат сім'ї за вирахуванням витрат на харчування);

- рівень витрат, що приводить до зубожіння, який визначається як вплив медичних витрат на «індекс чисельності бідних» (абсолютна або відносна чисельність домашніх господарств, що знаходяться нижче національної межі бідності через високі витрати на медичну допомогу) або на «глибину бідності» (наскільки нижче межі бідності знаходиться домашнє господарство у зв'язку з понесеними витратами на медичну допомогу).

Фінансовий захист спрямований на зниження можливого зубожіння населення, що викликається витратами на медичну допомогу.

До найважливіших питань *політики фінансування охорони здоров'я* відноситься охоплення населення медичними послугами. Воно характеризується трьома вимірами:

- частка населення, що має право на отримання послуг, оплачуваних з об'єднаних засобів («ширина»),
- включення або виключення певних послуг з покриття («діапазон») і
- вартість, яку пацієнт повинен сплатити при отриманні даної послуги («глибина»).

Ця вартість, як правило, виступає у вигляді співучасті пацієнтів у

витратах. З політичної точки зору доцільно виділяти три аспекти поняття покриття: на кого поширюється покриття, які послуги будуть покриті, яка частина цих послуг оплачується (наприклад, визначення розмірів платежів пацієнтів). Ширину покриття можна визначити по тому, яким чином здійснюється фінансування системи охорони здоров'я (Мокрицька, 2010). Так, наприклад, в деяких системах права на отримання медичної допомоги формуються на підставі внесків, здійснюваних конкретними особами або особами, що діють від їх імені, в той час як в інших системах подібний зв'язок відсутній і дане право присвоюється на підставі наявності громадянства, права на проживання або відповідності іншим критеріям.

Політика щодо встановлення та обмеження набору гарантованих медичних послуг забезпечує, мабуть, самий прямий зв'язок між системою охорони здоров'я і населенням. В рамках застосовуваної нами концепції існує два способи концептуалізації набору медичних послуг.

По-перше, доцільно розглядати набір гарантованих послуг як послуги (й засоби доступу до послуг), які покупець оплачує з об'єднаних коштів. Дане визначення має на увазі, що послуги, що не входять до цього набору (повністю або частково), повинні оплачуватися (повністю або частково) пацієнтами в рамках або за межами системи державного фінансування. За допомогою цього встановлюється явний зв'язок між набором послуг і обмеженнями (тобто частково оплачувані послуги є предметом раціонування, проведеного шляхом фінансової співучасті громадян в оплаті медичної допомоги). Подібний підхід забезпечує зрушення політики в бік інтегрованої політики фінансування охорони здоров'я, виключаючи розгляд ізольованих заходів, спрямованих на обмеження послуг, отримання додаткових доходів або стримування попиту. Включаючи в це визначення засоби доступу, можна розглядати набір гарантованих медичних послуг в якості одного з інструментів, що дозволяють управляти споживанням медичної допомоги в бажаному напрямку (наприклад, визнання права на отримання спеціалізованої допомоги тільки при наявності направлення первинної ланки) (Москаленко, 2010; Волохова, 2017).

По-друге, важливо пам'ятати, що набір гарантованих медичних послуг за своєю суттю складається з прав і обов'язків тієї частини населення, на яку поширюється покриття щодо медичних послуг, що надаються на індивідуальному рівні. Цей аспект забезпечує тісний зв'язок між набором гарантованих медичних послуг та завданням забезпечення прозорості фінансування. Таким чином, одним із завдань реформування фінансування охорони здоров'я є підвищення обізнаності населення про набір гарантованих медичних послуг та забезпечення практичної реалізації прав та обов'язків.

Фіскальний контекст характеризує поточну та майбутню можливість держави витратити гроші. Важливим показником, що характеризує фіскальну ситуацію в поточний момент, є співвідношення державних витрат (або доходів) і ВВП. Аналіз статистичних даних вказує на те, що багатші країни, як правило, більш ефективно мобілізують податкові надходження (щодо розмірів економік цих країн). У бідніших країнах збір податків, як правило, здійснювати складніше, оскільки більша частина населення зазвичай проживає в сільській місцевості або працює в неофіційному секторі економіки.

На бюджетну забезпеченість впливають й інші важливі фактори, зокрема демографічний склад (частка працездатного населення в загальній чисельності населення країни) та ефективність податкової системи (наприклад, здатність забезпечувати виконання податкових правил, справляння податків та под.). Безумовно, також важливі рішення органів державної влади щодо структури податкової системи та рівня податкових ставок. Перераховані фактори свідчать про те, що при проведенні аналізу контекстуальних факторів з метою вироблення політики фінансування охорони здоров'я в конкретній країні необхідно проводити вивчення фінансової ситуації, а не тільки рівня доходів.

Уряди країн повинні пам'ятати про свої бюджетні обмеження; вони не можуть просто витратити кошти для задоволення всіх потреб суспільства. Це стосується також систем фінансування охорони здоров'я. Однак забезпечення фінансової стійкості одного сектора державних витрат, наприклад системи охорони здоров'я - завдання не з простих. Величина державних витрат на

охорону здоров'я залежить частково від існуючих бюджетних обмежень і частково від державних рішень щодо пріоритетних завдань.

Найважливішим контекстуальним чинником у політиці фінансування охорони є структура держави, або, іншими словами, ступінь політичної та адміністративної децентралізації в країні. Даний фактор є вкрай важливим, оскільки структура часто має пряме відношення до організації конкретних підфункцій фінансування охорони здоров'я (в основному це стосується підфункцій об'єднання коштів і закупівель, а також надання послуг). Наприклад, організація систем фінансування охорони здоров'я в Боснії та Герцеговині відображає децентралізовану організацію державного управління, що призводить до утворення децентралізованих схем об'єднання коштів (фонди соціального страхування (ФСС), які об'єднують кошти та закуповують медичні послуги на рівні округів і адміністративно-територіальних одиниць з обмеженою можливістю (або її повною відсутністю) проведення перехресного субсидування). Крім того, державні організації, що займаються наданням послуг, також фрагментовані. В цілому така комбінація вносить свій внесок в неефективність, що виявляється у формі надлишкової потужності (Слабкий, 2011). Схожа ситуація склалася в багатьох колишніх радянських країнах, які успадкували вертикально інтегровані схеми об'єднання коштів, закупівель та надання послуг, збудовані відповідно до рівня влади (республіканський, обласний та районний рівні). У цих країнах реформи фінансування охорони здоров'я повинні були бути спрямовані в першу чергу на децентралізацію системи. Тут, як і в інших системах, проблеми виникають тоді, коли частина заходів в рамках реформи фінансування охорони здоров'я спрямована на централізацію об'єднання (з метою поліпшення захисту від ризиків), а в інших державних секторах відбувається децентралізація.

При розгляді політики фінансування охорони здоров'я в будь-якій конкретній країні слід брати до уваги згадані вище та інші контекстуальні фактори. Хоча, безумовно, корисно й необхідно вивчати досвід інших країн, не можна просто скопіювати інструменти проведення політики в одній країні для

застосування в іншій країні. Найважливіше питання для осіб, що визначають національну політику, полягає у виявленні та ясному розумінні того, як фактори, що виходять за рамки системи охорони здоров'я, обмежують можливості виконання завдань, і того, що може бути досягнуто в результаті реформування системи фінансування охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 2.
АНАЛІЗ ДОСВІДУ ДЕРЖАВНОГО ФІНАНСУВАННЯ ЗАКЛАДУ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ
(НА ПРИКЛАДІ КНП КНП КМР
«КОНОТОПСЬКА МІСЬКА ЛІКАРНЯ»)

2.1. Особливості державного планування фінансування закладів охорони здоров'я в Україні

У 2016 році почала відбуватися запроваджена Урядом України трансформація системи охорони здоров'я. Поступово підвищується ефективність системи охорони здоров'я нашої країни, відбувається її модернізацію (заплановано максимальну модернізацію системи); також згідно реформі підвищується якість надання медичних послуг та поступово поліпшується доступ населення до них. Відповідно темі нашого дослідження зауважимо, що одним із головних завдань реформи уряд України вбачає зміни фінансування системи охорони здоров'я.

Одним з напрямків удосконалення фінансування сфери охорони, пов'язаним з реалізацією бюджетування, орієнтованого на результат, є фінансове планування ресурсів в умовах бюджетних обмежень.

Фінансове планування, яке, як зазначають Р.Корнацька та В.Москаленко, є «одним з методів успішного управління економікою, з накопиченим значним позитивним досвідом застосування», у сфері охорони здоров'я формує її майбутній бажаний стан (Корнацька, 2018; Москаленко, 2010) . Державне управління фінансами системи охорони здоров'я здійснюється шляхом визначення пріоритетних напрямків її розвитку з метою виконання державних гарантій надання якісної медичної допомоги населенню.

Об'єктами фінансового планування у сфері охорони здоров'я є фінансові відносини (економічні зв'язки між суб'єктами сфери охорони здоров'я, що здійснюються у грошовій формі) та фінансові ресурси (грошові надходження, отримані в результаті перерозподілу, та грошові доходи за надання платних

послуг).

Сутність управління фінансами в охороні здоров'я полягає в дотриманні збалансованості необхідного обсягу фінансових ресурсів з можливостями джерел фінансування. Фінансове планування у сфері охорони здоров'я полягає в необхідності одночасного планування як обсягу фінансових ресурсів сфери і можливостей джерел фінансування витрат на охорону здоров'я, так і графіка надходжень необхідних фінансових ресурсів і здійснення платежів.

Функції і завдання державного фінансового планування в сфері охорони здоров'я представлені на Рис. 2.1.:



Рис. 2.1. Функції і завдання фінансового планування в сфері охорони здоров'я

Для сфери охорони здоров'я виділяють наступні види фінансового планування:

1. *Оперативне*, результатом якого є складання окремих планів (фінансових надходжень, фінансових витрат, план витрачання грошових коштів) або бюджетів, що представляють собою кількісне визначення доходів і витрат у вартісному вираженні, при цьому періодом планування є декада, місяць, квартал.

2. *Поточне*, плановий період якого становить більш тривалий проміжок – півріччя/рік, при цьому результатом є складання фінансового плану, що є відображенням комплексу планованих заходів, який необхідно реалізувати для досягнення суб'єктом господарювання поставлених цілей, основною з яких є надання якісних медичних послуг населенню.

3. *Стратегічне планування* - є найбільш довгостроковим видом планування, при якому складається план дій для досягнення поставленої мети на досить тривалу перспективу, - більш ніж на рік.

Одне з основних завдань державного фінансового планування полягає у визначенні додаткових потреб ЗОЗ у фінансуванні та надання медичної допомоги.

Найбільш дискусійним в рамках сучасної медичної реформи є питання про альтернативні бюджетним коштам та коштам системи медичного страхування джерела фінансування. Саме з цим пов'язані наукові дискусії про можливі напрями реформування фінансування сфери охорони здоров'я [3].

Використання методів державного фінансового планування на рівні областей дозволяє:

- впорядковувати функціонування сфери охорони здоров'я шляхом поліпшення показників стану здоров'я населення;
- вимірювати можливості джерел фінансування сфери охорони здоров'я та обсяг необхідних видатків;
- досягати календарного балансу надходжень і витрат фінансових ресурсів;

- здійснювати планове оновлення матеріально-технічного оснащення медичних установ;
- реалізовувати пріоритетні цільові оздоровчі програми для населення у повному обсязі та у встановлені терміни.

2.2. Особливості державного фінансування ЗОЗ на місцевому рівні на прикладі аналізу діяльності КНП КНП КМР «Конотопська міська лікарня»

Комунальне некомерційне підприємство Конотопської міської ради «Конотопська міська лікарня» є медичним закладом, який забезпечує надання невідкладної, консультативно-діагностичної, спеціалізованої стаціонарної медичної допомоги населенню м. Конотоп. Діяльність лікарні спрямована на виконання нормативно-правових документів по організації медичної допомоги, реформуванню на даному етапі первинної медичної допомоги, оснащення первинної ланки відповідно до таблицю оснащення згідно наказу МОЗ України від 26.01.2019 р. № 148.

Мережа КНП КМР «Конотопська міська лікарня» станом на 01.01.2021 р.:

- міська лікарня на 88 стаціонарних ліжок;
- поліклініка по обслуговуванню дорослого населення на 375 відвідувань;
- поліклініка по обслуговуванню дитячого населення на 200 відвідувань у зміну;
- стоматологічна поліклініка на 110 відвідувань у зміну;
- денний стаціонар на 45 ліжок;
- фізіотерапевтичне відділення;
- клініко-діагностична лабораторія;
- відділення функціональної діагностики;
- рентгенологічне відділення;

– патологоанатомічне відділення.

Представимо штати закладу на кінець 2020 року (Таблиця 2.1.):

Таблиця 2.1.¹

Штати КНП КМР «Конотопська міська лікарня» на кінець 2020 року

Найменування посад	Номер рядка	Кількість посад у цілому в закладі		у тому числі в поліклініці (амбулаторії), диспансері, консультації		Кількість штатних працівників у цілому в закладі на зайнятих посадах, осіб
		штатних	зайнятих	штатних	зайнятих	
А	Б	1	2	3	4	5
Лікарі, усього	1	65.25	48.75	35.75	29.75	51.00
А	Б	1	2	3	4	5
у тому числі: керівники закладів та їх заступники	2	1.00	1.00	-	-	1.00
терапевти, усього	3	14.00	11.25	10.00	9.50	13.00
у тому числі: дільничні	4	7.00	7.00	7.00	7.00	8.00
кардіологи	12	2.00	1.50	1.00	0.50	1.00
гастроентерологи	13	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
у тому числі дитячі	14	-	-	-	-	-
дієтологи	15	0.25	0.25	-	-	-
нефрологи	16	-	-	-	-	-
у тому числі дитячі	17	-	-	-	-	-

¹ Повністю Таблицю 2.1. представлено в Додатку А.

ендокринологи	18	0.25	0.25	0.25	0.25	-
інфекціоністи	24	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
фізіотерапевти	26	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
лікарі з лікувальної фізкультури	27	-	-	-	-	-
лікарі зі спортивної медицини	28	-	-	-	-	-
лікарі з функціональної діагностики	29	0.75	0.25	-	-	-
хірурги	30	6.00	4.00	1.00	1.00	5.00
у тому числі дитячі	31	-	-	-	-	-
хірурги серцево-судинні	32	-	-	-	-	-
хірурги торакальні	33	-	-	-	-	-
хірурги-проктологи	34	-	-	-	-	-
ортопеди-травматологи	35	2.75	0.75	1.50	0.75	1.00
у тому числі дитячі	36	0.25	-	0.25	-	-
урологи	37	0.75	0.75	0.50	0.50	1.00

В Таблиці 2.2. представлено штати відділень КНП КМР «Конотопська міська лікарня» на госпрозрахунку та на спец коштах:

Таблиця 2.2.

Штати відділень КНП КМР «Конотопська міська лікарня» на госпрозрахунку та спецкоштах

Найменування посад	Номер рядка	Кількість посад у цілому в закладі		Кількість штатних працівників на зайнятих посадах
		штатних	зайнятих	
А	Б	1	2	3

Усього	1	16.50	13.75	9.00
у тому числі лікарі	2	5.25	4.50	3.00
з них стоматологи	3	1.75	1.50	2.00
у тому числі ортопеди	4	0.75	0.75	1.00
Зубні лікарі	5	0.25	0.25	1.00
Середній медперсонал	6	7.00	5.75	4.00
у тому числі зубні техніки	7	2.00	2.00	3.00
Молодший медперсонал	8	0.50	-	-

Аналіз показників фінансової діяльності КНП КМР «Конотопська міська лікарня» за 2020 рік показав наступне (Таблиця 2.3.):

Таблиця 2.3.

Аналіз господарських видатків КНП КМР «Конотопська міська лікарня» за 11 місяців 2020 року

Види видатків	За кошторисом		Фактично		Відхилення	
	Сума, грн	питома вага, %	Сума, грн	питома вага, %	Сума, грн	питома вага, %
Опалення	110610,00	23,77	109485,00	30,64	-1125,00	6,86
Освітлення	42780,00	9,19	42159,00	11,80	-621,00	2,60
Поточний ремонт будівель	7343,00	1,58	6628,00	1,85	-715,00	0,28
утримання транспорту	18055,00	3,88	18055,00	5,05	0,00	1,17
надання комунальних послуг	169183,00	36,36	167065,00	46,75	-2118,00	10,39
Санітарно-гігієнічні заходи	113972,00	24,50	10901,00	3,05	-103071,00	-21,45

Інші	3313,00	0,71	3067,00	0,86	-246,00	0,15
Разом	465256,00	100,00	357360,00	100,00	- 107896,00	0,00

У складі господарських витрат лікарні найбільшу питому вагу займають витрати на: комунальні послуги – 46,75%, опалення – 30,64%, освітлення – 11,8%. У лікарні в цілому скоротилися надкошторисні витрати на господарські витрати на загальну суму 107896 грн.

Далі проаналізуємо видатки на ремонт обладнання та інвентарю (Таблиця 2.4.):

Таблиця 2.4.

Аналіз видатків на ремонт обладнання та інвентарю

Показник	За кошторисом	Фактично	Відхилення, (+,-)
Видатки на ремонт обладнання і інвентаря	7343,00	6628,00	-715,00
Балансова вартість обладнання і інвентаря	1659338	1775512	116174,00
Рівень видатків, % до балансової вартості обладнання	0,44252587	0,3733	-0,07

Як можна бачити, рівень видатків на ремонт скоротився 0,44% до 0,37%, що говорить про недостатнє фінансування цієї статті видатків.

В Таблиці 2.5. ми провели аналіз касових і фактичних видатків

Таблиця 2.5.

Аналіз співвідношення касових і фактичних видатків

Показники	Касові видатки	Фактичні видатки	Перевищення	
			Касових над фактичними	фактичних над касовими
1	2	3	4	5

Видатки-усього	2652225, 00	2779988, 00	0	127763
у тому числі:				
Поточні видатки	2632370, 00	2760133, 00	0	127763
Видатки на товари і послуги	2601866, 00	2729629, 00	0	127763
<i>Оплата праці працівників бюджетних установ</i>	1644121, 00	1742282, 00	0	98161
Заробітна плата	1644121, 00	1742282, 00	0	98161
<i>Нарахування на заробітну плату</i>	599065,0 0	629531,0 0	0	30466
<i>Придбання предметів постачання і матеріалів, оплата послуг та інші видатки</i>	190934,0 0	190070,0 0	864	0
Предмети, матеріали, обладнання, інвентар	19400,00	19663,00	0	263
Медикаменти та перев'язувальні матеріали	111667,0 0	10901,00	100766	0
Продукти харчування	6613,00	6613,00	0	0
М'який інвентар та обмундировання	-	-		
Оплата транспортних послуг та утримання транспортних засобів	18055,00	18055,00	0	0
Поточний ремонт обладнання, інвентаря та будівель технічних послуг	6452,00	6628,00	0	176
Послуги зв'язку	3519,00	4396,00	0	877
Оплата інших послуг та інші видатки	25228,00	25705,00	0	477
Видатки на відрядження	681,00	681,00	0	0
Оплата комунальних послуг та енергоносіїв	167065,0 0	167065,0 0	0	0
Оплата	109485,0	109485,0	0	0

теплопостачання	0	0		
Оплата водопостачання та водовідведення	12354,00	12354,00	0	0
Оплата електроенергії	42159,00	42159,00	0	0
Оплата природного газу				
Оплата інших комунальних послуг	3067,00	3067,00	0	0
Субсидії і поточні трансферти	30504,00	30504,00	0	0
Поточні трансферти населенню	30504,00	30504,00	0	0
Виплата пенсій і допомоги	29874,00	29874,00	0	0
Інші поточні трансферти населенню	630,00	630,00	0	0
Капітальні видатки	19855,00	19855,00	0	0
Придбання основного капіталу	19855,00	19855,00	0	0
Придбання обладнання і предметів довгострокового користування	12855,00	12855,00	0	0
Капітальний ремонт	7000,00	7000,00	0	0
Капітальний ремонт інших об'єктів	7000,00	7000,00	0	0

Із даних таблиці можна побачити, що фактичні видатки в цілому перевищують касові на 127763 грн. Крім загального перевищення спостерігається перевищення за окремими статтями видатків. Так, по заробітній платі – 98161 грн., по нарахуванням на заробітню платню - на 30466 грн., по послугам зв'язку на 877 грн.

Контроль якості надання медичних послуг на даний момент залежить від якості обладнання. В КНП КМР «Конотопська міська лікарня» воно застаріле на 60%, але на 100% повірене відповідними службами, про що є сертифікати.

РОЗДІЛ 3.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ФІНАНСУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Аналіз результатів державної політики фінансування ЗОЗ на прикладі КНП КМР «Конотопська міська лікарня»

Для покращення матеріально-технічної та лікувально-діагностичної бази лікарні в 2019 та на початку 2020 року році придбано наступне *медичне обладнання*:

1. Автоматичний гематологічний аналізатор Rayto RT-7600 на суму 199900,00грн., за рахунок Національної Служби здоров'я України для надання первинної медичної допомоги;

2. Система ультразвукова діагностична E-Cude i7 з опціями на суму 1 187 000 грн. за кошти місцевого бюджету.

3. Придбано в клініко-діагностичну лабораторію для первинної ланки: Мікроскоп ES-4120, на суму 25500,00грн., за рахунок Національної служби здоров'я України.

4. Придбано для рентгенологічного кабінету: Кассета рентгенівська CARESTREAM Medical X-ray Green/MXG13x18 Film, на суму 5300,00 грн., за рахунок спец. фонду.

5. Кассета рентгенівська CARESTR EAM Medical X-ray Green MX G18x24 Film, на суму 700,00 грн., за рахунок спец. фонду.

6. Дерматоскоп KaWe ПИККОЛАЙТ D (ДК: 2019-18021 Дерматоскоп оптичний), на суму 6300,00, за рахунок НЗСУ.

7. Дистилятор Micromed для клініко-діагностичної лабораторії, на суму 12400,00, за рахунок НЗСУ.

8. Напівавтоматичний зовнішній дефібрилятор Saver One (Потужність 200Дж) для поліклініки по обслуговуванню дорослого населення , на суму 70000,00 за рахунок НЗСУ.

9.Пульт управління (Ормед), на суму 15000,00, за рахунок спецфонду.

10.Камера для зберігання стерильного інструменту «Мобіл», на суму 10385,00, за рахунок спецфонду.

11.Компресор до стоматологічної установки, на суму 5685, за рахунок спецфонду.

12.Термостат сухоповітряний MICROmed TC-20, на суму 13000.00 за рахунок НЗСУ.

13.Фотоколориметр КФК-2 для клініко-діагностичної лабораторії, на суму 10000,00, за рахунок спецфонду.

Для покращення матеріально-технічної бази лікарні необхідно придбати:

– флюорограф цифровий; гістероскоп, цистоскоп, стійку хірургічну,біохімічний аналізатор;

– оновити санітарний автотранспорт.

Також в 2021 році ми плануємо:

1. Забезпечити якість та доступність надання медичної допомоги населенню згідно вимог стандартів та протоколів обстеження та лікування хворих, затверджених Міністерством охорони здоров'я України.

2. Зміцнити матеріально-технічну базу КНП КМР «Конотопська міська лікарня» , поступово технічно переоснастити лікарню сучасним медичним обладнанням.

3. Оснастити КНП КМР «Конотопська міська лікарня» як заклад вторинної медичної допомоги відповідно до табелю оснащення (згідно наказу МОЗ України від 31.10.2011р. № 736 «Про затвердження табелю оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні відновного лікування».

4. Забезпечити впровадження наказу Міністерства охорони здоров'я від 19.03.2018р. № 503 «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу».

5. Забезпечити дотримання уніфікованих локальних протоколів надання медичної допомоги населенню.

6. Забезпечити контроль за наявністю постійного запасу медикаментів, виробів медичного призначення, компонентів та препаратів крові для надання невідкладної допомоги, у т.ч. при виникненні надзвичайних ситуацій.

7. Постійно інформувати органи місцевої влади та самоврядування про необхідність збільшення видатків на забезпечення:

- ветеранів війни, учасників АТО та сімей загиблих медикаментами за пільговими рецептами;

- медикаментами та виробами медичного призначення пільгової категорії населення, у т.ч. хворих на рідкісні захворювання;

8. Якісно та ефективно проводити профогляди, динамічно спостерігати пацієнтів з метою попередження ускладнень і занедбаності, та подалі працювати над своєчасним оздоровленням населення м.Конотоп.

9. Покращувати й надалі санітарно-освітню роботу з населенням з питань профілактики серцево-судинних та судинно-мозкових хвороб, онкологічних захворювань, туберкульозу.

Безумовною складовою розвитку КНП « Конотопська міська лікарня» Конотопської міської ради, як і будь-якого іншого закладу сфери охорони здоров'я, є забезпечення сталого фінансового розвитку та запровадження сучасних ефективних методів фінансового менеджменту. В рамках виконання даного завдання важливо наступне:

- оскільки на сьогоднішній день основними джерелами фінансування лікарні є бюджетні асигнування , кошти КНП КМР « Конотопська міська лікарня» Конотопської міської ради та власні надходження (від платних послуг та ін.), надзвичайно важливим є налагодження чіткого контролю та раціональне використання коштів.

- зважаючи на те, що фінансування КНП « Конотопська міська лікарня» Конотопської міської ради хоч і є основним, проте недостатнім джерелом

перспективного розвитку КНП важливо залучати додаткові джерела фінансових надходжень.

Ми вважаємо, що додатковими джерелами фінансування КНП КМР «Конотопська міська лікарня» можуть бути:

- благодійна допомога та кошти грантів;
- кошти добровільного медичного страхування;
- оплата лікарні за наданні послуги за угодами;
- оплата від роботодавців за медичні послуги, надані працівникам;
- надходження за послуги, які надає лікарня поверх нормативів надання безоплатної медичної допомоги;
- за послуги наданні пацієнтам за їх особистої ініціативи;
- добровільні внески та пожертви;
- грошові надходження від надання платних послуг населенню, а також інші джерела, які не заборонені законодавством України.

Також як додаткове джерело фінансових надходжень КНП «Конотопська міська лікарня» Конотопської міської ради можна запропонувати надання платних послуг пацієнтам.

3.2. Рекомендації щодо покращення державного фінансування закладів охорони здоров'я

Аналіз реформи вітчизняної системи охорони здоров'я, яка спрямована передусім на ефективність фінансування, ми висвітлили за допомогою Таблиці 3.1.:

Таблиця 3.1.

Напрями реформування системи охорони здоров'я в Україні

<p>Канали та джерела фінансування системи охорони здоров'я</p>	<p>– визначення основних напрямів розподілу фінансових потоків та джерел їх отримання;</p>
---	--

	<ul style="list-style-type: none"> - визначення наповнення пакету медичних послуг, які будуть фінансуватися за рахунок різних джерел.
Реформування системи надання медичних послуг	<ul style="list-style-type: none"> - урахування оптимального поєднання якості та ефективного фінансового забезпечення ЗОЗ; - визначення єдиних стандартів медичних послуг; - створення умов для контролю за якістю медичних послуг; - проведення змін в адмініструванні закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) та лікарняно-профілактичних закладів (ЛПЗ)
Превентивна політика у всіх сферах соціально-економічного життя	<ul style="list-style-type: none"> - покращення загального стану здоров'я населення, в тому числі з використанням ДМС.
Зміна структури державного апарату управління системою охорони здоров'я та принципів його роботи	<ul style="list-style-type: none"> - децентралізація та розподіл функцій управління системою охорони здоров'я; - створення умов для розвитку інфраструктури; - створення умов для медичного забезпечення кожного ЗОЗ.

Основною складністю впровадження реформи саме в систему фінансування медичних витрат є визначення рівня базового медичного забезпечення, яке б було якісним та функціонувало за умов різних каналів фінансування. Вартість базових медичних послуг складається не тільки з визначення цінності та складу кожної окремої послуги, але й повинна співвідноситися з їх комбінацією та кількістю. Як висвітлив аналіз наукових джерел, велика кількість дорогих медичних послуг, які надаються пацієнту в кінці життя, в більшості випадків не поліпшує результати лікування. На жаль, в таких випадках визначення обов'язків суб'єктів фінансового забезпечення та міри особистої відповідальності застрахованих за отриману медичну допомогу є досить складною проблемою. Проте, дослідниками різних країн було

досягнуто згоди щодо того, що мінімальний стандарт страхового забезпечення повинен містити первинну, профілактичну та невідкладну допомогу. При визначенні наповнення мінімального стандарту намагаються уникати медичних послуг, що не відносяться до категорії необхідних, так само як й послуг, які «можливо було б включити». Тільки так якісно забезпечується загальнодоступне страхове покриття. Перелік послуг, охоплених мінімальним обов'язковим покриттям, потрібно періодично переглядати та включати до нього нові види медичної допомоги з високим рівнем результативності, а неефективні або застарілі виключати.

Ми згодні з Т.Барановою, А.Мокрицькою та К.Павлюк, які визначили в якості головних проблем вітчизняної охорони здоров'я наступні:

- недофінансування;
- несправедливий розподіл ресурсів системи охорони здоров'я між різними областями України та між населенням, що проживає в міських і сільських умовах;
- нерівний тягар особистісних витрат на оплату медичної допомоги бідних і багатих верств населення;
- слабка орієнтованість системи охорони здоров'я на потреби пацієнтів;
- недостатня кваліфікація медичних кадрів та їх мотивація до якісної праці;
- неефективне управління, в т. ч. в частині планування обсягів медичної допомоги та стратегічного розвитку галузі (Баранова, 2000; Мокрицька, 2015; Мокрицька, 2012; Павлюк, 2014; Павлюк, 2016).

На наш погляд на період до 2025 р. зовнішніми викликами охороні здоров'я населення в нашій країні стануть:

- економічні (наслідки економічної кризи, дефіцит робочої сили);
- соціальні (зростання диференціації між доходами окремих верств населення, зростання бідності).

Ми вважаємо, що в цих умовах на розвиток фінансового механізму системи охорони здоров'я позитивну роль може надати впровадження єдиного страхового поліса, який дозволить:

- сформувати реєстр застрахованих по ОМС громадян;
- організувати контроль над фінансовими потоками в закладах охорони здоров'я;
- впорядкувати взаєморозрахунки між фондами ОМС за надану медичну допомогу на території страхування та поза її межами.

Водночас впровадження ОМС дозволить, на нашу думку, істотно полегшити процеси як поточного, так і стратегічного планування ресурсів, підвищити доступність і якість медичної допомоги.

На наш погляд, органам управління сферою охорони здоров'я необхідно:

- забезпечити обґрунтоване планування обсягів медичної допомоги в рамках ЗОЗ з урахуванням вікових та гендерних особливостей населення кожної області, рівня і структури захворюваності, кліматичних і географічних умов, транспортної доступності лікувальних установ, збалансованості фінансування планованих обсягів медичної допомоги;
- стабілізувати видатки бюджетів областей та коштів ОМС на оплату праці медпрацівників, медикаменти тощо та організувати моніторинг виконання держзавдань з надання медичної допомоги населенню в умовах медичної реформи;
- оцінювати ефективність реалізації роботи ЗОЗ на основі досягнення критеріїв доступності, якості медичної допомоги та згідно принципу «гроші ходять за пацієнтом»;
- удосконалювати профілактичну діяльність, підвищити забезпеченість ЗОЗ лікарськими кадрами;
- створити структурний підрозділ для формування, економічного обґрунтування та моніторингу реалізації "дорожніх карт" фінансування областей України;

- оптимізувати та реструктуризувати мережу установ охорони здоров'я;
- впроваджувати способи оплати, орієнтовані на результат діяльності медпрацівників та ЗОЗ.

Для вирішення нагальних проблем фінансування охорони здоров'я потрібні системні, скоординовані заходи на довгостроковий період, закріплені у відповідній стратегії розвитку сфери охорони здоров'я, що враховує перелічені вище виклики та очікування:

- пацієнтів (істотне підвищення якості медичної допомоги, зниження черговості на її отримання, зниження вартості медпослуг, підвищення інформованості про якість і можливості медичної допомоги);
- медпрацівників (збільшення зарплати та її диференціація за результатами роботи);
- підприємців (підвищення продуктивності праці, зростання чисельності працездатного населення).

ВИСНОВКИ

Метою нашого дослідження стало наукове обґрунтування політики державного фінансування закладів охорони здоров'я в умовах сучасної реформи – аналіз можливих результатів та перспектив. Згідно меті дослідження ми вирішували його завдання.

Ми проаналізували державну політику фінансування закладів охорони здоров'я в країнах світу. Інформацію про основні методи фінансування закладів охорони здоров'я в країнах Західної Європи представлено нами в Додатку Б.

На основі цього ми виділили наступні стратегічні цілі систем фінансування охорони здоров'я в країнах світу: 1) стратегічні цілі системи фінансування, які, за суттю, збігаються із загальними цілями системи охорони здоров'я та 2) стратегічні цілі системи фінансування, які є допоміжними проміжними завданнями, спрямованими на досягнення загальних цілей системи охорони здоров'я.

Надалі ми проаналізували досвід державного фінансування закладу охорони здоров'я на місцевому рівні (на прикладі КНП КМР «Конотопська міська лікарня»). Основним джерелом фінансування оновленої системи охорони здоров'я є кошти Державного бюджету України, які отримуються закладами із загальнодержавних податків. Виплати для лікування окремої людини не прив'язані до розміру її індивідуальних внесків.

Бюджетні кошти на фінансування медицини розподіляються через новий, сучасний механізм стратегічних закупівель медичних послуг.

Відбувається перехід від фінансування постатейних кошторисів бюджетних закладів охорони здоров'я до оплати результату (тобто згідно фактично пролікованих випадків, наданих послуг або кількості підписаних декларацій із сімейним лікарем) закладам, які перетворюються на автономних неприбуткових постачальників цих послуг, а також аптекам як постачальникам призначених лікарями лікарських засобів. Таким чином, запроваджується принцип «гроші ходять за пацієнтом».

Потім ми висвітлили результати державної політики фінансування ЗОЗ на прикладі КНП КМР «Конотопська міська лікарня». Безумовною складовою розвитку КНП «Конотопська міська лікарня» Конотопської міської ради, як і будь-якого іншого закладу сфери охорони здоров'я, є забезпечення сталого фінансового розвитку та запровадження сучасних ефективних методів фінансового менеджменту. В рамках виконання даного завдання важливо наступне: оскільки на сьогоднішній день основними джерелами фінансування лікарні є бюджетні асигнування, кошти КНП КМР «Конотопська міська лікарня» Конотопської міської ради та власні надходження (від платних послуг та ін.), надзвичайно важливим є налагодження чіткого контролю та раціональне використання коштів.

Зважаючи на те, що фінансування КНП «Конотопська міська лікарня» Конотопської міської ради хоч і є основним, проте недостатнім джерелом перспективного розвитку КНП важливо залучати додаткові джерела фінансових надходжень.

Ми вважаємо, що додатковими джерелами фінансування КНП КМР «Конотопська міська лікарня» можуть бути: благодійна допомога та кошти грантів; кошти добровільного медичного страхування; оплата лікарні за наданні послуги за угодами; оплата від роботодавців за медичні послуги, надані працівникам; надходження за послуги, які надає лікарня поверх нормативів надання безоплатної медичної допомоги; за послуги наданні пацієнтам за їх особистої ініціативи; добровільні внески та пожертви; грошові надходження від надання платних послуг населенню, а також інші джерела, які не заборонені законодавством України. Також як додаткове джерело фінансових надходжень КНП «Конотопська міська лікарня» Конотопської міської ради можна запропонувати надання платних послуг пацієнтам.

Згідно останнього завдання дослідження ми надали рекомендації щодо покращення державного фінансування закладів охорони здоров'я.

Проведення змін в сфері фінансування охорони здоров'я - питання актуальне в усьому світі. Якісне фінансування закладів охорони здоров'я дозволить вирішити глобальну проблему демографічної політики.

Організація тих чи інших реформ систем охорони здоров'я на глобальному, макро- та мікрорівнях повинна, перш за все, орієнтуватися на оптимальне задоволення потреб якомога більшої частини населення, спираючись при цьому на принципи солідарності. Принципи реформування системи охорони здоров'я в Україні мають базуватися на:

- досягненні максимального охоплення населення якісними та доступними медичними послугами;
- можливості максимального забезпечення всіма медичними послугами всього населення за необхідністю;
- можливості вирівнювання якісної та фінансової сторін медичної послуги для всіх верств населення.

Цього, на нашу думку, можливо досягти шляхом подальшого впровадження чотирьох основних напрямів медичної реформи:

- 1) диверсифікації каналів і джерел фінансування системи,
- 2) урахування в системі надання медичних послуг оптимального поєднання якості та ефективного фінансового забезпечення;
- 3) проведенні соціально-економічної політики, спрямованої на покращення загального стану здоров'я населення;
- 4) зміни структури державного апарату управління системою охорони здоров'я та принципів його роботи.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Баєва, О. В. (2008). Менеджмент у галузі охорони здоров'я : навч. посіб. Київ: Центр уч. л-ри.
2. Баранова, Т. Ф. (2000). Фінансовий та економічний стан охорони здоров'я України в умовах реформування галузі. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. № 3. С. 80.-82.
3. Бондарук, Т. & Дубина, М. (2019). Методичний інструментарій оцінки фінансової стійкості місцевих бюджетів України. *Світ фінансів*. № 2. С. 60 - 72.
4. Виступ регіонального директора ВООЗ (2019). Вилучено з: <http://www.euro.who.int>
5. Волохова, І.С. (2017). Оцінка ефективності фінансування закладів охорони здоров'я в Україні. *Вісник Одеського національного університету*. Том 22. Вип. 1 (54). С. 130 – 134.
6. Голяченко, О.М. (2010). Реформа охорони здоров'я в Україні : як вийти з кризи. Київ : ВСВ «Медицина».
7. Державна політика у сфері охорони здоров'я (2013) : кол. моногр. : у 2 ч. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш ; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. Київ. : НАДУ. Ч. 1.
8. Державне фінансове забезпечення соціальної сфери.(2012). Черкаси: Видавець Чабаненко Ю.
9. Державний комітет статистики України (2020). Вилучено з: <http://www.ukrstat.gov.ua>.
10. Доповідь ВООЗ «Фінансова криза та глобальна Охорона здоров'я» (2019). Вилучено з: <https://ukrjizn.com/finansova-kriza-2019-2020-roki-u-sviti/>
11. Европейская база данных «Здоровье для всех» (2020). Вилучено з: http://data.euro.who.int/hfad/shell_ru.html.

12. Европейское региональное бюро ВОЗ (2010). Европейская база данных «Здоровье для всех» (HFA-DB). Вилучено з: <http://www.euro.who.int/hfadb>.
13. Жаліло, Л.І. & Мартинюк, О.І. (2016). Стратегії змін у сфері охорони здоров'я в умовах соціально-економічних реформ в Україні. Вилучено з: <http://www.academy.gov.ua/ej/ej14/txts/Zhalilo.pdf>
14. Карамішев, Д. В. (2004). Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоров'я: *Держ.-управл. аспекти*. Харків. : Магістр.
15. Квіташвілі, О. (2014). Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років. Вилучено з: http://healthsag.org.ua/wpcontent/uploads/2014/11/Strategiya_UKR.pdf.
16. Корнацька, Р. (2018). Удосконалення критеріїв та методів фінансування медичних послуг в Україні. *Ринок цінних паперів України*. № 9-10. С. 47-53.
17. Кризіна, Н.П. (2008). Обґрунтування реформування галузі охорони здоров'я за даними України та зарубіжних країн у контексті політики Всесвітньої організації охорони здоров'я. *Україна. Здоров'я нації*. № 1. С. 80 - 86.
18. Кутцин , Дж. & Виттер, С. (2019). Разработка национальной стратегии финансирования здравоохранения. Справочное руководство. Женева: Всемирная организация здравоохранения. Вилучено з: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272623/9789244512104-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Лободіна, З. (2017). Реформування системи оплати медичних послуг закладів охорони здоров'я дітей: перспективи запровадження глобального бюджету. *Світ фінансів*. № 4(13). С. 151–162.
20. Мокрицька, А. Б. (2010). Фінансовий контроль у сфері охорони здоров'я. *Науковий вісник Буковинської державної фінансової академії*. – Чернівці: Технодрук. Вип. 2 (19). С. 376-383.

21. Мокрицька, А. Б. (2015). Управління фінансами та фінансова політика: сутнісно-теоретичні аспекти. *Фінансова система України: зб. наук. праць*. Острого: «Острозька академія». Вип. 13. С. 350-358.
22. Мокрицька, А. Б. (2004). Інформаційне забезпечення фінансового менеджменту установ охорони здоров'я. *Вісник Тернопільської академії народного господарства*. № 6 –С. 119-125.
23. Мокрицька, А. Б. (2012). Проблеми вдосконалення фінансового забезпечення охорони здоров'я. *Наукові записки Тернопільського державного педагогічного університету ім. В. Гнатюка*. № 12 С. 122-126. (Серія: Економіка).
24. Мокрицька, А. Б. (2017). Концептуалізація фінансів охорони здоров'я. *Науковий вісник: фінанси, банки, інвестиції*. № 4 (13). С. 51-54.
25. Москаленко, В.Ф., Гульчій, О.П. & Таран, В.В. (2010). Економіка охорони здоров'я: підручник для студ.вищ .мед. закладів освіти III-IV рівнів акредитації; за ред. Москаленка, В.Ф. Вінниця: Нова книга.
26. Нормативно-директивні документи МОЗ України (2020). Вилучено з: <http://mozdocs.kiev.ua>
27. Павлюк, К.В. & Степанова, О.В. (2014). Медичне страхування як форма фінансування медичних послуг. *Наука й економіка*. Вип. 3. С. 162–171.
28. Павлюк, К. (2016). Удосконалення механізмів фінансування медичних послуг в Україні. *Фінанси України*. № 2. С. 64–82.
29. Розпорядження КМУ «Про схвалення Стратегії реформування системи управління державними фінансами на 2017-2020 роки» від 8 лютого 2017 р.(2017). № 142- Вилучено з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/142-2017>.
30. Сердюк, А.М, Кундієв, Ю. І, Нагорна, А.М. & Широбоков, В. П. (2012). Стратегія розвитку профілактики в охороні здоров'я в Україні. *Журн. Нац. акад. мед. наук України*.18(3). С.358-371.
31. Слабкий, Г.А, Пархоменко, Г.Я. & Астахова, Н.Ю. (2014). Здоровье 2020 – новая европейская политика и стратегия в интересах здоровья населения. *Вісн. проблем біології і медицини*. (3). Т.1. С.16-20.

32. Слабкий, Г.О. , Шевченко М.В. & Заглада О.О. (2011). Сучасні підходи до фінансування системи охорони здоров'я: монографія. Київ: Кондор.
33. Снегірьов, П.Г.(2019). Нелегкий шлях до єдиної методики розрахунку вартості медичних послуг. *Український медичний часопис*. Вилучено з: <https://www.umj.com.ua/article/97945/nelegkij-shlyah-do-yedinoi-metodiki-rozrahunku-vartosti-medichnih-poslug>
34. Степанова, О.В. (2011). Напрями фінансового регулювання доступу до медичних послуг в Україні. *Вісник Донецького Університету економіки та права*. № 2. С. 162–167.
35. Степанова, О.В. (2015). Сучасні процеси фінансової децентралізації в охороні здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. № 23.
36. Степанова, О.В. (2018). Фінансування охорони здоров'я та фіскальна стійкість. *Фінанси України*. № 7. С. 64–80
37. Томсон, С. (2020). Экономический кризис, системы здравоохранения и здоровье населения в Европе: последствия и значение для выработки политики. Вилучено з: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/283354/Economic-crisishealth-systems-Europe-impact-implications-policy-ru.pdf?ua=1
38. Урсол, Г. М., Скрипник, О.А. & Бугро, В.І. (2018). Стратегія реформ. Регулювання фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я: від державного до приватного сектору. Кіровоград : ТОВ УмексЛІД.
39. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы. (2017). Вилучено з: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/98311/E74485R.pdf
40. Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью (2019). . Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Вилучено з: http://www.who.int/whr/2019/whr10_ru.pdf
41. Центр медичної статистики МОЗ України (2020). Вилучено з: <http://www.moz.gov.ua>

42. Ціборовський, О. М., Істомін, С.В. & Сорока, В.М. (2017). Шляхи систематизації законодавства України у сфері охорони здоров'я. Київ. 72 с.
43. Шевцов, В. Г. (2006). Державне управління розвитком медичної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я. *Актуал. пробл. Розвитку управлінськ. систем: досвід, тенденції, перспективи* : зб. матеріалів наук.-практ. конф., 19 квіт. 2006 р. Харків. : Магістр. С. 157-163.
44. Шевцов, В. Г. (2007). Стратегія державного управління системою охорони здоров'я в Україні. *Теорія та практика держ. упр.* Харків: Магістр. С. 78-86.
45. Шевченко, М.В. (2016). Фінансування та економічні механізми управління галуззю в умовах її реформування: доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України : монографія/ за ред. О. С. Мусія. Київ: вид-во МОЗ України.
46. Шевченко, М.В., Дорошенко, О.О., Левицький, О.І., Підгорна, Л.М., Купліванчук, А.В. & Машковська І.М. (2014). Удосконалення економічного механізму управління галуззю та аналіз його впровадження і ефективності: доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України / за ред. Р. О. Богатирьової. Київ: вид-во МОЗ України.
47. Ярош, Н. П. (2006). Державні соціальні стандарти у сфері охорони здоров'я України : монографія. Київ: Вид-во НАДУ.

ДОДАТКИ

Додаток А

Штати КНП КМР «Конотопська міська лікарня» на кінець 2020 року

Найменування посад	Номер рядка	Кількість посад у цілому в закладі		у тому числі в поліклініці (амбулаторії), диспансері, консультації		Кількість штатних працівників у цілому в закладі на зайнятих посадах, осіб
		штатних	зайнятих	штатних	зайнятих	
А	Б	1	2	3	4	5
Лікарі, усього	1	65.25	48.75	35.75	29.75	51.00
у тому числі: керівники закладів та їх заступники	2	1.00	1.00	-	-	1.00
терапевти, усього	3	14.00	11.25	10.00	9.50	13.00
у тому числі: дільничні	4	7.00	7.00	7.00	7.00	8.00
цехової лікарської дільниці	5	-	-	-	-	-
терапевти підліткові	6	-	-	-	-	-
загальної практики-сімейної медицини	7	-	-	-	-	-
пульмонологи	8	-	-	-	-	-
у тому числі дитячі	9	-	-	-	-	-
ревматологи	10	-	-	-	-	-
кардіоревматологи дитячі	11	-	-	-	-	-
кардіологи	12	2.00	1.50	1.00	0.50	1.00
гастроентерологи	13	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
у тому числі дитячі	14	-	-	-	-	-
дієтологи	15	0.25	0.25	-	-	-
нефрологи	16	-	-	-	-	-
у тому числі дитячі	17	-	-	-	-	-
ендокринологи	18	0.25	0.25	0.25	0.25	-
у тому числі дитячі	19	-	-	-	-	-
алергологи	20	-	-	-	-	-
у тому числі дитячі	21	-	-	-	-	-
гематологи	22	-	-	-	-	-

у тому числі дитячі	23	-	-	-	-	-
інфекціоністи	24	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
у тому числі дитячі	25	-	-	-	-	-
фізіотерапевти	26	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
лікарі з лікувальної фізкультури	27	-	-	-	-	-
лікарі зі спортивної медицини	28	-	-	-	-	-
лікарі з функціональної діагностики	29	0.75	0.25	-	-	-
хірурги	30	6.00	4.00	1.00	1.00	5.00
у тому числі дитячі	31	-	-	-	-	-
хірурги серцево-судинні	32	-	-	-	-	-
хірурги торакальні	33	-	-	-	-	-
хірурги-проктологи	34	-	-	-	-	-
ортопеди-травматологи	35	2.75	0.75	1.50	0.75	1.00
у тому числі дитячі	36	0.25	-	0.25	-	-
урологи	37	0.75	0.75	0.50	0.50	1.00
у тому числі дитячі	38	-	-	-	-	-
нейрохірурги	39	-	-	-	-	-
у тому числі дитячі	40	-	-	-	-	-
анестезіологи	41	3.25	1.75	-	-	2.00
у тому числі дитячі	42	-	-	-	-	-
ендоскопісти	43	0.50	0.25	-	-	1.00
онкологи	44	0.50	0.50	0.50	0.50	-
у тому числі дитячі	45	-	-	-	-	-
радіологи	46	-	-	-	-	-
стоматологи	47	1.00	1.00	1.00	1.00	2.00
у тому числі дитячі	48	0.50	0.50	0.50	0.50	1.00
акушери-гінекологи	49	3.00	1.50	1.50	0.75	2.00
у тому числі гінекологи дитячого та підліткового віку	50	-	-	-	-	-
педіатри, усього	51	7.50	6.00	7.50	6.00	6.00
у тому числі дільничні	52	5.00	4.00	5.00	4.00	4.00
з них міських дільниць	53	5.00	4.00	5.00	4.00	4.00
педіатри-неонатологи	54	-	-	-	-	-

офтальмологи	55	1.25	0.75	1.25	0.75	1.00
у тому числі дитячі	56	0.25	-	0.25	-	-
отоларингологи	57	1.75	1.00	1.50	0.75	1.00
у тому числі дитячі	58	0.50	-	0.50	-	-
фтизіатри	59	1.25	1.00	1.25	1.00	1.00
у тому числі дитячі	60	0.25	-	0.25	-	-
невропатологи	61	3.00	3.00	2.00	2.00	4.00
у тому числі неврологи дитячі	62	0.50	0.50	0.50	0.50	1.00
рефлексотерапевти	63	0.25	0.25	-	-	-
психіатри	64	0.25	0.25	0.25	0.25	1.00
у тому числі дитячі	65	-	-	-	-	-
наркологи	66	-	-	-	-	-
психотерапевти	67	-	-	-	-	-
лікарі-психологи	68	-	-	-	-	-
сексопатологи	69	-	-	-	-	-
дерматовенерологи	70	0.75	0.25	0.75	0.25	-
у тому числі дитячі	71	0.25	-	0.25	-	-
патологоанатоми	72	1.00	0.75	x	x	-
у тому числі дитячі	73	-	-	x	x	-
бактеріологи	74	-	-	-	-	-
лікарі-епідеміологи	75	-	-	-	-	-
токсикологи	76	-	-	-	-	-
лікарі-лаборанти	77	2.50	2.00	-	-	-
у тому числі лаборанти- генетики	78	-	-	-	-	-
генетики	79	-	-	-	-	-
лікарі-імунологи	80	-	-	-	-	-
у тому числі дитячі	81	-	-	-	-	-
лікарі з ультразвукової діагностики	82	1.50	1.00	-	-	1.00
рентгенологи	83	2.25	2.00	-	-	2.00
лікарі приймального відділення	84	-	-	x	x	-
загальні	85	x	-	x	-	-
санологи	86	-	-	-	-	-
судово-психіатричні експерти	87	-	-	-	-	-
статистики	88	2.00	1.50	-	-	1.00
методисти	89	-	-	-	-	-
інтерни	90	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

інші	91	-	-	-	-	-
Спеціалісти з вищою немедичною освітою	92	2.50	2.00	-	-	3.00
Зубні лікарі	93	-	-	-	-	-
Середній медперсонал, усього	94	125.00	110.00	65.00	59.50	121.00
у тому числі за спеціальностями: медичні сестри	95	93.75	84.00	48.50	43.00	92.00
акушерки	96	1.50	1.50	1.50	1.50	2.00
фельдшери	97	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
фельдшери-наркологи	98	-	-	-	-	-
зубні техніки	99	-	-	-	-	-
лаборанти клінічних лабораторій	100	8.25	5.00	1.50	1.50	5.00
лаборанти патолого-анатомічного відділення	101	1.00	1.00	x	x	1.00
рентгенолаборанти	102	5.00	3.00	-	-	3.00
медичні сестри фізіотерапевтичних кабінетів	103	9.75	9.75	9.75	9.75	12.00
медичні статистики	104	3.00	3.00	1.00	1.00	3.00
інший медичний персонал	105	1.75	1.75	1.75	1.75	2.00
Провізори	106	-	-	-	-	-
Фармацевти	107	-	-	-	-	-
Молодший медперсонал	108	58.00	52.75	17.00	17.00	55.00
Інший персонал	109	67.50	61.75	15.25	11.50	66.00
Усього посад (підсумок рядків 1, 92-94, 106-109)	110	318.25	275.25	133.00	117.75	296.00
Крім того, медичні сестри загальної практики-сімейної медицини (із рядка 95)	111	-	-	-	-	-

Додаток Б.

**Коротка інформація про основні методи фінансування закладів охорони
здоров'я в країнах Західної Європи**

Метод фінансування	Країни
Субсидії центрального уряду	Італія, Іспанія, Сполучене Королівство, Австрія, Фінляндія, Ірландія, Португалія, Греція, Франція
Субсидії регіонального уряду	Італія, Іспанія, Швеція, Австрія, Фінляндія, Греція, Німеччина, Данія, Бельгія (частково)
Накопичені заощадження лікарень	Франція
Доплата за лікарняні послуги	Нідерланди, Бельгія (частково)
Приватні позики	Франція, Італія, Швеція, Фінляндія, Нідерланди, Німеччина, Бельгія
Використання або обговорення форм державно- приватного партнерства	Сполучене Королівство, Італія, Іспанія, Ірландія, Португалія, Греція
Інші	Сполучене Королівство(продаж землі), Португалія, Греція (фонд ЄС)